“UNIVERSIDAD NACIONAL SANTIAGO ANTUNEZ DE MAYOLO”

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

“FACTORES ASOCIADOS A LA REALIZACION DE CESAREA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO HUAURA OYON 2016”.

TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE:

LICENCIADA EN OBSTETRICIA.

Bach. REGALADO PANANA Gladys Jackeline

Bach. TRUJILLO CALDAS Denisse Jackelyn

ASESORA: Mag. Velez Salazar Elizabeth

Huaraz-Perú

2017

MIEMBROS DEL JURADO

Dr. RAFAEL MARCOS NORABUENA PENADILLO
PRESIDENTE

Mag. GILMA ALY ROJAS TELLO
SECRETARIA

Dra. MAXIMILIANA QUISPE GOMEZ
VOCAL

ASESORA

Mag. ELIZABETH VELEZ SALAZAR

DEDICATORIA

Dedico a mis padres que con esfuerzo me ayudaron a terminar mis estudios y con ánimo de ellos pude lograr seguir a delante.

Gladys

Especialmente a mis padres, por quienes seguiré dando el esfuerzo para salir adelante en todas las metas propuestas, a mis hermanos que siempre estuvieron en los buenos y malos momentos. A toda mi familia por el aliento a seguir luchando por lo que más amo en la vida, mi carrera.

Denisse

AGRADECIMIENTO

Agradezco en primer lugar a dios por permitirme seguir creciendo como profesional, mis padres que me dieron aliento para no claudicar y a mis licenciadas del hospital regional de Huacho que me ayudaron a obtener la información que nos permite realizar nuestra investigación

Gladys

A Dios por las fuerzas que me da pasa seguir luchando, a la universidad "Santiago Antúnez de Mayolo" por ser el ambiente donde pase toda vida universitaria. A la asesora Prof. Elizabeth Vélez Salazar quien con su asesoría me encamino a ser una buena profesional, a los profesores que me brindaron sus conocimientos, por su paciencia, a mi familia por el apoyo incondicional, y amigos que con aliento me ayudaron a seguir luchando por lo que más quiero.

Denisse

ÍNDICE

RESUMEN..... v

ABSTRACT..... vi

1. INTRODUCCIÓN..... 7

2. HIPOTESIS 11

3. BASES TEÓRICAS 14

4. MATERIALES Y METODOS..... 42

5. RESULTADOS. 48

6. DISCUSIÓN..... 68

7. CONCLUCIONES..... 74

8. RECOMENDACIONES..... 75

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS. 76

ANEXOS

RESUMEN

El problema Es ¿Cuáles fueron los factores asociados a la realización de cesárea en el Hospital Regional de Huacho Huaura Oyón en el 2016? Como **Objetivo**; Determinar los factores asociados a la realización de la cesárea en el Hospital Regional de Huacho Huaura Oyón en el 2016. **Hipótesis:** Los Factores se asocian estadísticamente significativos con la realización de la cesárea **Materiales y Métodos:** Estudio de tipo correlacional; retrospectivo de corte transversal, la población de estudio fue de 1169 historias clínicas de pacientes cesareadas, tomándose una muestra de 324 historias clínicas. Se usó como instrumento la ficha de recolección de datos, la información se procesó mediante el programa SPSS V24.0 realizando la contratación de la hipótesis mediante la prueba Chi cuadrado. **Resultados.** Se registró un total de 324 cesáreas de las cuales el 71.6% fueron de emergencia y el 28.4% cesárea de emergencia. Donde el promedio de edad fue de 20 a 35 años con un 11,7 este fue el único factor sociodemográfico asociado a la cesárea (p=0,017). Como factor de riesgo materno asociado a la cesárea se identificó a la cesárea anterior (14,5%; p=0,007). La desproporción céfalo pélvica (13,0%: p=0,001), el trabajo de parto disfuncional (8,0%; p=0,001), y la obesidad materna (3,7%; p=0,003). Como factor de riesgo fetal asociado también a la cesárea se identificó al sufrimiento fetal agudo (3,1%; p=0,043), el embarazo múltiple (3,8% p=0,003). Dentro de los factores fetales no se encontró asociación con la cesárea. **Conclusión:** Se demostró que los factores sociodemográficos, maternos y fetales están asociados a la cesárea.

Palabras claves: cesárea, asociación, significancia, factor de riesgo.

ABSTRACT

The problem of the research work was whatere the factors associated with performing cesarean delivery at the Huacho Huaura Oyón Regional Hospital in 2016. **It was aimed;** to determine the factors associated with performing the cesarean section. **Hypothesis:** Factors are statistically significant with cesarean section **Materials and Methods:** correlational study; Retrospective cross-sectional study, the population to be studied was 1169 clinical records of cesarean patients, taking a sample of 324 clinical records. It was used as a data collection sheet instrument, the information was processed by the SPSS V24.0 program, performing the test of the hypothesis using the Chi square test. **Results:** A total of 324 caesarean sections were recorded, of which 71.6% were emergency and 28.4% emergency C-section. Where the average age was 20 to 35 years with a 11,7 this was the demographic factor associated with caesarean section (P = 0.017). As a maternal risk factor, the previous Caesarean section was identified (14.5%; p = 0.007). The pelvic cephalometric disproportion (13,0%: p = 0.001), dysfunctional Labour (8.0%, p = 0.001), and maternal obesity (3.7%; p = 0.003). As a fetal risk factor, acute fetal distress was identified (3.1%; p = 0.043), multiple pregnancy (3.8% P = 0.003). No association with Caesarean section was found within the fetal factors. **Conclusion:** It was demonstrated that the sociodemographic, maternal and fetal factors are associated with cesarean.

Keywords: c-section, association, significance, Risk factor

1. INTRODUCCION.

La cesárea se define como el nacimiento de un feto a través de una incisión en la pared abdominal (laparotomía) y en la pared uterina (histerectomía): [1]. ante una situación de peligro de la madre o el feto o ante la posibilidad de que el feto no pueda nacer por vía vaginal.

De acuerdo a la OMS desde 1985 han considerado que la tasa ideal de cesárea debe de oscilar entre 10% y 15% siempre y cuando esté justificada desde el punto de vista médico y eficaz para prevenir la morbimortalidad materna y perinatal:[2]. Así mismo encontramos diversos factores asociados a la realización de cesárea donde las principales son: Cesárea anterior, Distocia de presentación, Desproporción cefalopelvica, alteraciones en el trabajo de parto entre otros. Por otro lado, el aumento significativo en los últimos años en países e instituciones sin justificación ponen en peligro a la madre y el niño:[3, 4,5].

El incremento de cesárea asociado a diversos factores varía de acuerdo a la región, hospital y prácticas médicas, por ejemplo, en Brasil (56%), Egipto (51,8%), Turquía (47,5%), y en los países de Chile, Paraguay, Uruguay, Colombia, Ecuador y Venezuela está entre 15,1% y 35%. En el Perú de acuerdo a ENDES (2013) la tasa de cesárea se ha incrementado de 21.4% a 26.5%entre los años 2009 y 2013, de acuerdo al ambiente geográfico fue el 44.6% en Tumbes, 39.3% en Lima Metropolitana 38.2% en Lambayeque y amazonas 10.6%:[6,7].

Se encontró que la tasa de Incidencia en el Hospital Regional de Huacho Huaura Oyón desde el 2010 al 2016 de acuerdo la tasa de nacimientos por cesárea

registrados fue de 22% y 38% respectivamente superando altamente la tasa de incidencia recomendada por la OMS.

Diversos estudios como los de Gonzales [14], Jáuregui [12] coinciden que una de las primeras indicaciones de una cesárea son la cesárea anterior; la macrostomia fetal y la desproporción cefalopelvica y el trastorno hipertensivo. Por otro lado, otros autores como Estrada [10] Bustamante [11], Gálvez [17] indican que los factores asociados a las indicaciones de la cesárea son la desproporción cefalopelvica, macrosomia fetal, enfermedad hipertensiva gestacional y distocias en el trabajo de parto.

Por lo mencionado anteriormente, se vio necesario realizar la presente tesis mediante la formulación del **problema** ¿Cuáles son los factores asociados a una cesárea en el Hospital Regional de Huacho Huaura Oyón durante el periodo 2016?, teniendo como **Objetivo General** Determinar los factores asociados a la cesárea en el Hospital Regional de Huacho Huaura Oyón durante el periodo 2016. **Los Objetivos Específicos**: Conocer los principales factores sociodemográficos asociados a la cesárea, identificar los principales factores maternos saciados a la cesárea, identificar los principales factores fetales asociados a una cesárea, identificar los principales factores ovulares asociados a la cesárea.

De esta manera se concluye que los factores asociados a la realización de la cesárea en el Hospital Regional de Huacho Huara Oyón en el año 2016, son la edad dentro del factor sociodemográfico; la cesárea anterior, la desproporción

céfalo pélvica, el trabajo de parto disfuncional y la obesidad materna dentro de lo factor materno; el sufrimiento fetal y el embrazo múltiple en el factor fetal.

La presente investigación consta de seis partes: en la primera se encuentra la hipótesis, variables y operacionalización de variables. En la segunda parte se detallan el marco teórico los antecedentes en el orden correcto. La tercera parte se escriben los materiales y métodos que se utilizaron en el proceso de recojo, procesamiento y análisis e información. En la cuarta y quinta parte se exponen y discuten los resultados principales de la investigación de acuerdo a los objetivos propuestos en el estudio. En la sexta parte se presentan las conclusiones del trabajo y las recomendaciones correspondientes y por último en el anexo se incluye el instrumento utilizado para la recolección de datos, así como información necesaria para la investigación.

Finalmente es necesario indicar que la justificación del presente proyecto se fundamenta por su valor teórico ya que favorece el incremento de nuevos conocimientos, a la vez por su relevancia social, ya que aportara con la disminución del gasto social que ocasionara a la sociedad en conjunto, así mismo por su utilidad metodológica ya que la investigación puede ayudar a crear nuevos instrumentos para la recolectar o analizar los datos o la relación entre variables. El trabajo se justifica por su viabilidad, ya que se cuenta con los recursos necesarios para llevarlos a cabo.

Su importancia radica en conocer la realidad hospitalaria con respecto a la cesárea también identificar cuáles son los factores más frecuentes asociados a esta, siendo el incremento de su demanda por parte de la población es por dicho

motivo que conociendo los resultados finales se podrá identificar los principales factores y se dará a conocer a la población.

2. HIPOTESIS

Los Factores se asocian estadísticamente significativos con la realización de la cesárea en el Hospital Regional de Huacho Huaura Oyón en el periodo 2016.

2.1. VARIABLES

- **Variable Independiente**

  Factor Asociado

- **Variable Dependiente**

  Cesárea

2.2. OPERACIONALIZCION DE VARIABLES.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORIAS	ESCALA DE MEDICION
VARIABLE INDEPENDIENTE **FACTOR ASOCIADO**	Es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumenta su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.	**FACTORES** **SOCIODEMOGRÁFICOS**	Edad	- < 19 años - De 19 a 35 años - > 35 años	Ordinal
			Grado de Instrucción	- Primaria - Secundaria - Superior - Sin grado de instrucción	Nominal
			Procedencia	- Marginal - Urbano	Nominal
			Estado civil	- Soltera - Casada - conviviente	Nominal
		FACTORES **MATERNOS**	Desproporción Céfalo Pélvica	- Si - No	Nominal
			Enfermedad Hipertensiva Gestacional	- Si - No	Nominal
			Alteraciones en el Trabajo de Parto	- Si - No	Nominal
			Obesidad Materna	- Si - No	Nominal
			Cesárea Anterior	- Si - No	Nominal
			Periodo Intergenésico Corto	- Si - No	Nominal

		FACTORES FETALES	Macrosomia Fetal	- Si - No	Nominal
			Embarazo Múltiple	- Si - No	Nominal
			Distocias Fetales	- Si - No	Nominal
			Sufrimiento Fetal	- Si - No	Nominal
		FACTORES OVULARES	Oligohidramnios Severo	- Si - No	Nominal
			Ruptura Prematura de Membranas	- Si - No	Nominal
			Desprendimiento Prematuro de Placenta	- Si - No	Nominal
			Distocia Funicular	- Si - No	Nominal
			Placenta Previa	- Total - Parcial - Marginal	Nominal
VARIABLE DEPENDIENTE **CESAREA**	Nacimiento de un feto vivo a través de una incisión abdominal y del segmento uterino	**CLASIFICACIÓN DE LA CESÁREA**	Según indicación medica	- Emergencia - Electiva	Nominal

3. BASES TEÓRICAS

3.1.ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION.

CALVAS K, (2014). **"Factores Asociados a la Realización de Cesárea en pacientes Hospitalizadas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Isidro Ayora de Loja- Ecuador". Ecuador.** Tesis. Objetivo: determinar los factores asociados a la realización de cesáreas en el Hospital Regional Isidro Ayora, de la ciudad de Loja. Materiales y métodos: se recolecto información de las historias clínicas de pacientes cascareadas hospitalizadas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Isidro Ayora, de la ciudad de Loja (Ecuador), en el periodo Marzo – Agosto 2014. En este estudio se incluyeron 464 pacientes, que cumplieron los criterios de inclusión. Se analizaron los factores maternos, fetales, materno-fetales y obstétricos que influyen en la realización de cesáreas. Resultados: los principales factores para la realización de cesárea son los fetales con un 42.0%, seguido de los factores maternos con un 27.9%. La principal indicación de cesárea representa la cesárea anterior, 27.5%, seguido del compromiso de bienestar fetal con 23.7%, distocia de presentación 15.0%. Conclusión: Se demostró que la tasa de cesáreas supera lo recomendado por la OMS y entre los principales factores se encuentran los factores fetales, seguido de los maternos; la cesárea anterior, es la principal indicación de parto por cesárea, seguido por el compromiso del bienestar fetal:[8]

VELEZ E. **(2013) Factores de Riesgo de la Operación Cesárea en el Hospital de Gineco Pediatría del IMSS de Hermosillo, Sonora. México.** Objetivo: Determinar factores de riesgo que se asocien al incremento en la práctica de la operación cesárea. Material y Métodos: Estudio de Casos y Controles, utilizándose un muestreo de tipo probabilístico aleatorio simple para dos proporciones, con un nivel de confianza del 95 % y 5 % de error. Se usó estadística descriptiva, frecuencias simples y agrupadas, medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas continuas; prueba de homogeneidad X2, prueba exacta de Fisher para variables cualitativas, determinación de Razón de Momios y Regresión Logística no Condicional. Resultados: Se incluyeron 654 expedientes clínicos, 327 de mujeres sometidas a cesárea (casos) y 327 de mujeres de parto por vía vaginal (controles). Los factores de riesgo asociados: Nuliparidad RM 7.57, IC: 4.52 – 12.67, p 0.000; Cesárea previa RM 40.16, IC: 9.48 – 170.07, p 0.000; Peso Materno mayor o igual a 80 kg RM 1.72, IC: 1.04 - 2.83, p 0.0212; factor protector: inducto-conducción, RM 0.12, IC 0.05 – 0.23, p 0.000. Conclusiones: La operación cesárea está asociada a la Nuliparidad, cesárea previa y peso materno mayor o igual de 80 kilogramos. Factor protector: la inducto- conducción:[9].

BUSTAMANTE A. (2011). **Frecuencia e Indicación de Cesárea en las Adolescentes entre 13 y 19 años de edad atendidas en el Hospital "Pablo Arturo Suárez" de la Ciudad de Quito Ecuador**, en el período enero del 2006 hasta diciembre del 2011. Ecuador. Trabajo de investigación. Objetivo:

conocer la frecuencia e indicación de cesárea en pacientes adolescentes embarazadas entre 13 y 19 años, atendidas en el Hospital "Pablo Arturo Suárez" desde enero del año 2006 hasta diciembre del año 2011.materiales y métodos: en donde se evaluaron a 408 adolescentes entre 13 y 19 años de edad que terminaron su gestación por medio de cesárea. La recolección de datos se realizó con la revisión de historias clínicas registradas en el Sistema Informático Perinatal. Los resultados: la principal indicación de cesárea en adolescentes fue por desproporción céfalo-pélvica 21.8%, distocias de presentación 9.1%, compromiso de bienestar fetal 8.5%, pre eclampsia 4.7%, Macrosomia fetal 3.9%, placenta previa 1.9%, malformaciones fetales 0.7% y 49.3% no tiene registro de indicación operatoria. Entre las características personales de las adolescentes el 51.8% tiene entre 17-19 años, el 69.7% son mestizas, instrucción secundaria 82.4%, residencia urbana 91.2%, nivel social medio 58.8%. De 535 adolescentes embarazadas, 408 terminaron su gestación por cesárea y 127. Conclusiones. Por parto normal, la principal indicación para la realización de la cirugía fue por desproporción céfalo-pélvica 21.8% y 49.3% no tiene registro de indicación operatoria:[(10)].

JAUREGUI M. (2011). **Principales Causas de Cesáreas en la Fundación Humanitaria Pablo Jaramillo Enero – diciembre de 2011. Ecuador.** Trabajo de investigación. Objetivo: determinar cuáles son los principales diagnósticos establecidos previos a la cesárea. Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, transversal, retrospectivo se realizó en la fundación Pablo Jaramillo. la población a ser estudiada fueron todas las mujeres

embarazadas quienes se indicó la necesidad de realizar una cesárea, las variables a emplearse fueron: Edad materna, semanas de gestación en la que se terminó con el embarazo, diagnósticos establecidos como indicación de cesárea**.** Resultados: La primera causa de cesárea fue por cesárea anterior con un 32,4% (191 casos) del total del universo, luego el sufrimiento fetal agudo con un 8% (47 casos), la desproporción céfalo-pélvica con un 7,8% (46 casos), la dilatación estacionaria con un 7,3% (43 casos), los trastornos hipertensivos del embarazo con un 7,3% (43 casos), las distocias de presentación con un 6,4% (38 casos), la ruptura prematura de membranas con un 4,1% (24 casos), la cesárea iterativa 1 con un 3,4% (20 casos), las distocias óseas con un 3,1% (18 casos) y la macrosomia fetal con un 2% (12 casos).Conclusiones: La cesárea anterior fue la principal causa de cesárea en la población atendida en la Fundación Pablo Jaramillo durante el 2011. Las causas fetales estuvieron en segundo lugar. Las causas maternas no presentaron mayor prevalencia en la población:[(11)].

LAGUADO N. (2010). **Factores Maternos y Fetales que Inducen a un Parto por Cesárea. Madrid.** Revista de ciencia y cuidado, Articulo de Revisión. Objetivo: Identificar los factores maternos y fetales que desencadenan el procedimiento quirúrgico de cesárea en las pacientes que ingresan en trabajo de parto**.** Materiales y método: La muestra se seleccionó mediante muestreo probabilístico aleatorio teniendo en cuenta como Criterios de inclusión: mujeres menores de 15 años y mayores de 35 años, y los criterios de exclusión: mujeres menores de 15, mayores de 35 y gestantes que tienen sus hijos por parto vaginal. En el análisis de los datos obtenidos

en el diligenciamiento del instrumento elaborado por los investigadores a las 93 historias clínicas de las usuarias gestantes que ingresan al servicio de quirófano de la Clínica San José para practicarse una cesárea. Resultados: Las edades en la que las mujeres más se realizan una cesárea es entre los 20 y 22 años, el nivel socioeconómico más frecuente es el estrato 2, el factor materno más encontrado es el de cesárea electiva y la evidencia de infección intrauterina (Toxoplasmosis) es el factor fetal más encontrado. Conclusiones: Las razones maternas más frecuentes para la realización de cesárea son: trabajo de parto prolongado y estacionario y deseo de la paciente otras razones menos frecuentes como: antecedente de cesáreas, placenta previa, presencia de diabetes, presencia de hipertensión, preeclampsia y antecedentes de abortos. Las razones fetales más frecuentes son: Infección intrauterina, Sufrimiento fetal agudo (SFA) por aporte disminuido de oxígeno al feto:[(12)].

GONZALES M. (2016) **Indicaciones de Cesárea en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el periodo 2014.Peru.** Tesis. Objetivo: Conocer las indicaciones que determinan un parto por cesárea, así como su frecuencia y las características de las pacientes en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el período 2014. Materiales y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, transversal, cuantitativo. La muestra estuvo conformada por 338 casos de cesárea en dicho hospital. La información fue recolectada principalmente del registro de sala de operaciones y de las Historias Clínicas respectivas, para lo cual se empleó una ficha de recolección de datos. Resultados: Se encontró

una frecuencia de la operación cesárea de 42,07%. Las principales indicaciones de cesárea fueron: Cesárea Anterior con 24.26%; Desproporción Céfalo-Pélvica con 16.57%; Pre-eclampsia o Eclampsia con un 10.95%; Macrosomia Fetal con 9.47% y Ruptura Prematura de Membranas con 8.87%. Conclusión: Las indicaciones de cesárea por causa materna fueron las más frecuentes representando 63.02% del total y dentro de éstas la cesárea anterior fue la principal causa con 24.26%. La frecuencia de la operación cesárea fue de 42,07%, cifra superior a lo recomendado por la OMS que es un 10-15%:[13].

SANCHEZ D. (2016)**. Factores Asociados a la Indicación de Cesárea en el Hospital dos de Mayo de Enero a diciembre del 2015, Lima-Perú.** Tesis. Objetivo: Determinar los factores asociados a indicación de cesárea en el Hospital Nacional Dos de Mayo en el periodo de enero a diciembre del 2015. Materiales y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, observacional de corte transversal, en el cual se revisó el Libro de Reporte Operatorio del Servicio de Centro Obstétrico del Hospital Nacional Dos de Mayo. Resultados: En el Hospital Nacional Dos de Mayo durante el año 2015, el porcentaje de cesárea respecto al total de nacimientos en ese año de 57,5%. Las gestantes entre 20 y 35 años son las que con mayor frecuencia se someten a dicha intervención. Del total de cesáreas, el 68,7% corresponde a las realizadas por emergencia, siendo la principal indicación la cesárea previa (37,5%), seguida de pelvis estrecha, feto grande, sufrimiento fetal agudo. Conclusiones: La tasa de incidencia de cesárea en el Hospital

Nacional Dos de Mayo en el año 2015 fue de 57,5% respecto del total de nacimientos registrados en es ese periodo de tiempo, evidenciándose un valor muy por encima de lo estipulado por la OMS. La principal indicación materna es placenta previa, la principal indicación fetal es feto grande, y la principal indicación ovular es la ruptura prematura de membranas:[14].

PAIBA M. (2014). **Causas de Cesáreas en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque, 2014. Perú.** Tesis. El objetivo**:** determinar las causas que conducen al parto por cesárea con la finalidad de mitigar con prevención la tasa de incremento que según la Organización Mundial de la Salud es 15 %, Materiales y Métodos: Estudio Retrospectivo, comparativo mediante la revisión de140 historias clínicas de partos por cesárea y un mismo número por parto vaginal. Se recolectaron datos epidemiológicos y clínico - obstétrico Resultados: Las pacientes sometidas a cesáreas se caracterizan porque el 70.7%, son de 19 a 34 años; el 65.7% proceden de los "pueblos de Lambayeque", existe un predominio de monitoreo adecuado de 60.7%. El número de profesionales que atienden es adecuado solo en 57%. En la indicación del profesional predomina el riesgo obstétrico con 98,6%. La comodidad del profesional y de la paciente fue mayor con 98.6% y 87.1% respectivamente. Las causas maternas asociadas al parto por cesárea son la cesárea previa, las distocias del canal del parto, el periodo Intergenésico corto y enfermedad hipertensiva del embarazo. Las causas fetales son malformaciones congénitas, RCIU y la muerte fetal previa; mientras que el Oligohidramnios, el DPP y la placenta previa constituyen causas específicas

del parto por cesárea. Conclusión: existen causas maternas, fetales y ovulares de partos por cesáreas:[5].

ALBORNOZ L. (2013) **Cesárea en Adolescentes en el Hospital Nacional Santa Rosa durante el periodo 2010-2012 Universidad Nacional Mayor de San Marcos.** Tesis. Objetivo: Reconocer los factores característicos de las adolescentes sometidas a cesárea. Material y Métodos: Se presenta un estudio descriptivo y cuantitativo. Se incluyeron historias clínicas de adolescentes cesareadas que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, durante el período 2010 – 2012. Encontrándose un total de 530 historias clínicas. Resultados: Durante el año 2010, la tasa de cesáreas en adolescentes representó el 44,6%, en el 2011 fue de 42,5%, mientras que en el 2012 fue 38,8%. El 96,8% de adolescentes pertenecían al período de Adolescencia Tardía, mientras que el 3,2% al de Adolescencia Temprana. Con respecto a factores socioculturales; en lo referido al grado de instrucción, el 56,0% tenía secundaria incompleta, un 30,8% secundaria completa, el 5,1% universitario incompleto, el 4,0% técnico incompleto, el 2,1% técnico completo, el 1,7% primaria incompleta y un 0,4% primaria completa. En cuanto al estado civil, el 62,5% eran solteras, el 35,3% convivientes y el 2,3% casadas. En lo referido al número de gestaciones, el 82,1% eran primigestas, el 16,6% segundigestas y el 1,3% Multigesta. Con respecto las atenciones prenatales, el 11,7% no presentaba ninguna atención prenatal, el 52,8% tenía menos de seis atenciones prenatales, mientras que el 35,5% presentaban seis o más atenciones prenatales. Así mismo, los principales diagnósticos de cesárea fueron Sufrimiento Fetal Agudo con

9,6%, Distocia Funicular con 7,3%, Pre eclampsia Leve 7,0% y otras indicaciones no especificadas con 8,7%. Finalmente, con respecto al tipo de cesárea según grado de urgencia, el 71,9% fueron de emergencia mientras que el 28,1% fueron electivas. Conclusiones: La tasa de cesárea disminuyó de 44,6% en el 2010 a 38,8% en el 2012. El 96,8% de adolescentes se encontraban en la etapa tardía de la adolescencia. Con respecto a factores socioculturales, en su mayoría (56,0%) presentaron secundaria incompleta como grado de instrucción y la mayor parte de adolescentes eran solteras (62,5%). Para el 82,1% era su primera gestación. Sólo el 35,5% presentaban seis o más atenciones prenatales, así mismo el 11,7% no presentaba ninguna. La principal causa de cesárea fue Sufrimiento Fetal Agudo con 9,6%. La mayor parte de cesáreas (71,9%) fueron de emergencia:[(15)].

CARPIO B. (2012). **"Operación Cesárea: Incidencia e Indicaciones en el Hospital Naylamp de Es Salud-Chiclayo durante el periodo enero – diciembre 2012". Perú. Trabajo de investigación.** Objetivo: Saber cuál es la incidencia de la operación cesárea y las indicaciones más frecuentes para su ejecución. Materiales y métodos: Investigación cuantitativa con enfoque descriptivo transversal y analítico en el Hospital Naylamp de Es Salud-Chiclayo. La muestra estuvo conformada por 154casos de cesárea en dicho hospital. Se empleó una hoja de recolección de datos. Los resultados: se analizaron en el programa estadístico SPSS versión 21 encontrándose una incidencia de la operación cesárea de 27.70%, entre las principales indicaciones: 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%, Macrosomia Fetal Mayor de 4.500 gr 6,5% y cascareadas a término 90,0%.conclucion: la incidencia se encuentra en porcentaje superior al recomendado por la OMS, constituyendo las indicaciones absolutas en un 50.6% y las relativas en un 49.4%, haciendo presente que estas cifras podrían no corresponder exactamente ya que como se informó hay un buen número de pacientes que fueron transferidos para la operación cesárea a un centro de mayor resolución:[16].

PATIÑO G. (2011) **Factores Determinantes de la Cesárea en el Hospital de Tumbes 2011.** Artículo de revisión. Objetivo: conocer los factores maternos y fetales asociados a la cesárea y la frecuencia de la operación, se realizó el estudio en las cesareadas de los hospitales del Ministerio de Salud y ESSALUD de Tumbes durante seis meses, Materiales Y Métodos: El diseño de la investigación fue descriptivo, prospectivo y longitudinal. La población estudiada estuvo compuesta por la totalidad de gestantes a las que se les practicó la cesárea en el Hospital de Apoyo "JAMO", del Ministerio de Salud, y el Hospital de Nivel I "Carlos Cortés Jiménez", de ESSALUD, durante el período de seis meses, de junio a diciembre del 2011. La muestra estuvo conformada en ambos casos por 30 pacientes cesareadas de los hospitales MINSA y ESSALUD. Los instrumentos utilizados fueron la ficha de recolección de datos y la encuesta. Recogidos los datos, se realizó una crítica de la información y se presentaron en cuadros y gráficos estadísticos. Para tal efecto, se utilizó el paquete estadístico SPSS. El estadístico utilizado fue la medida de tendencia central (media aritmética). Resultados: se

presentaron en orden de importancia. En el MINSA: por ser cesareadas anterior, 20 %; por enfermedad hipertensiva del embarazo, 13,3%; por macrosomia fetal, 13,3 %, y por presentación alta, entre otras, 6,7%. En ESSALUD, la presentación alta mostró un 20%, la cesareadas anterior, 10 %, y el resto, otras causas. Conclusiones: Los factores maternos para la indicación de cesárea en los dos hospitales de Tumbes estudiados durante el 2011 fueron las cesáreas anteriores en las pacientes mayores de 25 años, con una gestación previa y más de seis controles prenatales. La frecuencia de cesáreas fue muy alta en los dos hospitales de Tumbes, y mucho mayor en el hospital Carlos Cortés Jiménez de ESSALUD (58,7 %), en comparación con el hospital José Alfredo Mendoza Olavarría del MINSA (49,52 %):[17].

MANZANO G. (2009). **Incidencia y Factores Asociados a Cesárea Iterativa en Adolescentes: Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2005 - 2009. Perú.** Tesis. Objetivo: Determinar la incidencia y factores asociados a cesárea iterativa, en adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales desde enero 2005 a diciembre 2009. Material y métodos**:** Diseño transversal y descriptivo, en el que se revisó todas las historias clínicas de adolescentes Multigesta, determinando la incidencia de cesáreas iterativas, así como los factores asociados. Resultados: Se registró 584 partos de adolescentes Multigesta. 264 correspondieron a cesáreas iterativas, lo que significó una incidencia de 45 cesáreas iterativas por cada 100 gestaciones (45%). El promedio de edad fue de 18.2 ± 1.1 años (14 a 19 años). Por modelo de regresión logística multivariante, se identificó como factor de riesgo la desproporción céfalo-pélvica (ORa, 166.39; IC95%: 60.25 –

459.53; p <0.001), y como factores protectores el número de hijos vivos (ORa, 0.18; IC95%: 0.01 – 0.04; p <0.001) y abortos (ORa, 0.08; IC95%: 0.04 – 0.16; p <0.001). Conclusiones: la incidencia de cesáreas iterativas en adolescentes Multigesta, fue de 45%. Asociado a desproporción céfalo-pélvica y con menor indicación por el mayor número de hijos vivos y abortos previos:[18].

3.2. MARCO TEORICO.

A. HISTORIA.

Una palabra de origen latino, *caedere* que significa corta, podría ser uno de las 4 razones del origen de la denominación. En el año 715 A.C establecieron que cualquier mujer con embarazo avanzado debía ser operada poco después de la muerte, si el niño estuviera vivo. Antes de 1500 el islam se oponía a este tipo de procedimientos y señalaba que cualquier niño nacido por este método era denominado del demonio y tenía que ser sacrificado sin embargo la iglesia cristiana estaba a favor de la operación, preocupado por la salvación de vidas y almas. El primer registro de una cesárea fue en SICELIA 508A.C según Boley. La historia científica registra en su mayoría comienzo en la que algunos autores consideran al segundo periodo de la historia de la cesárea y cae después de 1500. La primera referencia histórica a la realización de una cesárea en una mujer viva corresponde a la práctica de mujer en 1500 que empleo una navaja de rasurar y el niño nació vivo:[19].

B. CESAREA.

Es el nacimiento de un feto vivo a través de una incisión en la pared abdominal (laparotomía) y en la pared uterina (histerectomía) ante una situación de peligro de la madre o del feto o ante la posibilidad del feto de nacer por la vía vaginal:[1].

C. CLASIFICACION DE LA CESAREA.

a) Por los antecedentes obstétricos.

- **Primaria:** Es aquella que se practica en gestantes con patología materna o fetal por primera vez:[20].
- **Previa:** se practica en pacientes que tienen antecedentes de una cesárea anterior:[20].
- **Iterativa:** Es la que se practica en pacientes que han tenido 2 o más antecedentes de cesárea:[20].

b) Según indicación médica.

- **Emergencia:** es la que se practica para resolver o prevenir una complicación materna o fetal en etapa crítica:[21].
- **Electiva:** es la que se programa para ser realizada en una fecha determinada por alguna indicación médica y se ejecuta antes de que inicie el trabajo de parto. :[21].

D. COMPLICACIONES DE LA CESÁREA.

Las complicaciones más comunes son:

a. Endometritis
b. Infecciones de vías urinarias
c. Infección de herida operatoria
d. Trastornos tromboembólicos
e. Depresión respiratoria
f. Hipotonía uterina
g. Hemorragia por retención de restos placentarios
h. Ruptura uterina en embarazo subsecuentes y procesos de adherencia

E. PRINCIPALES FACTORES DE UNA CESAREA

a) FACTORES SOCIEODEMOGRAFICOS.

- **Edad.**

El límite superior de edad, a partir del cual se considera a la paciente gestante añosa, ha ido variando a lo largo de la historia y aun hoy en día sigue siendo un importante motivo de controversia. No obstante, es unánimemente aceptado que las mujeres que paren a edades próximas al límite de fertilidad presentan una mayor morbimortalidad materno-fetal, sin estar bien establecido si ello se debe a la edad de forma exclusiva o a otros factores de riesgo asociados. El deseo de la mujer de tener un embarazo después de los 35 e incluso antes de los 20 años, se ha convertido por ello en un importante fenómeno social. Los determinantes de esta modificación del patrón reproductivo pueden explicarse por los

cambios culturales, sociales y económicos acontecidos en nuestra sociedad, puestos de manifiesto sobre todo en el último tercio del siglo XX. :[22].

- **Estado civil.**

  El estado civil es una variable considerada como un marcador demográfico o poblacional que ha sido vinculado en el embarazo con los resultados perinatales. En la literatura se han publicado múltiples artículos, Sin embargo, para muchos autores, este marcador demográfico no es más que un factor o variable de proximidad, que describe una situación subyacente asociada a otras variables que sí han sido claramente identificadas como posibles causas de efectos adversos (nivel educacional, económico, social, etcétera) :[23].

- **Grado de Instrucción.**

  El nivel de instrucción de una persona es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos

  Se distinguen los siguientes niveles:

  - ✓ Primarios y menos. Personas que no saben leer ni escribir, personas que saben leer y escribir, pero no han terminado ningún tipo de estudios, Educación Infantil, Educación Primaria, estudios primarios como la EGB, la Enseñanza Primaria y estudios similares.
  - ✓ Formación Profesional. Estudios de Formación Profesional.

- ✓ Secundarios. Estudios de Bachillerato Elemental y equivalente, de Educación Secundaria Obligatoria, de Bachiller Superior, Acceso a la Universidad y similares.
- ✓ Superiores. Estudios de Licenciatura, Ingenieros Superiores y similares, así como de doctorado y especialización: [24].

- **Procedencia.**

El latín *procedens*, procedencia es el origen de algo o el principio de donde nace o deriva. El concepto puede utilizarse para nombrar a la nacionalidad de una persona. La procedencia geográfica que alguien dispone marcar muchas de las características que presentan en el plano físico, y asimismo en lo concerniente a su modo de comportamiento o de actuar :[25].

b) FACTORES MATERNOS

- **Obesidad Materna.**

Se ha utilizado diversos sistemas para definir y clasificar la obesidad. En la actualidad se emplea el índice de masa corporal (BMI, *body más índex*), también conocido de *índice de Queteler*. El BMI se calcula como el peso en kilogramos dividido por la talla en metros cuadrados (kg/m^2) se calcula a partir de la talla y el peso, considerando un valor normal entre 18,5 y 24,9 $kg/m^{2.}$:[26].

La incidencia de obesidad durante el embarazo es alta. Se estima en un 18,5- 38,3% según las distintas series publicadas. Es así que entre 2 y 3 mujeres de cada 10 que acuden a consulta prenatal tienen sobrepeso y 1- 2 de cada 10 tienes obesidad; En un estudio realizado muestra que el 8,3% de las gestantes presentaban obesidad severa o mórbida:[27].

- **Alteraciones en el Trabajo de Parto.**

✓ **Alteraciones en el Primer Periodo:**

Detención del trabajo de parto luego de una presentación de contracciones intensas y vigorosa, sin progresión del feto por causa mecánica o dinámica, lo cual se prolonga por encima de las 12 horas. Se manifiesta por que la curva del partograma se desvía hacia la derecha. La detención o enlentecimiento de la progresión del trabajo de parto debido a la disminución de las contracciones uterinas en su frecuencia, intensidad o duración debido a la disminución del metabolismo de la actina para su conversión en miosina y presentación de la contracción uterina. La frecuencia es de 0,33 a 1,5% de los partos:[26].

Fase Latente Prolongada. - evidencia de actividad uterina sin inicio de la fase activa por un periodo mayor de 20 horas en primíparas y 14 en multíparas. :[28].

Alteraciones en la Fase Activa. - las anomalías del trabajo del trabajo de parto se divide clínicamente en avance menor comparado con el normal (trastornos por retraso) o interrupción completa del avance (trastorno por detección). Handa y Laros (1993) diagnosticaron la detención en la fase activa, definida como ausencia de dilatación durante 2h o más en 5% de las nulíparas a término. Se diagnostica mediante tacto vaginal y la lectura del partograma con curva alerta anómala:[26].

- ✓ **Alteraciones en el Segundo Periodo.**

El descenso fetal es en gran parte consecutivo a la dilatación completa. Es más, el segundo periodo del trabajo de parto incorpora muchos movimientos cardinales necesarios para que el feto pase a través del conducto de parto. Dicho periodo se limita en nulíparas a 2 horas y se amplía a 3 horas cuando se había utilizado analgesia. Para multíparas el límite era de 1 hora, con ampliación a 2 horas en presencia de analgesia:[26].

Expulsivo Prolongado. - cuando el tiempo de expulsión es mas de 2horas en nulíparas y 1hora en multíparas:[28].

- **Enfermedad Hipertensiva Gestacional.**

El diagnostico de hipertensión gestacional se establece en mujeres cuya presión arterial alcanza140/90mmHg no mayor por primera vez después de la mitad del embarazo, o un incremento en la presión sistólica de 30 mmHg y 15 mmHg en la presión diastólica con respecto a los valores normales. Cuando la presión arterial media es mayor o igual a 90 mmHg en el I y II trimestre. Pero en quienes no se identifica proteinuria. Casi la mitad de estas pacientes desarrollo después pre eclampsia, que incluye signos como proteinuria y trombocitopenia, o síntomas como cefalea y dolor epigástrico.

Actualmente se pueden esperar tasas mundiales de pre eclampsia de 143 667 casos y 431 000 de gestosis grave, muertes maternas mundiales de 20 000 pacientes y hasta 86 000 muertes perinatales. Esta afección complica entre el 2 y el 8 % de los embarazos. En países desarrollados la eclampsia

es rara y afecta alrededor de 1 por cada 2 000 partos, mientras en los países en vías de desarrollo esta cifra variará desde uno en 100 a uno en 1700.La hipertensión inducida por el embarazo es un síndrome característico por hipertensión, retención de líquidos y edema, disminución del flujo sanguíneo, vasoconstricción y presencia de proteínas en la orina. Cuando se presenta edema, puede ir acompañada de mareos, dolores de cabeza, alteraciones visuales, anorexia, náuseas y vómitos:[26,29].

- **Desproporción Céfalo Pélvica**

  Esta desproporción surge de una dimensión de la capacidad pélvica de una talla excesiva del feto o, más a menudo, de una combinación de ambas. Cualquier estrechez de los diámetros pélvicos que disminuye la capacidad del ese segmento corporal puede crear distocias durante el trabajo de parto. Puede haber estreches de los planos de entrada medio, de salida, o una pelvis con disminución general de sus diámetros por la combinación de esas circunstancias:[26].

  Suele considerarse estrecho el plano de entrada de la pelvis si su diámetro anteroposterior más pequeño es <10cm o su diámetro transversal mayor mide menos de 12 cm. El diámetro anteroposterior del plano de entrada de la pelvis suele determinarse de manera aproximada por medio de medición manual del conjugado diagonal que es casi 1.5cm mayor. Por tanto, suele definirse la estrechez del plano de entrada de la pelvis como la presencia de una conjugada diagonal <11.5 cm:[30].

- **Periodo Intergenésico**

El periodo Intergenésico se puede definir como el espacio de tiempo comprendido entre el término de un embarazo y la concepción del siguiente, o aquel intervalo en meses toándose en cuenta la fecha en la que termino la gestación previa y la de la última menstruación; otra definición propuesta es el espacio entre fechas de 2 nacimientos vivos sucesivos menos la edad gestacional del neonato más reciente:[31].

- ✓ **Clasificación**

Intervalo Intergenésico Corto: el periodo que se reduce a igual o menor a los 2 años:[32].

Intervalo Intergenésico Adecuado: el periodo de tiempo se limita entre 2 y 4 años:[32].

Intervalo Intergenésico Prolongado: cuando es mayor o igual a 4 años.

En un esfuerzo por disminuir la tasa de cesárea, el colegio Americano de Obstetricia y Ginecología recomendó que las pacientes con cesárea anterior podrían ser sometidas a una prueba d trabajo de parto, debido a que el porcentaje de éxito de lograr un parto vaginal fluctuaba entre 60% y 80%, con riesgo de rotura uterina menor al 1%, resultados importantes en la toma de decisiones:[32].

- **Cesárea Anterior.**

El permitir un parto vaginal a la paciente que previamente ha sido sometida a una operación cesárea es una de las grandes controversias de la Obstetricia desde hace muchos años. En general la cesárea previa es

hoy la indicación Obstétrica principal de cesárea (34%), seguido por las distocias (28%), el SFA (14%), la presentación pélvica (9%) y otras un (10%). De todas estas causas, la que tiene más posibilidad de modificarse es la cesárea previa. La frecuencia de partos vaginales en cesareadas anteriores es de 69,44%. El 96,67% de partos vaginales posterior a cesárea son eutócicos. Uno de los propósitos de los proyectos de desarrollo humano mundial es reducir la tasa global de cesárea a un 15%, ya que en los últimos decenios ha tenido un incremento alarmante. En los Estados Unidos se estima que de los 4 millones de nacimientos anuales un 20 - 25% nacen por vía abdominal. Número de cesáreas previas: Se debe seleccionar a pacientes con sólo una cicatriz previa. Más de dos, triplica la posibilidad de dehiscencia de histerorrafia. :[33,34].

c) FACTORES FETALES.

- **Macrosomia Fetal.**

Se define recién nacido grande para la edad gestacional. Se puede detectar durante el embarazo de acuerdo a la fórmula de Johnson, o luego del nacimiento del feto. Se le describe macrosomico cuando el peso es mayor que la edad gestacional o con un peso mayor de 4000g. Existen quienes apoyan a utilización del percentil 90 de peso fetal para la edad gestacional y otros un valor neto de peso neonatal mayor a 4000, 4500 o 5000g. En chile, la definición más utilizada en la actualidad es peso de nacimiento mayor a 4000g (2003) se asocia a un mayor riesgo relativo de morbilidad materna y neonatal. :[35].

- **Sufrimiento Fetal Agudo**

  Se define como una perturbación metabólica compleja que se da por la disminución del flujo sanguíneo fetal de evolución rápida que puede provocar alteraciones tisulares irreparables:[36].

  Estado de compromiso fetal instalado durante el trabajo de parto caracterizado por la hipoxia hipercapnia y acidosis, los términos "SFA" y "Fetal Distress", debido a su imprecisión e especificidad, está siendo reemplazado por "riesgo de pérdida del bienestar fetal" y "estado fetal no tranquilizante" respectivamente. Se presenta entre el 6-15% de los partos. Para el año 2007, el instituto nacional materno perinatal se ha reportado una incidencia de asfixia perinatal de 3% y un 1,21% de recién nacidos con Apgar< 6 a los 5 minutos; por otro lado, la asfixia neonatal explico el 3,92% de la mortalidad neonatal precoz:[37,38].

- **Embarazo Múltiple**

  Es la gestación simultánea de dos o más fetos en la cavidad uterina; el embarazo múltiple proviene de la fecundación de uno a más en un mismo proceso de gestación. Los gemelos mono cigotos o idénticos provienen de la duplicación de un solo cigoto y los bicigotos de la fecundación de dos o más óvulos y se registra entre 1 – 3% del total de los embarazos:[39]

- **Distocias Fetales.**

  Todo aumento de volumen del producto de la concepción puede producir distocia fetal porque impide su paso a través del canal del parto:[40].

- ✓ **Anomalías de Presentación.**

Cefálicas Deflexionadas. Constituyen manifestaciones de diferentes grados de la deflexión de la cabeza y son las presentaciones de cara, frente y bregma. La incidencia de estas presentaciones es difícil de determinar por qué la mayoría evoluciona a cefálica. El diagnostico se debe de realizar durante el segundo periodo del trabajo de parto porque muchas veces fetos con presentaciones cefálicas deflexionadas antes de iniciar trabajo de parto o en la primera fase del mismo se resuelven espontáneamente, pasando a presentación de vértice mientras descienden:[(41)].

Podálicas. Se conoce como aquel nacimiento del producto de la concepción cuando se encuentra en situación longitudinal, ocupando la pelvis menor de la madre el polo pelviano, pies o nalgas del feto. La presentación pelviana es capaz de desencadenar el inicio de un trabajo de parto y culminarlo por vía vaginal o abdominal (cesárea), antes o una vez iniciado un trabajo de parto:[(41)].

Podálica Franca: los miembros inferiores del feto se encuentran extendidos en su totalidad, con flexión de los muslos sobre el abdomen:[(41)].

Podálica Completa: la actitud del feto muestra los muslos flexionados sobre el abdomen y las piernas flexionadas sobre los muslos, de manera que generalmente se cruzan piernas y pies, pero nunca estos últimos por debajo del nivel de las nalgas:[(41)].

Podálica Incompleta: observada en un 20% a 25% de los casos. Constituida por alguna de las variantes anteriores cuando uno o ambos pies o rodillas se

ofrecen al estrecho superior de la pelvis; de allí las denominaciones de «modo pie» y «modo rodilla»:[41].

- ✓ **Anomalías de Posición.**

Occipito Posteriores. La expulsión en occipito posterior se presentan en menos de 5% de los partos a término porque, en la mayoría de los casos, ocurre la rotación espontanea a una variedad anterior y cursan con un parto normal en occipito púbica:[41].

Occipito Transversa. Aunque la mayoría rotan a variedad anterior espontáneamente o con rotación digital, las transversas detenidas ocasiones distocias. En estos casos, la rotación digital es aún más difícil y su fracaso se debe a que se trata de una pelvis platiploide o una cabeza profundamente encajada y moldeada:[41].

d) FACTORES OVULARES.

- **Placenta Previa**

La placenta previa se define como una placenta que recubre el orificio cervicouterino. Anteriormente las placentas previas se clasificaban como completa, parcial y marginal dependiendo de cuanto cubría el orificio cervicouterino. Sin embargo, el uso de ultrasonido transvaginal permite la localización precisa de la placenta. La placenta previa se asocia a numerosas complicaciones adversas, tanto maternas como fetales y neonatales. Muchas de ellas son consecuencia directa de hemorragia materna. De hecho, las mujeres con placenta previa se encuentran en un riesgo aproximadamente 10 veces mayor de sangrado vaginal antes del parto. El único método seguro y apropiado de parto para placenta previa es el parto por cesárea:[42].

- ✓ **Tipos de Placenta Previa:**

Placenta Previa Total. La placenta cubre por completo el orificio interno, esta implica el mayor riesgo para la madre y la relaciona con hemorragias más intensas:[43].

Placenta Previa Parcial. La placenta cubre de manera parcial el orifico interno:[43].

Placenta Previa Marginal. La placenta se extiende hasta el margen del orificio cervical interno, esta variante por lo general no se relaciona con hemorragia vaginal intensa:[43].

- **Desprendimiento Prematuro de Placenta.**

El desprendimiento prematuro de la placenta normo inserta (DPPNI) se define como la separación parcial o total de una placenta no previa de la decidua uterina, ocurriendo esto antes de la expulsión fetal. Se desencadena a consecuencia de una hemorragia en la interface decidua-placenta y su definición queda limitada para gestaciones mayores de 20 semanas, ocurre debido a la ruptura de los vasos maternos en la decidua basal, donde se interconecta con las vellosidades de anclaje de la placenta. En raras ocasiones, la hemorragia se origina en los vasos feto placentario. La sangre acumulada divide la decidua, separando una fina capa de decidua de su anclaje a la placenta. El sangrado puede ser pequeño y auto limitado o puede continuar disecando así la interface entre placenta y decidua, llevando a la completa o casi completa separación de la placenta es incapaz de

realizar el intercambio de gases y nutrientes, de forma que, en el momento en que la unidad feto placentaria restante sea incapaz de compensar esta pérdida de la función, el feto se verá comprometido:[44].

- **Oligohidramnios Severo.**

  El Oligohidramnios es un término de introducción tardía en el diagnóstico de traducción de bienestar fetal. En los últimos años ha sido causa importante de asociarlo a la morbilidad fetal, aunque siempre debió existir y no se le había dado la importancia requerida y todo se evaluaba como un sufrimiento fetal agudo o uno crónico agudizado. El índice de líquido amniótico (ILA) es el método semi-cuantitativo común mente más usado para calcular el volumen de líquido amniótico el cual suma las mediciones de los bolsillos mayores en los cuatro cuadrantes que se divide el abdomen materno. El Oligohidramnios se ha definido en forma clásica como un valor de ILA menor de 5 cm (definición de estándar) y menor de 8 cm (definición alternativa). El uso de esta prueba ha sido considerado ideal, sin importar la causa del Oligohidramnios, debido a que un valor menor o igual a 5cm se ha asociado con aumento de la morbilidad neonatal:[45].

- **Distocia de Cordón.**

  Hay varias anomalías mecánicas y vasculares del cordón umbilical que pueden alterar el flujo sanguíneo feto placentaria:[46].

  Cordón Cortó. Un cordón demasiado corto impide el descenso de la presentación o provoca el desprendimiento de la placenta normalmente insertada, puede prolongar el trabajo de parto u ocasionar un abrupto placentario. Es necesario sospecharlo cuando se comprueban signos de

anoxia fetal sin causa aparente, falta de encajamiento o dolor uterino localizado, o se produce el desprendimiento prematuro de placenta:[46].

Circulares del Cordón. Debe sospecharse cuando hay desaceleraciones variables en el monitoreo fetal, durante el trabajo de parto asociadas a signos de sufrimiento fetal sin causa aparente, o falta del descenso de la presentación, y se diagnóstica con la ecografía obstétrica, al observarse el cordón alrededor de la nuca fetal. Cuando no hay encajamiento o existe sufrimiento fetal el tratamiento es la intervención cesárea:[46].

Procúbito, Laterocidencia y Procidencia del Cordón. No es una verdadera distocia, pero ponen en peligro la vida fetal. Conocida también como prolapso de cordón, es cuando éste se convierte en la parte que se presenta en el estrecho superior. Cuando las membranas están intactas se denomina Procúbito de cordón; en estos casos, se puede tratar de rechazar cuidadosamente el cordón y permitir que el polo cefálico o podálico ocupen el estrecho superior. Si se logra, se pueden romper las membranas, en el caso de presentación cefálica, para permitir la entrada de la cabeza en el estrecho superior; si no se logra reducir el cordón, está indicada la cesárea. Cuando las membranas están rotas se denomina procidencia de cordón y constituye una emergencia obstétrica porque se acompaña de alta mortalidad fetal, sobre todo en casos de procidencia de cordón y presentación cefálica:[46].

3.3.DEFINICION DE TERMINOS.

a. **Cesárea:** es el nacimiento de un feto mayor de 22 semanas por medio de una incisión en la pared abdominal (laparotomía) y en la pared uterina:[(1)].

b. **Factores:** es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumenta su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión :[(47)].

c. **Asociación:** se refiere a la existencia de un vínculo de dependencia entre una variable y otra. En general, la forma de identificar la asociación es a través de la comparación de dos o más grupos, para determinar si la frecuencia, magnitud o la presencia de una de las variables modifica la frecuencia de la otra en algún sentido:[(48)].

d. **Significancia:** son métodos indirectos para evaluar los resultados de un estudio que no se puede hacer en toda la población-sujeto sino en una muestra. :[(49)].

4. MATERIALES Y METODOS.

4.1.TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio fue de tipo RETROSPECTIVO por el periodo en el que se recopilo la información. y un estudio de corte TRANSVERSAL porque el estudio se realizó en un momento y lugar seleccionado, siendo considerado también un estudio CORRELACIONAL por que se verifica si ambas variables se relacionan.

4.2.DISEÑO DE INVESTIGACION.

El diseño seleccionado a emplearse en el presente proyecto de tesis, fue el diseño no experimental de tipo transversal:[50]. Cuyo diagrama se muestra a continuación.

$$M \quad O_x \quad r \quad O_y$$

Dónde:

M: muestra

O: observación

x, y; subíndices que indican las observaciones obtenidas e cada una de las 2 variables.

4.3.POBLACION O UNIVERSO.

El estudio se realizó en el Hospital Regional De Huacho Huara Oyon en el periodo 2016 en el departamento de Gineco Obstetricia. Ubicado en el departamento de Lima, provincia de Huaura, Distrito de Huacho.

Población.

La población está integrada por 1169 historias clínicas de pacientes que fueron sometidas a una cesárea, cuya atención fue en el Hospital Regional De Huacho en el periodo 2016 en el departamento de Gineco- Obstetricia, para la selección de los elementos muéstrales (unidad de análisis), se tomó en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

a. Criterios de Inclusión:

- Historias clínicas de pacientes cascareadas
- Historias clínicas completas de puérperas cesareadas, sin distinción de edad, grado de instrucción y condición social

b. Criterios de Exclusión:

- Historias clínicas incompletas
- Historias clínicas que no cumplen con los criterios de inclusión.

4.4.UNIAD DE ANALISIS Y MUESTRA.

4.4.1. UNIDAD DE ANALISIS.

Historias clínicas de pacientes cuyo parto fue por cesárea.

4.4.2. MUESTRA.

En sincronía con el tipo de investigación y el alcance de las contribuciones que se desea perseguir con el estudio, se empleara el muestreo probabilístico aleatorio simple [51].

Para el cual se determinará el tamaño de la muestra mediante la aplicación de la siguiente formula.

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

Donde

n = tamaño de muestra

N = tamaño de la población.

Z_{∞} = nivel de seguridad

p = valor de la proporción de aciertos

q = nivel de proporción de desaciertos

d = nivel de precisión

Sabiendo que:

N = 1169

Nivel de seguridad (Z_{∞}) = 95%(1.960)

p = 0.38

q = 0.62

d = 5% = 0.5

aplicando la información en la formula se obtuvo lo siguiente.

$$n = \frac{1169(1{,}96)^2\,(0{,}38)\,(0{,}62)}{(0{,}05)^2(1169-1) + (1{,}96)^2\,(0{,}38)\,(0{,}62)}$$

n = 324

4.5.INSTRUMENTO DE RECOPILACION DE DATOS

Para la recolección de datos se utilizó una ficha extrayendo información de las historias clínicas brindadas por el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Huacho.

La ficha de recolección de datos estuvo compuesta por 5 partes la cual ha sido elaborada de acuerdo al problema y los objetivos de la investigación.

- Primera parte: Datos generales
- Segunda parte: Factores demográficos
- Tercera parte: Factores maternos
- Cuarta parte: Factores fetales
- Quinta parte: Factores ovulares

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

Para la validez se sometió a la prueba de juicio de expertos para lo cual se consultó a un médico especialistas en Gineco obstetricia, a dos Obstetras especialistas en alto riego obstétrico y un especialista en metodología de la investigación.

4.6.ANALISIS ESTADISTICO E INTERPRETACION DE LA INFORMACION.

El plan de análisis estadístico de los datos obtenidos fue interpretado llegando a la conclusión del estudio.

a. Análisis Descriptivo

La información obtenida del instrumento de recolección se ordenó de acuerdo a la estadística descriptiva, haciendo uso del programa estadístico SPSS versión 24.0, para lo cual se realiza el análisis de las variables en cuadros bidimensionales y graficas de frecuencia.

b. Análisis Inferencial

Se realizó el análisis inferencial para determinar los factores asociados a la realización de la cesárea, utilizando la prueba chi cuadrado.

4.7.ETICA DE LA INVESTIGACION.

La recolección de datos se ejecutó mediante una ficha, en el cual no se comprometió la privacidad de las pacientes, respetando el acuerdo que se tendrá con el Hospital.

Por lo cual, se ha optado unirse estrictamente a lo establecido en los principios básicos y operacionales de la declaración de Helsinki, la cual fue promulgada por la asociación médica mundial (AMM). La AMM promulgo dicha ley como una propuesta de principios éticos para la investigación médica en seres humanos, siendo incluidos materiales humanos y de información identificable. [52]

a. Principios Básicos

En la investigación médica es deber del obstetra proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en la investigación. [51]

Los obstetras deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación con seres humanos en su propio proceso, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes, no se debe permitir que un requisito ético, legal y jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquier medida de protección para las personas que participan en la investigación. [52]

b. Privacidad y Confidencialidad

Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal. [52]

c. Consentimiento Informado

Para la investigación en que se utiliza materiales o datos humanos identificables como la investigación sobre los materiales o datos contenidos en biobancos o depósitos similares, el médico debe pedir el consentimiento informado para la reelección, almacenamiento y reutilización podrá haber situaciones excepcionales en las que será imposible o impracticable obtener el contraste para dicha investigación, solo puede ser realizada después de ser considerada y aprobada por un comité de ética de investigación. (Artículo 06). [52]

5. RESULTADOS.

5.1 FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A LA REALIZACION DE CESAREA.

TABLA Nº 1: Edad y Cesárea en gestantes que acudieron al Hospital Regional de Huacho - Huaura - Oyón, 2016.

Edad	**Cesárea**				**Total**	**%**
	Emergencia		Electiva			
	nº	%	nº	%		
Menores de 19	33	10,2	5	1.5	38	11.7
20 – 35	158	48,8	78	24,1	236	72,9
Mayores de 35	41	12,7	9	2,9	50	15,4
Total	232	71,6	92	28,4	324	100

Fuente: Ficha de recolección de datos, Hospital Regional De Huacho.

χ^2= 9,512 p = 0,009

En la tabla N° 1 se observa que la edad donde se realizaron más cesáreas fue de 20 a 35 años con 72,9%, siendo el 48,8% cesáreas de emergencia y el 24,1% cesáreas electivas

Realizando el análisis estadístico con la prueba chi cuadrado se obtiene una significancia de 0,009 (**p<0,05**) llegando a confirmar que existe relación estadísticamente significativa entre la edad y el tipo de cesárea en las gestantes a término que acuden al Hospital Regional de Huacho - Huaura - Oyón, 2016, por lo que se podría decir que la edad es un factor sociodemográfico que se asocia a cesárea.

TABLA Nº 2: Grado de instrucción y Cesárea en gestantes que acudieron al Hospital Regional de Huacho - Huaura - Oyón, 2016.

Grado de Instrucción	**Cesárea**				**Total**	**%**
	Emergencia		Electiva			
	nº	%	nº	%		
Primaria	24	7,4	11	3,4	35	10.8
Secundaria	136	42,0	59	18,2	195	60,2
Superior	72	22,2	22	6,8	94	29.0
Total	232	71,6	92	28,4	324	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

χ^2**= 1,64** **p = 0,543**

A continuación, podemos observar que el 60,2% de pacientes cesareadas fueron las de nivel secundaria, al 42,0% se les realizo cesárea por emergencia y el 18,2% por elección

Realizando el análisis estadístico con la prueba chi cuadrado se obtiene una significancia de 0,543 (**p>0,05**) llegando a confirmar que no existe relación estadísticamente significativa entre grado de instrucción y el tipo de cesárea en las gestantes a término que acuden al Hospital Regional de Huacho - Huaura - Oyón, 2016, por lo que se podría decir que el grado de instrucción no es un factor sociodemográfico que se asocia a cesárea.

TABLA Nº 3: Procedencia y Cesárea en gestantes que acudieron al Hospital Regional de Huacho - Huaura - Oyón, 2016.

Procedencia	**Cesárea**				**Total**	**%**
	Emergencia		Electiva			
	nº	%	nº	%		
Urbano	152	46,9	66	20,4	218	67.3
Marginal	80	24,7	26	8,0	106	32.7
Total	232	71,6	92	28,4	324	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

χ^2 **= 1,159** **p = 0,282**

Según realizada la recolección y análisis de datos se observa que las pacientes que más cesáreas se realizaron fueron las de procedencia urbano con 67,3%, donde a 46, 9% se les realizo cesárea de emergencia y al 20,4 electiva.

Realizando el análisis estadístico con la prueba chi cuadrado se obtiene una significancia de 0,282 (**p>0,05**) llegando a confirmar que no existe relación estadísticamente significativa entre la procedencia y el tipo de cesárea en las gestantes a término que acuden al Hospital Regional de Huacho - Huaura - Oyón, 2016, por lo que se podría decir que la procedencia no es un factor sociodemográfico que se asocia a cesárea.

TABLA Nº 4: Estado civil y cesárea en gestantes que acudieron al Hospital Regional de Huacho - Huaura - Oyón, 2016.

Estado Civil	**Cesárea**				**Total**	**%**
	Emergencia		Electiva			
	nº	%	nº	%		
Soltera	37	11,4	15	4,6	52	16.0
Casada	32	9,9	16	4,9	48	14.8
Conviviente	163	50,3	61	18,8	224	69.1
Total	232	71,6	92	28,4	324	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

χ^2 **= 0,730** **p = 0,694**

Se observa que las pacientes cesareadas fueron el 69,1 % conviviente, el 9,9% de ellas fueron sometidas a cesárea de emergencia y el 4,9% a cesárea de electiva.

Realizando el análisis estadístico con la prueba chi cuadrado se obtiene una significancia de 0,694 (**p>0,05**) llegando a confirmar que no existe relación estadísticamente significativa entre el estado civil **y** el tipo de cesárea en las gestantes a término que acuden al Hospital Regional de Huacho - Huaura - Oyón, 2016, por lo que se podría decir que el estado civil no es un factor sociodemográfico que se asocia a cesárea.

5.2. FACTORES MATERNOS ASOCIADOS A LA REALIZACION DE CESAREA.

TABLA N.º 5: Desproporción céfalo pélvica y Cesárea en gestantes que acudieron al Hospital Regional de Huacho - Huaura - Oyón, 2016.

Desproporción	**Cesárea**				**Total**	**%**
	Emergencia		Electiva			
	nº	%	nº	%		
Si	41	12,7	1	0,3	42	13,0
No	191	59,0	91	28,1	282	87.0
Total	232	71,6	92	28,4	324	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

χ^2 **= 16,06** **p = 0,000**

En la tabla precedente se observa que del 100% de las gestantes a término con desproporción céfalo pélvica el 12,7% de ellas fueron cesareadas por emergencia, mientras que el 0,3% de ellas fueron cesareadas por elección.

Realizando el análisis estadístico con la prueba chi cuadrado se obtiene una significancia de 0,000 (**p<0,05**) llegando a confirmar que existe relación estadísticamente significativa entre la desproporción céfalo pélvica y el tipo de cesárea en las gestantes a término que acuden al Hospital Regional de Huacho - Huaura - Oyón, 2016, por lo que se podría decir que la desproporción céfalo pélvica es un factor materno que se asocia a cesárea.

TABLA N.° 6: Trabajo de parto disfuncional y Cesárea en gestantes que acudieron al Hospital Regional de Huacho - Huaura - Oyón, 2016.

Trabajo de parto	**Cesárea**				**Total**	**%**
	Emergencia		Electiva			
	nº	%	nº	%		
Si	26	8,0	0	0,0	26	8.0
No	206	63,6	92	28,4	298	92,0
Total	232	71,6	92	28,4	324	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

χ^2 **= 11,21** **p = 0,001**

En la siguiente tabla se observa que del 8,0% de las gestantes con trabajo de parto disfuncional, el 8,0% de ellas fueron cesareadas por emergencia, mientras que del 0,0% de ellas fueron cesareadas por elección.

Realizando el análisis estadístico con la prueba chi cuadrado se obtiene una significancia de 0,001 (**p<0,05**) llegando a confirmar que existe relación estadísticamente significativa entre el trabajo de parto disfuncional y el tipo de cesárea en las gestantes a término que acuden al Hospital Regional de Huacho - Huaura - Oyón, 2016, por lo que se podría decir que el trabajo de parto disfuncional es un factor materno que se asocia a cesárea.

TABLA N.º 7: Enfermedad hipertensiva gestacional y Cesárea en gestantes que acudieron al Hospital Regional de Huacho - Huaura - Oyón, 2016.

Enfermedad Hipertensiva	**Cesárea**				**Total**	**%**
	Emergencia		Electiva			
	nº	%	nº	%		
Si	15	4,6	11	3,4	26	8.0
No	217	67,0	81	25,0	298	92,0
Total	232	71,6	92	28,4	324	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

χ^2 **= 2,69** **p = 0,101**

A continuación, podemos observar que del 8,0% de las gestantes que, si tuvieron enfermedad hipertensiva gestacional, el 4,6% de ellas fueron cesareadas por emergencia, mientras 3,4% de ellas fueron cesareadas por elección.

Realizando el análisis estadístico con la prueba chi cuadrado se obtiene una significancia de 0,101 (**p>0,05**) llegando a confirmar que no existe relación estadísticamente significativa entre la enfermedad hipertensiva gestacional y el tipo de cesárea en las gestantes a término que acuden al Hospital Regional de Huacho - Huaura - Oyón, 2016, por lo que se podría decir que la enfermedad hipertensiva gestacional no es un factor materno que se asocia a cesárea.

TABLA N.° 8: Obesidad materna y Cesárea en gestantes que acudieron al Hospital Regional de Huacho - Huaura - Oyón, 2016.

Obesidad Materna	**Cesárea**				**Total**	**%**
	Emergencia		Electiva			
	nº	%	nº	%		
Si	4	1,2	8	2,5	12	3.7
No	228	70,4	84	25,9	312	96.3
Total	232	71,6	92	28,4	324	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

χ^2 **= 8,977** **p = 0,003**

En la tabla número 08 se observa que del 3,7% de las gestantes que tuvieron obesidad materna, el 1,2% de ellas fueron cesareadas por emergencia, mientras que 2,5% de ellas fueron cesareadas por elección.

Realizando el análisis estadístico con la prueba chi cuadrado se obtiene una significancia de 0,003 (**p<0,05**) llegando a confirmar que existe relación estadísticamente significativa entre la obesidad materna y el tipo de cesárea en las gestantes a término que acuden al Hospital Regional de Huacho - Huaura - Oyón, 2016, por lo que se podría decir que la obesidad materna es un factor materno que se asocia a cesárea.

TABLA N.° 9: Cesárea anterior y cesárea en gestantes que acudieron al Hospital Regional de Huacho - Huaura - Oyón, 2016.

Cesárea Anterior	**Cesárea**				**Total**	**%**
	Emergencia		Electiva			
	nº	%	nº	%		
Si	26	8,0	21	6,5	47	14.5
No	206	63,6	71	21,9	277	85.5
Total	232	71,6	92	28,4	324	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

χ^2 **= 7,17** **p = 0,007**

A continuación, se observa que del 100% de las gestantes con cesárea anterior, el 8,0% de ellas fueron cesareadas por emergencia, mientras que el 6,5% de ellas fueron cesareadas por elección.

Realizando el análisis estadístico con la prueba chi cuadrado se obtiene una significancia de 0,007 (**p<0,05**) llegando a confirmar que existe relación estadísticamente significativa entre la cesárea anterior y el tipo de cesárea en las gestantes a término que acuden al Hospital Regional de Huacho - Huaura - Oyón, 2016, por lo que se podría decir que la cesárea anterior es un factor materno que se asocia a cesárea.

TABLA Nº 10: Periodo intergenésico corto y Cesárea en gestantes que acudieron al Hospital Regional de Huacho - Huaura - Oyón, 2016.

Periodo Intergenésico Corto	**Cesárea**				**Total**	**%**
	Emergencia		Electiva			
	nº	%	nº	%		
Si	13	4,0	7	2,2	20	6.2
No	219	67,6	85	26,2	304	93.8
Total	232	71,6	92	28,4	324	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

χ^2 **= 0,46** **p = 0,499**

En la tabla precedente se observa que del 6,2% de las gestantes que tuvieron periodo intergenésico corto, el 4,0% de ellas fueron cesareadas por emergencia, mientras que el 2,2% de ellas fueron cesareadas por elección.

Realizando el análisis estadístico con la prueba chi cuadrado se obtiene una significancia de 0,499 (**p>0,05**) llegando a confirmar que no existe relación estadísticamente significativa entre el periodo intergenésico corto y el tipo de cesárea en las gestantes a término que acuden al Hospital Regional de Huacho - Huaura - Oyón, 2016, por lo que se podría decir que el periodo intergenésico corto no es un factor materno que se asocia a cesárea.

5.3. FACTORES FETALES ASOCIADOS A LA REALIZACION DE CESAREA.

TABLA N. º 11: Sufrimiento fetal y cesárea en gestantes que acudieron al Hospital Regional de Huacho - Huaura - Oyón, 2016.

Sufrimiento Fetal	**Cesárea**				**Total**	**%**
	Emergencia		Electiva			
	nº	%	nº	%		
Si	10	3,1	0	0,0	10	3.1
No	222	68,5	92	8,4	314	96.9
Total	232	71,6	92	28,4	324	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

χ^2 **= 4,09** **p = 0,043**

En la tabla precedente se observa que del 3,1% de las gestantes a término con sufrimiento fetal, el 3,1% de ellas fueron cesareadas por emergencia, mientras que el 0,0% de ellas fueron cesareadas por elección.

Realizando el análisis estadístico con la prueba chi cuadrado se obtiene una significancia de 0,043 (**p<0,05**) llegando a confirmar de que existe relación estadísticamente significativa entre el sufrimiento fetal y el tipo de cesárea en las gestantes a término que acuden al Hospital Regional de Huacho - Huaura - Oyón, 2016, por lo que se podría decir que el sufrimiento fetal es un factor fetal que se asocia a cesárea.

TABLA N.º 12: Macrosomia fetal y Cesárea en gestantes que acudieron al Hospital Regional de Huacho - Huaura - Oyón, 2016.

Macrosomia Fetal	**Cesárea**				**Total**	**%**
	Emergencia		Electiva			
	nº	%	nº	%		
Si	32	9,9	7	2,2	39	12.0
No	200	61,7	85	26,2	285	88,0
Total	232	71,6	92	28,4	324	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

χ^2 **= 2,38** **p = 0,123**

En la tabla número 12 se observa que del 12,0% de las gestantes a término que tuvieron macrosomia fetal, el 9,9% de ellas fueron cesareadas por emergencia, mientras que 2,2% de ellas fueron cesareadas por elección.

Realizando el análisis estadístico con la prueba chi cuadrado se obtiene una significancia de 0,123 (**p>0,05**) llegando a confirmar que no existe relación estadísticamente significativa entre la macrosomia fetal y el tipo de cesárea en las gestantes a término que acuden al Hospital Regional de Huacho - Huaura - Oyón, 2016, por lo que se podría decir que la macrosomia fetal no es un factor fetal que se asocia a cesárea.

TABLA Nº 13: Embarazo múltiple y cesárea en gestantes que acudieron al Hospital Regional de Huacho - Huaura - Oyón, 2016.

Embarazo Múltiple	**Cesárea**				**Total**	**%**
	Emergencia		Electiva			
	nº	%	nº	%		
Si	3	0,9	7	2,2	10	3.8
No	229	70,7	85	26,2	314	96.9
Total	229	71,6	95	28,4	324	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

χ^2 **= 8,785** **p = 0,003**

En la tabla precedente se observa que del 3,8% de las gestantes a término con embarazo múltiple, 0,9% fueron cesareadas por emergencia, mientras que el 2,2% de las gestantes con embarazo múltiple fueron cesareadas por elección.

Realizando el análisis estadístico con la prueba chi cuadrado se obtiene una significancia de 0,003 (**p<0,05**) llegando a confirmar que existe relación estadísticamente significativa entre el embarazo múltiple y el tipo de cesárea en las gestantes a término que acuden al Hospital Regional de Huacho - Huaura - Oyón, 2016, por lo que se podría decir que el embarazo múltiple es un factor fetal que se asocia a cesárea.

TABLA N.º 14: Distocia de presentación y Cesárea en gestantes que acudieron al Hospital Regional de Huacho - Huaura - Oyón, 2016.

Distocia de Presentación	**Cesárea**				**Total**	**%**
	Emergencia nº	%	Electiva nº	%como		
Si	29	9,0	13	4,0	42	13.9
No	203	62,7	79	24,4	282	87.1
Total	232	71,6	92	28,4	324	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

χ^2 **= 0,155** **p = 0,694**

En la tabla número 14 se observa que del 13,9% de las gestantes a que tuvieron distocia de presentación, el 9,0% de ellas fueron cesareadas por emergencia, mientras que el 4,0% de ellas fueron cesareadas por elección.

Realizando el análisis estadístico con la prueba chi cuadrado se obtiene una significancia de 0,694 (**p>0,05**) llegando a confirmar de que no existe relación estadísticamente significativa entre la distocia de presentación y el tipo de cesárea en las gestantes a término que acuden al Hospital Regional de Huacho - Huaura - Oyón, 2016, por lo que se podría decir que la distocia de presentación no es un factor fetal que se asocia a cesárea.

5.2. FACTORES OVULARES ASOCIADOS A LA REALIZACION DE CESAREA.

TABLA N.° 15: Oligohidramnios severo y Cesárea en gestantes que acudieron al Hospital Regional de Huacho - Huaura - Oyón, 2016.

Oligohidramnios Severo	**Cesárea**				**Total**	**%**
	Emergencia		Electiva			
	nº	%	nº	%		
Si	15	4,6	11	3,4	26	8.0
No	217	67,0	81	25,0	298	92,0
Total	232	71,6	92	28,4	324	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

χ^2 **= 2,69** **p = 0,101**

En la tabla precedente se observa que del 8,0% de las gestantes a término con oligohidramnios severo, el 4,6% de ellas fueron cesareadas por emergencia, mientras que 3,4% de ellas fueron cesareadas por elección.

Realizando el análisis estadístico con la prueba chi cuadrado se obtiene una significancia de 0,101 (**p>0,05**) llegando a confirmar que no existe relación estadísticamente significativa entre el oligohidramnios severo y el tipo de cesárea en las gestantes a término que acuden al Hospital Regional de Huacho - Huaura - Oyón, 2016, por lo que se podría decir que el oligohidramnios severo no es un factor ovular que se asocia a cesárea.

TABLA N.° 16: Rotura prematura de membrana y Cesárea en gestantes que acudieron al Hospital Regional de Huacho - Huaura - Oyón, 2016.

RPM	**Cesárea**				**Total**	**%**
	Emergencia		Electiva			
	nº	%	nº	%		
Si	9	2,8	2	0,6	11	3.4
No	223	68,8	90	27,8	313	96.6
Total	232	71,6	92	28,4	324	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

χ^2 **= 0,58** **p = 0,445**

En la siguiente tabla se observa que del 3,4% de las gestantes a término con Ruptura prematura de Membranas, el 2,8% de ellas fueron cesareadas por emergencia, mientras que 0,6% de ellas fueron cesareadas por elección.

Realizando el análisis estadístico con la prueba chi cuadrado se obtiene una significancia de 0,445 (**p>0,05**) llegando a confirmar que no existe relación estadísticamente significativa entre el RPM y el tipo de cesárea en las gestantes a término que acuden al Hospital Regional de Huacho - Huaura - Oyón, 2016, por lo que se podría decir que él RPM no es un factor ovular que se asocia a cesárea.

TABLA Nº 17: Distocia funicular y Cesárea en gestantes que acudieron al Hospital Regional de Huacho - Huaura - Oyón, 2016.

Distocia Funicular	**Cesárea**				**Total**	**%**
	Emergencia		Electiva			
	nº	%	nº	%		
Si	6	1,9	3	0,9	9	2.8
No	226	69,8	89	27,5	315	97.2
Total	232	71,6	92	28,4	324	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

χ^2 **= 0,11** **p = 0,739**

A continuación se observa que del 2,8% de las gestantes a término que tuvieron distocia funicular, el 1,9% de ellas fueron cesareadas por emergencia, mientras que el 0,9% de ellas fueron cesareadas por elección.

Realizando el análisis estadístico con la prueba chi cuadrado se obtiene una significancia de 0,739 (**p>0,05**) llegando a confirmar de que no existe relación estadísticamente significativa entre la distocia funicular y el tipo de cesárea en las gestantes a término que acuden al Hospital Regional de Huacho - Huaura - Oyón, 2016, por lo que se podría decir que la distocia funicular no es un factor ovular que se asocia a cesárea.

TABLA N.º 18: Desprendimiento prematuro de placenta y Cesárea en gestantes que acudieron al Hospital Regional de Huacho - Huaura - Oyón, 2016.

Desprendimiento Prematuro	**Cesárea**				**Total**	**%**
	Emergencia		Electiva			
	nº	%	nº	%		
Si	5	1,5	0	0,0	5	1.5
No	227	70,1	92	28,4	324	98.5
Total	232	71,6	92	28,4	324	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

χ^2 **= 2,014** **p = 0,156**

En la tabla 18 se observa que del 1,5% de las gestantes a término con desprendimiento prematuro de placenta, el 1,5% de ellas fueron cesareadas por emergencia, mientras que no hubo gestantes cesareadas por elección.

Realizando el análisis estadístico con la prueba chi cuadrado se obtiene una significancia de 0,156 (**p>0,05**) llegando a confirmar de que no existe relación estadísticamente significativa entre el desprendimiento prematuro de placenta y el tipo de cesárea en las gestantes a término que acuden al Hospital Regional de Huacho - Huaura - Oyón, 2016, por lo que se podría decir que el desprendimiento prematuro de placenta no es un factor ovular que se asocia a cesárea.

TABLA Nº 19: Placenta previa y Cesárea en gestantes que acudieron al Hospital Regional de Huacho - Huaura - Oyón, 2016.

Placenta Previa	**Cesárea**				**Total**	**%**
	Emergencia		Electiva			
	nº	%	nº	%		
Si	3	0,9	1	0,3	4	1.2
No	229	70,7	91	28,1	320	98.8
Total	232	71,6	92	28,4	324	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

χ^2 **= 0,023** **p = 0,880**

En la tabla siguiente se observa que del 1,4% de las gestantes a término que tuvieron placenta previa, solo el 0,9% de ellas fueron cesareadas por emergencia, mientras que 0,3% de ellas fueron cesareadas por elección.

Realizando el análisis estadístico con la prueba chi cuadrado se obtiene una significancia de 0,880 (**p>0,05**) llegando a confirmar que no existe relación estadísticamente significativa entre la placenta previa y el tipo de cesárea en las gestantes a término que acuden al Hospital Regional de Huacho - Huaura - Oyón, 2016, por lo que se podría decir que la placenta previa no es un factor ovular que se asocia a cesárea.

TABLA Nº 20: Cesárea en gestantes que acudieron al Hospital Regional de Huacho - Huaura - Oyón, 2016.

Cesárea	nº	%
Emergencia	232	71,6
Electiva	92	28,4
TOTAL	324	100,0%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Al final se presenta a las gestantes que acudieron al Hospital Regional de Huacho, en cuanto a la realización de cesárea, el 71,6% se realizaron cesáreas por emergencia y solo el 28,4% se realizaron cesáreas por elección.

6. DISCUSIÓN.

Los resultados de la presente tesis respecto al primer objetivo específico orientado a identificar los factores sociodemográficos asociados a la realización de cesárea, fueron dados a conocer en las siguientes tablas. En la tabla N° 1 se puedo identificar que en rango de edad con mayor porcentaje de cesárea ya sea por emergencia y electiva fueron las de 20 a 35 años de edad con un promedio de 11,7% En la tabla N° 2 de acuerdo al grado de instrucción, a las gestantes que se les realizo la cesárea por emergencia y electiva en mayor proporción fueron las de nivel secundaria con un 60.2%. Mientras que en la tabla N° 3 se identificó la procedencia de las gestantes siendo las de procedencia urbana 67.3% a las que se realizó la cesárea. Y por último en la tabla N° 4 se observó el estado civil de las gestantes atendidas y a las que se les realizo la cesárea resulto que el 69.1% de ellas fueron convivientes

Se realizó el análisis estadístico y se demostró que a excepción de la edad $p=0.012$ ($p<0.05$) el resto de los factores sociodemográficos no tienen relación significativa con la cesárea.

Resultados similares como el de Sánchez en su estudio retrospectivo realizado en Lima Perú, quien también llevo a cabo una investigación con la finalidad de determinar los factores asociados a la indicación cesárea encontrando que las gestantes entre 20 y 35 años son las que en mayor frecuencia se sometieron a la intervención. Por su parte Paiva en su estudio retrospectivo realizado en Perú, con la finalidad de determinar las causas que

conducen al parto por cesárea se encontró a pacientes entre las edades de 19 y 34 años se caracterizan por representar el 70,7%. Por otro lado, Albornoz en su estudio descriptivo cuantitativo realizado en Perú con el objetivo de conocer los factores característicos de las adolescentes sometidas a cesárea se encontró que más de (56,0%) tienen secundaria completa e incompleta, incluyendo también el estado civil que en su mayoría son solteras (62,5%) en su primera gestación (82,1%).

Con respecto al segundo objetivo específico que va orientado a conocer los factores maternos asociados a la realización de la cesárea fueron dados a conocer en las siguientes tablas, en la tabla N° 5 se identificó a las gestantes con desproporción céfalo pélvica fueron el 13,0% entre las cesareadas por emergencia y electiva. Mientras que en la siguiente tabla la N° 6 se encontró el diagnostico de trabajo de parto disfuncional en el cual las gestantes a las que se les sometió a cesárea ya sea de emergencia y electiva son el 8,0%; continua en le tabla N° 7 las gestantes con enfermedad hipertensiva gestacional cesareadas por emergencia y de forma electiva hicieron el 8.0% de total. En la tabla N° 8 encontramos a las gestantes con diagnóstico de obesidad materna las cuales tuvieron un porcentaje bajo 3.7%; por otro lado, en la tabla N° 9 se identificó la cesárea anterior con uno de los porcentajes más elevados dentro de los factores maternos con un 14.5%; y por último se observó en la tabla N° 10 a las gestantes con periodo intergenésico corto las que fueron sometidas a cesárea de emergencia y electiva con 6.2%

Al realizarse el análisis estadístico se demostró que a excepción del periodo intergenésico corto y la enfermedad hipertensiva gestacional ($p>0.05$) el resto de los factores maternos como la cesárea anterior, desproporción céfalo pélvica, la obesidad materna y el trabajo de parto disfuncional si están asociados a la cesárea. ($p<0.05$).

Al respecto Patiño es su estudio descriptivo prospectivo realizado en Tumbes Perú con el objetivo de conocer los factores maternos y fetales asociados a la cesárea y frecuencia de la operación encontró que en el Hospital del MINSA el factor con mayor relevancia es la cesárea anterior (13.3%); por otro lado en el ESSALUD también se presenta la cesárea anterior como la más importante y con un porcentaje elevado 20% y otras causas con 10%, concluyendo que los factores maternos que la cesárea anterior son las principales indicaciones para la cesárea en ambos Hospitales de Tumbes. También, Manzano en su estudio descriptivo realizado en Perú con la finalidad d determinar la incidencia y factores asociados a cesárea iterativa en adolescentes se identificó como factor de riesgo la desproporción céfalo pélvico (Ora,166.39; IC 95%:60.25-459.53; $p<0,001$). Por otro lado Vélez en su estudio de casos y controles con la finalidad de determinar factores de riesgo que se asocien al incremento en la práctica de operación cesárea se obtuvo a la cesárea anterior (RM 40.16, IC; 9,48-170.07 P; 0.000) Nuliparidad (RM 7,57; IC; 4,52-12,67; p 0.000), y peso materno mayor o igual a 80 kg (RM1.72, IC: 1.04-2.83, p 0.0212). También concluyéndose que la cesárea está asociada a la Nuliparidad, cesárea previa y peso mayor a 80 kg.

Por otro lado, los resultados con respecto al tercer objetivo específico que va a identificar los factores fetales asociados a la realización de cesárea se dieron a conocer en las siguientes tablas. En la tabla N° 11 se identificó a las gestantes con diagnóstico de sufrimiento fetal que fueron sometidas a cesárea ya sea por emergencia y efectiva con un 3.1%, mientras que en la tabla N° 12 se observó que las gestantes con diagnóstico de macrostomia fetales uno de los porcentajes más altos dentro de los factores fetales con 12.0%, por otro lado en la tabla N° 13 se identificó a gestantes con embarazo múltiple donde todas fueron sometidas a cesárea electiva y el porcentaje fue de 3.1%; por ultimo en la tabla N° 14 se identificó uno de los factores más frecuentes la distocia de presentación el cual representa un 13,0%.

Al realizarse el análisis estadístico se demostró que los factores como la distocia de presentación, la macrostomia fetal no son factores asociados a la cesárea. ($p>0.05$) mientras que el embarazo múltiple y el sufrimiento fetal si son factores asociados a la cesárea ($p<0.05$).

Estudios parecidos como el de Calvas en su estudio descriptivo realizado en Ecuador con el objetivo de determinar los factores asociados a la realización de cesárea teniendo que los principales factores fetales son el compromiso de bienestar fetal con un porcentaje de (23,7%) seguido de las distocias de presentación también con un considerable porcentaje (15%) concluyendo que entre los principales factores se encuentran los factores fetales. Por otro lado, Jáuregui en su estudio descriptivo realizado en Ecuador con el objetivo de determinar cuáles son los principales diagnósticos establecidos previos a la

cesárea donde muestra que los factores fetales se encuentran dentro de las principales causas para la realización de la cesárea siendo estas el sufrimiento fetal agudo con un 8% (47 casos), la desproporción cefalopelvica con un 7,8% (46 casos) las distocias de presentación con 6,4% (38 casos) y la macrostomia fetal con un 2% (12 casos) concluyendo que las causas fetales estuvieron en segundo lugar, las causas maternas no presentan mayor prevalencia en la población.

Por último, los resultados dirigidos a identificar los factores fetales asociados a la realización de cesárea se observan en las diferentes tablas que se mencionaron. En la tabla N° 15 se observó que las pacientes con diagnóstico de Oligohidramnios severo fueron sometidas a cesárea ya sea emergencia o electiva representan el 8.0%; también se observó en la tabla N° 16 el factor Ruptura prematura de membranas donde las gestantes sometidas a cesárea solo alcanzo un 3.4 % mostrándonos no ser un factor frecuente; por otro lado tenemos en la tabla N° 17 las distocias funiculares que también fue un factor ovular de porcentaje mínimo 2.8% en la realización de cesárea; mientras que en la tabla N° 18 se identificó al desprendimiento prematuro de placenta y alcanzo solo el 1.5% también siendo un factor ovular no muy común para la realización de cesárea; por ultimo en la tabla N° 19 se encuentro a gestantes con placenta previa las cuales fueron sometidas a la intervención quirúrgica y este factor alcanzo el 1.2% del total de cesáreas.

En el análisis estadístico se demostró que ninguno de los factores fetales está asociados a la realización de la cesárea ($p>0.05$).

Resultados parecidos fueron dados a conocer por Gonzales en su estudio descriptivo realizado en Perú. Se identificó que dentro de los factores ovulares se encuentra la ruptura prematura de membrana con un significativo 8,87% concluyendo que los factores fetales se encuentran dentro de los principales para la realización de la cesárea.

.

7. CONCLUCIONES.

1. Los factores asociados a la realización de la cesárea en el Hospital Regional de Huacho Huaura Oyón en el año 2016, son los factores maternos y fetales son los que representan los más altos valores de relación significante. El factor sociodemográfico también tiene valor significativo
2. De los factores sociodemográficos la edad es el único factor que está asociado significativamente con la cesárea, caso que no sucede con el estado civil, el grado de instrucción y la procedencia que no están asociados con la cesárea.
3. Los factores maternos como la cesárea anterior, la desproporción céfalo pélvica, el trabajo de parto disfuncional y la obesidad materna son los factores que se encuentran más asociados estadísticamente a la ocurrencia de cesárea, no sucedió lo mismo con el resto de los factores.
4. De los factores fetales el embarazo múltiple y el sufrimiento fetal agudo son los dos factores asociados estadísticamente a la cesárea; sin embrago, las distocias de presentación y la macrostomia fetal no muestran resultados de significancia con la cesárea.
5. De los factores ovulares al someterlo a la prueba estadística no se encontró factor asociado con la cesárea.

8. RECOMENDACIONES

1. Dar a conocer los resultados del trabajo a al hospital donde se realizó la investigación para que las autoridades del hospital y promuevan estrategias dirigidos a la atención y captación oportuna de gestantes para así evitar posibles riesgos durante el embarazo y así definir un diagnóstico acertado para el tipo de parto.
2. Se sugiere a las autoridades del hospital donde se realizó la investigación tomar en cuenta los resultados de esta investigación a fin de disminuir el alto índice de cesárea, problema que se presenta en la población femenina y por posibles complicaciones que puedan poner en riesgo a la madre o niño.
3. Mantener informada a las gestantes que tengan complicaciones durante el embarazo acerca de la cesárea, sus causas, procedimiento, complicaciones, de esta manera evitar el miedo durante el proceso.
4. Dialogar con las gestantes para que pueda realizar un intento de parto vaginal si tuvieran cesárea anterior con periodo intergenésico largo, explicando los riesgos y beneficios, así hacer del parto algo menos traumático.
5. Se sugiere a los profesionales dedicados al área de Gineco Obstetricia trabajar mucho para garantizar la mejor atención de las pacientes, continuar con estudios relacionados para proporción una mejor base en sus conocimientos.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Ministerio de Salud. Guías de Prácticas Clínicas para la Atención de las Emergencias Obstétricas Según Nivel de Capacidad Resolutiva. Lima. MINSA. 2006.
2. Organización Mundial de la Salud; Declaración de la OMS sobre la tasa de cesárea: resumen ejecutivo; 2015 [citado el 19 de agosto del 2016] Disponible en: www.who>publications>cs-stfement
3. Carpio W. Operación Cesárea e Indicaciones. Hospital Naylamp de ESSALUD Chiclayo enero – diciembre 2012. [tesis médico cirujano] Perú: Universidad San Martin De Porras 2015.
4. Gálvez E. Tasa de Cesárea en el Hospital San José del Callao enero – diciembre 2013 [tesis médico cirujano]. Lima: Universidad Mayor De San Marcos; 2014
5. Paiba M, Salazar G. Causa de Cesárea en el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque 2014. [tesis médico cirujano]. Lambayeque: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; 2015.
6. BBC mundo: Mapa de los países donde se practica más y menos cesáreas en el mundo: redacción; [Actualizado el 13 de julio 2015. Citado el 19 de agosto del 16]. Disponible en http://www.bbc.comxmundo/noticias/2015/07/150710_cesareas.mundo
7. La Republica. En 10% Se incrementa los casos de cesárea en los últimos años. Edición impresa; [actualizado el 17 de mayo del 2014 citado el 19 agosto del 2016]. Disponible en http://larepublica.com/12-05-2014/

8. Calvas K. Factores Asociados a la Realización de Cesárea en Pacientes Hospitalizadas en el Servicio de Gineco- obstetricia del Hospital Regional Isidro Ayora de Loja Ecuador. [tesis médico general]. Ecuador: Universidad Nacional de Loja; 2015.
9. VELEZ E. 2013. Factores de Riesgo de la Operación Cesárea en el Hospital de Gineco Pediatría del IMSS de Hermosillo, Sonora. México [tesis médico general]. México 2013. Bol ClinHospInfant Edo Son 2013;30 (1):16-23
10. Bustamante A. Frecuencia e Indicación de Cesárea en las Adolescentes entre 13 y 19 años de edad atendidas en el Hospital Pablo Arturo Suarez, enero del 2006 a diciembre del 2011[tesis para obtener título]. Ecuador: Universidad Central de Ecuador; 2012.
11. Jáuregui M. Principales Causas de Cesárea en la Fundación Humanitaria Pablo Jaramillo enero- diciembre del 2011[tesis medico]. Ecuador, Cuenca; 2012.
12. Laguado N, Jaimes A, Meza J. Factores Maternos y Fetales que Inducen a un Parto por Cesárea. Revista Peruana de Obstetricia y Ginecología 2011, volumen (8) numero 1.2012
13. Gonzales M. Incidencia de Cesárea en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2014 [tesis]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2016.
14. Sánchez, D 2016. Factores Asociados a la Indicación de Cesárea en el Hospital Dos de Mayo de enero a diciembre del 2015, Lima-Perú. Tesis. Perinatol Reprod Hum 2014; 28(1):33-40.

15. Albornoz, L. 2013. Cesárea en Adolescentes en el Hospital Nacional Santa Rosa durante el periodo 2010-2012 Universidad Nacional Mayor de San Marcos [tesis médica]. Lima Perú; 2013.
16. Carpio W. Operación Cesárea e Indicaciones en el Hospital Naylamp de ESSALUD Chiclayo enero – diciembre 2012. [título médico cirujano] Perú: Universidad San Martin De Porras; 2015.
17. Patiño, G 2011. Factores Determinantes de la Cesárea en el Hospital de Tumbes 2011. Artículo de revisión. Dirección regional tumbes; 2012
18. Manzano G. Incidencia y Factores Asociados a Cesárea Iterativa en Adolescentes: Hospital Nacional Sergio E. Bernales, Perú. 2009.
19. Lugengos M. La Cesárea en la Historia [en línea]. Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia 2001; 27(1)53-6[18/9/16].
20. Ministerio de Salud. Guías de Prácticas clínicas para la Atención de las Emergencias Obstétricas Según Nivel de Capacidad Resolutiva. Lima. MINSA. 2006.
21. Morgan M, Siddighi S. Ginecología y Obstetricia McGraw Hill. 5 ed. México: McGraw Hill Interamericana Editores 2009.
22. Heras B, et al. La Edad Materna como Factor de Riesgo Obstétrico. Resultados perinatales en Gestantes de Edad Avanzada. Artículo de revisión, Progresos de Obstetricia y Ginecología. 2011; 10 (06).012.
23. Gonzalo A, et al. El Estado Civil Materno y su asociación con los Resultados Perinatales en una Población. Revista Médica Uruguay. 2006; 22:59-65.

24. Instituto Vasco de Estadística. Escuela Estadística Erakunda. Nivel de Instrucción. Redacción 13 de agosto del 2015. [03/09/2017]. Disponible en: www.eustat.eus/documentos/opt_0/temas_165/elem_2376/definicion.html.
25. Rizo F. Edad y Origen de la Madre como Factores de Riesgo de Prematuridad. Universidad de Alicante. Tesis Doctoral. 2012. Recuperado de: www.eltallerdigital.com
26. William. Obstetricia. México; MCGRAW-HILL.2011.
27. Gallo JL. Gestación y Obesidad, Consecuencias y Manejo. Artículo de revisión. Servicio Asistencial de Ginecología y Obstetricia 2013; 31 (9)1-14.
28. Alteraciones en el Trabajo de Parto. Guía de Práctica Clínica para la Atención de las Emergencias Obstétricas Según Nivel de Capacidad Resolutiva. Lima. 2006.
29. Torres R, Calvo F; Enfermedad Hipertensiva del Embarazo y el Calcio. Artículo de revisión. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología.2011; 37(4):551-561.
30. Instituto Materno Perinatal. Incompatibilidad Feto Pélvica y Estrechez Pélvica. Guía de Prácticas Clínicas y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología. Lima. MINSA. 2010.
31. Instituto Materno Perinatal. Guías de Prácticas Clínicas y de Procedimiento en Obstetricia y Perinatología. Lima. MINSA.2010

32. Barahona Ángela, Características del Periodo Intergenésico Corto en Pacientes atendidas en el Hospital Luis F, Martínez, durante el años 2014[tesis medico]. Cuenca, Ecuador; 2016
33. Guías de Prácticas Clínicas y Procedimientos en Obstetricia y Perinatología, Cesárea Previa, Ministerio de Salud, Instituto Nacional Materno Perinatal. Lima–Perú2010.Recuperadode: FILE:///c:/uSERS/pc/dESKTOP/2115guias%20de%20atencion%20clinica.PDF
34. Vargas T, Lévano J, Lazo MA. Partos después de una Cesárea, aplicando un puntaje al momento del Ingreso en un Hospital. Artículo de Revisión. Revista de ginecología y obstetricia (Perú) 2014; 59(4).
35. Albarnoz J, Salina H, Reyes A. Morbilidad Asociada al Parto en Macrosomia: Análisis de 3981. Departamento de Gineco- obstetricia Hospital Clínico de la universidad de Chile. Disponible en www.Scielo/pdf/rchog/u70n4/art03.pdf.
36. Huamán J, Sufrimiento Fetal, capítulo 6. 1Edicion. Perú: ludmir.1996.
37. Zapata Y, Zurita N. 2002. Valor Predictivo del Monitoreo Electrónico Fetal en el Diagnostico de Distocia Funicular. Lima Perú; 2002.
38. Sufrimiento Fetal Agudo. Instituto Materno Perinatal. Guía de Prácticas Clínicas y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología. Lima. MINSA. 2010.
39. Embarazo Múltiple. Guía de Prácticas Clínicas para la Atención; Diagnóstico y Tratamiento de 10 Condiciones Obstétricas. Lima. 2010.

40. Guías de Prácticas Clínicas y Procedimientos en Obstetricia y Perinatología, Cesárea Previa, Ministerio de Salud, Instituto Nacional Materno Perinatal. Lima–Perú; 2010.
41. Di Muro. J.J. Parto en Presentación Pelviana (Podálica o Nalgas), Patología de Parto de Alto Riesgo. Revista de Ginecología Y Obstetricia. Vol. 02 pg.: 125.
42. Silver R. Implantación Anormal de la Placenta Previa, Vasa Previa y Placenta Acreta. The American collage of Obstet and gynecol: 2015:126:654-68.1-2.
43. Aller J, Pages G. Distocia Funicular. Capítulo 36 Recuperado de: www.reftilab.nd/descargable/publicaciones/obstetricia_medicina/om_36.pdf4
44. Zamora M. Desprendimiento Prematuro de Placenta Normalmente Inserta. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada; 2015.
45. Del Bianco E, Reyna E, Guerra M, Torres D, Col. Valor Predictivo del Indice de Líquido Amniótico en las Complicaciones Neonatales. Revista Obstetricia y Ginecología. 2012; 72 (4):227-232.
46. Mercado, D. Distocias. Obstetricia Integral XXI.
47. Organización Mundial de la Salud (2017) Factores de Riesgo. Disponible en: http://www.who.int/topics/risk_factors/es/
48. Araujo, M. Concepto de Asociación, Causa y Riesgo; Introducción a la Medicina Basada en Evidencias. Revista biomédica. 2011. 11 (1) 43-48. Recuperado de: www.medwave.cl/link.cgl/medwave/series/mbe01/4843

49. Rivas, F. El Significado de la Significancia. Conceptos Epidemiológicos. Revista Biomédica. 1998.18 (3): 291-295. Recuperado de: www.revistabiomedica
50. Hernández R; Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. México: Editorial McGraw-Hill;2010
51. Pineda E, Alvarado E, Canales F. Metodóloga de la Investigación. Washington D.C.: OPS;2009.
52. Word Medical Association. Finlandia; 2010. Declaración de Helsinki.: WMA. Disponible en:

ANEXOS

ANEXO N°01

UNIVERSIDAD NACIONAL "SANTIAGO ANTUNEZ DE MAYOLO "
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

Instrucciones: las investigadoras, Regalado Panana Gladys Jackeline, Trujillo Caldas Denisse Jackelyn Bachilleres En Obstetricia de la Escuela Profesional de Obstetricia De La Facultad De Ciencias Médicas De La Universidad Nacional Santiago Antúnez De Mayolo, están trabajando en un estudio que servirá la elaboración de una tesis acerca de "Los Factores Asociados a la realización de la Cesárea En El Hospital Regional De Huacho Huaura Oyón 2016".

Instrucciones generales: la presente ficha de recolección de datos, tiene como finalidad determinar los "Factores Asociados a la realización de la Cesárea En El Hospital Regional De Huacho Huaura Oyón 2016." El llenado de las fichas será en base a las historias clínicas de cada paciente, el llenado debe de ser correctamente tal como se encuentra en la historia clínica, no se permiten borrar, cambiar o modificar datos. . La información obtenida de esta ficha será utilizada para el trabajo de investigación

Fecha: Ficha:

HC: fecha y hora de llenado:

I. FACTORES SOCIO DEMOGRÁFICOS

a. Edad

1. < 19 años
2. 19 – 35
3. >35 años

b. Grado de instrucción

1. Primaria
2. Secundaria
3. Superior

c. Procedencia

1. Urbano
2. Marginal

d. Estado civil

1. Soltera

2. Casado

3. Conviviente

e. N° de embarazos

1. Sin hijos
2. De 1 a 2 hijos
3. > de 2 hijos

f. E.G al parto por UR o ECO

1. <37semanas
2. De 37 a 41 semanas

II. FACTORES MATERNOS

a) Desproporción céfalo pélvica
   1. Si
   2. No

b) Trastornos hipertensivos en el embarazo
   1. Si
   2. No

c) enfermedad hipertensiva gestacional
   1. Si
   2. No

d) Trabajo de parto disfuncional
   1. Si
   2. No

e) Obesidad materna
   1. Si
   2. No

f) periodo intergenésico corto
   1. si
   2. no

III. FACTORES FETALES

a) Sufrimiento fetal
   1. Si
   2. No

b) Macrosomia fetal
   1. Si
   2. No

c) Embarazo múltiple
   1. Si
   2. No

d) Distocia de presentación
   1. Si

2. No

IV. FACTORES OVULARES

a) Oligohidramnios severa
   1. Si
   2. No
b) ruptura prematura de membranas
   1. Si
   2. No
c) distocias funiculares
   1. Si
   2. No
d) desprendimiento prematuro de placenta
   1. Si
   2. No
e) placenta previa
   1. Si
   2. No

ANEXO N° 02

FORMATO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS POR JUICIO DE EXPERTOS

El instrumento para la recolección de datos en cuanto al cuestionario sobre **DETERMINAR LOS FACTORES ASOCIADOS A LA REALIZACION DE CESAREA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE HUACHO HUAURA OYON 2016.** Fue validado por 4 expertos, de los cuales fueron un gineco-obstetra, dos obstetras especializadas en alto riesgo obstétrico y un Dr. En estadística

1. El instrumento persigue los fines de los objetivos generales.
2. El instrumento no persigue los fines de los objetivos específicos.
3. La hipótesis es atingente al problema y a los objetivos planteados (atingencia: conexión, relación de una cosa con otra).
4. El número de los ítems que cubre cada dimensión es el correcto.
5. Los ítems están redactados correctamente.
6. Los ítems despiertan ambigüedad en el encuestado/entrevista
7. El instrumento que se va a aplicar llega a la comprobación de la hipótesis.
8. La hipótesis está formulada correctamente.

LEYENDA	PUNTUACIÒN
DA: De acuerdo	1
ED: En Desacuerdo	0

JUEZ	ITEM 1	ITEM 2	ITEM 3	ITEM 4	ITEM 5	ITEM 6	ITEM 7	ITEM 8	TOTAL
Dr. Richard Coba Rojas	1	1	1	1	1	0	1	1	07
Lic. Obst. Carmen Diaz Gamarra	1	1	1	1	1	0	1	1	06
Lic. obst. Jenny Urbano Herrera	1	1	1	1	1	0	1	1	07
Dr. Ángel Mendoza López	1	1	1	0	1	0	1	1	07
TOTAL	4	4	4	4	1	2	4	4	25

ANEXO N° 03

Estos datos fueron procesados con el programa estadístico SPSS versión 22.0, haciendo uso de la prueba de concordancia de Kendall, obteniéndose los siguientes resultados:

Rangos

	Rango promedio
VAR00001	5.13
VAR00002	5.13
VAR00003	5.13
VAR00004	5.13
VAR00005	4.13
VAR00006	1.13
VAR00007	5.13
VAR00008	5.13

Estadísticos de contraste

N	4
W de Kendall(a)	.841
Chi-cuadrado	23.545
Gl	7
Valor p	**.001**

A Coeficiente de concordancia de Kendall, Como el valor p es menor al 5%, nos confirma la validez del cuestionario sometido a validación.

ANEXO N° 04

OPERACIONALIZCION DE VARIABLES.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORIAS	ESCALA DE MEDICION
VARIABLE INDEPENDIENTE **FACTOR ASOCIADO**	Es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumenta su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.	**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS**	Edad	- < 19 años - De 19 a 35 años - > 35 años	Ordinal
			Grado de instrucción	- Primaria - Secundaria - Superior - Sin grado de instrucción	Nominal
			Procedencia	- Marginal - Urbano	Nominal
			Estado civil	- Soltera - Casada - conviviente	Nominal
		FACTORES MATERNOS	Desproporción céfalo pélvica	- Si - No	Nominal
			Enfermedad hipertensiva gestacional	- Si - No	Nominal
			Alteraciones en el trabajo de parto	- Si - No	Nominal
			Obesidad materna	- Si - No	Nominal
			Cesárea anterior	- Si	Nominal

				- No	
			Periodo intergenésico corto	- Si - No	Nominal
		FACTORES FETALES	Macrosomia fetal	- Si - No	Nominal
			Embarazo múltiple	- Si - No	Nominal
			Distocias fetales	- Si - No	Nominal
			Sufrimiento fetal	- Si - No	Nominal
		FACTORES OVULARES	Oligohidramnios severo	- Si - No	Nominal
			Ruptura prematura de membranas	- Si - No	Nominal
			Desprendimiento prematuro e placenta	- Si - No	Nominal
			Distocia funicular	- Si - No	Nominal
			Placenta previa	- Total - Parcial - Marginal	Nominal
VARIABLE DEPENDIENTE **CESAREA**	Nacimiento de un feto vivo a través de una incisión abdominal y del segmento uterino	**CLASIFICACIÓN DE LA CESÁREA**	Según indicación medica	- Emergencia - Electiva	Nominal