



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

Factores de riesgo maternos asociados con la cesárea en mujeres atendidas
en el Hospital de Apoyo Otuzco 2016-2017.

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
Segunda Especialidad en Emergencias Obstétricas

AUTOR:

Br. Rosales LLontop, Gladys Yesenia

ASESOR:

Dra. Ana Vilma Peralta Iparraguirre

LINEA DE INVESTIGACIÓN

Salud Materna y Perinatal

TRUJILLO - PERÚ

2018

PAGINA DEL JURADO



Mg. Sonia Chacón Pinto
Presidente



Dra. Eliana Guzmán Ávalos
Secretario



Dra. Ana Peralta Iparraguirre
Vocal

DEDICATORIA

La presente tesis se la dedico a mi familia que gracias a su apoyo pude concluir mi segunda especialidad.

A mi madre, por su apoyo y confianza en todo lo necesario para cumplir mis objetivos como persona y profesional, por hacer de mi una mejor persona a través de sus consejos, enseñanzas y amor.

A mi padre por ser mi guía y cuidarme desde el cielo.

A mis hermanos por estar siempre presentes apoyándome y acompañándome en cada logro.

A mis sobrinos porque son mi motivo para superarme día a día.

A mí cuñada por el apoyo, confianza y la comprensión en los momentos difíciles.

Llena de regocijo, dedico esta tesis a todos ustedes que de una forma u otra hicieron posible este gran logro en mi vida y han sido mis pilares para seguir adelante.

AGRADECIMIENTO

Agradezco profundamente a Dios por darme la vida y poder disfrutarla en cada instante, así como también por permitirme tener y disfrutar a mi familia.

Gracias a mi familia por apoyarme en cada decisión y proyectos en las que me pueda enrumbar. Igualmente, por cumplir con excelencia el desarrollo de esta tesis.

Gracias a la vida por demostrarme a diario lo hermosa y justa que es

Gracias a todas las personas que creyeron en mi dándome el empujón que necesitaba en momentos de flaqueza.

No ha sido sencillo el camino recorrido hasta ahora, pero gracias a sus consejos y palabras de aliento he crecido como persona y profesional y deseosa de luchar por lo que quiero y con todos los ánimos de alcanzar mis metas.

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD

Yo, Gladys Yesenia Rosales LLontop con DNI 40753748, estudiante del programa SEGUNDA ESPECIALIDAD EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS de la escuela de Post Grado de la Universidad César vallejo, con la tesis titulada "Factores de riesgo maternos asociados con la cesárea en mujeres atendidas en el Hospital de Apoyo Otuzco 2016-2017".

Declaro bajo juramento que:

1. La tesis es de mi autoría.
2. He respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas. Por tanto, la tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente.
3. La tesis no ha sido auto plagiado; es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados y por tanto los resultados que se presenten en la tesis se constituirán en aportes a la realidad investigada.

De identificar la falta de fraude (datos falsos), plagio (información sin citar a autores), auto plagio (presentar como nuevo algún trabajo de investigación propio que ya ha sido publicado), piratería (uso ilegal de información ajena) o falsificación (representar falsamente las ideas de otros), asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad César Vallejo.

Trujillo, 22 de octubre del 2018.



Gladys Yesenia Rosales LLontop
DNI 40753748

PRESENTACIÓN

Señores Miembros del Jurado: presento ante ustedes la tesis titulada “Factores de riesgo maternos asociados con la cesárea en mujeres atendidas en el Hospital de Apoyo Otuzco 2016-2017”, con la finalidad de determinar qué factores de riesgo maternos se asocian con la cesárea en mujeres gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo Otuzco en los años 2016 y 2017, en cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo para obtener el Título Profesional de Segunda Especialidad en Emergencias Obstétricas.

Esperando cumplir con los requisitos de aprobación.

Lic. Gladys Yesenia Rosales LLontop

La Autora

INDICE

Pagina del Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Declaración de Autenticidad.....	v
Presentación	vi
Resumen.....	viii
Abstract.....	ix
I. INTRODUCCIÓN	10
1.1. Realidad Problemática	10
1.2. Trabajos previos.....	13
1.3. Teorías relacionadas al tema	17
1.4. Formulación del problema.....	20
1.5. Justificación del estudio	20
1.6. Hipótesis	21
1.7. Objetivos	21
II. MÉTODO	22
2.1 Diseño de la investigación.....	22
2.2 Variables y Operacionalización de Variables	22
2.3 Población y muestra.....	24
2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	26
2.5 Métodos de análisis de los datos.....	27
2.6 Aspectos éticos.....	28
III.RESULTADOS.....	29
IV. DISCUSIÓN.....	33
V. CONCLUSIONES	38
IV. RECOMENDACIONES.....	39
V. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	40
ANEXOS	45

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo determinar qué factores de riesgo maternos se asocian con la cesárea en mujeres gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo Otuzco en los años 2016 y 2017, la misma que se ha realizado mediante un estudio cuantitativo, no experimental, de casos y controles, analizando una población de 882 historias clínicas de mujeres atendidas por parto a través de una muestra de 67 historias clínicas de partos por cesárea (casos) y 100 historias clínicas de partos vaginales (controles) haciendo un total de 167 historias clínicas. Se aplicó la técnica de análisis documental, aplicada mediante el análisis de la información registrada en las historias clínicas, levantando la información mediante una ficha de recolección de datos estructurada únicamente para extraer datos concretos de las historias clínicas, por lo que no requiere pruebas de validez estadística. Se obtuvo como resultados que 40.1 % de las gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo Otuzco en el periodo 2016 -2017 han sido sometidas a operación por cesárea; el 6.6% de las gestantes atendidas por cesárea ha sido por presentar desproporción céfalo pélvica; el 3.6% de las gestantes atendidas por cesárea han presentado macrosomía fetal y el 4.2% de las mismas han sido intervenidas por preeclampsia. Entre las conclusiones se obtuvo que existe relación entre la cesárea y la desproporción cefalopélvica (significancia de 0,000, menor que 0.05); existe relación entre la cesárea y la macrosomía fetal (significancia de 0,000, menor que 0.05); y existe relación entre la cesárea y la Preeclampsia (significancia de 0,000, menor que 0.05).

Palabras clave: Cesárea, desproporción cefalopélvica, macrosomía fetal, preeclampsia.

ABSTRACT

The objective of this research is to determine which maternal risk factors are associated with caesarean section in pregnant women treated at the Otuzco Support Hospital in 2016 and 2017, which has been carried out through a quantitative, non-experimental, case study. and controls, analyzing a population of 882 clinical histories of women attended by childbirth through a sample of 67 clinical histories of cesarean deliveries (cases) and 100 clinical records of vaginal deliveries (controls) making a total of 167 medical records. The technique of documentary analysis was applied, applied through the analysis of the information recorded in the medical records, raising the information through a data collection card structured only to extract specific data from the medical records, so it does not require validity tests statistics. It was obtained as results that 40.1% of the pregnant women attended at the Otuzco Support Hospital in the 2016-2017 period have undergone cesarean section; 6.6% of the pregnant women attended by caesarean section have been due to pelvic cephalopathy disproportion; 3.6% of pregnant women attended by caesarean section have presented fetal macrosomia and 4.2% of them have been operated on for preeclampsia. Among the conclusions was obtained that there is a relationship between cesarean section and cephalopelvic disproportion (significance of 0.000, less than 0.05); there is a relationship between caesarean section and fetal macrosomia (significance of 0.000, less than 0.05); and there is a relationship between caesarean section and Preeclampsia (significance of 0.000, less than 0.05).

Key words: Caesarean, cephalopelvic disproportion, fetal macrosomia, preeclampsia.

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad Problemática

En la comunidad europea llegaron a un consenso por lo profesionales de salud desde el año 1985, que las tasas de cesárea oscilaban entre los 10 y 15%, sin embargo en la actualidad se reporta que en las Américas es del 38.9% en promedio, dato sacado del estudio de 25 países, sin tomar el sector privado. Así mismo la directora del Centro Latinoamericano de Perinatología de la Organización Panamericana de la Salud reporto que todos los profesionales: médicos, parteras y los demás profesionales deben reducir los números de cesáreas y solo indicarlas cuando sea necesario. Sin embargo, los médicos ginecólogos continúan llevando a las mujeres embarazadas a un procedimiento quirúrgico sin indicaciones previas ⁽¹⁾.

En el estudio de Zizza, en lo que respecta a las cesáreas a nivel mundial se usaron datos de 142 naciones encontrándose que el 47,2% de países tiene una prevalencia de cesáreas mayor al 15%, en el 27,5% de países tienen una prevalencia entre el 5% y el 15% así como que en la cuarta parte de los países analizados (25,3%) tienen una prevalencia menor al 5%; por otro lado, los países de América Latina y el Caribe presentaron un promedio de cesáreas de 23,7%, siendo la cifra más baja de 3% en Haití, y la más alta de 41,9% en República Dominicana⁽²⁾.

En Europa entre los años 2003 y 2013, la tasa de cesáreas ha aumentado en un 9,5 % en los últimos diez años, y actualmente esta intervención se lleva a cabo en uno de cada cinco nacimientos (21,8%) en los hospitales nacionales, y si se tuviera en cuenta los hospitales privados el porcentaje asciende hasta el 24,9 %, tal es así que en Italia el 35%de los nacimientos se producen por cesárea, en España el 25%, mientras en Finlandia esa tasa apenas llega al 15%⁽³⁾.

En América Latina, Brasil es el primer país con mayor tasa de cesáreas asciende hasta el 52%; luego le sigue en segundo lugar México 45,2%, este se sitúa en el cuarto lugar del mundo luego le sigue Estados Unidos, Brasil y China. Además, se ha observado que haber tenido un parto previo por cesárea

ya es un factor altamente predictivo en este país para que el siguiente nacimiento acabe en cesárea. La Organización Mundial de la Salud aconseja limitar estas intervenciones por razones de riesgos en la salud, económicos y educacionales. Sin embargo, la evidencia sobre cuáles son los factores que conducen a las cesáreas primarias (las que se realizan por primera vez) es escasa. También se puede mencionar a Colombia como un país que ha aumentado su tasa de cesáreas en estos últimos 10 años. Existen muchos factores que determinan esta tendencia: conveniencia profesional, deseo de las madres de tener cierta predictibilidad en el parto, temor a complicaciones sobrevenidas, sobre-medicalización del nacimiento, evidenciar cierta posición social⁽⁴⁾.

En los estudios en Perú, según la encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES) 2014 la prevalencia de cesáreas se incrementó de 21,4% a 28,6% entre los años 2009 y 2014; siendo este panorama aún más sombrío debido a que el mayor porcentaje de casos por cesáreas se presentan en las mujeres de mayores recursos (56%), así como en las mujeres con educación superior (48,4%). Estas prevalencias reflejan un origen multicausal, en primer lugar, debido a las indicaciones de esta, puesto que no siempre involucra un estado de salud alterado de la madre y/o del feto, lo cual se encuentra influenciado por las situaciones económicas, socioculturales, problemas legales, malas praxis, entre otros⁽⁵⁾.

En el Perú esta tendencia se evidencia en múltiples estudios nacionales existe una alta tasa de incidencia de cesárea; las cuales en algunos casos se deben a la asociación de diferentes factores predisponentes de tipo materno, fetal u ovular; y en otros casos siendo estrictamente causas de tipo personales y/o económicas, lo cual evidencia una falta de uniformidad para dicha intervención quirúrgica. Por otro lado, según el Boletín Estadístico de Nacimientos Perú 2015 del Ministerio de Salud (MINSU), la frecuencia de cesáreas en el Perú es de 35.4%, cifra muy por encima de lo recomendado por la OMS en los años 1985^(6,7).

En el año 2013, en el ámbito local, la tasa de cesárea se presentó en el Hospital Belén de Trujillo de 55.1%, en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray 50.9% y en el Hospital Regional Docente de Trujillo de 45.6%⁽⁸⁾.

Diversos factores han contribuido al aumento global de las tasas de cesáreas, entre ellos, mejores técnicas anestésicas y quirúrgicas, menor riesgo de complicaciones postoperatorias a corto plazo, factores demográficos y nutricionales, y la percepción de la seguridad del procedimiento por parte de los prestadores y las pacientes ⁽⁹⁾.

De acuerdo a Scott, 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 ⁽¹⁰⁾.

En un estudio realizado por Puentes muestra que el porcentaje nacional de cesáreas en México se había incrementado hasta un 35%, encontrándose estas cesáreas poco justificadas al punto de vista médico, ya que no eran debido al embarazo de alto riesgo sino que las únicas variables que justificaba este aumento eran las cesáreas previas⁽¹¹⁾.

Según el MINSA en el año 2015, las causas de cesáreas realizadas a las pacientes se presentaron en el siguiente orden de importancia; por ser cesareada anterior, 20%; por enfermedad hipertensiva del embarazo, 13,3%; por macrosomía fetal, 13,3 %, y por presentación alta, entre otras, 6,7%. En EsSalud, la presentación alta mostró un 20%, la cesáreada anterior, 10 %, y el resto, otras causas ⁽¹²⁾.

En el Hospital de Apoyo Otuzco, no se ha encontrado estudios en lo que respecta los factores maternos relacionados con la cesárea por lo que se ha creído conveniente realizar esta investigación, la cual beneficiará al sector materno-infantil sin la necesidad de invertir abundantes recursos económicos; de igual manera contribuir a realizar un consenso estadístico en lo que se refiere a las indicaciones de cesárea que acuden al Hospital Apoyo Otuzco,

sitio de referencia de toda la Red Otuzco y que podrán servir de base para la realización de estudios posteriores.

1.2. Trabajos previos

A nivel Internacional:

- Dávila G.⁽¹³⁾(Ecuador, 2014) en su investigación titulada Prevalencia y causas de cesárea en pacientes del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Carlos Andrade Marín en el primer semestre del 2013, analizó 793 historias clínicas de pacientes cuyo embarazo culminó mediante cesárea, hallando que la prevalencia de cesáreas fue de 50,32%; así mismo, la causa principal de parto por cesárea fue la cesárea previa con un 40,2%, en segundo lugar la desproporción céfalo-pélvica con 13,5% y en tercer lugar la mala presentación fetal con 11%. Como conclusión general obtuvo que todas las participantes presentaron al menos una cesárea superando ampliamente el 15% recomendado como máximo por la OMS, así mismo, todas las cesáreas realizadas son médicamente justificadas, coincidiendo con las indicaciones encontradas en diferentes estudios de Latinoamérica.
- Jáuregui M.⁽¹⁴⁾ (Ecuador, 2012) en Principales Causas de cesárea en la Fundación Humanitaria Pablo Jaramillo en Cuenca Ecuador, realizó un estudio descriptivo transversal retrospectivo analizando a una muestra de 1,160 mujeres embarazadas entre 13 y 45 años que recibieron atención término del embarazo y recibieron cesárea en el año 2011. Entre la principales conclusiones obtuvo que las causas maternas fueron las de mayor prevalencia en la población en estudio, (68.1%) y dentro de éstas la cesárea anterior (47.5%); seguido de las causas fetales, siendo el sufrimiento fetal agudo la de mayor presentación; las causas de cesárea en esta población son similares a lo encontrado en otros estudios, aunque las proporciones tengan alguna variabilidad, sin embargo seguimos por sobre la normativa establecida en todo el mundo en donde el parto por cesárea no debería superar el 15%.

- Vélez E., Tovar V, Méndez F, López C, Ruiz E.⁽¹⁵⁾(México, 2013), en Factores de Riesgo de la Operación Cesárea en el Hospital de Gineco-Pediatría del IMSS de Hermosillo, efectuaron un estudio de Casos y Controles analizando 654 expedientes clínicos, 327 mujeres sometidas a cesárea (casos) y 327 de mujeres de parto vaginal (controles). Entre las principales conclusiones obtuvo que en el año 2006, se tuvo una incidencia en la cesárea del 46%, dato que se encuentra por arriba de la media nacional (37.9%) y a más del doble del estándar establecido por la OMS; la probabilidad de practicar la cesárea en las mujeres, con una cesárea anterior fue del 40.15 veces más que las que no lo tienen; la probabilidad de practicar una cesárea en nulíparas fue 7.57 veces mayor que en las multíparas y hasta 1.7 veces más en las mujeres que pesan 80 ó más kilogramos.

A nivel Nacional:

- Álvarez C.⁽¹⁶⁾ (Piura, 2018) incidencia e indicaciones de cesárea en gestantes del hospital II de Sullana enero 2017. Estudio de enfoque observacional descriptivo y retrospectivo en una población de 2158 pacientes cesáreas, cuya muestra fue de 327 pacientes recolectadas de libros de cirugías de sala de operaciones, se encontró una incidencia de cesáreas de 59.1 %, de la cual el 64.8 % fue de causa materna :24.6 % corresponde a cesárea segmentaria previa y 22.9 % corresponde a preeclampsia-eclampsia . Y según causas fetales 41.7 % por compromiso de bienestar fetal y el 20 % por presentación podálica, ruptura prematura de membranas 32.2 % y oligohidramnios severo 29.4%; concluyendo que la incidencia de cesáreas es superior a lo recomendado por la OMS siendo la causa materna la principal causa de cesárea.
- Gonzales M.⁽¹⁷⁾(Perú, 2016) en Indicaciones de cesárea en el hospital Nacional Sergio Bernales durante el periodo 2014, Lima realizó un estudio analizando una muestra de 338 casos de cesárea en dicho hospital. Se encontró una frecuencia de la operación cesárea de 42,07%., siendo las principales indicaciones de cesárea: Cesárea Anterior (24.26%); Desproporción Céfalo-Pélvica (16.57); Pre-eclampsia o Eclampsia

(10.95%); Macrosomía Fetal (9.47%) y Ruptura Prematura de Membranas (8.87%). Concluyendo que las indicaciones de cesárea por causa materna fueron las más frecuentes las que representan el 63.02% del total y dentro de éstas la cesárea anterior (24.26%) fue la principal causa; así mismo, la frecuencia de la operación cesárea supera a lo recomendado por la OMS que es un 10-15%, la cual fue de 42,07%.

- Luque, A.⁽¹⁸⁾(Perú, 2016)Indicaciones y Tasa De Cesáreas en el Hospital EsSalud III Puno en el Año 2016, realizó un estudio analizando 940 partos, hallándose una tasa de cesáreas de 43,4%, y determinándose que el grupo etáreo más cesareado fue el de 30-34 años, (35%); la paridad predominante fue las multigestas(57%); la forma de inicio predominante fue el de parto espontaneo (47%); las indicaciones principales fueron la cesárea previa (25,5%) y el sufrimiento fetal agudo (18%); en la clasificación de Robson, se encontró la mayoría (33%) en el grupo 3; en segundo lugar (25%)el grupo 1, y en tercer lugar(13%) el grupo 5. Concluyendo que la tasa de cesáreas es mayor a la recomendada por la OMS, y determinándose que la clasificación de Robson es una herramienta útil y que puede ser fácilmente introducida para monitorizar e intervenir prospectivamente en grupos de mujeres.

- Patiño G.⁽¹⁹⁾ (Perú, 2011)en Tasa de Incidencia y Factores Determinantes de la Cesárea en los Hospitales de Tumbes 2011, realizó un estudio descriptivo, prospectivo, longitudinal analizando a las gestantes que se les practicó cesárea en el Hospital de Apoyo, del MINSA, y el Hospital de Nivel I, de EsSalud, tomando como muestra 30 pacientes de cada uno de los mencionados hospitales. Concluyó que la frecuencia de cesárea en el hospital de EsSalud fue de 58.76 %, y en el hospital del MINSA de 49.52 %; los factores maternos que determinaron la cesárea en los dos hospitales fueron las cesáreas anteriores en las pacientes mayores de 25 años; la frecuencia de cesáreas fue muy alta en los dos hospitales, siendo mayor en el hospital de EsSalud (58,7%), que en el hospital del MINSA

(49,52%); se comprueba que los factores asociados a la cesárea son fundamentalmente maternos.

- Carpio W.⁽²⁰⁾(Perú, 2015) realizó una investigación titulada Incidencia e Indicaciones de Cesárea en el Hospital Naylamp de EsSalud-Chiclayo durante el periodo enero - diciembre 2012. La muestra estuvo conformada por 154 casos de cesárea. Entre las principales conclusiones se halló que la incidencia de la operación cesárea fue de 27.70%; las principales indicaciones de cesárea fueron: Cesárea segmentaria previa con 23.4%, presentación Podálica con 22.7%, Desproporción céfalo-pélvica 21.4%, Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta (DPP) con 8.4%, Macrosomía Fetal Mayor de 4.500 gr con 6.5%; por otro lado, a la mayor proporción de gestantes (90.0%) le realizaron la cesárea cuando tuvieron gestación a término.
- Paiba M. y Dayani G.⁽²¹⁾ (Perú, 2015) en Causas de las Cesáreas en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque, realizaron un estudio no experimental, retrospectivo, analizando una población de 1,731 partos mediante una muestra de 140 historias clínicas de partos por cesárea y un mismo número por parto vaginal, obteniendo entre las principales conclusiones que las pacientes sometidas a Cesáreas mayormente son de edades de 19 a 34 años, siendo 70.7% parto por cesárea y 56.4% parto vaginal; por otro lado, las causas maternas asociadas al parto por cesárea fueron la cesárea previa, las distocias del canal del parto, el periodo intergenésico corto y enfermedad hipertensiva del embarazo; las causas fetales asociados al parto por cesárea fueron malformaciones congénitas, RCIU y la muerte fetal previa.
- Bustamante J, Vera O, Limo J, Patazca J.⁽²²⁾(Perú, 2014) en Frecuencias e Indicación de cesáreas, en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque 2010-2011, realizaron un estudio descriptivo, retrospectivo, analítico, analizando una muestra de 273 historias clínicas de gestantes, concluyendo que la edad materna más frecuente estuvo entre los 20 y 30 años (57,6%); el 63,4% del área rural; el estado civil conviviente (70,3%); el grado de instrucción secundaria completa (34,4%), la edad gestacional a término (85%); ningún control prenatal (59,3%). Por otro lado, la indicación

más frecuente fue cesárea segmentaria previa (25,6%); seguida por sufrimiento fetal agudo (13,9%), pre eclampsia o eclampsia (12,1%), presentación podálico (10,6%), macrosomía fetal mayor de 4,500 gr. (10,3%); oligohidramnios severo (9,2%); obteniendo como conclusión final que la frecuencia de operación cesárea es alta, la indicación más frecuente de cesárea fue cesárea segmentaria previa.

A nivel Local:

No se han encontrado estudios previos similares o análogos en las bibliotecas o hemerotecas de las diversas universidades de la localidad.

1.3. Teorías relacionadas al tema

Es llamada cesárea como la extracción del feto distócico o de más de 28 semanas o como mínimo de 500g junto a sus anexos por vía abdominal a través de laparotomía e histerotomía; otro autor define este nacimiento mediante una incisión en la pared abdominal (laparotomía) y en la pared uterina (histerotomía). No incluye la remoción del feto de la cavidad abdominal en el caso de ruptura del útero o embarazo abdominal⁽²³⁾.

La cesárea toma nombre de acuerdo a las características obstétricas como: primera al realizarse por primera vez, previa al conocerse de haber tenido una cesárea anterior e iterativa al saber que ha tenido más de dos cesáreas. Tipo de indicaciones urgentes, estas se programan con el tiempo premeditado para evitar complicaciones y poder solucionar con el tiempo preciso cualquier complicación en la paciente o feto y se realiza según la determinación del médico tratante que verifica la fecha más adecuada y por supuesto que sea antes de la fecha del inicio de parto ^(24,25).

También es un procedimiento electivo cuando existen razones de elegirla de manera optativa. Entre éstas razones tenemos cuando en el control del embarazo se detectan situaciones fetales transversas, cardiopatías maternas o desproporción pelvi fetal, es decir, mujer con pelvis estrecha o androide y

un feto de aproximadamente 3,900 g de peso, y/o placenta previa. Así también se prioriza la vida del feto y la madre, en el caso en el que la madre ha tenido dificultades en el transcurso del embarazo y al haber transcurrido, 37 semanas con normalidad aparente se realiza la cesárea para obtener el éxito del alumbramiento⁽²⁵⁾.

Una cesárea se determina como urgente cuando en sus últimos días de gestación se presenta alguna situación no prevista, los cuales son casos que no se pueden anticipar, ya sea por causas maternas, fetales, o materno fetales por lo que es necesario tratar de inmediato. En esta clasificación se considera preeclampsia, rotura uterina, herpes genital, macrosomía fetal, desproporción cefalo pélvica Sufrimiento Fetal, Placenta previa⁽²⁴⁻²⁶⁾.

En cuanto a las formas que se presentan encontramos anomalías según su origen como es la desproporción cefalopélvica y la de distocia de partes óseas, que, en caso de detectarse en los controles previos, puede constituirse en una cesárea electiva. Esta causa puede ser 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 céfalo pélvico se produce Toda reducción de los diámetros de la pelvis que disminuya su capacidad puede provocar una desproporción durante el trabajo de parto ⁽²⁵⁾.

Por otro lado, también se toma en cuenta los tumores óseos del canal del parto, la distocia de partes blandas que se da por malformaciones congénitas, los tumores del cuerpo uterino, cérvix, vagina y vulva que obstruyen el conducto del parto; así también la Distocia de la contracción que se presenta como una hemorragia (placenta previa o desprendimiento prematuro de la placenta), en éste caso la cesárea se practica por razones de emergencia; así también se pueden presentar casos de patología materna en los cuales se incluyen nefropatías, cardiopatías, hipertensión arterial o diabetes mellitus, que determinan someter a cesárea a la paciente⁽²⁶⁾.

Así mismo, otros autores señalan también que un parto por cesárea se debe llevar a cabo basándose en indicaciones de origen fetal, materno o ambas. el

85% de los partos por cesárea en Estados Unidos se realizan debido a parto por cesárea anterior, presentación de nalgas, distocia y sufrimiento fetal⁽²⁷⁾.

Algunos motivos son incuestionables para la realización de una cesárea, sin embargo, otros motivos pueden ser relativos y no debieran ser una indicación para realizarla, sino que se debería valorar el riesgo/beneficio ⁽²⁵⁾.

El Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG por sus siglas en inglés) define a la macrosomía fetal (también denominado hipertrófico), como aquel feto que pesa al menos 4000 grs.; su incidencia es de 7 a 10% de los recién nacidos vivos^(28, 29).

El feto macrosómico, es aquel feto que pesa más de 4000 gramos y constituyen el 0,05% de los recién nacidos, los mismos que por su gran volumen, puede causar distocia del estrecho superior o en el estrecho inferior al no permitir el descenso y el encajamiento⁽³⁰⁾.

Las complicaciones más severas de los trastornos hipertensivos del embarazo, tal como la preeclampsia severa, eclampsia, y el síndrome de Hellp se presentan pasada la vigésima semana de gestación. La preeclampsia severa es aquella preeclampsia asociada a uno de los siguientes criterios clínicos, presión sistólica igual o mayor a 160mmHg y diastólica igual o mayor 110 mmHg deterioro de la función hepática, con concentraciones de enzimas hepáticas. El síndrome Hellp hace referencia a las alteraciones a nivel hematológico y hepático más graves que pueden presentarse en las pacientes que cursan con preeclampsia. Para tomar la decisión del término de la gestación mediante la cesárea se debe tener en cuenta la situación en que se encuentre el equipo médico así como las condiciones obstétricas asociadas a las que estén sometidos en forma individual la paciente y el feto⁽³¹⁻³²⁾.

1.4. Formulación del problema

¿Cuáles son los factores de riesgo maternos asociados con la cesárea en gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo Otuzco durante el periodo 2016-2017?

1.5. Justificación del estudio

La conveniencia de la presente investigación radica en la importancia que ella tiene para el desarrollo del conocimiento y la práctica de las medidas de prevención y determinación de los factores maternos relacionados con la cesárea, en el Hospital de Apoyo Otuzco. Adquiere relevancia social, pues los resultados son beneficiosos para las gestantes, lo que permite una proyección social y académica hacia la solución de problemas de interés en salud pública, relacionados con atención del parto.

Al punto de vista de salud el presente trabajo de investigación adquiere implicancias prácticas ya que busca aportar un mayor conocimiento que verifique cual es la población más vulnerable, así como la frecuencia con que se presenta esta situación en las madres gestantes, para así, tener una noción más cercana a la realidad de lo que significa el abordaje de las involucradas, ayudando en forma práctica a resolver un problema cotidiano en materia de salud materna. De igual manera adquiere valor teórico en vista que contribuye a realizar un consenso estadístico en lo que se refiere a las indicaciones materno de cesárea en gestantes que acuden al Hospital de Apoyo Otuzco, llenando un vacío en el conocimiento de esta materia.

Metodológicamente se justifica en vista que permite proponer con mayor certeza planes que permitan a las instituciones responsables en salud y bienestar biopsicosocial la prevención de los factores maternos relacionados con la cesárea y asumir esta problemática de manera efectiva. Por otro lado, conociendo los factores maternos relacionados con la cesárea se puede evitar estas etiologías lo que redundará en menor riesgo y mayor confort a la mujer en el alumbramiento, constituyendo un aporte científico en beneficio de las ciencias médicas.

1.6. Hipótesis

H₀: Los factores de riesgo maternos, desproporción céfalo pélvica, macrosomía fetal y preeclampsia no se asocian con la cesárea en mujeres gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo Otuzco en el periodo 2016-2017.

H_i: Los factores de riesgo maternos, desproporción céfalo pélvica, macrosomía fetal, preeclampsia se asocian con la cesárea en mujeres gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo Otuzco en el periodo 2016-2017.

1.7. Objetivos

1.7.1. Objetivo general:

Determinar qué factores de riesgo maternos se asocian con la cesárea en mujeres gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo Otuzco en los años 2016 y 2017.

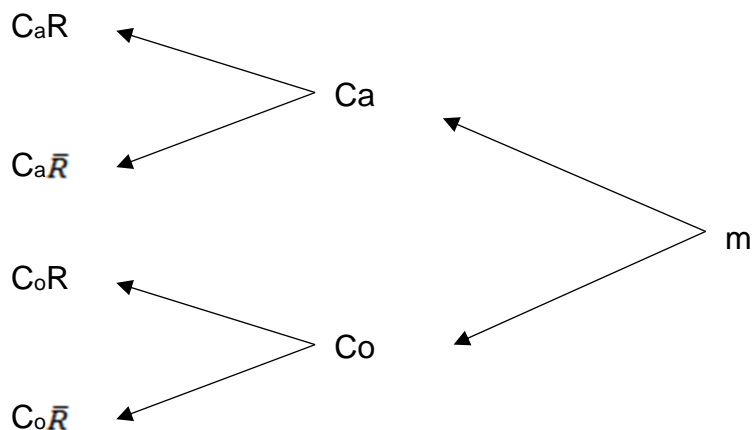
1.7.2. Objetivos específicos:

- Identificar la frecuencia de cesárea en el Hospital de apoyo de Otuzco.
- Determinar si la desproporción céfalo pélvica constituye un factor de riesgo para realizar la intervención de la cesárea en mujeres gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo Otuzco.
- Determinar si la macrosomía fetal constituye un factor de riesgo para realizar la intervención de cesárea en mujeres gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo Otuzco.
- Determinar si la preeclampsia constituye un factor de riesgo para realizar la intervención de cesárea en mujeres gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo Otuzco.

II. MÉTODO

2.1 Diseño de la investigación

Cuantitativo, no experimental, de casos y controles, representados por el siguiente gráfico: ³³⁻³⁴.



Donde:

m: Gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo Otuzco en el periodo 2016 -2017.

Ca: Gestantes sometidas a cesárea.

CaR: Casos con factores maternos asociados a la cesárea.

CaR̄: Casos sin factores maternos asociados a la cesárea.

Co: Gestantes atendidas con parto vaginal.

CoR: Controles con factores maternos asociados a la cesárea.

CoR̄: Controles sin factores maternos asociados a la cesárea.

2.2 Variables y Operacionalización de Variables

2.2.1 Identificación de Variables

Variable Independiente: Factores de riesgo maternos.

Variable Dependiente: Cesárea.

Operacionalización de Variables

VARIABLES	SUBVARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Factores maternos	Desproporción céfalo pélvica	Son malformaciones estructurales de la pelvis por alteración de los diámetros del estrecho superior medio y o inferior siendo una dificultad para el descenso del feto congénito adquirido. ^(28,36)	Se revisaron las historias clínicas para determinar si ha presentado Desproporción céfalo pélvica.	- Si - No	Nominal
	Macrosomía fetal	Se define como macrosomía fetal aquel feto que pesa más de 4 000 grs o que tiene un peso fetal estimado por ecografía más de 4 500 grs. ⁽²⁸⁾ .	Se revisaron las historias clínicas para determinar si ha presentado Macrosomía fetal.	- Si - No	Nominal
	Preeclampsia	Trastorno de la gestación que se presenta después de las 22 semanas, caracterizado por la aparición de hipertensión arterial asociada a proteinuria ⁽³¹⁾ .	Se revisaron las historias clínicas para determinar si ha presentado Preeclampsia.	- Si - No	Nominal
Cesárea		Extracción del o los fetos mayores de 28 semanas de gestación con peso mínimo de 500g en un embarazo distócico por vía abdominal a través de Intervención quirúrgica en las paredes abdominales (laparotomía) y en la pared uterina (histerotomía) ⁽²³⁾ .	Se revisarán las historias clínicas para determinar si fueron sometidas a cesárea según lo registrado en cada una de las gestantes.	- Si - No	Nominal

2.3 Población y muestra

2.3.1. Población:

La población estuvo constituida por 882 Historias Clínicas de gestantes que acudieron a su atención de parto al Hospital de Apoyo Otuzco, durante el período comprendido entre los años 2016 y 2017 (Anexo 1).

2.3.2. Muestra:

Para seleccionar la muestra en el presente estudio Caso – control, primero debemos de determinar la razón relativa también llamada el odds ratio, (OR) el cual resulta del cociente entre el riesgo en el grupo con el factor de exposición o factor de riesgo (Casos) y el riesgo en el grupo de referencia (controles) (que no tiene el factor de exposición) como índice de asociación, aplicando la siguiente formula⁽³³⁾.

$$OR = \frac{\text{Casos expuestos} \times \text{Controles no expuestos}}{\text{Casos no expuestos} \times \text{Controles expuestos}}$$

$$OR = \frac{236 \times 293}{118 \times 235} = 2.5$$

Por lo tanto en el presente estudio se tomarán muestras por separado para los casos y control, teniendo en cuenta lo siguiente⁽³³⁾:

p: Probabilidad de exposición a factores de riesgo = $(p_1 + p_2)/2$

p_1 : Probabilidad de exposición a factores de riesgo (Casos)

p_2 : Probabilidad de exposición a factores de riesgo (Control)⁸ = 50.5%

w: Odds ratio previsto (OR) = 2.5

$Z_{1-\alpha/2}$: Nivel de Seguridad= 95% =1.96

$Z_{1-\beta}$: Poder estadístico= 80% = 0.84

c: número de controles por cada caso = 1.5

Hallamos P_1

$$P_1 = \frac{w \times p_2}{(1-p_2)+wp_2} = \frac{2.5 \times 0.505}{(1-0.505)+2.5 \times 0.505} = 0.72$$

Se estima que aproximadamente el 72% de los casos están expuestas a factores riesgo.

$$P = (p_1 + p_2)/2 = 0.61$$

Para obtener el tamaño de la muestra aplicamos la siguiente fórmula: ³²

$$n = \frac{\left(z_{1-\frac{\alpha}{2}} \sqrt{(c+1)p(1-p)} + z_{1-\beta} \sqrt{c p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right)^2}{c(p_1 - p_2)^2}$$

$$n = 67$$

Teniendo en cuenta la relación (c) de 1.5 controles por cada caso, se analizarán 67 historias clínicas de partos por cesárea (casos) y 100 historias clínicas de partos vaginales (controles), por lo tanto se analizaron en total 167 historias clínicas.

2.3.3. Muestreo:

Se realizó un muestreo probabilístico estratificado, considerando como unidad de análisis a cada una de las historias clínicas de mujeres atendidas por parto y, que además cumplieron con los criterios de selección propuestos.

2.3.4. Criterios de Selección

2.3.4.1. Criterios de Inclusión:

Historias Clínicas de las mujeres atendidas por parto en el Hospital de Apoyo Otuzco durante el periodo 2016 y 2017, con datos completos.

2.3.4.2. Criterios de Exclusión:

Historias Clínicas de las mujeres atendidas por parto pretermino por causas distintas a las maternas.

2.3.5. Unidad de Análisis:

Historias clínicas de mujeres que se atendieron por parto en el Hospital de Apoyo Otuzco durante el periodo 2016 y 2017.

2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

2.4.1. Técnica:

En la presente investigación se aplicó la técnica de análisis documental, aplicada mediante el análisis de la información registrada en las historias clínicas, de las gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo Otuzco durante el periodo 2016 y 2017.

2.4.2. Instrumento:

El instrumento de recolección de datos (ANEXO 2) estuvo constituido por una ficha de recolección de datos en la que se registraron los datos anotados en las historias clínicas, teniendo como base las variables a investigar.

En la primera parte, se anota el tipo de parto, determinándose parto vaginal o parto por cesárea; en la segunda parte se anotarán los factores maternos que se relacionan con el parto tales como desproporción céfalo pélvica, macrosomía fetal o preeclampsia.

Los datos serán inscritos en las fichas de recolección de datos mediante el método de análisis documental.

2.4.3. Validación y Confiabilidad de Instrumento:

En la presente investigación se empleó como instrumento de recolección de datos una ficha de recolección de datos estructurada únicamente para extraer datos concretos de las historias clínicas de las pacientes, la cual al no constituir una encuesta o entrevista en base a un cuestionario no requiere ser validada ya que la validez por definición es el grado en que un instrumento en verdad mide la variable que se busca medir, lo cual en el presente caso, está dado por los datos concretos de las historias clínicas y la confiabilidad se refiere al grado en que

un instrumento produce resultados consistentes y coherentes, los mismos que está dado en los respectivos ítems de los datos a extraer de las respectivas historias clínicas; en tal sentido, se considera que los datos de las historias clínicas son totalmente confiables.

2.4.4. Procedimiento de recolección de datos:

Aprobado el proyecto se realizó las coordinaciones respectivas con las autoridades del Hospital de Apoyo Otuzco, para obtener el permiso necesario para la ejecución del presente trabajo de investigación. Con el permiso correspondiente se solicitó al servicio de admisión las historias clínicas que fueron atendidas durante los años 2016 y 2017. De las historias clínicas seleccionadas que cumplieron los criterios de inclusión se extrajo la información necesaria, la que a su vez se registró en una ficha de recolección de datos diseñada especialmente para ese fin (Anexo 1).

2.5 Métodos de análisis de los datos

El análisis de datos se realizó con apoyo de la informática, empleando la hoja de cálculo Excel 2010 y el software estadístico SPSS v 24.0.0.

El análisis descriptivo se realizó mediante tablas de distribución de frecuencia de doble entrada con valores absolutos y relativos.

Una vez ingresados los datos en la hoja de cálculo Excel 2010, se trasladó la información al software estadístico SPSS v 24.0.0, realizando la contrastación de hipótesis mediante el estadístico Chi cuadrado asumiendo un valor $p= 0.05$, es decir un riesgo de 5% de concluir que existe una asociación entre las variables cuando no hay una asociación real, o dicho de otro modo, como el valor p es igual o menor a la significancia, rechazamos la hipótesis nula y concluimos que si hay relación entre las variables en estudio. Posteriormente se compararon los resultados obtenidos con estudios ya realizados anteriormente relacionados con el tema.

- Si $p < 0.05$, se acepta la hipótesis alterna o hipótesis de investigación de manera significativa.
- Si $p < 0.01$, se acepta la hipótesis alterna o hipótesis de investigación de manera altamente significativa.
- Si $p > 0.05$, se rechaza la hipótesis alterna o hipótesis de investigación y por consiguiente se acepta la hipótesis nula.

2.6 Aspectos éticos

Esta investigación está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos, proteger su salud y sus derechos individuales; con el único propósito de encontrar respuestas claras, las cuales no representen riesgos o daños en la salud de quienes participen en él. Se considerará la garantía del anonimato a las participantes del estudio. A lo largo del desarrollo del presente trabajo se puso énfasis al cumplimiento de los principios de la Declaración de Helsinki ⁽³⁵⁾.

III. RESULTADOS

Tabla 1 Frecuencia de cesárea en el Hospital de Apoyo de Otuzco 2016-2017.

Período	Partos por cesárea		Parto vaginal		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
2016	37	22.1	50	29.9	87	52.1
2017	30	18.0	50	29.9	80	48.0
TOTAL	67	40.1	100	59.9	167	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

Observamos que el 40.1 % de las gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo Otuzco en el periodo 2016 -2017 han sido sometidas a operación por cesárea, siendo el 22.1% de las gestantes atendidas en el año 2016 y el 18% atendidas en el año 2017.

Tabla 2 Relación entre la desproporción céfalo pélvica y la intervención por cesárea en mujeres gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo Otuzco 2016-2017.

DESPROPORCIÓN CEFALOPÉLVICA	TIPO DE PARTO						Medida de relación
	PARTO POR CESÁREA		PARTO VAGINAL		TOTAL		
	N°	%	N°	%	N°	%	
SI	11	6.6	4	2.4	15	9.0	0.000
NO	56	33.5	96	57.5	152	91.0	
TOTAL	67	40.1	100	59.9	167	100	

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación

Observamos que el 6.6% de las gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo Otuzco por cesárea ha sido por presentar desproporción céfalo pélvica.

Para analizar estadísticamente la relación entre la desproporción céfalo pélvica y la intervención por cesárea en mujeres gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo Otuzco 2016- 2017, se plantea la hipótesis nula que no existe relación entre el parto por cesárea y la desproporción cefalopélvica, frente a la hipótesis alterna que si existe relación entre el parto por cesárea y la desproporción cefalopélvica, analizando mediante la prueba chi cuadrado en la cual se ha hallado una significancia de 0,000, menor que 0.05, por lo que se rechaza la hipótesis nula que no existe relación entre la cesárea y la desproporción cefalopélvica, aceptando a su vez la hipótesis alterna que si existe relación entre la cesárea y la desproporción cefalopélvica.

Tabla 3 Relación entre la macrosomía fetal y la intervención de cesárea en mujeres gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo Otuzco 2016- 2017.

TIPO DE PARTO							
MACROSOMÍA FETAL	Partos por cesárea		Partos vaginal		T OTAL		Medida de relación
	N°	%	N°	%	N°	%	
SI	6	3.6	1	0.6	7	4.2	0.000
NO	61	36.5	99	59.3	160	95.8	
TOTAL	67	40.1	100	59.9	167	100	

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

Observamos que el 3.6% de las gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo Otuzco por cesárea han presentado macrosomía fetal.

Para analizar estadísticamente la relación entre la macrosomía fetal y la intervención por cesárea en mujeres gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo Otuzco 2016- 2017, se plantea la hipótesis nula que no existe relación entre el parto por cesárea y la macrosomía fetal, frente a la hipótesis alterna que si existe relación entre el parto por cesárea y la macrosomía fetal, en la cual mediante la prueba chi cuadrado, se ha hallado una significancia de 0,000, menor que 0.05, por lo que se rechaza la hipótesis nula que no existe relación entre la cesárea y la macrosomía fetal, aceptando a su vez la hipótesis alterna que si existe relación entre la cesárea y la macrosomía fetal.

Tabla 4 Relación entre la preeclampsia y la intervención de cesárea en mujeres gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo Otuzco 2016- 2017.

PREECLAMPSIA	TIPO DE PARTO						Medida de relación
	Partos por cesárea		Partos vaginal		TOTAL		
	N°	%	N°	%	N°	%	
SI	7	4.2	4	2.4	11	6.6	0.000
NO	60	35.9	96	57.5	156	93.4	
TOTAL	67	40.1	100	59.9	167	100	

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Interpretación

Observamos que el 4.2% de las gestantes atendidas por cesárea en el Hospital de Apoyo Otuzco en el periodo 2016 -2017, han sido intervenidas por preeclampsia.

Para analizar estadísticamente la relación entre la preeclampsia y la intervención por cesárea en mujeres gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo Otuzco 2016- 2017, nos planteamos la hipótesis nula que no existe relación entre el parto por cesárea y la preeclampsia, frente a la hipótesis alterna que si existe relación entre el parto por cesárea y la preeclampsia, en la cual mediante la prueba chi cuadrado, se ha hallado una significancia de 0,000, menor que 0.05, por lo que se rechaza la hipótesis nula que no existe relación entre la cesárea y la preeclampsia, aceptando a su vez la hipótesis alterna que si existe relación entre la cesárea y la preeclampsia.

IV. DISCUSIÓN

La cesárea es un procedimiento que consiste en extraer el feto, mediante laparotomía e histerotomía, cuando no es posible o es dificultoso el parto por vía vaginal. En la actualidad han disminuido la morbilidad y mortalidad materno neonatal que ocurría con la cesárea, pero han propiciado su abuso. La decisión para llevar a cabo una cesárea puede depender del obstetra, del sitio del parto y de los partos anteriores o antecedentes personales de la mujer, así como de algunos aspectos que pueden constituir factores de riesgo tales como la desproporción cefalo pélvica, macrosomía fetal, preeclampsia, entre otras; en algunos casos la cesárea es la única técnica a tener en cuenta como forma de terminación del parto.

En la Tabla 1 observamos que el 40.1 % de las gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo Otuzco en el periodo 2016 -2017 han sido sometidas a operación por cesárea, siendo el 22.1% de las gestantes atendidas en el año 2016 y el 18% atendidas en el año 2017, en contraste con el 59.9% de las atendidas por parto vaginal o natural; estos valores nos indican que de cada 10 mujeres embarazadas, 4 de ellas darán parto por cesárea, lo cual es superior al porcentaje recomendado por la OMS por lo que podemos decir que existe un alto índice de atenciones por cesárea en el mencionado nosocomio.

Esto se repite en el Perú, siendo una evidencia de la falta de políticas institucionales nacionales que evalúen el desempeño profesional en forma constante y promuevan de esta manera una mejora continua en su capacidad resolutive antes de realizar una cesárea. Según los estudios de Luque⁽¹⁸⁾ en su estudio revelo que la tasas de cesárea es el 43.3%, los cuales corresponden a las edades de 30 a 34 años de edad, con predominio de las multigestas (57%), por lo cual es una tasa mayor a lo recomendado por la OMS .Asimismo se tienen los mismos resultados en el Hospital Sergio Bernales de Lima, según el estudio de Gonzales M.⁽¹⁷⁾, donde la tasa de cesárea es del 63.02%. y en Tumbes en un estudio comparativo de EsSalud y MIINSA en una muestra de 30 pacientes de

cada hospital concluyeron que el 58,76% corresponde a EsSalud y el 49.52% correspondió a MINSA, los cuales tuvieron causa materna⁽¹⁹⁾.

La cesárea es la extracción del feto distócico con más de 28 semanas o con peso mínimo de 500g junto a sus anexos por vía abdominal a través de laparotomía e histerotomía⁽²³⁾; constituye un procedimiento electivo al existir razones o elegirla de manera optativa, durante los controles del embarazo, en donde se detectan situaciones fetales transversas, cardiopatías maternas o desproporción pélvica fetal, es decir, mujer con pelvis estrecha y un feto de aproximadamente 4000g de peso, y/o placenta previa. También se considera el caso de gestante o madre con cesárea previa en la cual se prioriza la vida del feto, debido a la lucha constante de la madre con el feto y el alumbramiento de su bebe, así como el caso de la madre que ha tenido dificultades de concebir, estos antecedentes y el embarazo transcurrido a partir de las 37 semanas, y por considerarlo un feto valioso se realiza la cesárea para obtener el éxito de este alumbramiento⁽²⁴⁾.

En la Tabla 2 observamos que el 6.6% de las gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo Otuzco por cesárea ha sido por presentar desproporción céfalo pélvica, y el 33.5% no han presentado dicha desproporción; así mismo, al analizar estadísticamente la relación entre la desproporción céfalo pélvica y la intervención por cesárea, determinamos que si existe relación entre la cesárea y la desproporción cefalopélvica.

Estos resultados difieren del estudio de Dávila G (Ecuador, 2014)⁽¹⁴⁾, el cual concluyó que la causa principal de parto por cesárea fue la cesárea previa con un 40,2%, en segundo lugar la desproporción céfalo-pélvica con 13,5%; así mismo del estudio de Carpio W (Perú, 2015)⁽¹⁸⁾ quien concluye que las principales indicaciones de cesárea han sido cesárea segmentaria previa 23.4%, presentación podálica 22.7%, desproporción céfalo-pélvica 21.4%, desprendimiento prematuro de placenta normo inserta 8.4%, y macrosomía Fetal 6.5%.

La desproporción céfalo pélvico se produce, por deformaciones pélvicas causadas por mala nutrición, causas congénitas o accidentes que alteran los diámetros del canal vaginal, obstaculizando la salida del bebe en el momento del

Parto, provocando la incompatibilidad de la cabeza o el cuerpo de bebé para pasar por la pelvis de la madre. Sin embargo existen pelvis ginecoides con las medidas normales con fetos en mala actitud o por otro tipo de malformaciones como gigantismo o hidrocefalia⁽²⁹⁾. El diagnóstico de desproporción céfalo-pélvica se utiliza a menudo cuando el progreso del trabajo no es suficiente y el uso de oxitocina no tiene éxito con el tratamiento médico.

La desproporción céfalo-pélvica rara vez se puede diagnosticar antes de que comience el parto si el bebé se piensa que es grande o la pelvis de la madre es conocida por ser pequeña. La ecografía se utiliza para estimar el tamaño del feto, pero no totalmente fiable para determinar el peso fetal. Un examen físico que mide tamaño de la pelvis a menudo puede ser el método más preciso para el diagnóstico de desproporción céfalo-pélvica. Si un verdadero diagnóstico de la desproporción céfalo-pélvica no se puede hacer, la oxitocina se administra a menudo para ayudar a la progresión del trabajo de parto. Alternativamente, se cambia la posición fetal.

En la Tabla 3 observamos que el 3.6% de las gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo Otuzco por cesárea presentan macrosomía fetal, mientras que el 36.5% de las mismas no han presentado dicha estructura fetal.

Estos resultados difieren de los resultados hallados por Jáuregui M (Ecuador, 2012)⁽¹⁵⁾, el cual concluye que la principal indicación fetal de cesárea fue el sufrimiento fetal agudo, seguido de distocia de presentación y en tercer lugar la macrosomía fetal.

La macrosomía fetal, también denominado hipertrófico, definida por el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG), como aquel feto que pesa más de 4 000 grs., o que tiene un peso fetal estimado por ecografía con más de 4 500 grs.⁽³⁰⁾, el feto macrosómico constituyen el 0,05% de los recién nacidos, por su mismo volumen, puede causar distocia del estrecho superior o estrecho inferior al no permitir el descenso y el encajamiento³¹; la fisiopatología de la macrosomia está relacionada a la condición materna o a la condición del desarrollo fetal, está íntimamente relacionada con la diabetes gestacional, en general cuando está mal controlada, así como en casos de obesidad en la madre y/o aumento excesivo de peso en la madre. Otra posible causa de esta condición es un

embarazo prolongado, más allá de la fecha esperada del parto, el riesgo de este tipo de bebés nacidos por cesárea es alto.

En la Tabla 4 observamos que el 4.2% de las gestantes atendidas por cesárea en el Hospital de Apoyo Otuzco en el periodo 2016 -2017, han sido intervenidas por preeclampsia, mientras que el 35.9% no han presentado dicha complicación.

Estos resultados difieren del estudio de Bustamante M. et al⁽²²⁾ (Perú, 2014), el cual concluye que la indicación más frecuente fue cesárea segmentaria previa (25,6%); seguida por sufrimiento fetal agudo (13,9%), pre eclampsia o eclampsia (12,1%), presentación podálico (10,6%), macrosomía fetal mayor de 4,500 gr. (10,3%); oligohidramnios severo (9,2%). Así mismo en el estudio de Alvarez ⁽¹⁶⁾ en Sullana se encontró una incidencia de cesáreas de 59.1%, de la cual el 64.8% fue de causa materna: 24.6% corresponde a cesárea segmentaria previa y 22.9% corresponde a preeclampsia-eclampsia.

La preeclampsia también denominada toxemia gravídica, es una condición que ocurre solamente durante el embarazo; es una complicación que causa hipertensión arterial (presión alta), daños a los riñones y otros problemas generalmente después de la semana 20 de gestación, aunque también puede aparecer antes, a veces, su progresión es lenta, pero en otros casos aparece bruscamente al final del embarazo. Se manifiesta con hipertensión arterial, retención de líquidos (edemas) y proteínas en la orina (proteinuria) y puede ser leve, moderada o severa, dependiendo de las cifras de presión arterial y de la pérdida de proteínas en la orina; esta enfermedad se soluciona con el nacimiento del bebé, que deberá programarse basándose en la edad gestacional y en el estado de salud materno-fetal.

La preeclampsia impide el crecimiento intrauterino adecuado del bebé, disminuye la concentración de volumen del líquido amniótico y, en casos extremos, puede provocar el desprendimiento prematuro de la placenta; el riesgo para la vida del bebé es muy alto y la inducción del parto es la solución de elección en la mayoría de los casos.

Del análisis estadístico mediante la prueba Chi cuadrado a los tres factores, se ha determinado que en los tres casos, la significancia es menor que 0.05, y cada

uno de los factores analizados si tienen relación con la cesárea, por lo tanto la desproporción cefalo pélvica, la preclampsia y la macrosomía fetal guardan relación con la cesárea, constituyendo por ello factores de riesgo para realizar la intervención de la cesárea en mujeres gestantes, siendo que la desproporción cefalo pélvica se presenta en mayor proporción en el presente estudio.

V. CONCLUSIONES

1. El 40.1% de las gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo Otuzco en el periodo 2016 -2017 han sido sometidas a operación por cesárea.
2. Existe relación entre la cesárea y la desproporción cefalopélvica. (significancia de 0,000, menor que valor p 0.05).
3. Existe relación entre la cesárea y la Macrosomía fetal(significancia de 0,000, menor que valor p 0.05).
4. Existe relación entre la cesárea y la Preeclampsia(significancia de 0,000, menor que valor p 0.05).

IV. RECOMENDACIONES

1. Analizar los indicadores de salud como se está atendiendo en el Hospital de Apoyo Otuzco por presentarse tasas de cesáreas muy elevadas.
2. Se recomienda al personal de salud del departamento de Gineco Obstetricia que durante la atención concepcional se realice la identificación de los factores de riesgo (DPC, Macrosomía fetal y preeclampsia) para realizar cesárea a las gestantes, se debe optimizar medidas para realizar seguimiento oportuno a las gestantes con riesgo y realizar programación adecuada de CST en el Hospital de Otuzco .

V. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. MedlinePlus. Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU. [Revista en Internet] Cesárea, Parto por cesárea. [Consultado el 12 oct 17] Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/cesareansection.html>
2. Zizza A., Tinelli A., Malvasi A., Barbone E., Stark M., De Donno A., et al.. Cesárea en el mundo: un nuevo enfoque ecológico. Revista de medicina preventiva e higiene. [Revista en Internet] 2011. [Consultado el 15 nov 17]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/221971800_Caesarean_Section_in_the_world_A_new_ecological_approach
3. Europa Press/Asturias. Estudio del Ministerio de Sanidad, [Internet] Madrid 2015. [Consultado el 2 oct 17]. Disponible en: <http://www.europapress.es/asturias/noticia-numero-partos-cesarea-espana-aumenta-casi-10-ultimos-10-anos-20131219150324.html>
4. Webconsultas. Revista de Salud y Bienestar. Los porqués de la epidemia de cesáreas en México. [Revista en Internet] 2017. [Consultado el 22 nov 17]. Disponible en: <http://www.webconsultas.com/noticias/embarazo/los-porques-de-la-epidemia-de-cesareas-en-mexico>
5. INEI. ENDES. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014. [Consultado el 22 nov 17]. Disponible en: https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf
6. Ministerio de Salud. MINSA. Boletín Estadístico de Nacimientos Perú 2015 Disponible en: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/ogei/CNV/Boletin_CNV_16.pdf.
7. Gálvez, E Tasa de incidencia de cesárea en el hospital “San José” del callao, periodo enero-diciembre 2013 [Tesis para optar el Título de médico cirujano] Perú-Lima. Universidad Mayor de San Marcos; 2014. [Consultado el 10 nov 17] Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3512/3/Galvez_le.pdf

8. Gerencia Regional de Salud La Libertad. Reporte de Partos 2013. Trujillo: Ministerio de Salud; 2014. [Consultado el 02 dic 17] Disponible en: http://www.diresalalibertad.gob.pe/index.php?option=com_content&view=article&id=5936.
9. Red Asistencial La Libertad. Indicadores de salud Hospital Base Víctor Lazarte Echegaray 2013. Trujillo: EsSalud; 2014.
10. Scott JR. Avoiding labor problems during vaginal birth after cesarean delivery. ClinObstetGynecol. 1997; 40:533-41. 8.
11. Puentes E, Dantés O, Garrido F. Las cesáreas en México: tendencias, niveles y factores asociados. Salud pública de México ISSN: 0036-3634 [Revista en Internet]. Feb. 2004; 46 (1): [15 pantallas]. [Consultado el 27 nov 17] Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342004000100003 Citado Marzo 4, 2010.
12. Ministerio de Salud. MINSA. Boletín Estadístico de Nacimientos Perú: 2015. Sistema de Registro del Certificado de Nacido Vivo en línea. Abril 2016. [Consultado el 15 dic 17]. Disponible en: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/ogei/CNV/Boletin_CNV_16.pdf
13. Dávila G. Prevalencia y causas de cesárea en pacientes del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Carlos Andrade Marín (H.C.A.M.) en el primer semestre de 2013. [Tesis de Grado para el título de Médico] Colegio de Ciencias de la Salud. Universidad San Francisco de Quito - Ecuador. [Consultado el 20 dic 17]. Disponible en: <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/2958/1/109870>. Pdf
14. Jáuregui M. Principales causas de Cesárea en la Fundación Humanitaria Pablo Jaramillo, Enero-Diciembre 2011. [Tesis de Grado para el título de Médico] Universidad del Azuay, Ecuador. 2012. [Consultado el 27 nov 17] Disponible en: <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/88/1/09248.pdf>
15. Vélez E., Tovar V, Méndez F, López C, Ruiz E. Factores de Riesgo de la Operación Cesárea en el Hospital de GinecoPediatria del IMSS de

- Hermosillo, Sonora. México. [Artículo en Internet] Bol ClinHospInfant Edo Son 2013; 30(1): 16-23. [Consultado el 29 nov 17]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/bolclinhosinfson/bis-2013/bis131d.pdf>
16. Alvarez C. Incidencia e Indicaciones De Cesárea En Gestantes Del Hospital De Apoyo II de Sullana, Enero-Diciembre 2017 [Tesis para optar el Título de médico cirujano] Piura – Peru .Universidad Privada Antenor Orrego. 2018
 17. Gonzales M. Indicaciones de cesárea en el hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el periodo 2014, Lima. [Tesis para optar el Título de médico cirujano] Perú-Lima. Universidad Ricardo Palma; 2016. [Consultado el 30 nov 17]. Disponible en: <http://cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp/522>
 18. Luque A. Indicaciones y Tasa De Cesáreas en El Hospital Essalud III Puno en el Año 2016 [Tesis para optar el título de médico cirujano] Perú-Puno. Universidad Nacional del Altiplano. 2017. [Consultado el 10dic 17]. Disponible en: <http://docplayer.es/52915241-Universidad-nacional-del-altiplano.html>
 19. Patiño G. Factores determinantes de la cesárea en los hospitales de Tumbes, Gerencia de Servicios de Salud, Dirección Regional de Salud – Tumbes. 2011 [Revista en Internet] [Consultado el 29 nov 17] Disponible en: http://www.uap.edu.pe/Investigaciones/Esp/Revista_15-02_Esp_03.pdf
 20. Carpio W. Operación Cesárea: Incidencia e Indicaciones en el Hospital Naylamp de Essalud-Chiclayo durante el periodo enero – diciembre 2012. [Tesis para optar el título de médico cirujano] Perú – Lima. Universidad de San Martín de Porres, Facultad de Medicina Humana. [Consultado el 02 dic 17]. Disponible en: http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1183/3/Carpio_wv.pdf
 21. Paiba M. y Salazar G. Causas de cesáreas en el hospital provincial docente belén de Lambayeque, 2014 [tesis para optar el título de médico cirujano]. Lambayeque, Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, facultad de Medicina Humana; 2015. [Consultado el 16dic 17]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/291795846/Causas-de-Cesareas>

22. Bustamante J, Vera O, Limo J, Patazca J. Frecuencia e Indicación de cesárea en el Hospital Provincial Docente Belén-Lambayeque 2010-2011. [Revista en Internet] Rev. cuerpo méd. HNAAA 7(1) 2014. [Consultado el 18dic 17]. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/cuerpomedicohnaaa/v7n1_2014/pdf/a02v7n1.pdf
23. Odent M. La Cesárea. Barcelona: Editorial La Liebre de marzo. 2006.
24. Cunningham, G Obstetricia de Williams. Vigésimosegunda Edición. México. Mc Gra Hill, 2006.
25. Herane A, Driggers R. Parto normal, parto quirúrgico y anomalías de la presentación fetal. Madrid, Marbñan 5, 2010.
26. Williams y col. Obstetricia. Vigésimo primera edición. Editorial Panamericana. 2004.
27. SEGO. Fundamentos de Obstetricia Madrid: Grupo ENE; 2007.
28. Lineamiento Técnico para la Indicación y Práctica de la Operación Cesárea. Disponible en: www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL6170.doc.
29. Gonen O., Rosen D., Dolfin Z., Tepper R., Markov S., y Fejgin M. Induction of labor versus expectant management in macrosomia: a randomized study. ObstetGynecol, 89(6), 913-917. 1997. [Consultado el 18 nov 17] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9170464>
30. Echais JF. "Cesarea.Experiencia en el Hospital General de Oxapampa. Revista UNMSM Ginecol.obstet: 50 (2): 106-110. Perú: Lima 2010.
31. RD N° 026 -2018 -DG -INMP/MINSA. Guia práctica clínica para la prevención y manejo de la preeclampsia y eclampsia. Instituto Nacional Materno Perinatal. Ministerio de Salud. Perú: Lima 2018
32. Brown D, Berran P, Kaplan KJ, Winter WE, Zahn CM. Special situations: abnormal cervical cytology during pregnancy. ClinObstetGynecol 2005; 48:178-85.

33. Supo J. Bioestadística. Diseño de casos y controles. Técnicas para seleccionar una muestra representativa. Nov 2013. Disponible en: <http://josesupo.com/proyecto-de-investigacion-diseno-de-casos-y-contrroles>.
34. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Fundamentos de la Metodología de la Investigación. España. Editorial Mc Graw Hill. 2013.
35. Declaración de Helsinki: Principios éticos para la investigación Médica sobre sujetos humanos. Dr. Jorge Luis Manzini Hospital Privado de Comunidad Programa de Bioética de la Universidad Nacional Mar del Plata [en línea], Argentina 2010. [Consultado el 10dic 17] Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v6n2/art10.pdf>
36. Palermo M. Embarazo Normal y de Alto Riesgo. Ed. Amolca. Argentina. 2014 pag.759.

ANEXOS

ANEXO 1

Población de gestantes que acudieron a su atención de parto al Hospital de Apoyo Otuzco, durante el período comprendido entre los años 2016 y 2017

La población estuvo constituida por 882 Historias Clínicas de gestantes que acudieron a su atención de parto al Hospital de Apoyo Otuzco, durante el período comprendido entre los años 2016 y 2017.

POR AÑOS

AÑOS:	CASOS	CONTROL	TOTAL
2016	195	264	459
2017	159	264	423
TOTAL	354	528	882

POR EXPOSICIÓN

EXPOSICIÓN	CASOS	CONTROL	TOTAL
Expuestos	236	235	471
No expuestos	118	293	411
TOTAL	354	528	882

CÁLCULO DEL ODDS RATIO (OR) o RAZÓN RELATIVA:

$$\text{OR} = \frac{\text{Casos expuestos} \times \text{Controles no expuestos}}{\text{Casos no expuestos} \times \text{Controles expuestos}}$$

$$\text{OR} = \frac{236 \times 293}{118 \times 235} = \frac{69,148}{27,720} = 2.5$$

NÚMERO DE CONTROLES POR CADA CASO (C):

$$C = \frac{\text{Total Controles}}{\text{Total Casos}} = \frac{528}{354} = 1.5$$

CÁLCULO DE PROBABILIDAD DE EXPOSICIÓN A FACTORES DE RIESGO (p₂):

HOSPITAL	%
Hosp Belen	55.1%
Hosp Lazarte	50.9%
Hosp Regional	45.6%
Promedio	50.5%

ANEXO 2

FACTORES DE RIESGO MATERNOS ASOCIADOS CON LA CESÁREA EN MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO OTUZCO DURANTE EL PERIODO 2016.

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

I. DATOS GENERALES

NRO. HC.....

II. TIPO DE PARTO

VAGINAL ()

CESÁREA ()

III. FACTORES MATERNOS:

A. Desproporción cefalopélvica:

Si ()

No ()

B. Macrosomía fetal

SI ()

NO ()

C. Preeclampsia

SI ()

NO ()



JUSTICIA SOCIAL
CON INVERSIÓN

"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"

Huaranchal 9 de octubre del 2018



OFICIO N° 1 -2018/GRSRLL/MRC/PSH

Doctor:

Segundo Arcadio Alfaro Lujan

Director Ejecutivo de la Red de Salud Otuzco

ASUNTO : SE SOLICITA AUTORIZACIÓN PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS PARA LA EJECUCIÓN DE TESIS Y OBTENER LA SEGUNDA ESPECIALIDAD DE EMERGENCIA OBSTÉTRICAS.

ATENCIÓN : COMITE DE INVESTIGACION.

Por medio del presente le saludo cordialmente y a la vez le solicito autorización para recolección de datos para ejecución de tesis y obtener la Segunda Especialidad de Emergencia Obstétrica, título de Investigación, factores de Riesgos Maternos Asociados con la Cesárea en Mujeres Atendidas en el Hospital de Apoyo Otuzco 2016-2017

Sin otro particular me despido cordialmente de usted

Atentamente

Gladys Yesenia Rosaes Llontop
Obstetra
COP: 24788

FORMATO PARA EVALUACIÓN DE CUESTIONARIO

DATOS DEL EVALUADOR:.....
 APELLIDOS Y NOMBRES..... MEJIA CORCUERA FELIX.....
 N° DE COLEGIATURA..... 29135.....
 PROFESION..... Ginecologo.....
 LUGAR DE TRABAJO HOSPITAL GICA DC TRUJILLO.....
 CARGO DE DESEMPEÑO Ginecologo.....
 AREA Gineco obstetrico.....

DIMENSIONES	ITEMS DE PREGUNTAS	ESCALA EVOLUTIVA			OBSREVACIONES
		A	B	C	
I	1	/			
II	2	X			
III	3	X			

ESCALA EVALUATIVA DE CORRESPONDENCIA ÍTEMS – OBJETIVOS

A: Totalmente de acuerdo.

B: De acuerdo.

C: Desacuerdo.


 DR. Felix Mejia Corcuera
 C.M.P. 29135 R.N.E. 16904

FORMATO PARA EVALUACION DEL CUESTIONARIO

DATOS DEL EVALUADOR:

Apellidos y Nombres:..... Sánchez Estrada Miguel.....

Numero de colegiatura:..... 29287.....

Profesión:..... Ginecologo.....

Lugar de trabajo:..... HOSPITAL DISTRITAL SANTA ISABEL.....

Cargo que desempeña:..... Ginecologo.....

Área:..... Gineco obstetricia.....


Dimensiones	Ítems- Preguntas	Escala Evolutiva			Observaciones
		A	B	C	
I	1.	X			
II	2.	X			
III	3.	X			

ESCALA EVALUATIVA DE CORRESPONDENCIA ITEMS- OBJETIVOS

A: TOTALMENTE DE ACUERDO

B: DE ACUERDO

C: DESACUERDO


 Dr. Miguel Sánchez Estrada
 GINECOLOGO OBSTETRA
 C.M.P. 29287 RNE. 26684

FORMATO PARA EVALUACION DEL CUESTIONARIO

DATOS DEL EVALUADOR:

Apellidos y Nombres: Díaz Vargas Heis Abigail

Numero de colegiatura: 10191

Profesión: Obstetra

Lugar de trabajo: Universidad César Vallejo

Cargo que desempeña: Docente

Área: Obstetricia

Dimensiones	Ítems-Preguntas	Escala Evolutiva			Observaciones
		A	B	C	
I	1	X			
II	2	X			
III	3	X			

ESCALA EVALUATIVA DE CORRESPONDENCIA ITEMS- OBJETIVOS

A: TOTALMENTE DE ACUERDO

B: DE ACUERDO

C: DESACUERDO

Heis Abigail

CONSTANCIA DE ASESORÍA

Señores

Jurado Evaluador de Desarrollo de Tesis de Especialidad

Universidad César Vallejo

Presente. -

De mi consideración:

Yo, ANA VILMA PERALTA IPARRAGUIRRE, con DNI N° 181404701 y Colegiatura N° 10257, Coordinadora de Especialidades Facultad de Ciencias Médicas-Universidad Cesar Vallejo, hago constar que he realizado la Asesoría de la Tesis de Investigación denominada: "Factores de riesgo materno asociados con la cesárea en mujeres atendidas en el Hospital de Apoyo Otuzco", siendo la autora la Licenciada Obst. Rosales Llontop Gladys Yesenia.

En tal sentido se firma la constancia para los fines pertinentes.

25 de Octubre del 2018


Dra. Ana Vilma Peralta Iparraguirre
DNI N° 181404701