



**FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”**

EPIDEMIOLOGIA DEL PARTO POR CESAREA EN GESTANTES ATENDIDAS EN  
EL HOSPITAL SANTA ROSA, LIMA EN EL PERIODO ENERO – JUNIO 2021

**Línea de investigación:**

**Salud pública**

Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano

**Autor:**

Urrunaga Moreno, German Anthony

**Asesor:**

Max Aliaga Chávez

**Jurado:**

Muñante Ascencio, Maria Salome

Cabrera Arroyo, Edwin Elard

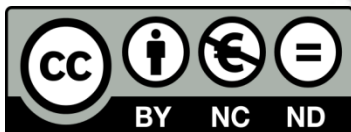
Poma Celestino, Juan Alberto

**Lima - Perú**

**2022**

**Referencia:**

Urrunaga, M. (2022). *Epidemiología del parto por cesárea en gestantes atendidas en el hospital Santa Rosa, Lima en el periodo enero-junio 2021* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/6157>



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada (CC BY-NC-ND)**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede generar obras derivadas ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



Universidad Nacional  
**Federico Villarreal**

**VRIN** | VICERRECTORADO  
DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE MEDICINA HIPOLITO UNANUE

EPIDEMIOLOGIA DEL PARTO POR CESAREA EN GESTANTES ATENDIDAS  
EN EL HOSPITAL SANTA ROSA, LIMA EN EL PERIODO ENERO – JUNIO 2021

Línea de Investigación:

Salud Pública

Tesis para optar el título profesional de médico cirujano

**Autor:**

Urrunaga Moreno, German Anthony

**Asesor:**

Max Aliaga Chávez

**Jurado:**

Muñante Ascencio, Maria Salome

Cabrera Arroyo, Edwin Elard

Poma Celestino, Juan Alberto

Lima - Perú

2022

### **Dedicatoria**

A Dios por darme la fuerza para continuar en los momentos más difíciles y enseñarme que nada es imposible para él.

A mi familia, por mostrarme que la unidad y perseverancia entre nosotros es lo más importante, en especial a mis padres que me apoyaron a superar cada dificultad que se presentaba, y a mi abuelo que desde el cielo guía mis pasos.

A mis amistades, por su apoyo y mostrarme el camino e impulsarme a continuar ante cualquier obstáculo.

### **Agradecimientos**

A la Universidad Nacional Federico Villarreal por permitirme y darme la oportunidad de realizar mi investigación.

Al Hospital Santa Rosa por formar parte de esta investigación, a cada uno de sus trabajadores, y por permitirme trabajar en sus instalaciones para la elaboración de este trabajo de investigación.

A cada una de las personas involucradas que permitieron que este trabajo de investigación se llevara a cabo.

## INDICE

RESUMEN .....	VII
ABSTRACT .....	VIII
I. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 Descripción y formulación del problema .....	2
1.2 Antecedentes .....	4
1.3 Objetivos .....	11
1.3.1 <i>Objetivo general:</i> .....	11
1.3.2 <i>Objetivos específicos:</i> .....	11
1.4 Justificación .....	12
II. MARCO TEÓRICO.....	13
III. MÉTODO .....	24
3.1 Tipo de investigación .....	24
3.2 Ámbito temporal y espacial .....	24
3.3 Variables .....	24
3.4 Población y muestra .....	25
3.4.1 <i>Criterios de inclusión, exclusión y eliminación</i> .....	25
3.4.2 <i>Tamaño muestral y procedimiento de muestreo</i> .....	26
3.5 Instrumentos .....	27
3.6 Procedimientos.....	27
3.7 Análisis de datos .....	27
3.8 Consideraciones éticas .....	28
IV. RESULTADOS .....	29
V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS .....	53
VI. CONCLUSIONES .....	57
VII. RECOMENDACIONES .....	58
VIII. REFERENCIAS .....	59
IX. ANEXOS .....	62
Anexo A: matriz de consistencia.....	62
Anexo B: operacionalización de variables .....	63
Anexo C: ficha de recolección de datos .....	66

**INDICE DE TABLAS**

<b>Tabla 1</b> .....	29
<b>Tabla 2</b> .....	30
<b>Tabla 3</b> .....	30
<b>Tabla 4</b> .....	31
<b>Tabla 5</b> .....	32
<b>Tabla 6</b> .....	33
<b>Tabla 7</b> .....	34
<b>Tabla 8</b> .....	34
<b>Tabla 9</b> .....	35
<b>Tabla 10</b> .....	36
<b>Tabla 11</b> .....	37
<b>Tabla 12</b> .....	38
<b>Tabla 13</b> .....	39
<b>Tabla 14</b> .....	40
<b>Tabla 15</b> .....	41
<b>Tabla 16</b> .....	42
<b>Tabla 17</b> .....	43
<b>Tabla 18</b> .....	44
<b>Tabla 19</b> .....	45
<b>Tabla 20</b> .....	46
<b>Tabla 21</b> .....	47
<b>Tabla 22</b> .....	49
<b>Tabla 23</b> .....	50
<b>Tabla 24</b> .....	51
<b>Tabla 25</b> .....	52

**INDICE DE FIGURAS**

<b>Figura 1:</b> .....	29
<b>Figura 2</b> .....	30
<b>Figura 3</b> .....	31
<b>Figura 4</b> .....	32
<b>Figura 5</b> .....	32
<b>Figura 6</b> .....	33
<b>Figura 7</b> .....	34
<b>Figura 8</b> .....	35
<b>Figura 9</b> .....	36
<b>Figura 10</b> .....	37
<b>Figura 11</b> .....	38
<b>Figura 12</b> .....	39
<b>Figura 13</b> .....	40
<b>Figura 14</b> .....	41
<b>Figura 15</b> .....	42
<b>Figura 16</b> .....	43
<b>Figura 17</b> .....	44
<b>Figura 18</b> .....	45
<b>Figura 19</b> .....	46
<b>Figura 20</b> .....	47
<b>Figura 21</b> .....	48
<b>Figura 22</b> .....	49
<b>Figura 23</b> .....	50
<b>Figura 24</b> .....	51
<b>Figura 25</b> .....	52



## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar cuál es la epidemiología del parto por cesárea en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa, Lima en el periodo Enero – junio 2021. **Métodos:** Estudio de tipo descriptivo, de corte transversal. Se evaluó una muestra de 174 gestantes atendidas de parto por cesárea en el servicio de Ginecología - Obstetricia del Hospital Santa Rosa de enero a junio de 2021. Se elaboro una ficha de recolección de datos extraídas de las historias clínicas, cuya información se ingresó al programa Excel y examinado sus resultados mediante el programa estadístico SPSS versión 23. **Resultados:** Se evidencio que las causas maternas más frecuentes de parto por cesárea fueron cesárea previa (33.18%), edad materna (>35años) (18.48%) y preeclampsia (15.64%); como causas fetales la presentación fetal anómala (53.52%), sufrimiento fetal (29.58%) y macrosomía fetal (14.08%); y finalmente como causas ovulares la rotura prematura de membranas (77.78%) y placenta previa (22.22%). Entre las causas maternas, fetales y ovulares asociadas a parto por cesárea se encontró una prevalencia de 68,28%, 22,98% y 8,74% respectivamente. **Conclusiones:** Los hallazgos fueron similares a otros estudios, las causas maternas de parto por cesárea más frecuentes fueron la cesárea previa, edad materna y preeclampsia; las causas fetales más frecuentes fueron la presentación fetal anómala, sufrimiento y macrosomía fetales; y como causa ovular más frecuente a la rotura prematura de membranas. Las causas maternas asociadas a parto por cesárea fueron más frecuentes respecto a las causas fetales y ovulares.

*Palabras clave:* gestante, cesárea, causas maternas, causas ovulares, causas fetales

### ABSTRACT

**Objective:** To determine the epidemiology of cesarean delivery in pregnant women treated at the Santa Rosa Hospital, Lima in the period January - June 2021.

**Methods:** Descriptive, cross-sectional study. A sample of 174 pregnant women attended for cesarean delivery in the Gynecology - Obstetrics service of the Santa Rosa Hospital from January to June 2021 was evaluated. A data collection form was prepared, extracted from the medical records, whose information was entered into the program. Excel and examined their results using the statistical program SPSS version 23. **Results:** It was evidenced that the most frequent maternal causes of cesarean delivery were previous cesarean section (33.18%), maternal age (>35 years) (18.48%) and preeclampsia (15.64%). ); as fetal causes, abnormal fetal presentation (53.52%), fetal distress (29.58%) and fetal macrosomia (14.08%); and finally as ovular causes premature rupture of membranes (77.78%) and placenta previa (22.22%). Among the maternal, fetal, and ovular causes associated with cesarean delivery, a prevalence of 68.28%, 22.98%, and 8.74%, respectively, was found. **Conclusions:** The findings were similar to other studies, the most frequent maternal causes of cesarean delivery were previous cesarean section, maternal age and preeclampsia; the most frequent fetal causes were abnormal fetal presentation, fetal distress and fetal macrosomia; and premature rupture of membranes as the most frequent ovulatory cause. Maternal causes associated with cesarean delivery were more frequent than fetal and ovular causes.

*Keywords:* pregnant women, cesarean section, maternal causes, ovular causes, fetal causes

## I. INTRODUCCIÓN

El trabajo de investigación llevado a cabo a continuación se trató en base a las causas más frecuentes asociadas a parto por cesárea en gestantes que acuden al Hospital Santa Rosa durante enero a junio del 2021. Asimismo, hay que precisar que durante la realización de mi internado médico pude detectar la gran cantidad de gestantes que eran sometidas a este acto quirúrgico, he de ahí mi inquietud por conocer e investigar si esta cirugía era llevada a cabo con una indicación justificada y si es que se seguían determinados criterios indicados por asociaciones internacionales y la OMS. Es así que durante mi revisión evidencie que tanto a nivel nacional como internacional existe un incremento gradual de la prevalencia de cesáreas en los últimos años, entendiéndose que la cesárea fue indicada como medio para resguardar la vida de la pacientes y producto, dependiendo de sus antecedentes y condiciones patológicas que se presentaron durante la gestación y que coloquen en peligro la vida de las pacientes, sin embargo dicho procedimiento se ha transformado en una de las vías de parto utilizadas con mayor frecuencia en los nosocomios. Es tanto así que su realización sin condiciones justificadas puede conllevar consecuencias tanto a la madre como a el recién nacido, y hasta llegado a un punto que pueda desplazar al propio parto por vía vaginal, como vía fisiológica, de elección secundaria respecto a la cesárea.

El siguiente trabajo de investigación en cuestión tiene como objetivos así determinar las causas más frecuentes de parto por cesárea en gestantes los cuales han sido distribuidos entre causas maternas, fetales y ovulares, para ello se utilizó una metodología de tipo descriptivo, transversal y retrospectivo. Finalmente, de esta forma se buscó asistir y contribuir al hospital en el cual se realizó la investigación a conocer estadísticamente determinados factores asociados a las cesáreas y el cual permita su realización de manera justificada y regulada.

## 1.1 Descripción y formulación del problema

Durante la siguiente investigación se planteará el tema de la cesárea, el cual es un procedimiento quirúrgico que permite el nacimiento del feto a través de una incisión en la vía abdominal y en el útero, esto en los casos en la que no es posible terminar el parto por la vía vaginal.

Es de gran relevancia mencionar nuestro estudio en cuanto a la investigación de la cesárea propiamente dicha, debido a que durante las últimas décadas su práctica se esta realizando de una manera indistinta, cuando en un primer momento dicho procedimiento quirúrgico su objetivo era solo usarla en casos en los que existiera en peligro tanto la vida de la gestante como la del producto; asimismo, en la actualidad se continua realizando esta cirugía teniendo en cuenta que no se ha demostrado algún beneficio materno – fetal respecto al parto por vía vaginal.

Además es necesario recalcar que el parto por vía vaginal tiene diversos bienes tanto para la progenitora como para el producto, por ejemplo, durante un parto vaginal puede llegar a perder la mitad de sangre respecto a la cesárea, también está la probabilidad de tener mayor riesgo de infecciones por realizar una cesárea respecto al parto vaginal, podemos considerar también que el tiempo de hospitalización de un parto vaginal es menor respecto a la cesárea, y claro que un parto vaginal promueve tener el contacto piel a piel de forma inmediata lo que permitirá realizar una lactancia precoz; y respecto al feto, durante el parto vaginal con la acción de las contracciones uterinas esto ayuda a que el feto pueda eliminar el líquido pulmonar lo que reducirá el conflicto respiratorio que pueda presentar el recién nacido.

Por otro lado, en cuanto a un parto por cesárea, tanto la madre como el producto se encuentran en riesgo de múltiples complicaciones como pueden ser las infecciones, entre las cuales podemos mencionar pueden ser las de sitio operatorio como la dehiscencia de herida quirúrgica, endometriosis, endometritis, desprendimiento prematuro de placenta, y adicional a esto que se observó mayores casos de acretismo placentario y casos de rotura uterina sobre todo en la gestantes que tenían cesáreas previas. (Cardenas, 2001) Por todos estos motivos expuestos creemos necesario tener el conocimiento estadístico actualizado de los partos por cesárea y de sus principales y más frecuentes causas por la cual es llevada a cabo, por esto planteamos el siguiente problema:

¿Cuál es la epidemiología de parto por cesárea en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa, Lima en el periodo Enero – junio 2021?

- Problemas específicos:
  - ¿Cuál es la prevalencia de las causas maternas asociadas a parto por cesárea en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa, Lima en el periodo Enero –junio 2021?
  - ¿Cuál es la prevalencia de las causas fetales asociados a parto por cesárea en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa, Lima en el periodo Enero – junio 2021?
  - ¿Cuál es la prevalencia de las causas ovulares asociadas a parto por cesárea en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa, Lima en el periodo Enero – junio 2021?

## 1.2 Antecedentes

### Internacionales

Chavarría en su estudio cuyo objetivo fue determinar los factores asociados a la indicación de cesáreas en embarazadas atendidas por el servicio de obstetricia del Hospital Amistad Japón – Nicaragua de Granada entre el periodo de enero a diciembre 2017. Su estudio fue de tipo observacional, descriptivo y de corte Transversal. Se concluyó que las mujeres con mayor número de indicación de cesárea fueron las que tenían un nivel escolar bajo, ama de casa y población joven.

La indicación de cesárea por urgencia fue de 51.2% más que las electivas relacionada principalmente al parto detenido respecto al sufrimiento fetal agudo, la taquicardia fetal y en menor número la preeclampsia moderada. Mientras que las cesáreas electivas se dieron más por las cesáreas anteriores, desproporción cefalopélvica y distocia de presentación. Además, demostró que hay 20.0% de cesárea sin razones justificadas y consideradas innecesarias. También que las complicaciones más evidentes por cesárea son las anemias, infecciones de vías urinarias, elevación de la presión arterial. En cuanto a los efectos del recién nacidos a la indicación de cesárea por cesárea anterior, desproporción cefalopélvica y distocia de presentación es el nacimiento pre – termino y el bajo peso al nacer (Chavarria, 2018).

Medina cuyo estudio lo realizo con la finalidad de identificar los factores maternos, fetales y ovulares asociados a partos por cesárea en gestantes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital PNP Luis N Sáenz durante el periodo junio 2017 – Junio 2018. Fue un 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 concluyó que los factores maternos como desproporción cefalopélvica, pródromos de trabajo de parto, trabajo de parto prolongado y oligohidramnios; los factores fetales como macrosomía fetal, sufrimiento fetal, presentación fetal anómala y gestación múltiple; los factores ovulares como rotura prematura de membranas se encuentran asociado a partos por cesárea (Medina, 2017).

Macías en su estudio fue hallar las principales causas de cesárea en pacientes que acuden al servicio de emergencias del Hospital General Guasmo Sur, durante el periodo 2016- 2017. Aquí el predominio de mujeres gestantes que culminaron su embarazo por vía cesárea fue de 59,3% de la población, dentro de la investigación el 80% de la población corresponde al grupo etario de 18 a 35 años, el mayor porcentaje de pacientes corresponden al grupo étnico que se auto identifica como mestiza con el 92%. Finalmente se pudo determinar que las principales causas de cesárea del periodo diciembre 2016 a diciembre de 2017 fueron tres de ellas causas maternas como lo son la cicatriz uterina previa, los trastornos hipertensivos en el embarazo, la desproporción cefalopélvica y dos de carácter fetal, las cuales son: sufrimiento fetal y distocias de presentación (Macías, 2019).

Ávila en cuyo estudio se buscó hallar la prevalencia y factores de riesgo asociados en partos por cesárea en el hospital universitario de Guayaquil, para conocer si el mismo cumple con lo que dictamina la OMS. Se obtuvo información de las historias clínicas y partogramas de paciente con embarazos que culminaron en parto vaginal, así como parto por cesárea. El porcentaje de cesáreas en el Hospital universitario de Guayaquil resalta en un 33% el recomendado por la OMS y el 30% de nacimientos por cesárea no tenía partograma realizado. El principal factor de riesgo para cesárea en el Hospital

Universitario de Guayaquil es la presencia de cicatriz uterina previa. El segundo factor de riesgo para cesárea en el Hospital Universitario de Guayaquil es el diagnóstico de oligohidramnios (Ávila, 2018).

Centeno en su estudio busco caracterizar pacientes con indicación de cesárea atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia de la clínica médica previsual Asunción – MINSA, Juigalpa Chontales, Nicaragua ,2016. Fue un estudio descriptivo, cuantitativo de corte transversal. Está constituido por 161 mujeres que se les practicó cirugía vía cesárea, se recolectó la información de expedientes clínicos médicos legales, del departamento de archivo, que cumplieron los criterios de inclusión correspondientes. De acuerdo con los factores gineco - obstétricos, las pacientes en el estudio no tenían antecedentes personales no patológicos hasta en un 96.89%, con embarazos de término hasta en 83.23%, 42.24% tenían cesáreas anteriores y hasta 72.05% no tenían antecedentes patológicos personales, el 100% recibió atención prenatal, el 86.34% recibió más de 4 atenciones prenatales. 43.48% no presentaron factores de riesgo durante su embarazo y 91.93% no tuvieron factores de riesgo durante el parto. La principal indicación de cesárea hasta en 36.65% precisamente fue cesárea anterior (Centeno, 2017).

Laguado busco identificar los factores maternos y fetales que desencadenan el procedimiento quirúrgico de cesárea en las pacientes que ingresan en trabajo de parto. Su investigación es un estudio de tipo descriptivo y retrospectivo en pacientes gestantes que se practicaron una cesárea. Fueron 93 historias clínicas de las usuarias gestantes que ingresan al servicio de quirófano de la Clínica San José, Colombia para practicarse una cesárea. Se concluyo que el mayor número de gestantes que ingresan para ser intervenidas por cesárea se encuentran entre las edades de 15 y 35 años en nivel socioeconómico o



estrato dos, seguido del nivel tres. Las razones maternas más frecuentes para la realización de cesárea son: trabajo de parto prolongado y estacionario y deseo de la paciente; lo que indica que muchas mujeres solicitan que se les haga cesárea, sin tener ninguna complicación en el embarazo o poca dilatación en el trabajo de parto. Las razones fetales más frecuentes son: Infección intrauterina, y Sufrimiento fetal agudo (SFA) por aporte disminuido de oxígeno al feto. Otras razones menos frecuentes fueron: antecedente de cesáreas, placenta previa, presencia de diabetes, presencia de hipertensión, preeclampsia y antecedentes de abortos. (Laguado, 2011)

Baque cuyo presente estudio fue determinar los factores de riesgo maternos y criterios que requieren cesáreas de urgencia en Hospital Ginecológico Obstétrico Pediátrico Universitario de Guayaquil en el periodo julio 2018-julio 2020. La metodología aplicada es de enfoque cuantitativo, diseño no experimental, corte transversal, retrospectivo y observacional, empleando como herramienta la revisión de historias clínicas proporcionadas por la unidad hospitalaria. Entre los resultados obtenidos se encontró que los tres principales factores de riesgos maternos asociados fueron: Hipertensión arterial crónica 21%, seguido de el antecedente de VIH con un 19% y obesidad con un 16%; mientras que entre los diagnósticos más frecuentes por los cuáles se realizó cesárea de urgencia se encontró la preeclampsia 25%, ruptura prematura de membrana 19%, síndrome de Hellp 12%, antecedentes de cicatriz uterina previa en 11%, oligohidramnios severo 10%, entre otras. Por ello, se concluye que es necesario intervenir de manera oportuna identificando precozmente los factores de riesgo a través de los controles prenatales, así, con ello reducir la necesidad de requerir cesáreas de urgencia y las complicaciones maternas y fetales asociadas a esta intervención. (Baque, 2020)

## Nacionales

Medina en su estudio que tuvo como objetivo determinar los factores asociados a indicación de cesárea en el Hospital Nacional Dos de Mayo en el periodo de enero a diciembre del 2015. Realizó un estudio retrospectivo, observacional de corte transversal. Se obtuvo como resultados que el porcentaje de cesárea respecto al total de nacimientos en ese año de 57,5%. Las gestantes entre 20 y 35 años son las que con mayor frecuencia se someten a dicha intervención. Del total de cesáreas, el 68,7% corresponde a las realizadas por emergencia, siendo la principal indicación la cesárea previa (37,5%), seguida de pelvis estrecha, feto grande, sufrimiento fetal agudo. Concluyo que la principal indicación materna es placenta previa, la principal indicación fetal es feto grande, y la principal indicación ovular es la ruptura prematura de membranas (Medina, 2016).

Zelada en cuya investigación su objetivo fue Identificar los factores maternos, fetales y ovulares asociados a partos por cesárea en gestantes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital PNP Luis N Sáenz durante el periodo junio 2017 – junio 2018. Fue un estudio de tipo descriptivo, analítico, retrospectivo y transversal. Aquí concluyo que los factores maternos como la desproporción cefalopélvica, pródromos de trabajo de parto, trabajo de parto prolongado y oligohidramnios; los factores fetales como macrosomía fetal, sufrimiento fetal, presentación fetal anómala y gestación múltiple; y los factores ovulares como la ruptura prematura de membranas se encuentran asociado a partos por cesárea. (Zelada, 2019).

Andia en su tesis cuyo objetivo fue identificar los factores determinantes de cesárea en el "HRMNB" Puno, durante el periodo Enero a diciembre del 2017. El estudio es observacional descriptivo, transversal y analítico; con una muestra de 253 pacientes.

Las características maternas de cesárea en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno, periodo Enero Diciembre 2017, 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 ( $P=0,483$ ). Concluyo que los factores asociados con el tipo de cesárea son las características maternas: edad de la 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  $P < 0,05$  (Andia, 2017).

Tarazona en su estudio cuyo objetivo fue conocer la incidencia de la operación cesárea y las principales indicaciones para su ejecución en el Hospital MINSA, nivel II-2, Tarapoto. Durante el periodo enero-diciembre del 2016. Fue un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo, de corte transversal. La principal conclusión en el presente trabajo es que, en el Hospital MINSA, nivel II-2, Tarapoto, durante el periodo enero-diciembre del 2016 la incidencia de cesárea representa el 59.89 % del total de partos atendidos. La indicación de cesárea más frecuente, según tipo específico, en el Hospital MINSA, nivel II-2, Tarapoto, durante el periodo enero-diciembre del 2016 fue la cesárea anterior, con un 17.9 %; seguidos, en incidencia, por las siguientes indicaciones: preeclampsia severa, con 12.1 %; persistencia de la causa de cesárea previa, con 7.3 %; feto en presentación podálica, con 7.3 %; oligohidramnios severo, con 7.9 %;

desproporción cefalopélvica, con un 7 %; estrechez pélvica, con un 6.4 %; sufrimiento fetal agudo, con un 6.1 % (Tarazona, 2017).

Herrera en su estudio busco determinar cuáles son los factores asociados al incremento de las cesáreas en el servicio de maternidad del Hospital Regional del Cusco, 2019. Fue un estudio de tipo no experimental, descriptivo, retrospectivo, analítico transversal, y en la que 300 pacientes se sometieron a cesárea. Finalmente, los principales factores asociados al incremento de cesáreas 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, 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, distrés 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. El factor asociado al incremento de cesáreas en el Servicio de Maternidad del Hospital Regional del Cusco es la cesárea previa (Herrera, 2020).

Gamboa en su estudio Se planteó el siguiente problema: ¿Cuáles son los factores asociados a cesárea en adolescente Hospital Laura Esther Rodríguez Dulanto de Supe, Barranca 2016 -2017?, con el objetivo general de determinar los factores asociados a cesárea en adolescentes. Con una muestra de 82 adolescentes post cesareadas, 60 cesárea primaria y 22 cesárea secundaria. El factor de riesgo materno para cesárea es: Estrechez pélvica con (25.6% $p=0.038$ ), la condilomatosis (7.3%  $p=0,022$ ), DCP (22.0% $p=0.021$ ),

el embarazo prolongado (9.8%  $p=0.902$ ). El factor de riesgo fetal para la cesárea es: feto en situación transversa (3.7% $p=0.035$ ), feto en presentación podálica (15.9% $p=0,0383$ ), sufrimiento fetal agudo (18.3% $p=0,0248$ ), macrosomía fetal (19.5% $p=0,0392$ ), el embarazo múltiple (1.2%). El factor ovular significativo es RPM (15.9%). Se concluyó que los factores Maternos y Fetales que presentaron asociación significativa y el factor Ovular no presentó asociación significativa (Gamboa, 2019).

### **1.3 Objetivos**

#### ***1.3.1 Objetivo general:***

- ✓ Determinar cuál es la epidemiología del parto por cesárea en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa, Lima en el periodo Enero – junio 2021

#### ***1.3.2 Objetivos específicos:***

- Determinar la prevalencia de las causas maternas asociadas a parto por cesárea en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa, Lima en el periodo Enero –Junio 2021
- Determinar la prevalencia de las causas ovulares asociadas a parto por cesárea en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa, Lima en el periodo Enero – Junio 2021
- Determinar la prevalencia de las causas fetales asociadas a parto por cesárea en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa, Lima en el periodo Enero – Junio 2021

#### **1.4 Justificación**

Es importante mencionar que, durante los últimos 30 años, los profesionales de la salud de todo el mundo han considerado que la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10% y el 15%. Sin embargo, a pesar del tiempo transcurrido y por diversas razones, las cesáreas son cada vez más frecuentes, y esto sigue sucediendo tanto en países desarrollados como en países en desarrollo, lo cual este incremento constante es alarmante y relevante.

Asimismo, indicar que la cesárea, cuando está justificada desde el punto de vista médico, es eficaz para prevenir la morbilidad materna y perinatal. Además, es necesario mencionar que las cesáreas pueden provocar posteriormente complicaciones y discapacidades importantes, a veces permanentes o que pueden llevar a la paciente incluso a la muerte, especialmente en las zonas que carecen de infraestructuras o de capacidad para realizar cirugías de forma segura y poder tratar las complicaciones quirúrgicas (OMS, 2015).

Por todo lo sugerido, el objetivo de la siguiente investigación fue dar a conocer nuestro contexto hospitalario con respecto a la cesárea, determinando la prevalencia de sus indicaciones más frecuentes, y compararlos con distintos trabajos realizados en el Perú y el mundo.

## **II. MARCO TEÓRICO**

### **Definición**

Es la extracción por vía abdominal de un feto mayor de 22 semanas, vivo o muerto, con la placenta y sus membranas, a través de una incisión en la pared abdominal (laparotomía) y una Histerotomía (INMP, 2018).

### **Cesárea electiva:**

Es la cesárea que se realiza en gestantes portadoras de una patología materna o fetal que contraindica o no permite un parto por vía vaginal. Es una intervención programada, antes del inicio del trabajo de parto; la indicación puede ser desde la atención prenatal o estando la paciente hospitalizada.

### **Cesárea de emergencia:**

Aquella que se decide de manera imprevista por la presencia de una patología de aparición súbita que no admite un tiempo de espera, entre la indicación y el inicio de la intervención, mayor de 30 minutos, pero respetando los requisitos para su ingreso a sala de operaciones.

### **Objetivo**

Realizar el parto quirúrgico ante la posibilidad o riesgo de que se produzca por vía vaginal.

## **Indicaciones**

### **Indicaciones absolutas**

- **Placenta Previa Total o Parcial:**

Es la inserción total o parcial de la placenta en el segmento inferior del útero. La placenta se denomina previa porque antecede a la presentación a partir de la semana 20 de gestación. Es la implantación de la mayor parte de la placenta en el istmo o segmento del útero, en un nivel inferior al que tiene la presentación, constituyendo una de las hemorragias frecuentes en la segunda mitad de la gestación (Gallardo, 2018).

- **Acretismo placentario:**

Es un fenómeno infrecuente del embarazo caracterizado por la inserción anormal de parte o del total de la placenta; pudiendo tener ausencia parcial o total de la decidua basal habitualmente por un defecto de la interfase endometrio-miometrial secundario a un procedimiento quirúrgico, conllevando a un error de decidualización en el área cicatricial y permitiendo la profundización del trofoblasto (Veliz et al. 2018)

- **Cesárea anterior 2 o más veces:**

Se sugiere realizar como operación una cesárea programada, para evitar el riesgo de rotura uterina.

- Cesárea anterior que no cumpla los requisitos para parto vaginal.



- **Presentación podálica:**

La presentación normal más frecuente es la de tipo longitudinal cefálico izquierda, ahora en caso de la presentación patológica es la podálica, en si es cuando en la pelvis se está presentado el polo fetal. El más frecuente de los podálicos es la nalga pura, los pies están para arriba, se puede dar chance en un parto vaginal siempre en cuando no hay hiperextensión de la cabeza (Ramos, 2020).

- **Embarazo gemelar con dos fetos o primer feto en podálica:**

Es la presencia de dos o más fetos en una misma gestación (Luscialdo, 2018)

- Presentación de cara en mento púlica.
- Presentación de frente en feto a término.
- Prolapso o Procúbito del cordón umbilical.

- **Macrosomía fetal:**

Normalmente se define como grande para su edad gestacional o recién nacido con peso al nacer mayor o igual a 4000 gramos, estando por encima del percentil 90 de la curva peso-edad gestacional para esa población. El estado nutricional antes del embarazo materno y el aumento de peso en el tiempo de la gestación son los índices más relevantes que concierne con el peso de recién nacido, es posible que el parámetro que está relacionado con la morbilidad perinatal, desarrollo mental y antropométrico del recién nacido. (Escobar, 2019).

- Sufrimiento fetal agudo sin condiciones para parto inminente.

- **Incompatibilidad Céfalopélvica:**

Ocurre cuando existe una discordancia de tamaño entre la cabeza fetal y la pelvis materna dando como resultado una detención en el paso del feto a través del canal del parto por razones mecánicas.<sup>13</sup> Otras causas que se pueden incluir para que se genere

esta desproporción son una actitud, presentación o posición anormal que no permitan un adecuado descenso a través de la pelvis; si todas estas situaciones no son identificadas y tratadas pondrán en riesgo la vida de la madre y el producto (Avalos, 2019).

- Situación Transversa.
  
- **Infección activa primaria o concurrente por virus de herpes simple genital (VHS):**

Es una de las infecciones virales de transmisión sexual más prevalentes a nivel global, con niveles tan altos como un 70% en mujeres. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, 536 millones de personas entre 15 y 49 años están infectados por Herpes Genital. Es una infección de transmisión sexual común en todo el mundo y la principal causa de enfermedad de úlcera genital. La mayoría de las infecciones por Herpes Genital son asintomáticas, con más del 80% de individuos seropositivos transmitiéndolo de forma asintomática (Bonilla, 2019).

- Infección por virus de hepatitis C (VHC).
- Infección por VIH o enfermedad de SIDA.
- Tumores Obstructivos benignos y malignos.
- Cirugía Uterina Previa, Antecedente de Plastia vaginal.
- Embarazo múltiple (3 o más).
- Embarazo por Fertilización in vitro u otra técnica de reproducción asistida.
- Anomalías fetales como: Hidrocefalia, Mielomeningocele, Siameses, Gastroquisis, Onfalocele gigante, Síndrome de Dandy-Walker.

## **Indicaciones relativas**

- **Sufrimiento fetal agudo:**

Se ha definido como un trastorno metabólico causado por una variación de homeostasis fetal, ocasionando acidosis, hipoxemia, hipercapnia e hipoglucemia, ocasionando alteración y apoptosis celular que pueden llevar a la muerte al neonato. Clínicamente el sufrimiento fetal se manifiesta con alteración de la frecuencia cardíaca (bradicardia, taquicardia) y expulsión de meconio. La literatura describe dos tipos de sufrimiento fetal agudo y crónico, el agudo ocurre durante el trabajo de parto desde la dilatación hasta el expulsivo, mientras que el sufrimiento fetal crónico ocurre durante la gestación (Cárdenas, 2021).

- Anomalías Fetales.

- **Embarazo Múltiple:**

Cuando alguno de los fetos no está en cefálico es indicación de cesárea.

- Asimetría Pélvica
- Desproporción pélvica
- Distocia de variedad de presentación, asinclitismo, transversa o posterior persistente después de prueba de trabajo de parto.
- Embarazo gemelar con primer feto o ambos en cefálica.
- RPM de más de 24 horas
- Oligoamnios con pruebas de bienestar fetal negativas.
- Situación oblicua en multípara sin trabajo de parto.
- Psicosis, Retardo mental, Trastorno de Conciencia

- **Preeclampsia Severa, Eclampsia, Síndrome HELLP:**

La preeclampsia son signos y síntomas caracterizada por la disminución de la perfusión de los órganos diana, la vasoconstricción y la aceleración en los procesos de coagulación lo que desencadena la concentración de solutos , presión arterial por encima de los valores normales y la pérdida de proteínas por medio de la orina, todas estas características se pueden presentar a partir de la semana 20 de gestación, en el intraparto o en el postparto (Saldarriaga, 2018).

El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) define en la actualidad a la preeclampsia como una enfermedad hipertensiva específica del embarazo con compromiso multisistémico. Puede presentarse generalmente después de las 20 semanas de gestación, más cerca del término, y se puede superponer a otro trastorno hipertensivo. (Pacheco, 2017)

- Insuficiencia Cardiorrespiratoria
- Enfermedad Oftalmológica (miopía > 6 dioptrías, antecedente de desprendimiento de retina).

### **Contraindicaciones**

Al ser un procedimiento que está destinado a salvar la vida de la paciente o de su producto, no tiene contraindicación definida.

## Procedimiento

### Requisitos.

#### 1. Consentimiento Informado.

#### 2. En caso de cesárea electiva.

- Historia Clínica completa
- Nota preoperatoria
- Exámenes preoperatorios: Hemograma, hemoglobina o hematocrito, grupo y factor Rh, perfil de coagulación, tiempo de coagulación, tiempo de sangría, recuento de plaquetas, glicemia, urea, creatinina, VIH, RPR y sedimento de orina.
- Electrocardiograma
- Descarte de hepatitis b en zonas endémicas.
- Riesgo quirúrgico
- Depósito de sangre.

#### 3. Cesárea de Emergencia

- Nota de ingreso de emergencia o nota preoperatorio de piso.
- Exámenes preoperatorios: Hemograma, hemoglobina o hematocrito, grupo y factor Rh, perfil de coagulación, tiempo de coagulación, tiempo de sangría, y recuento de plaquetas, glicemia, urea, creatinina, Test de ELISA para tamizaje de VIH, RPR.

### **Preparación previa a la intervención**

- Evaluación preanestésica el día anterior a la intervención.
- Preparación psicológica
- No ingesta de alimento por horas antes de la cirugía programada
- Retirar joyas y dentadura postiza, no usar cosméticos. Vestir con bata delgada y limpia.
- Baño completo, cabello firmemente sujetado.
- Recorte de vello en el área operatorio con tijera (30 minutos antes de la cirugía).
- Llevar a la paciente a la sala de operaciones media hora antes de lo programado con vendaje compresivo de miembros inferiores (profilaxis de la trombo embolia).

### **Técnicas quirúrgicas cesárea segmentaria:**

- Lavado de manos
- Lavado de pared abdominal
- Colocación de campos incisión de la pared abdominal mediante intraumbilical (MIU) o transversa (Plannenstiel).
- Después de la incisión en piel, realizar la apertura por planos hasta llegar a cavidad.
- En cavidad abdominal, palpar el útero o restablecer la dextro rotación.
- Incidir el peritoneo en la reflexión vesico uterina y disecar digitalmente, dejando un amplio campo para permitir la apertura del útero.
- Con el bisturí hacer una incisión de aproximadamente 2cm en sentido transversal en el segmento, evitando lesionar al feto y tratando de mantener intactas las membranas.

- Abierto el útero, extender la incisión, cortando lateralmente y luego ligeramente hacia arriba con tijeras. Si el segmento es delgado, hacerlo con ambos dedos índices.
- Deslizar cuidadosamente la mano dentro de la cavidad uterina, levantando suavemente la cabeza fetal, mientras el ayudante presiona el fondo uterino, extrayendo la cabeza, los hombros y el resto del cuerpo fácilmente.
- Aplicación de oxitócicos, extracción de la placenta y limpieza de la cavidad uterina.
- Para la histerorrafia se puede exteriorizar el útero a través de la incisión abdominal, cubriéndolo con un campo estéril.
- La histerorrafia se realiza en un plano con sutura continua con catgut crómico 1 o ácido poliglicólico 1. colocar el punto inicial lateral en el ángulo de la histerotomía; si la aproximación no es satisfactoria después del cierre continuo en una sola capa o si persisten puntos sangrantes, puede colocarse otra capa de sutura. Luego aproximar los bordes de la serosa el útero y la vejiga con sutura continua catgut crómico 2/0.
- Retirar todas las compresas. Si el útero se exteriorizo, revisar y restituirlo a su lugar, limpiar pliegues y correderas parietocólicas de sangre y líquido amniótico.
- Solicitar recuento de gasas.
- Cerrar peritoneo parietal con catgut crómico 2/0.
- Afrontamiento de plano muscular con puntos interrumpidos con catgut crómico 2/0.
- Afrontar la aponeurosis con ácido poliglicólico, sutura continua.
- Cerrar la piel con sutura subdérmica o con puntos separados si hay riesgo de infección.

**Antibiótico profilaxis**

En todos los casos de cesárea, inmediatamente después de colocar el clamp en el cordón umbilical administrar un antibiótico de amplio espectro.

- Primera opción: Cefazolina 1 gr EV.

**Post operatorio inmediato:**

- Vigilancia en Sala de Recuperación por 4 horas.
- Control de funciones vitales sangrado vía vaginal y estado de contracción uterina cada 15 minutos.
- Fluidoterapia y uso de oxitócicos y analgésicos.
  - ✓ Ketorolaco 60 mg IM x/8 horas
  - ✓ En pacientes con perfusión renal disminuida: Preeclampsia severa
  - ✓ Sepsis y post hemorragia no usar AINES ni pirazolonas.
  - ✓ Si se cuenta con bomba de infusión: Fentanilo 50 mg diluido en 100 cc de ClNa al 9% a razón de 5 cc/hora.
  - ✓ Movilización precoz.

**Reporte operatorio**

- Fecha y hora de inicio y termino de la operación
- Diagnostico preoperatorio
- Diagnostico post operatorio
- Nombre del cirujano, asistentes, Anestesiólogo, instrumentista y circulante.
- Tipo de anestesia
- Tiempo operatorio
- Hallazgos y condiciones del recién nacido
- Procedimiento



- Perdida sanguínea
- Incidentes
- Condición de la paciente al salir de sala de operaciones

### **Complicaciones**

- Hemorragia por atonía uterina, acretismo o desgarro uterino: atonía uterina es el término en obstetricia que se refiere a la pérdida del tono de la musculatura del útero que con lleva a la ausencia de contracción del mismo y un consecuente retraso en su involución tras el parto (Lima, 2020).
- Hematoma de la histerorrafia o Retroperitoneal
- Lesión del tracto urinario
- Infecciones tardías: infecciones de Herida Operatoria, Endometritis, Infecciones Urinarias

### **Covid**

- Caso confirmado de COVID-19

Persona con infección por el virus de la COVID-19 confirmada en laboratorio, con independencia de los signos y síntomas clínicos. (OMS, 2020)

### **III. MÉTODO**

#### **3.1 Tipo de investigación**

Por el análisis y alcances de los resultados; y el acopio de la información: es un estudio de tipo descriptivo transversal.

#### **3.2 Ámbito temporal y espacial**

La investigación y recolección de datos se realizó durante el periodo de enero a junio del año 2021 en el Hospital Santa Rosa de Lima, Perú.

#### **3.3 Variables**

- Causas maternas:
  - Edad
  - IMC
  - Hipertensión gestacional
  - Pre eclampsia
  - Desproporción cefalopélvica
  - Herpes genital
  - Trabajo de parto prolongado
  - Periodo intergenésico corto
  - Infección urinaria
  - Condiloma vulvar
  - Oligoamnios
  - Cesárea previa
  - COVID – 19

- Causas fetales:
  - Macrosomía fetal,
  - Sufrimiento fetal
  - Presentación fetal anómala
  - Gestación múltiple
- Causas ovulares:
  - Placenta previa
  - Ruptura prematura de membrana

### **3.4 Población y muestra**

#### ✓ Población:

Gestantes atendidas que terminaron en parto por cesárea en el servicio de Ginecología - Obstetricia del Hospital Santa Rosa, Lima en el periodo de enero a junio 2021 y que cumplan los criterios de inclusión. Durante este periodo fueron 338 las gestantes que terminaron en parto por cesárea.

#### ***3.4.1 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación***

- ✓ Criterios de inclusión: Se incluyeron a las pacientes que tuvieron parto por cesárea, ya sea electiva o atendida por emergencia en el Hospital Santa Rosa, Lima durante el periodo de enero a junio del año 2021, por causas maternas, ovulares o fetales.
- ✓ Criterios de exclusión: Se excluyeron a las pacientes con las historias clínicas o registro operatorio que tengan la información incompleta sobre la cesárea. Pacientes con recomendación de cesárea por otra especialidad. Pacientes con diagnóstico de trastorno hipertensivo del embarazo como eclampsia.

### 3.4.2 *Tamaño muestral y procedimiento de muestreo*

En coherencia con el tipo de investigación y el alcance de la información que se desea perseguir con el estudio, se empleó el muestreo probabilístico aleatorio simple.

La muestra fue representativa y se calculó con la fórmula para estudios descriptivos donde la variable principal es cualitativa y población finita, con las siguientes condiciones: nivel de confianza (Z) del 95%, un nivel de precisión absoluta (d) de 0.05 y una proporción esperada del 50%.

Para el cual se determinó el tamaño de la muestra mediante la aplicación de la siguiente fórmula:

$$n = \frac{(Z_{\alpha})^2 \times N \times p \times q}{(N - 1) \times (d)^2 + (Z_{\alpha})^2 \times p \times q}$$

Donde

n = tamaño de muestra

N = tamaño de la población.

$Z_{\alpha}$  = nivel de seguridad

p = valor de la proporción de aciertos

q = nivel de proporción de desaciertos

d = nivel de precisión

Previo reemplazo de datos se obtiene el siguiente valor:

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 338 \times 0.5 \times 0.5}{(338 - 1) \times (0.05)^2 + (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5} = 174$$

Se aplicó un muestreo de tipo probabilístico constituida por 174 gestantes que tuvieron parto por cesárea.

### **3.5 Instrumentos**

Se utilizaron fichas para la recolección de datos (Ver en anexos) de las historias clínicas las cuales incluyeron las características clínicas y epidemiológicas para la posterior revisión de la información recolectada. La ficha estuvo conformada por 20 ítems, y estuvo dividida en causas maternas, fetales y ovulares. Además, se complementó con información del Sistema de Informática del Hospital Santa Rosa.

### **3.6 Procedimientos**

Se solicitó en primera instancia permiso para el acceso a las historias clínicas, mediante una solicitud al Hospital Santa Rosa por mesa de partes, la cual fue aceptada y posteriormente se procedió a buscar en la Unidad de archivo aquellas historias clínicas que cumplieran los criterios de inclusión y exclusión, durante el periodo de enero a junio del 2021. Asimismo, la recolección de la información se realizó con el llenado de la ficha de recolección de datos, tomando como fuente de información a las historias clínicas del Departamento de Ginecología-Obstetricia del Hospital Santa Rosa de enero a junio 2021 que cumplieran los criterios de inclusión y exclusión.

### **3.7 Análisis de datos**

Los datos obtenidos se organizaron en una base de datos a través del vaciamiento de la ficha de recolección en una matriz editora utilizando el programa informático Microsoft Office Excel 2019, para Windows. Posteriormente se observaron y tabularon los datos a través del programa SPSS en su versión 23, lo que permitió estimar la prevalencia y causas de parto por cesárea y las características de las pacientes que

culminaron su gestación de parto por cesárea. Los resultados se organizaron en tablas y gráficos estadísticos para su posterior interpretación.

### **3.8 Consideraciones éticas**

La siguiente investigación estuvo de acuerdo con lo descrito en el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación, también según lo descrito en la declaración de Helsinki. En el estudio se tuvo en cuenta la confidencialidad de la información de las de las gestantes que ingresaron al estudio; y no fue necesario el consentimiento informado, debido a que fue un estudio retrospectivo, y solo se manejó información de las historias clínicas y del sistema de Informática del Hospital, en ningún momento se tuvo relación con la gestante.

#### IV. RESULTADOS

Causas maternas de parto por cesárea en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa, Lima en el periodo enero – junio 2021

**Tabla 1**

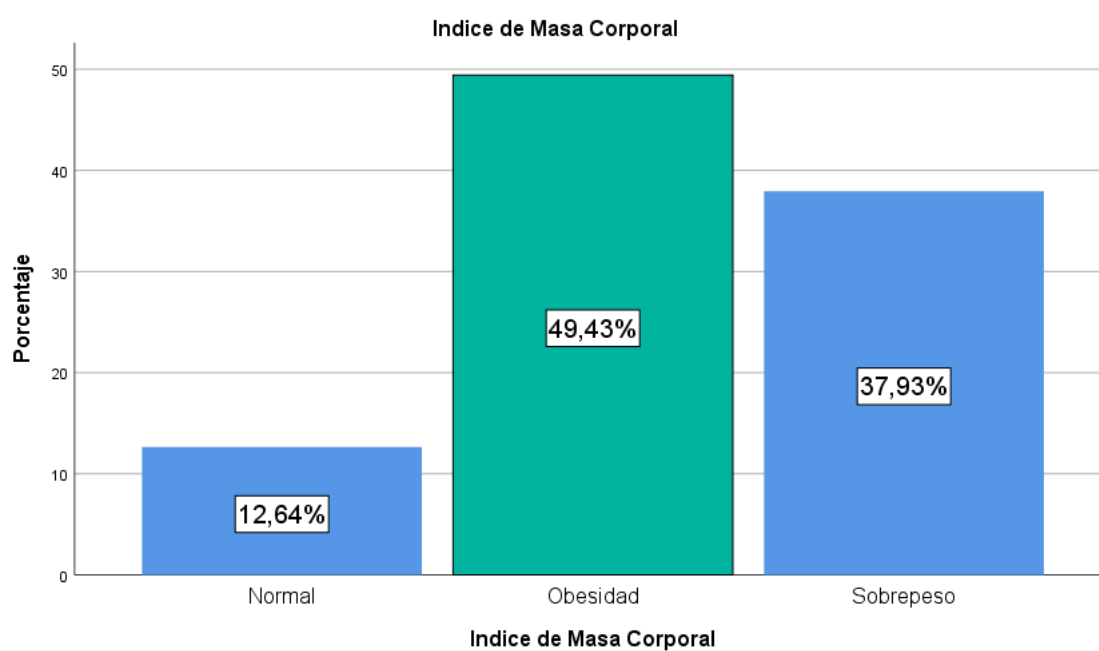
*índice de masa corporal*

Índice de masa corporal	n	%
Normal	22	12,6
Obesidad	86	49,4
Sobrepeso	66	37,9
Total	174	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

**Figura 1:**

*índice de masa corporal*

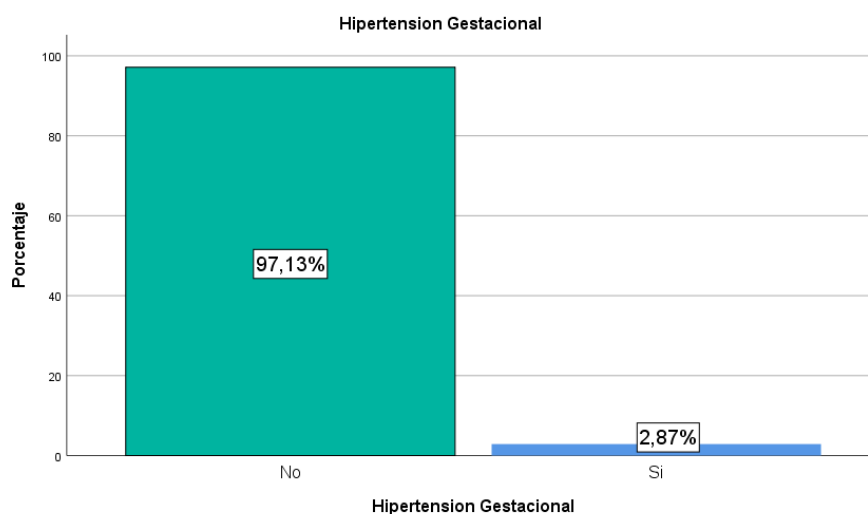


La tabla n°1 nos muestra el índice de masa corporal de las gestantes que presentaron peso normal de 12,64%, sobrepeso 37,93% y obesidad 49,43%.

**Tabla 2***Hipertensión gestacional*

Hipertensión gestacional	n	%
No	169	97,1
Si	5	2,9
Total	174	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

**Figura 2***Hipertensión gestacional*

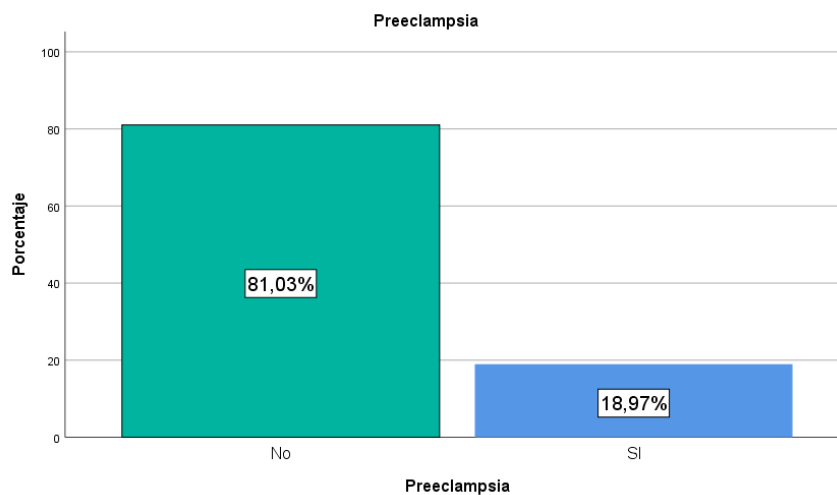
En relación a la tabla n°2 un 2,9% de las gestantes presento hipertensión gestacional y un 97,1% no lo presento.

**Tabla 3***Preeclampsia*

Preeclampsia	n	%
No	141	81,0
Si	33	19,0
Total	174	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos



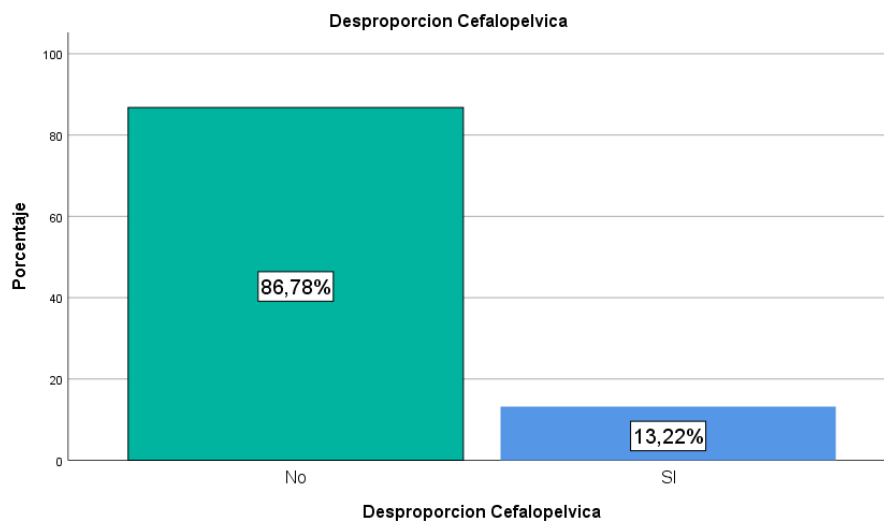
**Figura 3***Preeclampsia*

En la tabla n°3 se observa que de las gestantes atendidas por parto por cesárea 18,97% presento el diagnostico de preeclampsia y el restante 81,03% no lo presento.

**Tabla 4***Desproporción cefalopélvica*

<i>Desproporción cefalopélvica</i>	n	%
No	151	86,8
Si	23	13,2
Total	174	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

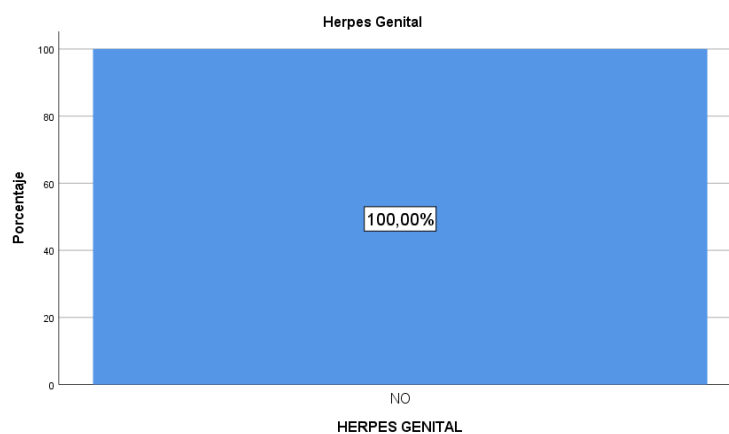
**Figura 4***Desproporción cefalopélvica*

Como puede observarse en la tabla n°4, la desproporción cefalopélvica como causa materna de parto por cesárea fue de 13,22% de casos.

**Tabla 5***Herpes genital*

Herpes genital	n	%
No	174	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

**Figura 5***Herpes genital*

En la evaluación de la tabla n°5, no se evidenciaron casos de herpes genital como causa materna de parto por cesárea.

**Tabla 6**

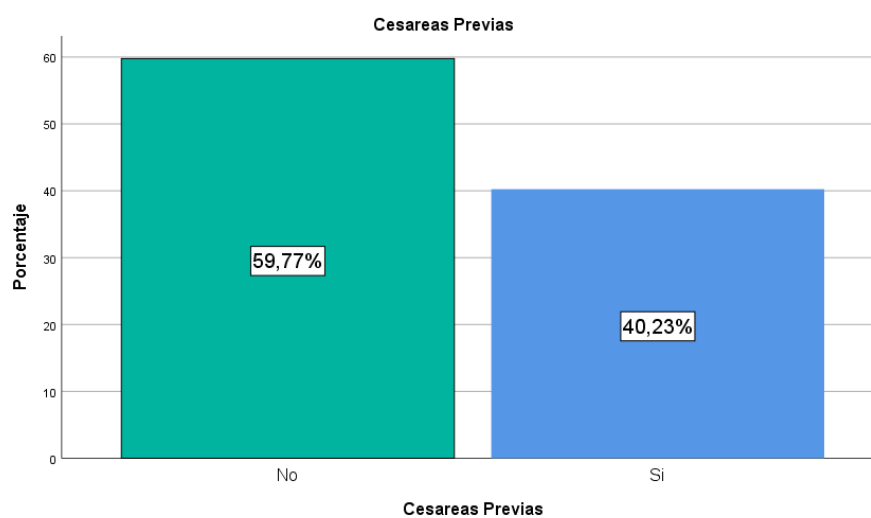
*Cesárea previa*

Cesárea previa	n	%
No	104	59,8
Si	70	40,2
Total	174	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

**Figura 6**

*Cesárea previa*

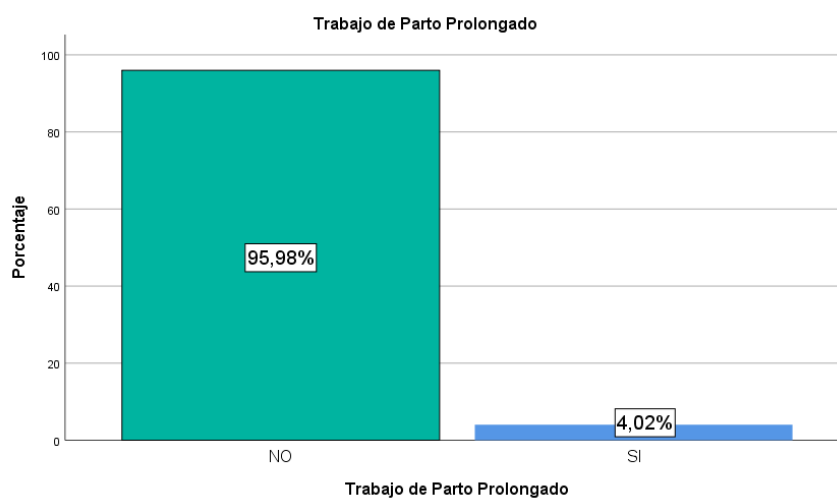


En relación a la evaluación del antecedente de cesárea previa como causa de parto por cesárea se muestra en la n°6 que el 40,23% de los casos presento cesárea previa.

**Tabla 7***Trabajo de parto prolongado*

Trabajo de parto prolongado	n	%
No	167	96,0
Si	7	4,0
Total	174	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

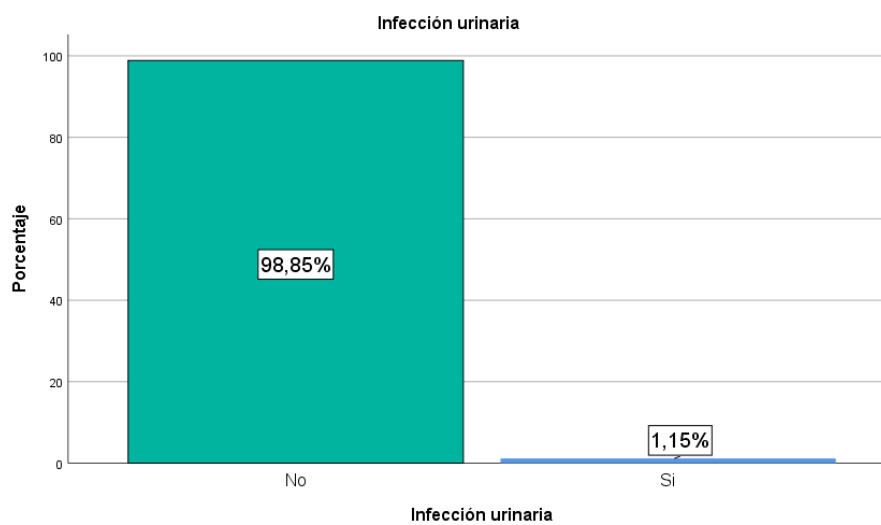
**Figura 7***Trabajo de parto prolongado*

La tabla n°7 mostró los casos de trabajo de parto prolongado, se encontró un 4,02% de casos de trabajo de parto prolongado en las gestantes atendidas.

**Tabla 8***Infección urinaria*

Infección urinaria	n	%
No	172	98,9
Si	2	1,1
Total	174	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

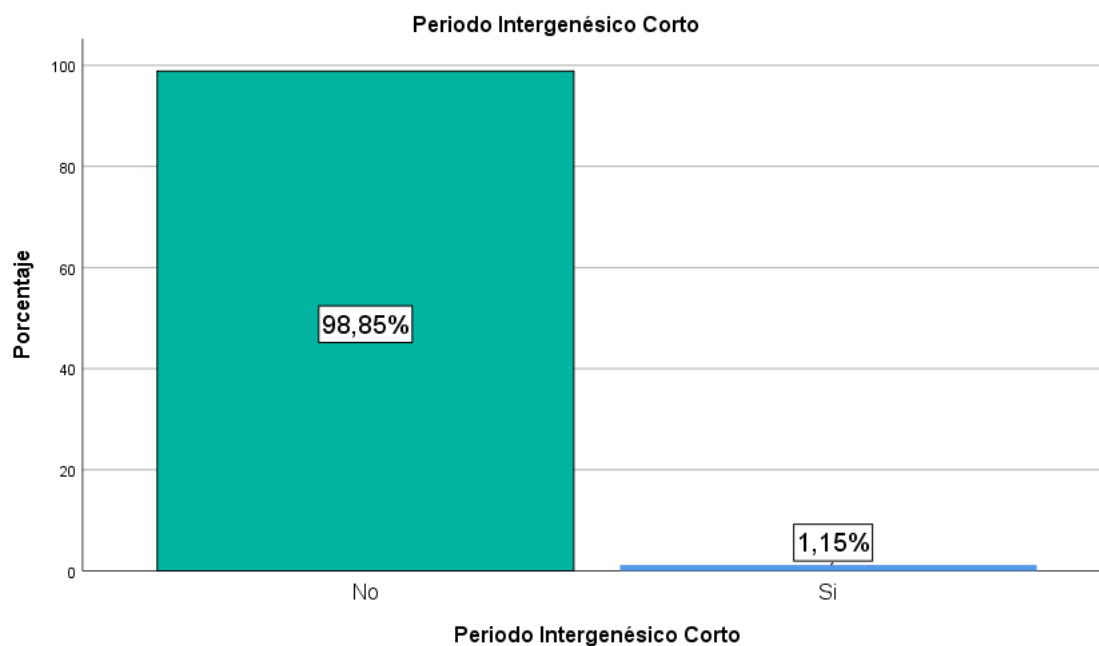
**Figura 8***Infección urinaria*

En la tabla n°8 se observa un 1,15% de casos de infección urinaria en gestantes atendidas por parto por cesárea. El 98,85% no presento diagnóstico de infección urinaria.

**Tabla 9***Periodo intergenésico corto*

Periodo intergenésico corto	n	%
No	172	98,9
Si	2	1,1
Total	174	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

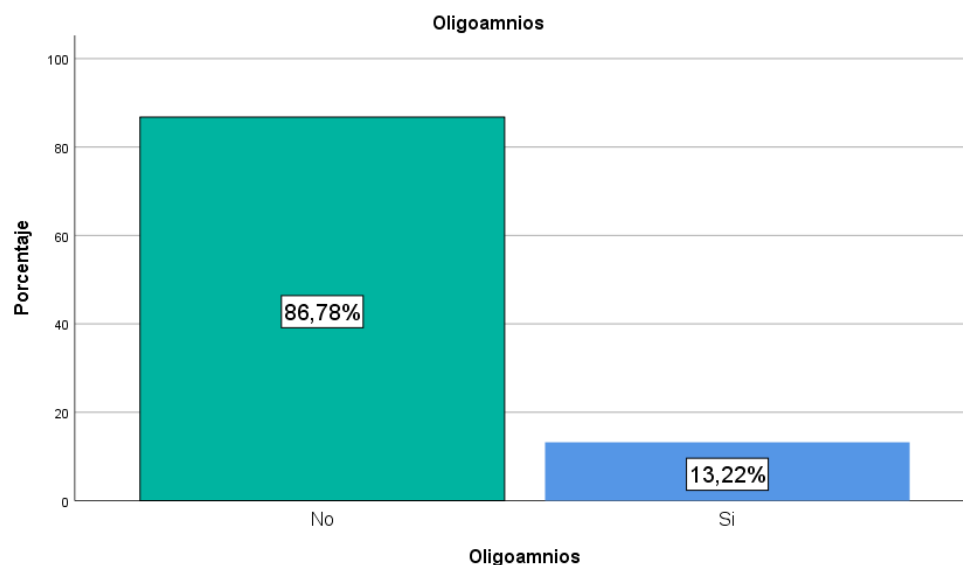
**Figura 9***Periodo intergenésico corto*

En relación a la evaluación de la tabla n°9 sobre el periodo intergenésico corto como causa materna de parto por cesárea, se evidencio un 1,15% de casos. El 98,85% no presento dicho diagnóstico.

**Tabla 10***Oligoamnios*

Oligoamnios	n	%
No	151	86,8
Si	23	13,2
Total	174	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

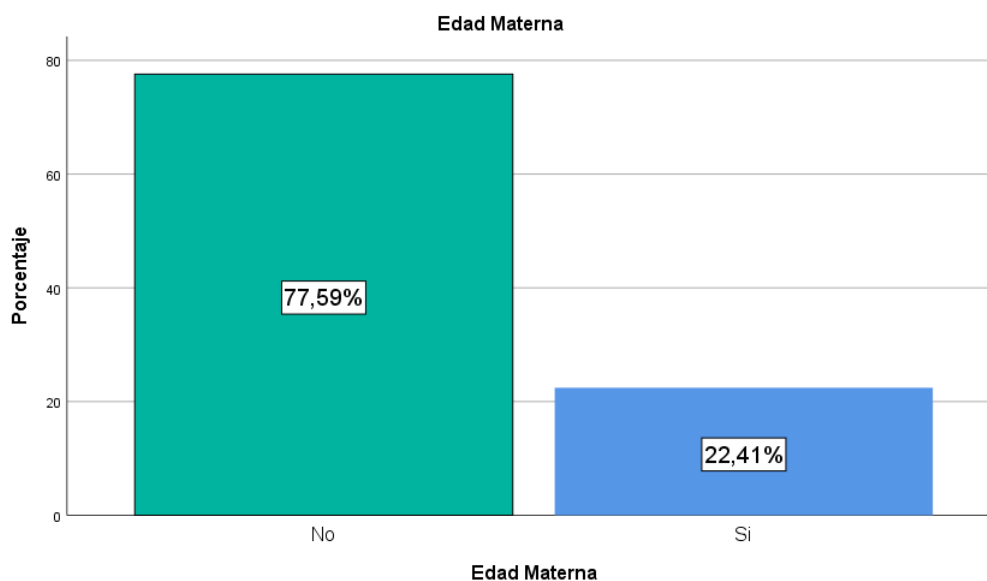
**Figura 10***Oligoamnios*

Al analizar los casos de oligoamnios como causa materna de parto por cesárea que se nos muestra en la tabla n°10, se encontró un 13,22% de casos.

**Tabla 11***Edad materna*

Edad Materna	n	%
No (<35 años)	135	77,6
Si (>35 años)	39	22,4
Total	174	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

**Figura 11***Edad materna*

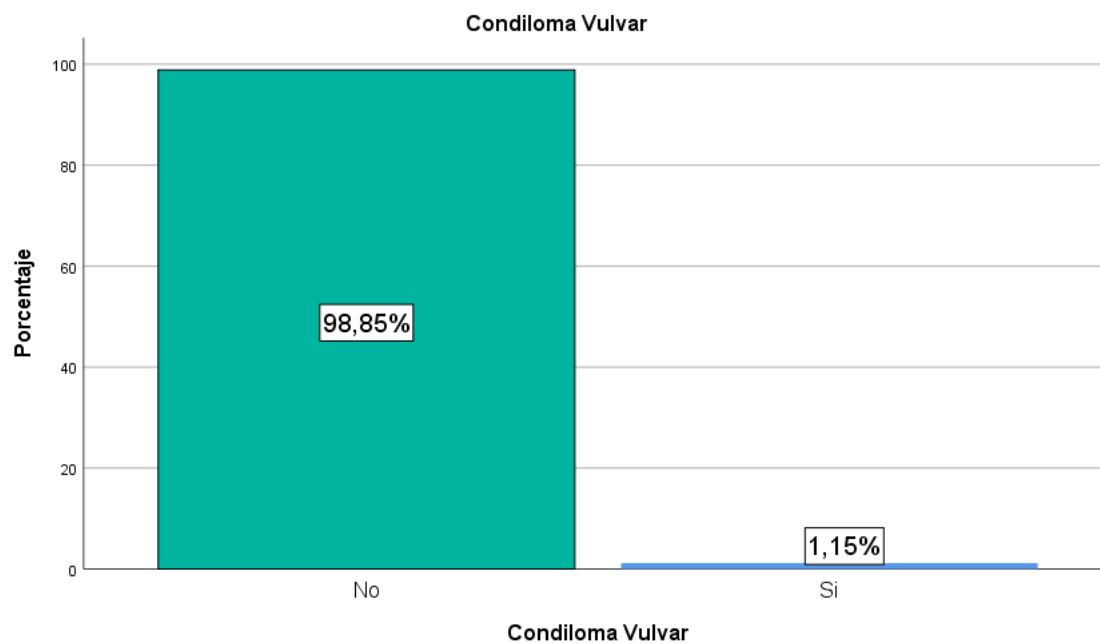
En relación con la evaluación de la edad materna como causa materna de parto por cesárea, en las gestantes atendidas se obtuvo un resultado de un 22,41% de gestantes mayores de 35 años. Por otro lado, el 77,59% de las gestantes atendidas fueron menores de 35 años.

**Tabla 12***Condiloma vulvar*

Condiloma Vulvar	n	%
No	172	98,9
Si	2	1,1
Total	174	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos



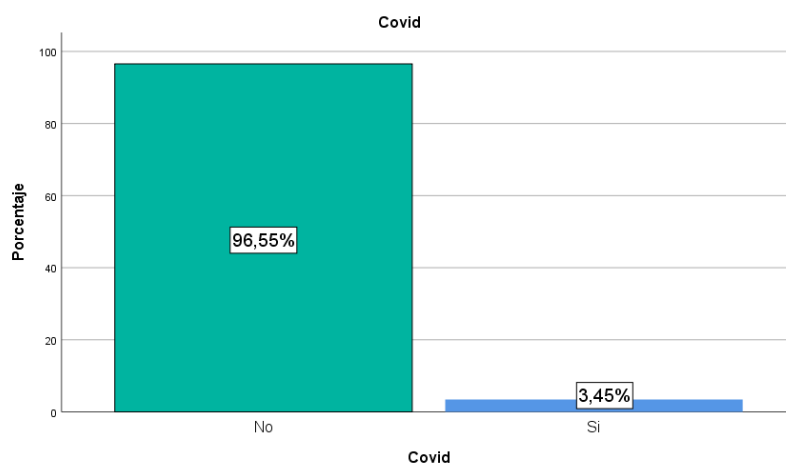
**Figura 12***Condiloma vulvar*

En cuanto a la evaluación de las gestantes atendidas con diagnóstico de condiloma vulvar según la tabla n°12 se obtuvo un 1,15% de casos de condiloma vulvar, el restante 98,85% de gestantes no presento dicho diagnóstico.

**Tabla 13***Covid*

Covid	n	%
No	168	96,6
Si	6	3,4
Total	174	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

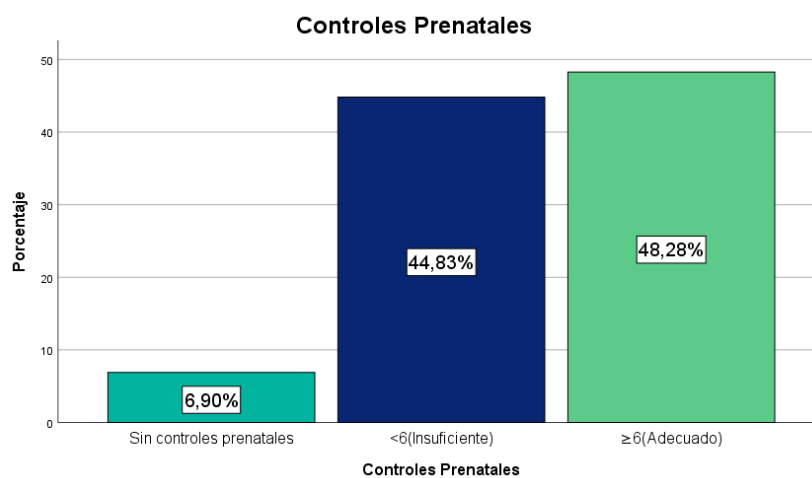
**Figura 13***Covid*

Según podemos observar en la tabla n°13, un 3,45% de casos de gestantes atendidas tuvieron diagnóstico de covid, el restante 96,55% no presento dicha patología.

**Tabla 14***Controles prenatales*

Controles Prenatales	n	%
Sin controles prenatales	12	6,9
<6(Insuficiente)	78	44,8
≥6(Adecuado)	84	48,3
Total	174	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

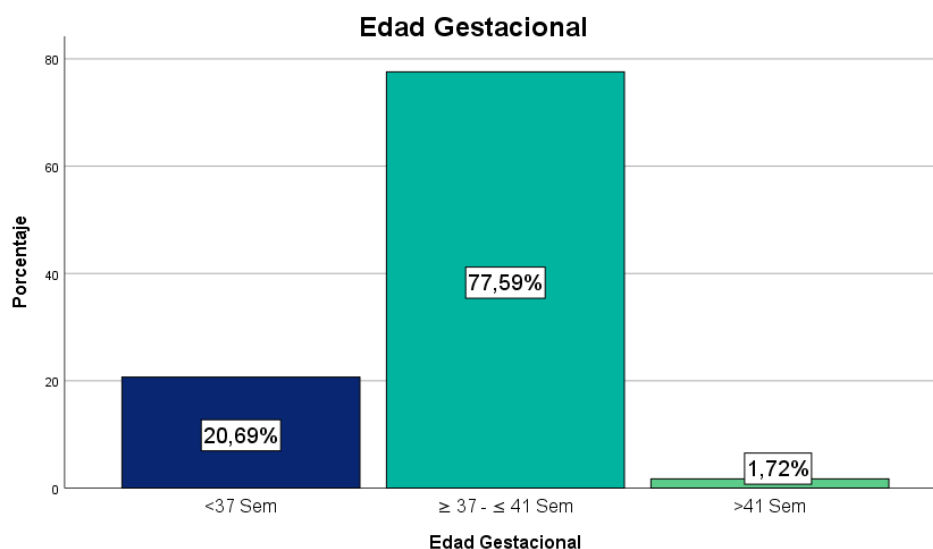
**Figura 14***Controles prenatales*

Según la tabla n°14, se puede observar que el 48,28% de las gestantes atendidas tuvieron más de 6 controles prenatales, el 44,83% tuvieron menos de 6 controles prenatales, y el 6,9% no tuvieron ningún control prenatal durante su gestación.

**Tabla 15***Edad gestacional*

Edad gestacional	n	%
<37 semanas	36	20,7
≥ 37 - ≤ 41 semanas	135	77,6
>41 semanas	3	1,7
Total	174	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

**Figura 15***Edad gestacional*

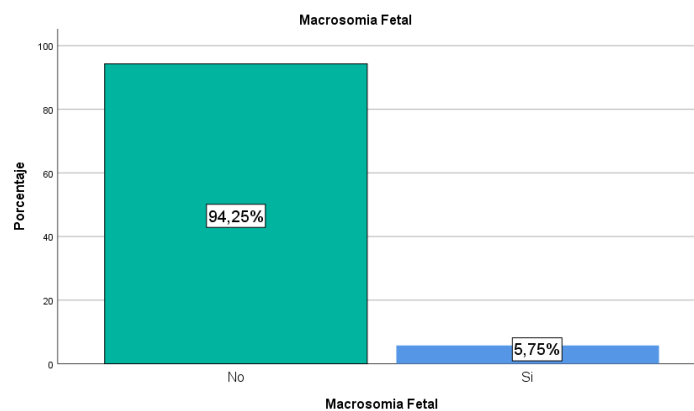
Como podemos observar en la tabla n°15, en cuanto a los resultados de edad gestacional se puede detallar que el 20,69% de gestantes atendidas tuvieron una gestación menor a 36 semanas, el 77,59% entre 37 a 41 semanas de gestación, y el 1,72% con una edad gestacional mayor a 41 semanas.

Causas fetales de parto por cesárea en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa, Lima en el periodo enero – junio 2021

**Tabla 16***Macrosomía fetal*

Macrosomía Fetal	n	%
No	164	94,3
Si	10	5,7
Total	174	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

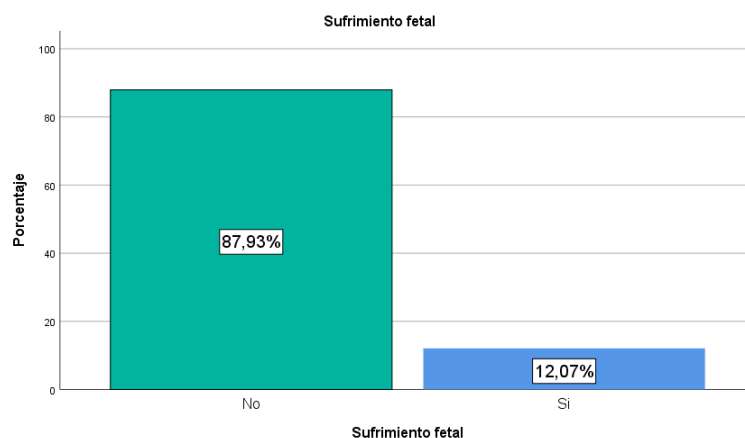
**Figura 16***Macrosomía fetal*

En cuanto a la evaluación de la macrosomía fetal de la tabla n°16, se obtuvo como resultados que el 5,75% de las gestantes atendidas presentaron dicho diagnóstico.

**Tabla 17***Sufrimiento fetal*

Sufrimiento Fetal	n	%
No	153	87,9
Si	21	12,1
Total	174	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

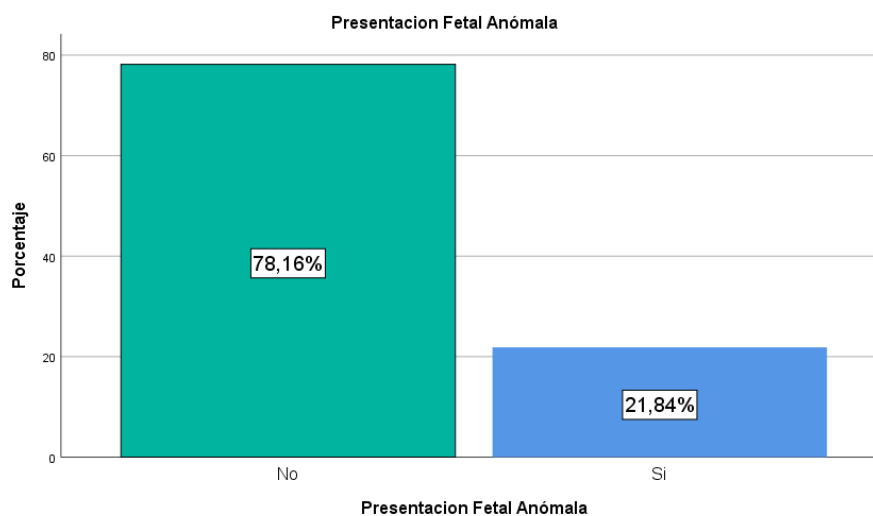
**Figura 17***Sufrimiento fetal*

En la tabla n°17 se nos muestra los resultados sobre sufrimiento fetal, en el cual podemos observar un 12,07% de casos. El restante 87,93% no presento sufrimiento fetal como causa fetal asociado a parto por cesárea.

**Tabla 18***Presentación fetal anómala*

Presentación Fetal Anómala	n	%
No	136	78,2
Si	38	21,8
Total	174	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

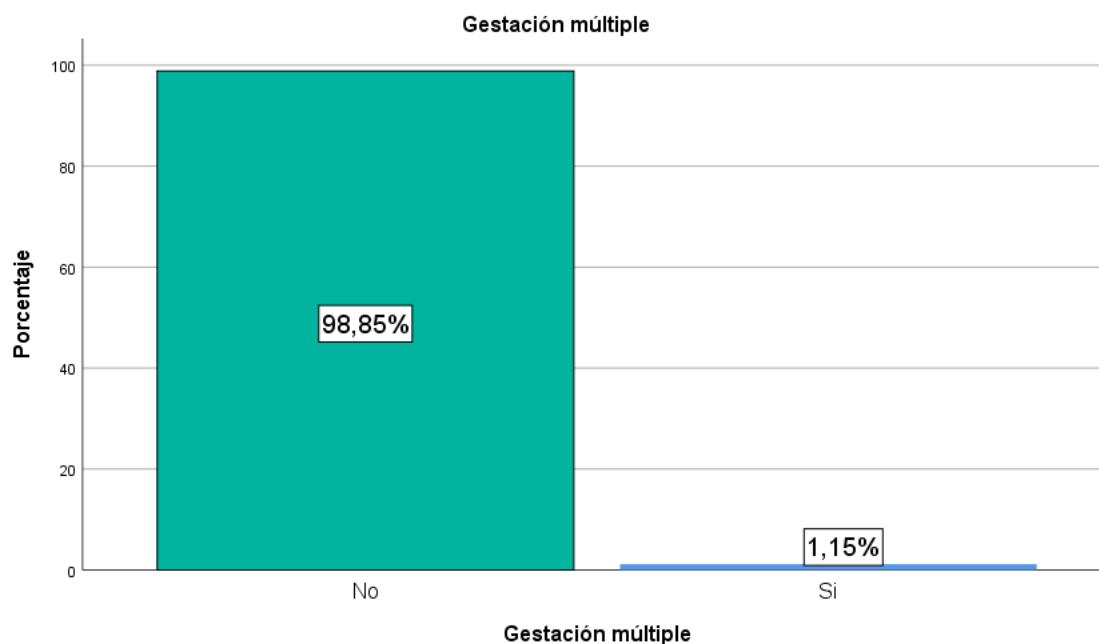
**Figura 18***Presentación fetal anómala*

En relación a la evaluación de la tabla n°18 sobre la presentación fetal anómala como causa fetal a parto por cesárea, se evidenció que el 21,84% de las gestantes atendidas presento la mencionada condición.

**Tabla 19***Gestación múltiple*

Gestación Múltiple	n	%
No	172	98,9
Si	2	1,1
Total	174	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

**Figura 19***Gestación múltiple*

En la evaluación de la gestación múltiple como causa fetal de parto por cesárea según la tabla n°19, se observó que el 1,15% de las gestantes atendidas presento dicho diagnóstico.

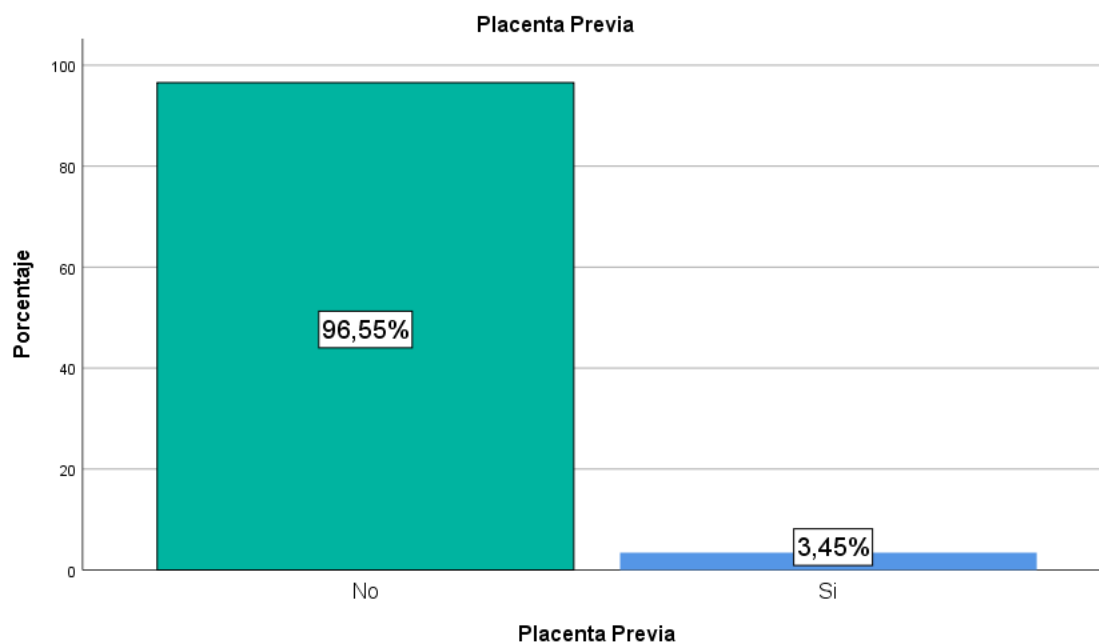
Causas ovulares de parto por cesárea en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa, lima en el periodo enero – junio 2021

**Tabla 20***Placenta previa*

Placenta Previa	n	%
No	168	96,6
Si	6	3,4
Total	174	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos



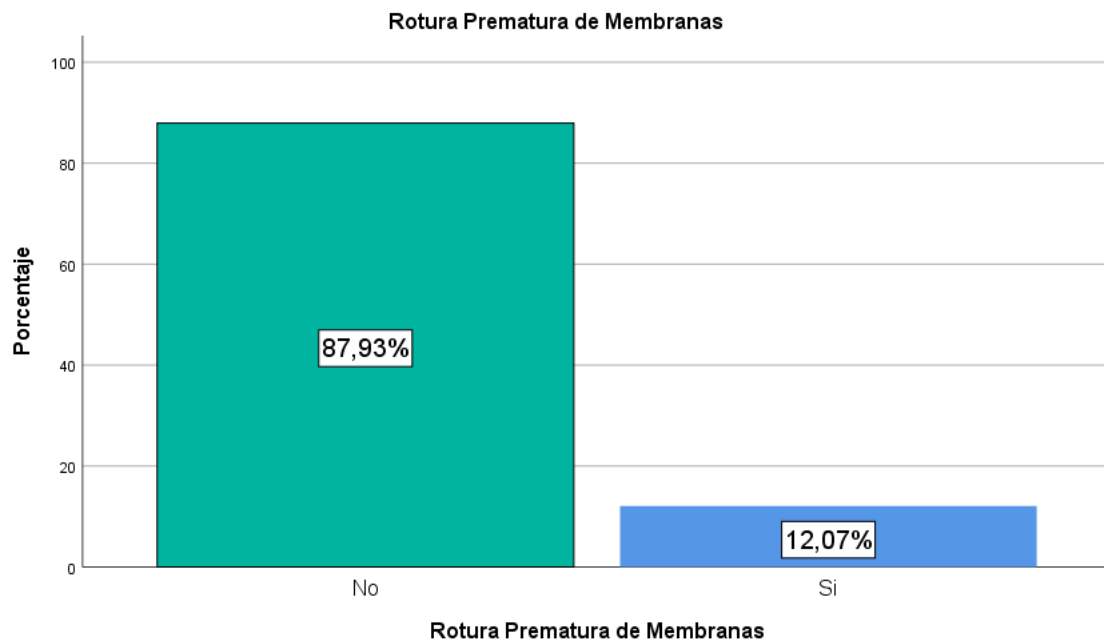
**Figura 20***Placenta previa*

Según la tabla n°20 acerca de la placenta previa como causa ovular de parto por cesárea, se observó que el 3,45% de las gestantes atendidas presento la placenta previa como causa de parto por cesárea.

**Tabla 21***Rotura prematura de membranas*

Rotura Prematura De Membranas	n	%
No	153	87,9
Si	21	12,1
Total	174	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

**Figura 21***Rotura prematura de membranas*

En relación con la evaluación de la rotura prematura de membranas como causa de parto por cesárea según la tabla n°21, se obtuvo que el 12,07% de las gestantes atendidas presento a la rotura prematura de membranas como causa de parto por cesárea.

Causas maternas, fetales y ovulares de parto por cesárea en gestantes atendidas en el hospital Santa Rosa, Lima en el periodo enero – junio 2021

**Tabla 22**

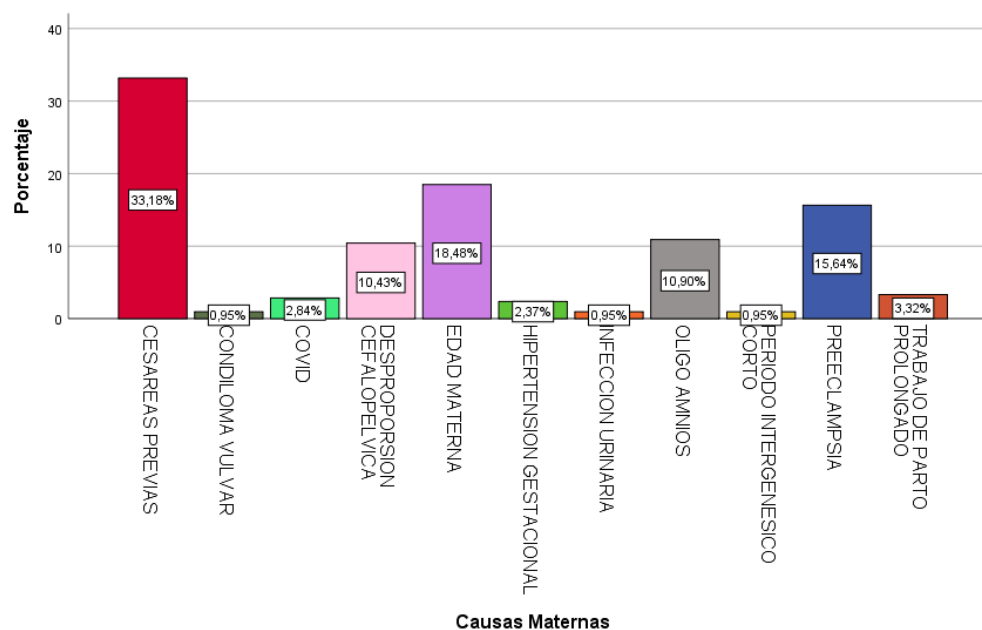
*Causas maternas de parto por cesárea en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa, Lima en el periodo enero – junio 2021*

Causas maternas asociadas a parto por cesárea	n	%
Cesáreas previas	70	33,2
Condiloma vulvar	2	,9
Covid	6	2,8
Desproporción cefalopélvica	22	10,4
Edad materna	39	18,5
Hipertensión gestacional	5	2,4
Infección urinaria	2	,9
Oligoamnios	23	10,9
Periodo intergenésico corto	2	,9
Preeclampsia	33	15,6
Trabajo de parto prolongado	7	3,3
Total	211	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

**Figura 22**

*Causas maternas de parto por cesárea en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa, Lima en el periodo enero – junio 2021*



En la tabla n°22 podemos observar los resultados en cuanto a las causas maternas asociadas a parto por cesárea, en la cual destacaron con un 33,18% el antecedente de cesárea previa, asimismo la edad materna, es decir las gestantes mayores de 35 años, con un 18,48% y finalmente el diagnóstico de preeclampsia con un 15,64%.

**Tabla 23**

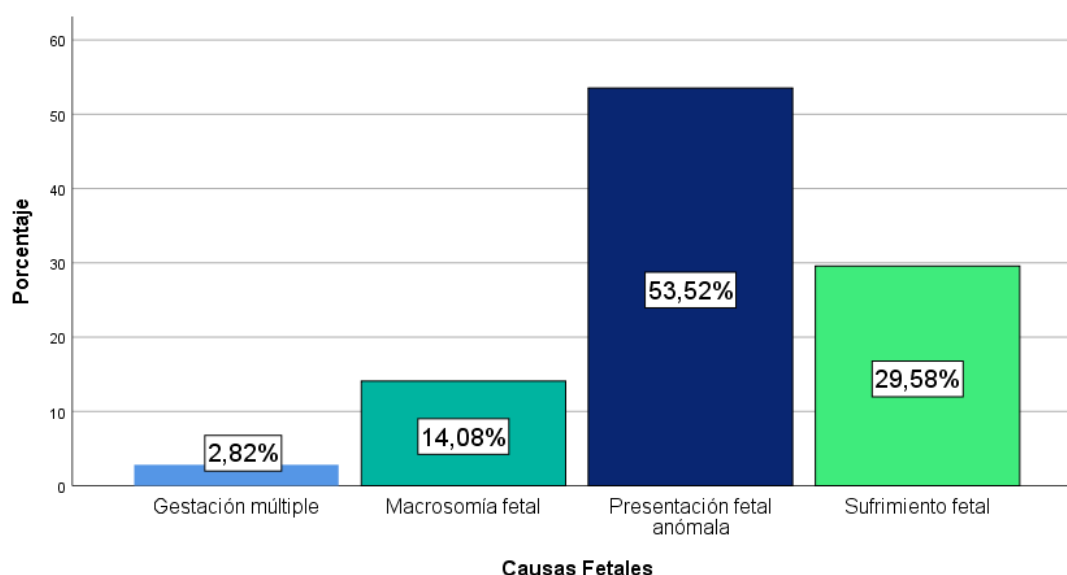
*Causas fetales de parto por cesárea en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa, Lima en el periodo enero – junio 2021*

Causas fetales de parto por cesárea	n	%
Gestación múltiple	2	2,8
Macrosomía fetal	10	14,1
Presentación fetal anómala	38	53,5
Sufrimiento fetal	21	29,6
Total	71	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

**Figura 23**

*Causas fetales de parto por cesárea en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa, Lima en el periodo enero – junio 2021*



En correspondencia a la evaluación de las causas fetales asociado a parto por cesárea según la tabla n°23 destacaron la presentación fetal anómala con un 53,52%, en segundo lugar, sufrimiento fetal con 29,58%, en tercer lugar, macrosomía fetal 14,08% y finalmente gestación múltiple con un 2,82%.

**Tabla 24**

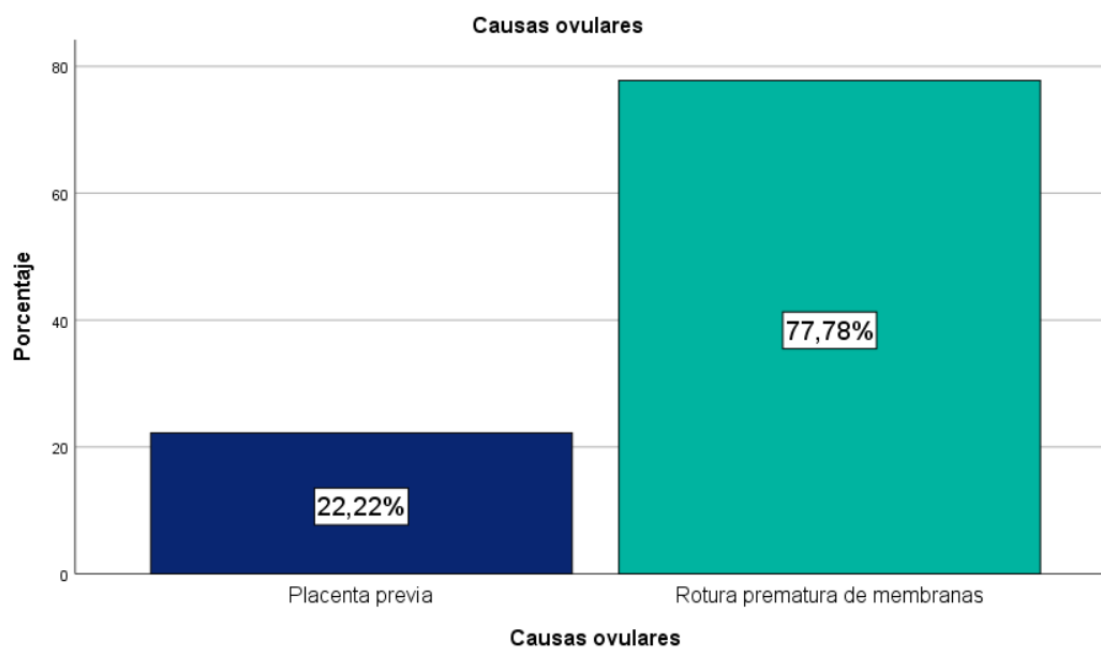
*Causas ovulares de parto por cesárea en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa, Lima en el periodo enero – junio 2021*

Causas ovulares de parto por cesárea	n	%
Placenta previa	6	22,2
Rotura prematura de membranas	21	77,8
Total	27	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

**Figura 24**

*Causas ovulares de parto por cesárea en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa, Lima en el periodo enero – junio 2021*



La tabla n°24 nos muestra los resultados sobre las causas ovulares asociados a parto por cesárea en las cuales destacaron la rotura prematura de membranas con un 77,8% y la placenta previa con 22,2%.

**Tabla 25**

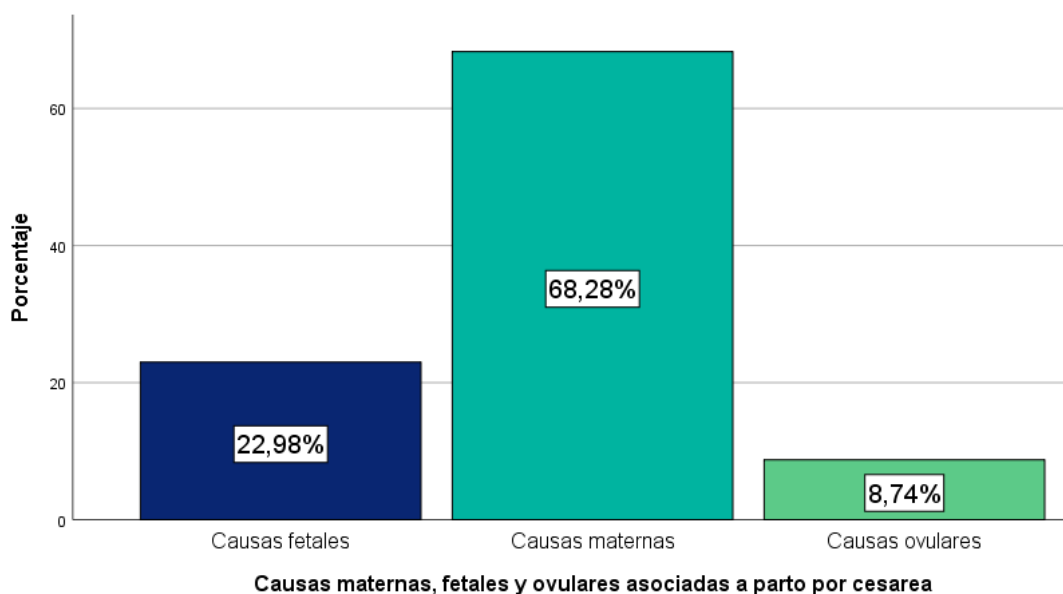
*Causas maternas, fetales y ovulares de parto por cesárea en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa, Lima en el periodo enero – junio 2021*

Causas maternas, fetales y ovulares de parto por cesárea	n	%
causas fetales	71	23,0
causas maternas	211	68,3
causas ovulares	27	8,7
Total	309	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

**Figura 25**

*Causas maternas, fetales y ovulares de parto por cesárea en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa, Lima en el periodo enero – junio 2021*



En la tabla n°25 podemos observar la prevalencia de las causas maternas, fetales y ovulares asociadas a parto por cesárea. En cuanto a las causas maternas tuvo una prevalencia de 68,28% asociadas a parto por cesárea, en segundo lugar, las causas fetales con 22,98%, y finalmente las causas ovulares con un 8,74%.

## V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Según los resultados encontrados por Herrera (2020) en su estudio sobre factores asociados al incremento de cesáreas entre cuales destaca como causas maternas a la cesárea previa con 31.3%, como causa fetal a la distocia de producto con 51.5%, distrés fetal agudo 20.85%, macrosomía fetal 20.8% y como causa ovular la rotura prematura de membranas con 34.1%. Esto coincide con nuestro estudio respecto a las causas maternas asociado a parto por cesárea a la cesárea previa con 33.18%, asimismo como causas fetales el sufrimiento fetal con 29.58%, macrosomía fetal 14.08% y causas ovulares a la rotura prematura de membranas con 77.78%. De similar forma se evidencia en la investigación realizada por Tarazona (2017) en la cual destaca la cesárea previa con 17.9%, preeclampsia severa 12.1%, oligohidramnios severo 7.9% como causas maternas, y como causas fetales al sufrimiento fetal con 6.1%.

De forma diferente podemos observar en el estudio realizado por Gamboa (2019) en la cual como factores maternos asociados a cesárea en adolescentes resaltaron la estrechez pélvica con 25.6%, condilomatosis 7.3%, desproporción cefalopélvica 22% y embarazo prolongado 9.8%. En nuestra investigación pudimos encontrar como causas maternas asociadas a parto por cesárea respecto a desproporción cefalopélvica con 10.4% y la condilomatosis 0.9%. Asimismo, Gamboa (2019) destaca como causas fetales el sufrimiento fetal con 18.3%, macrosomía fetal 19.5%, presentación podálica 15.9% y finalmente como causa ovular a la rotura prematura de membranas con 15.9%.

También podemos recalcar el estudio de Andia (2017) en la cual analizo los factores determinantes de cesárea, entre los cuales sobresalieron como causas maternas a la preeclampsia con 36,76%, cesárea previa 11.86%, pelvis estrecha 8.4%; resultados

similares a los encontrados en nuestra investigación en la cual preeclampsia tuvo 15.64% de casos, sin embargo, detrás sobre el antecedente de cesárea previa con 33.18%.

Asimismo, podemos resaltar el antecedente de cesárea previa como una de las principales y más frecuentes indicaciones de parto por cesárea, y esto lo podemos evidenciar por ejemplo en el estudio realizado por Macias (2019) en la cual destaco la cesárea anterior con 52%; de la misma forma en la investigación realizada por Ávila (2018) en la cual la cicatriz uterina previa obtuvo un 31%; y también en el estudio de Centeno (2017) en la cual la indicación por cesárea anterior fue de 36.65%. Esto concuerda con nuestra investigación en la cual la cesárea previa alcanzo un resultado de 33.18%, siendo así la indicación más frecuente de parto por cesárea.

Además, podemos mencionar a la presentación fetal anómala, por ejemplo, en la investigación realizada por Medina (2017) destaco la presentación de nalgas con 66.67% como indicación de cesárea, sin embargo, en otros trabajos realizados como Macias (2019) presento distocia de presentación en un 5%, y de forma similar Centeno (2017) con un 13.66%. En nuestro estudio dentro de las causas fetales más frecuentes obtuvimos a la presentación fetal anómala con un 53.52% respecto al sufrimiento fetal y a la macrosomía fetal.

También podemos rescatar los resultados sobre las causas fetales, como por ejemplo el sufrimiento y la macrosomía fetales. En el estudio realizado por Zelada (2019) el sufrimiento fetal obtuvo un resultado de 91.4% y la macrosomía fetal con 77.6%; Gamboa (2019) en su investigación de forma análoga obtuvo respecto a sufrimiento fetal 18.3% y sobre macrosomía fetal 19.5%; y Herrera (2020) respecto a sufrimiento fetal



20.85% y a nivel de macrosomía 20.8%. En nuestra pesquisa obtuvimos un resultado de 29.58% respecto a sufrimiento fetal y 14.08% sobre macrosomía fetal.

Con relación a la edad gestacional de las gestantes atendidas he de destacar por ejemplo el estudio de Centeno (2017) en la cual el 83.23% se encontró entre las 37 a 40 semanas, de igual manera Medina (2017) tuvo un resultado de 48.07% en gestaciones entre 39 a 41 semanas. Esto coincide con nuestro estudio en el cual el 77.59% de las gestantes tuvo una edad gestacional en 37 a 41 semanas al momento del parto por cesárea.

Hay que destacar en cuanto a las causas ovulares, a la rotura prematura de membranas como causa de parto por cesárea. En el estudio realizado por Zelada (2019) se obtuvo un resultado respecto a la rotura prematura de membranas con 9.6%, de forma similar en el estudio realizado por Gamboa (2019) con 15.9%, y asimismo en la investigación realizada por Herrera (2020) en la cual se obtuvo un resultado de 34.1% respecto a otras causas como placenta previa con 20.5%. En nuestro trabajo la rotura prematura de membranas obtuvo un 77.78% respecto a la placenta previa con 22.22% en cuanto a las causas ovulares más frecuentes asociadas a parto por cesárea.

Además, resaltar el diagnóstico de Covid sobre las gestantes atendidas por el contexto actual en el que nos encontramos, en el cual en nuestro estudio se obtuvo un resultado de 2.8% respecto a las causas maternas asociadas a parto por cesárea.

Finalmente comentar con relación a las causas maternas, fetales y ovulares asociadas a parto por cesárea. Por ejemplo, en el estudio de Herrera (2020) sobre las causas maternas obtuvo un resultado del 51.7%, sobre las causas fetales 37.7% y sobre

las causas ovulares un 14.6%. En nuestra investigación pudimos encontrar resultados similares, en cuanto a las causas maternas asociadas a parto por cesárea se obtuvo un resultado de 68,28%, en cuanto las causas fetales un 22,98% y como causas ovulares 8,74%.

## VI. CONCLUSIONES

- Las causas maternas más frecuentes de parto por cesárea en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa fueron cesárea previa (33.18%), edad materna (18.48%) y preeclampsia (15.64%).
- Las causas fetales más frecuentes de parto por cesárea en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa fueron presentación fetal anómala (53.52%), sufrimiento fetal (29.58%), macrosomía fetal (14.08%).
- Las causas ovulares más frecuentes de parto por cesárea en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa fueron rotura prematura de membranas (77.78%) y placenta previa (22.22%).
- Entre las causas maternas, fetales, ovulares de parto por cesárea en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa, presentaron una prevalencia de 68,28%, 22,98% y 8,74% respectivamente.

## VII. RECOMENDACIONES

- Podemos tomar en cuenta y sugerir que se ejecuten de forma semestral y anual trabajos estadísticos y de investigación que permitan mantener actualizada una base de datos con el objetivo de reconocer las causas más frecuentes asociadas a parto por cesárea que impulsen el parto eutócico de forma principal y ayude a reducir la prevalencia de este acto quirúrgico.
- Se sugiere contar e implementar que a nivel de consulta externa en el servicio de gineco-obstetricia áreas del servicio de nutrición con el objetivo que se realice un correcto seguimiento de las gestantes y en consecuencia impedir complicaciones durante la gestación como son los trastornos hipertensivos del embarazo, obesidad materna, macrosomía fetal, entre otros.
- Se puede promover a nivel del personal de salud, sobre la orientación y educación acerca del parto por vía vaginal a las familias y gestantes, rescatando que es un medio fisiológico normal y de esta manera buscar la reducción de las cesáreas electivas, teniendo así desde el inicio un control y manejo oportuno sobre la gestante que nos permita realizar un diagnóstico pertinente para poder determinar el tipo de parto adecuado.

## VIII. REFERENCIAS

- Andia (2017). *Factores determinantes de la cesárea en el hospital regional Manuel Nuñez Butrón Puno Periodo Enero-Diciembre 2017 [Tesis de pregrado, Universidad Nacional del Altiplano]*. Obtenido de <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/6392>
- Avalos (2019). *Factores Maternos en cesareadas con desproporción cefalo pelvica atendidas en el Hospital de Apoyo Jesus Nazareno Ayacucho, 2013-2017 [Tesis Segunda especialidad, Universidad Nacional de Huancavelica]*. Obtenido de <http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/2651>
- Ávila (2018). *Prevalencia y factores de riesgo asociados en partos por cesárea en el hospital Universitario de Guayaquil [Tesis de Pregrado, Universidad de Guayaquil]*. Obtenido de <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/30525>
- Baque (2020). *Factores de riesgo maternos y criterios que requieren cesárea de urgencia. [Tesis de Pregrado, Universidad de Guayaquil]. Repositorio Institucional*. Obtenido de <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/51997>
- Bonilla (2019). *Frecuencia de Herpes Genital en mujeres con diagnóstico de Vaginosis Bacteriana atendidas en la Clínica Alba, durante junio a diciembre del 2018 [Tesis de Pregrado, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua]*. Obtenido de <http://repositorio.unan.edu.ni/id/eprint/14608>
- Cárdenas (2021). *Factores asociados a sufrimiento fetal agudo en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital III Iquitos - ESSALUD 2018 - 2019 [Tesis de Pregrado, Universidad Científica del Perú]*. Obtenido de <http://repositorio.ucp.edu.pe/handle/UCP/1302>
- Cardenas (2001). *Complicaciones asociadas a la cesárea: la importancia de un uso módicamente justificado [Artículo de revisión]. Gaceta Médica de Mexico*. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2002/gm024g.pdf>
- Centeno (2017). *Características de las pacientes con indicaciones de cesárea en el servicio de ginecología y obstetricia en la clínica médica previsional Asunción del MINSA, Juigalpa – Chontales, Nicaragua, 2016. [Protocolo de investigación, UNAN]*. Obtenido de <http://repositorio.unan.edu.ni/id/eprint/7929>
- Chavarria (2018). *Factores asociados a la indicación de cesárea en embarazadas atendidas por el servicio de obstericia. Hospital Amistad Japón – Nicaragua. Granada. enero a diciembre 2017 [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Autónoma De Nicaragua]*. Repositorio institucional. Obtenido de <http://repositorio.unan.edu.ni/id/eprint/9149>
- Escobar (2019). *Incidencia de macrosomía fetal en recién nacidos de madres no diabéticas en el Hospital Sergio Bernales de Lima Norte, 2015-2017 [Tesis de Pregrado, Universidad Privada Arzobispo Loayza]*. Obtenido de <http://repositorio.ual.edu.pe/handle/UAL/228>

- Gallardo (2018). *Factores predisponentes de placenta previa en pacientes entre 20 a 25 años [Tesis de Pregrado, Universidad de Guayaquil]*. Obtenido de <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/30790>
- Gamboa (2019). *Factores asociados a cesárea en adolescentes hospital Laura Esther Rodríguez Dulanto de Supe, Barranca*. Obtenido de <http://repositorio.unasam.edu.pe/handle/UNASAM/2848>
- Herrera (2020). *Factores Asociados al incremento de las cesáreas en el servicio de la maternidad del Hospital Regional del Cusco, 2019 [Tesis de Pregrado, Universidad Andina del Cusco]*. Obtenido de <http://repositorio.uandina.edu.pe/handle/UAC/3382>
- INMP (2018). *Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología [INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL]*. Obtenido de <https://www.inmp.gob.pe/institucional/guias/1590593033>
- Laguado (2011). Factores maternos y fetales que inducen a un parto por cesárea [Artículo de investigación, Universidad Francisco de Paula Santander, Colombia]. *Revista Ciencia y Cuidado de la Facultad de Ciencias de la Salud de UFPS*. Obtenido de <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/478>
- Lima (2020). *Factores de riesgo asociados a atonía uterina en puerperas inmediatas [Tesis de Pregrado, Universidad Peruana Los Andes]*. Obtenido de <https://hdl.handle.net/20.500.12848/1585>
- Luscialdo (2018). Resultados perinatales del embarazo gemelar. *Rev. Latin. Perinat.* Obtenido de [http://www.revperinatologia.com/images/5\\_Resultados\\_perinatales.pdf](http://www.revperinatologia.com/images/5_Resultados_perinatales.pdf)
- Macías (2019). *Principales causas de cesáreas en pacientes que acuden al servicio de emergencias del Hospital General Guasmo Sur, Periodo 2016-2017 [Tesis de Pregrado, Universidad de Guayaquil]*. Obtenido de <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/43383>
- Medina (2017). *Factores determinantes de un embarazo a término que culmina en cesárea en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo de Enero a Marzo Carbo 2016 [Tesis de Pregrado, Universidad de Guayaquil]*. Obtenido de <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/32321>
- Medina (2016). *Factores asociados a la indicación de cesárea en el Hospital Nacional Dos de Mayo de Enero a Diciembre del 2015 [Tesis de Pregrado, Universidad Ricardo Palma]*. Obtenido de <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/555>
- OMS (2015). *Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea [Departamento de Salud Reproductiva e Investigación]*. Obtenido de [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO\\_RHR\\_15.02\\_spa.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.pdf?sequence=1)
- OMS (2020). Definición de casos de COVID-19 utilizada por la OMS. *Vigilancia de salud pública en relación con la COVID-19*. Obtenido de

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336482/WHO-2019-nCoV-Surveillance\\_Case\\_Definition-2020.1-spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336482/WHO-2019-nCoV-Surveillance_Case_Definition-2020.1-spa.pdf)

- Pacheco (2017). *Introducción al Simposio sobre preeclampsia*. Lima, Peru: Rev Peru Ginecol. Obstet. Obtenido de [www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v63n2/a07v63n2.pdf](http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v63n2/a07v63n2.pdf)
- Ramos (2020). *Factores Condicionantes De Distocias De Presentación Fetal Atendidas En El Hospital Carlos Monge Medrano De Juliaca. 2019. [Tesis de Pregrado, Universidad Andina Néstor Cáceres Velasquez]*. Obtenido de <http://repositorio.uancv.edu.pe/handle/UANCV/4802>
- Saldarriaga (2018). *Factores predisponentes a la Preeclampsia en la mujer embarazada [Tesis de Pregrado, Universidad estatal de Milagro]*. Obtenido de <http://repositorio.unemi.edu.ec/handle/123456789/4182>
- Tarazona (2017). *Incidencia y principales indicaciones de cesáreas en el Hospital Minsa, Nivel II-2, Tarapoto. Periodo Enero-Diciembre del 2016 [Tesis de Pregrado, Universidad Nacional de San Martín]*. Obtenido de <http://hdl.handle.net/11458/2400>
- Veliz et al. (2018). *Acretismo placentario: Un diagnóstico emergente. Abordaje quirúrgico no conservador*. Santiago, Chile: REV CHIL OBSTET GINECOL. doi:<https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v6i2.390>
- Zelada (2019). *Factores maternos, fetales y ovulares asociados a partos por cesarea en gestantes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia Hospital PNP Luis N. Saenz (Tesis de Pregrado, Universidad Ricardo Palma)*. Obtenido de <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/1845>

## IX. ANEXOS

## Anexo A: matriz de consistencia

## MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: EPIDEMIOLOGIA DEL PARTO POR CESAREA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA, LIMA EN EL PERIODO ENERO – JUNIO 2021	
PROBLEMAS	<p><b>PROBLEMA GENERAL:</b> ¿Cuál es la epidemiología del parto por cesárea en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa, Lima en el periodo Enero – junio 2021?</p> <p><b>PROBLEMAS ESPECÍFICOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuál es la prevalencia de causas maternas asociadas a parto por cesárea en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa, Lima en el periodo Enero –junio 2021?</li> <li>• ¿Cuál es la prevalencia de causas fetales asociadas a parto por cesárea en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa, Lima en el periodo Enero – junio 2021?</li> <li>• ¿Cuál es la prevalencia de causas ovulares asociadas a parto por cesárea en gestantes atendidas al Hospital Santa Rosa, Lima en el periodo Enero – junio 2021?</li> </ul>
OBJETIVOS	<p><b>OBJETIVO GENERAL:</b> Determinar cuál es la epidemiología del parto por cesárea en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa, Lima en el periodo Enero – junio 2021</p> <p><b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar la prevalencia de causas maternas asociadas a parto por cesárea en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa, Lima en el periodo Enero –junio 2021</li> <li>• Determinar la prevalencia de causas fetales asociadas a parto por cesárea en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa, Lima en el periodo Enero – junio 2021</li> <li>• Determinar la prevalencia de causas fetales asociadas a parto por cesárea en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa, Lima en el periodo Enero – junio 2021</li> </ul>
VARIABLES	<p><b>VARIABLES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Causas maternas: Edad, IMC, Hipertensión gestacional, Preeclampsia, Desproporción cefalopélvica, Herpes genital, COVID, trabajo de parto prolongado, condiloma vulvar, periodo intergenésico corto</li> <li>• Causas fetales: Macrosomía fetal, Sufrimiento fetal, Presentación fetal anómala, Gestación múltiple</li> <li>• Causas ovulares: Placenta previa, Rotura prematura de membrana</li> </ul>
TIPO Y DISEÑO	<p><b>TIPO DE ESTUDIO:</b> Descriptivo y transversal</p> <p><b>DISEÑO:</b> Trabajo de investigación de carácter descriptivo, porque identificará los factores maternos, fetales y ovulares para el parto por cesárea; retrospectivo, porque se emplearán datos de historias clínicas de pacientes atendidos en los meses de Enero a Junio del 2021 en el Hospital Santa Rosa, Lima y transversal, por la toma de datos que se realizará en un solo periodo de tiempo determinado.</p>
POBLACIÓN Y MUESTRA	<p><b>POBLACIÓN:</b> Gestantes atendidas que terminaron en parto por cesárea en el servicio de Ginecología - Obstetricia del Hospital Santa Rosa, Lima en el periodo de enero a Junio 2021. Durante este periodo fueron 338 las gestantes que terminaron en parto por cesárea.</p> <p><b>MUESTRA:</b> La muestra fue representativa y se calculó con la fórmula para estudios descriptivos donde la variable principal es cualitativa y población finita. Se aplicó un muestreo de tipo no probabilístico constituida por 174 gestantes que tuvieron parto por cesárea.</p>



### Anexo B: operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE, RELACIÓN Y NATURALEZA	CATEGORÍA O UNIDAD
PARTOS POR CESÁREA	Intervención quirúrgica el cual se realiza una incisión quirúrgica en el abdomen y el útero de una mujer para extraer uno o más productos	Incisión abdominal para la extracción de feto vivo o muerto en una gestante	Nominal	Cualitativa	-
<b>CAUSAS MATERNAS</b>					
EDAD	Número de años del paciente al momento de su atención.	Número de años registrado en la historia clínica	Intervalos Discreta	Cuantitativa	NO: ≤35 años SI: > 35 años
IMC	Medida que relacional el peso con la altura, que se utiliza para evaluar el estado nutricional.	Calculo mediante el peso y talla brindada en la historia clínica. Normal: 18,5-24,9 Sobrepeso: >25 Obesidad: >30	Nominal	Cualitativa	Normal Sobrepeso Obesidad
HIPERTENSION GESTACIONAL	Presión arterial sistólica mayor de 140 mmHg y/o presión arterial diastólica mayor de 90 mmHg en dos o más ocasiones consecutivas y separadas por un período de 4-6 horas	Medición de PAS > 140 mmHg, PAD > 90 mmHg indicado en la historia clínica	Nominal	Cualitativa	SI/NO
PREECLAMPSIA	Trastorno hipertensivo que se presenta a partir de las 20 semanas de gestación y se acompaña de proteinuria >0,3 g/24 horas	Criterios establecidos por el American Collage of Obstetricians and Gynecologists 2017	Nominal	Cualitativa	SI/NO
DESPROPORCIÓN	Imposibilidad del parto por vía vaginal, el conducto	Evaluaciones clínicas realizado en la paciente	Nominal	Cualitativa	SI/NO

CEFALOPELVICA	pélvico es insuficiente para permitir el paso del feto debido a disminución de las dimensiones de la pelvis en relación con un determinado feto o porque el volumen parcial o total del feto resulte excesivo para una determinada pelvis	durante sus controles prenatales y parto			
HERPES GENITAL	Enfermedad de transmisión sexual causada por el virus del herpes simple	Pruebas de laboratorio positivo registrado en la historia clínica	Nominal	Cualitativa	SI/NO
OTROS FACTORES	Otros factores de riesgo maternos que se encuentran asociados a partos por cesárea	Enfermedades no mencionadas que se encuentran asociadas a partos por cesárea	Nominal	Cualitativa	infección urinaria: SI/NO trabajo de parto prolongado: SI/NO periodo intergenésico corto: SI/NO condiloma vulvar: SI/NO Oligoamnios: SI/NO
<b>CAUSAS FETALES</b>					
MACROSOMIA FETAL	Peso al nacimiento de 4 a 4.50 kg o peso al nacimiento mayor del percentil 90.	Peso mayor a 4000g que puede ser identificado en el control prenatal mediante las ecografías obstétricas o al pesar al RN después del parto.	Nominal	Cualitativa	0: peso menor a 4000 g 1: peso mayor a 4000 g
SUFRIMIENTO FETAL	Estado asociado a complicaciones obstétricas que afectan los métodos normales de intercambio entre la madre y feto	Se evalúa con el estado de hipoxia del feto mediante pruebas de no estrés (NST)	Nominal	Cualitativa	SI/NO

PRESENTACION FETAL ANOMALA	Se precisa como mal posición, cuando el feto se halla longitudinalmente pero su vértice no está en posición normal.	Se valora mediante la práctica de tacto vaginal, registrado en la historia clínica	Nominal	Cualitativa	SI/NO
GESTACION MULTIPLE	Desarrollo simultáneo en el útero de dos o más productos	Ecografías obstétricas de control prenatal en la que se observa la presencia de dos o más fetos	Nominal	Cualitativa	SI/NO
<b>CAUSAS OVULARES</b>					
PLACENTA PREVIA	Inserción total o parcial de la placenta en el segmento inferior del útero, sobre el orificio interno o cerca del mismo.	Ecografía obstétrica que evidencia inserción total o parcial de placenta sobre el orificio cervical interno.	Nominal	Cualitativa	SI/NO
ROTURA PREMATURA DE MEMBRANA	Rotura de las membranas ovulares antes del inicio del parto, con la consiguiente salida de líquido amniótico.	Salida de líquido amniótico luego de la colocación de espéculo tras la práctica de maniobra de Valsalva	Nominal	Cualitativa	SI/NO

**Anexo C: ficha de recolección de datos**

## FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL

FACULTAD DE MEDICINA

EPIDEMIOLOGIA DEL PARTO POR CESAREA EN GESTANTES ATENDIDAS  
EN EL HOSPITAL SANTA ROSA, LIMA EN EL PERIODO ENERO – JUNIO 2021

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS		
FECHA DE INGRESO		
EDAD		
PESO		
TALLA		
PRESION ARTERIAL		
EDAD GESTACIONAL		
FECHA DE PARTO		
NUMERO DE CONTROLES PRENATALES		
<b>FACTORES MATERNOS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
PESO NORMAL		
SOBREPESO		
OBESIDAD		
HIPERTENSION GESTACIONAL		
PREECLAMPSIA		
DESPROPORCION CEFALOPELVICA		
HERPES GENITAL		
CESAREAS PREVIAS		
TRABAJO DE PARTO PROLONGADO		
INFECCION URINARIA		
PERIODO INTERGENESICO CORTO		
OLIGO AMNIOS		
EDAD MATERNA		
CONDILOMA VULVAR		
COVID		
<b>FACTORES FETALES</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
MACROSOMIA FETAL		
SUFRIMIENTO FETAL		
PRESENTACION FETAL ANOMALA		
GESTACION MULTIPLE		
<b>FACTORES OVULARES</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
PLACENTA PREVIA		
ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS		