"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA

(CREADA POR LEY Nº25265)

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

TESIS

Características epidemiológicas de las gestantes cesareadas atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica 2021.

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: SALUD MATERNO PERINATAL Y NEONATAL

PRESENTADO POR:

Obsta. Mulato Huamani, Elvia
Obsta. Araujo Matamoros, María Luisa

PARA OPTAR EL TITULO DE ESPECIALISTA EN: EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTETRICO

HUANCAVELICA – PERÚ
2021

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la Ciudad de Huancavelica a las 15:35 horas del día veintiséis de noviembre del año 2021, nos reunimos los miembros del jurado evaluador de la sustentación de tesis de las egresadas:

MULATO HUAMANI ELVIA
ARAUJO MATAMOROS MARIA LUISA

Siendo los Jurados Evaluadores:
Presidente : Dra. TULA SUSANA GUERRA OLIVARES
Secretaria : Dra. ROSSIBEL JUANA MUÑOZ DE LA TORRE
Vocal : Dra. JENNY MENDOZA VILCAHUAMAN

Para calificar la Sustentación de la Tesis titulada:

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LAS GESTANTES CESAREADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCAVELICA 2021.

Concluida la sustentación de forma sincrónica, se procede con las preguntas y/u observaciones por parte de los miembros del jurado, designado bajo **Resolución N°501-2021-D-FCS-R-UNH**; concluyendo a las 16:05 horas. Acto seguido, el presidente del Jurado Evaluador informa a los(as) sustentantes que se suspende la conectividad durante unos minutos para deliberar sobre los resultados de la sustentación de la tesis; llegando al calificativo de: **APROBADO** por **UNANIMIDAD**.

Observaciones:
.....
.....

Ciudad de Huancavelica, 26 de noviembre del 2021.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Mg. TULA SUSANA GUERRA OLIVARES
PRESIDENTE

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Dra. Rossibel J. Muñoz De la Torre
SECRETARIO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Dra. Jenny M. Mendoza Vilcahuaman
VOCAL

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DECANATO
Dra. LINA ALEJANDRINA PINEDA
DECANA
VºBº DECANA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SECRETARIA DOCENTE
UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Mg. Zulma Flor De La Cruz Ramos
JEFA DE LA SECRETARIA DOCENTE
VºBº SECRETARIA DOC.

TÍTULO DE LA TESIS

Características epidemiológicas de las gestantes cesareadas atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica 2021.

Autor:

Obsta. Mulato Huamani, Elvia
Obsta. Araujo Matamoros, María Luisa

Asesor: Dr. Leonardo Leyva Yataco

Dedicatoria

A Dios por la vida y darnos fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados.

A mis padres por el gran apoyo incondicional para cumplir este sueño, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ustedes hemos logrado llegar hasta aquí y convertirnos en lo que somos. Han sido el orgullo y el privilegio.

María Luisa Araujo Matamoros

Está tesis la dedicó a Dios quien me fortaleció y guío en este largo camino. A mis padres Primitiva Huamani Carrillo e Hipólito Máximo Mulato Yalle, por su lucha constante y amor incondicional afín de alcanzar mis objetivos.

Elvia Mulato Huamani

Agradecimiento

Mi agradecimiento en primer lugar a Dios por ser mi guía y mi fuerza para cumplir, lograr con éxito las metas trazadas. A mis padres, por el apoyo incondicional y comprensión a lo largo de nuestra carrera profesional.

A mi asesor de tesis, Dr. Leonardo Leyva Yataco, por brindarme su apoyo incondicional, orientándonos y fortaleciendo los conocimientos adquiridos durante nuestra formación profesional.

María Luisa Araujo Matamoros

Mi eterna gratitud a la Universidad Nacional de Huancavelica; a la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Escuela Profesional de Obstetricia, al Director del Programa de Segunda Especialidad, por darnos la oportunidad de realizar esta especialidad y en especial a mi asesor Dr. Leonardo Leyva Yataco por el apoyo permanente en la realización de este trabajo.

Elvia Mulato Huamani

Índice

Dedicatoria vi
Agradecimiento vii
Índice viii
Índice de tablas x
Resumen xi
Abstract xii
Introducción xiii
CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA
1.1. Descripción del problema 15
1.2. Formulación del problema 17
1.3. Objetivos de la investigación 17
1.4. Justificación 18
1.5. Limitaciones 18
CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO
2.1. Antecedentes de la investigación 19
2.2. Bases teóricas 22
2.3. Definición de términos 46
2.4. Identificación de variables 47
2.5. Operacionalización de variables 48
CAPÍTULO III
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN
3.1. Ámbito temporal y espacial 49
3.2. Tipo de investigación 49
3.3. Nivel de investigación 49
3.4. Métodos de investigación 50
3.5. Diseño de investigación 50
3.6. Población, muestra y muestreo 50
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos 51
3.8. Técnicas y procesamiento de análisis de datos 51
CAPÍTULO IV
PRESENTACION DE RESULTADOS
4.1. Análisis de información 52
4.2. Discusión de resultados 58
Conclusiones 62
Recomendaciones 63
Referencias bibliográficas 64

Anexos: 69
Anexo 1: Matriz de consistencia 70
Anexo 2: Instrumento de recolección de datos 73
Anexo 3: Juicio de expertos 76
Anexo 4: Autorización de la autoridad sanitaria del lugar 79

Índice de tablas

Tabla 1.	Características personales de las gestantes cesareadas atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica de enero a junio del 2021.	52
Tabla 2.	Características obstétricas de las gestantes cesareadas atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica de enero a junio del 2021.	54
Tabla 3.	Morbilidad y antecedentes de cesárea en las gestantes cesareadas atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica de enero a junio del 2021.	55
Tabla 4.	Complicaciones obstétricas y fetales en las gestantes cesareadas atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica de enero a junio del 2021.	56

Resumen

Objetivo. Determinar las características epidemiológicas de las gestantes cesareadas atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica de enero a junio del 2021. **Metodología.** Investigación transversal, retrospectiva. Nivel descriptivo. El método inductivo. Diseño descriptivo simple. Para el estudio la población estuvo constituida por todas las pacientes cesareadas atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica de enero a junio del 2021; que según registros estadísticos fueron un total de 154 pacientes. Muestra censal. Técnica análisis documental e instrumento, ficha de recolección de datos. **Resultados.** El 49,4% (76) fueron adultas jóvenes (18 a 29 años), el 51.9% (80) procedían de zonas rurales. El 31.2% (48) tuvieron educación primaria, el 46.8% (72) educación secundaria y el 22.1% (34) educación superior. El 52.6% (81) fueron convivientes, el 26.6% (41) fueron casadas y el 20.8% (32) fueron solteras; el 64.3% (99) tuvieron un peso normal, el 35.7% (55) fueron nulíparas, el 26.6% (41) fueron primíparas y el 37.7% (58) fueron multíparas, el 94.8% (146) tuvieron 06 a más atenciones prenatales, el 87% (134) tuvieron parto a término, el 98.1% (151) tuvieron embarazo único, el 80.5% (124) fueron Longitudinal-Cefálica, el 57.8% (89) fueron cesáreas de emergencia y el 42.2% (65) fueron cesáreas electivas. El 6.5% (10) tuvieron anemia, el 5.8% (9) tuvieron infección de tracto urinario. El 37.7 (58) fueron cesareadas anteriores. El 24.7% (38) presentaron preeclampsia severa, el 13.6% (21) presentaron desproporción céfalo pélvica, el 9.1% (14) presentaron inminencia de rotura uterina, el 9.1% (14) presentaron oligohidramnios, el 4.5% (7) presentaron ruptura prematura de membranas, el 3.9% (6) distocia de presentación, el 2.6% (4) trabajo de parto prolongado. Las complicaciones fetales fueron el sufrimiento fetal agudo en un 7.1% (11), la macrosomía fetal en un 6.5% (10), doble circular de cordón umbilical en un 3.2% (5). **Conclusiones.** Las cesareadas fueron jóvenes, con estudios secundarios, de procedencia rural, convivientes, de peso normal, multíparas, con atención prenatal, de embarazo único, con presentación longitudinal cefálica, con cesárea de emergencia y motivos de cesárea preeclampsia, desproporción céfalo pélvica, inminencia de rotura uterina, oligohidramnios, sufrimiento fetal agudo, la macrosomía fetal y doble circular de cordón.

Palabras clave: Cesárea, complicaciones obstétricas, epidemiologia de la cesárea, característica de la gestante.

Abstract

Objective. Determine the epidemiological characteristics of cesarean pregnant women treated at the Huancavelica Departmental Hospital from January to June 2021. **Methodology.** Cross-sectional, retrospective research. Descriptive level. The inductive method. Simple descriptive design. For the study, the population consisted of all cesarean patients treated at the Huancavelica Departmental Hospital from January to June 2021; According to statistical records, there were a total of 154 patients. Census sample. Document analysis technique and instrument, data collection sheet. **Results**. 49.4% (76) were young adults (18 to 29 years old), 51.9% (80) came from rural areas. 31.2% (48) had primary education, 46.8% (72) secondary education and 22.1% (34) higher education. 52.6% (81) were cohabiting, 26.6% (41) were married and 20.8% (32) were single; 64.3% (99) had a normal weight, 35.7% (55) were nulliparous, 26.6% (41) were primiparous and 37.7% (58) were multiparous, 94.8% (146) had 06 or more prenatal care , 87% (134) had full-term delivery, 98.1% (151) had a single pregnancy, 80.5% (124) were Longitudinal-Cephalic, 57.8% (89) were emergency cesarean sections, and 42.2% (65) they were elective caesarean sections. 6.5% (10) had anemia, 5.8% (9) had urinary tract infection. On 37.7 (58) they were previous cesarean. 24.7% (38) presented severe preeclampsia, 13.6% (21) presented pelvic brain disproportion, 9.1% (14) presented imminence of uterine rupture, 9.1% (14) presented oligohydramnios, 4.5% (7) presented rupture premature membranes, 3.9% (6) presenting dystocia, 2.6% (4) prolonged labor. Fetal complications were acute fetal distress in 7.1% (11), fetal macrosomia in 6.5% (10), double circular umbilical cord in 3.2% (5). **Conclusions.** The cesarean patients were young, with secondary education, of rural origin, cohabiting, of normal weight, multiparous, with prenatal care, single pregnancy, with longitudinal cephalic presentation, with emergency cesarean section and reasons for cesarean section, preeclampsia, cephalopelvic disproportion, imminence of Uterine rupture, oligohydramnios, acute fetal distress, fetal macrosomia and double circular cord.

Keywords: Caesarean section, obstetric complications, epidemiology of caesarean section, characteristic of the pregnant woman.

Introducción

Datos recientes indican que una de cada cinco mujeres se somete a cesárea, y en la mayoría de las regiones del mundo, las tasas de cesárea continúan aumentando (1).

El parto por cesárea puede ser un procedimiento que salva vidas cuando se realiza según ciertas indicaciones obstétricas y fetales (2, 3).

Según la organización mundial de la salud, las causas más frecuentes de cesárea en américa latina fueron la incompatibilidad céfalo pélvica, distocias, falta de progreso trabajo de parto en un 26%, el monitoreo fetal alterado en un 20%, la cesárea previa en un 16% y otras complicaciones del embarazo no especificadas en un 12% (8).
En mínimas proporciones las causas de cesárea fueron la anomalía de presentación, preeclampsia-eclampsia, complicaciones fetales no especificadas, complicaciones maternas no especificadas, salpingoligadura, inducción fracasada, restricción de crecimiento fetal, metrorragia tercer trimestre, embarazo gemelar, post termino (8).

En España el motivo de cesárea más frecuente en todos los niveles hospitalarios, fueron sufrimiento fetal agudo (14,6%) y presentación anómala (10,9%); la hemorragia ante parto y el sufrimiento fetal agudo tuvieron porcentajes más bajos en los hospitales privados, con diferencias estadísticamente significativas respecto a los públicos (9).

En un hospital público de Paraguay, la operación cesárea fue del 24% en mujeres de 24 a 27 años (10).
Las indicaciones de cesárea, fueron en un 16,5% cesárea anterior, 11% preeclampsia, 10,5% desprendimiento de placenta, 10% por bradicardia fetal y 8,5% por presentación podálica (10).

En el Perú en el año 2018; las gestantes procedentes del área rural tuvieron un 15,7% de parto por cesárea y en Huancavelica 11,9% (11).

Es importante conocer y comprender las características epidemiológicas de estas pacientes, para organizar la atención sanitaria de acuerdo a la demanda y realizar una intervención preventiva o inmediata.

El informe de consta de cuatro capítulos: Capítulo I describe el planteamiento del problema, el Capítulo II contiene el marco teórico, el Capítulo III plantea la metodología del estudio y el IV Capitulo presenta los resultados del estudio.

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema

Datos recientes indican que una de cada cinco mujeres se somete a cesárea, y en la mayoría de las regiones del mundo, las tasas de cesárea continúan aumentando (1).

El parto por cesárea puede ser un procedimiento que salva vidas cuando se realiza según ciertas indicaciones obstétricas y fetales; no se ha demostrado que los resultados maternos ni perinatales hayan mejorado cuando las tasas de parto por cesárea superan el 16% a 19% a nivel de la población, lo que sugiere el uso inapropiado del parto por cesárea en muchos países (2, 3). La incidencia de morbilidad materna severa aguda (MMSA) relacionada con el modo de parto es mayor en la mujer que se somete a una cesárea y las mujeres con una cesárea previa tenían un mayor riesgo de MMSA en su embarazo actual (4, 5).

Los partos por cesárea, específicamente los que se realizan en poblaciones obstétricas de bajo riesgo, podrían provocar MMSA y, sin una indicación médicamente justificable, pueden ser una opción perjudicial en el parto (6, 7). Para mantener el parto lo más seguro posible, el parto por cesárea solo debe realizarse cuando existan beneficios claros para la salud materna y perinatal (6, 7).

Según la organización mundial de la salud, las causas más frecuentes de cesárea en américa latina fueron la incompatibilidad céfalo pélvica, distocias, falta de progreso trabajo de parto en un 26%, el monitoreo fetal alterado en un 20%, la cesárea previa en un 16% y otras complicaciones del embarazo no especificadas en un 12% (8). En mínimas proporciones las causas de cesárea fueron la anomalía de presentación, preeclampsia-eclampsia, complicaciones fetales no especificadas, complicaciones maternas no especificadas, salpingo

ligadura, inducción fracasada, restricción de crecimiento fetal, metrorragia tercer trimestre, embarazo gemelar, post termino (8).

En España el motivo de cesárea más frecuente en todos los niveles hospitalarios, fueron sufrimiento fetal agudo (14,6%) y presentación anómala (10,9%); la hemorragia ante parto y el sufrimiento fetal agudo tuvieron porcentajes más bajos en los hospitales privados, con diferencias estadísticamente significativas respecto a los públicos (9). Las alteraciones maternas fueron más frecuentes en los hospitales públicos de mayor nivel tecnológico (9).

En un hospital público de Paraguay, la operación cesárea fue más prevalente entre mujeres entre 24-27 años de edad, representando el 24% del total (10). Entre las indicaciones de la operación cesárea, se observó que 16,5% fueron por una cesárea anterior, 11% por preeclampsia, 10,5% desprendimiento de placenta, 10% por bradicardia fetal y 8,5% por presentación podálica, todas estas indicaciones representaron 56% del total de los partos por cesárea evaluados (10).

En el Perú en el año 2018; las gestantes procedentes del área rural tuvieron un 15,7% de parto por cesárea y en Huancavelica 11,9% (11).

Por lo anteriormente mencionado y teniendo en cuenta que Huancavelica no es ajena a esta situación; así mismo considerando que en la actualidad no existen trabajos de investigación que nos permitan conocer las características epidemiológicas de las pacientes cesareadas, nos vimos motivadas a realizar esta investigación en las gestantes cesareadas atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica.

Es importante conocer y comprender las características epidemiológicas de estas pacientes, para organizar la atención sanitaria de acuerdo a la demanda y realizar una intervención preventiva o inmediata.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuáles son las características epidemiológicas de las gestantes cesareadas atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica de enero a junio del 2021?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuáles son las características personales de las gestantes cesareadas atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica de enero a junio del 2021?
- ¿Cuáles son las características obstétricas de las gestantes cesareadas atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica de enero a junio del 2021?
- ¿Cuáles son las morbilidades y complicaciones que presentaron las gestantes cesareadas atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica de enero a junio del 2021?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar las características epidemiológicas de las gestantes cesareadas atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica de enero a junio del 2021.

1.3.2. Objetivos específicos

- Describir las características personales de las gestantes cesareadas atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica de enero a junio del 2021.
- Describir las características obstétricas de las gestantes cesareadas atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica de enero a junio del 2021.

- Identificar las morbilidades y complicaciones que presentaron las gestantes cesareadas atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica de enero a junio del 2021.

1.4. Justificación

El parto por cesárea puede ser un procedimiento que salva vidas cuando se realiza según ciertas indicaciones obstétricas y fetales (2, 3).

Según la organización mundial de la salud, las causas más frecuentes de cesárea en américa latina fueron la incompatibilidad céfalo pélvica, Distocia, falta de progreso trabajo de parto en un 26%, el monitoreo fetal alterado en un 20%, la cesárea previa en un 16% y otras complicaciones del embarazo no especificadas en un 12% (8). En mínimas proporciones las causas de cesárea fueron la anomalía de presentación, preeclampsia-eclampsia, complicaciones fetales no especificadas, complicaciones maternas no especificadas, salpingo ligadura, inducción fracasada, restricción de crecimiento fetal, metrorragia tercer trimestre, embarazo gemelar, post termino (8).

En el Perú en el año 2018; las gestantes procedentes del área rural tuvieron un 15,7% de parto por cesárea y en Huancavelica 11,9% (11).

El conocimiento de las características epidemiológicas de las gestantes cesareadas permitirá brindar una mejor atención sanitaria acorde al contexto. Por otra parte, los resultados del estudio servirán para integrar procedimientos que permitan mejorar la sensibilidad y especificidad diagnostica; así mismo permitirá un manejo integral y pertinente.

1.5. Limitaciones

Los resultados de la investigación y su interpretación son representativos en el contexto y ámbito de estudio; pueden tener limitaciones al extrapolarse a otros contextos; pero los resultados son muy aplicables para conocer aspectos importantes de las mujeres cesareadas en el Hospital de estudio; así mismo implementar estrategias acordes a sus realidades para mejorar la salud materna neonatal.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

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

Ordoñez (13), investigo la incidencia y las principales indicaciones de las cesáreas realizadas en el hospital básico Luis Fernando Martínez de la ciudad de Cañar en el periodo Enero a Junio del 2017, su estudio fue descriptivo, cuantitativo, retrospectivo y transversal, el cual se realizó en el hospital básico "Luis Fernando Martínez" de la ciudad de cañar, la población estudiada fueron todas cesareadas, el análisis fue cuantitativo; en los resultados las razones de la cesárea fueron: cesárea iterativa 49,4%, compromiso del bienestar fetal 21,7%, distocia de presentación: podálica, oblicua, pelviana, transversa o cara en un

10,8%, desproporción céfalo-pélvica en un 4,8%, cesárea urgente para resolver complicaciones maternas 3,6%, condilomatosis extensa 2,4%, embarazo gemelar con primer gemelo que no esté en presentación cefálica 2,4%, parto prolongado 1,2%, placenta acreta 1,2%, prolapso de cordón umbilical 1,2%; en conclusión la cesárea anterior fue la principal indicación de cesárea en la población atendida en el Hospital Luis Fernando Martínez; las causas fetales estuvieron en segundo lugar y las causas maternas no presentaron mayor prevalecía en esta población.

Zúñiga (14); estudio la Clasificación de cesáreas según el modelo de Robson, unidad obstétrica, Hospital General San Felipe, Honduras, abril-junio de 2017; su objetivo fue clasificar las cesáreas según el modelo de Robson en la unidad obstétrica de un hospital de nivel medio de complejidad; Materiales y métodos: estudio descriptivo, transversal, llevado a cabo en unidad obstétrica del Hospital General San Felipe (HGSF), Tegucigalpa, Honduras, entre abril y junio de 2017; se seleccionan 89 de 477 historias clínicas de pacientes sometidas a cesárea electiva o de emergencia en el periodo del estudio mediante selección aleatoria probabilística; se realiza análisis descriptivo de variables sociodemográficas, indicaciones clínicas y obstétricas, y categorías del modelo de Robson; se obtuvo autorización del Comité de Ética institucional; Resultados: de 797 partos 477 fueron por cesárea (59,8 %; IC 95 %: 56,3-63,3 %); Se clasificaron como embarazo "sin riesgo" 48 de las 89 cesáreas estudiada (53,9%) que hacen parte de las categorías 1 a 4; la indicación más frecuente en este grupo fue baja reserva fetal 22/48 (45,8 %) y desproporción céfalo-pélvica 16/48 (33,3 %); En el grupo "de riesgo" (categorías 5-10) en 41/89 (46,1 %) las indicaciones fueron desproporción céfalo-pélvica y presentación pélvica (8/41) (19,5 %) respectivamente; Los principales aportantes de cesárea fueron los grupos 1 (17/89; 19,1 %), 2 (20/89, 22,5 %) y 5 (20/89; 22,5 %) para totalizar 64,1 %; Conclusión: el modelo de Robson es aplicable en nuestro medio y la clasificación aporta información como herramienta de diagnóstico y vigilancia en la realización de cesáreas en una institución de segundo nivel.

Herrera (15), estudio los factores asociados al incremento de las cesáreas en gestantes atendidas en el servicio de maternidad del Hospital Regional del Cusco, 2019; su estudio fue no experimental, de tipo descriptivo, retrospectivo, analítico transversal, realizado en el Hospital Regional del Cusco durante el periodo de enero a diciembre del 2019, en 300 pacientes que se sometieron a cesárea en el servicio de maternidad de dicho nosocomio; se realizó una revisión de historias clínicas para el llenado de la ficha de recolección de datos, se ingresó a una base de datos, se utilizó la versión SPSS 25 para el procesamiento de datos, con estadística descriptiva e inferencial básica; resultados: Los principales factores asociados al incremento de cesáreas fueron las causas maternas en un 51,7%, seguida de las causas fetales en un 33,7% y causas ovulares en un 14,6%; el 67,3% corresponden al grupo de 20 a 34 años de edad, 77,0% convivientes, el 50,7% tiene nivel educativo secundario, cesárea previa o anterior 31,3%, primíparas 46,7%, edad gestacional a término (37 a 41 semanas) 80,7% y con control prenatal 73,3%; la distocia del producto, distrés fetal agudo y macrosomía fetal son factores asociados que incrementan las cesáreas en un 51,5%, 20,85 y 20,8% respectivamente; la rotura prematura de membranas, oligohidramnios, placenta previa son factores asociados que incrementan las cesáreas en un 34,1%, 34,1% y 20,5% respectivamente; conclusiones: el factor asociado al incremento de cesáreas en el Servicio de Maternidad del Hospital Regional del Cusco es la cesárea previa.

Díaz (16); Estudio la Tasa de cesáreas por grupos de Robson en el Hospital III Yanahuara de la Ciudad de Arequipa en el periodo Enero – Diciembre del 2018; su objetivo fue establecer las tasas de cesáreas empleando el modelo de clasificación Robson en el Hospital III Yanahuara en el periodo Enero – Diciembre del 2018; métodos: Se seleccionó una muestra representativa de cesáreas y se sometieron a los criterios de Robson; se muestran resultados mediante estadística descriptiva; resultados: Durante el 2018 se realizaron 1642 cesáreas, de las cuales se obtuvo una muestra aleatoria de 311 casos; el 1,61% eran adolescentes, 68,17% tenían edad reproductiva ideal (20-34 años) y 30,23% eran gestantes tardías, con una edad promedio de 31,32 ± 5,86 años; el

40,84% fueron nulíparas, 14,79% eran multíparas sin antecedente de cesárea previa y 44,37% multíparas con antecedente de cesárea; el embarazo fue único en 99,68% y múltiple en 0,32% de casos; la edad gestacional fue pretérmino en 5,47% y a término en 94,53% de mujeres; la presentación al momento de la cesárea fue cefálica en 91%, podálica en 6,75%, transversa en 1,61% y oblicua en 0.64% de casos; en 38,26% de casos se realizó cesárea antes del inicio del trabajo de parto, en 56,27% el trabajo de parto fue espontáneo y en 5,47% de casos fue inducido; aplicando los criterios de Robson, las tasas de cesárea que predominaron fueron del Grupo 5 (39,23%), seguidas del Grupo 1 (19,61%) y del Grupo 2 (16,72%) y las demás categorías mostraron proporciones decrecientes; Conclusiones: La tasa global de cesáreas en el hospital III Yanahuara es de 53% y las categorías predominantes según criterios de Robson en el mencionado nosocomio durante el 2018 fueron del Grupo 5, 1 y 2.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Embarazo

El embarazo, gestación o gravidez es el período que transcurre desde la implantación en el útero del óvulo fecundado, su desarrollo y crecimiento como embrión y feto; dentro del cuerpo de la madre, hasta el momento del parto (17). El embarazo normal es el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del neonato a término (17).

La edad fetal o del desarrollo es la edad de la concepción, que se calcula a partir del momento de la implantación, la cual ocurre 4 a 6 días después de terminar la ovulación; la edad gestacional del embarazo se calcula en 280 días o 40 semanas completas; la fecha probable de parto (EDD) se puede calcular sumando siete días al primer día del último periodo menstrual y restando tres meses más un año (regla de Naegele) (17).

2.2.2. Parto

El parto es un proceso fisiológico propio de los mamíferos, mediante el cual se expulsa el feto desde el interior de la cavidad uterina hacia el exterior del organismo materno (18).

El concepto de parto es fácil de entender, pero aún no está claro exactamente cuándo comenzó y por qué no estaba claro. Sin embargo, es bien sabido que el trabajo de parto ocurre porque la intensidad, frecuencia y duración de las contracciones uterinas aumentan gradualmente hasta que el cuello uterino cambia, de modo que el feto puede salir de la cavidad uterina a través del canal de parto (18).

El proceso del parto es un concepto dinámico que viene preparándose ya desde el inicio de la gestación, con las modificaciones morfológicas, estructurales y principalmente bioquímicas de la fibra uterina (18).

Estos cambios se hacen más evidentes en la segunda mitad del embarazo, principalmente en su etapa final, el llamado segmento inferior se forma en el istmo del útero para promover la adaptación y maduración del cuello uterino, paso previo a la dilatación cervical es muy importante, además de estas modificaciones, comienza la contracción uterina. Sin esta actividad uterina, el parto no puede ocurrir, por eso, desde el punto de vista clínico, el parto comienza cuando hay una cierta intensidad de actividad uterina rítmica y progresiva, con un mínimo de dos contracciones uterinas perceptibles por la molestia que producen (intensidad superior a 30 mmHg), cada 10 minutos y con un cuello borrado en más del 50% de su trayecto y con 2 cm de dilatación en la nulípara y 3 cm en la multípara (18).

2.2.3. Cesárea

El parto por cesárea es el nacimiento de un feto a través de una laparotomía seguida de una histerotomía, hay dos tipos generales de parto por cesárea: el primario es aquel en el que se ha llevado a cabo una histerotomía por primera vez y en el secundario se han practicado una o más incisiones de histerotomía (19).

La operación cesárea corresponde a la extracción del feto, placenta y membranas a través de una incisión en la pared abdominal (laparotomía) y uterina (histerotomía) (20).

Más de 85% de los procedimientos quirúrgicos se realiza por cuatro causas: cesáreas previas, distocias, peligro para el producto o presentación fetal anormal (19).

La cesárea se emplea en casos en los que el parto vaginal no es factible o impondría riesgos innecesarios para la madre o el bebé; algunas indicaciones para este procedimiento quirúrgico son claras y directas, en tanto que otras son relativas; en algunos casos, se requiere ejercer un juicio cuidadoso para determinar si sería mejor una cesárea o un parto vaginal; no resulta práctico listar todas las posibles indicaciones; sin embargo, difícilmente existe cualquier complicación obstétrica que no se haya resuelto con un parto por cesárea (21).

Es esencial que la madre conozca con detalle los riesgos y los beneficios de la cirugía o cesárea, tanto para ella como para el recién nacido; de manera general, se sabe que el parto por cesárea representa mayores riesgos maternos para el embarazo presente y para gestaciones posteriores; tal situación se compara con índices menores de lesión perineal y de trastornos del suelo pélvico a corto plazo; con respecto al recién nacido, la operación cesárea disminuye la incidencia de traumatismo perinatal y muerte fetal, mientras que

aumenta la ocurrencia de problemas iniciales de tipo respiratorio (19).

2.2.3.1. Indicaciones de cesárea

La operación cesárea está indicada en aquellas ocasiones en que el parto vaginal no es posible, o de ser posible significa mayor riesgo para el feto o la madre (22).

Las dos causas más frecuentes de operación cesárea son desproporción céfalo/pélvica (prueba de trabajo de parto fracasada) y Estado fetal no tranquilizador (22).

Indicaciones frecuentes de operación cesárea:

- Desproporción céfalo/pélvica (prueba de trabajo de parto fracasada)
- Estado fetal no tranquilizador
- Distocia de presentación: podálica o transversa
- Peso fetal mayor a 4500 g o mayor a 4000 g si la mujer es diabética.
- Antecedente de cesárea previa: en mujeres con una cesárea previa
- Alto riesgo de rotura uterina durante el trabajo de parto:
  considerar las siguientes
  - Antecedente de dos o más cesáreas.
  - Antecedente de cesárea corporal: la histerotomía en la cesárea se hace en el segmento inferior (istmo uterino distendido en el embarazo), el cual se forma después de las 32 semanas; si la cesárea se efectúa en un sitio diferente al segmento inferior, se llama cesárea corporal; también se considerará cesárea

corporal aquella que se efectúa antes de las 32 semanas (22).

- Antecedente de miomectomía (extracción de un mioma) en que la incisión efectuada en el útero se extiende hasta la cavidad endometrial, lo que ocurre en caso de miomas intramurales grandes; por el contrario, la miomectomía de un mioma subseroso o de uno submucoso (por vía endoscópica) no se asocia a mayor riesgo de rotura uterina (22).
- Antecedente de endometritis puerperal con compromiso miometrial (endomiometritis) en el puerperio de su cesárea previa (22).

- Otras condiciones maternas fetales u ovulares que hacen imposible o riesgoso el parto vaginal, ejemplo
  - Maternas: preeclampsia severa y baja expectativa de parto vaginal pronto
  - Fetales: malformaciones como hidrocefalia con macrocefalia

Ovulares: placenta previa.

Las indicaciones para una operación cesárea pueden ser absolutas o relativas; indicaciones absolutas son aquellas situaciones clínicas que SIEMPRE deben ser resueltas por cesárea. Entre las indicaciones absolutas es posible mencionar (22):

- Placenta previa oclusiva total

- Presentación transversa en el trabajo de parto
- Siameses
- Triple cicatriz cesárea
- Cesárea corporal previa

Indicaciones relativas son aquellas situaciones clínicas en las que bajo algunas circunstancias el parto será resuelto por cesárea; aquí el juicio clínico es la condición determinante (22).

Las indicaciones relativas se originan en situaciones maternas (ej. Crisis hipertensiva refractaria a tratamiento), fetales (ej. estado fetal no tranquilizador) u ovulares (oligohidramnios).

Algunas indicaciones para practicar una cesárea (21)

Materna:

Cesárea anterior

Placentación anormal

Solicitud de la gestante

Histerectomía clásica previa

Cicatriz uterina de tipo desconocido

Dehiscencia de la incisión uterina

Miomectomía previa de espesor total

Masa que obstruye el tracto genital

Cáncer cervicouterino invasor

Traquelectomía previa

Cerclaje permanente

Cirugía reconstructiva pélvica previa

Deformidad pélvica

Infección por HSV o VIH

Cardiopatía o neumopatía

Aneurismas o malformaciones arteriovenosas cerebrales

Cuadros patológicos que requieran cirugía intraabdominal simultánea

Cesárea perimórtem

Materno fetales

Desproporción cefalopélvica

Fracaso del parto vaginal quirúrgico

Placenta previa o desprendimiento prematuro de placenta

Fetales

Estado fetal muy preocupante

Presentación anormal

Macrosomía

Anomalías congénitas

Anormalidades del estudio Doppler del cordón umbilical

Trombocitopenia

En un parto anterior, traumatismo del recién nacido durante el parto

VIH = virus de inmunodeficiencia humana; HSV = virus del herpes simple

2.2.4. Complicaciones de la cesárea

Las principales complicaciones relacionadas con la cesárea son infección, hemorragia, lesión a los órganos pélvicos y desórdenes tromboembólicos (23).

2.2.4.1. Infección

El riesgo de endometritis postoperatoria después de una cesárea es 35 a 40% en ausencia de antibióticos profilácticos. Esta tasa es tan baja como 4 a 5% en cesárea electiva y con membranas intactas y se incrementa a 85% en pacientes con membranas rotas y que estuvieron en un trabajo de parto prolongado (8). La administración de antibióticos profilácticos reduce en 60% la tasa general de

infección. Las pacientes que desarrollan corioamnionitis antes de la cesárea deben recibir antibióticos hasta que estén afebriles por 24 a 48 horas (23).

Los antibióticos típicamente usados son gentamicina y clindamicina, aunque hay otros esquemas que pueden ser útiles:

- Ampicilina-sulbactam 3 g IV cada 6 horas.
- Ticarcillin-clavulanato 3.1 g IV cada 4 horas.
- Cefoxitin 2 g IV cada 4 horas.
- Ceftriaxona 2 g IV cada 24 horas más metronidazol 500 mg VO o IV cada 8 horas (no usar si se está lactando).
- Levofloxacina 500 mg IV cada 24 horas más metronidazol 500 mg VO o IV cada 8 horas (no usar si se está lactando).

Si una infección por clamidia es sospechada, se debe agregar azitromicina 1 g VO en una sola dosis (23).

La infección de la herida ocurre en 2,5% a 16% de las cesáreas, generalmente se manifiesta cuatro a siete días postoperatorio (23).

Las infecciones tempranas de la herida (en las primeras 24 a 48 horas) son generalmente debido al estreptococo betahemolítico del grupo A o del B y son caracterizadas por fiebre alta y celulitis (23).

El tratamiento inicial consiste en abrir la herida para permitir el drenaje, limpiarla con irrigación, desbridar la herida, y cierre diferido si es necesario, puede iniciarse antibiótico de amplio espectro tipo cefalosporina. En las infecciones más severas y profundas el manejo debe ser más agresivo y con antibióticos dirigidos a la flora de su hospital inicialmente y después según reporte cultivo, la fascitis necrotizante es rara, 0,18% de las cesáreas (23).

2.2.4.2. Hemorragia

La hemorragia puede ser debida a la atonía uterina, placenta acreta, o a laceración de los vasos uterinos, las laceraciones que extienden en la vagina y el ligamento ancho, se deben evaluar cuidadosamente y reparar prestando meticulosa atención a la posición del uréter (23).

Solamente 1 a 2 % de todas las pacientes que tienen una cesárea requieren transfusión de sangre; pero este riesgo disminuye a 0,8% cuando la paciente no tiene condiciones médicas que incrementen el riesgo de sangrado durante la cirugía (placenta previa, acreta o abruptio, presencia de síndrome HELLP o anemia preoperatoria) (23).

2.2.4.3. Lesiones del tracto urinario y del intestino

Son infrecuentes, ocurriendo en menos de 1% de las cirugías, la incidencia de lesión de la vejiga en una serie de casi 15000 cesáreas fue de 0,28% (incidencia en cesárea primaria 0,14% y en cesárea repetida 0,56%) (23).

La lesión del uréter es rara, menos de 0,1%, los factores de riesgo incluyen cicatriz de cirugía pélvica anterior, cesárea de emergencia, y cesárea histerectomía; la ocurrencia de lesiones de la vejiga se puede reducir al mínimo por drenaje continuo de la vejiga durante la cirugía, palpación cuidadosa de la vejiga, asegurando la transparencia del peritoneo parietal antes de cortar (23).

El diagnóstico temprano y la reparación inmediata de lesiones urinarias y del intestino son importantes para prevenir secuelas serias, tales como sepsis, daño renal y

fístulas; las lesiones pequeñas de la vejiga son fácilmente reparadas usando cierre en dos capas con una sutura absorbible y dejando una sonda vesical; sin embargo, cuando la lesión es muy grande y se ubica en la pared posterior o en el trígono vesical, pueden involucrar el uréter; en estos casos, la colocación de catéteres uretrales puede ayudar a la reparación (23).

2.2.4.4. Enfermedad tromboembólica

La principal causa de la mortalidad materna asociada a la cesárea es la trombosis venosa profunda (TVP) que conduce al embolismo pulmonar; en un estudio que incluyó a 395335 mujeres con recién nacidos vivos, la incidencia de TVP (178 por 100000 nacimientos) era aproximadamente cuatro veces mayor después de una cesárea (25).

Las medidas preventivas incluyen el uso de la compresión intermitente de las piernas, deambulación temprana, y anticoagulación en mujeres de riesgo elevado; esta se hace con heparina subcutánea de bajo peso molecular y se continúa con warfarina por 4 a 6 semanas posparto (23).

2.2.4.5. Mortalidad materna

En un estudio de los Países Bajos entre 1983 a 1992, el riesgo de morir después de un parto vaginal fue de 0,04 por 1000 nacimientos vaginales comparados con 0,53 por 1000 nacimientos por cesárea; sin embargo, el riesgo de morir directamente atribuible a la cesárea era mucho más bajo, 0,13 por 1000 operaciones (23).

En primer lugar, la morbilidad y la mortalidad quirúrgicas se relacionan a menudo con los factores subyacentes que hicieron necesario la cesárea; el riesgo relativo de muerte materna con la cesárea electiva es similar y puede ser menor que el riego asociado con el parto vaginal; el riesgo de muerte materna en una cesárea no electiva es más alto y relacionado, en parte, a la condición prequirúrgica médica y obstétrica de la paciente (23).

2.2.4.6. Riesgos fetales y neonatales

Aunque este es un procedimiento que se realiza generalmente para beneficio del feto, este está sujeto a riesgos; estos riesgos incluyen prematurez iatrogénica y trauma; este último ocurre en 0,4 a 3% de las cesáreas, y consiste sobre todo en laceraciones leves relacionadas con cesárea de emergencia (23).

La taquipnea transitoria del recién nacido (TTN) es tres veces más frecuente después del nacimiento por cesárea electivo que después de parto vaginal (3,1% contra 1,1%), aunque generalmente no reviste mayor gravedad y no tiene secuelas a largo plazo (23).

2.2.4.7. Placentación anormal

Un meta análisis (3,7 millones de pacientes) mostró que la frecuencia de fondo para placenta previa era de 1 en 200 partos, sin embargo, en mujeres con por lo menos una cesárea anterior, el riesgo de desarrollar placenta previa en un embarazo subsiguiente era dos a tres veces más alto, y el riesgo aumentaba de acuerdo al número de cesáreas anteriores, con un OR 4,5 (IC95% 3,6-5,5), dos OR 7,4

(IC95% 7,1-7,7), tres OR 6,5 (IC95% 3,6-11,6), cuatro OR 44,9 (IC95% 13,5-149,5) (23).

Asimismo, en estas pacientes se encontró un mayor riesgo de acretismo placentario (24% versus 5% en pacientes sin cicatriz uterina previa); el riesgo de abruptio de la placenta también se incrementa en pacientes con cesárea previa comparadas con parto vaginal previo (OR 1,3, IC95% 1,1-1,5) (23).

2.2.4.8. Complicaciones en la cicatriz de histerotomía

Embarazo en la cicatriz de histerotomía: embarazo ectópico en una cicatriz de histerotomía (cesárea anterior) ocurre en aproximadamente 1 de cada 2000 embarazos y corresponde al 6% de los embarazos ectópicos (23).
El riesgo no parece estar relacionado con el número de partos por cesárea; la implantación en esta ubicación se cree que ocurre porque el embrión migra a través de un defecto dentro de la cicatriz; los síntomas y el diagnóstico son similares a los del embarazo ectópico tubárico; no existen datos sobre la función del intervalo entre el parto por cesárea anterior y la aparición embarazo cicatriz histerotomía o el efecto de la técnica de cierre de la herida en su ocurrencia (23).

Endometriosis incisional: la endometriosis incisional es otra complicación muy rara del parto por cesárea, se presenta como una masa palpable en la incisión; la masa aumenta durante la menstruación y se asocia con dolor cíclico o continuo, el diagnóstico diferencial incluye hernia incisional (23).

2.2.4.9. Ruptura uterina en los siguientes embarazos

El riesgo de ruptura uterina en diversos ámbitos es el más calculado a partir de los datos obtenidos prospectivamente a partir de más de 39000 mujeres con embarazos con feto único a término y un parto por cesárea anterior (23):

- El riesgo global de ruptura uterina: 0,32 por ciento, riesgo general de complicaciones neonatales graves (muerte, lesiones cerebrales): 0,27 por ciento, ruptura uterina con la prueba de parto: 0,74 por ciento, ruptura uterina con cesárea (en trabajo de parto): 0,18 por ciento y sin trabajo de parto: 0,02 por ciento (23).
- Un intervalo inter parto de ≤ 18 meses y el cierre de una sola capa se han asociado con un mayor riesgo de rotura uterina (23).

2.2.5. Complicaciones obstétricas

2.2.5.1. Trastornos hipertensivos en el embarazo

Los trastornos hipertensivos complican 5 a 10% de todos los embarazos y constituyen uno de los miembros de la tríada letal, junto con la hemorragia y la infección, que contribuye en buena medida a las tasas de morbilidad y mortalidad maternas, en esos trastornos, el síndrome de preeclampsia, ya sea solo o agregado a la hipertensión crónica, es el más peligroso, la hipertensión nueva sin proteinuria en el embarazo, la denominada hipertensión gestacional, va seguida de signos y síntomas de preeclampsia casi en 50% de los casos y la preeclampsia se identifica en 3.9% de todos los embarazos (19).

Diagnóstico de los trastornos hipertensivos

La hipertensión se diagnostica de forma empírica cuando la medición correcta de la presión arterial sistólica es

>140 mmHg o la diastólica es >90 mmHg; La fase V de Korotkoff se usa para definir la presión diastólica; en el pasado, se usaban incrementos de 30 mmHg de la sistólica o de 15 mmHg en la diastólica en los valores de la presión arterial en la parte intermedia del embarazo como criterios diagnósticos, incluso cuando los valores absolutos fueran <140/90 mmHg; Estos cambios ascendentes ya no son los criterios recomendados porque la evidencia muestra que no es probable que estas mujeres tengan un aumento en los resultados adversos del embarazo (19).

Las pacientes con incremento de 30 mmHg de la presión sistólica o 15 mmHg de la diastólica deben vigilarse más de cerca, porque algunas de estas mujeres cuya presión se mantiene <140/90 mmHg han tenido convulsiones eclámpticas (19).

Hipertensión gestacional

El diagnóstico de hipertensión gestacional se establece en mujeres cuya presión arterial alcanza 140/90 mmHg o más por vez primera después de la mitad del embarazo, pero en quienes no se identifica proteinuria; casi 50% de estas pacientes presenta después preeclampsia, que incluye signos como cefalea o dolor epigástrico, proteinuria y trombocitopenia; aun así, cuando la presión arterial aumenta de manera apreciable, es peligroso para la madre y el feto ignorar este dato sólo porque la proteinuria aún no aparece (19).

Preeclampsia

Es la presencia de tensión arterial diastólica mayor o igual de 90 mmHg o tensión sistólica mayor o igual a

140 en 2 tomas y la presencia de proteinuria, definida como la evidencia de proteínas en orina mayor a 300 mg en 24 horas (24).

La preeclampsia se describe mejor como un síndrome específico del embarazo que puede afectar a todos los sistemas orgánicos (19).

Eclampsia

Crisis de convulsiones generalizadas, que pueden sobrevenir bruscamente en una preeclampsia. Estas convulsiones aparecen en el curso de la gestación (50%), durante el parto (20%) o después de éste (30%); no se correlacionan bien con el grado o la gravedad de la hipertensión. Debe efectuarse el diagnóstico diferencial con otros cuadros convulsivos: accidentes cerebrovasculares, lesiones del SNC ocupantes de espacio, enfermedades infecciosas, enfermedades metabólicas y epilepsia (25).

La proporción que no genera convulsiones hasta 48 h después del parto se aproxima al 10% (Sibai, 2005); en algunos informes, se refiere que hasta 25% de las crisis convulsivas de origen eclámptico aparece más allá de las 48 h del puerperio; la experiencia de los autores en el Parkland Hospital señala que la eclampsia tardía puerperal todavía ocurre en menos de 10% de los casos, similar a lo publicado por primera vez hace más de 20 años (19).

2.2.5.2. Rotura prematura de membranas.

La rotura prematura de membranas (RPM) o rotura prematura ovular, se define como la rotura espontánea

de membranas amnióticas (amnios y corion) antes de que comience el trabajo de parto, independiente de la edad gestacional; la RPM que ocurre antes de las 37 semanas, se denomina Rotura Prematura de Membranas Pretérmino (RPMP). El período de latencia (lapso entre la rotura de membranas y el inicio del trabajo de parto) se relaciona con la edad gestacional, siendo mayor en los embarazos de pretérmino (más de 48 h en el 50% de los casos) que en los embarazos de término (menos de 24 h en el 90% de los casos) (19, 20).

La RPM ocurre en el 3% de todos los embarazos; su incidencia es mayor en los embarazos de término (≥37 semanas), llegando a ser hasta del 10%, mientras que en los embarazos de menos de 37 semanas la incidencia sólo alcanza un 2-3,5%. La RPMP es la causa de 1/3 de los partos prematuros (19, 20).

La rotura tiene quizá varias causas, pero muchos autores piensan que la infección intrauterina constituye un factor predisponente de importancia (Gómez, 1997; Mercer, 2003) (19).

También hay otros factores de riesgo relacionados que incluyen estado socioeconómico bajo, índice de masa corporal ≤19,8, deficiencias nutricionales y tabaquismo; las mujeres que en fecha anterior han sufrido una rotura prematura de membranas están expuestas a un mayor riesgo de repetirla en un nuevo embarazo (Bloom, 2001) (19).

2.2.5.3. Desproporción feto pélvica

Capacidad pélvica

La desproporción feto pélvica surge de la capacidad pélvica disminuida, del tamaño o presentación fetal anómala, o más generalmente de ambos, la entrada pélvica, la pélvica media o la salida pélvica se pueden contraer únicamente o en combinación, cualquier contracción de los diámetros pélvicos que disminuya la capacidad pélvica puede crear distocia durante el parto (19).

Tamaño de la cabeza y del cuerpo fetal

El tamaño fetal sólo rara vez es una explicación adecuada para el parto fallido, incluso con la tecnología actual, un umbral de tamaño fetal para predecir la desproporción feto pélvica sigue siendo difícil de alcanzar (19). La mayoría de los casos de desproporción surge en fetos cuyo peso está dentro del rango de la población obstétrica general; dos tercios de los neonatos que requirieron cesárea después del parto con fórceps fallidos pesaron < 3700 gramos; por tanto, otros factores, por ejemplo, la mala posición de la cabeza, obstruyen el paso fetal a través del canal del parto; estos incluyen asinclitismo, posición posterior del occipucio y presentación de cara o frente (19).

Presentación de cara

Con esta presentación, el cuello se hiperextiende de manera que el occipital está en contacto con la espalda del feto y se presenta la barbilla (mentón). La cara fetal puede presentarse con el mentón anterior o posterior, en relación con la sínfisis del pubis materna; esta posición

impide la flexión de la cabeza fetal necesaria para negociar el canal del parto. Por tanto, una presentación posterior no se puede entregar, excepto en el caso de un feto muy prematuro (19).

Presentación de frente

Esta presentación rara se diagnostica cuando la porción de la cabeza fetal entre la cresta orbital y la fontanela anterior se presenta en la entrada pélvica, la cabeza fetal ocupa una posición a medio camino entre la flexión completa (occipucio) y la extensión (cara) (19).

Posición transversa

En esta posición, el eje largo del feto es aproximadamente perpendicular al de la madre; cuando el eje largo forma un ángulo agudo, resulta una posición oblicua (19). El último suele ser sólo transitorio, ya que una posición longitudinal o transversal generalmente resulta cuando el trabajo de parto se supervisa; en una posición transversal, el hombro generalmente se coloca sobre la entrada de la pelvis. La cabeza ocupa una fosa iliaca y la nalga la otra. Esto crea una presentación de hombro en la que el lado de la madre en el que descansa el acromion determina la designación de la posición como acromial derecha o izquierda, y debido a que en cualquier posición la espalda puede dirigirse hacia delante o hacia atrás, hacia arriba o hacia abajo, es habitual distinguir variedades como dorso anterior y dorso posterior (19).

Presentación compuesta

Con esto, una extremidad prolapsa a lo largo de la parte de presentación, y ambas se presentan simultáneamente

en la pelvis; las presentaciones compuestas se identificaron en sólo 68 de más de 70000 fetos únicos, una incidencia de aproximadamente 1 en 1000. Las causas de las presentaciones compuestas son afecciones que impiden la oclusión completa de la entrada pélvica por parte de la cabeza del feto, incluido el parto prematuro (19).

Posición occipital posterior persistente

Aproximadamente del 2 al 10% de los fetos únicos cefálicos a término nacen en posición occipital posterior (OP) (Cheng, 2010). Por lo general, la cabeza rota de OT a OA durante el descenso por la pelvis materna; incluso si al principio la cabeza rota a una posición occipito posterior, la mayoría de los fetos al final rota de manera espontánea durante el trabajo de parto a la posición OA, lo que sólo deja un pequeño porcentaje (5 a 15%) de fetos en posición OP persistente; la evolución del trabajo de parto en presencia de posición OP persistente casi siempre es normal, excepto por una tendencia a la prolongación de la segunda etapa del trabajo de parto (>2 horas); también se relaciona con una incomodidad mucho mayor; como ocurre con la posición OT persistente, la cabeza fetal puede experimentar moldeamiento intenso con formación de un caput voluminoso, lo cual dificulta el diagnóstico correcto de la estación y posición; es apropiado mantener la segunda etapa del trabajo de parto prolongada en observación, siempre que el trabajo de parto progrese y la frecuencia cardiaca sea normal (26).

2.2.5.4. Riesgo de rotura uterina

La rotura uterina es otro riesgo. El adelgazamiento anormal del segmento uterino inferior crea un grave peligro durante el trabajo de parto prolongado, particularmente en mujeres de alta paridad y en aquellas con un parto por cesárea anterior (19). Cuando la desproporción es tan pronunciada que no hay compromiso o descenso, el segmento uterino inferior se estira cada vez más y puede producirse una rotura. En tales casos, el anillo de contracción normal suele ser exagerado, tales anillos de retracción patológica son constricciones localizadas del útero que se desarrollan en asociación con trabajo de parto obstruido prolongado; el anillo de retracción patológica de Bandl se asocia con un estiramiento y adelgazamiento marcados del segmento uterino inferior (19).

2.2.5.5. Oligohidramnios y polihidramnios.

Se denomina oligohidramnios a la reducción y polihidramnios al aumento en la cantidad de líquido amniótico.

El oligohidramnios. Corresponde a una reducción en la cantidad de líquido amniótico. Su incidencia en embarazos de término es de 1-6%. El diagnóstico se basa principalmente en la sospecha clínica (altura uterina menor a lo esperado o palpación fácil de las partes fetales), y en la ecografía con ILA <8 cm o en ausencia de un bolsillo >2 cm (este criterio es el más utilizado, también se llama OHA absoluto) (20).

Polihidramnios. Corresponde al aumento del líquido amniótico, definido como un volumen de líquido amniótico mayor a 2000 ml de líquido amniótico; su

frecuencia en el embarazo de término es de 0,3-0,7%; es imposible medir el líquido amniótico con precisión absoluta, de modo que el diagnóstico se realiza principalmente por sospecha clínica (altura uterina más grande de lo esperado y "peloteo fetal" en las maniobras de Leopold) y por evaluación ecográfica subjetiva (el ecografista encuentra mucho líquido en un barrido general) u objetiva (medición de bolsillos de líquido amniótico) (20). El Polihidramnios se asocia a mayor riesgo de parto prematuro, por sobre distensión uterina; el riesgo de malformaciones fetales asociadas es cercano al 15% (20).

2.2.5.6. Placenta previa (PP)

Corresponde a la placenta que se inserta en el segmento inferior del útero, de modo que ésta tiene una posición caudal con respecto a la presentación fetal al momento del parto, es decir, la placenta está más cerca del orificio cervical interno que el feto; de acuerdo a su inserción precisa, la PP se clasifica en tres variedades: PP Oclusiva: cubre el orificio cervical interno (OCI), PP Marginal: el borde placentario llega hasta el margen del OCI, sin cubrirlo; se define ecográficamente cuando el borde placentario está a menos de 2 cm del OCI, evaluado por ecografía vaginal. PP de Implantación Baja: se implanta en el segmento inferior, pero sin alcanzar el OCI; se define ecográficamente cuando el borde placentario está entre 2 y 3,5 cm del OCI, evaluado por ecografía vaginal (20).

2.2.5.7. Infección corioamniótica

Se define como una infección de la cavidad amniótica, que puede limitarse a las membranas ovulares y al líquido amniótico, y/o extenderse tanto a la madre como al feto (25).

Debe establecerse el diagnóstico diferencial entre:

Infección intraamniótica: presencia de microorganismos en el líquido amniótico, independientemente de la existencia o no de signos clínicos (25).

Corioamnionitis: síndrome clínico que acompaña a la invasión microbiana de la cavidad amniótica; en general, se caracteriza por fiebre y taquicardia maternas, taquicardia fetal, sensibilidad uterina y leucorrea (25).

Corioamnionitis histológica: infiltración de la placenta y sus membranas por leucocitos polimorfonucleares 20% de los embarazos; suele tener una escasa repercusión materna y fetal (25).

Incidencia: 0,5-2% de los partos. En partos prematuros aumenta al 30%; asimismo, puede asociarse al 30-40% de las roturas prematuras de membranas (25).

2.2.6. Índice de Masa Corporal (IMC)

La Organización Mundial de la Salud ha propuesto el índice de masa corporal (IMC) de Quetelet como el parámetro para el diagnóstico de un peso adecuado o inadecuado (bajo peso, sobrepeso y obesidad) (27). Este índice, se basa en que una vez que el crecimiento ha terminado, el peso corporal, de individuos de ambos sexos, es proporcional al valor de la talla elevada al cuadrado (peso en Kg entre la talla en metros al cuadrado); Una de las ventajas es que no se requiere de tablas de referencia (28).

Masa corporal. Esta no permite por sí misma la evaluación del estado de nutrición, por lo que es necesario utilizar el peso como un índice peso / talla (peso para la talla) y comparar en las tablas de referencia para adultos (28).

El peso y la talla son medidas muy útiles y fáciles de obtener, sin embargo, en muchas ocasiones no se realizan con la precisión y exactitud que ameritan; siempre que se utilice el peso esperado para la talla como indicador, los diagnósticos finales serán bajo peso, peso normal o sobre peso (27).

2.2.7. Anemia

La anemia es un síndrome agudo o crónico caracterizado por una disminución en la capacidad de transporte de oxígeno por la sangre, se asocia a una reducción en el recuento eritrocitario total y/o disminución en la concentración de hemoglobina(Hb) circulante en relación con valores límites definidos como normales para la edad, raza, género, cambios fisiológicos (gestación, tabaquismo) y condiciones medio-ambientales (altitud); en relación con la repercusión hemodinámica y el impacto perinatal según las normas técnicas peruanas se clasifica la anemia durante la gestación con los respectivos valores de hemoglobina y hematocrito (29):

Anemia Severa (Menor de 7,0 g/dL).

Anemia Moderada (7,0 – 9,9 g/dL).

Anemia Leve (10,0 – 10,9 g/dL).

Sin Anemia (≥ 11,0 g/dL).

2.2.8. Características sociales

2.2.8.1. Edad materna

Tiempo de vida de una persona a partir de su nacimiento; La edad también representa cada una de las etapas del desarrolló físico y los periodos en que se divide la vida

humana, como la infancia, adolescencia, juventud, madurez y vejez (30).

El embarazo, si bien es una situación fisiológica, expone a la mujer, al feto y recién nacido, a la probabilidad de enfermar o morir (30).

Edad por curso de vida:

- Periodo prenatal.
- Niña, niño (0 a 11 años).
- Adolescente (12 a 17 años).
- Adulto Joven (18 a 29 años).
- Adulto (30 a 59 años).
- Adulto mayor (60 años a más).

2.2.8.2. Educación materna

La educación materna ha mostrado una relación inversamente proporcional con la morbimortalidad materna perinatal; Según algunos investigadores esto se explicaría porque las madres de un mejor nivel educacional posponen la maternidad o la edad de matrimonio y además optan por cuidados médicos para el control del embarazo y parto, por lo cual esta variable está íntimamente relacionada con actitudes y prácticas de las madres; Mosley menciona que en países subdesarrollados la educación paterna puede ser tan importante como la materna, ya que un padre mejor educado es quien decide en última instancia por una adecuada atención médica o cuidados de sus hijos (31).

2.2.8.3. Estado civil

Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal

respecto a esto; Conjunto de las circunstancias personales que determinan los derechos y obligaciones de las personas (32).

Estado civil es esencialmente un atributo de la persona, una cualidad que lleva consigo que le permite diferenciarse y distinguirse legalmente de los demás; Se distinguen 06 tipos (soltero, casado, viudo, divorciado, conviviente) (33).

2.3. Definición de términos

Características. Cualidad o circunstancia que es propia o particular de una persona o grupo de personas (34).

Características epidemiológicas. Son elementos, aspectos o patrones que identifican o describen a los pacientes que presentan un determinado problema de salud; y que se repiten con frecuencia para cada una de ellos; pudiendo decirse que enfermedades presentan mayor selectividad o afinidad para ciertos grupos de población (34).

Paciente. Persona enferma que es atendida por un profesional de la salud.

Morbilidad. Es cualquier enfermedad física o mental, discapacidades o mala salud debido a cualquier causa (15).

Embarazo. El embarazo (gestación) es el proceso fisiológico en el que un feto se desarrolla dentro del cuerpo de la madre.

Parto. El parto es la expulsión de uno o más fetos maduros y la placenta desde el interior de la cavidad uterina al exterior.

Parto a término. Se considera un parto a término, al que ocurre entre las 37 y 42 semanas desde la fecha de última regla.

Amenaza de parto pretérmino. La amenaza de parto pretérmino ocurre después de las 20 y antes de las 37 semanas de gestación, es un proceso clínico sintomático que consiste en la presencia de contracciones uterinas regulares.

Complicación médica. Es un problema médico que se presenta durante el curso de una enfermedad o después de un procedimiento o tratamiento.

2.4. Identificación de variables

Variable:

Características epidemiológicas de las gestantes cesareadas.

Dimensión: Características personales.

Grupo de edad de la madre.

Lugar de procedencia

Nivel educativo de la madre.

Estado civil de la madre.

Índice de masa corporal pregestacional.

Dimensión: Características obstétricas.

Paridad de la gestante.

Atenciones prenatales.

Edad gestacional en el parto.

Tipo de embarazo.

Situación y presentación fetal.

Tipo de cesárea.

Dimensión: Morbilidades y complicaciones.

Morbilidad médica.

Antecedentes de cesárea.

Complicaciones obstétricas.

Complicaciones fetales

2.5. Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador (es)	Ítem	Valor
Características epidemiológicas de las gestantes cesareadas.	Son elementos, aspectos o patrones que identifican o describen a las gestantes cesareadas y que se repiten con frecuencia para cada una de ellas en su contexto socio cultural.	Análisis documental de las historias clínicas de las pacientes con amenaza de parto prematuro y registro en la ficha de recolección de datos.	Características personales.	Grupo de edad de la madre.	Edad de la gestante por curso de vida, registrada en la historia clínica y categorización por grupo de edad.	Adolescente (menor a 18 años) (1) Adulta Joven (18 a 29 años) (2) Adulta (30 a 43 años) (3)
				Lugar de procedencia de la madre.	Lugar de procedencia de la madre, registrada en la historia clínica.	Urbano (1) Rural (2)
				Nivel educativo de la madre.	Nivel educativo de la madre, registrada en la historia clínica.	Sin Instrucción (1). Inicial (2). Primaria (3). Secundaria (4). Superior (5).
				Estado civil de la madre.	Estado civil de la madre, registrada en la historia clínica.	Soltera (1). Conviviente (2). Casada (3). Viuda (4). Divorciada (5).
				Índice de masa corporal pregestacional.	Índice de masa corporal pregestacional. (peso/(talla*talla)). Peso y talla tomado de la historia clínica.	Bajo peso (< 18,5) (1). Peso normal (18,5 a 24,9) (2). Sobrepeso (25 a 29,9) (3). Obesidad (≥30) (4).
			Características obstétricas.	Paridad de la madre.	Número de partos de la paciente antes del embarazo actual, registrada en la historia clínica.	Nulípara (1) Primípara (2) Multípara (3) Gran multípara (4)
				Atenciones prenatales	Número de atenciones prenatales, registrada en la historia clínica; y clasificación.	De 01 a 05 atenciones prenatales (1) De 06 a mas atenciones prenatales (2)
				Edad gestacional en el parto	Edad gestacional en el parto, registrada en la historia clínica.	Parto pretérmino (< 37 semanas) (1) Parto a término (≥ 37 semanas) (2)
				Tipo de embarazo	Tipo de embarazo, registrada en la historia clínica.	Embarazo único (1) Embarazo múltiple (2)
				Situación y presentación fetal.	Situación y presentación fetal, registrada en la historia clínica.	Longitudinal-Cefálica (1) Longitudinal-Podálica (2) Oblicua (3) Transversa (4)
				Tipo de cesárea.	Tipo de cesárea, registrada en la historia clínica.	Cesárea de emergencia (1) Cesárea electiva (2)
			Morbilidades y complicaciones.	Diagnóstico de anemia en la madre.	Diagnóstico de anemia según el valor de hemoglobina registrada en la historia clínica.	Anemia (< 11 gr/dl) (1) Sin anemia (≥ 11 gr/dl) (2)
				Morbilidad médica que presento la madre.	Morbilidad médica que presento la madre, registrada en la historia clínica.	Nominal.
				Antecedente de cesárea en la madre.	Antecedente de cesárea en la madre, registrada en la historia clínica.	Una cesárea previa (1) Dos cesáreas previas (2) Tres a más cesáreas previas (3)
				Complicación obstétrica que presento la madre	Complicación obstétrica que presento la madre, registrada en la historia clínica.	Nominal.
				Complicación fetal que presento la madre	Complicación fetal que presento la madre, registrada en la historia clínica.	Nominal.

CAPÍTULO III
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Ámbito temporal y espacial

El estudio sobre las características epidemiológicas de las gestantes cesareadas se realizó en las pacientes atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica, el cual se encuentra en el distrito y provincia de Huancavelica de la región Huancavelica en el año 2021; el Hospital se encuentra ubicado en la Av. Andrés A. Cáceres s/n - Barrio Yananaco, distrito de Huancavelica.

El distrito de Huancavelica, es uno de los diecinueve distritos de la Provincia de Huancavelica, esta situada a una altitud de 3680 metros sobre el nivel del mar, tiene una superficie de 508 km².

La Provincia de Huancavelica está ubicada en la parte central de la Región Huancavelica, incrustada en la Sierra Central del País, al sur este de la Capital de la República; su territorio abarca desde los 2,700 m.s.n.m. hasta los 5500 m.s.n.m. y está comprendida en las coordenadas geográficas 12°22'05" hasta 13°11'25" de Latitud Sur y 74°40'18" hasta 75°34'38" de Longitud Oeste. La capital de la Provincia se halla a 3,650 m.s.n.m.

3.2. Tipo de investigación

La investigación fue transversal, descriptiva, retrospectiva (34-36). Transversal porque la medición o captura de los datos se realiza en un solo momento del tiempo; descriptiva por ser un estudio univariado, retrospectivo porque se recogió la información de hechos ya ocurridos registrados en la fuente secundaria; su propósito fue describir la variable y analizarla en un momento dado (34-36).

3.3. Nivel de investigación

El nivel de investigación fue descriptivo; su propósito fue describir (medir) el comportamiento de la variable y sub variables en forma independiente; es decir, busco caracterizar la variable (37, 38).

3.4. Métodos de investigación

3.4.1. Método general.

Se utilizo el método inductivo; este método permite plantear conclusiones generales a partir de aspectos o hechos particulares (39). El método inductivo sigue cuatro pasos esenciales: la observación de los hechos y su registro; la clasificación y el estudio de estos hechos; la derivación inductiva que parte de los hechos y permite llegar a una generalización; y la contrastación; esto permite elaborar conclusiones generales a partir de enunciados observacionales particulares (39).

3.4.2. Método Básico

Se utiliza el método descriptivo porque describe las características de la población de investigación en forma natural a partir de observaciones (39).

3.5. Diseño de investigación

El diseño de la investigación fue descriptivo simple; se trabajó sobre las características epidemiológicas de las gestantes cesareadas con la finalidad de tener una descripción completa y adecuada de su situación en su contexto (37, 38).

Donde:

M O

M: Pacientes cesareadas atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica 2021.

O: Características epidemiológicas de las gestantes cesareadas.

3.6. Población, muestra y muestreo

3.6.1. Población

Fueron todas las pacientes cesareadas atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica de enero a junio del 2021; que según registros estadísticos fueron un total de 154 pacientes cesareadas.

Una población es el conjunto total de elementos que comparten por lo menos una propiedad en común, circunscritos en un tiempo y espacio definidos (36, 40, 41).

3.6.2. Muestra

El estudio fue censal (36, 40, 41).

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

El estudio considero los aspectos éticos afín de no vulnerar los derechos fundamentales de toda persona. Toda la información recolectada de manera individual fue de absoluta reserva, no se vulnero los derechos humanos.

La técnica utilizada fue el análisis documental; la cual permitió la revisión documental de las Historias Clínicas y registros (34, 39, 42); de las pacientes cesareadas atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica. La información fue recolectada por los personas capacitadas y estandarizadas para tal fin.

Fuentes Secundarias:

- Historia Clínica, Libros de registros.

El instrumento fue la ficha de recolección de datos. Este instrumento permitió recolectar datos sobre la variable; la cual fue elaborada en base al propósito, objetivo, variables entre otros del estudio (34, 39, 42).

3.8. Técnicas y procesamiento de análisis de datos

Para el estudio de utilizaron técnicas mixtas (cuantitativas y cualitativas) (40, 41); los datos recolectados en el trabajo de campo fueron ordenados, codificados y clasificados. Se elaboro una base de datos en el software Microsoft Excel 2013; esto se hizo debido a la facilidad de uso y la familiaridad con las aplicaciones de Office.

Para realizar el análisis estadístico, se importó la base de datos de Excel al programa estadístico de Windows SPSS versión 18; a fin de realizar todo el proceso de análisis con estadística descriptiva como frecuencias absolutas y relativas.

CAPÍTULO IV

PRESENTACION DE RESULTADOS

4.1. Análisis de información

En el presente estudio, se investigó las características epidemiológicas de las gestantes cesareadas atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica, de enero a junio del 2021.

Tabla 1. Características personales de las gestantes cesareadas atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica de enero a junio del 2021.

Características personales	Frecuencia n=154	Porcentaje h%=100%	Porcentaje acumulado
Grupo de edad			
Adolescente (menor a 18 años)	8	5.2%	5.2%
Adulta Joven (18 a 29 años)	76	49.4%	54.5%
Adulta (30 a 43 años)	70	45.5%	100.0%
Lugar de procedencia			
Rural	80	51.9%	51.9%
Urbano	74	48.1%	100.0%
Nivel educativo			
Primaria	48	31.2%	31.2%
Secundaria	72	46.8%	77.9%
Superior	34	22.1%	100.0%
Estado civil			
Conviviente	81	52.6%	52.6%
Casada	41	26.6%	79.2%
Soltera	32	20.8%	100.0%
Índice de masa corporal pregestacional			
Peso normal (18,5 a 24,9)	99	64.3%	64.3%
Sobrepeso (25 a 29,9)	50	32.5%	96.8%
Obesidad (≥ 30)	5	3.2%	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre las características epidemiológicas de las gestantes cesareadas atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica 2021.

Tabla 1. Del total de gestantes cesareadas atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica de enero a junio del 2021.

El 5.2% (8) fueron adolescentes (< 18 años), el 49.4% (76) adultas jóvenes (18 a 29 años) y el 45.5% (70) adultas (30 a 43 años).

El 51.9% (80) procedían de zonas rurales y el 48.1% (74) de zonas urbanas.

El 31.2% (48) tuvieron educación primaria, el 46.8% (72) educación secundaria y el 22.1% (34) educación superior.

El 52.6% (81) fueron convivientes, el 26.6% (41) fueron casadas y el 20.8% (32) fueron solteras. El 73.4% fueron convivientes o solteras.

De acuerdo al índice de masa corporal pregestacional, el 64.3% (99) tuvieron un peso normal, el 32.5% (50) tuvieron sobrepeso y el 3.2% (5) restante presentaron obesidad. El 35.7% no tuvieron un peso adecuado.

Tabla 2. Características obstétricas de las gestantes cesareadas atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica de enero a junio del 2021.

Características obstétricas	Frecuencia n=154	Porcentaje h%=100%	Porcentaje acumulado
Paridad			
Nulípara	55	35.7%	35.7%
Primípara	41	26.6%	62.3%
Multípara	58	37.7%	100.0%
Atenciones prenatales			
De 01 a 05 atenciones prenatales	8	5.2%	5.2%
De 06 a más atenciones prenatales	146	94.8%	100.0%
Edad gestacional en el parto			
Parto pretérmino (< 37 semanas)	20	13.0%	13.0%
Parto a término (≥ 37 semanas)	134	87.0%	100.0%
Tipo de embarazo			
Embarazo único	151	98.1%	98.1%
Embarazo múltiple	3	1.9%	100.0%
Situación y presentación fetal			
Longitudinal-Cefálica	124	80.5%	80.5%
Longitudinal-Podálica	19	12.3%	92.9%
Oblicua	7	4.5%	97.4%
Transversa	4	2.6%	100.0%
Tipo de cesárea			
Cesárea de emergencia	89	57.8%	57.8%
Cesárea electiva	65	42.2%	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre las características epidemiológicas de las gestantes cesareadas atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica 2021.

Tabla 2. Del total de gestantes cesareadas atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica de enero a junio del 2021.

El 35.7% (55) fueron nulíparas, el 26.6% (41) fueron primíparas y el 37.7% (58) fueron multíparas. El 62.3% fueron nulíparas o primíparas.

El 5.2% (8) tuvieron de 01 a 05 atenciones prenatales y el 94.8% (146) tuvieron 06 a más atenciones prenatales.

El 13% (20) tuvieron parto pretérmino y el 87% (134) tuvieron parto a término.

El 98.1% (151) tuvieron embarazo único y el 1.9% (3) tuvieron embarazo múltiple.

En cuanto a la situación y presentación fetal. El 80.5% (124) fueron Longitudinal-Cefálica, el 12.3% (19) fueron Longitudinal-Podálica, el 4.5% (7) fueron oblicuas y el 2.6% (4) fueron Transversas.

El 57.8% (89) fueron cesáreas de emergencia y el 42.2% (65) fueron cesáreas electivas.

Tabla 3. Morbilidad y antecedentes de cesárea en las gestantes cesareadas atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica de enero a junio del 2021.

Morbilidad y antecedentes de cesárea	Frecuencia	Porcentaje
Morbilidad medica		
Anemia	10	6.5%
Infección de tracto urinario	9	5.8%
Condilomatosis vulvar	1	0.6%
Diabetes mellitus	1	0.6%
Antecedentes de cesárea		
Una cesárea previa	40	26.0%
Dos cesáreas previas	18	11.7%

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre las características epidemiológicas de las gestantes cesareadas atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica 2021.

Tabla 3. Del total de gestantes cesareadas atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica de enero a junio del 2021.

El 6.5% (10) tuvieron anemia, el 5.8% (9) tuvieron infección de tracto urinario, el 0.6% (1) tuvieron condilomatosis vulvar y el 0.6% (1) Diabetes mellitus.

El 26% (40) tuvieron antecedentes de una cesárea previa y el 11.7% (18) tuvieron antecedentes de dos cesáreas previas.

Tabla 4. Complicaciones obstétricas y fetales en las gestantes cesareadas atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica de enero a junio del 2021.

Complicaciones obstétricas y fetales	Frecuencia	Porcentaje
Complicación obstétrica		
Preeclampsia severa	38	24.7%
Desproporción céfalo pélvica	21	13.6%
Inminencia de rotura uterina	14	9.1%
Oligohidramnios	14	9.1%
Ruptura prematura de membranas	7	4.5%
Distocia de presentación	6	3.9%
Trabajo de parto prolongado	4	2.6%
Embarazo prolongado	2	1.3%
Irritabilidad uterina	2	1.3%
Placenta de inserción baja	2	1.3%
Síndrome Hellp	2	1.3%
Atrofia de cadera Izquierda	1	0.6%
Desprendimiento prematuro de placenta	1	0.6%
Placenta previa total	1	0.6%
Polihidramnios	1	0.6%
Shock hipovolémico	1	0.6%
Complicaciones fetales	Frecuencia	Porcentaje
Sufrimiento fetal agudo	11	7.1%
Macrosomía fetal	10	6.5%
Doble circular de cordón umbilical	5	3.2%
Óbito fetal	3	1.9%
Prolapso de cordón	2	1.3%
Restricción de crecimiento intrauterino	2	1.3%
Bradicardia fetal	1	0.6%

Fuente: Ficha de recolección de datos sobre las características epidemiológicas de las gestantes cesareadas atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica 2021.

Tabla 4. Del total de gestantes cesareadas atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica de enero a junio del 2021.

El 24.7% (38) presentaron preeclampsia severa, el 13.6% (21) presentaron desproporción céfalo pélvica, el 9.1% (14) presentaron inminencia de rotura uterina, el 9.1% (14) presentaron oligohidramnios, el 4.5% (7) presentaron ruptura prematura de membranas, el 3.9% (6) distocia de presentación, el 2.6% (4) trabajo de parto prolongado. También se encontró Embarazo prolongado, Irritabilidad uterina, Placenta de inserción baja y Síndrome Hellp en un 1.3% (2) cada uno respectivamente; y en mínima proporción se encontró Atrofia de cadera Izquierda, Desprendimiento prematuro de placenta, Placenta previa total, Polihidramnios y Shock hipovolémico en un 0.6% (1) cada uno respectivamente.

Las complicaciones fetales fueron el sufrimiento fetal agudo en un 7.1% (11), la Macrosomía fetal en un 6.5% (10), el doble circular de cordón umbilical en un 3.2% (5), el óbito fetal en un 1.9% (3); en mínimas proporciones Prolapso de cordón, Restricción de crecimiento intrauterino y Bradicardia fetal en un 1.3%, 1.3% y 0.6% respectivamente.

4.2. Discusión de resultados

Del total de gestantes cesareadas atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica de enero a junio del 2021.

El 5.2% (8) fueron adolescentes (< 18 años), el 49.4% (76) adultas jóvenes (18 a 29 años) y el 45.5% (70) adultas (30 a 43 años). El 51.9% (80) procedían de zonas rurales, el 46.8% (72) tuvieron educación secundaria, el 52.6% (81) fueron convivientes; de acuerdo al índice de masa corporal pregestacional, el 64.3% (99) tuvieron un peso normal, el 35.7% no tuvieron un peso adecuado; estos resultados fueron similares a lo hallado por Herrera (18), probablemente por la distribución del grupo etáreo de gestante y sus características socio demográficas similares al contexto de estudio. Es importante mencionar que las gestantes cesareadas comúnmente se caracterizan por ser mujeres adultas jóvenes, convivientes, de zonas rurales, con educación secundaria y de peso normal.

El que sean gestantes jóvenes con un nivel educativo secundario es una oportunidad para las intervenciones sanitarias por niveles de prevención, incluido la promoción de la salud a través del fomento de una adecuada nutrición, estilos de vida saludable y cuidados para la salud de la gestante con involucramiento familiar; por lo cual es importante que las redes integradas de servicios de salud conozcan esta información para la organización de sus intervenciones.

El 35.7% (55) fueron nulíparas, el 26.6% (41) fueron primíparas y el 37.7% (58) fueron multíparas. Los resultados fueron similares a lo hallado por Diaz (19), pero difiere de lo hallado por Herrera (18) quien encontró una mayor proporción de primíparas. Este resultado contrastado con otros autores indicaría que en las cesáreas la paridad es una característica variable.

El 5.2% (8) tuvieron de 01 a 05 atenciones prenatales y el 94.8% (146) tuvieron 06 a más atenciones prenatales. Los resultados fueron similares a lo hallado por Herrera (18), este resultado indica que las gestantes tuvieron una atención prenatal completa, lo cual permitiría disminuir los riesgos obstétricos; pero no

se tiene información que permita evaluar la oportunidad y calidad de las atenciones prenatales; por lo cual es pertinente que el sistema de salud fortalezca los servicios de salud materna perinatal, para una atención de calidad y oportuna; que involucre la preparación en psicoprofilaxis obstétrica.

El 87% (134) tuvieron parto a término, el 13% (20) parto pretérmino, el 98.1% (151) tuvieron embarazo único y el 1.9% (3) tuvieron embarazo múltiple. En cuanto a la situación y presentación fetal. El 80.5% (124) fueron Longitudinal-Cefálica, el 12.3% (19) fueron Longitudinal-Podálica, el 4.5% (7) fueron oblicuas y el 2.6% (4) fueron Transversas. El 57.8% (89) fueron cesáreas de emergencia y el 42.2% (65) fueron cesáreas electivas. Los resultados fueron similares a lo hallado por Herrera (18) y Diaz (19). Por lo cual podemos mencionar que las gestantes cesareadas se caracterizaron por tener partos a término, con feto único, de situación longitudinal y presentación cefálica; y por cesárea de emergencia. Esto indicaría que los embarazos se han desarrollado de manera normal y las complicaciones en su mayoría han sido en el trabajo de parto o por una complicación obstétrica severa. Por lo cual es muy importante que en los periodos finales del embarazo las gestantes tengan una adecuada evaluación clínica adecuada a fin de identificar algún factor de riesgo.

El 6.5% (10) tuvieron anemia, el 5.8% (9) tuvieron infección de tracto urinario, el 0.6% (1) tuvieron condilomatosis vulvar y el 0.6% (1) Diabetes mellitus. Las morbilidades medicas encontradas en su mayoría tienen tratamiento y pueden ser prevenibles o controladas. Por lo cual el sistema de salud debe ampliar la extensión de uso a todas las mujeres en edad fértil antes del embarazo; para que inicie una gestación sin problemas médicos, que pongan en riesgo la salud materna perinatal.

El 26% (40) tuvieron antecedentes de una cesárea previa y el 11.7% (18) tuvieron antecedentes de dos cesáreas previas. Los resultados fueron similares a lo hallado por Herrera (18) y Diaz (19). Las cesáreas previas en el contexto de estudio son características que presentan las gestantes cesareadas.

El 24.7% (38) presentaron preeclampsia severa, el 13.6% (21) presentaron desproporción céfalo pélvica, el 9.1% (14) presentaron inminencia de rotura uterina, el 9.1% (14) presentaron oligohidramnios, el 4.5% (7) presentaron ruptura prematura de membranas, el 3.9% (6) distocia de presentación, el 2.6% (4) trabajo de parto prolongado. También se encontró Embarazo prolongado, Irritabilidad uterina, Placenta de inserción baja y Síndrome Hellp en un 1.3% (2) cada uno respectivamente; y en mínima proporción se encontró Atrofia de cadera Izquierda, Desprendimiento prematuro de placenta, Placenta previa total, Polihidramnios y Shock hipovolémico en un 0.6% (1) cada uno respectivamente. Las complicaciones maternas que determinaron una cesárea fueron similares a lo hallado por Baque y Cobos (15), Ordoñez (16), Zúñiga (17), Herrera (18) y Diaz (19); pero en diferentes proporciones. De estos resultados podemos mencionar que las principales complicaciones que determinaron una cesárea fueron la preeclampsia severa, desproporción céfalo pélvica, inminencia de rotura uterina, oligohidramnios, ruptura prematura de membranas, distocias de presentación y trabajo de parto prolongado. Las diferentes proporciones de las complicaciones obstétricas maternas, probablemente se deban a los diferentes factores de riesgo que presentan las gestantes en su contexto de estudio.

Las complicaciones fetales fueron el sufrimiento fetal agudo en un 7.1% (11), la macrosomía fetal en un 6.5% (10), la doble circular de cordón umbilical en un 3.2% (5), el óbito fetal en un 1.9% (3); en mínimas proporciones prolapso de cordón, restricción de crecimiento intrauterino y bradicardia fetal en un 1.3%, 1.3% y 0.6% respectivamente. Las complicaciones fetales que determinaron una cesárea fueron similares a lo hallado por Ordoñez (16), pero en otras proporciones. De estos resultados podemos mencionar que las principales complicaciones fetales que determinaron una cesárea fueron el sufrimiento fetal agudo, la macrosomía fetal, la doble circular de cordón, el óbito fetal, el prolapso de cordón y la restricción de crecimiento intrauterino. Las diferentes proporciones se pueden deber a la variabilidad de factores de riesgo que se presentan en el contexto de estudio para estas patologías.

Las complicaciones obstétricas maternas y fetales en algunas ocasiones se pueden presentar de manera inesperada; por lo cual es pertinente que los profesionales de salud de otros niveles de atención, estén adecuadamente capacitados para la identificación y realizar el manejo inicial de las complicaciones obstétricas, que se presentan con mayor frecuencia, para una adecuada estabilización y referencia a un establecimiento de mayor capacidad resolutiva.

Conclusiones

1 Las gestantes cesareadas se caracterizaron por ser mujeres adultas jóvenes, convivientes, de zonas rurales, con educación secundaria y de peso normal.

2 Las gestantes cesareadas se caracterizaron por ser multíparas, con seis a más atenciones prenatales, con feto único, parto a término, en situación longitudinal y presentación cefálica, con cesárea previa, a las cuales se les realizo cesárea de emergencia.

3 Las morbilidades medicas encontradas fueron la anemia, la infección de tracto urinario, la condilomatosis vulvar y la diabetes mellitus; que en su mayoría tienen tratamiento y pueden ser prevenibles o controladas; antes del embarazo.

4 Las complicaciones maternas que determinaron la cesárea fueron la preeclampsia severa, la desproporción céfalo pélvica, la inminencia de rotura uterina, el oligohidramnios, la ruptura prematura de membranas, las distocias de presentación y el trabajo de parto prolongado.

5 Las complicaciones fetales que determinaron la cesárea fueron el sufrimiento fetal agudo, la macrosomía fetal, la doble circular de cordón, el óbito fetal, el prolapso de cordón y la restricción de crecimiento intrauterino.

Recomendaciones

Al sector salud

En el contexto de Huancavelica el tener gestantes jóvenes con un nivel educativo secundario es una oportunidad para las intervenciones sanitarias por niveles de prevención, incluido la promoción de la salud a través del fomento de una adecuada nutrición, estilos de vida saludable y cuidados para la salud de la gestante con involucramiento familiar; por lo cual es importante que las redes integradas de servicios de salud conozcan esta información para la organización de sus intervenciones.

Las atenciones prenatales no solamente deben ser adecuadas en cantidad; sino también debemos asegurar que estas sean oportunas y de calidad según la guía de atención prenatal reenfocada; para lo cual se debe asegurar los recursos necesarios para su aplicación, por ello es pertinente que el sistema de salud fortalezca los servicios materno perinatales, para una atención integral completa oportuna y de calidad; que involucre la preparación en psicoprofilaxis obstétrica.

Las complicaciones obstétricas maternas y fetales en algunas ocasiones se pueden presentar de manera inesperada; por lo cual es pertinente que los profesionales de salud de otros niveles de atención, estén adecuadamente capacitados para la identificación y realizar el manejo inicial de las complicaciones obstétricas, que se presentan con mayor frecuencia, para una adecuada estabilización y referencia a un establecimiento de mayor capacidad resolutiva.

El sistema de salud debe ampliar la extensión de uso a todas las mujeres en edad fértil antes del embarazo; para que inicie una gestación sin problemas médicos, que pongan en riesgo la salud materna perinatal.

Referencias bibliográficas

1. Betrán AP, Ye J, Moller A-B, Zhang J, Gülmezoglu AM, Torloni MR. The increasing trend in caesarean section rates: global, regional and national estimates: 1990-2014. PloS one. 2016;11(2):e0148343.
2. Betran AP, Torloni MR, Zhang J, Ye J, Mikolajczyk R, Deneux-Tharaux C, et al. What is the optimal rate of caesarean section at population level? A systematic review of ecologic studies. Reproductive health. 2015;12(1):57.
3. Molina G, Weiser TG, Lipsitz SR, Esquivel MM, Uribe-Leitz T, Azad T, et al. Relationship between cesarean delivery rate and maternal and neonatal mortality. Jama. 2015;314(21):2263-70.
4. van Dillen J, Zwart JJ, Schutte J, Bloemenkamp KW, van Roosmalen J. Severe acute maternal morbidity and mode of delivery in the Netherlands. Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica. 2010;89(11):1460-5.
5. Villar J, Carroli G, Zavaleta N, Donner A, Wojdyla D, Faundes A, et al. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. Bmj. 2007;335(7628):1025.
6. Boatin A, Cullinane F, Torloni M, Betran A. Audit and feedback using the Robson classification to reduce caesarean section rates: a systematic review. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 2018;125(1):36-42.
7. Mohammadi S, Källestål C, Essen B. Clinical Audits: A pratical strategy for reducing cesarean section rates in a general hospital in Tehran, Iran. Journal of reproductive medicine. 2012;57(1-2):43-8.
8. Villar J, Valladares E, Wojdyla D, Zavaleta N, Carroli G, Velazco A, et al. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. The Lancet. 2006;367(9525):1819-29.
9. Redondo A, Sáez M, Oliva P, Soler M, Arias A. Variabilidad en el porcentaje de cesáreas y en los motivos para realizarlas en los hospitales españoles. Gaceta Sanitaria. 2013;27(3):258-62.

10. Netto RORF, Netto JdARF, Caballero G, Escobar JMG, Flores BH, da Silva Botaro M, et al. Incidencia y características de los partos por cesárea en un hospital público de Paraguay. Revista Internacional de Salud Materno Fetal. 2020;5(2):4-9.
11. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Informe Perú: Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales, Primer Semestre 2019. Lima - Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática. Agosto; 2019.
12. Baque Valdiviezo SC, Cobos Vera MD. Factores de riesgo maternos y criterios que requieren cesárea de urgencia. [Tesis de titulación]. Guayaquil-Ecuador: Universidad de Guayaquil, Facultad de Ciencias Médicas; 2020.
13. Ordoñez Cabrera JJ. Incidencia y principales indicaciones de cesáreas realizadas en el Hospital Luis F. Martínez. Enero – Junio 2017. [Tesis de titulación]. Cuenca–Ecuador: Universidad Catolica de Cuenca, Facultad Medicina; 2017.
14. Zúniga-Briceño AI. Clasificación de cesáreas según el modelo de Robson, unidad obstétrica, Hospital General San Felipe, Honduras, abril-junio de 2017. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2019;70(1).
15. Herrera Bustamante JC. Factores asociados al incremento de las cesáreas en el servicio de maternidad del Hospital Regional del Cusco, 2019. [Tesis de titulación]. Cusco-Perú: Universidad Andina del Cusco, Facultad de Ciencias de La Salud; 2020.
16. Diaz Flores MG. Tasa de cesáreas por grupos de Robson en el Hospital III Yanahuara de la Ciudad de Arequipa en el periodo Enero–Diciembre del 2018. [Tesis de grado]. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, Facultad de Medicina; 2019.
17. Bernstein HB, VanBuren G. Embarazo normal y cuidados prenatales. In: DeCherney AH, Nathan L, Laufer N, Roman AS, editors. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos. 11 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores; 2014. p. 141-2.
18. González Merlo J, Laílla Vicens JM, Fabre González E, González Bosquet E. Obstetricia. 6 ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2013. 752 p.

19. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, et al. Williams Obstetricia. 24 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores, SA; 2015. 1356 p.
20. Carvajal Cabrera JA, Ralph Troncoso CA. Manual de Obstetricia y Ginecología. 8 ed. Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile, Facultad de Medicina; 2017. 624 p.
21. DeCherney AH, Nathan L, Laufer N, Roman AS. Diagnostico y tratamiento ginecoobstetricos. 11a ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A.; 2014.
22. Carvajal J, Ralph C. Obstetrica y Ginecologia. 6 ed. Chile: Pontificia Universidad Catolica de Chile, Facultad de Medicina; 2015.
23. Cifuentes R, Canaval H, Prieto C, Quintero CA. Obstetricia de alto riesgo. 7 ed. Bogotá-Colombia: Distribuna Ltda; 2014.
24. Fescina R, De Mucio B, Jarquin D, Ortiz E. Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas. Montevideo: Publicación Científica CLAP/SMR 1594; 2012.
25. Serra B, Mallafré J, Aguilar E, Álvarez M, Ara C, Barri Soldevila PN, et al. Protocolos de obstetricia y medicina perinatal del Instituto Universitario Quirón Dexeus. 5ta ed. España: Elsevier Health Sciences; 2014.
26. Hacker NF, Gambone J, Hobel CJ. Ginecología y obstetricia de Hacker y Moore. 5 ed. México: Editorial El Manual Moderno; 2011.
27. Alvero-Cruz JR, Carnero EÁ, Fernández-García JC, Expósito JB, de Albornoz Gil MC, Sardinha LB. Validez de los índices de masa corporal y de masa grasa como indicadores de sobrepeso en adolescentes españoles: estudio Esccola. Medicina clínica. 2010;135(1):8-14.
28. Servín Rodas MDC. Nutrición básica y aplicada. 2da ed. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia; 2013. 276 p.
29. Ministerio de Salud del Perú. Norma técnica: Manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas. Resolución Ministerial 250-2017/MINSA. Jesús María - Lima: MInisterio de Salud del Perú; 2017.

30. Guzmán-Miranda CO, Caballero-Rodríguez CT. La definición de factores sociales en el marco de las investigaciones actuales. Santiago. 2015(128):336-50.
31. Mejía H. Factores de riesgo para muerte neonatal. Revisión sistemática de la literatura. Rev Soc Bol Ped. 2000;39(3):1-22.
32. Rasch V. Cigarette, alcohol, and caffeine consumption: risk factors for spontaneous abortion. Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica. 2003;82(2):182-8.
33. Inga Castillo G. Factores asociados a aborto en mujeres jóvenes de 19 a 29 años de edad del hospital Militar Central en el año 2016. [Tesis]. Lima: Universidad Ricardo Palma. Facultad de Medicina Huamana; 2017.
34. Londoño Fernández JL. Metodología de la investigación epidemiológica. 5 ed. México: Editorial Manual Moderno; 2014. 368 p.
35. Artiles Visbal L, Otero Iglesias J, Barrios Osuna I. Metodología de la investigación para las ciencias de la salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009. 65-78 p.
36. Martinez Montaño MdL, Briones Rojas R, Cortes Riveroll R. Metodología de la investigación para el área de la salud. 2 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2013. 47-62 p.
37. Arias Odón FG. El Proyecto de Investigación. Introducción a la metodología científica. 6 ed. Caracas: Editorial Episteme C.A.; 2012. 146 p.
38. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MdP. Metodología de la investigación. 6 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2014. 600 p.
39. Pimienta Prieto JH, De la Orden Hoz A. Metodología de la investigación. 3 ed. México: Pearson Educación; 2017. 216 p.
40. Celis de la Rosa AdJ, Labrada Martagón V. Bioestadística. 3 ed. México: Editorial El Manual Moderno; 2014. 338 p.
41. García García JA, López Alvarenga JC, Jiménez Ponce F, Ramírez Tapia Y, Lino Pérez L, Reding Bernal A. Metodología de la investigación bioestadística y bioinformática en ciencias médicas y de la salud. 2 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2014. 447 p.

42. Hernández Sampieri R, Zapata Salazar NE, Mendoza Torres CP. Metodología de la investigación para bachillerato. Enfoque por competencias. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2013. 202 p.

Anexos:

Anexo 1: Matriz de consistencia

MATRIZ DE CONSISTENCIA

INVESTIGACIÓN: Características epidemiológicas de las gestantes cesareadas atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica 2021.

PROBLEMA	OBJETIVOS	JUSTIFICACIÓN	VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	ITEM	VALOR	METODOLOGÍA
Problema general ¿Cuáles son las características epidemiológicas de las gestantes cesareadas atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica de enero a junio del 2021? **Problemas específicos** ¿Cuáles son las características personales de las gestantes cesareadas atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica de enero a junio del 2021? ¿Cuáles son las características obstétricas de las gestantes cesareadas atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica de enero a junio del 2021? ¿Cuáles son las morbilidades y complicaciones que presentaron las gestantes cesareadas atendidas en el	**Objetivo general** Determinar las características epidemiológicas de las gestantes cesareadas atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica de enero a junio del 2021. **Objetivos específicos** Describir las características personales de las gestantes cesareadas atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica de enero a junio del 2021. Describir las características obstétricas de las gestantes cesareadas atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica de enero a junio del 2021. Identificar las morbilidades y complicaciones que presentaron las gestantes cesareadas atendidas en el	Según la organización mundial de la salud, las causas más frecuentes de cesárea en américa latina fueron la incompatibilidad céfalo pélvica, Distocia, falta de progreso trabajo de parto en un 26%, el monitoreo fetal alterado en un 20%, la cesárea previa en un 16% y otras complicaciones del embarazo no especificadas en un 12% (8). En mínimas proporciones las causas de cesárea fueron la anomalía de presentación, preeclampsia-eclampsia, complicaciones fetales no especificadas, complicaciones maternas no especificadas, salpingo ligadura, inducción fracasada, restricción de crecimiento fetal, metrorragia tercer trimestre, embarazo gemelar, post termino (8). En el Perú en el año 2018; las gestantes procedentes del área rural tuvieron un 15,7% de parto por cesárea y en Huancavelica 11,9% (11). El conocimiento de las características epidemiológicas de las gestantes cesareadas permitirá brindar una mejor atención sanitaria acorde al contexto. Por otra parte, los resultados del estudio servirán para integrar procedimientos que permitan mejorar la sensibilidad y especificidad	Características epidemiológicas de las gestantes cesareadas.	Características personales. Características obstétricas. Morbilidades y complicaciones.	Grupo de edad de la madre. Lugar de procedencia de la madre. Nivel educativo de la madre. Estado civil de la madre. Índice de masa corporal pregestacional. Paridad de la madre. Atenciones prenatales Edad gestacional en el parto Tipo de embarazo Situación y presentación fetal. Tipo de cesárea. Diagnóstico de anemia en la madre.	Edad de la gestante por curso de vida, registrada en la historia clínica y categorización por grupo de edad. Lugar de procedencia de la madre, registrada en la historia clínica. Nivel educativo de la madre, registrada en la historia clínica. Estado civil de la madre, registrada en la historia clínica. Índice de masa corporal pregestacional. (peso/(talla*talla)). Peso y talla tomado de la historia clínica. Número de partos de la paciente antes del embarazo actual, registrada en la historia clínica. Número de atenciones prenatales, registrada en la historia clínica; y clasificación. Edad gestacional en el parto, registrada en la historia clínica. Tipo de embarazo, registrada en la historia clínica. Situación y presentación fetal, registrada en la historia clínica. Tipo de cesárea, registrada en la historia clínica. Diagnóstico de anemia según el valor de hemoglobina registrada en la historia clínica.	Adolescente (menor a 18 años) (1) Adulta Joven (18 a 29 años) (2) Adulta (30 a 43 años) (3) Urbano (1) Rural (2) Sin Instrucción (1). Inicial (2). Primaria (3). Secundaria (4). Superior (5). Soltera (1). Conviviente (2). Casada (3). Viuda (4). Divorciada (5). Bajo peso (< 18,5) (1). Peso normal (18,5 a 24,9) (2). Sobrepeso (25 a 29,9) (3). Obesidad (≥30) (4). Nulípara (1) Primípara (2) Multípara (3) Gran multípara (4) De 01 a 05 atenciones prenatales (1) De 06 a mas atenciones prenatales (2) Parto pretérmino (< 37 semanas) (1) Parto a término (≥ 37 semanas) (2) Embarazo único (1) Embarazo múltiple (2) Longitudinal-Cefálica (1) Longitudinal-Podálica (2) Oblicua (3) Transversa (4) Cesárea de emergencia (1) Cesárea electiva (2) Anemia (< 11 gr/dl) (1) Sin anemia (≥ 11 gr/dl) (2)	**Nivel de investigación.** El nivel de investigación fue descriptivo. **Tipo de investigación.** Investigación transversal, retrospectiva. **Diseño de Investigación.** El diseño de la investigación fue descriptivo simple; se trabajó sobre las características epidemiológicas de las gestantes cesareadas con la finalidad de tener una descripción completa y adecuada de su situación en su contexto (37, 38).: Donde: **M O** **M:** Pacientes cesareadas atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica 2021. **O:** Características epidemiológicas de las gestantes cesareadas.. **Población, muestra, muestreo** **La población.** La población de estudio estuvo constituida por todas las pacientes cesareadas atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica de enero a junio del 2021; que según registros estadísticos fueron un total de 154 pacientes cesareadas.. **Muestra.** La muestra fue censal.

PROBLEMA	OBJETIVOS	JUSTIFICACIÓN	VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	ITEM	VALOR	METODOLOGÍA
Hospital Departamental de Huancavelica de enero a junio del 2021?	Hospital Departamental de Huancavelica de enero a junio del 2021.	diagnostica; así mismo permitirá un manejo integral y pertinente.			Morbilidad médica que presento la madre. Antecedente de cesárea en la madre. Complicación obstétrica que presento la madre Complicación fetal que presento la madre	Morbilidad médica que presento la madre, registrada en la historia clínica. Antecedente de cesárea en la madre, registrada en la historia clínica. Complicación obstétrica que presento la madre, registrada en la historia clínica. Complicación fetal que presento la madre, registrada en la historia clínica.	Nominal. Una cesárea previa (1) Dos cesáreas previas (2) Tres a más cesáreas previas (3) Nominal. Nominal.	

Anexo 2: Instrumento de recolección de datos

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIDAD EN EMERGENCIAS Y ALTO RIESGO OBSTETRICO

FORMATO Nº 01

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LAS GESTANTES CESAREADAS

Investigación: Características epidemiológicas de las gestantes cesareadas atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica 2021.

INSTRUCCIONES: El llenado de las fichas de recolección de datos será en base a los registros que se encuentran en las historias clínicas y registros de atención en el periodo de enero a junio del 2021; el llenado debe ser correcto tal como se encuentra en ella, no se permite borrones o enmendaduras, tampoco cambiar o modificar los datos. Cada ficha de recolección de datos tiene un número y un espacio para las observaciones, en las que se deberá anotar con claridad si ocurriera los siguientes casos: falta un dato(s); no existe físicamente la historia clínica; existe la historia clínica, pero está incompleta; historia clínica judicializada u otra observación.

I. Datos generales:

1.1. Ficha N° _____
1.2. Responsable del llenado: _____
1.3. Fecha del llenado: ____ /_____/2021. Hora del llenado: ____:____ horas
1.4. Región de procedencia: _____
1.5. Provincia de procedencia: _____
1.6. Distrito de procedencia: _____
1.7. Nº de historia clínica: _____

II. Características personales:

2.1. Edad de la madre en años: _____
2.2. Lugar de procedencia de la madre: Rural (1) Urbano (2)
2.3. Nivel educativo de la madre:
  2.3.1. Sin instrucción (1)
  2.3.2. Inicial (2)
  2.3.3. Primaria (3)
  2.3.4. Secundaria (4)
  2.3.5. Superior (5)
2.4. Estado civil de la madre:
  2.4.1. Soltera (1)
  2.4.2. Conviviente (2)
  2.4.3. Casada (3)
  2.4.4. Viuda (4)
  2.4.5. Divorciada (5)
2.5. Peso pregestacional: _____ Kilogramos (con tres decimales).
2.6. Talla de la madre: _____ Metros (con dos decimales).

III. Características obstétricas (Si, la gestante no presento antecedentes, morbilidades o complicaciones dejar los Ítems en blanco)

3.1. Número de partos de la madre (antes del embarazo actual): _____

3.2. Número de atenciones prenatales: _____

3.3. Valor de hemoglobina de la madre: _____ g/dl.

3.4. Antecedente de cesárea previa

3.4.1. Sí (1) Detalle cantidad: ___

3.4.2. No (ninguna cesárea previa) (2)

3.5. Edad gestacional de la madre cesareada: _____ semanas.

3.6. Número de fetos en el embarazo de la madre cesareada

3.6.1. Embarazo único (1)

3.6.2. Embarazo múltiple (2)

3.7. Situación y presentación del feto

3.7.1. Longitudinal-Cefálica (1)

3.7.2. Longitudinal-Podálica (2)

3.7.3. Transversa (3)

3.7.4. Oblicua (4)

3.8. Tipo de Cesárea

3.8.1. Cesárea electiva (1)

3.8.2. Cesárea de emergencia (2)

3.9. Enfermedades o morbilidad médica que presento la madre.

3.9.1. _____

3.9.2. _____

3.9.3. _____

3.10. Complicación obstétrica que presento la madre.

3.10.1. _____

3.10.2. _____

3.10.3. _____

3.11. Complicación fetal que presento la madre.

3.11.1. _____

3.11.2. _____

3.11.3. _____

Observaciones:

_____

_____

_____

_____

Anexo 3: Juicio de expertos

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
(Creada por Ley 25265)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Juicio de Experto

INVESTIGACIÓN: Características epidemiológicas de las gestantes cesareadas atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica 2021.
Investigador: Obsta. Mulato Huamani, Elvia y Obsta. Araujo Matamoros, María Luisa.

Indicación: Señor especialista se le pide su colaboración para que luego de un riguroso análisis de los ítems de la **"Ficha de recolección de datos sobre las características epidemiológicas de las gestantes cesareadas"** que le mostramos, marque con un aspa el casillero que cree conveniente de acuerdo a su criterio y experiencia profesional, denotando si cuenta o no cuenta con los requisitos mínimos de formulación para su posterior aplicación.

NOTA: Para cada ítem se considera la escala de 1 a 5 donde:

1.-Muy deficiente	2.- Deficiente	3.- Regular	4.- Buena	5.- Muy buena

INFORMACION PROPIA DEL ESTUDIO

	Variables de Estudio / ITEMS	1	2	3	4	5
Variable general: Características epidemiológicas de las gestantes cesareadas.						
Dimensión: Características personales.						
1	Grupo de edad de la madre.					
2	Lugar de procedencia.					
3	Nivel educativo de la madre.					
4	Estado civil de la madre.					
5	Índice de masa corporal pregestacional.					
Dimensión: Características obstétricas						
1	Paridad de la gestante.					
2	Atenciones prenatales.					
3	Edad gestacional en el parto.					
4	Tipo de embarazo.					
5	Situación y presentación fetal.					
6	Tipo de cesárea.					
Dimensión: Morbilidades y complicaciones						
1	Morbilidad médica.					
2	Antecedentes de cesárea.					
3	Complicaciones obstétricas.					
4	Complicaciones fetales					

Recomendaciones:

……..……
……..……

OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

a) Muy deficiente b) Deficiente c) Regular d) Buena, para mejorar e) Muy buena, para aplicar

Nombres y Apellidos:		**DNI N°**	
Dirección:		**Teléfono/Celular:**	
Título Profesional:			
Grado Académico:			
Mención:			

_____

Firma

Lugar y Fecha …….……

Anexo 4: Autorización de la autoridad sanitaria del lugar

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA
(Creado por Ley Nº 25265)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

SOLICITO: Autorización para poder realizar estudio de Investigación.

SEÑOR

……..……..
Director
Hospital Departamental de Huancavelica
Región Huancavelica

SD.

Nosotras, Obsta. Mulato Huamani, Elvia identificado (a) con D.N.I. N° ……, y Obsta. Araujo Matamoros, María Luisa identificado (a) con D.N.I. N° ……, Obstetras de profesión, egresadas de la especialidad en Emergencias y Alto Riesgo Obstétrico de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional de Huancavelica, ante usted con todo respeto nos presentamos y exponemos.

Que, deseamos realizar una investigación sobre el "Características epidemiológicas de las gestantes cesareadas atendidas en el Hospital Departamental de Huancavelica 2021".

Por lo cual solicitamos se nos brinde la autorización pertinente para poder tener acceso a la información de fuentes secundarias; por otra parte, es importante mencionar que la información recabada será confidencial y solo será analizada de manera conjunta o grupal; por lo mencionado solicitamos se nos expida la autorización y se nos brinde las facilidades, para realizar la investigación.

Por lo expuesto, pedimos a Ud., acceder a nuestra solicitud por ser de justicia.

Huancavelica, 17 de julio del 2021.

_____
Firma del Interesado