



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA

**Factores asociados a cesárea en embarazo prolongado,
Hospital de Apoyo II – Sullana, 2020**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

Médico Cirujano

AUTOR:

Pérez Burgos Yajaira Duané (ORCID: 0000-0001-5664-7629)

ASESOR:

Mg. González Ramírez, Rodolfo Arturo (ORCID: 0000-0001-5072-1672)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Salud Materna

PIURA- PERÚ

2022

DEDICATORIA

A mis padres por haberme formado y forjado como una persona llena de valores y principios y responsable en todo, además de ser ambos mi apoyo incondicional y estar ahí motivándome a seguir adelante pese a los obstáculos. Por eso les dedico todo mi esfuerzo durante estos arduos años de mi carrera, ya que son mi más grande motivación para lograr mis metas.

Gracias queridos padres míos.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar agradecer a Dios ,porque sin él no hubiera podido llegar donde estoy, el no haberme rendido y haber cumplido mayoría de mis metas. A mis padres porque gracias a paciencia, comprensión, motivación y apoyo incondicional ,no estaría cumpliendo mi más grande sueño, ser una profesional en el área de salud. No obstante quiero agradecer a mis hermanos, amigos, y a las personas que confiaron y creen en mí, porque fueron un soporte diario para seguir y no rendirme. Además porque gracias a ellos, sé que existe el amor, la amistad y el apoyo incondicional.

Muchas gracias a todos mis seres queridos por haber confiado en mí y haberme ayudado.

ÍNDICE

Carátula.....	i
Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Índice de contenidos.....	iv
Índice de Tablas.....	v
Resumen.....	vi
Abstract.....	vii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEÓRICO.....	4
III.METODOLOGÍA.....	13
3.1 Tipo y Diseño de estudio de investigación.....	13
3.2 Variables y Operacionalización.....	13
3.3 Población, muestra y muestreo.....	13
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	15
3.5 Procedimientos.....	15
3.6 Método de análisis de datos.....	15
3.7 Aspectos éticos.....	16
IV. RESULTADOS.....	16
V. DISCUSIÓN.....	21
VI. CONCLUSIONES.....	24
VII. RECOMENDACIONES.....	25
REFERENCIAS	
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N°1: Aspectos sociodemográficos y tipo de parto de las gestantes, del hospital de apoyo II- Sullana 2020.....	16
TABLA N° 2: Características del parto de las gestantes del Hospital de Apoyo II-Sullana 2020.....	18
TABLA N°3: Factores asociados al embarazo prolongado en gestantes del Hospital de Apoyo II- Sullana 2020.....	20

RESUMEN

Objetivo: Identificar los factores asociados a cesárea en embarazo en vías de prolongación del Hospital Apoyo II -Sullana de enero - diciembre 2020.

Métodos: se realizó un estudio analítico observacional retrospectivo de cohorte en 376 gestantes en vías de prolongación del Hospital de Apoyo II-Sullana,2020.Donde se identificó los factores asociados a cesárea en embarazo prolongado, el análisis se hizo en el programa estadístico IBM SPSS Statistics 25.0.

Resultados:

Se encontró que existen diversos factores asociados a cesárea en embarazos prolongados, donde uno de los principales fue la edad de la madre que oscilan de 25 a 30 años, donde se obtuvo un OR=3.56 e intervalo de confianza al 95% de 4.34 ,además del IMC de gestantes con sobrepeso(38.83%) con parto vaginal.

Conclusiones:

Existen factores asociados al término del embarazo por cesárea en mujeres gestantes que tienen grado de instrucción secundaria, estado civil casada, mujeres que se encuentren estudiando y aquellas que son empresarias presentan factores como: la desproporción cefalopélvica, la preeclampsia y la distancia. En fase activa hay riesgo en cuanto a la edad; de 25 a 30 años y el índice de masa corporal en sobrepeso además de la nuliparidad.

Palabras clave: factores de riesgo, embarazo prolongado, parto vaginal, cesárea.

ABSTRACT

Objective: To identify the factors associated with caesarean section in pregnancy in the process of being prolonged at the Hospital Apoyo II-Sullana from January- December 2020.

Methods:

A retrospective observational analytical cohort study was carried out in 376 pregnant women in the process of prolonging the Hospital Apoyo II Sullana 2020. Where the factors associated with cesarean section in prolonged pregnancy were identified. The análisis was done in the staticial program IBM SPSS Statistics 25.0

Results:

It was found that there are several factors associated with caesarean section in prolonged pregnancies, where one of the main ones was the age of the mother, which ranges from 25 to 30 years, where an OR = 3.56 and a 95% confidence interval of 4.34 were obtained, in addition of the BMI of pregnant women with overweight (38.83%) with vaginal delivery.

Conclusions:

There are factors associated with the termination of pregnancy by cesarean section in pregnant women who have a secondary education degree, married marital status, women who are studying and those who are businesswomen present factors such as: cephalopelvic disproportion, preeclampsia and distance. In the active phase there is risk in terms of age; from 25 to 30 years and the body mass index in overweight in addition to nulliparity.

Keywords: risk factors, prolonged pregnancy, vaginal delivery, cesarean section.

I. INTRODUCCIÓN

La gestación o embarazo prolongado, según la Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología (FIGO), se considera como aquella que tiene una duración mayor a las cuarenta y dos semanas de ausencia de periodo menstrual, o aquel embarazo que dura 294 días desde la fecha de última regla.

Los embarazos que sobrepasan las 41 semanas tienen una incidencia del 4-19%, de estos el 2-7% llegan a cumplir las 43 semanas. Y el 94% del total de gestaciones, mayores a 41 semanas, son consideradas gestaciones con alto riesgo y con una mortalidad elevada.

Las causas de gestaciones prolongadas no han sido definidas del todo, pero existen hipótesis. Una de las hipótesis es la hormonal, en ella se plantea un descenso de progesterona y estrógeno que altera el mecanismo del parto. Otra hipótesis es la mecánica, se plantea una disminución del tamaño uterino en la que se retrasa el comienzo del parto. Y, por último, la hipótesis fetal, en la que existen alteraciones en el feto como anencefalia. La causa más prevalente del diagnóstico de gestación prolongada es un mal cálculo al establecer la fecha de última menstruación.

Este tipo de gestaciones se relaciona a una mortalidad y morbilidad perinatal incrementada. La probabilidad de que ocurra una mortalidad en el feto incrementa 2.5 más veces en embarazos cuya duración va de 41 a 42 semanas. Así mismo, se ha encontrado una asociación de la gestación prolongada con distocias del trabajo del parto y cesáreas. (1, 2)

En nuestro país, las gestaciones prolongadas tienen una prevalencia de 5-8% actualmente, son considerados embarazos de alto riesgo por la elevada mortalidad que tienen. Las indicaciones más frecuentes, en un embarazo prolongado, para terminar en cesárea, fueron la inducción fallida del trabajo de parto en un 25%, el sufrimiento fetal en un 50% y la desproporción cefálica y pélvica en un 13%, (3)

En la actualidad, la incidencia de cesáreas electivas y no electivas han aumentado en un 10 a un 15%. Sin embargo, esta incidencia es variada entre un país y otro. En el 2020, se reportó una frecuencia del 33% en cesáreas en el continente latinoamericano. Las causas que justifican el aumento de este proceso quirúrgico son médicas, culturales y socioeconómicas. En nuestro país, en el año 2020, según ENDES, manifestó una prevalencia del 32% al 35% desde el año 2016 hasta el año pasado, considerándose esta situación poco alentadora para el bienestar de la madre y del feto. (3, 4)

Con respecto al riesgo que genera una gestación prolongada, encontramos a nivel materno; la cesárea, endometritis y sangrado post parto. A nivel fetal; macrosomía fetal, síndrome de aspiración meconial, sufrimiento fetal y otros.

La mortalidad del feto incrementa luego de la semana 42 y la probabilidad se triplica luego de las 43 semanas. La mayoría de los casos de mortalidad fetal se deben a la asfixia dentro del útero que se genera por la insuficiencia placentaria; esta última situación genera también, si el feto logra sobrevivir, malformaciones anatómicas con énfasis en el sistema nervioso central y periférico. Además, existen condiciones que se evidencian con frecuencia en gestaciones prolongadas como macrosomía fetal y esta patología es considerada un determinante de riesgo de traumas obstétricos, dificultad para regular las alteraciones metabólicas como policitemia e hipoglicemia. (1)

Si bien es cierto, el conocimiento por parte del médico ha tenido un avance con el tiempo a fin de reducir los riesgos que conlleva una intervención quirúrgica como la cesárea y con eso la mortalidad del feto. Sin embargo, como se ha mencionado, la tasa de cesáreas ha incrementado en la actualidad; se cree que esto se debe a el exceso de verosimilitud que le dan los médicos a la tecnología, llevando a realizar prácticas que deshumanizan el acto de vivir. Aunque esta técnica quirúrgica, cuando es bien indicada, reduce los riesgos de complicaciones tanto para la madre como para el feto.

La incidencia de cesárea es una preocupación para los sistemas de salud en diferentes partes del mundo, por lo que es necesario establecer los determinantes que incrementan esta intervención quirúrgica para disminuir lo

más posible, su práctica desmedida. (5) es por ello se plantea la siguiente problemática mediante la pregunta: ¿Qué factores están asociados a cesárea en embarazo en vías de prolongación del Hospital Apoyo II Sullana de enero - diciembre 2020?. Se determinó que desde el año 1985, se debe ubicar entre el 5%-10% la tasa de cesáreas, debido a que un porcentaje mayor o menor al indicado incrementaría la morbilidad y mortalidad de la madre y perinatal.

Estudios publicados señalan que el incremento de cesáreas es debido a múltiples factores, resaltando como principales en la madre los cambios fisiológicos y la asociación que presenta con el abordaje obstétrico; teniendo en cuenta que existen otros factores institucionales y sociales. Es por ello que se señala que no existe un único factor que sea responsable del aumento de los porcentajes de cesáreas realizadas, debido a que el conglomerado de factores como la realización de prácticas por parte de los médicos-obstetras, la situación económica, la edad de la madre, acceso a servicios de salud, criterio del profesional médico y en muchos casos razones monetarias, todo lo mencionado ha producido un incremento del parto por cesárea.

Por tal motivo el presente estudio permite conocer la situación real del impacto de los distintos factores involucrados en las mujeres embarazadas que terminan su gestación por cesárea, debido a que en nuestro país hay escasa información, y los datos obtenidos servirán como fundamento para los profesionales de la salud permitiéndoles tener conocimiento de los factores que apoyarían a que la gestante culmine su embarazo por cesárea.

Por ello, la presente investigación tiene como objetivo general: Identificar los factores asociados a cesárea en embarazo en vías de prolongación del Hospital Apoyo II Sullana de enero - diciembre 2020, y como objetivos específicos: esta primero identificar aquellos factores maternos que están asociados a cesárea en embarazo en vías de prolongación, segundo identificar aquellos factores obstétricos que están asociados a cesárea en embarazo en vías de prolongación, luego determinar los factores perinatales asociados a cesárea en embarazo en vías de prolongación en el Hospital de Apoyo II- Sullana 2020, y finalmente determinar los factores patológicos asociados a cesárea en embarazo en vías de prolongación.

II. MARCO TEÓRICO

Mose A, Abebe H. 2021. África. Los autores de la investigación plantearon como fin de su trabajo establecer la magnitud y los determinantes relacionados con partos por vía abdominal en una ciudad del país. La investigación fue transversal, retrospectiva y analítica. La población analizada fue de 235 mujeres embarazadas con 37 a 42 semanas de gestación. Los resultados obtenidos en este trabajo de investigación fueron que la magnitud de partos vía abdominal fue del 33% (IC 95%), las gestantes fueron más del área urbana (IC 95%, OR 2.58), el 45% tenía el antecedente de gestaciones múltiples (IC 95%, OR 1.77-5.33), el 65% presentó antecedente de intervención quirúrgica abdominal en sus embarazos anteriores (IC 95%, OR 2.23-5.54), más de la mitad de la población tenían 41 semanas de gestación (IC 95%, OR 2.54-3-45). La conclusión del trabajo fue que los partos por vía abdominal o cesárea tuvieron porcentajes altos de incidencia en esta población. La mayoría de las gestantes tenían antecedentes de embarazos múltiples, cesárea en embarazos previos, mala presentación y una gestación actual de más de 37 semanas. Estos hallazgos fueron determinantes relacionados con partos vía cesárea. Recomiendan informar a las gestantes sobre los riesgos de las cesáreas y las indicaciones de esta intervención. (6)

Roy A, Puerta P, Pradip C, Rahaman M, Kapasia N. 2021. India. Los autores plantearon como propósito de su trabajo de investigación establecer los determinantes relacionado a parto por cesárea en una ciudad del país. La investigación fue transversal, analítica, prospectiva. La población analizada fueron 190 898 gestantes cuyas edades variaban entre los 15 y los 50 años, que además tuvieras un hijo en los 5 últimos años. Los resultados obtenidos fueron que el 20% de las pacientes habían sido sometidas a intervención quirúrgica abdominal para dar a luz a su hijo, la edad promedio de las gestantes analizadas fue de 35 años, el nivel de educación prevalente fue secundaria completa. Con respecto a las probabilidades de cesárea fue mayor en aquellas que residían en zonas privadas (IC 95%, OR 2.33), con antecedente de cesárea previa (IC 95%, OR 1.23) y con gestaciones mayores a 38 semanas (IC 95%, OR 2.34). La conclusión del trabajo fue que una buena educación en las gestantes redujo la

incidencia de cesáreas electivas, como determinantes asociados a cesárea se encontraron la edad gestacional mayor a 38 semanas, el antecedente de cesárea previa como los más frecuentes en esta población. Se recomienda realizar atención prenatal eficaz para reducir los partos por cesáreas que no son indicaciones absolutas o relativas. (7)

Dorji T, Wangmo K, Dorjey Y, Dorki N, Chhetri K, Tsherinkg R, et al. 2021. Asia. Los autores de esta investigación colocaron como fin de su trabajo analizar los determinantes asociados a cesárea en una ciudad del país. La investigación fue transversal de tipo retrospectiva. La población estudiada fueron todos los pacientes que acudieron a intervención quirúrgica para extracción de feto entre los años 2013 y 2018. Los resultados obtenidos fueron que la tasa de prevalencia de cesárea fue del 19%, las indicaciones de cesárea en la población de estudio fueron sufrimiento fetal, inducción fallida del trabajo de parto y una gestación prolongada. Los determinantes asociados al parto por cesárea fueron la edad de la madre mayor a 25 años, que el sexo del feto sea masculino, el número de hijos en la gestante, antecedente de embarazos múltiples y un embarazo de más de 40 semanas. La conclusión del trabajo fue que la cesárea se realizó en mujeres con antecedentes de cesárea, en embarazos prolongados y en aquellos fetos con sufrimiento. La recomendación es que para disminuir la incidencia de cesárea se debe realizar el diagnóstico de parto prolongado de forma preventiva. (8)

Sinchitullo A, Roldán L, Arango P. 2020. Lima. Los autores de esta revista peruana elaboraron como fin de su investigación establecer los determinantes asociados a los partos por cesárea en personas que fueron atendidas en el área de ginecología y obstetricia de un hospital del país. La investigación fue retrospectiva, analítica y de tipo casos y controles. La población analizada fueron todas aquellas gestantes que tuvieron partos por vía vaginal y por cesárea en los años 2014-2018. Los resultados obtenidos fueron que la mujer embarazada que tenía un antecedente de cesárea fue un determinante relacionado a cesárea con un IC 95% y un OR 1.54. No se evidenció relación de la cesárea con la edad, los controles prenatales y la edad gestacional con un IC 95% y un OR 8.93. La conclusión de la investigación fue que el antecedente de cesárea y tener menos

de 3 hijas mostraron una asociación significativa con los partos por vía cesárea.
(9)

Zúñiga N. 2019. Tacna. La autora de la presente tesis planteó como objetivo de su trabajo establecer los determinantes relacionados e indicaciones de cesárea en un hospital de la ciudad. La investigación fue de tipo casos y controles, retrospectiva. La población estudiada fue de 235 gestantes. Los resultados obtenidos fueron que la tasa de incidencia de partos por vía abdominal fue de 55%, los determinantes relacionados, con más frecuencia, a cesárea fueron el antecedente materno de cesárea, el tamaño del feto (macrosómico) y situaciones ovulares como oligohidramnios. La conclusión de la tesis fue que la tasa de cesáreas supera a la establecida por la OMS en esta población. Los determinantes encontrados que tienen relación con la cesárea fueron el antecedente de cesárea, trastornos hipertensivos del embarazo, una gestación prolongada, feto macrosómico, ruptura prematura de membranas y sufrimiento fetal. (10)

Suárez G. 2021. Piura. El autor elaboró como fin de su trabajo establecer la frecuencia, la etiología y las complicaciones, además de los determinantes de riesgo de cesáreas con falta de justificación en un hospital de la ciudad. La investigación fue transversal, observacional, analítica y retrospectiva. La población de estudio estuvo formada por 232 gestantes que tuvieron sus partos entre los años 2016-2018. Los resultados encontrados fueron que del total de la población que fueron sometidas a cesárea, el 29% fue una intervención justificada, mientras que el resto del porcentaje fue una intervención sin sustento. Las electivas fueron el 19% y el resto fueron cesáreas de emergencia o urgencia. Las principales indicaciones encontradas fueron una dilatación detenida en la mayoría de los casos, cesárea anterior en el 24%, un trabajo de parto prolongado en un 15%, y en el resto de los porcentajes se encontró miomas, malformaciones congénitas, sufrimiento fetal, óbito fetal, hemorragia post parte, entre otras. Los determinantes asociados fueron gestantes multigestas, cesáreas no programadas, infecciones del tracto urinario. La autora concluye que la frecuencia de cesáreas no sustentadas fue del 30% y los determinantes

encontrados fueron la multiparidad, el antecedente de cesárea y el parto prolongado. (11)

Cruz R. 2018. Piura. El autor plantea como fin de su trabajo realizar una comparación entre las complicaciones a nivel materno durante el III trimestre de la gestación en mujeres adolescentes y en mujeres con edad avanzada en un hospital de ciudad. La investigación fue descriptiva, observacional, retrospectiva. La población estuvo constituida por 497 personas que estuvieron hospitalizadas. Los resultados de la investigación fueron que, del total de la población de estudio, 57% fueron gestantes adolescentes y el resto fueron gestantes con edad mayor a 35 años. El término de los embarazos en cesárea fueron de 203 personas. Con respecto a los determinantes encontrados, los controles prenatales fueron los más prevalentes para terminar en cesárea en adolescentes en comparación con la edad avanzada. Las hospitalizadas presentaron como complicación frecuente la anemia en grado moderado, con énfasis en gestantes adolescentes. En cuanto a la comparación realizada entre ambos grupos, se encontró mayores complicaciones en las gestantes adolescentes; desproporción cefálica y pélvica, anemia, ITU, oligohidramnios, parto pretérmino. La conclusión de la investigación fue que existe una asociación entre la edad de la madre de una gestante adolescente y unas personas con edad avanzada, en relación con las complicaciones de la madre sobre todo en el primer III de la gestación (12).

La cesárea es un procedimiento quirúrgico que se lleva a cabo por medio de una incisión en la pared abdominal y uterina para generar el alumbramiento del feto. Se lleva a cabo cuando existen contraindicaciones para ejercer un parto por vía vaginal.

Su incidencia se ha incrementado en la actualidad en diferentes países en los últimos 20 años, alcanzando cifras más elevadas en los últimos 5 años. La etiología de este incremento es diversa, pero se evidencia que existe un descenso de partos vía vaginal luego de una cesárea. (13)

Existen situaciones por las cuales la intervención quirúrgica a nivel de la pared abdominal y uterina para extraer al feto sigue aumentando significativamente en todo el mundo:

- Los procesos de inducción del trabajo de parto han aumentado, conllevando a un parto inducido, con énfasis en mujeres que nunca han tenido un parto.
- La edad materna, sobre todo las de edades mayores a 35 años y con antecedente de nuliparidad.
- Las nulíparas tienen una probabilidad a ser sometidas a cesárea.
- La práctica de usar el monitoreo fetal electrónico, en lugar de la auscultación cardiaca fetal, genera un estado no tranquilizador para el feto aumentando el porcentaje de intervención quirúrgica para alumbramiento fetal.
- La presentación fetal, cada vez es más frecuente la presentación de nalgas.
- El índice de masa corporal mayor a 30 kilogramos por metro cuadrado en gestantes incrementa la probabilidad de cesárea.
- Trastornos hipertensivos del embarazo, induce a cesárea durante el trabajo de parto.
- Gestantes que hayan sido sometidas a terapia de reproducción asistida.
- Gestantes con antecedente de cesárea previa.
- Por decisión de la madre. (4,13)

Existen cuatro tipos de intervención quirúrgica con incisión en la pared abdominal y uterina para alumbramiento fetal y placentario:

- Cesárea electiva: aquella que surge como una técnica programada antes de que la gestante comience el trabajo de parto, con indicación materna o fetal que imposibilite un parto vaginal.
- Cesárea de recurso: aquella intervención que se realiza durante el trabajo de parto, por indicación patológica de la madre, el feto o mixta. En ella encontramos la falla en la inducción, la desproporción fetal pélvica, distocia del proceso de dilatación. Y no existe una probabilidad de complicación para la madre o el feto.
- Cesárea urgente: intervención que surge como producto de una complicación o patología de la madre o el feto. Se puede originar antes

del parto, durante el trabajo de parto. La intervención debe ser rápida, es decir no debe ser mayor a treinta minutos.

- Cesárea de emergencia: se efectúa cuando hay peligro de muerte para el feto o la madre. El alumbramiento debe ser en menos de quince minutos. Las causas pueden ser un prolapso de cordón, DPP, placenta previa, entre otros. (14)

En cuanto a las técnicas generalmente se suele hacer una incisión de tipo transversal en el área suprapúbica pero también se realiza la incisión vertical medial para realizar laparotomía.

La incisión que se realiza de forma transversal es la de tipo Pfannenstiel o también se usa de la Maylard, de los 2 tipos la más recomendada es la primera.

Incisión transversal: Mediante el corte de tipo Pfannenstiel, se realiza la incisión transversal, la cual consiste primero en efectuar un corte en la piel y capas; a nivel de la sínfisis del pubis específicamente a ± 3 cm del borde superior de la estructura mencionada y tiene un tamaño de 15 centímetros generalmente. A nivel de la línea media se atraviesa la fascia. Lo ideal es hacer el corte individualmente. Se ligarán los grandes vasos, como los epigástricos inferiores, los vasos presentes entre los músculos y las vainas. Se continúa haciendo una separación cefálica y posteriormente lateral para crear un área ligeramente circular de 7 a 8 centímetros de radio. Se realiza una separación de rectos abdominales y piramidales, a nivel de la línea media. Se realiza la disección de fascia y peritoneo. Se comprueba vejiga, epiplón e intestino para evidenciar que no estén adyacentes y se hace la incisión del tejido peritoneal. (15)

Histerectomía: Una vez localizado el útero, se realiza un corte transversal en el segmento uterino inferior. En el útero puede haber dos tipos de incisiones; la más utilizada es la incisión transversal baja, pues tiene una tasa de reparación alta y genera menor sangrado en comparación con la incisión clásica. Además, produce menos adherencias a intestino o epiplón. Se realiza una rotación del órgano en mención con el propósito de que el ligamento redondo se localice en una posición anterior y muy cerca de la línea media. De esta forma se reduce el riesgo de lesión de arteria uterina. El corte se debe realizar en casi todo el

diámetro del útero, en el segmento inferior. La distancia entre la vejiga y útero no debe ser superior a los 5 centímetros.

Una vez hecho el corte en el segmento uterino inferior, se debe tener cuidado con realizar un trauma del feto. Se termina abrir el útero con los dedos índices del ginecólogo y haciendo una ligera presión hacia adelante y arriba. La longitud de la incisión debe ser lo suficientemente extensa como para permitir la extracción del feto sin producir desgarros u otro tipo de lesiones. (4, 13, 15, 16)

Extracción fetal: Si el feto se presentara cefálico, la mano del ginecólogo debe localizarse entre la sínfisis del pubis y la cavidad fetal, se inclinará a nivel de la incisión la cabeza. Una vez localizada la cabeza en el corte, se ejerce una presión de intensidad moderada en el fondo uterino abdominal. Se sujeta la cabeza fetal con una mano, con la otra las piernas fetales y se termina de extraer al feto.

Si no existiese trabajo de parto, con material quirúrgico se extrae la cabeza del feto y con los dedos se corrobora la presencia o ausencia de circulares de cordón umbilical. Se realiza un giro de la cabeza para poder posicionarlo en forma vertical, se sujeta la cabeza con ambas manos y el ayudante debe ejercer una tracción hacia abajo desde el fondo transabdominal para que el hombro anterior pase el corte. Posteriormente sale el hombro posterior y el cuerpo con gran facilidad. (17)

En cuanto a las indicaciones ,como se ha mencionado, la prevalencia de cesáreas ha incrementado en la actualidad por diferentes situaciones. El 95% se deben a sufrimiento fetal, distocias, presentación anómala fetal y cesáreas previas.

Las indicaciones se clasifican en relativas o absolutas. Es relativa cuando el motivo clínico podría resolverse por vía vaginal pero el juicio médico decide llevarlo a parto vía cesárea. La indicación absoluta es aquella que debe ser resuelta de forma quirúrgica por medio de la pared abdominal y uterina.

En cuanto a las indicaciones absolutas tenemos el prolapso de cordón umbilical, en esta patología hay salida del cordón por el cérvix, esto genera una presión de

los vasos del cordón provocando hipoxia en el feto; otra causa es la placenta previa debido a que la inserción de la placenta cubre en forma parcial o total el cérvix imposibilitando un parto vía vaginal; otra causa es la situación del feto, si está transverso es improbable el parto vía vaginal; el desprendimiento de la placenta de forma prematura es otra causa de indicación absoluta por la hipoxia y mortalidad fetal que tiene si no es sometida a cesárea de emergencia.

También se han identificado otras causas de indicación absoluta para intervención quirúrgica abdominal y uterina, como la presentación de frente del feto, el verdadero sufrimiento fetal, la desproporción cefálica y pélvica, rotura uterina, acretismo placentario y paro o muerte de la madre. (15, 18)

Las indicaciones relativas son la placenta marginal o de inserción baja, en esta patología si se presenta sangrado es factible iniciar el trabajo de parto espontáneo; otra indicación es la presentación de nalgas, también es indicación la presión arterial de la madre incrementada pues durante el trabajo de parto tiende a subir la presión unos 20 mmHg de la sistólica y podría tener consecuencias para la madre y para el feto; otra indicación son los fibromas o quistes en los ovarios, estos necesitan una cesárea de urgencia, antecedente de cesárea anterior, que el trabajo de parto no progrese, la madre con infecciones como VIH positiva o virus del herpes simple, gestaciones múltiples, circulares de cordón umbilical, corioamnionitis y muerte del feto dentro del útero. (19)

Los principales riesgos, si comparamos un parto vía vaginal y un parto por cesárea. El primero tiene un descenso en las condiciones quirúrgicas de la madre en un embarazo posterior. La ventaja de la intervención quirúrgica abdominal y uterina es la menor tasa de lesión a nivel perineal o lesiones del piso pélvico. Y con respecto al neonato, hay menores tasa de traumas en el recién nacido y óbitos fetales, sin embargo, hay una mayor tasa de problemas respiratorios. (11)

En la profilaxis de atonía uterina, el medicamento usado como elección es la oxitocina de tres a cinco unidades internacionales, la vía de administración es la endovenosa. Su uso es con la finalidad de generar las contracciones uterinas y reducir el riesgo de pérdida sanguínea. No debe esperarse el alumbramiento de

la placenta para su administración. Luego se administrará una segunda carga de oxitocina intravenosa de diez a veinte unidades internacionales diluidas en 500 mililitros de solución cristaloide de suero fisiológico al 9% y debe pasarse en un promedio de 4 horas, es decir 125 gotas por hora.

Un análogo de la oxitocina es la carbetocina, su uso es recomendado solo en caso de cesárea con alto riesgo de sangrado postparto. La dosis para utilizar es de 100 microgramos, vía endovenosa, dosis única y se debe pasar lento y diluido. (20)

La gestación prolongada o en vías de prolongación, se conceptualiza como aquella que alcanza las cuarenta y dos semanas de embarazo o los 294 días cumplidos desde la fecha de último periodo menstrual.

Las gestantes cuya edad gestacional sobrepasa las semanas 41 más 1 día y las 42 semanas, son consideradas mujeres con un embarazo en vías de prolongación.

La prevalencia reportada, de gestaciones post término o prolongadas, en diversos estudios varía entre 3 a 15%. Las diferencias que existen entre estos estudios se deben a los instrumentos utilizados para determinar la edad gestacional fueron diferentes. Por ejemplo, cuando se utilizó la fecha de última menstruación, la prevalencia alcanzaba un porcentaje de 11 a 15, sin embargo, cuando a la fecha de última regla se le integra una prueba ecográfica, la prevalencia se reduce en porcentaje del 1.5 a 3.

Esta situación produce una elevada morbilidad y mortalidad perinatal y materna, esto está relacionado al compromiso que existe con el feto y la placenta; las condiciones que generan este compromiso son: la macrosomía fetal, cuando el peso del feto es mayor a cuatro mil gramos; el oligohidramnios, está estrechamente relacionado a gestación post término; la presencia de meconio, esta situación está presente entre el 25 a 30 % de las gestaciones post término y la morbilidad aumenta por el síndrome de aspiración meconial; y la post madurez, presente entre el 10 al 25% de los neonatos post término y a su vez

se asocia a comorbilidades como temperatura corporal disminuida, viscosidad incrementada, disminución de la glucosa y aumentos de las células sanguíneas.

Según la última actualización de la FIGO, la definición de gestación prolongada es la que dura como mínimo 42 semanas desde la ausencia de periodo menstrual cumplidas. Cuando la gestante tiene un ciclo menstrual irregular, la edad gestacional se establecerá según la fecha probable de ovulación.

Una revisión concluyó que cuando se determina la edad gestacional según la fecha de última regla, la tasa de embarazos prolongados aumenta en relación con 3 veces lo real o normal.

Por eso es importante realizar una ecografía en el primer trimestre de embarazo, más aún cuando existen una discordancia entre las semanas de gestación estimadas por la embarazada, según su fecha de última regla, y la edad determinada por ultrasonografía, sin embargo, siempre se le dará un mayor valor diagnóstico a la ecografía obstétrica. (21)

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y Diseño de estudio de investigación

Se realizó un estudio de tipo:

- Retrospectivo
- Observacional.
- Analítico.
- Cohorte

3.2. Operacionalización de variables

Ver Anexo N°01

3.3. Población , muestra y muestreo

Población: Gestantes con embarazo en vías de prolongación atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Apoyo II-Sullana de enero - diciembre 2020

Muestra

Gestantes con embarazo en vías de prolongación que acudieron al Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Apoyo II- Sullana de enero - diciembre 2020

Tamaño muestral

Para el cálculo de tamaño de la muestra se consideró el riesgo(cesárea) mediante los datos estadísticos de las diferentes exposiciones (factores asociados) obtenidos de los antecedentes. Se eligió el factor asociado con el cual se pueda obtener la muestra más grande y factible de evaluar, y este factor fue el de la paridad. Gutarra registró que 117 de 201 gestantes nulíparas fueron sometidas a cesárea (58%), mientras que 68 de 101 gestantes multíparas fueron sometidas a cesárea (40%).(37) Utilizando estas frecuencias en la calculadora mostrada, se obtuvo una muestra de 376 gestantes con embarazo en vías de prolongación.

Tipo de muestreo

Probabilístico Aleatorio Simple

➤ Criterios de selección de la muestra

Criterios de inclusión

- Gestantes con embarazo en vías de prolongación de cualquier grupo etario.
- Gestantes con embarazo en vías de prolongación primigestas y multigestas.
- Gestantes con embarazo en vías de prolongación con o sin control prenatal en el Hospital Apoyo II- Sullana,2020.
- Gestantes con embarazo en vías de prolongación hospitalizadas en el Hospital Apoyo II- Sullana,2020.
- Gestantes con embarazo en vías de prolongación atendidas y controladas durante el 2020 en el Hospital Apoyo II- Sullana que

fueron sometidas o no a cesárea.

Criterios de exclusión

- Historias clínicas con información incompleta y/o no legible.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

La técnica de recolección de datos de la presente tesis fue mediante revisión de historias clínicas de las gestantes que fueron atendidas en el área de ginecología del Hospital de Apoyo II- Sullana y el instrumento utilizado para ello fue la ficha de recolección de datos (ver Anexo N° 2).

3.5. Procedimientos.

Se identificó en primer momento el número de las gestantes con embarazo en vías de prolongación atendidas en el Hospital Apoyo II- Sullana por cesárea y por parto vaginal durante el año 2020. Luego se solicitó la autorización de la estadística de las historias clínicas de las gestantes que reunían los criterios de inclusión (ver Anexo N°3). Finalmente, se revisó cada historia clínica y se recolectó los datos en la ficha de recolección (ver Anexo N°2). Se tomaron los datos tal cual se encontraron en las historias clínicas. Posteriormente, se procedió a organizar los datos recogidos en una base de datos para el programa estadístico IBM SPSS Statistics 25.0.

3.6. Método de análisis de datos

Se empleó el programa estadístico informático IBM SPSS Statistics 25.0 para el procesamiento de los datos obtenidos mediante la ficha de recolección de datos, empleada para recabar la información necesaria en las historias clínicas de las pacientes que conforman la muestra.

En primer lugar, se procedió a realizar el análisis descriptivo de las variables cualitativas y cuantitativas categóricas, obteniendo así las frecuencias y medidas de tendencias principales. Posteriormente, se utilizó la prueba estadística de chi-cuadrado para determinar la existencia o no de asociación estadística de las variables de estudio. Se utilizó una potencia estadística de 80%. Para la cual se

consideró un intervalo de confianza (IC) del 95% y un $p < 0.05$ como significativos y se utilizó la prueba de riesgo relativo (RR) para determinar si las variables fueron factores de riesgo o protectores en las gestantes evaluadas.

3.7. Aspectos éticos

Con la ejecución de esta investigación no se alteró, ni causó ningún daño a ningún individuo, comunidad, ni ambiente. Por la naturaleza del trabajo, no se requirió aprobación del Comité de Ética en investigación.

IV. RESULTADOS

TABLA N° 4: Aspectos sociodemográficos y tipo de parto de las gestantes, del Hospital de Apoyo II- Sullana 2020.

Variables		Partos						p	OR	IC-OR95	
		Vaginales		Cesáreas		Total					
		n	%	n	%	n	%				
Grado de instrucción	Sin estudios	2	0.53 %	4	1.1%	6	1.6%	0.31	0.58	0.52	1.15
	Primaria	38	10.11 %	44	11.7 %	82	21.8 %		0.78	0.62	8.55
	Secundaria	100	26.60 %	90	23.9 %	190	50.5 %		1.16	0.93	9.26
	Superior	48	12.77 %	50	13.3 %	98	26.1 %		1.92	1.54	15.36
Estado civil	Soltera	22	5.85 %	42	11.2 %	64	17.0 %	0.00	0.29	0.23	0.33
	Casada	68	18.09 %	38	10.1 %	106	28.2 %		2.05	1.64	2.29
	Conviviente	70	18.62 %	80	21.3 %	150	39.9 %		0.88	0.70	0.98
	Otros	28	7.45 %	28	7.4%	56	14.9 %		1.91	1.53	2.14
Ocupación	Ama de casa	40	10.64 %	52	13.8 %	92	24.5 %	0.00	0.32	0.26	0.36

	empresaria	24	6.38 %	10	2.7%	34	9.0%		2.13	1.71	2.39
	estudiante	90	23.94 %	80	21.3 %	170	45.2 %		1.52	1.22	1.70
	Otros	34	9.04 %	46	12.2 %	80	21.3 %		0.96	0.77	1.08
Procedencia	Urbana	48	12.77 %	66	17.6 %	114	30.3 %	0.04	0.63	0.51	5.07
	Rural	140	37.23 %	122	32.4 %	262	69.7 %				
tipo de parto	Espontaneo	48	12.77 %	0	0.0%	48	12.8 %	nc	nc	nc	nc
	Inducido	140	37.23 %	0	0.0%	140	37.2 %				
tipo de cesárea	Electiva	0	0.00 %	66	17.6 %	66	17.6 %	nc	nc	nc	nc
	De Urgencia	0	0.00 %	122	32.4 %	122	32.4 %				

FUENTE: Elaborado por la Autora

Interpretación: En la **tabla N°1** se establece el grado de instrucción de las gestantes, y con respecto al tipo de parto, principalmente en nivel secundario lidera el grupo de partos vaginales un 26.60% y para el caso de las cesáreas el 23.9% sumado ambos estratos representan el 50.5% ambas variables no están relacionadas entre sí; sin embargo, existe especial riesgo con los pacientes que provienen de nivel secundario y nivel superior respectivamente con respecto a los anteriores ,con riesgo no significativo para nivel secundario y un riesgo significativo de 1.92 veces más riesgo de presentar cesáreas. Por otro lado el estado civil con respecto a los partos vaginales principalmente recae en las pacientes que contienen un estado de convivencia un 18.62% asimismo el 21.3% representan convivientes pero cesáreadas, ambas suman el 39.9% y están relacionadas estadísticamente con el tipo de parto y el estado civil presentando mayor riesgo a nivel de las casadas de otros estados convivenciales con riesgo de 2 veces más de presentar cesárea aproximadamente en ambos grupos. En el nivel de ocupación la mayor parte de los porcentajes establece a nivel de

estudiantes el 23.94% para pacientes que tuvieron parto vaginal y el 21.3% para los partos que finalizaron con cesárea sumando ambos estratos dieron 45.2% ambas variables tanto el tipo de parto como el nivel de ocupación están relacionados entre sí y existe un riesgo significativo entre el grupo de los estudiantes con el tipo de parto con 1.52 veces más riesgo de presentar cesárea en estudiantes y un riesgo de 2.13 veces de presentar cesárea cuando son empresarias. Así mismo el lugar de procedencia a nivel rural es el 37. 23% de los partos son vaginales y 32.4% son cesáreas, lo que conlleva a un total de 69.7% ambas variables están relacionadas entre sí; sin embargo el riesgo no es significativo y en cuanto al Tipo de Parto se obtiene, que fue espontáneo el 12.77% e inducido un 37. 23% y el tipo de cesárea fue electiva el 17.6% y de urgencia un 32.4%.

TABLA N° 5: Características del parto de las gestantes del Hospital de Apoyo II-Sullana 2020

Variables		Partos						p	O R	IC-OR95	
		Vaginales		Cesáreas		Total					
		n	%	n	%	n	%				
Complicaciones	Desproporción Céfalo pélvica	30	37.50%	15	18.8%	45	56.3%	0.43	2.40	1.92	4.56
	Insuficiencia uteroplacentaria	10	12.50%	12	15.0%	22	27.5%				
	Inducción fallida	20	25.00%	30	37.5%	50	62.5%				
	distocia de dilatación	14	17.50%	12	15.0%	26	32.5%				
	preeclampsia	15	18.75%	15	18.8%	30	37.5%				
	macrosomía	12	15.00%	14	17.5%	26	32.5%				
	Distocia fase activa	7	8.75%	5	6.3%	12	15.0%				

	Distocia fases latente	1 2	15.0 0%	1 0	12. 5%	2 2	27. 5%				
	Feto Oblicuo	1 3	16.2 5%	1 0	12. 5%	2 3	28. 8%	1. 63	1. 46	17. 88	
	Oligodramnios severo	1 2	15.0 0%	1 5	18. 8%	2 7	33. 8%				
	distocia de cordón	2 0	25.0 0%	2 2	27. 5%	4 2	52. 5%	1. 36	1. 09	2.4 5	
	Feto transverso	1 2	15.0 0%	1 8	22. 5%	3 0	37. 5%				
	otros	1 1	13.7 5%	1 0	12. 5%	2 1	26. 3%	0. 55	0. 44	0.6 2	
Edad	18-25 años	4 8	12.7 7%	5 8	15. 4%	1 0 6	28. 2%	0. 54	0. 44	4.4 0	
	25-30 años	1 0 8	28.7 2%	1 1 2	29. 8%	2 2 0	58. 5%	0. 08	3. 56	0. 43	4.3 4
	> 35 años	3 2	8.51 %	1 8	4.8 %	5 0	13. 3%	0. 58	2. 84	28. 44	
IMC	Bajo peso	2	0.53 %	4	1.1 %	6	1.6 %	0. 58	0. 52	1.1 5	
	Normal	3 8	10.1 1%	4 4	11. 7%	8 2	21. 8%	0. 79	0. 63	8.7 2	
	Sobrepeso	1 4 6	38.8 3%	1 3 4	35. 6%	2 8 0	74. 5%	0. 31	3. 27	2. 61	26. 15
	Obesidad	2	0.53 %	6	1.6 %	8	2.1 %	0. 67	0. 53	5.3 3	

FUENTE: Elaborado por la Autora.

Interpretación: en la **tabla N°2** se observa una independencia entre las complicaciones y los tipos de parto; teniendo en cuenta que los mayores porcentajes fueron en desproporción cefalopélvica el 56.3%, inducción fallida el 62.5% y 37.5% para la preeclampsia. Se presentó un riesgo mayor especialmente en la desproporción cefalopélvica con un OR 2.4 veces más de

presentar cesárea y 1.17 veces más riesgo en caso de ser preeclampsia el resto no fue significativo.

Por otro lado, con respecto a la edad y relación al tipo de parto, éstas no están relacionadas entre sí, presentando una mayor tasa de 25 a 30 años en el 58.5% con un riesgo mayor de 3.56 veces a mayor edad de presentar preeclampsia por otro lado en el índice de masa corporal principalmente se encuentren entre normal y sobrepeso, con 21.8% y 74.5% respectivamente, presentando un mayor riesgo de cesárea cuando se presenta sobrepeso en 3.27 veces más riesgo siendo significativo en tal análisis.

TABLA N°6: Factores asociados al embarazo prolongado en gestantes del Hospital de Apoyo II- Sullana 2020

Variables		Partos						p	OR	IC-OR95	
		Vaginales		Cesáreas		Total					
		n	%	n	%	n	%				
Peso del RN	2500-3000	48	12.77%	66	17.6%	114	30.3%	0.04	0.63	0.51	5.07
	3000-4000	140	37.23%	122	32.4%	262	69.7%				
Antecedente de embarazo + 41 ss	si	48	12.77%	66	17.6%	114	30.3%	0.04	0.63	0.51	5.07
	no	140	37.23%	122	32.4%	262	69.7%				
paridad	Nulípara	6	1.60%	2	0.5%	8	2.1%	0.63	3.18	2.54	25.44
	primípara	100	26.60%	106	28.2%	206	54.8%		0.92	0.74	7.36
	multípara	82	21.81%	80	21.3%	162	43.1%		0.34	0.27	2.73
Líquido amniótico meconial	si	48	12.77%	66	17.6%	114	30.3%	0.04	0.63	0.51	5.07
	no	140	37.23%	122	32.4%	262	69.7%				
Oligoamnios	si	40	10.64%	66	17.6%	106	28.2%	0.04	0.50	0.40	4.00
	no	148	39.36%	122	32.4%	270	71.8%				
Diabetes gestacional	si	48	12.77%	66	17.6%	114	30.3%	0.04	0.63	0.51	5.07
	no	140	37.23%	122	32.4%	262	69.7%				
	si	48	12.77%	66	17.6%	114	30.3%	0.04	0.63	0.51	5.07

Trastornos hipertensivos	no	140	37.23%	122	32.4%	262	69.7%				
---------------------------------	----	-----	--------	-----	-------	-----	-------	--	--	--	--

FUENTE: Elaborado por la Autora.

Interpretación: Con respecto a la **tabla N°3** el peso del recién nacido de 2500 a 3000 g se presentó el 30.3% y los recién nacidos con peso de 3000 a 4 Kg estuvo en 69.7% ambas variables están relacionadas entre sí aunque el riesgo no es significativo. Con respecto a los antecedentes de embarazo de más de 41 semanas estos se presentan solo en el 30.3% y no se presenta en el 69.7% ambas variables están relacionadas entre sí aunque el riesgo no fue significativo. Por otro lado con respecto a la paridad, las nulíparas están presentes en el 2.1%, las primíparas en 54.8% y las multíparas en el 43.1% ambas variables no están relacionadas entre sí; sin embargo, las nulíparas presentan un mayor riesgo de cesárea en un 3.18 veces más riesgo. En cuanto el líquido amniótico meconial está presente en el 30.3% de los productos gestacionales y no está presente en el 69.7% ambas variables están relacionadas entre sí, aunque el riesgo no fue significativo. Otro es, los oligoamnios que está presente en el 28.2% y no está presente en el 71.8% ambas variables están relacionadas entre sí y para el caso de diabetes mellitus está presente en un 30.3% siendo significativa la relación con el tipo de parto aunque el riesgo no fue significativo. Finalmente para el caso de los trastornos hipertensivos están presentes en el 30.3% y no lo están en un 69.7% ambas variables están relacionadas entre sí con un riesgo no significativo.

V. DISCUSIÓN.

Dentro de los antecedentes de Mosed encontramos los trabajos de Mozart en el año 2021 en Sudáfrica un grupo de 235 gestantes mostraron un intervalo de 37 a 42 semanas de gestación encontrando que el área urbana está presente con riesgo de 2.58, sin embargo al evaluar los resultados encontramos que este riesgo no fue significativo por otro lado los antecedentes de gestación múltiple tampoco fueron evaluados dentro de la perspectiva de los objetivos planteados sin embargo asimismo los antecedentes de intervención quirúrgica para el trabajo de Mosed establecen un riesgo de 2.23 veces más de presentar cesárea lo cual es coincidente con nuestra investigación teniendo en consideración que los antecedentes de embarazo más allá de la 41 semanas presentan como

antecedente en el 30.3% sin embargo el riesgo no es significativo para nuestra investigación

Roy y colaboradores en una investigación realizada en la India evaluaron a pacientes de 15 a 50 años en dónde establecieron que las zonas privadas urbanas presentan un mayor riesgo con 2.033 por ciento un mayor riesgo de presentar cesáreas sin embargo con respecto al nivel de urbanidad nuestra investigación establece que no existe un riesgo significativo entrando ambas en contradicciones de acuerdo hasta resultado por otro lado las cesáreas previas presentan un riesgo de 1.23 veces más de ser cesárea y la gestante es mayor a 38 semanas también presentan un riesgo de 2.34 veces en ese sentido y de acuerdo a los resultados observamos que en nuestro estudio resultó que presentan mayor riesgo los niveles de grado instrucción superior, el estado de conviviente, de casada, la ocupación, de estudiante y empresaria y algunas complicaciones que se suscitaron durante el embarazo como desproporción cefalopélvica, preeclampsia y distocia En fase activa sin embargo los antecedentes de cesáreas no fueron evaluados por la cual entran en discrepancia ambos estudios.

Dorgi en una investigación realizada a nivel de Asia en el año 2018 estableció que la tasa de cesáreas fue 19%, sin embargo en los resultados establece que la tasa de cesárea supera el 49% por lo cual nuestro estudio incluye mayores tasas de cesáreas las cuales muchas veces no están justificadas.

En el caso de Roldán Arango en una investigación realizada a nivel de la capital del Perú se establece en el año 2018 que la cesárea presenta un riesgo por antecedente de 1.54 sin embargo esta consideración no fue tenido en cuenta, por otro lado los controles prenatales que le deja mostrar un riesgo de 8.93 veces más de presentar cesárea sin embargo con respecto a las edades gestacionales y los antecedentes cesárea no presentan riesgos significativos para nuestra investigación y en cuanto a la edad los pacientes de 25 a 30 años presentan un riesgo significativo de 3.56 veces más riesgo de presentar cesárea por lo cual se tiene que investigar si las causales por las cuales se abordó una cesárea son las más adecuadas.

Suárez en una investigación en el año 2021 presenta una evaluación. Sobre 232 gestantes evaluadas. En dónde presenta una tasa de cesáreas 29% muy superior a lo encontrado con nuestro estudio que supera el 49% por otro lado las gestantes cesáreas anteriores representa el 24% pero no evalúa el riesgo a diferencia de otras, bajo que no fue significativa presentando distocias en el trabajo de parto prolongado en el 15% sin embargo está distancia de fases activas solamente se da en el 15% con menor porcentaje casi iguales para ambos trabajos por lo que estas realidades están muy emparentadas.

Cruz en una investigación realizada en Piura establece grupo muestral de 497 gestantes en donde las edades mayores de 35 años presentaron un mayor riesgo significativo para cesárea y en ese sentido este grupo solo representa el 13.3% de nuestra investigación teniendo en cuenta que nuestro resultado sea poco y se condensa más los porcentajes a nivel de los 25 a 30 años con 58.5% por lo cual ambos trabajos entran en discrepancia.

VI. CONCLUSIONES

- Existen factores asociados al término del embarazo por cesárea, en mujeres gestantes con grado de instrucción secundaria, estado civil casada, mujeres que se encuentren estudiando y las que son empresarias, la desproporción cefalopélvica, la preeclampsia y la distancia, y en fase activa; En cuanto a la edad; las edades de 25 a 30 años, el índice de masa corporal está en sobrepeso y se ve la nuliparidad.
- No se encontró una estadística significativa de asociación entre los factores maternos y el término del embarazo por cesárea en gestantes con embarazo en vías de prolongación.
- Los factores obstétricos como la presencia del antecedente de embarazo más de 42 semanas no presentaron alto riesgo de terminar en cesárea, en comparación de las gestantes que no tuvieron el antecedente.
- Los factores perinatales como el líquido amniótico de tipo meconial y oligoamnios no presentaron mayor riesgo de terminar en cesárea respectivamente en comparación de las gestantes que no tuvieron tales características, no se encontró riesgo para el peso bajo al nacer.
- No se encontró asociación estadística con los factores patológicos y el término de embarazo mediante cesárea en las gestantes con embarazo en vías de prolongación.

VII. RECOMENDACIONES

- Se debe proponer la realización de diferentes estudios a nivel de los factores como polihidramnios, el sexo del producto gestacional y los antecedentes de aborto para el término del embarazo en vías de prolongación mediante cesárea debido a que su frecuencia se encuentra más elevada.
- Se debe realizar estudios que puedan determinar factores asociados al embarazo en cada semana gestacional que se encuentren superiores a las 37 semanas para poder predecir con cierto grado de certeza.
- Se debe realizar un fomento de los estudios donde se encuentren las explicaciones o indicaciones de la cesárea, las cuales tienen un aumento de casos ya que varias de las justificaciones para tal intervención vienen dadas por motivos educativos y legales.
- Se debe remitir los resultados en ginecología entre los trabajadores de salud y pueden tenerlos en cuenta para que puedan planificar un mejor actuar con respecto a los pacientes que se van a someter a cesárea por un embarazo en vías de prolongación.

REFERENCIAS

1. Bannour I, Bannour R, Chahed S, Khairi H. Prolonged pregnancy, incidence, and morbidity. *European Journal of Public Health* [Internet]. 20 de octubre de 2021 [citado 15 de noviembre de 2021]; 31(3): 62-63. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckab165.527>
2. Norwitz E, Lockwood C, Barss V. Prolonged pregnancy. *UpToDate* [Internet]. 3 de marzo 2021 [citado 15 de noviembre de 2021]; 23(1): e3534. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/postterm-pregnancy#topicContent>
3. Instituto Nacional de Estadística e informática. Encuesta demográfica y de salud familiar-ENDES 2020. Perú: Instituto Nacional de Estadística e informática; mayo 2021. P.380. Disponible en: https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2020/INFORME_PRINCIPAL_2020/INF
4. Gelaw M, Nega F, Hunie M, Kibret S, Fentie Y, Desalegn W, et al. Prevalence and factors associated with caesarean section in a comprehensive specialized hospital of Ethiopia: A cross-sectional study; 2020. *Annals of Medicine and Surgery* [Internet]. 7 de julio de 2021 [citado 15 de noviembre de 2021]; 67(2): e102520. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2021.102520>
5. Mariam G, Tilahun T, Merdassa E, Tesema D. Indications, outcome and risk factors of cesarean delivery among pregnant women utilizing delivery services at selected public health institutions, Oromia Region, Southwest Ethiopia. *Dovepress* [Internet]. 7 de febrero de 2021 [citado 15 de noviembre de 2021]; 21(2): 227-236. Disponible en: <https://doi.org/10.2147/PROM.S304672>
6. Mose A, Abebe H. Magnitude and associated factors of caesarean section deliveries among women who gave birth in Southwest Ethiopia: institutional-based cross-sectional study. *Archives of public health* [Internet]. 2 de septiembre de 2021 [citado 15 de noviembre de 2021]; 158(3): e5643. Disponible en:

- <https://archpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13690-021-00682-5>
7. Roy A, Puerta P, Pradip C, Rahaman M, Kapasia N. Geographical variability and factors associated with caesarean section delivery in India: a comparative assessment of Bihar and Tamil Nadu. BMC Public Health [Internet]. 21 de septiembre de 2021 [citado 15 de noviembre de 2021]; 1715(2): e9764. Disponible en: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-021-11750-4>
 8. Dorji T, Wangmo K, Dorjey Y, Dorki N, Chhetri K, Tsherinkg R, et al. Indications and factors associated with cesarean section in Bhutan: A hospital- based study. International Journal of Gynecology & Obstetrics [Internet]. 1 de diciembre de 2020 [citado 15 de noviembre de 2021]; 153(3): 520-526. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/ijgo.13506>
 9. Sinchitullo A, Roldán L, Arango P. Factores asociados a partos por cesárea en un hospital peruano. Rev. Fac. Med. Hum. [Internet]. 12 de julio de 2020 [citado 15 de noviembre de 2021]; 20(3): 444-451. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rfmh/v20n3/2308-0531-rfmh-20-03-444.pdf>
 10. Zúñiga N. Factores asociados a la indicación de cesárea en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de enero a diciembre del 2018 [Tesis de grado]. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann-Tacna; 2019.
 11. Suárez G. Frecuencia, causas, complicaciones y factores asociados de cesárea injustificadas en el Hospital Santa Rosa II en el año 2018 [Tesis de grado]. Piura: Universidad Nacional de Piura; 2021.
 12. Cruz R. Comparación de las complicaciones maternas durante el tercer trimestre entre las gestantes adolescentes y las gestantes de edad avanzada atendidas en el Hospital II Santa Rosa-Piura, en el periodo de enero-diciembre del 2017 [Tesis de grado]. Piura: Universidad Nacional de Piura; 2018.
 13. Zaigham M, Westas L, Domellof M, et al. Prelabour caesarean section and neurodevelopmental outcome at 4 and 12 months of age: and observational study. BMC pregnancy and childbirth [Internet]. 25 de septiembre de 2020 [citado 15 de noviembre de 2021]; 564(1): e4644.

- Disponible en:
<https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-020-03253-8>
14. Hospital Clinic. Cesárea. Clínic Barcelona [Internet]. 4 de septiembre de 2021 [citado 15 de noviembre de 2021]; 123(2): e44544. Disponible en: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/obstetricia/cesarea.html>
 15. Dahlke J, Mendez H, Maggio L, et al. The case for Standardizing cesarean delivery technique. *Obstet Gynecol* [Internet]. 6 de octubre de 2020 [citado 15 de noviembre de 2021]; 136(5): 972-980. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1097%2FAOG.0000000000004120>
 16. Antoine C, Young B. Cesarean section one hundred years 1920-2020: the Good, the bad and the Ugly. *Journal of perinatal Medicine* [Internet]. 6 de octubre de 2020 [citado 15 de noviembre de 2021]; 4(20): e6435. Disponible en: <https://doi.org/10.1515/jpm-2020-0305>
 17. Mooji R, Dille J, et al. Association between surgical technique, adhesions and morbidity in women with repeat caesarean section: a retrospective study in a rural hospital in Western Tanzania. *BMC pregnancy and Childbirth* [Internet]. 4 de octubre de 2020 [citado 15 de noviembre de 2021]; 20(582): 15-24. Disponible en: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-020-03229-8>
 18. Tekulu F, Gebresilassie B, Gebreayezgi G. Delivery mode preference and associated factors among pregnant mothers in harar regional state, eastern Ethiopia: a cross-sectional study. *BioMed Research International* [Internet]. 11 de mayo de 2021 [citado 15 de noviembre de 2021]; 121(22): 15-24. Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/bmri/2021/1751578/>
 19. Singh N, Pradeep Y, Jauhari S, et al. Indications and determinants of cesarean section: A cross-sectional study. *Int J Appl Basic Med Res.* [Internet]. 12 de julio de 2020 [citado 15 de noviembre de 2021]; 20(3): 444-451. Disponible en: https://dx.doi.org/10.4103%2Fijabmr.IJABMR_3_20
 20. Gedefaw G, Demis A, Alemnew B, Wondmieneh A, et al. Prevalence, indications, and outcomes of caesarean section deliveries in Ethiopia: a

systematic review and meta-analysis. Patient safety in surgery [Internet]. 7 de abril de 2020 [citado 15 de noviembre de 2021]; 14(12): e643. Disponible en:

<https://pssjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13037-020-00236-8>

21. Orabona R, Prefumo F. Pregnancy prolongation for pre-eclampsia: the obvious and the avoidable. BJOG: An international journal of obstetrics y gynecology [Internet]. 26 de septiembre de 2020 [citado 15 de noviembre de 2021]; 128 (3): 130-135. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16540>
22. Sung S, Mahdy H. Cesarean Section. Stat pearls [Internet]. 25 de agosto de 2021 [citado 15 de noviembre de 2021]; 13(2): 15-25. Disponible en: <https://www.statpearls.com/ArticleLibrary/viewarticle/19265>

ANEXO 01: Matriz de operacionalización de variables

VARIABLE	Definición conceptual	Definición operacional	Escal a de medic ión	Tipo de variable, relación y naturalez a	Categoría o unidad
PARTO POR CESÁR EA	Intervención quirúrgica en la cual se realiza una incisión quirúrgica en el abdomen y el útero de una mujer para extraer uno o más productos	Incisión abdominal para la extracción de feto vivo o muerto en una gestante registrado en la historia clínica	Nomin al	Dependi ente Cualitat iva	0: No se realizó 1: Si se realizo
EDAD MATERNA	Número de años de la paciente al momento de su atención	Número de años indicado en la historia clínica	Razón Discret a	Independ iente Cuantita tiva	Años en número entero
PARIDAD	Número total de embarazos que ha tenido	Número de gestaciones indicada en la	Razón Discret	Independ iente	Numero de gestaciones

	una mujer	historia clínica	a	Cuantitativa	
IMC	Medida que relaciona el peso con la altura y se utiliza para evaluar el estado nutricional.	Calculo mediante el peso y talla brindada en la historia clínica.	Intervalo Continua	Independiente Cuantitativa	Clasificación de la valoración nutricional de las personas adultas según índice de masa corporal en Kg/m ²
PESO DEL RECIEN NACIDO	Peso en Kg del bebe inmediatamente luego del nacimiento	Peso en kg tomado por la enfermera al primer control postnatal	Razón Continua	Independiente Cuantitativa	Sistema Internacional de unidades: Kg

<p>ANTECEDENTE DE EMBARAZO EN VIAS DE PROLONGACION O PROLONGADO</p>	<p>Mujer que ha tenido previamente un embarazo de 41 semanas 0/7 días o superior.</p>	<p>Antecedente de embarazo de duración de 41 semanas 0/6 días o más días registrado en la historia clínica</p>	<p>Nominal</p>	<p>Independiente Cualitativa</p>	<p>0: No tiene el antecedente 1: Si tiene el antecedente</p>
<p>DIABETES GESTACIONAL</p>	<p>Diabetes mellitus inducida por el embarazo</p>	<p>Registro en la historia clínica del resultado del test confirmatorio de diabetes gestacional de sobrecarga oral con 75 g de glucosa</p>	<p>Nominal</p>	<p>Independiente Cualitativa</p>	<p>0: No lo desarrollo 1: Si lo desarrollo</p>
<p>LIQUIDO AMNIOTICO O ANORMAL</p>	<p>Líquido amniótico meconial</p>	<p>Tipo de líquido amniótico registrado en la historia clínica</p>	<p>Nominal</p>	<p>Independiente Cualitativa</p>	<p>0: Líquido amniótico normal 1: Líquido amniótico</p>

				va	meconial
OLIGOAMNIOS	Déficit del volumen del líquido amniótico	Medida del bolsón mayor menor < 2 cm registrado en la historia clínica	Nominal	Independiente Cualitativa	0: No lo desarrollo 1: Si lo desarrollo
TRASTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO	Alteración de la presión arterial materna asociada o no a alguna expresión de daño en un órgano blanco	Tipo de trastorno hipertensivo del embarazo registrado en la historia clínica	Nominal	Independiente Cualitativa	0: No lo desarrollo 1: Si lo desarrollo

ANEXO 02: Instrumento de recolección de datos



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

ID: _____

N° HC: _____

1. Características generales

a) Grado de instrucción:

(0) Sin instrucción (1) Primaria (2) Secundaria (3) Superior técnico (4) Superior universitario

b) Estado civil: (0) Casada (1) Soltera (2) Conviviente (3) Viuda

c) Ocupación: _____

d) Procedencia: _____

2. Características del parto

• Tipo de parto:

(0) Parto vaginal (1) Cesárea:

(0) Electiva (1) Urgencia (2) Intraparto. En caso cesárea:

indicación: _____

3. Factores asociados evaluados

a) Edad: _____ años

b) Paridad: _____ embarazos: (0) 1 (1) 2 (2) 3 (3) 4 (4) 5 o mas

c) IMC pregestacional: _____ Kg / m²: (0) Delgadez (1) Normopeso (2) Sobrepeso (3) Obesidad 1 (4) Obesidad 2 (5) Obesidad 3

d) Peso del recién nacido: _____ g: (0) Extremadamente bajo peso al nacer (1) Muybajo peso al nacer (2) Bajo peso al nacer (3) Peso adecuado (4) Macrosómico

e) Antecedente de embarazo en vías de prolongación o prolongado: (0) No (1) Si: (0) Envías de prolongación (1) Prolongado

f) Diagnóstico de diabetes mellitus gestacional: (0) No (1) Si

- g) Líquido amniótico: (0) Normal (1) Meconial
- h) Oligoamnios en el embarazo: (0) No (1) Si
- i) Enfermedad hipertensiva del embarazo: (0) No (1) Si: (0) Preeclampsia (1) Eclampsia
(2) Hipertensión gestacional (3) Hipertensión crónica (4) Preeclampsia severa (5) Preeclampsia o Eclampsia sobre agregada a una hipertensión crónica.

ANEXO 03: Solicitud de autorización para ejecución de tesis



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

“ AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERÚ: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA ”

Sullana 11 de octubre 2021.

ASUNTO: solcito autorización para la ejecución de proyecto de tesis y a la vez el acceso de la data estadística del Hospital de Apoyo II- Sullana.

Señor:

Dr. RAMIREZ RIOS ,MARCELINO DANTE con cargo de Director del Hospital de Apoyo II-Sullana, Yo **YAJAIRA DUANÉ PÉREZ BURGOS**, con DNI 75448257 y Código Universitario N° **7000917997** estudiante del XIV Ciclo de la Escuela de Medicina de la Universidad César Vallejo-Piura, mediante este documento solicito la autorización para la ejecución y acceso de la información y/o data del área de estadística del Hospital de Apoyo II- Sullana para la recolección de datos mediante una ficha elaborada por la autora y el desarrollo del proyecto de investigación titulado: “Factores asociados a cesárea en embarazo prolongado, Hospital de Apoyo II - Sullana. 2020”, No obstante conforme a lo antes expuesto, espero su pronta respuesta sin antes agradecer.

Atentamente.

Sullana, 11 de Octubre del año 2021.

YAJAIRA DUANÉ PÉREZ BURGOS

DNI: 75448257