UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

Factores de riesgo materno - fetales asociados al incremento de las cesáreas en el Hospital II - 2 Tarapoto en el periodo de enero a diciembre del 2020

Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

AUTOR:

Elder Favio Reategui Solis

ASESOR:

Méd. Manuel Isaac Pérez Kuga

Tarapoto - Perú

2021

Repositorio Digital de Ciencia, Tecnología e Innovación de Acceso Abierto

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN TARAPOTO - PERU

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-Compartirigual 2.5 Perú.
Vea una copia de esta licencia en http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/

Obra publicada con autorización del autor

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

Factores de riesgo materno - fetales asociados al incremento de las cesáreas en el Hospital II - 2 Tarapoto en el periodo de enero a diciembre del 2020

Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

AUTOR:

Elder Favio Reategui Solis

ASESOR:

Méd. Manuel Isaac Pérez Kuga

Tarapoto - Perú

2021

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

Factores de riesgo materno - fetales asociados al incremento de las cesáreas en el Hospital II - 2 Tarapoto en el periodo de enero a diciembre del 2020

Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

AUTOR:

Elder Favio Reategui Solis

ASESOR:

Méd. Manuel Isaac Pérez Kuga

Tarapoto - Perú

2021

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

Factores de riesgo materno - fetales asociados al incremento de las cesáreas en el Hospital II - 2 Tarapoto en el periodo de enero a diciembre del 2020

AUTOR:

Elder Favio Reategui Solis

Sustentada y aprobada el día 26 de octubre del 2021, ante el honorable jurado:

.....

Dra. Alicia Bartra Reátegui

Presidente

.....

Blgo. Mblgo. M.Sc. Heriberto Arévalo Ramírez

Miembro

.....

Méd. Washington Tercero Vásquez Cachay

Asesor

Constancia de asesoramiento

El que suscribe el presente documento Méd. Manuel Isaac Pérez Kuga;

HACE CONSTAR:

Que, he revisado y corregido la Tesis titulada: **Factores de riesgo materno - fetales asociados al incremento de las cesáreas en el Hospital II - 2 Tarapoto en el periodo de enero a diciembre del 2020.**

Elaborado por:

Bach. Medicina Humana: Elder Favio Reategui Solis

La misma que encuentro conforme en estructura y contenido. Por lo que doy conformidad para los fines que estime conveniente.

Tarapoto, 26 de octubre del 2021.

Méd. Manuel Isaac Pérez Kuga

Asesor

Declaratoria de autenticidad

Elder Favio Reategui Solis, con DNI N° 71778295, bachiller de la Escuela Profesional de Medicina Humana, Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto, autor de la tesis titulada: **Factores de riesgo materno - fetales asociados al incremento de las cesáreas en el Hospital II - 2 Tarapoto en el periodo de enero a diciembre del 2020.**

Declaro bajo juramento que:

1. La tesis presentada es de mi autoría.
2. La redacción fue realizada respetando las citas y referencias de las fuentes bibliográficas consultadas.
3. Toda la información que contiene la tesis no ha sido auto plagiada;
4. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido alterados ni copiados, por tanto, la información de esta investigación debe considerarse como aporte a la realidad investigada.

Por lo antes mencionado, asumo bajo responsabilidad las consecuencias que deriven de mi accionar, sometiéndome a las leyes de nuestro país y normas vigentes de la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto.

Tarapoto, 26 de octubre del 2021.

Bach. Méd. Elder Favio Reategui Solis

DNI N° 71778295

Formato de autorización NO EXCLUSIVA para la publicación de trabajos de investigación, conducentes a optar grados académicos y títulos profesionales en el Repositorio Digital de Tesis

1. Datos del autor:

Apellidos y nombres:	Reategui Solis Elder Favio		
Código de alumno :	71778295	**Teléfono:**	979173209
Correo electrónico :	efreateguis@alumno.unsm.edu.pe	**DNI:**	71778295

(En caso haya más autores, llenar un formulario por autor)

2. Datos Académicos

Facultad de:	Medicina Humana
Escuela Profesional de:	Medicina Humana

3. Tipo de trabajo de investigación

Tesis	(X)	Trabajo de investigación	( )
Trabajo de suficiencia profesional	( )		

4. Datos del Trabajo de investigación

Título :	Factores de riesgo materno - Fetales asociados al incremento de las Cesáreas en el Hospital II-2 Tarapoto en el periodo de Enero a Diciembre del 2020.
Año de publicación:	2021

5. Tipo de Acceso al documento

Acceso público *	(X)	Embargo	( )
Acceso restringido **	( )		

Si el autor elige el tipo de acceso abierto o público, otorga a la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto, una licencia **No Exclusiva**, para publicar, conservar y sin modificar su contenido, pueda convertirla a cualquier formato de fichero, medio o soporte, siempre con fines de seguridad, preservación y difusión en el Repositorio de Tesis Digital. Respetando siempre los Derechos de Autor y Propiedad Intelectual de acuerdo y en el Marco de la Ley 822.

En caso que el autor elija la segunda opción, es necesario y obligatorio que indique el sustento correspondiente:

6. Originalidad del archivo digital.

Por el presente dejo constancia que el archivo digital que entrego a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, como parte del proceso conducente a obtener el título profesional o grado académico, es la versión final del trabajo de investigación sustentado y aprobado por el Jurado.

7. Otorgamiento de una licencia *CREATIVE COMMONS*

Para investigaciones que son de acceso abierto se les otorgó una licencia *Creative Commons,* con la finalidad de que cualquier usuario pueda acceder a la obra, bajo los términos que dicha licencia implica

https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/

El autor, por medio de este documento, autoriza a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, publicar su trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Digital de Tesis, al cual se podrá acceder, preservar y difundir de forma libre y gratuita, de manera íntegra a todo el documento.

Según el inciso 12.2, del artículo 12º del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales - RENATI **"Las universidades, instituciones y escuelas de educación superior tienen como obligación registrar todos los trabajos de investigación y proyectos, incluyendo los metadatos en sus repositorios institucionales precisando si son de acceso abierto o restringido, los cuales serán posteriormente recolectados por el Repositorio Digital RENATI, a través del Repositorio ALICIA"**.

.....

Firma y huella del Autor

8. Para ser llenado en el Repositorio Digital de Ciencia, Tecnología e Innovación de Acceso Abierto de la UNSM - T.

Fecha de recepción del documento.

04 / 11 / 2021

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN – T.
Repositorio Digital de Ciencia, Tecnología e Innovación de Acceso Abierto UNSM-T

.....

Ing. M. Sc. Alfredo Ramos Perea
Responsable

***Acceso abierto**: uso lícito que confiere un titular de derechos de propiedad intelectual a cualquier persona, para que pueda acceder de manera inmediata y gratuita a una obra, datos procesados o estadísticas de monitoreo, sin necesidad de registro, suscripción, ni pago, estando autorizada a leerla, descargarla, reproducirla, distribuirla, imprimirla, buscarla y enlazar textos completos (Reglamento de la Ley No 30035).

** **Acceso restringido:** el documento no se visualizará en el Repositorio.

Dedicatoria

A nuestro amado Padre Celestial, por todaslas bendiciones que día a día me brinda.

A mis padres, por su amor incondicional y ser siempre mis guías en todos los proyectos que me hepropuesto.

A mis hermanos y toda mi familia por el apoyo que siempre me brindaron a lo largo mi carrera universitaria.

Elder Favio

Agradecimiento

En primera instancia agradezco a mis padres, la Sra. Rosina Solís y el Sr. Manuel Reategui por brindarme su apoyo incondicional en todo el proceso de mi aprendizaje como futuro médico.

Sencillo no ha sido el proceso, pero gracias a todo su apoyo, he logrado importantes objetivos como culminar el desarrollo de mi tesis.

¡Muchas gracias!

Índice de contenido

Pág.

Dedicatoria vi
Agradecimiento vii
Índice de contenido viii
Índice de tablas x
Resumen xi
Abstract xii

I. INTRODUCCIÓN 1
1.1. Marco Conceptual 3
1.2. Antecedentes 5
1.2.1 Nivel internacional 5
1.2.2 Nivel Nacional 7
1.2.3 Nivel Local 10
1.3. Bases teóricas 11
1.3.1 Cesárea 11
1.3.2 Clasificación de la cesárea 14
1.4. Justificación 18
1.5. Problema 20

II. OBJETTIVOS 21
2.1. Objetivo general 21
2.2. Objetivo específico 21
2.3 Hipótesis de Investigación 21
2.4. Operacionalización de variables 22

III. MATERIAL Y MÉTODO 23
3.1 Tipo de estudio 23
3.2 Diseño de la investigación 23
3.3 Población y muestra 23
3.4. Procedimiento 25

IV. RESULTADOS 26

V. DISCUSIÓN 31

VI. CONCLUSIONES 33

VII. RECOMENDACIONES 34

VIII. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS 35

IX. ANEXOS……..39

Índice de Tablas

Pág.

Tabal 1. Características demográficas de gestantes cesareadas atendidas enel periodo enero - diciembre 2020 en el Hospital MINSA II-2 – Tarapoto 26
Tabal 2. Factores de riesgo maternos asociados al incremento de cesáreas en gestantes atendidas en el periodo enero - diciembre 2020 en el Hospital MINSA II-2 - Tarapoto 27
Tabal 3. Factores de riesgo fetales asociados al incremento de cesáreas en gestantes atendidas en el periodo enero - diciembre 2020 en el Hospital MINSA II-2 - Tarapoto 28
Tabal 4. Factores de riesgo del parto asociados al incremento de cesáreas en gestantes atendidas en el periodo enero - diciembre 2020 en el Hospital MINSA II-2 - Tarapoto 28
Tabal 5. Factores de riesgo placentarios asociados al incremento de cesáreas en gestantes atendidas en el periodo enero - diciembre 2020 en el Hospital MINSA II-2 - Tarapoto 29
Tabal 6. Distribución de los factores de riesgo asociados al incremento de cesáreas en gestantesatendidas en el periodo enero - diciembre 2020 en el Hospital MINSA II-2 - Tarapoto 30
Tabal 7. Frecuencia de cesáreas en gestantes atendidas en el periodo enero - diciembre 2020 en el hospital MINSA II-2 - Tarapoto. 30

Resumen

El estudio trata sobre factores de riesgo materno-fetales asociados al incremento de las cesáreas en el hospital II-2 Tarapoto en el periodo de enero a diciembre del 2020, tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo materno-fetales asociados al incremento de las cesáreas en el Hospital II-2 Tarapoto en el periodo de enero a diciembre del 2020, el tipo de investigación utilizado fue no experimental, cuantitativo, descriptivo de corte transversal, la población y muestra que se utilizó fue 100 pacientes gestantes cesareadas. La técnica seleccionada para esta investigación fue la recolección de historias clínicas y como instrumento se usó una base de recolección de datos del programa SPSS. Se obtuvo como resultados, que los principales factores asociados al incremento de cesáreas fueron en un 41% cesárea anterior, seguida hipertensión inducida por la gestación en un 31% y en tercer lugar la desproporción céfalo pélvica con un 17%. En relación a las causas maternas se evidencia que existe una relación estadísticamente significativa (p=0,016) entre causas maternas y edad, encontrándose que un 74,8% pertenecían al grupo etario comprendido entre 20 a 34 años de edad. Se evidencia que en relación alas causas fetales son el sufrimiento fetal con un 46%, luego la distocia de presentación con un 34% y el embarazo gemelar con un 20%, al incremento decesáreas. Se encuentra que el incremento de cesáreas en relación a los factores placentarios fue por un 29% por desprendimiento de placenta previa, un 26% por insuficiencia placentaria, un 21% por ruptura prematura de placenta, un 12% por polihidramnios, un 7% por oligohidramnios, y un 5% presento corioamnionitis.

Palabras clave: Factores de riesgo materno fetales, cesáreas, causas maternas, causas fetales, causas placentarias.

Abstract

The study is about maternal-fetal risk factors associated with the increase of cesarean sections at Hospital II-2 Tarapoto in the period from January to December 2020. The objective was to determine the maternal-fetal risk factors associated with the increase of cesarean sections at Hospital II-2 Tarapoto in the period from January to December 2020, the type of research used was non-experimental, quantitative, descriptive, cross-sectional, the population and sample used was 100 pregnant patients with cesarean sections. The technique selected for this research was the collection of clinical histories and an SPSS data collection database was used as an instrument. The results showed that the main factors associated with the increase in cesarean sections were previous cesarean section (41%), followed by gestational hypertension (31%) and cephalopelvic disproportion (17%). In relation to maternal causes, there was a statistically significant relationship (p=0.016) between maternal causes and age, with 74.8% belonging to the age group between 20 and 34 years old. In relation to fetal causes, fetal distress represented 46%, followed by dystocia of presentation with 34% and twin pregnancy with 20%, with an increase in cesarean sections. The increase in cesarean sections in relation to placental factors was 29% due to placental abruption, 26% due to placental insufficiency, 21% due to premature rupture of the placenta, 12% due to polyhydramnios, 7% due to oligohydramnios, and 5% due to chorioamnionitis.

Key words: Maternal-fetal risk factors, cesarean section, maternal causes, fetal causes, placental causes.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN
COORDINACIÓN
CENTRO DE IDIOMAS

TITULO:

Factores de riesgo materno - fetales asociados al incremento de las cesáreas en el Hospital II - 2 Tarapoto en el periodo de enero a diciembre del 2020.

I. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud en su "declaración de Ginebra del 2018 nos menciona que la incidencia de cesáreas se está incrementando; pese a ser una práctica que nos permita a menudo salvar la vida, la mayoría de supráctica no existe indicación médica. La comunidad sanitaria internacional indicó en el año 2015 que la tasa ideal de cesárea se encuentra entre 10-15%, y que con esta tasa se disminuye el número de muertes maternas y neonatales, por otro parte no se ha demostrado que al superar esa tasa se disminuya aún más la tasa de mortalidad materna y neonatal. [1,2] A pesar de ello en el 2014 la OMS propone utilizar el sistema de Robson que nos permite clasificar, evaluar y comparar las tasas de cesáreas de forma global. Clasificándose en 10 categorías, donde surgen 5 características obstétricas como: edad gestacional, situación transversa, paridad, comienzo de trabajo de parto y presentación cefálica con la cantidad de fetos. La OMS presiente que esta clasificación puede ayudar a los establecimientos de salud a optimizar la realización de las cesáreas, identificando adecuadamente a las gestantes que requieren una cesárea y sensibilizar al personal de no realizar cesáreas innecesarias. [3]

El ACOG (Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos) en el 2014 menciono que el parto por cesárea, es necesario en ciertos casos para salvar la vida de la madre, del feto o ambos. Sin embargo, el rápido aumento de las tasas de cesárea 1996-2011, no muestra evidencia clara de la consiguiente disminución de la morbilidad o la mortalidad materna o neonatal y plantea significativa preocupación. En especial debido a que algunos casos son factores potencialmente modificables, tales como las preferencias del paciente y la variación de la práctica entre los hospitales, proveedores de atención médica y sistemas de salud, que probablemente contribuyen al aumento de la tasa de parto por cesárea. [4]

Se estima que a nivel mundial la tasa de cesárea sobrepasa el rango establecido, como Estados Unidos de América, que en el año 2006 alcanzo el 31.1%, China presento un 40% de cesáreas. En Europa la tasa de cesárea se incrementó en 9,5% en los años 2003 al 2013 y actualmente esta intervención se lleva a cabo en uno de cada cinco nacimientos (21,8%) en los hospitales nacionales, y si se tuviera en cuenta los hospitales privados el porcentaje asciende hasta el 24,9 %. En Italia el 35%de los nacimientos se producen por cesárea, en España el 25%, mientras en Finlandia es de 15%.[5]

En Latinoamérica se encuentra en 38,9% como promedio, teniendo una relación de casi cuatro de cada diez partos se realizan por cesárea, muy por encima de lo recomendado. En Brasil, tiene un promedio de 54% a nivel hospitalario con una población de más de 200 millones de habitantes, pero si vemos el nivel privado, la cifra sube a un 80%. Lo contrario ocurre en Haití, donde pobre acceso a los servicios de salud coloca muy por debajo de lo recomendado en 5,5%. Puerto Rico con 45%, Argentina con 25%, México con 24%, Chile con 49.6% (2019), Colombia con 45.8% (2016), Ecuador con 49% (2012), Bolivia con 14,6% (2018) y 19% (2019), o Perú donde saltaron de 15,8% (2008) a 25% (2019). [6]

La Encuesta Nacional Demográfica y de Salud 2016 (ENDES), indica que el 30,8% de partos en el Perú se realizaron mediante cesárea. Donde la zona urbana presento la mayor frecuencia de partos por cesárea con un 37,4% y en zona rural con 12,9%. Con respecto a la demografía se encuentra en la costa con 41,4% (Lima metropolitana 40,0% y el litoral con 39,4%), seguida por la sierra con 20,4% (zona urbana 30,4% y zona rural 11,5%) y por último la selva con 18,0% (zona urbana 27,3% y zona rural 7,7%). Con respecto a niveleducativo tenemos que sin nivel/primaria 14,5%; secundaria 28,3% y superior 48,6%.[7]

La Encuesta Nacional Demográfica y de Salud 2018 (ENDES), presentado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), En el año 2019, la proporción de nacimientos por cesárea fue de 34,5%. En Cusco se estima una tasa de 20.9%-29.6%. De estos datos se observó que la mayoría de porcentajes de cesáreas se realizaron entre las mujeres de educación superior (50,2%) o del quintil superior (55,9%), en cambio,

las mujeres sin educación y ubicadas en el quintil inferior de riqueza (6,5% y 10,7% respectivamente) muestran los menores niveles de cesárea. En respecto a la edad materna las mujeres menores de 20 años tienen un 21,5% con respecto a las mujeres que se encuentran entre los 35-49 años con un 39,8%; las primigestas con un 37,8% frente a las multigestas con un 12%.7 Según datos de ESSALUD al año 2015 el 42% de los partos fueron por cesárea, observándose el incremento de cesárea desde 1990 que oscilaba en un 20% del total de partos.[8]

1.1. Marco Conceptual:

La cesárea es un procedimiento quirúrgico mediante el cual el feto y los anexos ovulares son extraídos después de las 28 semanas de gestación a través de una incisión en el abdomen y en el útero. Puede ser: a) Programada: Cuandose realiza antes que la paciente entre en trabajo departo. Esta a su vez, puede ser electiva, cuando se "elige" por una indicación materna, fetal u ovular para realizarse por primera vez, o iterativa cuando se programa por existir el antecedente de una cesárea anterior. b) Intra parto: Cuando la decisión setoma estando la gestante en trabajo de parto. c) Urgencias: Cuando la patología de base obliga a la realización inmediata, independientemente si la gestante está o no en trabajo de parto [1]. Las Indicaciones para ordenar la realización de una cesárea, se categorizan atendiendo si su causa primaria es de origen materno, fetal u ovular, las cuales, a su vez, se consideran con criterio de absolutas o relativas. a) Absolutas: Incluye a todas aquellas morbilidades y/o comorbilidades propias al embarazo parto o asociadas a la gestación que la medicina evidencial ha mostrado que el parto vaginal no es posible, o bien de estar presentes, se asocian con altísimas probabilidades de muerte materna o fetal en caso de ocurrir un parto vaginal. b) Relativas: Incluye aquellas patologías las cuales ameritan unas condiciones de atención (infraestructura, recurso humano, apoyos diagnósticos, etc.) que, de no tenerse, no se puede garantizar plenamente un buen pronóstico de la salud del binomio madre-feto durante la atención del parto vaginal [1]. El detalle de las causas de la cesárea son: a) Maternas, considerando como Absolutas a:Desproporción Céfalo-pélvica, Estrechez pélvica, Obstrucciones mecánicas de la vagina, Fibrosis cervical, Plastia vaginal o del piso pélvico previas,

Tumor avanzado del TGI, Cerclaje abdominal permanente, dos o más cesáreas previas, Cesárea corporal, Cirugía previa sobre el cuerpo uterino, Persistencia de la causa de la cesárea previa, Cesárea previa complicada (dehiscencia, Infección), Herpes genital activo, Condilomatosis florida obstructiva, Cardiopatía descompensada, Aneurismas o malformación arteriovenosa cerebral, Fistulas urinarias o intestinales operadas; y Relativas: Pre eclampsia- eclampsia, Una cesárea segmentaria previa, Distocias dinámicas refractarias a manejo médico, Cérvix inmaduro, que no respondió a esquema de maduración, Embarazo Prolongado. b) Fetales, siendo Absolutas: Feto en Situación Transversa, Feto en presentación Podálica, Feto en variedad de Frente, Embarazo múltiple (dos o más), Gemelar monoamniótico monocorial, Gemelar bivitelino en que ambos no estén en cefálica, Peso fetal entre 1000 y 1500 gr., Sufrimiento fetal agudo en el primer periodo del parto, Distocias de posición persistentes, Macrosomía Fetal mayor de 4.500 gr. y Relativas: Anomalías congénitas, Restricción del crecimiento intrauterino, Bienestar fetal ante parto comprometido ante las contracciones uterinas, Peso fetal menor a 1000 gr. (atendiendo la sobrevida en UCI), Macrosomía fetal (entre 4000 y 4500 gr.). c) Ovulares (Materno-Fetales): considerando como Absolutas a: Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, Placenta previa oclusiva total. Prolapso de cordón con feto vivo, Oligohidramnios severo, y Relativas: Placentas Previas oclusivas parciales, RPM con infección ovular, Polihidramnios Severo [(1)].

Pese a que la cesárea, como procedimiento, tiene un alto grado de seguridad, esta sigue siendo una cirugía con los riesgos propios como: aumento del sangrado, infecciones de herida operatoria, daño accidental al intestino y/o vejiga, reacción adversa a medicamentos, muerte materno-fetal (muy poco frecuente) y posibles daños al neonato. Además de tener presente las implicaciones médico-legales que obligan a justificar plenamente los riesgos de la ejecución de este procedimiento [(4)].
Puesto a que la cesárea fue incorporada a la práctica obstétrica con el fin de solucionar aquellos problemas que pudieran significar muerte para la madre y/o el niño, se ha ido incrementando en las últimas décadas a tal punto que actualmente lo que apareció como una solución, ahora se considera un problema de salud pública por la excesiva liberalización a la que ha sido conducida [(5)].

1.2. Antecedentes

1.2.1. Nivel internacional

Reina, B (2019), realizo la investigación titulada **"Factores asociados a las condiciones médicas u obstétricas relacionadas con las cesáreas valoradas a través del modelo de Robson en las mujeres atendidas enclínica las Peñitas de la ciudad de Sincelejo"**, estudio de tipo descriptivotransversal, con una muestra de 681 pacientes, realizándose un muestreo aleatorio estratificado de acuerdo con tipo de parto. Obteniendo un 79.36% de cesáreas de todos los partos. El primer lugar fue la presencia de cesárea anterior con un 46.85%, seguido de las nulíparas con 32.03%. La mayor tasa especifica la tiene el grupo de nulíparas con inducción o cesárea antes del trabajo de parto (91.75%) y multíparas con antecedente de cesárea previa (100%). Las variables sociodemográficas y servicios de salud no hubo diferencias significativas con respecto a la realización de cesárea, pero si se asoció significativamente con distocias (p<0,0001) y el trastorno hipertensivo (p<0,0001). Como conclusión, el grupo de nulíparas con inducción o cesárea antes del trabajo de parto y las multíparas con cicatriz uterina, tiene mayor riesgo de ser intervenidas con cesárea [9].

Anaya et al (2017), realizo el estudio que titula **"Características de las pacientes llevadas a cesárea según modelo de Robson y exploración de factores asociados en gestantes atendidas en el HUSJ de Popayán"**, siendo un estudio descriptivo de corte transversal, con una muestra de 838 nacimientos del cual el 53.1% termino en cesárea, como causa materna en primer lugar fue de 21.12% siendo la cesárea anterior, lamayoría de las cesáreas fueron gestaciones a término con un 79.83% y primíparas con un 58.23%, siendo la edad más frecuente entre 19 a 34 años con 68,26%. El grupo más aportante de Robson fue el 3 con 28.16%. Concluyendo que se encontró significancia en historia de cesárea, obesidad, nulípara y ser clasificada de moderado y alto riesgo [10].

Muños H. et al (2019), estudio titulado, **"Factores asociados al incremento de cesáreas en México"**, se realizó un análisis descriptivo y un modelo logístico

multinivel del periodo 2011-2014. Los resultados fueron que, del total un 45% termino en cesárea, siendo el mismo porcentaje en la variable de estado conyugal. Un factor importante es la escolaridad de la madre; se observó que, a mayor escolaridad, mayor porcentaje de cesáreas, siendo 70.43% a nivel profesional y 31.08% de nivel primario incompleto. Con respecto a la edad se reflejó un mayor porcentaje a madre de 35-44 años con 57.48% y las de 18 años con 36.86%, en cuanto a nivel de controles prenatales se vio que a mayor número de control se asocia a que termine en cesárea. Respecto al tipo de producto, el 45% represento producto único, pero se duplica al tener un doble producto con 85.8%. En cuanto a la semana de gestación, a término de 37 semanas con 40%. Se concluye que se observa un incremento en el número de cesáreas en hospitales públicos y se confirma la relación directa entre los múltiples factores analizados y la cesárea, entre ellos, mayor escolaridad, habitar en municipios predominantemente indígenas, así como en municipios conmayor índice de desarrollo humano [(11)].

Jáuregui M (2011), es trabajo titulado **"principales causas de cesárea en la fundación humanitaria Pablo Jaramillo**", siendo un estudio, descriptivo, transversal, retrospectivo, con una población de 1360 gestantes, de las cuales el 43.38% de los partos fue por cesárea; con respecto a los grupos etarios las gestantes entre 20-34 años con un 69.8% seguidas por menores de 20 años con un 16.4% y las mayores de 35 años con 13.7%. Concluyendo que las indicaciones de cesárea son las siguientes: causas maternas con 68.1%; causas fetales con 21.0% y causas materno fetales con 10.8%. Las principales causas de cesáreas fueron: cesárea anterior (32.4%), desproporción céfalo-pélvica (7,8%), dilatación estacionaria (7,3%), ruptura prematura de membranas (4,1%), cesárea iterativa (3,4%), distocias óseas (3.1%) y macrostomia fetal (2%) [(12)].

Bernal G. et al (2017), estudio que titula **"Cesárea; situación actual y factores asociados en México"**, estudio que se realizó una revisión sistemática sobre la situación actual de la cesárea. Se seleccionaron artículos publicados en el periodo de 2010-2017. Las mujeres primíparas entre los grupos de 12 a 19 años y de 35 o más años, representaron los grupos de mayor exposición a la cesárea. Según la ENSANUT 2012, el 73,0% de las mujeres entre 20 a 34 años que tuvieron a su

último hijo en los cinco años previos a dicha encuesta, presentaron un perfil socioeconómico bajo en el 44,2% de los casos, y una escolaridad máxima de nivel secundaria en el 75,7%, cómo factores asociados directamente a la intervención quirúrgica, se encontró que las mujeres con 35 o más años tienen un 61,0% más probabilidad de ser intervenidas por operación cesárea, en comparación con el grupo de 20 a 34 años. El grupo menor de 20 años fue considerado como factor protector a esta intervención, sin embargo, en lo que respecta a su asociación al tema de paridad, presenta 6 veces más riesgo de intervención cesárea en mujeres primíparas de este grupo etario [13].

1.2.2. Nivel Nacional

Herrera B. (2019), realizo la investigación titulada **"Factores asociados al incremento de las cesáreas en el servicio de maternidad del Hospital Regional del Cusco, 2019"** con el objetivo de determinar los factores asociados al incremento de las cesáreas en gestantes atendidas en el servicio de maternidad del Hospital Regional del Cusco, 2019. Fue un estudio no experimental, de tipo descriptivo, retrospectivo, analítico transversal, con una población de en 300 pacientes que se sometieron a cesárea en el servicio de maternidad de dicho nosocomio. Los resultados fueron que los principales factores asociados al incremento de cesáreas enel Hospital Regional del Cusco en el año 2019 fueron las causas maternas en un 51,7%, seguida de las causas fetales en un 33,7% y causas ovulares en un 14,6%. El 67,3% corresponden al grupo de 20 a 34 años de edad, 77,0% convivientes, el 50,7% tiene nivel educativo secundario, cesárea previa o anterior 31,3%, primíparas 46,7%, edad gestacional a término (37 a 41 semanas) 80,7% y con control prenatal 73,3%. La distocia del producto, distress fetal agudo y macrosomía fetal son factores asociados que incrementan las cesáreas en un 51,5%, 20,85 y 20,8% respectivamente. La rotura prematura de membranas, oligohidramnios, placenta previa son factores asociados que incrementan las cesáreas en un 34,1%, 34,1% y 20,5% respectivamente. Las conclusiones fueron que elfactor asociado al incremento de cesáreas es la cesárea previa [14].

Zelada L. (2019), realizo el estudio titulado **"Factores Maternos, Fetales y Ovulares asociados a partos por cesárea en gestantes atendidas en el servicio**

de Gíneco-Obstétricia. Hospital PNP Luis N. Sáenz.”, estudio de tipo descriptivo, analítico, retrospectivo y transversal, para lo cual se analizó un total de 384 historias clínica de gestantes sometidas a parto por cesárea. Se revisaron 384 historias clínicas obteniéndose que 228 gestantes presentaban cesárea segmentaria trasversa primaria y 156 cesárea segmentaria trasversa iterativa. En ambos grupos, la desproporción céfalo pélvica con un p = 0,000, el trabajo de parto prolongado, pródromos de trabajo de partos y oligohidramnios son factores asociados a partos por cesárea con un p = 0,000, p= 0,012, p=0,018 respectivamente. Dentro de los factores ovulares solo ruptura prematura de membrana se presenta como factor asociado a partos por cesárea (p=0,001) y en los factores fetales se encontró que macrosomía fetal (p=0,003), sufrimiento fetal (p=0,004),presentación fetal anómala (p=0,000)y gestación múltiple(p=0,041) son factores asociados a partos por cesárea siendo macrosomía fetal con OR (2,208) e IC95% (1,300-3,748) sufrimiento fetal con un OR (3,500) e IC 95% (1,413- 8,867) y presentación fetalanómala con un OR (9,895) e IC 95% (5,546-17,654) factores de riesgo para cesárea. Concluyendo que los factores maternos: desproporción cefalopélvica, pródromos de trabajo de parto, trabajo de parto prolongado y oligohidramnios; los factores fetales: macrosomía fetal, sufrimiento fetal, presentación fetal anómala y gestación múltiple; los factores ovulares: ruptura prematura de membranas se encuentran asociado a partos por cesárea [15].

Echajaya S. (2019), realizo el estudio **titulado “Prevalencia de cesáreas en gestantes atendidas en el Hospital Militar Central”**, el objetivo del trabajo es determinar la prevalencia de cesáreas. Se realizó un estudio descriptivo, de enfoque cuantitativo, diseño no experimental de tipo retrospectivo, con una población de 382 pacientes sometidas a cesárea. Seencontró que la prevalencia de cesárea fue de 66,6%. Las indicaciones de cesárea fueron: cesárea anterior con 36,1%, macrosomía fetal con 11%, distocia de presentación con 6,3% y ruptura prematura de membranas con 5,8%. El grupo etáreo más frecuente fue de 19 a 35 años con 77,5%., la edad gestacional más frecuente fue la de 37 semanas (46,1%), se evidencia que, el número de gestaciones es de 43,5% fueron primíparas, el 37,2% secundíparas, el 14,1% presentaba su tercera gestación. Concluyendo la prevalencia de cesáreas en el Hospital Militar Central durante el periodo de enero a diciembre del 2018 fue de 66,6% el cual sobrepasa el porcentaje recomendado por la OMS (10-15%) [16].

Rojas M. (2018), realizo el estudio titulado **"Características Epidemiológicas y Factores Asociados a la Cesárea en el Centro Materno Infantil José Carlos Mariátegui"**, el trabajo de investigación es un estudio no experimental, observacional, mixto, retrospectivo de corte transversal, se obtuvo una muestra de 122 historias clínicas. Los resultados fueron una incidencia de 45.97% son partos distócicos. Con respecto a las características epidemiológicas en lo referido a la edad el 27.87% de pacientes poseen entre 30-34 años, en cuanto a la paridad el 38.52% de pacientes son segundigestas, estado civil el 36.07 % de pacientes son conviviente, grado de instrucción el 37.7% de pacientes poseen secundaria, ocupación el 54.9% es independiente, procedencia 66.39% de pacientes son de la zona costa. Con respecto a los factores maternos asociados a la cesárea el 48.36% fue cesareadas anterior, los factores fetales asociados a la cesárea el 55.74% no poseen ninguna indicación fetal para la cesárea. Concluyendo las características epidemiológicas de las gestantes estudiadas comprende una edad que oscila entre los 30 a 34 años, la cesara anterior predomino como factor materno y que la incidencia de la cesárea es de 45.97% muy por encima de la recomendación de la OMS [(17)].

Barrera N. et al (2018), realizo el estudio titulado **"Frecuencia e Indicaciones del parto por cesárea en un Hospital Público de Lima"**, siendo el objetivo de determinar la frecuencia de parto abdominal, así como las indicaciones más frecuentes. Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, tipo serie de casos, evaluando las pacientes sometidas a parto abdominal y sus indicaciones. Se incluyeron todas las pacientes sometidas a cesáreas, electivas o de emergencia desde enero del 2013 hasta diciembre del 2017 en el Hospital Cayetano Heredia. Resultados se obtuvo una frecuencia de cesárea del 50.2%. En cuanto a la frecuencia anual de cesáreas, para el año 2013 encontramos un porcentaje del 49.4 %, en el 2014 de 48.4%, 2015 con 51.3%, para el 2016 un 52.5% y para el 2017 de 49.5%. Siendo las indicaciones más frecuentes el antecedente de una cesárea previa, seguida de la desproporción cefalopélvica. Dentro de las 5 indicaciones más frecuentes, el antecedente de una cesárea previa, representó el 25.3%. Es importante mencionar que el 34% de estas pacientes tuvieron partos vaginales previos, dato estadísticamente significativo. (p= 0.01), el segundo lugar,

se ubica la desproporción cefalopélvica con el 19.8%, las pacientes con antecedente de dos a más cesáreas anteriores, fueron ubicadas en el tercer lugar con el 10.5%, la cuarta indicación fue la distocia de presentación en 10.3%, de estas el 73% presentaron más de 6 controles prenatales, es decir, fueron pacientes controladas, dato que no fue estadísticamente significativo (p>0.05). El 7% fueron intervenidas por distrés fetal, representando la quinta indicación más frecuente en nuestra población estudiada. En conclusión, se superó la tasa de cesárea recomendada por la OMS (<15%). La indicación más frecuente en este período fue la presencia del antecedente de una cesárea previa (18).

Andia M. (2017), realizo el estudio que titula **"Factores determinantes de la cesárea en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno"**, estudio de tipo observacional descriptivo transversal y analítico; con una muestra de 253 pacientes. Los resultados fueron las características maternas son: la edad de la paciente el 52,96% de 20 a 29 años (P=0,621), edad gestacional 60,47% a término 37 a 42 semanas (P=0,001),y como factores determinantes el número de gestaciones 53,36% nulípara(P=0,019), 67,98% si tuvo trabajo de parto (P=0,000), gestantes con parto por cesárea 87,75% por emergencia, 12,25% cesárea programada, y la principal causa obstétrica materna con 36,76% es por pre eclampsia o eclampsia previa (P=0,034), 75,49% son otras causas fetales (P=0,027), 91,30% fueron otras causas ovulares (P=0,483). Conclusión: Los factores asociados con el tipo de cesárea son las características maternas: edad dela paciente, edad gestacional, y los factores determinantes son el número de gestaciones, trabajo de parto; las características obstétricas: causas maternas, como primera causa además de causas fetales y causas ovulares, con un nivel de significancia P< 0,05 (19).

1.2.3. Nivel local

Torres R. et al (2018), realizaron el estudio titulado **"Factores de riesgo que predisponen al incremento del índice de cesáreas en gestantes adolescentes en el Hospital II-2 Tarapoto, en el periodo 2011 – 2015"**, y tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo que predisponen al incremento del índice de

cesáreas en gestantes adolescentes en el Hospital II-2 Tarapoto, durante el periodo 2011 – 2015. La investigación fue cuantitativa, analítica, retrospectiva, de corte transversal, diseño casos y controles. La muestra, grupo control y estudio fue de 353 gestantes respectivamente. La técnica seleccionada fue análisis documental y el instrumento de recolección de datos fue la ficha de registro de datos elaborado por los investigadores. Los resultados: Del 100% de adolescentes cesareadas el 70,3% oscilan entre 15 a 19 años. El 63,7% son casada/convivientes, el 95,2% se ubican en el nivel primaria o secundaria y el 57,2% proceden de la zona rural. En el quinquenio 2011 – 2015, la incidencia de cesáreas ha disminuido, en el año 2011 fue de 66,6% y en el 2015 49,0%. La conclusión: entre los factores de riesgo socioculturales encontramos: nivel de instrucción primaria y secundaria, edad materna entre 10 a 14 años, procedencia rural. Factores Maternos: atención prenatal < 6, cesárea anterior, síndrome de Hellp y código blanco. Factores Fetales: sufrimiento fetal (OR: 2,244 año 2011, Vs OR: 2,254 año 2015) y a la distocia de presentación (OR: 0,661 año 2011 Vs OR: 1,191 año 2015). Factores del Parto: desproporción céfalo pélvica (OR: 2,213 año2011 Vs OR: 2,35 año 2015) y trabajo de parto disfuncional (OR: 2,032 año 2011 Vs OR: 2,038 año 2015). Factores Placentarios: el DPP (OR: 2,021 año 2011 Vs OR: 2,019 año 2015) y el Oligohidramnios (OR: 0,224 año 2011 Vs OR: 2,059 año 2015) [20].

1.3. Bases Teóricas

1.3.1. Cesárea

La palabra Cesárea viene del latín "Caedere", se extrae el producto mediante un corte, siendo superior a las 22 semanas de embarazo, que consiste en una incisión en la pared abdominal denominado laparotomía y de la pared uterina histerotomía, cuando existen indicaciones fetales y/o maternas que contraindican la vía vaginal, evitando los riesgos y complicaciones maternos fetales. Los profesionales de salud desde 1985, han considerado que la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10% y el 15%. A pesar de ello las cesáreas son cada vez más frecuentes tanto en países desarrollados como en países en desarrollo. La cesárea, cuando está justificada desde el punto de vista médico, es eficaz para prevenir la morbimortalidad materna y perinatal. Sin embargo, no

están demostrados los beneficios del parto por cesáreapara las mujeres o los neonatos en quienes este procedimiento resulta innecesario. Como se sabe que, en cualquier otra cirugía, la cesáreaestá asociada a riesgos a corto y a largo plazo que pueden perdurar por muchos años después de la intervención y afectar a la salud de la mujer, y del neonato, así como a cualquier embarazo futuro [18]. Estos riesgos son mayores en las mujeres con escaso acceso a una atención obstétrica integral. En los últimos años, los gobiernos y los profesionales de la salud han expresado su preocupación respecto del incremento enla cantidad de partos por cesárea y las posibles consecuencias negativas para la salud materna infantil.

Historia de la Cesárea en el Mundo

Si realizáramos una clasificación de la historia de la cesárea nos gustaría referirnos a la que hizo Cifuentes en la que señala que ésta puede dividirse en una parte anecdótica y mitológica y otra científica [27].

Primero se emparenta que en tiempos lejanos donde el nacimiento por cesárea era algo sobrenatural y misterioso, la mitología griega que existereferencias de nacimientos de dioses o semidioses por vía abdominal, como el que se refiere a Hermes que sacó a Dionisio por mandato de Zeus del vientre de Semele, y Apolo, que abre el abdomen de Corinis, muerta por Artemis, y saca a Esculapio una palabra de origen latino, caedere o scaedere, que significa cortar, podría ser una de las 4 razonesdel origen de la denominación. Las otras 3 son: la ley regia de Numa Pompilius (siglo viii AC) que impedía inhumar a la mujer muerta embarazada sin haber sacado previamente al niño por una incisión abdomino-uterina (ley de los césares); la leyenda cuenta que Julio Césarnació de este modo [(28)].

El Mischnagoth, publicado en 140 AC y el Talmud, hacen referencias a nacimientos por cesáreas y los ritos de la operación que se empleaba para los nacimientos. Precisamente el Talmud relata el nacimiento de Indra y se detalla cómo se negó a nacer por vía natural. Como mencionala historia, vemos el caso de Buda, del cual se afirma una creencia muy antigua, que nació del costado de

su madre, o el caso de Brahma, de quien se dice que emergió a través del ombligo materno[28].

Durante la historia se vieron formadas por leyes, la cesárea presento inicialmente una ley dada por los romanos, llamada "Lex Regia" del año 715 AC, mencionaba que toda mujer con embarazo avanzado debía ser operada poco después de la muerte, siempre que el niño este vivo. Otras culturas como el Islam en 1500, se oponía a la cesárea, ya que consideraban que eran descendientes del demonio y debían ser sacrificados. En cuanto a la religión cristiana, se encontraba a favor ya que velaban por la vida y el alma de ambos seres [28].

El vocablo de nacimiento por cesárea fue usado por primera vez en Francia, en el año de 1581, por Rousset. La primera cesárea practicada en una gestante viva y en la que se obtuvo un recién nacido vivo fue realizada por Giulio Cesari Aranzio en el año de 1578. En 1769, Lebas, en Francia, sutura por primera vez la herida del útero con la idea de que la recuperación fuera mejor. En el año de 1 882, Max Sanger difunde la técnica de suturar la herida uterina. La operación de cesárea se empieza a emplear como una alternativa segura para el nacimiento luego de los trabajos pioneros de Willian Morton, en 1846 se utilizó el dietil éter como anestésico quirúrgico y veinte años después Joseoh Lister introdujo el ácido carbólico como antiséptico como técnica para disminuir infecciones postoperatorias. La mayor modificación en el uso de la técnica de cesárea ocurre en el año de 1876, cuando Eduardo Porro, la asocia a la histerectomía subtotal, luego Frank, en 1906, introduce la técnica extraperitoneal con el fin de disminuir las posibilidades de infección y más tarde Krönig, en 1912, y Beck, en 1919, utilizan la técnica segmentaria con incisión longitudinal. La cesárea segmentaria transversal, que es el procedimiento más usado hoy en día, proviene de una modificación de la técnica de Beck implementada en 1921 por John Munro Kerr y Eardley Holland [20].

Historia de la Cesárea en el Perú:

En 1861, Perú realiza su primera cesárea fue realizada en la Maternidad de Lima por el Dr. Camilo Segura, en una paciente fallecida durante el parto. En 1926 el

Dr. Ricardo Palma realizó la primera cesárea en Chiclayo. El 31 de mayo de 1931 en la Maternidad de Lima el Dr. Alberto Barton practicó una cesárea obteniendo un recién nacido vivo.29 La madre falleció a las pocas horas. Entre los años 1927 y 1936 el Dr. Manuel Jesús Castañeda efectuó la primera cesárea en Arequipa y en 1931 el Dr. Callo Zeballos hizo lo mismo en el Cuzco. La primera cesárea segmentaria en el Perú fue practicada en la Maternidad de Lima por Víctor Bazul Fonseca en 1937 y en 1939 se hizo la cesárea a la niña Lina Medina de 5 y medio años de edad obteniéndose un recién nacido vivo de 2700gr [30].

1.3.2 Clasificación de cesárea

- **Cesárea electiva:** realizada a gestantes con patología materna o fetal que contraindique o desaconseje un parto por vía vaginal. Es una intervención programada [31].

- **Cesárea en curso de parto:** se suspende el parto espontaneo por presentar problemas que afecten a la madre o el producto, generalmente por distocia. Se incluyen: inducción del parto fallida, desproporción pélvica fetal, distocia de dilatación o descenso y parto estacionado. Cierta mente no existe riesgo inminente de muerte para la madre ni para el feto [31].

- **Cesárea de emergencia:** intervención que se realiza ni bien ingresa la gestante con una patología aguda grave, tanto de la madre o del feto. Cursa con un riesgo vital materno-fetal, como pronóstico neurológico fetal, lo que hace aconsejable la finalización del embarazo rápidamente [31].

Indicaciones:

- **Indicaciones relativas:** Son indicaciones de forma electiva, donde cada caso presenta un menor riesgo y mayor beneficio tanto para la madre y el feto, dando un nacimiento por vía abdominal de forma electiva.

- **Indicaciones absolutas:** Son las indicaciones en las que la cesárea es el único medio a utilizar para terminar el parto y procurar el bienestar al binomio involucrado entre estas se mencionan:

Consolidado de Indicaciones para Cesáreas		
	Absolutas	**Relativas**
Maternas	Estrechez pélvica. Fibrosis cervical. Plastia vaginal o del piso pélvico previas. Dos o más cesáreas previas. Cesárea corporal única. Cirugía previa sobre el cuerpo uterino. Miomectomías que invaden a la cavidad uterina. Persistencia de la causa de la cesárea previa. Cesárea previa complicada (dehiscencia, Infección). Herpes genital activo. Condilomatosis florida obstructiva. Cardiopatía descompensada. Aneurismas o malformación arteriovenosa cerebral. Preeclampsia severa	Preeclampsia, eclampsia Una cesárea segmentaria previa. Expulsivo prolongado Dilatación Estacionaria Embarazo Prolongado, que no inicia trabajo de parto. Cérvix inmaduro, que no respondió a esquema de maduración.
Fetales	Feto en Situación Transversa. Feto en variedad de Frente. Embarazo múltiple más de 2. Gemelar mono amniótico monocorial. Gemelar bivitelino en que ambos no estén en cefálica. Peso fetal entre 1000 y 1500 gr. Sufrimiento fetal agudo en el primer periodo del parto. Distocias de posición persistentes: occípito-posterior Macrosomía Fetal mayor de 4.500 gr.	Feto en presentación Podálica. Anomalías congénitas: hidrocefalia Restricción del crecimiento intrauterino. Peso fetal menor a 1000g Macrosomía fetal (entre 4000 y 4500 gr.) Bienestar fetal antes del parto comprometido ante las contracciones uterinas. Oligohidramniossevero.
Materno fetales	Desproporción céfalo-pélvica. Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta, Placenta previa oclusiva total. Prolapso de cordón con feto vivo. Situaciones en las que está contraindicado el trabajo de parto.	Placenta previa oclusiva parcial. RPM con infección (Corioamnionitis). Polihidramnios Severo

Fuente: Propia del Autor.

Causas maternas:

- Patologías locales:

- Distocias óseas:
  - Estrechez pélvica.
  - Pelvis asimétrica o deformada.
  - Tumores óseos de la pelvis.

- Distocia de partes blandas:
  - Malformaciones congénitas.
  - Tumores del cuerpo o segmento uterino, cérvix, vagina y vulvaque obstruyen el conducto del parto.
  - Cirugía previa del cérvix, y/o cuerpo uterino, incluyendo operaciones cesáreas previas.
  - Cirugía previa del cérvix, vagina y vulva que interfiere con elprogreso adecuado del trabajo del parto.

- Tumores pélvicos.
- Rotura uterina.
- Cesárea anterior.
- Herpes genital activo.
- Distocia de la contracción.

- Patologías sistémicas: nefropatías, cardiopatías, hipertensión arterialcrónica, preeclampsia.
- Fracaso de la inducción.

Causas fetales:

- Alteraciones de la situación, presentación o actitud fetal.
- Situación transversa.
- Pelviana.
- Frente.
- Cara.

- Macrosomía fetal que condiciona desproporción cefalopélvica.
- Viabilidad fetal comprometida.
  - Distress fetal o Alteración del bienestar fetal.
  - Restricción del crecimiento intrauterino.
  - Enfermedad hemolítica fetal grave.
  - Isoinmunización materno-fetal.

- Malformaciones fetales incompatibles con el parto.
- Embarazo prolongado con contraindicación para el parto vaginal.
- Cesárea post mortem.
- Gestación múltiple.

Causas ovulares:

- Placenta previa.
- Desprendimiento normo placentario.
- Procidencia del cordón.
- Oligohidramnios.
- Prolapso de cordón umbilical.

Clasificación de Robson:

Este manual se elaboró para ayudar a los establecimientos de salud en la adopción y el uso de la clasificación de Robson. Va dirigido a los profesionales de la salud que se encargan de la atención de las mujeres ingresadas para el parto, así como a los administradores responsables de la gestión de los establecimientos de salud en los que tienen lugar lospartos. El sistema clasifica a todas las mujeres ingresadas para el parto en uno de 10 grupos que son mutuamente excluyentes y totalmente inclusivos. Esto significa que, con el empleo de unas pocas variables obstétricas básicas, cada mujer ingresada para el parto en cualquier establecimiento de salud puede clasificarse en uno y solo uno de los 10grupos y que ninguna mujer queda fuera de la clasificación.

Clasificación de Robson	
Grupo 1: nulípara con embarazo único en presentación cefálica, 37 semanas o más de gestación, trabajo de parto espontaneo.	**Grupo 6:** nulípara con embarazo único en presentación podálica.
Grupo 2: nulípara 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 7:** multípara con embarazo único en presentación podálica, incluyendo las mujeres con cicatriz única previa.
Grupo 3: multípara sin cicatriz uterina previa, con embarazo único enpresentación cefálica, 37 semanas o más de gestación, trabajo de parto espontaneo.	**Grupo 8:** mujeres con múltiples, incluidas las mujeres con cicatriz única previa.
Grupo 4: multípara sin cicatriz uterina previa, con embarazo único enpresentación cefálica, 37 semanas o más de gestación, trabajo de parto inducido o parto por cesárea antes del comienzo del trabajo de parto.	**Grupo 9:** mujeres con embarazo único en situación transversa u oblicua, incluidas las mujeres con cicatriz única previa.
Grupo 5: multípara con al menos una cicatriz uterina previa, con embarazo único en presentación cefálica, 37 semanas o más de gestación.	**Grupo 10:** mujeres con embarazo único en presentación cefálica, menos de 37 semanas de gestación, incluidas las mujeres con cicatriz única previa.

Fuente: OMS: Manual de Aplicación: Clasificación Robson 2018

1.4. Justificación:

La OMS envió un pronunciamiento en que recuerda que lo ideal es mantener una tasa de cesáreas entre el 10% y el 15% de todos los nacimientos. El documento aclara que las cesáreas sí son eficaces para salvar la vida de la madre y del bebé o para evitar enfermedades o complicaciones, pero esos casos no son tan frecuentes[1]. El conocer que la realización de la operación cesárea se ha incrementado en todo el mundo, subestimándose de esta forma la capacidad natural de la mujer para parir y de esta forma aumentar las probabilidades de complicaciones al someterlas a un riesgo anestésico y quirúrgico, ha sido el motivo de constantes trabajos de investigación. Teniendo como problema cual

son los factores causales de las indicaciones de cesárea, y si realmente estos han sido justificables desde el punto de vista médico.

Entre 2014 y 2015, se realizó la Encuesta Global en Salud Materna y Perinatal de la OMS en 24 regiones de ocho países de América Latina. En la encuesta se obtuvieron datos de todas las mujeres que ingresaron para tener el parto en 120 instituciones seleccionadas al azar. La mediana de la tasa de partos por cesárea fue del 33% y la tasa más alta de partos por cesárea observada en hospitales privados fue del 51%.[2]

De la misma forma se ha visto una tendencia al incremento en nuestro país. Según ENDES 2018 Perú, la tasa de cesáreas se incrementó de 21,4% a 26,5% entre los años 2015 y 2017. Al desagregar la cifra por características de la madre, se revelan importantes contrastes. Se observó que las cesáreas se realizaron en el 49,4% entre las mujeres ubicadas en el quintil superior de riqueza, 43,3% entre aquellas con educación superior, 41,7% que pertenecen al cuarto quintil de riqueza y 32,7% entre las que tuvieron el primer nacimiento. De acuerdo con el ámbito geográfico, fue 44,6% en Tumbes, 39,3% en Lima Metropolitana y 38,2% en San Martin. Por otro lado, se mantiene en niveles bajos entre las mujeres ubicadas en el quintil inferior de riqueza (8,9%) y con el sexto o posterior nacimiento (9,6%); y por ámbito geográfico, en el departamento de Amazonas (10,6%) y en el área rural (11,5%).[3]

Puesto a que la cesárea fue incorporada a la práctica obstétrica con el fin de solucionar aquellos problemas que pudieran significar muerte para la madre y/o el niño, se ha ido incrementando en las últimas décadas a tal punto que actualmente lo que apareció como una solución, ahora se considera un problema de salud pública por la excesiva liberalización a la que ha sido conducida.[5]

Con la presente investigación se busca poder contribuir a ampliar los conocimientos que conlleven a mejorar las intervenciones en los equipos de salud de manera oportuna, con el fin de desarrollar un mejor criterio y plantear medidas preventivas adecuadas para disminuir los factores de riesgo que puedan ocasionar las cesáreas de elección y no por emergencia, y a su vez menguar las consecuencias que trae consigo.

De acuerdo a lo expuesto y evidenciado por antecedentes y datos estadísticos en la realidad problemática, el investigador desea dar a conocer y sobre todo dar la importancia a un tema tan delicado como es la cesárea. Se espera que con estos resultados se tenga un referente para que las autoridades sanitarias y los médicos tomen decisiones pertinentes al respecto. Asimismo, servirá de base para estudios posteriores con la finalidad de mejorar la salud y calidad de vida las pacientes.

1.5. Problema:

El presente estudio, ha sido diseñado para contestar la siguiente interrogante:

¿Cuáles son los Factores de riesgo materno-fetales asociados al incremento de las cesáreas en el Hospital II-2 Tarapoto en el Periodo de enero a diciembre del 2020?

II. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General.

Conocer los Factores de riesgo materno-fetales asociados al incremento de las cesáreas en el Hospital II-2 Tarapoto en el periodo de enero a diciembre del 2020.

2.2 Objetivos Específicos.

1. Identificar los factores de riesgo maternos asociados al incremento de cesáreas en gestantes atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto.
2. Identificar los factores de riesgo fetales asociados al incremento de cesáreas en gestantes atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto.
3. Identificar los factores de riesgo del parto asociados al incremento de las cesáreas en gestantes atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto.
4. Describir los factores de riesgo placentarios asociados al incremento de lascesáreas en gestantes atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto.
5. Describir la frecuencia de cesáreas en gestantes atendidas en el HospitalII-2 Tarapoto.

2.3. Hipótesis de Investigación.

El estudio conocer los Factores de riesgo materno-fetales asociados al incremento de las cesáreas en el Hospital II-2 Tarapoto, es una investigación de alcance descriptivo, sin el pronóstico de un hecho y/o dato ni relación entre las variables, por lo tanto, no se ha planteado hipótesis alguna.

2.4. Operacionalización de variables.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems
Factores de Riesgo	Es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir unaenfermedad o lesión.	Está referido a los factores socio-culturales, materno, médico, etc., que incrementan el índice de cesáreas	Factores Socio Culturales	Edad	-13 a 14 -15 a 34 -35 a +
				Estado Civil	-Soltera -Casada -Conviviente
				Escolaridad	-Primaria -Secundaria -Superior
				Procedencia	-Rural -Urbana
			Factores Maternos	Cesárea Previa	-Si -No
				Control Prenatal	-Menos de 06 Controles -Mas de 06 Controles
				Hipertensión Inducida por la Gestación	-Si -No
				Desproporción Céfalo Pélvica	-Si -No
				Paridad	-Nulípara -Multípara
			Factores Fetales	- Sufrimiento fetal. - Distocia de presentación -prematuridad - Embarazo gemelar	-Si -No
			Factores del Parto	- Trabajo de parto disfuncional - Expulsivo prolongado	-Si -No
			Factores Placentarios	- DPP - RPM -Insuficiencia placentaria - Polihidramnios - Oligohidramnios - Corioamnionitis	-Si -No
Frecuencia de cesáreas	Es el procedimiento quirúrgico obstétrico mediante el cual, se realiza la extracción fetal a través de la incisión de la pared abdominal (laparotomía) y de la pared uterina (histerotomía).	Es el procedimiento quirúrgico obstétrico mediante el cual es sometida la gestante como trabajo de parto, indicada como electiva, intraparto o de emergenia.	Cesárea emergencia	Imprevista	-Si -No
			Cesárea electiva	Programada con tiempo	-Si -No

III. MATERIAL Y MÉTODOS

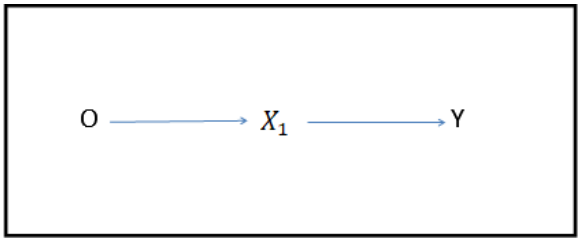
3.1 Tipo de estudio

El tipo de estudio es descriptivo y transversal; porque determina la situación y describe el comportamiento de las variables en un momento dado en el tiempo.

3.2 Diseño de investigación

El diseño de estudio es observacional porque no se manipulará variables; retrospectivo debido a que tomará datos y revisión de casos clínicos del año planteado; y responde a un diseño de corte transversal.

Gráficamente, se representa así:



Donde:

- O : Observación.
- X_1 : Factores de Riesgo.
- Y : Índice de Cesáreas.

3.3 Población y muestra

3.3.1 Población

La población está conformada por 314 cesáreas realizadas en el Hospital II-2 Tarapoto en el periodo de enero a diciembre del 2020.

3.3.2 Muestra:

La muestra está conformada por 100 casos de cesáreas realizadas en el Hospital II-2 Tarapoto en el periodo de enero a diciembre del 2020, y que cumplen con los criterios de inclusión a la investigación.

3.3.2.1 Tamaño de muestra:

Para el tamaño de la muestra se utilizó la siguiente fórmula:

N = N (Z0.05)2 (p) (q)

(N-1) (E) 2 +6 (Z*0.05) (p)(q)

Donde;

N= Población Z= Tabla = 1.96

p= Probabilidad de éxito = 0.50 q= Probabilidad de no éxito = 0.50E= Error de estimación = 0.50

N= 100

La muestra esta conformada por 100 casos de cesáreas realizadas en el Hospital II-2 Tarapoto en el periodo de enero a diciembre del 2020.

3.3.2.2 Muestreo:

Para la presente investigación se utiliza el muestreo no probabilístico por conveniencia, se tomó la muestra del total de la población por un muestreo de criterios, los cuales son:

- **Criterios de inclusión:**

  - Se incluirán todas cesáreas realizadas en el Hospital II-2 Tarapoto en el periodo de enero a diciembre del 2020.

- **Criterios de exclusión:**

  - Historias clínicas de cesáreas que no estén con datoscompletos.

3.4 Procedimiento

Para el desarrollo del presente estudio de investigación, se gestionó la autorización de la dirección del Hospital Minsa II-2 Tarapoto. En todos los casos se utilizó como fuente primaria de información las historias clínicas de las pacientes con cesáreas según el periodo establecido del estudio, entre ellos, se identificó quienes cumplen los criterios de inclusión. Una vez sacado los datos necesarios, se procedió a la tabulación y la digitación de los resultados.

3.5 Métodos e instrumentos de recolección de datos

3.5.1 Métodos:

- Análisis documental de historias clínicas de las pacientes cesareadas en el periodo de enero y diciembre del 2020.

3.5.2 Instrumentos

- Ficha de recolección de datos

3.6 Plan de tabulación y análisis de datos

Para el plan de análisis se utilizó fichas de registro: ficha de recolección de datos. La información captada fue revisada por el asesor del estudio. Los datos recabados, fueron transcritos y procesados con el programa estadístico SPSS 10.0 para Windows, cuyos resultados se presentan en tablas y gráficos, a partir de las cuales se obtuvieron las conclusiones sobre el tema.

IV. RESULTADOS

Tabla 1. Características demográficas de gestantes cesareadas atendidas en el periodo enero - diciembre 2020 en el Hospital MINSA II-2 – Tarapoto.

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

n=100		
Edad	**Frecuencia**	**Porcentaje**
13 a 14 años	02	2%
15 a 34	58	58%
>35 años	40	40%
Estado Civil		
Soltera	10	10%
Casada	35	35%
Conviviente	55	55%
Escolaridad		
Primaria	12	12%
Secundaria	70	70%
Superior	18	18%
Procedencia		
Rural	32	32%
Urbana	68	68%

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

En la tabla 1, se muestra que las características demográficas de gestantes cesareadas atendidas, se encuentra que existe en el rango de edad de 13 a 14 años un 2% (2), de 15 A 34 años un 58% (58), y mayores de 35 años un 40% (40), con respecto al estado civil refieren ser solteras un 10% (10), casadas un 35% (35), mientras que refieren ser convivientes un 55% (55). En relación a la escolaridad refieren tener primaria un 12% (12), mientras que secundaria un 70% (70), y solo superior un 18% (18). Con respecto a la procedencia se evidencia que un 32% (32) son de zona rural y de zona urbana un 68% (68)

Tabla 2. Factores de riesgo maternos asociados al incremento de cesáreas en gestantes atendidas en el periodo enero - diciembre 2020 en el Hospital MINSA II-2 - Tarapoto.

FACTORES MATERNOS

n=100		
	Frecuencia	**Porcentaje**
Cesárea previa	41	41%
HTA inducida por la gestación	31	31%
Desproporción céfalo pélvica	17	17%
Paridad	11	11%
n=100		
Control Prenatal		
<de 6	23	23%
>de 6	**77**	**77%**

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

En la tabla 2, se muestra que como factor materno asociado al incremento de cesáreas está la cesárea previa en mayor frecuencia, debido a que no se opta por parto vaginal debido a posibles complicaciones que se pueda presentar, entre ellas la rotura uterina. Como segundo factor encontramos a la HTA inducida por la gestación, aquellas gestantes que presentan problemas de presión alta y que no son controladas adecuadamente terminan en cesárea debido a las posibles complicaciones que se pueda presentar. La desproporción cefalopélvica como tercer factor, encontrando entre las causas más comunes la estreches pélvica.

Tabla 3. Factores de riesgo fetales asociados al incremento de cesáreas en gestantes atendidas en el periodo enero - diciembre 2020 en el Hospital MINSA II-2 - Tarapoto.

FACTORES FETALES

n=100

	Frecuencia	**Porcentaje**
Sufrimiento Fetal	46	46%
Distocia de Presentación	34	34%
Embarazo gemelar	20	20%

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

En la tabla 3, se muestra que como factores fetales asociado al incrementode cesáreas está presente el sufrimiento fetal con un 46% (46), la distocia de presentación con un 34% (34) y el embarazo gemelar con un 20% (20).

Tabla 4. Factores de riesgo del parto asociados al incremento de cesáreas en gestantesatendidas en el periodo enero - diciembre 2020 en el Hospital MINSA II-2 - Tarapoto.

FACTORES DEL PARTO

n=100

	Frecuencia	**Porcentaje**
Trabajo de parto disfuncional	57	57%
Expulsivo prolongado	43	43%

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

En la tabla 4, Se muestra sobre los factores del parto asociados al incrementode cesáreas, al trabajo de parto disfuncional en un 57%, siendo el más frecuente las distocias de presentación y como otro factor al expulsivo prolongado en un 43% como causa principal debido a macrosomía fetal.

Tabla 5. Factores de riesgo placentarios asociados al incremento de cesáreas en gestantes atendidas en el periodo enero - diciembre 2020 en el Hospital MINSA II-2 - Tarapoto.

FACTORES PLACENTARIOS

n=100		
	Frecuencia	**Porcentaje**
DPP	29	29%
RPM	21	21%
Insuficiencia placentaria	26	26%
Polihidramnios	12	12%
Oligohidramnios	07	7%
Corioamnionitis	05	5%

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

En la tabla 5, se muestra sobre los factores placentarios al incremento de cesáreas, que existe un 29% gestantes que presentaron desprendimiento prematuro de placenta, que en su mayoría de veces se presento después de algún traumatismo provocado a la gestante, un 21% de gestantes que presento ruptura prematurade membranas debido a problemas infecciosos, un 26% de gestantes presento insuficiencia placentaria, un 12% de gestantes presento polihidramnios debido a malformaciones congénitas, un 7% de gestantes presento oligohidramnios, un 5% de gestantes presento corioamnionitis.

Tabla 6. Distribución de los factores de riesgo asociados al incremento de cesáreas en gestantes atendidas en el periodo enero - diciembre 2020 en el Hospital MINSA II-2 - Tarapoto.

FACTORES	ASOCIACIÓN	
	X2	***IC(p=0,05)***
Factores maternos	6,371	0,013
Factores fetales	3,045	0,079
Factores del parto	3,004	0,056
Factores placentarios	1,675	0,023

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

En la tabla 06, se muestra que para los factores maternos se encontró un X^2 de 6,371 con una significancia de 0,013, para los factores fetales se encontró un X^2 de 3,045 con una significancia de 0,079, para los factores del parto se encontró un X^2 de 3,004 con una significancia de 0,056, y para los factores placentarios se encontró un X^2 de 1,675 con una significancia de 0,023

Tabla 7. Frecuencia de cesáreas en gestantes atendidas en el periodo enero - diciembre 2020 en el hospital MINSA II-2 - Tarapoto.

FRECUENCIA DE CESÁREAS		
n=100		
	Frecuencia	**Porcentaje**
Cesárea de Emergencia	69	69%
Cesárea Electiva	31	31%

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

En la tabla 7, Se muestra que la frecuencia de cesáreas de emergencia es en un 69% de casos, entre las cuales encontramos al DPP, RPM prolongado, expulsivo prolongado, sufrimiento fetal agudo, y cesáreas electivas en un 31% de casos entre las cuales fueron pelvis estrecha, VPH en conducto vaginal, código blanco.

V. DISCUSIÓN

Las características demográficas de gestantes cesareadas atendidas que se registra en la tabla nro 01, se encuentra que existe en el rango de edad de 13 a 14 años un 2% (2), de 15 A 34 años un 58% (58), y mayores de 35 años un 40% (40), con respecto al estado civil refieren ser solteras un 10% (10), casadas un 35% (35), mientras que refieren ser convivientes un 55% (55). En relación a la escolaridad refieren tener primaria un 12% (12), mientras que secundaria un 70% (70), y solo superior un 18% (18). Con respecto a la procedencia vienen de zona rural un 32% (32) y de zona urbana un 68% (68). Lo cual es corroborado con las investigaciones de estudios nacionales e internacionales de años anteriores quienes concuerdan con una media de edad de 35 años. siendo comparable con los siguientes estudios; en de Jáuregui [(14)] que fue de 69.8%, en el estudio de Muños [(13)] que presentó un 57.48%, mientras en el estudio de Bernal [(15)] en un 73.0%, en el de Echajaya [(18)] en su estudio presentó el 77.5%, en el estudio de Andia [(21)] representó un 52.96%. en cambio, en el estudio de Rojas [(19)] la edad más frecuente fue 30-34 con un 27.87%.

En referencia con el factor materno asociado al incremento de cesáreas que se reporta en la tabla nro 02, se evidencia que como factor materno asociado al incremento de cesáreas está la cesárea previa en un 41% (41), con hipertensión inducida por la gestación un 31% (31) y con desproporción céfalo pélvica un 17% (17) y la paridad con un 11% (11). Con respecto al número de controles prenatales en el total de las gestantes cesareadas se presenta que un 23% (23) tiene menos de 6 controles y un 77% (77) presenta más de 6 controles prenatales. Estudio comparable con Jáuregui (14) 32,4% cesárea anterior, en el estudio de Echajaya [(18)] presentó 36,1%, en el estudio Rojas [(19)] la cesárea anterior fue de 48,4%, en el estudio Barrera [(22)] en un 25,3%, Maylle [(23)] fue de 28%, a diferencia del estudio de Andia [(21)] la eclampsia representó 36,8% como causa materna más frecuente.

Con respecto a los factores fetales asociado al incremento de cesáreas que re reporta en la tabla nro 03, se encuentra como primer factor el sufrimiento fetal con un 46% (46), luego la distocia de presentación con un 34% (34) y el embarazo gemelar con un 20% (20). En relación de los factores del parto asociados al incremento de cesáreas, se

encuentra al trabajo de parto disfuncional en un 57% (57) y al expulsivo prolongado en un 43% (43), estudio comparable con Andia [21] en un 75,49% la presentación podálica, en el estudio Barrera [22] en un 66,0%, mientras que en el estudio Maylle [23] se obtuvo como mayor frecuencia al distress fetal en un 11%.

Sobre los factores placentarios al incremento de cesáreas conforme se registra en la tabla nro 05, se evidencia que existe un 29% (29) gestantes que presentaron desprendimiento de placenta previa, un 21% (21) de gestantes que presento ruptura prematura de placenta, un 26% (26) de gestantes presento insuficiencia placentaria, un 12% (12) de gestantes presento polihidramnios, un 7% (7) de gestantes presento oligohidramnios, un 5% (5) de gestantes presento corioamnionitis. comparado con en el estudio Maylle [23] obtuvo un 5%, en el estudio de Echajaya [18] obtuvo 58%, el estudio de Jáuregui [14] en un 7,3%.

Sobre la distribución de la asociación de los factores de riesgo con el incremento de cesárea se evidencia que de los factores maternos se encontró un X2 de 6,371 con una significancia de 0,013, para los factores fetales se encontró un X2 de 3,045 con una significancia de 0,079, para los factores del parto se encontró un X2 de 3,004 con una significancia de 0,056, y para los factores placentarios se encontró un X2 de 1,675 con una significancia de 0,023.

VI. CONCLUSIONES

6.1. Los principales factores asociados al incremento de cesáreas en el Hospital Minsa II-2 - Tarapoto en el periodo de enero - diciembre 2020 fueron; que un 41% cesárea anterior, seguida hipertensión inducida por la gestación enun 31% y en tercer lugar la desproporción céfalo pélvica con un 17%.

6.2. En relación con las causas maternas en pacientes sometidas a cesáreas en el Hospital Minsa II-2 - Tarapoto en el periodo de enero - diciembre 2020 se evidencia que existe una relación estadísticamente significativa (p=0,016) entre causas maternas y edad, encontrándose que un 74,8% pertenecían al grupo etario comprendido entre 20 a 34 años.

6.3. Se encuentra que en relación con las causas fetales son el sufrimiento fetal con un 46%, luego la distocia de presentación con un 34% y el embarazo gemelar con un 20%, al incremento de cesáreas.

6.4. Se encuentra que el incremento de cesáreas en relación con los factores placentarios fue por un 29% por desprendimiento de placenta previa, un 26% por insuficiencia placentaria, un 21% por ruptura prematura de placenta, un 12% por polihidramnios, un 7% por oligohidramnios, y un 5% presento corioamnionitis.

VII. RECOMENDACIONES

7.1. Las autoridades de Salud deben fortalecer el programa de atención prenatal con enfoque de búsqueda de factores de riesgo materno perinatal para prevenir y realizar una referencia oportuna a Hospitales de mayor resolución en los casos de embarazo de alto riesgo. Con la finalidad de reducir las altas tasas de cesáreas.

7.2. Se debe capacitar al personal de salud de puestos y centros de salud sobre referencia y contrarreferencia de los casos de embarazos de alto riesgo.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zelada Lázaro V. Factores Maternos, Fetales y Ovulares asociados a partos por cesárea en gestantes atendidas en el servicio de Gíneco- Obstétricia en el Hospital PNP Luis N. Saenz Junio 2017 – Junio 2018. [tesis de médico cirujano]. Lima-Perú, 2019.

2. OMS. Declaración de la OMS sobre tasas de Cesárea. Ginebra, 2015 abril 10. [internet], [consultado el 2 de febrero 2020], disponible en: Https://Www.Paho.Org/Nic/Index.Php?Option=Com_Docman&View=Do wnload&Category_Slug=Datos-Y-Estadisticas&Alias=696-Boletin- Informativo-obre-Esareas&Itemid=235.

3. OMS. Declaración de la OMS sobre tasas de Cesárea. Suiza: Departamento de salud reproductiva e investigación OMS; 2015. [internet] [consultado el 2 de febrero 2020], disponible en: Http://Apps.Who.Int/Iris/Bitstream/10665/161444/1/Who_Rhr_15.02_Spa.Pdf.

4. Aaron B. Safe prevention of the primary cesarean delivery. Obstet care consens - ACOG. 2014; 2 [internet], [consultado el 3 de febrero 2020], disponible en: Https://Www.Acog.Org/Clinical-Guidance-And-Publications/Obstetric-Care Consensus-Series/Safe-Prevention-Of-The- Primary-Cesarean delivery?Ismobileset=False.

5. EUROPEA. Europea press/Asturias. Estudio del ministerio de sanidad, [Internet] Madrid 2015. [consultado el 4 de enero 2020], disponible en: Http://Www.Europapress.Es/Asturias/Noticia-Numero-Partos-Cesareaespanaaumenta-Casi-10-Ultimos-10-Anos- 20131219150324.Html

6. Programa Especial Pnud/Unfp/Unicef/Oms/Banco Mundial De Investigaciones. Desarrollo Y Formación De Investigadores Sobre Reproducción Humana. 2016, [internet], [consultado el 2 de febrero 2020], disponible en: Https://Www.Who.Int/Reproductivehealth/About_Us/Es/.

7. INEI. Informe preliminar Perú: Indicadores de resultados de los programas presupuestales primer semestre 2018; encuesta demográfica y de salud familiar (Resultados Preliminares), Lima, 2018, P.98-100.

8. INEI. Salud Materna. In encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES). Lima; 2018, P, 225-251. [internet], [consultada el 5 de febrero 2020], disponible en: Https://Proyectos.Inei.Gob.Pe/Endes/.

9. Reina B, Factores asociados a las condiciones médicas u obstétricas relacionadas con las cesáreas valoradas a través del modelo de Robson en las mujeres atendidas en clínica las Peñitas de la ciudad de Sincelejo 2016, Universidad del Norte, Barranquilla-Colombia, 2019.

10. Anaya A. Pérez V. Javier L. Características de las pacientes llevadas a cesárea según modelo de Robson y exploración de factores asociados en gestantes atendidas en el HUSJ de Popayán, 1 enero de 2016 a 30 de junio de 2016", Popayán-Colombia, 2017.

11. Muños Hernández, J. A., Freyermuth Enciso, M. G. y Ochoa Torres, M. Factores asociados al incremento de Cesáreas en México, 2011- 2014.México [internet], [consultado el 6 de febrero 2020], disponible en: Https://Doi.Org/10.15517/Psm.V17i2.40046

12. Jáuregui, M. Principales causas de Cesárea en la Fundación Humanitaria Pablo Jaramillo, Enero-Diciembre Del 2011. Cuenca- Ecuador, 2011.

13. Bernal García, C. Cuauhtémoc Nahín, E, C; Cesárea: Situación actual y Factores Asociados en México-2017. México, servicio de publicación DF México, 2017.

14. Herrera B. Factores asociados al incremento de las cesáreas en el servicio de maternidad del Hospital Regional del Cusco, 2019, [tesis de médico cirujano] Cusco-Perú, 2019.

15. Zelada Lázaro, Factores maternos, fetales y ovulares asociados a partos por cesárea en gestantes atendidas en el servicio de Gíneco-Obstétricia. Hospital PNP Luis N. Saenz. Junio 2017 – Junio 2018, [tesis de médico cirujano], Lima-Perú, 2019.

16. Echajaya Sicha, Prevalencia de cesáreas en gestantes atendidas en el Hospital Militar Central durante el periodo de enero a diciembre del 2018, [tesis de médico cirujano] Lima-Perú, 2019.

17. Rojas Morón, Miriam Danaiz, Características Epidemiológicas y factores asociados a la cesárea en el Centro Materno Infantil José Carlos Mariátegui De Agosto 2016 A Julio 2017, [tesis de médico cirujano], Lima-Perú, 2018.

18. Barrena Neyra, M. Quispesaravia Ildefonso P., Frecuencia e indicaciones del parto por cesárea en un Hospital público de Lima en el período enero 2013-diciembre 2017, [tesis médico cirujano], Lima-Perú, 2018.

19. Andía Mamani A., Factores determinantes de la cesárea en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno periodo enero-diciembre 2017. Puno, [tesis de médico cirujano], Puno-Perú, 2017.

20. Torres R. et al. Factores de riesgo que predisponen al incremento del índice de cesáreas en gestantes adolescentes en el Hospital II-2 Tarapoto, en el periodo 2011 – 2015 [tesis de pregrado], San Martin- Perú, 2018.

21. Puma, J; Díaz, J; Caparo, C. Complicaciones maternas de la cesárea en gestantes a término en periodo expulsivo en un Hospital General De Lima, Rev Med Hered, 2015; 26:17-23.

22. Moroz, La; Wright, Jd; Ananth, Cv; Friedman, Am. Hospital Variation In Maternal Complications Following Caesarean Delivery In The UnitedStates: 2006-2012, Bjog 2016; 123:1115-1120.

23. Azurín John C., Basilio Flores J., Becerra-Gonzales V., Carbajal-Urteaga P., Caro-Vargas M., Castillo-Cáceda S., Castro-Tamayo, Desarrollo de criterios para indicación de cesárea según el método de Pertinencia Rand/Ucla Cimel 2013; 18(2):9-16 Perú- San Marcos, 2013.

24. Maylle Bonilla, A., Incidencia de cesáreas en el Hospital Base II de la redasistencial de Huánuco, ESSALUD, durante el periodo 2010 a 2014, Huánuco, [tesis de médico cirujano], Huánuco-Perú 2016.

25. Umeres, M. Indicadores y variación del diagnóstico Post Operatorio de las cesáreas en pacientes atendidas en el Hospital Antonio Lorena del Cusco en el Año 2010. Cusco-Perú, 2012.

26. Contreras, J. Características de las cesáreas en el Hospital AntonioLorena del Cusco de enero a diciembre, 2016. Cusco-Perú-2017.

27. OMS. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea; [internet], [consultada en 3 de febrero 2020], disponible en: Http://Www.Who.Int/Reproductivehealth/Publications/Maternal_Perinatal_Health/Cs-Statement/Es/#.Vtqrxm7a4sk.Email

28. Lugones Botell, M. La cesárea en la Historia. Rev. Cubana ObstetGinecol V.27 N.1 Ciudad De La Habana Ene.-Abr. 2001, [internet],[consultada el5 de febrero 2020], disponible en: Http://Scielo.Sld.Cu/Scielo.Php?Script=Sci_Arttext&Pid=S0138-600x2001000100009.

29. OMS. Declaración de la OMS sobre tasas de Cesárea. Suiza:Departamento de salud reproductiva e investigación OMS; 2015. [internet] [consultado el 2 de 2020], disponible en: Http://Www.Who.Int/Reproductivehealth/Publications/Maternal_Perinatal_Health/C

s-Statement/Es/#.Vtqrxm7a4sk.Email

30. Martínez-Salazar GJ, Grimaldo-Valenzuela PM, Vázquez-Peña GG, ReyesSegovia C, Torres-Luna G, Escudero-Lourdes GV. Operación cesárea. Una visión histórica, epidemiológica y ética para disminuir su incidencia. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2015;53(5):608-15

31. Protocolo de cesárea; Servicio de medicina materno-fetal. Instituto Clínico de Ginecología-Obstetricia I Neonatología (ICGON), Hospital Clínica de Barcelona Servicio de Anestesiología, de Barcelona, 2018.

32. Maylle Bonilla, A., Incidencia de cesáreas en el Hospital Base II de la redasistencial de Huánuco, ESSALUD, durante el periodo 2010 a 2014, Huánuco, [tesis de médico cirujano], Huánuco-Perú 2016.

33. OPS. La cesárea solo debería realizarse cuando es medicamente necesaria, 2018, [internet], [consultada en 6 de febrero 2020], disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id

=10646:2015-la-cesarea-solo-deberia-realizarse-cuando-es- medicamente-necesaria&Itemid=1926&lang=es

34. Palacio P, Cesárea e Indicaciones [internet], [consultado el 10 febrero 2020], disponible en: https://es.slideshare.net/MauricioSuarezRosito/cesarea-indicaciones

IX. ANEXOS

Ficha de registro de datos

Historia Clínica N°……. Nro de Ficha:……..

Factores	Items	Alternativas
Socio Culturales	Edad	a) 13 a 14 b) 15 a 34 c) 35 a +
	Estado Civil	a) Soltera b) Casada c) Conviviente
	Escolaridad	a) Primaria b) Secundaria c) Superior
	Procedencia	a) Rural b) Urbana
Maternos	Cesárea Previa	a) Si b) No
	Control Prenatal	a) Menos de 06 Controles b) Mas de 06 Controles
	Hipertensión Inducida por la Gestación	a) Si b) No
	Desproporción Céfalo Pélvica	a) Si b) No
	Paridad	a) Nulípara b) Multípara
Fetales	Sufrimiento fetal.	a) Si b) No
	Distocia de presentación	a) Si b) No
	Prematuridad	a) Si b) No
	Embarazo gemelar	a) Si b) No
Del Parto	Trabajo de parto disfuncional	a) Si b) No
	Expulsivo prolongado	a) Si b) No
Placentarios	DPP	a) Si b) No
	RPM	a) Si b) No
	Insuficiencia placentaria	a) Si b) No
	Polihidramnios	a) Si b) No
	Oligohidramnios	a) Si b) No
	Corioamnionitis	a) Si b) No