

FACULTAD DE  
CIENCIAS DE LA  
SALUD



Carrera de Obstetricia

**“FACTORES ASOCIADOS A LA INDICACIÓN DE CESÁREA EN  
GESTANTES ATENDIDAS EN UNA CLÍNICA DEL CONO NORTE,  
JULIO – DICIEMBRE 2020”**

Tesis para optar el título profesional de:

**OBSTETRA**

Autoras:

Maria Carolina Alfonso Tasayco  
Yolanda Marina Flores De La Cruz

Asesor:

Mg. Cecilia Inés Mejía Gomero

**Lima-Perú**

**2021**

## **DEDICATORIA**

Nuestra tesis va dedicada con mucho amor y afecto a nuestro padre celestial, por guiar nuestro camino y bendecirnos. De igual manera, dedicamos este trabajo a nuestros padres; quienes siempre nos han brindado su apoyo incondicional al impartirnos valores y enseñanzas sabias para lograr con éxito nuestros objetivos.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradecemos a Dios por prestarnos la vida y darnos salud para lograr nuestras metas; asimismo, a nuestros maestros obstetras por habernos acompañado y guiado estos 5 años de carrera universitaria.

Mg. Obsta. Cecilia Inés Mejía Gomero, le damos las gracias por su ayuda incondicional, al igual que nuestros padres que nos enseñaron que con dedicación y empeño se puede lograr el éxito.

## Tabla de contenidos

<b>DEDICATORIA .....</b>	<b>2</b>
<b>AGRADECIMIENTO.....</b>	<b>3</b>
<b>ÍNDICE DE TABLAS.....</b>	<b>5</b>
<b>RESUMEN .....</b>	<b>6</b>
<b>CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>7</b>
<b>CAPÍTULO II. MÉTODO .....</b>	<b>21</b>
<b>CAPÍTULO III. RESULTADOS.....</b>	<b>25</b>
<b>CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN, LIMITACIONES, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES ..</b>	<b>32</b>
<b>4.1. DISCUSIÓN .....</b>	<b>32</b>
<b>4.2. CONCLUSIONES .....</b>	<b>34</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....</b>	<b>36</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>39</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

Tablas	Pág.
<b>Tabla 1.</b> Factores maternos a la indicación de cesárea en gestantes atendidas en una clínica del cono Norte de Julio – diciembre 2020.	28
<b>Tabla 2.</b> Factores fetales a la indicación de cesárea en gestantes atendidas en una clínica del cono Norte de Julio – Diciembre 2020.	30
<b>Tabla 3.</b> Factores uterinos placentarios a la indicación de cesárea en gestantes atendidas en una clínica del cono Norte de Julio – Diciembre 2020.	
<b>Tabla 4.</b> Factores asociados a la indicación de cesárea en gestantes atendidas en una clínica del cono norte de Julio – Diciembre 2020.	31
	32

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar los factores asociados a la indicación de cesárea en gestantes atendidas en una clínica del Cono norte de Julio – diciembre 2020. **Metodología:** Según el tipo de investigación es observacional, prospectiva, transversal y analítica. Con un nivel de investigación correlacional. **Resultados:** Los factores maternos a la indicación de cesárea en gestantes atendidas en una clínica del Cono Norte, fue el antecedente de cesárea (P: 0,001), la distocia ósea (P: 0 ,016), la rotura uterina (P: 0,019) y la preeclampsia (P: 0,000). Los factores fetales a la indicación de cesárea en gestantes atendidas en una clínica del Cono Norte, fue la Situación transversa (P: 0,002), la Presentación podálica (P: 0 ,010), la Macrosomía fetal (P: 0,026) e Hipoxia fetal (P: 0,038). Los factores uterinos placentarios a la indicación de cesárea en gestantes atendidas en una clínica del Cono Norte, fue la placenta previa (P: 0,041) y Procidencia y prolapso de cordón (P: 0 ,001). **Conclusión:** Dentro de los factores asociados a la indicación de cesárea en gestantes atendidas en una clínica del Cono Norte, fueron: el antecedente de cesárea, la distocia ósea, la rotura uterina, la toxemia, la situación transversa, la Presentación podálica, la Macrosomía fetal, el Sufrimiento fetal agudo, placenta previa y Procidencia y prolapso de cordón.

**Palabras clave:** factores asociados, indicación, cesárea.

## CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud señala que en una institución el porcentaje de cesáreas debe ser de un 15 %, mientras que el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) lo fija en 15,5 % (1). El Perú supera el 20 %, ubicándose sobre España y a la par de países industrializados. Esta misma situación la viven países como Alemania, Francia y Hungría. En Latinoamérica, también hay naciones que superan la tasa sugerida; incluso, Brasil cuenta con el mayor porcentaje a nivel mundial (2). Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en los últimos seis años, la tasa se ha incrementado casi 10 % a nivel nacional. La proyección del 2021 revela que, en promedio, el 26.5 % de los partos institucionales (aquellos que se realizan en establecimientos de salud) han sido cesáreas. Esta cifra agrupa las intervenciones del Ministerio de Salud, Essalud, Fuerzas Armadas y del sector privado (2).

En el Perú, como en muchos países en desarrollo, la tasa nacional de cesáreas esconde problemas extremos. En la actualidad, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2018, el porcentaje de nacimientos por cesárea es de un 20,4% a nivel nacional, mientras que en la ENDES 2000 era sólo un 12,7% tomando además como referencia que la atención del parto en establecimientos de salud ha incrementado de un 57,9% en el año 2000 a un 84,4% en el 2010 (3). La frecuencia de realización de cesáreas se presenta, tanto en el ámbito público como en el privado, aunque es más marcado en estos últimos. Sardiñas dice que es la era de la moda de la cesárea (4).

Las causas de cesárea en la adolescencia son de orden multifactorial. Entre las principales condiciones que han determinado el incremento de las cesáreas en todo el mundo tenemos: la mejora de las técnicas quirúrgicas y anestésicas (5), los cambios demográficos (6) y socioculturales, una mejor percepción de seguridad de este procedimiento, el incremento de las “prácticas defensivas” por parte de los médicos gineco-obstetras, la relativa mejora de los sistemas de salud, y el aumento de la solicitud directa de las pacientes (7).

La cesárea incrementa también la probabilidad de muerte del recién nacido y lo vuelve más propenso a ciertas enfermedades. Mac Dorman et al. estiman que la probabilidad de muerte neonatal es 2,9 veces mayor en el caso de parto por cesárea que en el de parto vaginal. Un resultado similar es encontrado por Villar et al., quienes muestran, además, que las cesáreas incrementan la probabilidad de que un recién nacido ingrese a cuidados intensivos. En los partos por cesárea hay también un mayor riesgo de morbilidad respiratoria neonatal y prematuridad (8).

Llama la atención la escasa investigación sobre el caso de cesáreas inducidas por el médico sin justificación clínica. Cuando el médico afecta las preferencias de la madre gestante al sobredimensionar

los riesgos del parto natural y al omitir los riesgos y futuras consecuencias de la cesárea para la madre y el recién nacido, entonces se viola el derecho al consentimiento informado y, con ello, los derechos reproductivos de la mujer (9).

Con respecto a las indicaciones de cesárea, estas se clasifican en: absolutas y relativas. Entre las indicaciones absolutas se encuentran: Situación transversa (ST), Sufrimiento fetal agudo (SFA), Desproporción fetopélvica (DFP), Desprendimiento prematuro de placenta severo (DPP), Placenta previa sangrando (PPS), prolapso del cordón (PC). Entre las relativas: Trastornos hipertensivos del embarazo (THE), Distocias de rotación (DR), Detención de la dilatación y del descenso de la cabeza, Fracaso de inducción, Cesárea previa y Presentación podálica (10).

Cuando la indicación es absoluta y los beneficios son incuestionables para la madre y/o el feto, no hay ninguna duda de que se está procediendo acorde con los lineamientos éticos. Pero cuando las indicaciones son relativas, puede haber controversias desde el punto de vista ético, pues en muchos de estos casos, a la paciente se le podría atender el parto por vía vaginal. Consideramos, que, en los casos de indicación opcional, definitivamente la conducta es antiética y es a expensas de este tipo de indicación que podríamos descender los índices (11).

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en los últimos seis años, la tasa se ha incrementado casi 10 % a nivel nacional. La proyección del 2013 revela que, en promedio, el 26.5 % de los partos institucionales (aquellos que se realizan en establecimientos de salud) han sido cesáreas. Esta cifra agrupa las intervenciones del Ministerio de Salud, Essalud, Fuerzas Armadas y del sector privado (2).

En base a lo anterior planteamos el siguiente problema: ¿Cuáles son los factores asociados a la indicación de cesárea en gestantes atendidas en una clínica del cono Norte de Julio – Diciembre 2020?

### **Objetivo general:**

Determinar los factores asociados a la indicación de cesárea en gestantes atendidas en una clínica del cono Norte de Julio – Diciembre 2020.

### **Objetivos específicos:**

1. Identificar los factores maternos asociados a la indicación de cesárea en gestantes atendidas en una clínica del cono Norte de Julio – diciembre 2020.
2. Identificar los factores fetales asociados a la indicación de cesárea en gestantes atendidas en una clínica del cono Norte de Julio – Diciembre 2020.

3. Identificar los factores uterinos placentarios asociados a la indicación de cesárea en gestantes atendidas en una clínica del cono Norte de Julio – Diciembre 2020.

### **Hipótesis:**

**Ha:** Los factores maternos, fetales y los uterinos están asociados a la indicación por cesárea en gestantes atendidas en una clínica del cono Norte de Julio – Diciembre 2020

**Ho:** Los factores maternos, fetales y los uterinos no están asociados a la indicación por cesárea en gestantes atendidas en una clínica del cono Norte de Julio – Diciembre 2020.

### **Antecedentes internacionales:**

Colombia, 2020. Díaz E. Factores asociados al parto por cesárea y su relación con el comportamiento de los nacidos vivos en Colombia. La presente investigación tiene como objetivo identificar los factores asociados al parto por cesárea y su relación con el comportamiento de los nacidos vivos en Colombia durante el periodo 2008 – 2017. Materiales y métodos: Estudio cuantitativo descriptivo y correlacional, donde se utilizó los micro datos de las estadísticas vitales del DANE revisión de literatura por los años entre 2008 y 2017 y anteriores al 2007. Se calcularon tablas de contingencias para establecer relación entre variables sociodemográficas, número de cesárea en el tiempo y su relación con el comportamiento de los nacidos vivos. Se elaboró un modelo probabilístico para establecer los factores asociado a una mayor probabilidad de optar por método quirúrgico, como la cesárea en la atención del parto. Resultados: En Colombia, la tasa de cesárea se ha incrementado drásticamente en la última década. Para 2008 la tasa de cesárea en el país era de 35% mientras que para 2017 la tasa observada fue de 43%. La naturaleza pública y mixta de la IPS que atiende el parto disminuye el riesgo de cesárea mientras que la multiparidad, peso al nacer y nacimiento pretérmino aumenta el riesgo. Conclusiones: El presente estudio, evidenció que Colombia presenta un alarmante incremento de la proporción de cesáreas como forma de atención del parto, especialmente en los departamentos de la región caribe colombiana, generando la necesidad de incorporar políticas integrales para revertir esta tendencia, en la que se articulen todos los actores del sistema de salud (familia, médicos, prestadores, aseguradoras y estado). (12)

Nicaragua. Chavarría L., 2018. Factores asociados a la indicación de cesárea en embarazadas atendidas por el servicio de obstetricia. Hospital Amistad Japón-Nicaragua. Granada. Se logró realizar un estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal con el objetivo de conocer cuáles fueron las indicaciones consideradas para cesáreas en las Embarazas atendidas en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital Amistad Japón – Nicaragua de Granada entre el periodo de Enero a Diciembre 2017. El universo fue conformado por todas las embarazadas atendidas entre enero a diciembre del 2013 que se les realizo cesáreas por diversas razones el total de parto en ese año fue de 2,610 de estos el 37.2%

(977) el parto fue por cesárea. La muestra fue por conveniencia tomando 239 expedientes. Para la realización de este estudio; la fuente de información era secundaria tomada de los expedientes clínico que se anotaron los datos en un instrumento de recolección de la información elaborado inéditamente de parte de los indicadores de la propuesta de guía para el análisis de la calidad de atención a la embarazada que fue sometida a cesárea según MINSa –Nicaragua 2009 y otros indicadores que se mencionan las posibles de secuelas en la madre y el recién nacidos, producto de la realización de procedimiento quirúrgico. La información para su análisis se procesó en base de datos construida en el programa computarizado SPSS 21 para Windows y los resultados se presentan en tablas y gráficos los resultados demuestran; que la escolaridad 37.7% tienen un nivel primario y 88.7% eran ama de casa, el tipo de cesárea el 51.4% (123) fue de urgencia mientras que 48.6% (116) fueron cesáreas electivas. De las cesáreas de urgencia encontramos que el tiempo entre la indicación y la realización 18.4% tenían más de 1 hora, pero menor de 2hrs sin embargo el mismo porcentaje tenían 2hrs. En el caso de las cesáreas por urgencia 39.7% evidenciaban la no realización del partograma sin embargo en los pacientes que se les realizó de urgencia la cesárea, el 11.3% se encontró que fue por parto detenido y el 12.1% por taquicardia fetal. De los efectos inmediato a la salud de la madre según la razón de las cesáreas encontramos que el promedio de estancia hospitalaria en la mayoría de los casos fue 3 a 4 días; para los que se realizó cesárea por cesárea anterior 10.5%, para la distocia de presentación 5.9% para el parto detenido 7.5% respectivamente. Los recién nacidos con asfixia (APGAR 0 a 3) al minuto fue el 0.4% de las indicaciones de cesárea por cesárea anterior más trabajo de parto, sufrimiento fetal agudo y la pre – eclampsia moderada. Los recién nacidos que requirieron reanimación y se les brindo fue el 0.8% por indicación de cesárea, por cesárea anterior pero no se identificó asfixia al minuto ni a los 5 minutos del nacimiento, también sucedió en 0.4% de las taquicardias fetales. Conclusiones: se demuestra que hay 20.0% de cesárea sin razones justificadas y consideradas innecesarias. Que las complicaciones más evidentes por cesárea son las anemias, IVU, elevación de la presión arterial. Y los efectos del recién nacidos a la indicación de cesárea por cesárea anterior, DCP y distocia de presentación es el nacimiento pre – término y el bajo peso al nacer. (13)

Colombia. Anaya A, Londoño F, Pérez L, Ortiz R, 2018. Caracterización de las pacientes llevadas a cesárea según modelo de Robson y exploración de factores asociados en gestantes atendidas en el hospital Universitario San José de la ciudad de Popayán-Colombia. **Objetivo:** caracterizar las pacientes llevadas a cesárea según el modelo Robson y hacer un análisis exploratorio de sus factores asociados. **Metodología:** estudio descriptivo de corte transversal entre el 1 de enero 2016 al 30 de junio 2016, donde se incluyeron todos los nacimientos mayores a 24 semanas, producto único(s), vivo(s), en un Hospital de alta complejidad (Cauca - Colombia) que atiende régimen contributivo y subsidiado. Se tomó el universo, se midieron variables sociodemográficas y biológicas, se aplicó el modelo Robson y mediante regresión logística teniendo en cuenta criterios estadísticos y teóricos, se generaron dos modelos multivariados. **Resultados:** se analizaron 838 nacimientos, según modelo Robson el grupo más aportante fue el 3 con 236 (28,16%), y según la contribución de cesáreas en grupo total de atención

el 5 fue el más contribuyente (12,17%). El modelo biológico evidenció significancia en: nuliparidad ORa 3.43; IC95% (2,31-5,11); cesárea previa ORa 14.72; IC95% (7.78-27.85), obesidad ORa 1.66; IC95% (1.01- 2,74); presentaciones no cefálicas ORa 9.60; IC95% (3,14-29,31); riesgo intermedio ORa 2,99 IC95% (2,01-4,45) y alto ORa 7,13; IC95% (4,13-12,33). **Conclusión:** El modelo Robson es práctico al aplicar, según este, nuestros resultados son similares a otras instituciones de la misma complejidad. Se encontró significancia en historia de cesárea, obesidad, nuliparidad, presentación diferente a cefálica y ser clasificada de moderado y alto riesgo. (14)

Cuenca, Ecuador. (Barros J., 2019). Prevalencia y factores asociados a primera cesárea, Hospital Vicente Corral Moscoso. Tesis previa a la obtención del título de Especialista en Ginecología y Obstetricia. Objetivo: determinar la prevalencia y factores asociados a primera cesárea en primigestas que asistieron a consulta en el departamento de obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, durante el año 2019. Metodología: estudio observacional, analítico, transversal. Se entrevistaron y se revisaron 381 expedientes clínicos de gestantes que cumplieron los criterios de inclusión. Para el análisis se utilizó el sistema SPSS 15.0, los resultados se presentaron en tablas por medio de frecuencias y porcentajes. Además, se aplicó intervalo de confianza del 95%, y un valor de  $p < 0.05$  para la hipótesis. Resultados: el grupo más frecuente de edad fueron las adolescentes con un 38.3%; estado civil unión libre 44.8%; residencia urbana 55,3%; de instrucción secundaria 74,5%, quehaceres domésticos 64%. El sobrepeso correspondió al 52,2%. La intervención cesárea tuvo una prevalencia de 38.1%, hubo significancia estadística mas no asociación con estado fetal no tranquilizador, distocia de presentación y estados hipertensivos. Conclusiones: la prevalencia de primeras cesáreas fue elevada en un 38.1%, no se pudo determinar asociación con el estado fetal no tranquilizador, las distocias de presentación y los estados hipertensivos del embarazo. Sin embargo, el tener sobrepeso u obesidad fue un factor asociado a primera cesárea, pero no estadísticamente significativo. (15)

### **Antecedentes nacionales:**

Ayacucho, 2021. Pino R, Zorrilla V, Rodríguez M, Ochoa W. Frecuencia e indicaciones de cesáreas electivas y de urgencia en el Hospital Regional de Ayacucho. Objetivo. Conocer la frecuencia e indicaciones de cesáreas electivas y de urgencia en relación a factores asociados en el Hospital Regional de Ayacucho. Métodos. Se realizó una investigación básica de diseño no experimental, descriptivo, transversal, prospectivo, correlacional de enfoque cuantitativo, con una muestra no probabilística e intencionada de 94 puérperas post cesareadas, previo consentimiento informado. Para la recolección de datos se utilizó la técnica de la encuesta y como instrumento el cuestionario y las historias clínicas para indagar el motivo de la cesárea. En el análisis inferencial se utilizó la prueba de chi-cuadrado al 95 % de confianza ( $p \leq 0,05$ ). Resultados. El 51,8 % (1455) de partos fueron por cesárea, siendo las indicaciones más frecuentes la cesárea anterior con el 17,2 % de los casos, desproporción céfalo pélvica con el 13,7 %, oligohidramnios con el 11,3 % y otros en menores porcentajes; asimismo,

el 59,6 % de cesáreas son de urgencia y 40,4 % electivas. No hay significancia  $p > 0,05$  entre las cesáreas y los factores paridad, edad materna y condición socioeconómica. Conclusiones. La frecuencia de cesáreas supera el 50%, teniendo como primeras indicaciones la cesárea anterior, desproporción céfalo pélvica, oligohidramnios y sufrimiento fetal agudo. Los tipos de cesáreas que más se realizan son las de urgencia y las electivas. No existe significancia entre las cesáreas y paridad, edad materna y la condición socioeconómica.(16)

Juliaca, 2021. Suarez G. Frecuencia, causas, complicaciones y factores asociados de cesáreas injustificadas en el Hospital III de EsSalud Juliaca. Se realizó el presente estudio, con el objetivo de determinar la frecuencia, causas, complicaciones y factores asociados de cesáreas injustificadas en el Hospital III de EsSalud Juliaca en el año 2018. De acuerdo con la metodología fue transversal, retrospectivo, observacional, y analítico; la población fueron las gestantes que tuvieron su parto por cesárea en el Hospital III de EsSalud Juliaca en el año 2018: no se calculó tamaño de muestra ingresaron al estudio todas las pacientes que se les realizó la cesárea; para el análisis estadístico, los datos fueron ingresados a una base datos; primero se determinó la frecuencia de cesáreas injustificadas, luego se realizó análisis univariado calculando frecuencias absolutas, relativas, promedio y desviación estándar; para evaluar la asociación de los factores asociados a cesáreas injustificadas, se calculó el Odds Ratio, el intervalo de confianza y el valor de  $p$  de Fisher con un nivel de confianza del 95%, un error de 5%. En los resultados se encontraron 596 cesáreas, consideraron injustificadas 176 siendo la frecuencia de 29.5%; el 100% fueron de indicación relativa, el 19.3% fueron programadas; el 81.8% fueron cesáreas primarias; las indicaciones fueron cesárea anterior (36.8%), dilatación estacionaria (19.5%), periodo expulsivo prolongado y miomatosis (17.2%); sufrimiento fetal agudo (25%), malformación congénita (25%), óbito fetal (50%), oligohidramnios (51.2%), ruptura prematura de membranas (36.9%), para placenta previa (11.9%); las complicaciones maternas fueron, infección del tracto urinario (5.7%), anemia (4.5%), hemorragia post parto (2.8%), infección de herida operatoria (1.7%), síndrome adherencial (1.2%); las complicaciones perinatales fueron, bajo peso del recién nacido (8.5%), Apgar bajo (1.7%), prematuridad y muerte perinatal (1.1% cada uno); los factores asociados fueron, paridad secundiparas ( $p: 0.00000001$ , OR: 2.8, IC: 1.9-4.1), indicación relativa de cesárea ( $p: 0.0000001$ , OR: 981, IC: 135.1-7135.3), cesárea no programada ( $p: 0.02$ , OR: 1.5, IC: 1.02-2.4); la cesárea injustificada estuvo asociada a complicación materna ( $p: 0.01$ , OR: 1.8, IC: 1.09-3.1), y la cesárea justificada estuvo asociada a complicación perinatal ( $p: 0.0003$ , OR: 2.3, IC: 1.4-3.8). Se concluyó que la frecuencia de Cesáreas Injustificadas fue de 29.5%; y los factores asociados fueron secundipara, paridad, Indicación relativa de cesárea, cesárea no programada. (17)

Lima. Sinchitullo A., 2020. Factores asociados a partos por cesárea en un hospital peruano. Métodos: Estudio analítico, retrospectivo, de casos y controles; la población fueron los partos vaginales o cesáreas atendidos durante los años 2014 al 2018. El muestreo fue sistemático, y el tamaño de muestra fue de

988 partos de los cuales 329 fueron cesáreas. Se aplicó las pruebas de Chi-cuadrado y regresión logística para el cálculo de los odds ratio; el análisis se realizó con el programa estadístico SPSS 23. Resultados: En gestantes, la cesárea previa resultó un factor asociado a cesárea (OR=1,55 IC95%=1,12-2,15); ni la edad, edad gestacional, ni los controles prenatales resultaron un factor asociado a cesárea ( $p>0,05$ ). El nivel educativo tampoco fue un factor asociado a cesárea, pero sí el número de hijos (OR=0,83, IC95%=0,72-0,95). Conclusión: Tener cesáreas previas y pocos hijos fueron factores asociados significativos a parto por cesárea. (18)

Cusco 2020. Ojeda E. Factores asociados al incremento de las cesáreas en el servicio de maternidad del Hospital Regional del Cusco. **Objetivo:** Determinar los factores asociados al incremento de las cesáreas en gestantes atendidas en el servicio de maternidad del Hospital Regional del Cusco, 2019. **Material y método:** Estudio no experimental, de tipo descriptivo, retrospectivo, analítico transversal, realizado en el Hospital Regional del Cusco durante el periodo de enero a diciembre del 2019, en 300 pacientes que se sometieron a cesárea en el servicio de maternidad de dicho nosocomio. Se realizó una revisión de historias clínicas para el llenado de la ficha de recolección de datos, se ingresó a una base de datos, se utilizó la versión SPSS 25 para el procesamiento de datos, con estadística descriptiva e inferencial básica. **Resultados:** Los principales factores asociados al incremento de cesáreas en el 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. Conclusiones: El factor asociado al incremento de cesáreas en el Servicio de Maternidad del Hospital Regional del Cusco es la cesárea previa. (19)

Puno 2019. Quispe E. Prevalencia y factores asociados a parto por cesárea en gestantes con preeclampsia severa en el Hospital EsSalud base III Puno. El objetivo del estudio será determinar la prevalencia y los factores sociodemográficos, obstétricos y clínicos asociados a parto por cesárea en gestantes con preeclampsia severa en el Hospital Es Salud Base III Puno en el año 2018; será de tipo transversal, retrospectivo y observacional, será un estudio de prevalencia con diseño epidemiológico de casos y controles; la población será todas las gestantes con preeclampsia atendidas en el Hospital Es Salud Base III Puno en el año 2018; no se calculará tamaño de muestra, debido a que ingresaran al estudio todas las gestantes con preeclampsia; se conformarán dos grupos, uno de casos y otro de controles: casos serán todas las gestantes con preeclampsia y que tuvieron su parto por cesárea; controles: serán todas las gestantes con preeclampsia y que tuvieron su parto por vía vaginal; Se utilizara

una ficha pre estructurada que será validada por juicio de expertos, se presentará a 3 especialistas en ginecología y obstetricia del Hospital Es Salud Base III de Puno, para sus observaciones, con las cuales se modificará la ficha; para la recolección de datos se solicitará autorización de la Dirección del Hospital; luego se coordinará con la oficina de estadística, para solicitar un listado de todas las gestantes con diagnóstico de preeclampsia, luego se solicitará las historias clínicas de dichas gestantes y se procederá al llenado de las fichas de recolección de datos, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión; para el análisis estadístico, primero se calculará la prevalencia de parto por cesárea, luego se realizará el análisis de los factores sociodemográficos, obstétricos y clínicos, para lo cual las variables continuas se expresarán en promedios y desviación estándar y las variables categóricas en frecuencia y porcentaje, seguidamente se realizará el análisis de los factores asociados a parto por cesárea, comparando cada factor tanto en los casos como en los controles y se calculará el odds ratio (OR) y el intervalo de confianza (IC 95%), la significación estadística se definirá con una  $p < 0,05$ ; finalmente se realizará un análisis de regresión logística bivariada y múltiple; se utilizará el programa Epi Info Versión 21.0. (20)

Soto E. 2020. Prevalencia de parto por cesárea en primíparas en el Perú y factores asociados. La investigación realizada determina los factores sociodemográficos y obstétricos asociados al parto por cesárea en primíparas en el Perú. El estudio es de tipo observacional y analítico transversal de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2018. La variable dependiente constituye el antecedente de parto por cesárea. Las variables independientes fueron clasificadas en sociodemográficas (edad, nivel educativo, región geográfica, etc) y obstétricas (persona encargada de control prenatal, complicaciones durante el parto, etc). Se estimaron los OR crudos y ajustados mediante un modelo de regresión logística. Obtiene que la prevalencia ponderada de parto por cesárea en primíparas fue de 35,6%. Los principales factores sociodemográficos asociados fueron: tener una edad de 35- 49 años (ORa : 5,87; IC95% de 4,26 a 8,08), tener educación superior (ORa :1,30; IC95% de 1,12 a 1,52), vivir en el área urbana (ORa :1,17 ; IC95% de 1,01 a 1,37) y los factores obstétricos fueron: haber recibido atención prenatal en entidades del sector privado (ORa :1,77 ; IC95% de 1,55 a 2,03), el parto se dio en un hospital del sector privado (ORa :1,77 ; IC95% de 1,55 a 2,03) y haber sufrido de complicaciones durante el parto ( ORa :1,78 ; IC95% de 1,57 a 2,03). Concluye que la prevalencia de parto por cesárea en las mujeres primíparas del Perú es elevada. Tener una edad entre 34 y 49 años, educación superior, vivir en áreas urbanas, recibir controles prenatales o tener el parto en entidades del sector privado, así como sufrir complicaciones durante el parto están asociados con la prevalencia de parto por cesárea en mujeres primíparas del Perú. (21)

## Bases teóricas

### Definición de cesárea

La cesárea es la intervención quirúrgica que tiene como objetivo extraer el producto de la concepción y sus anexos ovulares a través de una laparotomía e incisión de la pared uterina. (22)

### Tipos de cesárea

#### a) Según antecedentes obstétricos de la paciente.

- ✓ Primera: Es la que se realiza por primera vez.
- ✓ Iterativa: Es la que se practica en una paciente con antecedentes de dos o más cesáreas.
- ✓ Previa: es cuando existe el antecedente de una cesárea anterior. (23)

#### b) Según indicaciones

- ✓ Urgente: Es la que se practica para resolver o prevenir una complicación materna o fetal en etapa crítica.
- ✓ Electiva: Es la que se programa para ser realizada en una fecha determinada por alguna indicación médica y se ejecuta antes de que inicie el trabajo de parto.

#### c) Según técnica quirúrgica.

##### ✓ Corporal o clásica:

La incisión es vertical se realiza en el cuerpo uterino. Sus indicaciones más frecuentes son: cáncer cérvico-uterino invasor, embarazo pretérmino, situación fetal transversa con dorso inferior, histerorrafia corporal previa, procesos adherenciales o varicosos importantes en el segmento inferior, placenta previa en cara anterior, cesárea posmortem, miomatosis uterina de grandes elementos y cuando después de la cesárea se realizará una histerectomía. Sus desventajas son: apertura y cierre más difícil, mayor hemorragia, adherencias más frecuentes, histerorrafia menos resistente que puede hacerse dehiscente durante un nuevo embarazo. (23)

##### ✓ Segmento corporal: (Beck)

La incisión es vertical y se realiza sobre el segmento y parte del cuerpo uterino. Sus principales indicaciones son: embarazo pretérmino, embarazo gemelar, situación fetal transversa con dorso inferior, presentación pélvica, placenta previa en la cara anterior del útero, anillo de retracción e histerorrafias corporales previas. Las desventajas de esta técnica no difieren de la anterior. (23)

##### ✓ Segmento arciforme o transversal: (Kerr)

Es la técnica quirúrgica más usada por sus múltiples ventajas. Al realizarse una incisión transversal del segmento inferior tiene las ventajas de producir menos hemorragia, y permitir una fácil apertura y cierre de la pared uterina, formación de cicatriz uterina muy resistente con poca probabilidad de dehiscencia y ruptura en embarazos subsecuentes y así como pocas adherencias postoperatorias. (23)

### **Factores que determinan la operación cesárea**

La indicación para realizar una operación cesárea puede ser por causas: Maternas, Fetales o Mixtas. (24)

#### **a) Causas maternas**

- ✓ Estrechez pélvica.
- ✓ Pelvis asimétrica o deformada.
- ✓ Malformaciones congénitas.
- ✓ Tumores del cuerpo o segmento uterino, cérvix, vagina y vulva que obstruyen el conducto del parto.
- ✓ Cirugía previa del segmento y/o cuerpo uterino, incluyendo operaciones cesáreas previas.
- ✓ Cirugía previa del cérvix, vagina y vulva que interfiere con el progreso adecuado del trabajo del parto. Distocia de la contracción.
- ✓ Hemorragia (placenta previa o desprendimiento prematuro de la placenta normoinserta)
- ✓ Patología materna incluyendo nefropatías, cardiopatías, hipertensión arterial o diabetes mellitus, etc.
- ✓ Síndrome de desproporción cefalopélvica
- ✓ Preeclampsia/eclampsia
- ✓ Embarazo múltiple
- ✓ Infección amniótica
- ✓ Isoinmunización materno-fetal

#### **b) Causas fetales**

- ✓ Macrosomía fetal que condiciona desproporción cefalopélvica.
- ✓ Alteraciones de la situación, presentación o actitud fetal
- ✓ Prolapso de cordón umbilical
- ✓ Sufrimiento fetal
- ✓ Malformaciones fetales incompatibles con el parto
- ✓ Embarazo prolongado con contraindicación para parto vaginal
- ✓ Cesárea posmortem

### **Indicaciones más frecuentes criterios para la toma de decisión**

Las principales indicaciones de la operación cesárea son:

- ✓ Desproporción cefalopélvica
- ✓ Cesárea previa
- ✓ Sufrimiento fetal
- ✓ Ruptura prematura de membranas
- ✓ Presentación pélvica

Aunque la ruptura prematura de membranas no se considera entre las principales indicaciones médicas, en nuestro país se ha observado que esta complicación condiciona un incremento relativo en el número de cesáreas.

### **a) Desproporción cefalopélvica**

Condición de origen materno, fetal o mixto dependiente de la relación existente entre el feto y la pelvis, que impide la resolución del parto por vía vaginal.

La desproporción cefalopélvica ocurre en las siguientes circunstancias:

- ✓ Pelvis estrecha, deformada u obstruida y feto normal con buena actitud.
- ✓ Pelvis normal y feto grande, anómalo (gigantismo o hidrocefalia) o con mala actitud.
- ✓ Pelvis y feto normales con diámetros fetopélvicos limítrofes, después de una prueba de trabajo de parto infructuoso.
- ✓ El diagnóstico de la desproporción cefalopélvica se establece mediante una valoración clínica adecuada de los estrechos superior, medio e inferior de la pelvis materna y su relación con el feto, con el apoyo de estudios de imagenología. Ante la duda diagnóstica se deberá utilizar la prueba de trabajo de parto. (25)

### **b) Cesárea previa**

La práctica del parto vaginal en casos seleccionados de pacientes con cesárea previa es cada vez más frecuente. El propósito de esta conducta es evitar los posibles riesgos a la operación cesárea, sin embargo el concepto clásico de "una vez cesárea, siempre cesárea" ha prevalecido en el ámbito médico, por lo que esta condición representa una de las principales indicaciones de esta operación.

De acuerdo a estudios de investigación recientes, la estrategia de permitir un parto vaginal a pacientes con cesárea previa bajo condiciones controladas, logra un incremento en los nacimientos por vía vaginal sin complicaciones. (26)

Se decidirá permitir un parto vaginal en mujeres con cesárea previa, únicamente en unidades de segundo o tercer nivel de atención con personal capacitado para resolver cualquier complicación que pudiera presentarse.

Contraindicaciones para permitir el parto vaginal en mujeres con cesárea previa:

- ✓ Antecedente de dos o más cesáreas previas segmento arciforme
- ✓ Antecedentes de cesárea previa tipo segmento-corporal, corporal o presencia de otras cirugías uterinas.

- ✓ Antecedente de cesárea previa reciente (menor a 6 meses).
- ✓ Antecedentes de ruptura uterina o dehiscencia de histerorrafia
- ✓ Pelvis no útil clínicamente.
- ✓ En embarazos pretérmino y postérmino, gemelares o con productos macrosómicos, se valorará cuidadosamente el caso.

### **c) Sufrimiento fetal**

El sufrimiento fetal se define como una alteración causada por la disminución del intercambio metabólico materno fetal, que ocasiona hipoxia, hipercapnia, hipoglicemia y acidosis. Estas alteraciones provocan un funcionamiento celular anormal que puede conducir a daños irreversibles, con secuelas e incluso la muerte fetal.

Los factores causales del sufrimiento fetal pueden ser reversibles (hipotensión materna, efecto Poseiro, hipercontractilidad por uso de oxitócicos), o irreversibles (causa fetal, placentaria o del cordón umbilical).  
(27)

El concepto de sufrimiento fetal no es suficientemente preciso, por lo que se ha recomendado utilizar: “alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal”, término que ayuda a describir clínicamente el tipo y severidad de las modificaciones que existen.

El sufrimiento fetal puede ser agudo o crónico. Puede presentarse antes o después del inicio del trabajo de parto, generalmente relacionado con padecimientos materno-fetales con compromiso de la perfusión placentaria, como: infecciones, trastornos hipertensivos, isoimmunización Rh, diabetes con daño vascular, anemia severa, que se traducen generalmente en un retardo en el crecimiento fetal intrauterino y oligoamnios.

Estos embarazos se consideran de alto riesgo y deben ser vigilados con pruebas de bienestar fetal y en caso de encontrar alteraciones de las mismas, se valorará el momento y la vía más adecuada para la interrupción de la gestación.

### **d) Sufrimiento fetal agudo**

El sufrimiento fetal agudo, se establece generalmente durante el trabajo de parto y puede presentarse en una gran variedad de circunstancias relacionadas con problemas o accidentes propios del mismo, en un feto previamente normal, o bien, en un feto con sufrimiento fetal crónico que tiene un episodio agudo durante el trabajo de parto.

### **Diagnóstico**

El diagnóstico de sufrimiento fetal durante el trabajo de parto se sustenta fundamentalmente en: alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal, pudiendo acompañarse de la presencia o no de meconio y alteraciones del pH de la sangre capilar obtenida del cuero cabelludo fetal (en los centros que cuentan con este último recurso).

La sola presencia de meconio no es una indicación para la terminación inmediata del embarazo, este signo tiene valor para considerar la indicación de cesárea cuando se acompaña de alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal y cuando ocurren cambios en su coloración y densidad.

La frecuencia cardíaca fetal puede ser evaluada a través de varios métodos: auscultación clínica con estetoscopio de Pinard, equipo Doppler o mediante el registro electrónico con un cardiotocógrafo.

### **Auscultación clínica.**

En el caso de utilizar el estetoscopio de Pinard o el equipo Doppler se auscultará la frecuencia cardíaca fetal antes, durante y después del acmé de una contracción uterina, a intervalos de 15 minutos durante el período de dilatación y de 5 minutos durante el período expulsivo.

Se considerarán los siguientes parámetros para evaluar la frecuencia cardíaca:

Basal (normal): 120-160 latidos / min.

Bradycardia:

- ✓ leve: entre 110-119 latidos / min.
- ✓ moderada: entre 100-109 latidos/min.
- ✓ severa: por debajo de 100 latidos/min.
- ✓ Taquicardia: -leve: entre 160 -169 latidos / min.
- ✓ moderada: 170-179 latidos / min.
- ✓ severa: mayor de 180 latidos/min.

### **e) Ruptura prematura de membranas**

Es la salida de líquido amniótico a través de una solución de continuidad de las membranas ovulares en embarazos mayores de 20 semanas y/o por lo menos 2 hrs. antes del inicio del trabajo de parto (28).

El diagnóstico clínico se realiza mediante la observación directa de la salida espontánea de líquido amniótico, a través del orificio cervical en el examen con espejo vaginal, o mediante maniobras que hagan evidente la salida de líquido amniótico como: la compresión del fondo uterino con una mano, mientras que con la otra se rechaza ligeramente la presentación (maniobra de Tarnier) o se le indica a la paciente que puje (maniobra de valsalva); en algunas ocasiones puede ser difícil establecer el diagnóstico y se requiere del apoyo de métodos auxiliares de laboratorio y de gabinete.

Los exámenes del laboratorio consisten en el análisis de la muestra del líquido amniótico, tomada del fondo de saco vaginal posterior, en el que se determina: pH, cristalografía, identificación de células naranjas, y si es factible, fosfatilglicerol, alfafetoproteína, y fibronectina fetal.

Los estudios de gabinete incluyen: ultrasonido para medir la cantidad de líquido amniótico y amnioinfusión, adicionando algún colorante (índigo carmín o violeta de genciana) y la colocación de apósito vaginal para corroborar la ruptura de membranas a través de su tinción (28).

Conducta ante la ruptura prematura de membranas.

La conducta obstétrica en estos casos depende de:

- ✓ Tiempo de evolución de la ruptura Sospecha o certeza de infección.

- ✓ Edad gestacional y madurez fetal.
- ✓ Condiciones obstétricas.

#### **f) Presentación pélvica**

La presentación pélvica ocurre en el 3-4 % del total de los embarazos. En la mayoría de las unidades obstétricas, esta modalidad de presentación constituye una indicación de cesárea (excepto cuando la paciente acude en periodo expulsivo). (29)

El parto vaginal en presentación pélvica se permitirá únicamente bajo ciertas condiciones:

- ✓ Experiencia del médico en la atención del parto en presentación pélvica.
- ✓ Antecedentes de cuando menos un parto vaginal previo.
- ✓ Embarazo a término
- ✓ Pelvis clínicamente útil
- ✓ Inicio espontáneo del trabajo de parto.
- ✓ Variedad de presentación franca de nalgas, con buena actitud de la cabeza y de los miembros superiores.
- ✓ Presentación en un segundo o tercer plano de Hodge.
- ✓ Peso fetal estimado entre 2300 y 3600 gramos.
- ✓ Bolsa amniótica íntegra.
- ✓ Posibilidad de monitoreo electrónico de la frecuencia cardíaca fetal y de las contracciones uterinas

## CAPÍTULO II. MÉTODO

### Tipo de investigación

El tipo de estudio fue observacional, analítico, retrospectivo, de tipo transversal. Con un diseño correlacional. (30)

### Población

La población estuvo constituida por las 203 historias clínicas de las gestantes atendidas en la clínica del cono Norte en el periodo de tiempo de Julio a diciembre del 2020.

Para identificar nuestra población, aplicamos los criterios de inclusión y exclusión.

#### Criterios de inclusión

- ✓ Historias clínicas de gestantes con cesárea.
- ✓ Historias clínicas completas.
- ✓ Historias clínicas de gestantes mayores de 18 años.

#### Criterios de exclusión

- ✓ Historias clínicas incompletas.
- ✓ Historias clínicas de gestantes menores de 18 años.

### Muestra

El tamaño de la muestra será calculado por un coeficiente de confianza al 95%, y con un error de 5%.

Para ello se utilizará la siguiente formula:

El tamaño de la muestra fue calculado con un coeficiente de confianza al 95%, y con un error del 5%.

Para ello se utilizará la siguiente formula: (31)

$$n = \frac{N \cdot Z_{\alpha}^2 \cdot P \cdot Q}{e^2(N - 1) + Z_{\alpha}^2 \cdot P \cdot Q}$$

**Dónde:**

**n** = El tamaño de la muestra que queremos calcular

**N** = Tamaño del universo

**Z** = Nivel de confianza 95% -> Z=1,96

**e** = Es el margen de error máximo que admito (5%)

**p** = Probabilidad de éxito (0.5)

**Q** = Probabilidad de fracaso (0.5)

$$n = \frac{203 \times 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2(203 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = 161$$

La muestra estuvo conformada por 161 historias clínicas de las gestantes.

Una vez identificadas nuestra población, aplicamos los criterios de inclusión y exclusión. Después de ello aplicamos la fórmula de muestra para población finita, la cual nos brindó la cantidad de 90 historias clínicas.

De las 203 historias clínicas (población) elegimos 161 historias clínicas por un muestreo probabilístico de tipo aleatorio, respetando siempre los criterios de inclusión y exclusión.

# TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

## Técnicas

La técnica utilizada fue el análisis documental.

Dicho fichaje estará a cargo de las investigadoras y ellas guiarán, supervisarán y resolverán las dudas y problemas en el momento de la recolección de datos.

## Instrumentos de recolección de datos.

El instrumento utilizado será la ficha de recolección de datos sobre los “Factores asociados a la indicación de cesárea en gestantes”, la cual fue desarrollada por las investigadoras (anexo 01).

## Validación de instrumentos.

### a) Validez y confiabilidad de datos

Se realizó los procedimientos de validez y confiabilidad.

**Validez de respuesta (piloto):** Se aplicó una muestra piloto al 10% de la muestra con la finalidad de añadir algunas dimensiones o corregir en el instrumento.

**Validez estadística:** Se realizó el análisis estadístico, y la validez por el Alfa de Cronbach con un valor de 0,82 lo cual nos indica un buen grado de validez.

**Validez por jueces:** La confiabilidad se evaluará sometiendo el cuestionario a juicio de 3 expertos quienes evaluaron de manera independiente la claridad, objetividad, actualización, organización, suficiencia, intencionalidad, consistencia, coherencia, metodología y pertinencia de las preguntas.

1. Cada experto recibió una determinada información escrita acerca del propósito del estudio, objetivos, hipótesis, operacionalización de las variables, entre otros.
2. Cada experto recibió cuatro fichas, las cuales incluyeron, hoja de instrucciones para la evaluación por jueces, hojas de respuesta de la validación por jueces, juicio de expertos sobre la pertinencia del instrumento de la escala propuesta y una constancia de validación junto con un oficio.

### b) Confiabilidad de los instrumentos de recolección de datos:

Para estimar la confiabilidad de los instrumentos inferenciales del estudio, se realizó por conveniencia realizar la validez de consistencia interna para el cual emplearemos el KR 20 ya que conllevará respuesta de tipo dicotómica. La prueba **KR-20** dio un **valor** global de 0,89 indicando una buena consistencia interna del instrumento.

## 2.2. Métodos y procedimientos de análisis de datos

Luego de recopilar la información mediante las encuestas, fueron tabulados y procesados y llevados a una base de datos en el programa de Microsoft Excel. El análisis e interpretación se realizó mediante el programa estadístico SPSS versión 26.

## CAPÍTULO III. RESULTADOS

Los resultados obtenidos se aplicaron en 161 gestantes cumpliendo con el criterio de inclusión y aceptación del consentimiento informado.

**Tabla 1.** Características sociodemográficas de las gestantes atendidas en una clínica del cono Norte de Julio – Diciembre 2020. (n = 161).

Características	Frecuencia	Porcentaje
<b>Grado de Instrucción</b>		
Secundaria	33	20,4
Técnico	55	34,1
Universitario	73	45,3
Total	161	100,0
<b>Estado Civil</b>		
Soltero	43	26,7
Casado	39	24,2
Conviviente	79	49
Total	161	100,0
<b>Ocupación</b>		
Trabaja actualmente	78	48,4
Ama de casa	40	24,8
Estudiante	43	26,7
Total	161	100,0
Edad $X \pm DS$	27,70 $\pm$ 6,215	

Fuente: Instrumentos de recolección.

### Interpretación:

Podemos evidenciar que, según el grado de instrucción, el 45,3% tuvieron un grado de estudios universitario, el 34,1% tuvieron estudio técnico y el 20,4% tuvieron estudios de nivel secundario. Acerca del estado civil, podemos observar que el 49% fueron mujeres que conviven con sus parejas, el 26,7 % son solteras, y un 24,2% son casadas. Y en relación a la ocupación podemos mencionar que el 48,4% son trabajadoras, el 26,7%, son estudiantes y el 24,8% son ama de casa. El promedio de edad fue de 27,70 años con una desviación estándar de 6,215 años.

Tabla 2. Factores maternos a la indicación de cesárea en gestantes atendidas en una clínica del cono Norte de Julio – diciembre 2020. ( $n = 161$ ).

Antecedente de cesárea	Parto indicado por cesárea		Total	Prueba de chi cuadrado		
	Si	No		Valor	Gl	P
Si	13	12	25	11,688	1	<b>,001</b>
No	27	109	136			
<b>Distocia ósea</b>						
Si	10	12	22	5,797	1	<b>,016</b>
No	30	109	139			
<b>Distocia de dinámica uterina</b>						
Si	1	8	9	,963	1	,326
No	39	113	152			
<b>Distocia de las partes blandas</b>						
Si	0	3	3	1,011	1	,315
No	40	118	158			
<b>Tumores previos</b>						
Si	0	3	3	1,011	1	,315
No	40	118	158			
<b>Por rotura uterina</b>						
Si	3	1	4	5,526	1	<b>,019</b>
No	37	120	157			
<b>Practicar vaginales previas</b>						
Si	1	0	1	3,044	1	,081
No	39	121	160			
<b>Preeclampsia</b>						
Si	15	12	27	16,386	1	<b>,000</b>
No	25	109	134			
<b>Nefropatía grave</b>						
Si	3	3	6	2,112	1	,146
No	37	118	155			
<b>Tuberculosis pulmonar</b>						
Si	2	1	3	2,864	1	,091
No	38	120	158			
<b>Fracaso en la inducción</b>						
Si	4	6	10	1,312	1	,252
No	36	115	151			
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>121</b>	<b>161</b>			

Fuente: Instrumentos de recolección.

### **Interpretación:**

Los factores maternos a la indicación de cesárea en gestantes atendidas en una clínica del cono Norte, fue el antecedente de cesárea (P: 0,001), la distocia ósea (P: 0 ,016), la rotura uterina (P: 0,019) y la preeclampsia (P: 0,000)

Tabla 3. Factores fetales a la indicación de cesárea en gestantes atendidas en una clínica del cono Norte de Julio – Diciembre 2020. ( $n = 161$ ).

Situación transversa	Parto indicado por cesárea		Total	Prueba de chi cuadrado		
	Si	No		Valor	Gl	P
Si	11	10	21	9,807	1	<b>,002</b>
No	29	111	140			
<b>Presentación podálica</b>						
Si	10	11	21	6,708	1	<b>,010</b>
No	30	110	140			
<b>Presentación de cara</b>						
Si	0	1	1	,333	1	,564
No	40	120	160			
<b>Macrosomía fetal</b>						
Si	9	11	20	4,968	1	<b>,026</b>
No	31	110	141			
<b>Sufrimiento fetal agudo</b>						
Si	4	31	35	4,311	1	<b>,038</b>
No	36	90	126			
<b>RCIU</b>						
Si	1	7	8	,687	1	,407
No	39	114	153			
<b>Muerte habitual del feto</b>						
Si	1	0	1	3,044	1	,081
No	39	121	160			
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>121</b>	<b>161</b>			

**Fuente: Instrumentos de recolección.**

**Interpretación:**

Los factores fetales a la indicación de cesárea en gestantes atendidas en una clínica del Cono Norte, fue la Situación transversa (P: 0,002), la Presentación podálica (P: 0 ,010), la Macrosomía fetal (P: 0,026) y el Sufrimiento fetal agudo (P: 0,038).

Tabla 4. Factores uterinos placentarios a la indicación de cesárea en gestantes atendidas en una clínica del cono Norte de Julio – Diciembre 2020. ( $n = 161$ ).

Placenta previa	Parto indicado por cesárea		Total	Prueba de chi cuadrado		
	Si	No		Valor	Gl	P
Si	9	12	21	4,196	1	<b>,041</b>
No	31	109	140			
<b>DPP</b>						
Si	10	11	21	11,643	1	<b>,001</b>
No	30	110	140			
<b>Procidencia y prolapso de cordón</b>						
Si	1	0	1	3,044	1	,081
No	39	121	160			
<b>Corioamnionitis</b>						
Si	1	8	9	,963	1	,326
No	39	113	152			

Fuente: Instrumentos de recolección.

#### Interpretación:

Los factores uterinos placentarios a la indicación de cesárea en gestantes atendidas en una clínica del Cono Norte, fue la placenta previa (P: 0,041, desprendimiento prematuro de placenta (P: 0 ,001).

Tabla 5. Factores asociados a la indicación de cesárea en gestantes atendidas en una clínica del cono Norte de Julio – Diciembre 2020. ( $n = 161$ ).

Antecedente de cesárea	Parto indicado por cesárea		Total	Prueba de chi cuadrado		
	Si	No		Valor	Gl	P
Si	13	12	25	11,688	1	<b>,001</b>
No	27	109	136			
<b>Distocia ósea</b>						
Si	10	12	22	5,797	1	<b>,016</b>
No	30	109	139			
<b>Por rotura uterina</b>						
Si	3	1	4	5,526	1	<b>,019</b>
No	37	120	157			
<b>Preeclampsia</b>						
Si	15	12	27	16,386	1	<b>,000</b>
No	25	109	134			
Si	11	10	21	9,807	1	<b>,002</b>
No	29	111	140			
<b>Presentación podálica</b>						
Si	10	11	21	6,708	1	<b>,010</b>
No	30	110	140			
<b>Macrosomía fetal</b>						
Si	9	11	20	4,968	1	<b>,026</b>
No	31	110	141			
<b>Sufrimiento fetal agudo</b>						
Si	4	31	35	4,311	1	<b>,038</b>
No	36	90	126			
Si	9	12	21	4,196	1	<b>,041</b>
No	31	109	140			
<b>DPP</b>						
Si	10	11	21	11,643	1	<b>,001</b>
No	30	110	140			

Fuente: Instrumentos de recolección.

**Interpretación:**

Los factores maternos a la indicación de cesárea en gestantes atendidas en una clínica del Cono Norte, fue el antecedente de cesárea (P: 0,001), la distocia ósea (P: 0 ,016), la rotura uterina (P: 0,019) y la preeclampsia (P: 0,000).

Los factores fetales a la indicación de cesárea en gestantes atendidas en una clínica del cono Norte, fue la Situación transversa (P: 0,002), la Presentación podálica (P: 0 ,010), la Macrosomía fetal (P: 0,026) y el Sufrimiento fetal agudo (P: 0,038).

Los factores uterinos placentarios a la indicación de cesárea en gestantes atendidas en una clínica del cono Norte, fue la placenta previa (P: 0,041) y Desprendimiento prematuro de placenta (P: 0 ,001).

## CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN, LIMITACIONES, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 4.1. DISCUSIÓN

Dentro de los factores asociados a la indicación de cesárea en gestantes atendidas en una clínica del cono Norte, fueron: el antecedente de cesárea, la distocia ósea, la rotura uterina, la toxemia, la situación transversa, la Presentación podálica, la Macrosomía fetal, el Sufrimiento fetal agudo, placenta previa y Procidencia y prolapso de cordón, este resultado respaldado por estudios nacionales e internacionales como es el análisis de Hafeez, M., y col del 2017 donde el antecedente de cesárea presentó un OR de 17,1 (IC95%=8,9-35,6), siendo el antecedente de cesárea la indicación más frecuente. (32,33)

Analizar estos factores fue importante para entender cómo se presentan las indicaciones de cesárea, por ejemplo, cuando la gestante tenía de 1 a más hijos, la indicación de cesárea más frecuente fue la cirugía previa sobre el cuerpo uterino, y para las gestantes que no tenían hijos la indicación más frecuente fue la ruptura prematura de membranas (RPM) con infección. La cirugía previa sobre el cuerpo uterino es la indicación fuertemente asociada a las cesáreas previas, pero la indicación macrosomía fetal estuvo muy asociada a las pacientes sin antecedente de cesárea previa, similar a lo referido por Rosales G (34) y Vélez-Pérez y col. (35), donde concluyen en su estudio la asociación entre la cesárea y el peso fetal aumentado. Además, es bueno recalcar que investigaciones como la de Segovia, M. en el año 2015 donde la cicatriz de cesárea resultó ser un factor de riesgo alto para el desarrollo de alteraciones placentarias (RR=7,8, IC 95%=5,8-10,7,  $p < 0,0001$ ). (36)

De los resultados de este trabajo, las indicaciones para una intervención de cesárea fueron en su mayoría indicaciones maternas como el antecedente de cesárea, la distocia ósea, la rotura uterina y la toxemia son los factores asociados, que, comparando al estudio de Medina J (37), donde refiere que la primera indicación materna fue la placenta previa diferente a lo hallado en este estudio, pero hubo similitud con la primera indicación fetal que fue el feto macrosómico, y la primera indicación ovular que fue la RPM.

El trabajo de Paico (38) concuerda con indicar una cesárea si existe alta probabilidad de macrosomía fetal, de este modo se evitarían complicaciones para el feto y para la madre si se realizase un parto vaginal, pero en este punto se debe de sopesar los riesgos de una cesárea ya que de por sí ésta no disminuye las complicaciones sino que expone a la madre a una intervención quirúrgica que puede ser innecesaria, es decir, el especialista debe poner en la balanza por un lado las posibles complicaciones de la cesárea en sí y en el otro las complicaciones por una posible macrosomía (fractura de clavícula, céfalo hematoma, parálisis braquial, dificultad para regular la temperatura e incluso complicaciones metabólicas como hipoglicemia y policitemia), y tomar una decisión correcta. Otra de las indicaciones importantes para realizar una cesárea fue la RPM con infección, por lo que

en este caso, según los especialistas, se aconseja una cesárea de urgencia bajo un esquema estandarizado propuesto por EsSalud-IETSI (39) en sus recomendaciones para realizar una cesárea con seguridad y pertinencia, pues esta indicación, RPM, cae en la categoría 3, donde menciona que se debe realizar la intervención siempre y cuando no haya compromiso materno o fetal y que la intervención sea temprana. Esto corrobora los resultados obtenidos, ya que las cesáreas fueron mayormente realizadas bajo las indicaciones de macrosomía y RPM con infección. En otro trabajo (40) se obtuvo evidencia de que la RPM es más frecuente en partos por cesárea (20%) que en partos vaginales (8%), este resultado está diciendo, primero que la RPM es un factor asociado a cesárea ( $OR=1,8$ ,  $IC95\%=1,2-2,6$ ), y segundo, que hay casos de parto vaginal que tuvieron RPM, es decir, en estos casos se consideraron las posibles complicaciones que mencionamos líneas arriba, y era que no debía de haber compromiso materno o fetal. Por otro lado, en ese estudio se realizó la cesárea al 20% de mujeres con RPM, un porcentaje superior al obtenido en el presente estudio que fue de 8,2%, la diferencia se debe a que sólo se está considerando la RPM con infección (corioamnionitis) y otra causa de la diferencia fue la edad de la madre pues en el estudio mencionado más de la mitad de las gestantes tenían de 15 a 30 años de edad, mucho más jóvenes que nuestra muestra de estudio.

Este estudio presentó algunas limitaciones, una es que los resultados que se obtuvieron sólo pueden ser generalizados a establecimientos de salud de categoría II, en la zona de Lima Metropolitana. Y la última es en relación a la edad de las pacientes, pues no se incluyeron adolescentes, que claramente tendrían otras indicaciones de cesárea.

## 4.2. CONCLUSIONES

- Dentro de los factores maternos a la indicación de cesárea en gestantes atendidas en una clínica del cono Norte, pudimos observar que el antecedente de cesárea (P: 0,001), la distocia ósea (P: 0 ,016), la rotura uterina (P: 0,019) y la preeclampsia (P: 0,000) fueron factores asociados.
- Dentro de los factores fetales a la indicación de cesárea en gestantes atendidas en una clínica del cono Norte, fueron la Situación transversa (P: 0,002), la Presentación podálica (P: 0 ,010), la Macrosomía fetal (P: 0,026) y el Sufrimiento fetal agudo (P: 0,038).
- Y dentro de los factores uterinos placentarios a la indicación de cesárea en gestantes atendidas en una clínica del cono Norte, fue la la indicación de cesárea en gestantes atendidas en una clínica del cono Norte, fue la placenta previa (P: 0,041) y Procidencia y prolapso de cordón (P: 0 ,001).
- Dentro de los factores asociados a la indicación de cesárea en gestantes atendidas en una clínica del cono Norte, fueron: el antecedente de cesárea, la distocia ósea, la rotura uterina, la toxemia, la situación transversa, la Presentación podálica, la Macrosomía fetal, el Sufrimiento fetal agudo, placenta previa y Procidencia y prolapso de cordón.

Al Hospital III EsSalud de Juliaca:

1. Fortalecer las actividades de control prenatal para realizar justificadamente las cesáreas.
2. Crear una comisión de evaluación, en el servicio de Ginecología y Obstetricia, encargada de analizar la tasa de cesáreas en forma mensual, identificando las indicaciones de cesáreas, y establecer el uso de normativas y/o guías de manejo institucional, con el fin de optimizar la indicación quirúrgica y disminuir la tasa de cesáreas injustificadas.
3. Definir claramente en las Historias Clínicas el Diagnóstico Principal para realizar la intervención quirúrgica.
4. Utilizar correctamente la partograma para posibilitar el parto vaginal en las pacientes que han tenido una cesárea previa y no presentan otra complicación obstétrica.
5. Educación sanitaria a la gestante sobre riesgos y beneficios del parto por cesárea frente al parto vaginal.

A la comunidad científica:

1. Realizar estudios sobre el mismo tema considerando otras variables.
2. Realizar el mismo estudio en otros hospitales de la Región para comparar resultados.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. MacDonald P. Operación cesárea e Histerectomía periparto. 22nd ed. Williams, editor. Mexico: Mac Graw-Hill; 2011.
2. LaRepublica.com. En 10% se incrementaron los casos de cesáreas en los últimos 6 años. [Online].; 2015 [cited 2015 febrero 21. Disponible en: <http://www.larepublica.pe/12-05-2014/en-10-se-incrementaron-los-casos-de-cesareas-en-los-ultimos-6-anos>.
3. INEI. Encuesta Demográfica y de Salud familiar: ENDES continua 2010. Lima: INEI; Mayo 2011. lima: Instituto Nacional de Estadística e Infomática, lima; 2011.
4. Sardiñas R. La operación cesárea y la obstetricia de hoy. Ginecol Obstet Mex. 2010 junio; 73(2): p. 155-159.
5. WHO. La salud de los jóvenes: Un desafío para la sociedad. Informe de un grupo de estudio de la OMS sobre la salud de los jóvenes y la "Salud para todos en el año 2000". 2000..
6. Pacheco Romero J. Ginecología, Obstetricia y Reproducción.. 2nd ed. Lima, Perú.: REP SAC.; 2008.
7. Schwarcz R. Obstetricia. Sexta Edicion. 6th ed. Buenos aires: El Ateneo.; 2007.
8. MacDorman M. "Infant and Neonatal Mortality for Primary Cesarean and Vaginal Births to Women with No Indicated Risk". 2009.
9. Arrieta A. ¿Quiénes ganan y quiénes pierden con los partos por cesárea? Incentivos médicos y derechos reproductivos. Economía y Sociedad. 2009 diciembre; 66(2).
10. Aller J, Pages G. Obstetricia moderna. 3rd ed. Mexico: Editorial McGraw; 2000.
11. Uzcátegui O, Cabrera C. Aspectos bioéticos de la cesárea y consentimiento informado. Rev Obstet Ginecol Venez. 2010 marzo; 70(1).
12. Díaz E. Factores asociados al parto por cesárea y su relación con el comportamiento de los nacidos vivos en Colombia. Tesis para optar el grado de magíster en gestión de servicios de salud. UNIVERSIDAD DE LA COSTA CUC; 2020.
13. Chavarría L. Factores asociados a la indicación de cesárea en embarazadas atendidas por el servicio de obstetricia. Hospital Amistad Japón-Nicaragua. Granada. Enero a Diciembre 2017. Otra thesis, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua; 2018.
14. Anaya A, Londoño F, Pérez L, Ortiz R. Caracterización de las pacientes llevadas a cesárea según modelo de Robson y exploración de factores asociados en gestantes atendidas en el hospital Universitario San José de la ciudad de Popayán-Colombia. 2018.
15. Barros J. Prevalencia y factores asociados a primera cesárea, Hospital Vicente Corral Moscoso. Tesis previa a la obtención del título de Especialista en Ginecología y Obstetricia. 2019.

16. Pino R, Zorrilla V, Rodríguez M, Ochoa W. Frecuencia e indicaciones de cesáreas electivas y de urgencia en el Hospital Regional de Ayacucho, Perú [Internet]. *Revista Peruana de Ciencias de la Salud*. 11feb.2021 [citado 13mar.2021];3(1):41-0.
17. Suarez G. Frecuencia, causas, complicaciones y factores asociados de cesáreas injustificadas en el Hospital III de EsSalud Juliaca (tesis para optar el grado de médico cirujano). UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO DE PUNO; 2021.
18. Sinchitullo A. RLAP. Factores asociados a partos por cesárea en un hospital peruano. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*. 2020;; p. 20(3), 444-451. <https://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v20i3.3049>.
19. Ojeda E. Factores asociados al incremento de las cesáreas en el servicio de maternidad del Hospital Regional del Cusco (tesis ara optar el grado de obstetra). Universidad Andina del Cusco; 2020.
20. Quispe E. Prevalencia y factores asociados a parto por cesárea en gestantes con preeclampsia severa en el Hospital EsSalud base III Puno. UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO; 2019.
21. Soto E. Prevalencia de parto por cesárea en primíparas en el Perú y factores asociados. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2019.
22. Cunningham GF. *Williams Obstetricia*. 21st ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2008.
23. Dunn L. Cesárea y otras operaciones obstétricas. En: *Tratado de Ginecología y Obstetricia de Danforth*. 6th ed. Danforth: Interamericana; 2008.
24. FICO. *Procedimientos en Obstetricia y Ginecología*. Publicaciones del Instituto Nacional de Perinatología. 2010.
25. Thubisi M. Vaginal delivery after previous cesarean section: is X-ray pelvimetry necessary?. *Br. J. Obstet. Gynecol*. 2009; 22(4).
26. Rosen MDJaWC. Vaginal birth after cesarean: a meta-analysis of morbidity and mortality. *Obstet. Ginecol*. 2008; 77(23).
27. Gant F, Leveno J. *Williams Obstetricia*. 21st ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2011.
28. Arias F. Guía práctica para el embarazo y el parto de alto riesgo. En: *Perinatal health care with limited resources*. 12th ed. Londres.: Macmillan Press Ltd London; 2009.
29. Gobera F. Presentación pélvica. Revisión de 5 años. *Rev. Med. Hosp. Gral. Mex*. 2000 Julio; 44(11).
30. Fonseca Livias A. *investigación científica en salud con enfoque cuantitativo*. 1st ed. Unheval , editor. Huanuco: Unheval; 2012.
31. Aguilar S. Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de saludSalud en Tabasco 2005. *Salud en Tabasco*. 2005 enero; 11(2): p. 333-338.

32. Hafeez, M., Yasin, A., Badar, N., Pasha, M., Akram, N., Gulzar, B. Prevalence and Indications of Caesarean Section in a Teaching Hospital. JIMSA January-March 2014. 27 (1). Disponible en: <http://medind.nic.in/jav/t14/i1/javt14i1p15.pdf>.
33. Távora Orozco L. Cesárea en el Perú: presente y futuro. Ginecol Obstetr(Perú). 1993; 39(15): 29-35. DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v39i1589>.
34. Rosales G. Factores de riesgo maternos asociados con la cesárea en mujeres atendidas en el Hospital de Apoyo Otuzco 2016-2017. Tesis, Universidad César Vallejo, Lima. 2018. Disponible en: <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/29212>.
35. Vélez E, Tovar V, Méndez F, López C. Factores de Riesgo de la Operación Cesárea en el Hospital de Gineco Pediatría del IMSS de Hermosillo, Sonora. Bol Clin Hosp Infant Edo Son 2013; 30(1): 16-23.
36. Segovia, MR. Parto por cesárea. An. Fac. Cienc. Méd. (Asunción) 2015; 48(1). Disponible en: [http://dx.doi.org/10.18004/anales/2015.048\(01\)23-040](http://dx.doi.org/10.18004/anales/2015.048(01)23-040).
37. Medina J. Factores asociados a la indicación de cesárea en el Hospital Nacional Dos de Mayo de Enero a diciembre del 2015. Tesis, Univ. Ricardo Palma, Lima. 2015. Disponible en: [http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/555/Medina\\_j.pdf?sequence=](http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/555/Medina_j.pdf?sequence=).
38. Paico D. Factores predisponentes de macrosomía en el Hospital de Vitarte durante el periodo de Julio - Diciembre 2016. [Tesis de Medicina], Univ. Ricardo Palma, Lima, 2017. Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/1006>.
39. EsSalud-Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud. Reporte de Evidencias 01. Recomendaciones para la pertinencia y seguridad de la cesárea, 2018. p.45-46. Disponible en: [http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/RE\\_Indicacion\\_de\\_Cesarea\\_Final.pdf](http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/RE_Indicacion_de_Cesarea_Final.pdf).
40. Huamán N. Factores relacionados a partos por Cesárea en el Hospital II EsSalud de Huánuco. Rev Peru Investig Salud. 2018; 2(1):10-17. DOI: <https://doi.org/10.35839/repis.2.1.208>.

## Anexos

### INSTRUMENTO

#### ANEXO 01

**Ficha de recolección de datos: “Factores asociados a la indicación de cesárea en gestantes  
atendidas en una clínica del cono Norte de Julio – Diciembre 2020”.**

#### I. DATOS GENERALES DE LA PACIENTE CESAREADA

1.1. Edad:

1.3. Estado civil: casada ( ) conviviente ( ) soltera ( )

1.4. Nivel de instrucción: primaria ( ) secundaria ( )

Superior ( ) ningún nivel ( )

1.5. Procedencia:

1.6. Número de controles prenatales:

1.7. Edad gestacional en el momento de la cesárea:

1.8. Antecedente de cesárea:

#### II. DATOS DE LA CAUSA DE LA CESAREA

##### 2.1. POR FACTORES MATERNOS:

2.1.1. Distocia ósea..... ( )

2.1.2. Distocia de dinámica uterina..... ( )

2.1.3. Distocia de las partes blandas.....( )

2.1.4. Tumores previos..... ( )

2.1.5. Por rotura uterina.....( )

2.1.6. Cesárea anterior..... ( )

- 2.1.7. Practicas vaginales previas..... ( )
- 2.1.8. Toxemia e hipertensión crónica grave..... ( )
- 2.1.9. Nefropatía grave.....( )
- 2.1.10. Tuberculosis pulmonar..... ( )
- 2.1.11. Por fracaso en la inducción.....( )

## **2.2. POR FACTORES FETALES:**

- 2.2.1. Situación transversa..... ( )
- 2.2.2. Presentación podálica..... ( )
- 2.2.3. Presentación de cara..... ( )
- 2.2.4. Macrosomía fetal..... ( )
- 2.2.5. Sufrimiento fetal agudo..... ( )
- 2.2.6. Retardo de crecimiento intrauterino.....( )
- 2.2.7. Muerte habitual del feto..... ( )

## **2.3. POR FACTORES OVULARES:**

- 2.3.1. Placenta previa..... ( )
- 2.3.2. Desprendimiento normoplacentario..... ( )
- 2.3.3. Procidencia y prolapso de cordón..... ( )
- 2.3.4. Coriomnionitis..... ( )

## **III. DATOS DEL RECIEN NACIDO:**

- 3.1. Peso en gramos:
- 3.2. Sexo:

**FOTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE HISTORIA CLÍNICA**

**IMAGEN 1:** Certificado de nacido vivo , se puede observar los detalles de la descripción del Recién Nacido.

**EXÁMENES AUXILIARES**

INFORME ESTADÍSTICO DEL NACIDO VIVO PARA EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

<b>4 DATOS DEL PARTO</b>			
4.1 Atendió el Parto:	MÉDICO GINECO-OBSTETRA	4.2 Tipo Parto:	UNICO
		4.3 Condición Parto:	CESAREA
4.4 Tipo Seguro/Financiador:	IGNORADO	4.5 Duración embarazo:	39 SEMANAS
<b>5. DATOS ADICIONALES DE LA MADRE</b>			
5.1 Fecha/Lugar nacimiento:	16/06/1994 - AMERICA / PERU / CAJAMARCA / CAJABAMBA / SITACOCHA		
5.2 Nivel de Instrucción:	SUPERIOR UNIV. COMP.	5.3 Situación conyugal:	SOLTERO
5.4 Ocupación:	AMA DE CASA		
5.5 Embarazos e hijos:			
- N° Hijos actualmente vivos (incluido el recién nacido)	1	- N° Hijos nacidos vivos que fallcieron	0
		- N° Abortos y nacidos muertos	0
		- N° Total embarazos	1
5.6 Fecha Nacimiento hijo anterior nacido vivo: --			
<b>6. DATOS DEL NACIDO VIVO</b>			
6.1 Sexo:	FEMENINO	6.2 Fecha nacimiento:	05/07/2020
6.3 Hora:	09:32:00	6.4 Peso:	3750 g
6.5 APGAR:	9, 9	6.5 Talla:	51 cm

**IMAGEN 2:** Detalles de los medicamentos utilizados en la Hospitaización de la parturienta.

MEDICO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO: *Postcesareada x Macrosomia* COMPANIA

*\* Epilepsia (Ffo)*

MEDICAMENTOS	VIA	DOSIS	02/07/20		03/07/2020	
			FECHA	DOSIS	FECHA	DOSIS
CINA 900 1000cc + 200cc	CV		<del>10</del>	<del>18</del>	<del>02</del>	<del>02</del>
Oxitocina			<del>15</del>	<del>23</del>	<del>15</del>	<del>23</del>
Clindamicina 600mg	CV	c18h	<del>10</del>	<del>18</del>	<del>02</del>	<del>02</del>
Ketorolaco 60mg	CV	c18h	<del>15</del>	<del>23</del>	<del>15</del>	<del>23</del>

*Prueba de sensibilidad (Positiva) 95% NPO DC*

**IMAGEN 3:** Descripción del ingreso de la paciente al ingreso a Hospitalización de la parturienta.

**HOJA DE EMERGENCIA - HOSPITALIZACIÓN GINECO - OBSTETRICIA**

Fecha: 02.07.20 Hora: 09:00

Consultorio Est:  Emergencia:  Referencia:

Dolor  Tumoración  Pérdida de Líquido amniótico  Fiebre   
 Faltó  Transtornos menstruales  Vómitos  Síntomas urinarios   
 Sangrado Vaginal  Contracciones Uterinas  Convulsiones  Alteración de Movimiento Fetal

OTROS: 0.236

ENFERMEDAD ACTUAL: \_\_\_\_\_ TIEMPO EN G.E.: \_\_\_\_\_ FORMANDO: \_\_\_\_\_ CURSO: \_\_\_\_\_

RELATO CRONOLÓGICO: *Paciente acude por contracciones espasmodicas, luego signo de alarma*

FUNCIONES BIOLÓGICAS: Apetito  Orina  Sed  Deposición  Sueño

ANTECEDENTES:
 

- Familiares: *Neoplasia (abuelo)*
- Operaciones: \_\_\_\_\_
- Quirúrgicos y/o Traumáticos: *Epilepsia*
- Alergia Medicinas: \_\_\_\_\_
- Alergia Alimentos: *RAM CETILAVOMIA*
- Tóxicos (Cigarrillo, Alcohol, Drogas): \_\_\_\_\_
- Medicinas las últimas: *Carbamazepina*
- Otros: \_\_\_\_\_

EXAMEN FÍSICO GENERAL:
 

- T: *37.0* °C
- Pulso: *75* x1
- F.R.: *18* x1
- P.A.: *100/60* mmHg
- Peso: \_\_\_\_\_ Kg
- Sat: *97%*
- Estado general y sensorio:  Normal  Anormal
- Aparato cardiovascular:  Normal  Anormal
- Aparato respiratorio:  Normal  Anormal
- Aparato urinario:  Normal  Anormal
- Abdomen:  Normal  Anormal
- Extremidades:  Normal  Anormal
- Edemas: \_\_\_\_\_ ++
- Reflejos: \_\_\_\_\_ ++
- Útero grávido

EXAMEN GINECOLÓGICO:
 

- GE y BUS:  Normal  Anormal
- Vagina:  Normal  Anormal
- Cervix:  Normal  Anormal
- Útero:  Normal  Anormal
- Anexos:  Normal  Anormal
- F. de saco Douglas:  Normal  Anormal
- Parámetros (TR):  Normal  Anormal
- Mamas:  Normal  Anormal
- Perfíl vaginal: \_\_\_\_\_
- ausado x fetoscopia

EXAMEN OBSTÉTRICO:
 

- ABDOMEN: FETO Situación: Long.  Longitudinal  Transversa
- Altura: *36* cm
- L.F.: *48* x ml
- Dinámica Uterina: *x10*
- Ponderado Fetal: *9*
- Posición: Derecha  Izquierda
- Presentación: Cefálica  Podálica
- EMBARAZO MÚLTIPLE: Feto (1): \_\_\_\_\_ Feto (2): \_\_\_\_\_ Feto (3): \_\_\_\_\_
- TACTO: Dilatación: *deferido*
- VAGINAL: Incompleta:  %
- Alum Presentación: \_\_\_\_\_
- Variedad Presentación: \_\_\_\_\_
- Líquido Amniótico: Claro  Meconial  Sanguinolento  Con mal olor
- G.P: *6. Po*
- FUR: *28/09/19*
- FDD: *0.5/09/20*
- EG: *394%*
- PELVIS GINECOIDE: Si  No
- Describe: \_\_\_\_\_
- COMPATIBILIDAD - PELVICA: Si  No  Dudosa

SIÓN OBSTÉTRICA:
 

- Armujesta de 30 1/2 11*
- NTP*
- de Mioclonía Fetal*

Hospitalización:  Sala de parto:  Centro Quirúrgico:  Sala LU:

IMAGEN 4: Libro de partos de la clínica

Grado	Desgarros del Canal del Parto	Retención de Restos Placentarios y/o Membranas Ovitarias	Retención de Placenta	Atonia Uterina	Pérdida de Sangrado Vaginal en todo el proceso del parto	ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO														DX DE EGRESO DE LA PUERPERA DE SALA DE PARTOS O DE SOP	DX DE EGRESO DEL RN DE SALA DE PARTOS O DE SOP DX DEL RN
						Sexo		Puntaje de Apgar	Contacto precoz		Medidas Antropométricas				Edad Gestacional del RN por Método Capurro	Peso / Edad (PIE)			Complicaciones de RN		
						CC	F		M	1'	5'	SI	NO	Peso (gr)		Talla	PC	PT			
-	-	-	-	300g	X	-	9	9	X	-	3200	46	35	35	39	✓	-	-		-	puerperal
-	-	-	-	300g	X	-	9	9	X	-	3500	50	36	35	39	✓	-	-	-	puerperal	RNV
-	-	-	-	600	X	9	9	-	✓	3800	50	35	36	38	✓	-	-	-	Post-cesárea	R. parto via puerperal	
-	-	-	-	600	X	9	9	-	✓	4250	54	36	36	39	✓	-	-	-	Post-cesárea	R. parto via puerperal	
-	-	-	-	600	X	-	9	9	-	X	3200	54	33	33	38	✓	-	-	-	Post-cesárea	R. parto via ♀
-	-	-	-	200	X	-	5	8	-	✓	3100	51	36	33	38	✓	-	-	-	puerperal	R. parto via ♀
-	-	-	-	1000	-	9	9	+	-	3750	50	35	35	37	✓	-	-	-	puerperal	RNV ♂	
-	-	-	-	200	-	9	9	0	-	3500	52	31	31	39	✓	-	-	-	puerperal	RNV ♂	
-	-	-	-	300	-	9	9	0	-	3300	51	35	33	39	✓	-	-	-	puerperal	RNV ♂	
-	-	-	-	1000	-	9	9	0	-	2000	49	31	31	36	✓	-	-	-	Post-cesárea	RNV ♂	
-	-	-	-	1000	X	9	9	0	-	4400	52	37	35	40	✓	-	-	-	Post-cesárea	RNV ♀	
-	-	-	-	300	X	8	9	X	-	3950	53	36	35	39	✓	-	-	-	puerperal	RNV ♂	
-	-	-	-	1000cc	X	8	9	X	-	4050	53	35	33	40	✓	-	-	-	post-cesárea	RNV ♀	
-	-	-	-	1000cc	X	8	9	X	-	3650	51	32	36	41	X	-	-	-	post-cesárea	RNV ♂	
-	-	-	-	1000cc	X	8	9	X	-	3750	51	37	36	40	X	-	-	-	post-cesárea	RNV ♀	

**IMAGEN 5:** Descripción de la anestesia que se utilizó para realizar la cesárea a las pacientes.

### HOJA DE ANESTESIOLOGÍA N°

Fecha: 05/07/2020  
N° HH. CC.: \_\_\_\_\_

Nombre: Patricia Santos Mayanda Hora: \_\_\_\_\_  
 H.N. Edad: 26 años AIL: 13114 0 1 2 3 4  
 P.A. 100/70 Pulso: 74 Respiración: 20 Temp: 36.2 Hgb: 11.2 Hct: 34.8  
 DIAGNOSTICO Pre-operatorio: Normal GS: A RH: LT  
3311 ASA: II  
 Operación indicada: Cesárea  
 Complicaciones Pre-operatorias: \_\_\_\_\_

HORA		09:30	10:00	10:30	11:00	11:30	12:00	12:30	13:00	13:30	14:00	14:30	15:00
PA	120/80	120/80	120/80	120/80	120/80	120/80	120/80	120/80	120/80	120/80	120/80	120/80	120/80
W	74	74	74	74	74	74	74	74	74	74	74	74	74
A.A.	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
PULL	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200
Op	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
ANES	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34
TEMP	36.2	36.2	36.2	36.2	36.2	36.2	36.2	36.2	36.2	36.2	36.2	36.2	36.2
A	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
ASPIR	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
S	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20

**PRE-MEDICACIÓN**

DRUGAS	DOSES	HORA
SATI		
STIB		
ESCOP		
DEMI		
MORF		
OTRA		
INDINA		
SATI		
RELAXIF		

**MÉTODOS DE ANESTESIA**

GENERAL	SABOTA SIMPLE
ABERTO	CONTINUA
INMANEJADO	EPIDURAL CAUDAL
SELECCION	BIOLÓGICA
CONDUCCION	INDICACION
CERCA	OTRO
INDICACION	
OTRO	

**TECNICA ANEST. GENERAL**

SEMP. CONTROLADA	SEMP.
INTUB. ORAL	NABAL
	MASC
	IBP
	ARE CC
TUBO NABAL	BLINDADO
TRAC. ORAL	
LONG. CORD. HOJA	

**ANEST. REGIONAL**

POSICION	VECES
PUNCIÓN	AGUA
INTUB.	
OTRO	

**OBSERVACIONES EN INDUCCIÓN**

SATI	TOR	VOMITO
NO SATI	APNEA	LARINGOSP.
EXCIT	CIANOSIS	ASPIRAC.
TIEMPO	NAUSEA	

**MANTEENIMIENTO**

SATI	ERC
NO OXIM	INGEST. CAT.
RESPON	CAUDRAL

**RECUPERACION**

BUENA	SATI	CIANOSIS
REG.	NO SATI	NAUSEA
WALLA	EXCIT	VOMITO
DOMINIO	TRANS	LARINGOSP.
NO PUES	TRC	ASPIRAC.
RESPON	APNEA	COLAPSO

**MÉTODOS AUXILIARES**

EEG	EEG	EEG
FORCION		
DEC DORSAL		DEC VENT.
LAT DER		LAT IZQ
LITON		POWER
TREMBL		SENTADO
OTRA		

**FLUIDOS**

DEXTROSA 5% PURA	
DEXTROSA 5% REL	
TOTAL DE FL.	
SOL SALINA	1400
PLASMA	
OTRO	
TOT	1400
DEXTROSA 5% EN	

**OBSERVACIONES:**  
09:30/10:00. SOB. riva, mejor  
**DIAGNOSTICO POST-OPERATORIO:**  
Indicada  
**OPERACION REALIZADA:**  
Indicada

**T.O.P.** \_\_\_\_\_  
**T.T.** \_\_\_\_\_

**TIEMPO**  
 COM ANEST: 09:30/10:00  
 COM OPER: 09:30/10:00  
 TERM OPER: \_\_\_\_\_  
 TERM ANEST: \_\_\_\_\_

## AUTORIZACIONES



Solicito:

**Autorización para acceso de datos de Historia Clínica**

Rita Veronica Vicuña Pimentel

Gerente General

Le saluda María Carolina, Alfonso Tasayco bachiller de Obstetricia de la Universidad Privada del Norte identificada con DNI: 70095869

Es grato dirigirme a usted para saludarle cordialmente y solicitarle el permiso y facilidades necesarias para la obtención de datos en base a la revisión de historias clínicas ya que me encuentro realizando mi tesis titulada: **Factores asociados a la indicación de cesárea en gestantes atendidas en una Clínica del Cono Norte de Julio – Diciembre 2020** para la obtención del Título profesional de Obstetra

La información que se requiere será tomada de las historias clínicas solo datos pertinentes a la investigación y guardando los criterios éticos inherentes a nuestra formación profesional

Agradeciendo la atención al presente, me despido de usted

Atentamente

 CLÍNICA MONTELUZ

  
Lic. Rita V. Vicuña Pimentel  
GERENTE GENERAL

GERENTE GENERAL

Rita Veronica Vicuña Pimentel

N° DNI: 09868134

**CARTA DE AUTORIZACIÓN DE USO DE INFORMACIÓN DE EMPRESA**

Yo Rita Veronica Vicuña Pimentel  
(Nombre del representante legal o persona facultada en permitir el uso de datos)  
identificado con DNI 09868134, en mi calidad de Gerente General  
(Nombre del puesto del representante legal o persona facultada en permitir el uso de datos)  
del área de \_\_\_\_\_  
(Nombre del área de la empresa)  
de la empresa/institución Instituto Materno  
(Nombre de la empresa)  
Infantil Montenor S.A.C.  
con R.U.C N° 20516859548, ubicada en la ciudad de Lima

**OTORGO LA AUTORIZACIÓN,**

Al Srta: Maria Carolina Alfonso Tazay co  
(Nombre completo del Egresado/Bachiller)  
identificado con DNI N° 70095869, egresado de la  Carrera profesional o ( ) Programa de Postgrado de  
(Nombre de la carrera o programa) para

que utilice la siguiente información de la empresa:  
Revisión Documentaria de Historias Clínicas  
(Detallar la información a entregar)

con la finalidad de que pueda desarrollar su ( ) Trabajo de Investigación,  Tesis o ( ) Trabajo de suficiencia profesional para optar al grado de ( ) Bachiller, ( ) Maestro, ( ) Doctor o  Título Profesional.

Adjunto a esta carta, está la siguiente documentación:

- Ficha RUC
- Vigencia de Poder (Para informes de suficiencia profesional)
- Otro (ROF, MOF, Resolución, etc. para el caso de empresas públicas válido tanto para Tesis, Trabajo de Investigación o Trabajo de Suficiencia Profesional).

\* Nota: En el caso este formato se use como regularización o continuidad del trámite durante la coyuntura de emergencia – Covid19, se debe de omitir la "Vigencia de Poder" requerido para los informes de Suficiencia Profesional.

Indicar si el Representante que autoriza la información de la empresa, solicita mantener el nombre o cualquier distintivo de la empresa en reserva, marcando con una "X" la opción seleccionada.

- Mantener en Reserva el nombre o cualquier distintivo de la empresa; o
- Mencionar el nombre de la empresa.



Lic. Rita V. Vicuña Pimentel  
GERENTE GENERAL

Firma y sello del Representante Legal \*\*  
DNI:

\*\*Este documento debe ser firmado por un representante inscrito en SUNAT y debe adjuntar una copia de su documento de identidad (DNI) para verificar la firma.

El Egresado/Bachiller declara que los datos emitidos en esta carta y en el Trabajo de Investigación, en la Tesis son auténticos. En caso de comprobarse la falsedad de datos, el Egresado será sometido al inicio del procedimiento disciplinario correspondiente; asimismo, asumirá toda la responsabilidad ante posibles acciones legales que la empresa, otorgante de información, pueda ejecutar.

Curt  
Firma del Egresado

DNI: 70095869

CÓDIGO DE DOCUMENTO	COR-F-REC-VAC-05.04	NÚMERO VERSIÓN	06	PÁGINA	Página 1 de 1
FECHA DE VIGENCIA	25/06/2020				



Solicito:

**Autorización para acceso de datos de Historia Clínica**

Rita Veronica Vicuña Pimentel

Gerente General

Le saluda Yolanda Marina, Flores De La Cruz bachiller de Obstetricia de la Universidad Privada del Norte identificada con DNI: 74153356

Es grato dirigirme a usted para saludarle cordialmente y solicitarle el permiso y facilidades necesarias para la obtención de datos en base a la revisión de historias clínicas ya que me encuentro realizando mi tesis titulada: **Factores asociados a la indicación de cesárea en gestantes atendidas en una Clínica del Cono Norte de Julio – Diciembre 2020** para la obtención del Título profesional de Obstetra

La información que se requiere será tomada de las historias clínicas solo datos pertinentes a la investigación y guardando los criterios éticos inherentes a nuestra formación profesional

Agradeciendo la atención al presente, me despido de usted

Atentamente

  
**CLÍNICA MONTELUVO**

Lic. Rita V. Vicuña Pimentel  
GERENTE GENERAL

---

**GERENTE GENERAL**

**Rita Veronica Vicuña Pimentel**

N° DNI: **09868134**

**CARTA DE AUTORIZACIÓN DE USO DE INFORMACIÓN DE EMPRESA**



Yo Rita Veronica Vicuña Pimentel  
(Nombre del representante legal o persona facultada en permitir el uso de datos)  
 identificado con DNI 09868134 en mi calidad de Gerente General  
(Nombre del puesto del representante legal o persona facultada en permitir el uso de datos)  
 del área de .....  
(Nombre del área de la empresa)  
 de la empresa/institución Instituto Materno  
(Nombre de la empresa)  
Infantil Montezor S.A.C  
 con R.U.C N° 20516859548, ubicada en la ciudad de Lima.

**OTORGO LA AUTORIZACIÓN,**

Al Srta: Yolanda Mariño Flores De La Cruz  
(Nombre completo del Egresado/Bachiller)  
 identificado con DNI N° 74153356, egresado de la  Carrera profesional o ( ) Programa de Postgrado de ..... para  
(Nombre de la carrera o programa).

que utilice la siguiente información de la empresa:  
Revisión Documentaria de Historias Clínicas  
(Detallar la información a entregar)

con la finalidad de que pueda desarrollar su ( ) Trabajo de Investigación,  Tesis o ( ) Trabajo de suficiencia profesional para optar al grado de ( ) Bachiller, ( ) Maestro, ( ) Doctor o  Título Profesional.

Adjunto a esta carta, está la siguiente documentación:

- ( ) Ficha RUC
- ( ) \*Vigencia de Poder (Para informes de suficiencia profesional)
- ( ) Otro (ROF, MOF, Resolución, etc. para el caso de empresas públicas válido tanto para Tesis, Trabajo de Investigación o Trabajo de Suficiencia Profesional).

\* Nota: En el caso este formato se use como regularización o continuidad del trámite durante la coyuntura de emergencia – Covid19, se debe de omitir la "Vigencia de Poder" requerido para los informes de Suficiencia Profesional.

Indicar si el Representante que autoriza la información de la empresa, solicita mantener el nombre o cualquier distintivo de la empresa en reserva, marcando con una "X" la opción seleccionada

- Mantener en Reserva el nombre o cualquier distintivo de la empresa; o
- ( ) Mencionar el nombre de la empresa.



Lic. Rita V. Vicuña Pimentel  
 GERENTE GENERAL

Firma y sello del Representante Legal \*\*

DNI: 09868134

\*\*Este documento debe ser firmado por un representante inscrito en SUNAT y debe adjuntar una copia de su documento de identidad (DNI) para verificar la firma.

El Egresado/Bachiller declara que los datos emitidos en esta carta y en el Trabajo de Investigación, en la Tesis son auténticos. En caso de comprobarse la falsedad de datos, el Egresado será sometido al inicio del procedimiento disciplinario correspondiente; asimismo, asumirá toda la responsabilidad ante posibles acciones legales que la empresa, otorgante de información, pueda ejecutar.

*M. Victoria*

Firma del Egresado

DNI: 74153356

CÓDIGO DE DOCUMENTO	COR-F-REC-VAC-05.04	NÚMERO VERSIÓN	06	PÁGINA	Página 1 de 1
FECHA DE VIGENCIA	25/06/2020				

## Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION
VARIABLE INDEPENDIENTE: Factores asociados a la indicación de cesárea	Factores que determinan la incidencia de cesárea	Factores maternos.	Distocia ósea	Ordinal
			Distocia de dinámica uterina	Ordinal
			Por rotura uterina	Nominal
			Cesárea anterior	Nominal
			Preeclampsia	Nominal
			Por fracaso en la inducción	Nominal
		Factores fetales	Situación transversa	Nominal
			Presentación podálica	Nominal
			Presentación de cara	Nominal
			Macrosomía fetal	Nominal
			Sufrimiento fetal agudo	Nominal
			Retardo de crecimiento intrauterino	Nominal
		Factores ovulares	Placenta previa	Nominal
			Desprendimiento normo placentario	Nominal
			Procidencia y prolapso de cordón	Nominal
Corioamnionitis	Nominal			
VARIABLE DEPENDIENTE:	Cantidad de cesáreas en	Baja	Menor del 10% de todos los partos	Ordinal
		Media	Entre 11 a 15% de todos los partos	Ordinal
		Alta	Mayor de 15% de todos los partos	Ordinal

Parto por cesárea en gestantes	en un periodo de tiempo.			
--------------------------------	--------------------------	--	--	--

## MATRIZ DE CONSISTENCIA

“Factores asociados a la indicación de cesárea en gestantes atendidas en una Clínica del Cono Norte de Julio – Diciembre 2020”.

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	INDICADORES	METODOLOGÍA	POBLACIÓN Y MUESTRA
<b>PROBLEMA GENERAL:</b> ¿Cuáles son los factores asociados a la indicación de cesárea en gestantes atendidas en una clínica del Cono Norte de Julio – diciembre 2020?	<b>OBJETIVO GENERAL:</b> Determinar los factores asociados a la indicación de cesárea en gestantes atendidas en una clínica del Cono Norte de Julio – diciembre 2020.	<b>Hipótesis general</b> Ha: Los factores maternos, fetales y los uterinos están asociados a la indicación por cesárea en gestantes atendidas en una clínica del Cono Norte de Julio – diciembre 2020. Ho: Los factores maternos, fetales y los uterinos no están asociados a	<b>VARIABLE INDEPENDIENTE:</b> Factores asociados a la indicación de cesárea	Edad gestacional. Control prenatal. Preeclampsia. Patologías asociadas. Embarazo múltiple. Macrosomía. DCP Miomas.. Cesáreas anteriores. PP DPP RPM.	<b>MÉTODO DE LA INVESTIGACIÓN</b> Método científico	<b>POBLACIÓN DE ESTUDIO</b> La población estará determinada por las 161 historias clínicas de las gestantes atendidas por cesárea en el periodo de Julio a diciembre 2020.

<p><b>PROBLEMAS ESPECÍFICOS:</b></p> <p>1. ¿Cuáles son los factores maternos a la indicación de cesárea en gestantes atendidas en una clínica del Cono Norte de Julio – diciembre 2020?</p> <p>2. ¿Cuáles son los factores fetales a la indicación de cesárea en gestantes atendidas en una clínica del Cono Norte de Julio – diciembre 2020?</p> <p>3. ¿Cuáles son los factores uterinos placentarios a la indicación de cesárea en gestantes atendidas en una clínica del Cono Norte de Julio – diciembre 2020?</p>	<p><b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</b></p> <p>1. Identificar los factores maternos a la indicación de cesárea en gestantes atendidas en una clínica del Cono Norte de Julio – diciembre 2020.</p> <p>2. Identificar los factores fetales a la indicación de cesárea en gestantes atendidas en una clínica del Cono Norte de Julio – diciembre 2020.</p> <p>3. Identificar los factores uterinos placentarios a la indicación de cesárea en gestantes atendidas en una clínica del Cono Norte de Julio – diciembre 2020.</p>	<p>la indicación por cesárea en gestantes atendidas en una clínica del Cono Norte de Julio – diciembre 2020.</p>	<p><b>VARIABLE DEPENDIENTE:</b></p> <p>Parto por cesárea en gestantes</p>	<p>Baja Media Alta</p>	<p><b>TIPO DE INVESTIGACIÓN</b></p> <p>Observacional, retrospectivo, transversal y analítico.</p> <hr/> <p><b>NIVEL DE INVESTIGACIÓN</b></p> <p>Correlacional</p> <hr/> <p><b>Diseño de la investigación</b></p> <p>Diseño correlacional</p>	<p><b>MUESTRA</b></p> <p>La muestra estuvo conformada por 161 historias clínicas de las gestantes cesareadas.</p> <hr/> <p><b>TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS</b></p> <p>Fichaje Fichas de recolección</p> <hr/> <p><b>Análisis univariado:</b></p> <p>Análisis estadístico descriptivo y análisis estadístico inferencial, como la prueba de chi cuadrado.</p>
---	---	--	---	--------------------------------	--	---