



# **UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO**

## **FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

### **ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**FACTORES QUE DETERMINAN EL PARTO POR CESÁREA EN  
GESTANTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y  
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NUÑEZ  
BUTRON - PUNO, MARZO 2023 – FEBRERO 2024**

**TESIS**

**PRESENTADA POR:**

**Bach. YANETH VILMA ASCENCIO MANZANO**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:**

**MÉDICO - CIRUJANO**

**PUNO - PERÚ**

**2024**



Reporte de similitud

NOMBRE DEL TRABAJO

**FACTORES QUE DETERMINAN EL PARTO POR CESÁREA EN GESTANTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

AUTOR

**YANETH VILMA ASCENCIO MANZANO**

RECuento DE PALABRAS

**18455 Words**

RECuento DE CARACTERES

**101292 Characters**

RECuento DE PÁGINAS

**89 Pages**

TAMAÑO DEL ARCHIVO

**2.1MB**

FECHA DE ENTREGA

**Apr 25, 2024 1:45 PM GMT-5**

FECHA DEL INFORME

**Apr 25, 2024 1:47 PM GMT-5**

● **18% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 16% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 14% Base de datos de trabajos entregados
- 2% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

- Material bibliográfico
- Material citado
- Bloques de texto excluidos manualmente
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)

  
Dr. ELÍAS AYCACHA MANZANEDA  
GINECO - OBSTETRA  
CMP. 16153 - RNE. 12199

  
Dr. RENÉ MAMANI YUCRA  
DIRECTOR  
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN  
FMH - UNA



## DEDICATORIA

*Dedicado con todo cariño a mi madre Flora, a mi hermana Yesica, a mi sobrino Mateo, gracias por estar al lado mío, cuidándome, alimentándome y protegiéndome. Siempre serán el motor para seguir adelante. Y a mi padre Miguel que está en el cielo que me cuida y me protege mucho.*

*A Yeison Eduardo que fue mi mayor apoyo, con su muestra de gratitud y amor incondicional.*

*Con mucho aprecio a mis tíos, Bety, Edgar y Percy, por haberme brindado su apoyo cuando mi padre falleció y darme motivos fuertes para no desistir mi formación profesional.*

*A todos ellos les estaré eternamente agradecido.*

***Yaneth Vilma Ascencio Manzano***



## AGRADECIMIENTOS

*A Dios por protegerme y cuidarme en este camino.*

*En primer lugar, extendo mi gratitud a mi alma mater la Universidad Nacional del Altiplano, y en especial a mi querida facultad de Medicina Humana y a los docentes que formaron parte de mi formación académica con su sabiduría y dedicación.*

*Agradecer a mi asesor de Tesis Dr. Elias Alvaro Aycacha Manzaneda Mejía a quien admiro profundamente. A pesar de las limitaciones de tiempo, siempre encontró un espacio para brindarme su invaluable orientación y apoyo para influir positivamente en mi trayectoria académica y durante el internado médico.*

*Mis respetos y gratitud infinita también a mis maestros y jurados de tesis: Dr. Enrique Alfredo Carpio Carpio, Dr. Vidal Avelino Quispe Zapana y Dr. Naruska Tito Chura quienes con su predisposición y respaldo fueron fundamentales para alcanzar la culminación de mi tesis.*

*A mis amigos quienes me motivan y me ayudaron durante mi vida académica en la universidad.*

***Yaneth Vilma Ascencio Manzano***



# ÍNDICE GENERAL

	Pág.
<b>DEDICATORIA</b>	
<b>AGRADECIMENTOS</b>	
<b>ÍNDICE GENERAL</b>	
<b>ÍNDICE DE TABLAS</b>	
<b>ÍNDICE DE FIGURAS</b>	
<b>ÍNDICE DE ANEXOS</b>	
<b>ACRÓNIMOS</b>	
<b>RESUMEN .....</b>	<b>12</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>13</b>
<b>CAPÍTULO I</b>	
<b>INTRODUCCIÓN</b>	
<b>1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>14</b>
<b>1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....</b>	<b>14</b>
1.2.1. Problema General .....	14
1.2.2. Problemas Específicos .....	15
<b>1.3. HIPÓTESIS .....</b>	<b>15</b>
1.3.1. Hipótesis general.....	15
1.3.2. Hipótesis específica .....	16
<b>1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>17</b>
<b>1.5. OBJETIVOS.....</b>	<b>19</b>
1.5.1. Objetivo General.....	19
1.5.2. Objetivos Específicos .....	19



## CAPÍTULO II

### REVISIÓN DE LITERATURA

<b>2.1.</b>	<b>ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>20</b>
2.1.1.	Antecedentes internacionales.....	20
2.1.2.	Antecedentes nacionales .....	27
2.1.3.	Antecedentes regionales .....	31
<b>2.2.</b>	<b>MARCO TEORICO .....</b>	<b>33</b>
2.2.1.	Parto vaginal .....	33
2.2.2.	Cesárea.....	33
2.2.3.	Clasificación .....	34
2.2.4.	Indicación de cesárea .....	34
2.2.5.	Factores asociados .....	35
2.2.6.	Definición de términos básicos.....	40

## CAPÍTULO III

### MATERIANES Y MÉTODOS

<b>3.1.</b>	<b>LUGAR DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>43</b>
<b>3.2.</b>	<b>METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>43</b>
3.2.1.	Tipo de investigación.....	43
3.2.2.	Diseño de la investigación .....	43
3.2.3.	Enfoque de la investigación .....	44
<b>3.3.</b>	<b>POBLACIÓN Y MUESTRA.....</b>	<b>44</b>
3.3.1.	Población .....	44
3.3.2.	Muestreo .....	44
3.3.3.	Muestra .....	44
3.3.4.	Criterios de inclusión.....	44



3.3.5. Criterios de exclusión .....	45
<b>3.4. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....</b>	<b>45</b>
3.4.1. Técnica de recolección de datos .....	45
3.4.2. Procedimiento de recolección de datos.....	45
3.4.3. Procesamiento y análisis de datos.....	46
<b>CAPÍTULO VI</b>	
<b>RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b>	
<b>4.1. RESULTADOS.....</b>	<b>47</b>
<b>4.2. DISCUSIÓN .....</b>	<b>67</b>
<b>V. CONCLUSIONES.....</b>	<b>71</b>
<b>VI. RECOMENDACIONES .....</b>	<b>72</b>
<b>VII.REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....</b>	<b>73</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>84</b>

**AREA:** Ciencias biomedicas

**LINEA DE INVESTIGACIÓN:** Ciencias medicas clinicas

**FECHA DE SUSTENTACIÓN:** 29 de abril de 2024



## ÍNDICE DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
<b>Tabla 1</b> Recuento de mes del nacimiento por tipo de parto en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón en el periodo de marzo 2023 - febrero 2024 .....	48
<b>Tabla 2</b> Relación entre la edad de la madre y el tipo de parto .....	50
<b>Tabla 3</b> Relación entre la edad gestacional y el tipo de parto.....	51
<b>Tabla 4</b> Relación entre el número de controles prenatales y el tipo de parto .....	52
<b>Tabla 5</b> Relación entre el número de partos de la madre y tipo de parto.....	53
<b>Tabla 6</b> Relación entre el peso del recién nacido y el tipo de parto.....	54
<b>Tabla 7</b> Estadísticas de los parámetros antropométricos de los recién nacidos por cesárea y parto vaginal.....	55
<b>Tabla 8</b> Tabla cruzada chi cuadrado Tipo de parto * Sexo del recién nacido.....	56
<b>Tabla 9</b> Relación entre los factores de parto por cesárea y el sexo del recién nacido .....	57
<b>Tabla 10</b> Factores de cesárea .....	58
<b>Tabla 11</b> Recuento del mes de nacimiento por tipo de cesárea .....	59
<b>Tabla 12</b> Relación entre la edad gestacional y el tipo de cesárea .....	60
<b>Tabla 13</b> Recuento de mes de nacimiento por él y tipo de factor de cesárea.....	62
<b>Tabla 14</b> Tabla cruzada tipo de cesárea por causal de cesárea .....	63
<b>Tabla 15</b> Tabla cruzada tipo de cesárea y número de partos de la madre.....	64
<b>Tabla 16</b> Prueba de chi-cuadrado.....	65
<b>Tabla 17</b> Indicaciones de cesárea en el hospital Manuel Núñez butrón entre marzo del 2023 a febrero del 2024 por tipo de factor materno, fetal y obstétrico.....	66
<b>Tabla 18</b> Clasificación del tipo de distocia del recién nacido.....	67





## ÍNDICE DE FIGURAS

	<b>Pág.</b>
<b>Figura 1</b> Porcentaje de parto por cesárea y vaginal en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón en el periodo de marzo 2023 - febrero 2024 .....	47
<b>Figura 2</b> Recuento de mes del nacimiento por tipo de parto .....	48
<b>Figura 3</b> Recuento del mes de nacimiento por tipo de cesárea .....	59
<b>Figura 4</b> Barras agrupadas del recuento de mes de nacimiento por el y tipo de factor de cesárea.....	61



## ÍNDICE DE ANEXOS

	<b>Pág.</b>
<b>ANEXO 1</b> Operacionalización de variables.....	84
<b>ANEXO 2</b> Ficha de recolección de datos.....	86
<b>ANEXO 3</b> Autorización del jefe de departamento de ginecología y obstetricia.....	87
<b>ANEXO 4</b> Declaración jurada de autenticidad de tesis.....	88
<b>ANEXO 5</b> Autorización para el depósito de tesis en repositorio institucional .....	89



## A CRÓNIMOS

<b>ENDES:</b>	Instituto nacional de estadística e informática
<b>DEIS:</b>	Departamento de estadística e información de salud.
<b>ISAPRES:</b>	Instituciones de salud previsional.
<b>NVD:</b>	Parto vaginal normal
<b>SP:</b>	Seguro popular
<b>LSCS:</b>	Cesárea previa del segmento inferior
<b>OPS:</b>	Organización panamericana de salud
<b>OMS:</b>	Organización mundial de la salud
<b>SALAM:</b>	Síndrome de aspiración meconial
<b>PEG:</b>	Pequeños para la edad gestacional
<b>HIE:</b>	Hipertensión de embarazo.
<b>RPM:</b>	Ruptura prematura de membranas
<b>PCR:</b>	Proteína c reactiva



## RESUMEN

El embarazo, un proceso complejo influenciado por diversos factores, puede llevar a que algunas mujeres prefieran la cesárea en lugar del parto natural. El presente estudio que se realizó en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón en Puno durante el período comprendido entre marzo de 2023 y febrero de 2024, con el **objetivo** de identificar los factores determinantes que llevan a la realización de cesáreas en gestantes. **Metodología:** Este estudio se enmarca en un enfoque descriptivo retrospectivo transversal, no experimental. **Resultados:** La tasa de cesáreas en el hospital fue de 34.03%. Es importante destacar que las cesáreas de emergencia fueron más prevalentes, representando el 66.1% de los casos, en comparación con el 33.9% de cesáreas electivas. Del total de cesáreas, se encontró dentro de los factores maternos, la preeclampsia es la causa más frecuente, representando el 19% de los casos, seguida de la desproporción cefalopélvica, entre los factores fetales, el sufrimiento fetal es la indicación más común (18.4%), seguido de la distocia de producto (13.2%), entre los factores ovulares, el oligohidramnios (2.7%) y el desprendimiento prematuro de placenta (1.7%). Un hallazgo significativo fue la influencia del peso y el perímetro torácico del recién nacido en la decisión de realizar una cesárea con un valor de significancia de  $p=0.001$ . En **conclusión**, los resultados de este estudio resaltan el incremento de cesáreas con un 34.03% teniendo como factores principales la preeclampsia, el sufrimiento fetal. Además, se observó que el peso y el perímetro torácico son factores clave en la determinación del parto por cesárea.

**Palabras Clave:** Cesárea, Factores, Epidemiológicos, Maternos, Ovulares, Fetales.



## ABSTRACT

Pregnancy, a complex process influenced by various factors, can lead some women to prefer a cesarean section instead of natural childbirth. The present study was carried out in the Gynecology and Obstetrics Service of the Manuel Núñez Butrón Regional Hospital in Puno during the period between March 2023 and February 2024, with the **objective** of identifying the determining factors that lead to the performance of cesarean sections in pregnant women **Methodology**: This study is framed in a retrospective, cross-sectional, non-experimental descriptive approach. **Results**: The cesarean section rate in the hospital was 34.03%. Importantly, emergency cesarean sections were more prevalent, accounting for 66.1% of cases, compared to 33.9% for elective cesarean sections. Of the total cesarean sections, it was found among the maternal factors, preeclampsia is the most frequent cause, representing 19% of the cases, followed by cephalopelvic disproportion, among the fetal factors, fetal distress is the most common indication (18.4 %), followed by product dystocia (13.2%), among ovular factors, oligohydramnios (2.7%) and premature placental abruption (1.7%). A significant finding was the influence of the weight and chest circumference of the newborn on the decision to perform a cesarean section with a significance value of  $p=0.001$ . In **conclusion**, the results of this study highlight the increase in cesarean sections with 34.03%, with preeclampsia and fetal suffering as the main factors. In addition, it was observed that weight and chest circumference are key factors in determining delivery by cesarean section.

**Keywords:** Cesarean section, Factors, Epidemiological, Maternal, Ovular, Fetal.



# CAPÍTULO I

## INTRODUCCIÓN

### 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El parto por cesárea se ha convertido en una intervención quirúrgica común en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón en Puno. Sin embargo, la cesárea ha ido en aumento en comparación con los partos vaginales, lo que plantea interrogantes significativas sobre los factores determinantes que influyen en esta tendencia.

A pesar de los avances médicos y tecnológicos, el incremento en la frecuencia de partos por cesárea puede conllevar implicaciones tanto médicas como socioeconómicas para las gestantes, el personal de salud y el sistema hospitalario en general. Es fundamental comprender los factores que subyacen a esta preferencia por la cesárea para identificar posibles áreas de intervención y mejorar la atención obstétrica.

Por lo tanto, resulta imperativo indagar exhaustivamente en los elementos determinantes que inciden en la elección del parto por cesárea en las gestantes atendidas en este centro hospitalario. Esta investigación pretende analizar y comprender en profundidad los motivos y circunstancias que llevan a la elección de esta vía de parto, así como explorar posibles medidas que puedan contribuir a una toma de decisiones más informada y equitativa en la atención obstétrica.

### 1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

#### 1.2.1. Problema General

¿Cuáles son los factores que determinan la realización de cesárea en



gestantes del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Regional Manuel Núñez Butron – Puno?

### **1.2.2. Problemas Específicos**

- ¿Cuáles serán los factores epidemiológicos relacionados al parto por cesárea en gestantes del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Regional Manuel Núñez Butron – Puno?
- ¿Cuáles serán los factores maternos relacionados al parto por cesárea en gestantes del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Regional Manuel Núñez Butron – Puno?
- ¿Cuáles serán los factores fetales asociados al parto por cesárea en gestantes del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Regional Manuel Núñez Butron – Puno?
- ¿Cuáles serán los factores ovulares relacionados al parto por cesárea en gestantes del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Regional Manuel Núñez Butron – Puno?

## **1.3. HIPÓTESIS**

### **1.3.1. Hipótesis general**

$H_a$ : Existen factores que determinan el parto por cesárea en gestantes del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Regional Manuel Núñez Butron – Puno.

$H_o$ : No existen factores que determinan el parto por cesárea en gestantes del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Regional Manuel Núñez Butron – Puno.



### 1.3.2. Hipótesis específica

$H_{a1}$ : Existen relación entre los factores epidemiológicos y el parto por cesárea en gestantes del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Regional Manuel Núñez Butron – Puno.

$H_{o1}$ : No existen factores entre los factores epidemiológicos y el parto por cesárea en gestantes del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Regional Manuel Núñez Butron – Puno.

$H_{a2}$ : Existen relación entre los factores maternos y el parto por cesárea en gestantes del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Regional Manuel Núñez Butron – Puno.

$H_{o2}$ : No existen factores entre los factores maternos y el parto por cesárea en gestantes del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Regional Manuel Núñez Butron – Puno.

$H_{a3}$ : Existen relación entre los factores ovulares y el parto por cesárea en gestantes del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Regional Manuel Núñez Butron – Puno.

$H_{o3}$ : No existen relación entre los factores ovulares y el parto por cesárea en gestantes del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Regional Manuel Núñez Butron – Puno.

$H_{a4}$ : Existen relación entre los factores fetales y el parto por cesárea en gestantes del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Regional Manuel Núñez Butron – Puno.





$H_{04}$ : No existen relación entre los factores fetales y el parto por cesárea en gestantes del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Regional Manuel Núñez Butron – Puno.

#### **1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

La presente investigación se desarrolla con el propósito de profundizar en los factores que influyen en la elección de partos por cesárea en el Hospital Regional Manuel Núñez Butron - Puno, durante el periodo comprendido entre marzo del 2023 y febrero del 2024. Este estudio surge en respuesta a la necesidad de mejorar la calidad de la atención obstétrica, dado que las tasas de cesáreas pueden variar significativamente y su elección debe estar respaldada por evidencia sólida. Aunque la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que la tasa óptima de cesáreas debe estar entre el 10% y el 15% (1), existe debate sobre esta cifra. Investigaciones recientes, como el estudio publicado en la revista JAMA en 2015, sugieren que la tasa ideal podría ser ligeramente superior, en torno al 19% al 20% (2). Sin embargo, aún queda por determinar qué factores específicos pueden influir en la decisión de optar por un parto por cesárea en este contexto hospitalario. Identificar estos factores no solo contribuirá a mejorar las prácticas clínicas, sino que también ayudará a garantizar la seguridad y el bienestar tanto de las madres como de los recién nacidos.

A menudo se subestiman las complicaciones asociadas con la cesárea, con la creencia errónea de que es un procedimiento sin riesgos. Sin embargo, la realidad es que la mortalidad materna es tres veces mayor en cesáreas que en partos vaginales, y existe un mayor riesgo de complicaciones como el embolismo de líquido amniótico. Además, los riesgos no se limitan solo a la madre, ya que el feto también enfrenta problemas respiratorios, como la taquipnea, y puede experimentar consecuencias a largo plazo, como



una mayor incidencia de alergias, problemas gastrointestinales y enfermedades inmunes (3,4).

En un estudio publicado en la revista Nature en 2019, se investigó la composición microbiana del intestino neonatal e infantil, y se encontró que la cesárea estaba vinculada con una mayor colonización de patógenos oportunistas que se encuentran comúnmente en el ambiente hospitalario. Este hallazgo sugiere que si bien la cesárea puede ser beneficiosa para el neonato en ciertos aspectos, también puede acarrear consecuencias a largo plazo (5).

Según la ENDES 2021, “más de un tercio de nacimientos, de los cinco años precedentes a la encuesta, fueron por cesárea (36,3%), incrementándose en 4,7 puntos porcentuales en comparación al 2016 (31,6%)” (6). “En un hospital público de Lima, llegó al 50,2%” (7) y el porcentaje de “nacimientos por cesárea en la región Puno alcanzó a 18,1%” (8). Además, que las cesáreas generan riesgos de movilidad y mortalidad en gestantes y neonatos.

En el contexto peruano actual, una preocupación destacada es el incremento de cesáreas, lo que ha llevado a una mayor incidencia de complicaciones placentarias, especialmente el acretismo placentario. La falta de atención especializada, con residentes asumiendo estos casos, aumenta el riesgo de muerte materna. En Estados Unidos, estudios proyectaron un aumento alarmante de las cesáreas si no se implementaban regulaciones adecuadas. Se estimaba que para el año 2020, la tasa de cesáreas alcanzaría el 56.2%, lo que resultaría en un aumento significativo de casos de placenta previa y accreta, así como un aumento trágico en las muertes maternas (9).

También es importante destacar que la diferencia de costos entre un parto vaginal y una cesárea, sin complicaciones, en países como Perú, asciende a alrededor de 512 soles



(10). Por otro lado, en los países desarrollados, por cada aumento del 1% en las cesáreas, el costo total se incrementa aproximadamente en 9,5 millones de dólares. Estas cifras representan recursos significativos que podrían destinarse a mejorar otros aspectos de la atención materna y neonatal, así como a financiar investigaciones adicionales para abordar de manera integral los desafíos en el ámbito obstétrico (11).

## **1.5. OBJETIVOS**

### **1.5.1. Objetivo General**

Identificar cuáles son los factores que determinan la realización de cesárea en gestantes del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Regional Manuel Núñez Butron – Puno.

### **1.5.2. Objetivos Específicos**

- Determinar los factores epidemiológicos de partos en gestantes del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Regional Manuel Núñez Butron – Puno.
- Identificar los factores maternos relacionados al parto por cesárea en gestantes del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Regional Manuel Núñez Butron – Puno.
- Reconocer los factores fetales asociados al parto por cesárea en gestantes del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Regional Manuel Núñez Butron – Puno.
- Identificar los factores ovulares relacionados al parto por cesárea en gestantes del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Regional Manuel Núñez Butron – Puno.



## CAPÍTULO II

### REVISIÓN DE LITERATURA

#### 2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

##### 2.1.1. Antecedentes internacionales

**Escalona J. et al.** “Frecuencia de y cesáreas en establecimientos públicos y privados de la Provincia de Concepción”, 2019. Chile. Objetivo: describir la situación epidemiológica de las cesáreas en la Provincia de Concepción, periodo 2001-2019. Método: es un estudio observacional, descriptivo, ecológico, transversal. Incluye universo de partos en la Provincia de Concepción 2001-2019, datos del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS). Resultados: En instituciones públicas, los partos disminuyeron un 60.6%, mientras que en las privadas aumentaron 4.8 veces, con un incremento del 39% en cesáreas. En FONASA, el porcentaje de cesáreas se mantuvo en alrededor del 25% para el grupo A y aumentó un 47.8% para el grupo D entre 2005 y 2009. Entre 2002 y 2019, las ISAPRE registraron un promedio de cesáreas del 66.5%. Conclusiones: El aumento significativo de cesáreas, especialmente en centros privados, resalta la importancia de considerar la previsión de salud, especialmente en el grupo FONASA-D, donde el incremento superó incluso a las gestantes de ISAPRE. Este preocupante aumento de cesáreas, principalmente en instalaciones privadas, debe ser una prioridad para abordar en nuestro sistema de salud (12).

**Darsareh F. et al.** “Determinants of caesarean birth on maternal demand in the Islamic Republic of Iran: a review”, 2017. Irán. Objetivo: Este estudio tiene como objetivo informar sobre los factores que influyen en la tendencia de las



mujeres a optar por el parto por cesárea a pedido, específicamente en la República Islámica del Irán, con el fin de planificar intervenciones efectivas para abordar esta tendencia. Método: Se realizaron búsquedas en bases de datos como Medline, PubMed, Ovid, Scientific Information Database, Magiran, Google y Google Scholar utilizando palabras clave relevantes como cesárea, parto, causas, solicitud/demanda materna y elección del paciente. Se incluyeron artículos en persa e inglés, sin limitación de tiempo. Se empleó el análisis de contenido para clasificar los factores influyentes en tres categorías: maternos, sociales y sanitarios. Resultados: Los factores identificados que influyen en la decisión de optar por una cesárea a pedido se clasificaron en tres categorías principales: maternos, sociales y sanitarios. Estos incluyen razones como el temor al dolor del parto, la influencia de la familia y la comunidad, así como la percepción de una mayor seguridad con la cesárea. La prevalencia alta de cesáreas resalta la importancia de comprender estos factores para diseñar intervenciones efectivas. Conclusión: La alta tasa de cesáreas a pedido en Irán destaca la urgencia de implementar programas que aborden las razones detrás de esta tendencia. Se deben considerar factores maternos, sociales y sanitarios al diseñar estrategias para reducir cesáreas innecesarias y promover partos seguros (13).

**Azami A. et al.** “Prevalence and Causes of Cesarean Section in Iran: Systematic Review and Meta-Analysis”, 2014. Irán. El objetivo de este estudio fue revisar sistemáticamente la prevalencia y las causas de la cesárea en Irán. Se buscó comprender la incidencia de cesáreas y los factores que la influyen para facilitar la planificación e implementación de intervenciones efectivas. Método: Se realizó un metaanálisis utilizando palabras clave como "tasa de cesáreas", "prevalencia de cesáreas", "parto", "causas relativas" en diversas bases de datos.



Se seleccionaron 34 artículos de un total de 706 encontrados para estudiar la prevalencia de cesárea. Se utilizaron categorías como factores sociales y demográficos, causas médicas obstétricas y causas médicas no obstétricas para clasificar los factores que influyen en la incidencia de cesárea. Resultados: La prevalencia de cesárea se estimó en un 48% mediante el metaanálisis. Se identificaron factores como educación materna, cesárea previa, miedo al parto vaginal normal y sugerencia médica como principales causas de cesárea. Conclusiones: Dado el aumento en la prevalencia de cesáreas en Irán, es crucial diseñar e implementar programas e intervenciones efectivas. Estas deben incluir opciones para partos indoloros, así como intervenciones educativas y psicológicas. Además, mejorar la calidad de los servicios de parto vaginal y promover una cultura que desaliente las opiniones personales y las ganancias de los médicos son medidas importantes para abordar este problema (14).

**Yang C y Ouyang D.** “Variation trend and influential factors for cesarean section rate in a general hospital in Changsha from 2008 to 2017”, 2019. Chinese. Objetivo: Conocer que la tasa de cesáreas y los cambios de las indicaciones de cesárea en Changsha de 2008 a 2017, y proporcionar una base científica para disminuir la tasa de cesáreas. Métodos: Recopilamos los datos clínicos de los partos en un hospital general de Changsha desde enero de 2008 hasta diciembre de 2017, y analizamos la tasa de cesáreas, los cambios en las indicaciones de cesárea y los factores influyentes. Resultados: La tasa de cesárea en este hospital fue del 50,0% del 2008 al 2017, y la cesárea por factores sociales mostró una tendencia decreciente año a año. El análisis multifactorial de la cesárea muestra que la edad avanzada, el embarazo múltipara, la gestación ( $\geq 4$  veces), la posición fetal anormal y el peso elevado del feto eran factores peligrosos, y la múltipara



era un factor protector. Conclusión: La tasa de cesáreas en un hospital general de Changsha es alta y hay muchos factores que afectan las cesáreas. Es necesario optimizar las estrategias y medidas para reducir la tasa de cesáreas y controlar la tasa de cesáreas en un rango razonable (15).

**Hernández J. et al.** “Factores asociados al incremento de cesáreas en México, 2011-2014”, 2020. México. El objetivo de este estudio fue examinar la prevalencia de partos por cesárea en México durante el período 2011-2014 y determinar algunos de los factores asociados con esta práctica. Metodología: Se llevó a cabo un análisis descriptivo y se aplicó un modelo logístico multinivel utilizando los registros de nacimientos del mencionado período. Este análisis abarcó las características tanto de las madres como del contexto en el que se desarrollaron los partos. Resultados: Se encontró que diversos factores estaban vinculados con una mayor probabilidad de que un parto terminara en cesárea. Entre estos factores se incluyen la residencia en municipios con población indígena, un nivel educativo más alto, un mayor número de consultas prenatales y un inicio temprano de estas consultas, así como el acceso a atención médica en clínicas privadas. Además, se observó que los partos por cesárea estaban asociados con una mayor probabilidad de estancias hospitalarias prolongadas. Conclusiones: El estudio reveló un aumento en el número de cesáreas en hospitales públicos a raíz de la implementación del Seguro Popular. Además, se confirmó la relación directa entre varios factores analizados y la práctica de la cesárea, incluyendo un mayor nivel educativo, la residencia en municipios con población indígena y aquellos con un mayor índice de desarrollo humano (16).

**Singh N. et al.** “Indications and Determinants of Cesarean Section A Cross-Sectional Study”, 2020. India. Objetivo: este estudio busca identificar los



factores que influyen en la realización de cesáreas en un centro de atención terciaria, así como determinar las diferencias entre cesáreas de emergencia y electivas. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio transversal en un centro de atención terciaria entre abril y septiembre de 2019, utilizando una herramienta cuantitativa para recopilar información sobre factores sociodemográficos, características obstétricas e indicaciones de cesáreas. **Resultados:** Se examinaron 150 casos de cesáreas, encontrando una mayor proporción de mujeres primerizas y con menor nivel educativo en las cesáreas de emergencia. También se observó una relación entre las cesáreas electivas y antecedentes de cesárea previa. **Conclusión:** El aumento de la tasa de cesáreas plantea desafíos para el sistema de salud y las familias. Se destaca la importancia de una toma de decisiones cautelosa y basada en evidencia en la realización de cesáreas, especialmente en mujeres primerizas (17).

**López J. et al.** “Tendencia de la cesárea: una reflexión desde la ética”, 2021. Chile. El objetivo de este análisis busca abordar el aumento global en las tasas de cesáreas, superando las recomendaciones de la OPS/OMS, y reflexionar sobre los dilemas éticos asociados desde diversas perspectivas. Se propone revisar el parámetro actual de tasas de cesáreas aceptables y promover medidas para fortalecer la preferencia por el parto vaginal cuando sea posible, mediante la educación prenatal. **Método:** Se realizó un análisis reflexivo basado en la literatura disponible sobre las tasas de cesáreas y los dilemas éticos asociados. Se consideraron diferentes enfoques éticos para examinar la justificación de las cesáreas, así como los factores individuales, sociales y culturales que influyen en la elección del parto. **Resultados:** Se observa un aumento significativo en las tasas de cesáreas a nivel mundial, generando preocupaciones éticas sobre su





justificación. Se destacan los dilemas éticos relacionados con la medicalización del parto y la autonomía de las mujeres en la toma de decisiones sobre su salud reproductiva, así como los factores que influyen en la elección del método de parto. Conclusiones: Se recomienda revisar las tasas de cesáreas aceptables y promover el parto vaginal cuando sea posible mediante educación prenatal. Es esencial que las decisiones de los profesionales de la salud y las mujeres estén respaldadas por evidencia y se respete la autonomía de las mujeres en la elección de su método de parto (18).

**Boerma T. et al.**” Epidemiología global del uso y disparidades en las cesáreas”, 2018. England. Objetivo: Este estudio tiene como objetivo describir la frecuencia, tendencias, determinantes y desigualdades en el uso de la cesárea (CS) a nivel mundial, regional y en países seleccionados. Se basa en datos de 169 países que abarcan el 98.4% de los nacimientos globales, con el fin de estimar la cantidad de nacimientos por cesárea en 2015 y compararla con cifras anteriores. Método: Se realizó un análisis exhaustivo utilizando datos de nacimientos de 169 países. Se estimó el número de nacimientos por cesárea en 2015 y se comparó con los datos de 2000. Se examinaron las diferencias regionales y nacionales en el uso de la cesárea, así como las disparidades dentro de los países según el nivel socioeconómico y el tipo de establecimiento de salud. Resultados: Se encontró que en 2015 ocurrieron aproximadamente 29.7 millones de nacimientos por cesárea, lo que representa un aumento significativo en comparación con 2000. El uso de la cesárea fue particularmente alto en América Latina y el Caribe, en contraste con África occidental y central. El incremento en el uso de la cesárea se atribuyó tanto al aumento en la proporción de nacimientos en establecimientos de salud como al incremento en el uso de la cesárea dentro de estos establecimientos.



Se observaron grandes disparidades tanto entre países como dentro de ellos, con tasas de cesárea que variaban desde menos del 10% hasta más del 50%. Conclusiones: Este estudio destaca la creciente prevalencia de la cesárea a nivel mundial y las importantes disparidades en su uso entre regiones y dentro de los países. Se identifica la necesidad de abordar estas disparidades y examinar más a fondo los factores que influyen en la elección de la cesárea, especialmente en relación con el nivel socioeconómico y el tipo de establecimiento de salud (19).

**Díaz A. y Campos de A.** “Factores asociados al parto por cesárea y su relación con el comportamiento de los nacidos vivos en Colombia 2008-2017”, 2020. Colombia. Objetivo: Esta investigación busca identificar los factores relacionados con la cesárea en el parto y su impacto en los nacidos vivos en Colombia entre 2008 y 2017. Materiales y métodos: Se realizó un estudio cuantitativo que utilizó datos del DANE y una revisión de la literatura. Se emplearon tablas de contingencia y un modelo probabilístico para analizar las relaciones entre variables sociodemográficas y el número de cesáreas. Resultados: Se observó un aumento significativo en la tasa de cesáreas en Colombia, pasando del 35% en 2008 al 43% en 2017. Se encontró que la naturaleza de las instituciones de salud y ciertas características del parto aumentan el riesgo de cesárea. Conclusiones: El estudio destaca la necesidad de implementar políticas integrales para revertir el aumento de cesáreas en Colombia, especialmente en la región caribeña del país. Esto requiere la colaboración de todos los actores del sistema de salud y del gobierno (20).

**Colta C.** “Factores de riesgo materno que inducen al parto por cesárea en mujeres gestantes del Hospital San Vicente de Paúl”, 2022. Ecuador. El objetivo de esta investigación es identificar los factores de riesgo materno que predisponen



a la realización de una cesárea. El diseño metodológico adoptado fue cuantitativo, descriptivo, retrospectivo y transversal, con un muestreo no probabilístico que incluyó a 341 gestantes sometidas a cesárea. Se examinaron variables sociodemográficas, criterios maternos, obstétricos, fetales y medicamente no pertinentes. La recolección de datos se llevó a cabo utilizando una base de datos en Microsoft Excel con parámetros de relevancia, y la tabulación se realizó mediante el programa SPSS. Los resultados indicaron que las gestantes estudiadas tenían entre 19 y 35 años, eran mestizas, multíparas, y dedicadas al hogar, con residencia en zonas rurales. En cuanto a los criterios asociados con la cesárea, los criterios maternos representaron el 44.57%, los obstétricos el 54.39%, y los fetales el 70.81%. En conclusión, durante un período de seis meses en el Hospital San Vicente de Paúl se atendieron un total de 1,175 partos, tanto vaginales como por cesárea, siendo el 34% de estos últimos debido a complicaciones previamente mencionadas (21) .

### **2.1.2. Antecedentes nacionales**

**Zelada L.** “Factores maternos, fetales y ovulares asociados a partos por cesárea en gestantes atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia. Hospital PNP Luis N. Saenz junio 2017 – junio 2018” ,2019. Lima. El objetivo de este estudio es identificar los factores maternos, fetales y ovulares asociados con los partos por cesárea en gestantes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital. Material y Métodos: Se llevó a cabo un estudio descriptivo, analítico, retrospectivo y transversal, en el que se analizaron un total de 384 historias clínicas de gestantes sometidas a parto por cesárea. Los datos fueron procesados utilizando el programa estadístico IBM SPSS Statistics 22.0. Resultados: Tras revisar las 384 historias clínicas, se observó que 228 gestantes presentaban cesárea



segmentaria transversa primaria, mientras que 156 tenían cesárea segmentaria transversa iterativa. Se encontró que la desproporción cefalopélvica, el trabajo de parto prolongado, los pródromos de trabajo de parto y el oligohidramnios son factores maternos asociados a partos por cesárea. En cuanto a los factores ovulares, solo la ruptura prematura de membranas se presentó como factor asociado. Por otro lado, en los factores fetales se identificó que la macrosomía fetal, el sufrimiento fetal, la presentación fetal anómala y la gestación múltiple están asociados con cesáreas. Entre estos, la macrosomía fetal, el sufrimiento fetal y la presentación fetal anómala se identificaron como factores de riesgo para cesáreas. Conclusión: Los factores mencionados pueden aumentar el riesgo de cesárea en gestantes (22).

**Herrera B.** “Factores asociados al incremento de las cesáreas en el servicio de maternidad del Hospital Regional del Cusco”, 2020. Cusco. El objetivo es identificar los factores asociados a este aumento en gestantes atendidas en dicho hospital en 2019. Material y Método: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y analítico en el Hospital Regional del Cusco durante 2019, analizando 300 historias clínicas de pacientes sometidas a cesárea. Se utilizó SPSS 25 para el procesamiento de datos. Resultados: Las causas maternas representaron el 51.7% de los factores asociados al aumento de cesáreas, seguidas por las causas fetales (33.7%) y ovulares (14.6%). La mayoría de las pacientes tenían entre 20 y 34 años (67.3%), convivían con su pareja (77.0%), y tenían educación secundaria (50.7%). Además, el 31.3% tenía antecedentes de cesárea previa, el 46.7% era primípara, el 80.7% estaba a término, y el 73.3% recibió control prenatal. La distocia del producto, el distress fetal agudo y la macrosomía fetal fueron factores que incrementaron las cesáreas en un 51.5%, 20.85% y 20.8% respectivamente.



Por otro lado, la rotura prematura de membranas, oligohidramnios y placenta previa también se asociaron con un aumento en las cesáreas (34.1%, 34.1% y 20.5% respectivamente). Conclusiones: La cesárea previa fue el principal factor asociado al aumento de cesáreas en el Servicio de Maternidad del Hospital Regional del Cusco (23).

**Villegas A. y Sarmiento S.** “Prevalencia e indicaciones de las cesareas en gestantes del Hospital Hugo Pesce Pesceto de Andahuaylas”, 2021. Andahuaylas. El objetivo se centró en determinar la prevalencia y las razones detrás de las cesáreas en gestantes atendidas en el Hospital. Se empleó una metodología descriptiva, observacional y de corte transversal, con una muestra de 553 mujeres sometidas a cesárea. Los resultados revelaron una prevalencia de cesáreas del 41.0% para el año en cuestión. Las indicaciones maternas más comunes fueron la presencia de una cesárea previa (21.7%), seguida de preeclampsia (10.7%), desproporción céfalo pélvica (9.6%). En cuanto a las indicaciones fetales, se destacaron el sufrimiento fetal agudo (12.7%), macrosomía fetal (11.2%), presentación fetal distócica (7.8%) y embarazo múltiple (2.9%). Respecto a las indicaciones ovulares, se observaron casos de ruptura prematura de membranas (3.6%), oligohidramnios severo (3.3%) y placenta previa (1.4%). En términos epidemiológicos, la mayoría de las gestantes eran jóvenes (71.8%), con nivel de educación secundaria (59.1%), ocupación como ama de casa (95.7%) y procedentes principalmente de áreas urbanas (57.5%). En cuanto a los tipos de cesárea, el 84.6% fueron de urgencia o emergencia, mientras que el 15.4% fueron programadas. Al analizar las indicaciones de cesárea según la edad de las gestantes, se observó que las adolescentes tenían una mayor proporción de indicaciones maternas, mientras que las mujeres jóvenes y mayores tenían una



proporción relativamente mayor de indicaciones maternas y fetales. En conclusión, la prevalencia de cesáreas en el Hospital de Andahuaylas supera las recomendaciones de la OMS, y las indicaciones de cesáreas abarcan aspectos maternos, fetales y ovulares en diferentes proporciones (24).

**Cárdenas F.** “Factores asociados a la indicación de cesárea en gestantes atendidas en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión”, 2021. Cerro de Pasco. El objetivo del estudio fue determinar los factores asociados a la indicación de cesárea. Se llevó a cabo una investigación cuantitativa básica, donde se analizaron datos de 134 pacientes sometidas a cesárea. Se encontró que el 35.1% de los nacimientos fueron por cesárea, superando las recomendaciones de la OMS. Los factores asociados incluyeron aspectos sociodemográficos, obstétricos, maternos, fetales y ovulares, siendo la cesárea previa la indicación principal (25).

**Ortiz O.** “Prevalencia de cesárea segmentaria, sus indicaciones y factores de riesgo en gestantes del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital III Goyeneche”, 2019. Arequipa. Objetivo: Determinar la prevalencia de cesárea segmentaria, sus indicaciones y factores de riesgo en el Hospital III Goyeneche, Arequipa, durante 2018-2019. Métodos: Estudio documental y observacional retrospectivo, con 2147 historias clínicas de gestantes sometidas a cesárea. Se utilizó estadística descriptiva para el análisis. Resultados: La prevalencia de cesárea fue del 41.55%. Factores socioepidemiológicos incluyeron edad materna entre 25 y 34 años (49.37%), educación secundaria (53.74%), estado civil conviviente (73.03%). La mayoría de gestantes no presentaron comorbilidades (97.01%). La edad gestacional predominante fue entre 37 y 40 semanas (82.02%), siendo nulíparas el 43.59%. El 64.04% fueron cesáreas de emergencia. La indicación más frecuente fue el compromiso materno (45.36%), seguido por el



criterio materno relativo (24.82%). Conclusiones: La prevalencia de cesárea fue superior al estándar de la OMS. Factores asociados incluyeron edad materna, educación secundaria, estado civil, nuliparidad, edad gestacional, controles prenatales óptimos y antecedentes de cirugía abdominal pélvica. La indicación principal de cesárea fue el compromiso materno (26).

### 2.1.3. Antecedentes regionales

**Tacca Q. et al.** “Determinación de factores asociados al parto por cesárea en gestantes atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital III EsSalud Juliaca, enero 2019 - agosto 2022”, 2022. Juliaca. Objetivo: Identificar los factores asociados al parto por cesárea en el Hospital. Métodos: Investigación descriptiva, correlacional, retrospectiva y de corte transversal. Se analizaron 1596 historias clínicas de gestantes, con una muestra probabilística de 330 historias. Se utilizó una ficha de recolección de datos y se procesaron con SPSS-26. Resultados: La prevalencia de cesárea fue del 67.9%, con una alta incidencia de indicación médica de emergencia. Se observó una correlación positiva moderada entre los factores obstétricos y el parto por cesárea, mientras que la correlación entre los factores maternos y la cesárea fue baja. La edad materna, la preeclampsia y el sufrimiento fetal fueron los factores más relevantes para la indicación de cesárea. Conclusiones: La edad materna, la preeclampsia y el sufrimiento fetal destacan como factores determinantes para la indicación de parto por cesárea en el Hospital III EsSalud de Juliaca (27).

**Loayza I.** “Indicaciones de cesáreas injustificadas y su relación con complicaciones materno perinatales en el Hospital ESSALUD III”, 2018. Puno. Objetivo: Identificar las indicaciones de las cesáreas injustificadas y su relación



con complicaciones materno-perinatales en el Hospital EsSalud III Puno durante 2018. Materiales y Métodos: Estudio observacional, descriptivo correlacional, retrospectivo y transversal basado en la revisión de historias clínicas. Se incluyeron 364 pacientes que se sometieron a cesárea durante 2018 en el hospital. Resultados: Del total, 116 pacientes (31.87%) tuvieron cesáreas injustificadas. Las principales indicaciones fueron cesárea anterior (13.7%) y preeclampsia (5%) como factores maternos, sufrimiento fetal agudo (10.4%) como factor fetal, y desproporción cefalopélvica (2.2%) como factor materno-fetal. Se observó una correlación positiva débil entre las cesáreas injustificadas y las complicaciones maternas, y una correlación media a considerable con las complicaciones perinatales. Conclusiones: Las cesáreas injustificadas representaron un tercio de todas las cesáreas realizadas en el Hospital EsSalud III Puno durante 2018 y se asociaron con complicaciones materno-perinatales (28).

**Luque C.** “Indicaciones y tasa de cesáreas en el Hospital EsSalud III”, 2016. Puno. Objetivo: Analizar las indicaciones y tasas de cesáreas en el Hospital EsSalud III Puno durante el año 2016, así como proponer la utilización del sistema de clasificación de diez grupos de Robson. Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal de los datos de mujeres que dieron a luz en el Hospital EsSalud III Puno en 2016. Resultados: Se registraron 940 partos, con una tasa de cesáreas del 43.4%. Las indicaciones principales fueron la cesárea previa (25.5%) y el sufrimiento fetal agudo (18%). Los grupos 1 y 5 de Robson contribuyeron en mayor medida al porcentaje de cesáreas. Conclusiones: El Hospital EsSalud III Puno mostró una tasa de cesáreas por encima de las recomendaciones de la OMS. La aplicación del sistema de clasificación de Robson reveló una tendencia a realizar cesáreas en los grupos 1 y 5 en mayor medida que





en otros hospitales, lo que contribuyó a la alta tasa de cesáreas en esta institución (29).

## **2.2. MARCO TEORICO**

### **2.2.1. Parto vaginal**

El parto natural, también conocido como parto normal o parto eutócico, es el proceso vaginal mediante el cual un bebé nace a través del canal vaginal de la madre. Durante el parto vaginal, el bebé atraviesa la pelvis materna y sale al mundo exterior. Este proceso puede estar acompañado de contracciones uterinas, dilatación del cuello uterino y ruptura de la bolsa amniótica.

El parto vaginal es el método de parto más común y generalmente se considera seguro tanto para la madre como para el bebé, siempre y cuando no haya complicaciones médicas que requieran una intervención específica, como una cesárea (30).

### **2.2.2. Cesárea**

Es el nacimiento de un feto mayor de 22 semanas por medio de una incisión en la pared abdominal(laparotomía) y en la pared uterina (histerotomía) cuando existen indicaciones fetales y/o maternas que contraíndican la vía vaginal, evitando así los riesgos y complicaciones maternos- fetales (31).

En sus inicios, fue indicada cuando el parto por vía vaginal era imposible y con el fin último de proteger la vida de la madre aun cuando su mortalidad era cercana al 100 % (32).



### 2.2.3. Clasificación

**Cesárea electiva:** indicación determinada durante el control prenatal, y da tiempo para programar la cirugía en las mejores condiciones (31).

**Cesárea de emergencia:** aquella que se decide de manera imprevista por la presencia de una patología de aparición súbita que obliga la culminación del embarazo en la brevedad posible, pero respetando los requisitos para su ingreso a sala de operaciones (31).

### 2.2.4. Indicación de cesárea

Según la Guía de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología (31). La indicación por cesárea es clasificada en absolutas y relativas, como se muestra a continuación:

#### 2.2.4.1. Indicaciones absolutas

- Cesárea iterativa
- Cesárea anterior con periodo intergenésico corto
- Sufrimiento fetal
- Distocia de presentación
- Desprendimiento prematuro de placenta
- Placenta previa centro total
- Incompatibilidad céfalo pélvica
- Estrechez pélvica
- Prolapso de cordón umbilical
- Situación transversa
- Macrosomía fetal



- Sufrimiento fetal agudo
- Infección por herpes activa
- Tumores obstructivos benignos y malignos
- Cirugía uterina previa, antecedente de plastia vaginal
- Infección por VIH

#### **2.2.4.2. Indicaciones relativas**

- Distocia del trabajo de parto que no responde al tratamiento
- Presentaciones anómalas
- Anomalías fetales
- Embarazo múltiple
- Asimetría pélvica
- Psicosis, retardo mental, trastorno de conciencia
- Preeclampsia severa, eclampsia, síndrome de hellp
- Insuficiencia cardio- respiratoria
- Enfermedad oftalmológica (miopía > dioptrías, antecedente de desprendimiento de retina)
- Papiloma virus humano

#### **2.2.5. Factores asociados**

##### **2.2.5.1. Factor fetal**

##### **- Embarazo múltiple**

Los embarazos múltiples, como gemelos o trillizos, tienen un mayor riesgo de complicaciones durante el parto, incluida una mayor probabilidad de presentaciones anormales del feto y distocia del hombro, lo que puede requerir una cesárea (33).



- **Macrosomía fetal**

La macrosomía fetal, definida como un peso al nacer mayor de 4,000 gramos, aumenta el riesgo de complicaciones durante el parto vaginal, como distocia de hombros y desgarros perineales, lo que puede requerir una cesárea (3).

- **Distress fetal o alteración del bienestar fetal**

El distress fetal, que se caracteriza por una disminución en el bienestar fetal, puede requerir la finalización inmediata del parto mediante cesárea para evitar daños al feto, como la hipoxia o la acidosis (34).

- **Distocias del producto**

Las distocias del producto, que incluyen presentaciones anormales del feto como oblicua, transversa, persistente, o vértex posterior, pueden requerir una cesárea para evitar complicaciones durante el parto vaginal, como la distocia de hombros (35).

- Feto oblicuo
- Feto transverso
- Feto podálico

- **Prematuridad**

La prematuridad se define como el nacimiento de un bebé antes de que haya completado las 37 semanas de gestación. Los bebés prematuros pueden enfrentar diversos riesgos y complicaciones de salud debido a su inmadurez fisiológica y desarrollo incompleto. Estas complicaciones pueden incluir problemas respiratorios, dificultades para regular la



temperatura corporal, problemas de alimentación, y riesgo aumentado de infecciones (36).

- **Malformaciones**

Las malformaciones se refieren a anomalías estructurales o funcionales que afectan al feto durante el desarrollo en el útero. Estas anomalías pueden manifestarse en diferentes sistemas del cuerpo, como el sistema nervioso, cardiovascular, musculoesquelético, gastrointestinal, genitourinario, entre otros. Pueden variar en su gravedad y repercusiones para la salud del feto y del recién nacido, desde condiciones leves que no requieren tratamiento hasta anomalías graves que pueden afectar la salud y calidad de vida del individuo a largo plazo. Las malformaciones pueden ser causadas por una variedad de factores, incluyendo factores genéticos, ambientales, infecciosos, y exposiciones a teratógenos durante el embarazo (37).

**2.2.5.2. Factores maternos**

- **Cesárea previa.**

Una cesárea previa es uno de los principales factores de riesgo para futuros partos por cesárea. Las mujeres con una historia de cesárea tienen un mayor riesgo de complicaciones durante el trabajo de parto, como la rotura uterina, lo que puede llevar a una cesárea de emergencia (38).

- **Hipertensión inducida por el embarazo.**

La hipertensión inducida por el embarazo, incluida la preeclampsia y la eclampsia, puede requerir la finalización del embarazo mediante cesárea para evitar complicaciones graves tanto para la madre como para el feto,



como el síndrome de Hellp o el desprendimiento prematuro de placenta (39).

- **Desproporción cefalopélvica.**

La desproporción cefalopélvica ocurre cuando la cabeza del bebé es demasiado grande para pasar por la pelvis de la madre. En tales casos, una cesárea puede ser necesaria para evitar lesiones en el feto y complicaciones graves para la madre (40).

- **Trabajo de parto prolongado**

Un trabajo de parto prolongado puede aumentar el riesgo de complicaciones tanto para la madre como para el feto, como la infección, la fatiga del útero y la acidosis fetal. En algunos casos, una cesárea puede ser necesaria para evitar estas complicaciones (41).

- **Pelvis estrecha**

Una pelvis estrecha puede dificultar el paso del feto durante el parto vaginal, lo que aumenta el riesgo de complicaciones como distocia de hombros. En estos casos, una cesárea puede ser necesaria para evitar lesiones tanto en la madre como en el feto (42).

- **Periodo intergenésico corto**

Un periodo intergenésico corto, es decir, el intervalo entre dos embarazos, se ha asociado con un mayor riesgo de complicaciones durante el embarazo y el parto, incluida una mayor probabilidad de cesárea (43).

- **Miomas obstructivos, fibromas, quistes ováricos**

Se convierte en indicación absoluta cuando el fibroma o quiste es de gran tamaño y obstruye la salida del feto (44).



#### - **Código blanco**

El "Código Blanco" es un término utilizado en entornos hospitalarios para describir una situación de emergencia obstétrica que requiere una intervención rápida y decisiva, específicamente una cesárea. La cesárea es un procedimiento quirúrgico en el cual se realiza una incisión en el abdomen y el útero de la madre para extraer al bebé cuando el parto vaginal no es posible o seguro para la madre o el bebé. Se puede llevar a cabo por una variedad de razones, incluyendo complicaciones durante el parto, sufrimiento fetal, presentación anormal del feto, placenta previa, o condiciones médicas de la madre que hacen el parto vaginal riesgoso. La decisión de realizar una cesárea se basa en una evaluación cuidadosa de los riesgos y beneficios para la madre y el bebé, así como en la situación clínica específica (35).

#### 2.2.5.3. Factores ovulares

##### - **Ruptura prematura de membranas**

La ruptura prematura de membranas se refiere a la rotura de las membranas ovulares antes del inicio del trabajo de parto. Puede aumentar el riesgo de infección intrauterina y parto prematuro, lo que puede requerir una cesárea en algunos casos (45).

##### - **Oligohidramnios**

El oligohidramnios se caracteriza por un nivel anormalmente bajo de líquido amniótico. Puede estar asociado con anomalías fetales, restricción del crecimiento intrauterino y complicaciones durante el parto, lo que puede requerir una cesárea en algunos casos (46).



- **Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta**

El desprendimiento prematuro de placenta normalmente insertada (DPPNI) es una complicación grave del embarazo en la que la placenta se separa parcial o totalmente del útero antes del parto. Puede provocar hemorragia materna grave y compromiso fetal, lo que puede requerir una cesárea de emergencia (47).

- **Placenta previa**

La placenta previa es una condición en la que la placenta se implanta en la parte inferior del útero, cubriendo parcial o completamente el cérvix. Puede provocar hemorragia vaginal grave durante el trabajo de parto, lo que puede requerir una cesárea para evitar complicaciones (48).

#### 2.2.6. Definición de términos básicos

- **Cesárea:** Procedimiento quirúrgico mediante el cual se realiza el parto al extraer al bebé a través de una incisión en el abdomen y el útero de la madre, en lugar del canal de parto vaginal. Se utiliza en situaciones donde el parto vaginal puede representar un riesgo para la madre o el bebé, o cuando el parto vaginal no es posible o seguro(49).
- **Parto vaginal:** Se denomina a la expulsión de la cabeza fetal a través del canal de parto vaginal de la madre. Este método de parto es considerado seguro y preferible siempre que no haya complicaciones médicas que requieran una cesárea (49).
- **Gestante adolescente:** Mujer embarazada cuya edad se encuentra dentro del rango de la adolescencia, generalmente definida como entre los 10 y los 17 años. Las gestantes adolescentes pueden enfrentar desafíos adicionales





debido a su edad, incluyendo un mayor riesgo de complicaciones obstétricas y sociales (50).

- **Gestante añosa:** Mujer embarazada de edad avanzada, generalmente definida como de 35 años o más. Las gestantes añosas pueden enfrentar riesgos adicionales durante el embarazo, como complicaciones médicas y un mayor riesgo de anomalías cromosómicas en el feto (51).
- **Primigesta:** Mujer embarazada que está llevando a cabo su primer embarazo. La primigesta puede experimentar una serie de cambios físicos y emocionales durante el embarazo, así como también puede enfrentarse a ciertas preocupaciones y ansiedades debido a la inexperiencia (52).
- **Segundigesta:** Mujer embarazada que está llevando a cabo su segundo embarazo. Aunque puede tener experiencia previa con el embarazo y el parto, cada embarazo es único y puede presentar sus propios desafíos y circunstancias (53).
- **Multigesta:** Mujer embarazada que ha experimentado más de dos embarazos. Las multigestas pueden enfrentarse a desafíos adicionales durante el embarazo debido a su historial obstétrico, como un mayor riesgo de complicaciones relacionadas con embarazos múltiples o partos previos (54).
- **Edad gestacional:** Periodo de tiempo desde el primer día del último período menstrual de la mujer hasta la fecha actual durante el embarazo. Se expresa comúnmente en semanas y días, y es fundamental para determinar la edad fetal y planificar la atención prenatal adecuada (55).
- **Controles prenatales:** Exámenes médicos y evaluaciones realizadas durante el embarazo para monitorear la salud de la madre y el desarrollo del feto (56).



- **Peso del recién nacido:** Peso del bebé al nacer, generalmente medido en kilogramos o libras. El peso del recién nacido es un indicador importante de su salud y desarrollo intrauterino, y puede influir en la atención médica y el seguimiento posterior al parto (57).
- **Talla del recién nacido:** Longitud del bebé al nacer, generalmente medida en centímetros o pulgadas. La talla del recién nacido es otro indicador clave de su salud y desarrollo fetal, y puede proporcionar información adicional sobre su bienestar general (57).
- **Perímetro cefálico:** Circunferencia de la cabeza del recién nacido, generalmente medida en centímetros. El perímetro cefálico es una medida importante que puede ayudar a evaluar el crecimiento y el desarrollo del cerebro y el cráneo del bebé, así como identificar posibles anomalías o problemas de salud (57).
- **Perímetro torácico:** Circunferencia del tórax del recién nacido, generalmente medida en centímetros. El perímetro torácico es una medida importante que puede proporcionar información sobre el desarrollo pulmonar y torácico del bebé, así como identificar posibles problemas respiratorios u otras anomalías (57).



## CAPÍTULO III

### MATERIANES Y METODOS

#### 3.1. LUGAR DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación se llevó a cabo en la región de puno, en el Hospital Manuel Núñez Butrón en el servicio de ginecología y obstetricia.

#### 3.2. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN

##### 3.2.1. Tipo de investigación

El presente estudio corresponde al tipo descriptivo, puesto que su finalidad es especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis (58).

Según la obtención de los datos, es de tipo retrospectivo transversal, porque se recolecta la información en un momento temporal determinado y su función principal está orientada a describir las prevalencias, asociaciones o diferencias en ese momento dado.

##### 3.2.2. Diseño de la investigación

Para el presente estudio se optó por el diseño de investigación no experimental, esto porque no se realizará ninguna manipulación deliberada de variables y sólo se observará las variables en su ambiente natural para analizarlos.



### **3.2.3. Enfoque de la investigación**

Este estudio es de tipo mixto, debido a que contiene variables cuantitativas y cualitativas, entendiéndose esto para lograr la calidad total en el estudio.

## **3.3. POBLACION Y MUESTRA**

### **3.3.1. Población**

La población se estudió estará comprendida por las gestantes que acudieron al servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Regional Manuel Núñez Butron – Puno, entre marzo del 2023 a febrero del 2024.

### **3.3.2. Muestreo**

El tipo de muestreo que se utilizará será el no probabilístico, la población de interés comprende las historias clínicas de gestantes que tuvieron parto por cesárea y vaginal durante el período de marzo de 2023 a febrero de 2024. Se utilizó un enfoque de muestreo por conveniencia, aprovechando los datos disponibles de manera exhaustiva durante este período para seleccionar la muestra.

### **3.3.3. Muestra**

La muestra final consistió en 1534 historias clínicas, quienes fueron seleccionados debido a su disponibilidad y relevancia para el tema de investigación.

### **3.3.4. Criterios de inclusión**

- Gestantes atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Regional Manuel Núñez Butron – Puno, marzo del 2023 a febrero del 2024.



- Gestantes que tengan historias clínicas completas y legibles.

### **3.3.5. Criterios de exclusión**

- Gestantes que tengan historias clínicas incompletas e ilegibles.
- Gestantes que no cuenten con historias clínicas relacionadas al estudio.

## **3.4. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

### **3.4.1. Técnica de recolección de datos**

Para la recolección de datos una vez aprobado el presente proyecto, se procederá con la solicitud hacia la dirección de hospital, con atención al área de estadística para proceder con la recolección de datos mediante las historias clínicas de las gestantes atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Regional Manuel Núñez Butron – Puno, entre marzo del 2023 a febrero del 2024.

### **3.4.2. Procedimiento de recolección de datos**

Para la recolección de datos se envió una solicitud para la revisión y acceso a historias clínicas de investigación al director del Hospital Dr. Jean Paul Guillermo Valencia Reynoso mediante mesa de partes posterior a ello el documento fue tramitado a la unidad de apoyo a la docencia e investigación, emitiéndose el OFICIO N° 000750-2024-D-UAID-HR “MNB”-PUNO, dándome el acceso a las historias clínicas. Se procedió a la recolección de datos en el servicio de ginecología y obstetricia de dicho hospital identificando los factores de parto por cesárea.



### **3.4.3. Procesamiento y análisis de datos**

Para la presente investigación académica se utilizará el programa estadístico IBM SPSS Statistics v27.0, para el procesamiento de los datos recolectados a partir de las historias clínicas, además se realizará estadística descriptiva, tablas de frecuencia acompañado de gráficos, junto con pruebas de chi- cuadrado para verificar el grado de relación y/o asociación como también los Odds ratios (OR) si serian el caso de mostrar una medida relativa de riesgo.

## CAPÍTULO VI

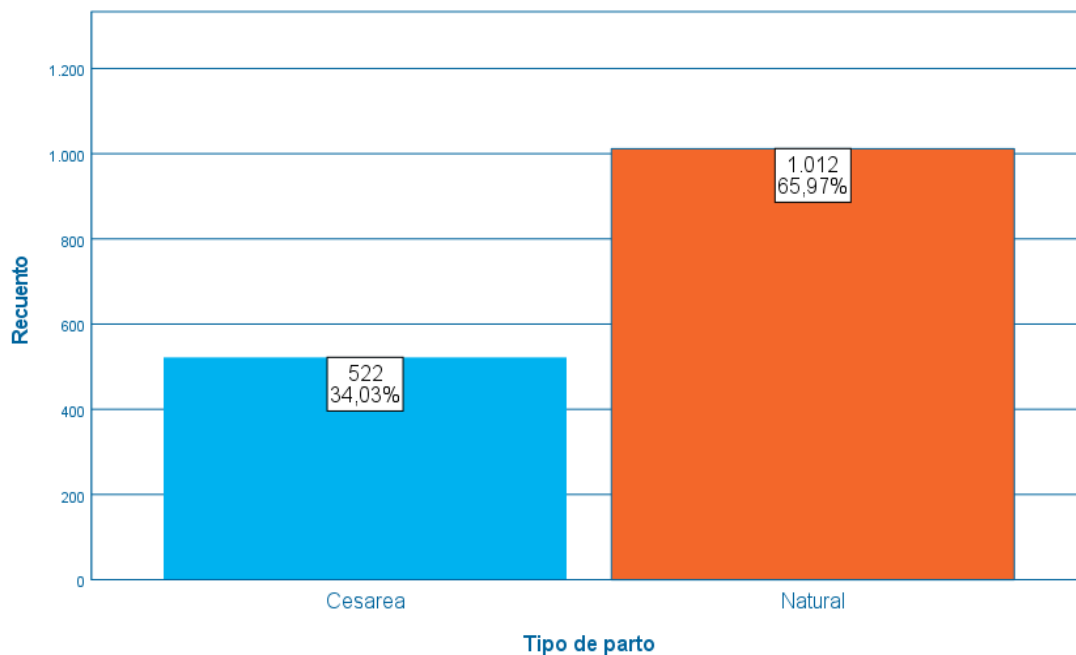
### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

#### 4.1. RESULTADOS

En el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón en el periodo de marzo 2023 - febrero 2024 se recolecto datos de 1534 pacientes que si cumplieron con los criterios de inclusión y se obtuvo los siguientes resultados:

**Figura 1**

*Porcentaje de parto por cesárea y vaginal en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón en el periodo de marzo 2023 - febrero 2024*



**Fuente:** ficha de recolección de datos

En la figura 1 se exhibe el total de partos realizados en el Hospital Manuel Núñez Butrón. De 1534 partos realizados, un 65.97% fueron por parto vaginal y 34,03% terminaron en cesáreas.

**Tabla 1**

*Recuento de mes del nacimiento por tipo de parto en el Hospital Regional Manuel*

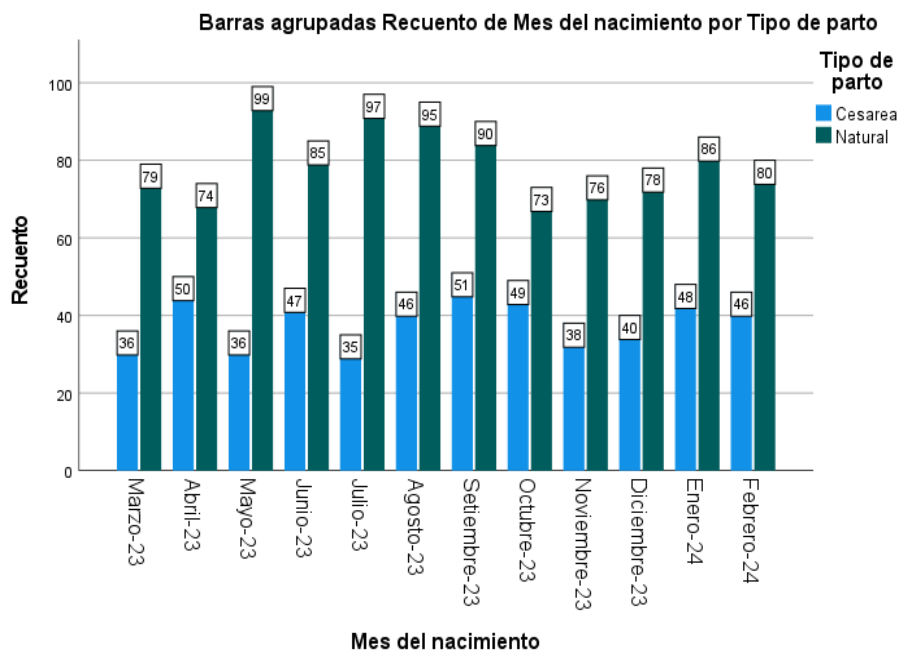
*Núñez Butrón en el periodo de marzo 2023 - febrero 2024*

Mes del nacimiento		Tipo de parto			
		Cesárea		Vaginal	
		Recuento	% del N de fila	Recuento	% del N de fila
	Marzo-23	36	31,3%	79	68,7%
	Abril-23	50	40,3%	74	59,7%
	Mayo-23	36	26,7%	99	73,3%
	Junio-23	47	35,6%	85	64,4%
	Julio-23	35	26,5%	97	73,5%
	Agosto-23	46	32,6%	95	67,4%
	Setiembre-23	51	36,2%	90	63,8%
	Octubre-23	49	40,2%	73	59,8%
	Noviembre-23	38	33,3%	76	66,7%
	Diciembre-23	40	33,9%	78	66,1%
	Enero-24	48	35,8%	86	64,2%
	Febrero-24	46	36,5%	80	63,5%

**Fuente:** ficha de recolección de datos

**Figura 2**

*Recuento de mes del nacimiento por tipo de parto*



**Fuente:** ficha de recolección de datos





En la tabla 1 y figura 2, se describe patrones interesantes en cuanto al tipo de parto (cesárea o vaginal) en relación con el mes de nacimiento. En primer lugar, se observa cierta variabilidad en la proporción de cesáreas a lo largo de los meses, con algunos meses mostrando una propensión notablemente mayor hacia la realización de cesáreas en comparación con otros. Por ejemplo, los meses de abril y octubre del año 2023 presentan las mayores proporciones de cesáreas, con 40.3% y 40.2%, respectivamente, mientras que los meses de mayo y julio del mismo año exhiben las proporciones más bajas, con 26.7% y 26.5%, respectivamente.

Además, se observa que en general, la proporción de cesáreas tiende a ser más alta que la de partos vaginales en la mayoría de los meses, con algunas excepciones. Sin embargo, es interesante destacar que, a pesar de estas diferencias en la proporción, en todos los meses analizados, el número de partos vaginales supera al de cesáreas, lo que sugiere una preferencia generalizada por el parto vaginal en esta población.

Estos hallazgos sugieren que el mes de nacimiento puede influir en la decisión médica de optar por una cesárea, posiblemente debido a factores estacionales, como la disponibilidad de recursos hospitalarios o la carga de trabajo del personal médico. Sin embargo, es importante destacar que esta interpretación se basa únicamente en los datos presentados y podría ser complementada con información adicional sobre las razones médicas específicas que llevaron a la elección del tipo de parto en cada caso individual.

**Tabla 2***Relación entre la edad de la madre y el tipo de parto*

		Tipo de parto			
		Cesárea		Vaginal	
		Recuento	% del N de fila	Recuento	% del N de fila
Edad de la madre categorizada	Gestante Adolescente	16	22,9%	54	77,1%
	Gestante en edad optima	397	33,4%	791	66,6%
	Gestante Añosa	109	39,5%	167	60,5%

**Fuente:** ficha de recolección de datos

En la tabla 2, el análisis de los datos revela patrones significativos en la elección del tipo de parto, ya sea cesárea o parto vaginal, según la edad de la madre. En primer lugar, se observa que la proporción de cesáreas tiende a aumentar con la edad de la madre, siendo más baja entre las gestantes adolescentes (22.9%) y más alta entre las gestantes añosas (39.5%). Este hallazgo sugiere que la edad materna puede influir en la decisión médica de optar por una cesárea, posiblemente debido a consideraciones de salud y seguridad tanto para la madre como para el bebé. Además, se destaca que la gestante en edad optima representa el mayor número de casos tanto en cesárea como en parto vaginal, lo que indica que este grupo demográfico es el más frecuente en la muestra. Por último, es importante resaltar que, a pesar de la tendencia hacia una mayor proporción de cesáreas con la edad de la madre, los partos vaginales siguen siendo más comunes en todas las categorías de edad, lo que subraya la importancia de considerar múltiples factores al tomar decisiones sobre el manejo del parto en cada caso individual.

**Tabla 3***Relación entre la edad gestacional y el tipo de parto*

		Tipo de parto			
		Cesárea		Vaginal	
		Recuento	% del N de fila	Recuento	% del N de fila
Edad gestacional categorizada	Prematuros	111	60,0%	74	40,0%
	A termino	410	30,5%	934	69,5%
	Posmaduros	1	20,0%	4	80,0%

**Fuente:** ficha de recolección de datos

En la tabla 3, se observa que la proporción de cesáreas es más alta entre los prematuros (60.0%) en comparación con los a término (30.5%) y los posmaduros (20.0%). Esto sugiere que la prematuridad puede ser un factor importante que influye en la decisión de realizar una cesárea, posiblemente debido a preocupaciones sobre la salud y la viabilidad del feto en desarrollo.

Por otro lado, los partos vaginales son más comunes entre los fetos (69.5%) y posmaduros (80.0%), lo que sugiere que, en general, los partos vaginales son preferidos cuando el feto ha alcanzado una edad gestacional más avanzada y se considera que está maduro y listo para nacer de manera segura.

Estos hallazgos resaltan la importancia de considerar la edad gestacional del feto al tomar decisiones sobre el tipo de parto, con el objetivo de garantizar la salud y la seguridad tanto de la madre como del bebé. Sin embargo, es importante tener en cuenta que esta interpretación se basa únicamente en los datos proporcionados y puede estar sujeta a la influencia de otros factores clínicos y médicos que no se han tenido en cuenta en este análisis.

**Tabla 4***Relación entre el número de controles prenatales y el tipo de parto*

		Tipo de parto			
		Cesárea		Vaginal	
		Recuento	% del N de fila	Recuento	% del N de fila
Número de controles prenatales categorizado	Sin Controles	35	30,7%	79	69,3%
	Controles Insuficientes	146	35,9%	261	64,1%
	Controles Suficientes	341	33,7%	672	66,3%

**Fuente:** ficha de recolección de datos

En la tabla 4, se observa que la proporción de partos vaginales es más alta en los grupos con un mayor número de controles prenatales. Por ejemplo, en el grupo de controles suficientes, el 66.3% de los partos fueron vaginales, mientras que en el grupo de sin controles, solo el 69.3% fueron vaginales.

Por otro lado, la proporción de cesáreas tiende a ser más alta en los grupos con menos controles prenatales. En el grupo de controles insuficientes, el 35.9% de los partos fueron cesáreas, y en el grupo de sin controles, el 30.7% fueron cesáreas.

Estos hallazgos sugieren que la asistencia prenatal adecuada puede influir positivamente en la probabilidad de tener un parto vaginal, posiblemente debido a la detección temprana y el manejo de complicaciones, así como a la educación y preparación para el parto. Por el contrario, la falta de controles prenatales o controles insuficientes puede aumentar la probabilidad de complicaciones que justifiquen una cesárea.

Sin embargo, es importante tener en cuenta que estos resultados son observacionales y no establecen una relación causal directa entre el número de controles prenatales y el tipo de parto.

**Tabla 5***Relación entre el número de partos de la madre y tipo de parto*

		Tipo de parto			
		Cesárea		Vaginal	
		Recuento	% del N de fila	Recuento	% del N de fila
Número de partos de la madre	Primigesta	154	38,2%	249	61,8%
	Secundigesta	184	32,7%	379	67,3%
	Multigesta	184	32,4%	384	67,6%

**Fuente:** ficha de recolección de datos

En la tabla 5, se observa que la proporción de partos vaginales es más alta entre las mujeres primigestas, con un 61.8%, en comparación con las mujeres secundigestas y multigestas, donde las proporciones de partos vaginales son del 67.3% y 67.6%, respectivamente. Por otro lado, la proporción de cesáreas es más baja entre las primigestas, con un 38.2%, en comparación con las mujeres secundigestas y multigestas, donde las proporciones de cesáreas son del 32.7% y 32.4%, respectivamente.

Estos hallazgos sugieren que la experiencia previa de parto puede influir en la elección del tipo de parto en las mujeres. Es posible que las mujeres que han dado a luz anteriormente, especialmente aquellas que han tenido partos vaginales exitosos, estén más inclinadas a optar por un parto vaginal en futuros embarazos. Por otro lado, las mujeres primerizas pueden tener una mayor propensión a optar por una cesárea, posiblemente debido a la ansiedad o la falta de experiencia previa con el proceso de parto vaginal.

Es importante destacar que estos resultados son observacionales y no establecen una relación causal entre el número de partos previos y el tipo de parto. Otros factores, como las preferencias individuales de la madre, las indicaciones médicas y las condiciones del embarazo, también pueden influir en la decisión del tipo de parto y deben ser considerados en futuros análisis.

**Tabla 6**

*Relación entre el peso del recién nacido y el tipo de parto*

	Tipo de parto			
	Cesárea		Vaginal	
	Media	Recuento	Media	Recuento
Peso del recién nacido (gr)	3017,0	522	3162,7	1012

**Fuente:** ficha de recolección de datos

La tabla 6, Relación entre el peso del recién nacido y el tipo de parto nos muestra que la media del peso del recién nacido es de 3017.0 gramos en el grupo de cesáreas, con un total de 522 casos, mientras que, en el grupo de partos vaginales, la media del peso es de 3162.7 gramos, con un total de 1012 casos.

El análisis de los datos sobre el tipo de parto en relación con el peso del recién nacido revela una diferencia notable en el peso promedio entre los bebés nacidos por cesárea y los nacidos por parto vaginal. Los bebés nacidos por cesárea tienen un peso promedio ligeramente menor de 3017.0 gramos, mientras que los nacidos por parto vaginal tienen un peso promedio ligeramente mayor de 3162.7 gramos.

Esta diferencia en el peso promedio podría deberse a una variedad de factores, como la gestación prolongada en el caso de partos vaginales, la posición del bebé durante el parto, o las indicaciones médicas para realizar una cesárea, entre otros. Es importante tener en cuenta que estos resultados son observacionales y no establecen una relación causal directa entre el tipo de parto y el peso del recién nacido.

**Tabla 7**

*Estadísticas de los parámetros antropométricos de los recién nacidos por cesárea y parto vaginal.*

Parámetros antropométricos de los recién nacidos.	Tipo de parto	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
Peso del recién nacido (gr)	Cesárea	522	3016,989	691,4288	30,2630
	Vaginal	1012	3162,657	488,7420	15,3635
Talla del recién nacido (cm)	Cesárea	522	48,6067	4,01575	,17576
	Vaginal	1012	48,8754	3,01585	,09480
Perímetro cefálico del recién nacido	Cesárea	522	34,0297	2,67113	,11691
	Vaginal	1012	34,1989	2,08056	,06540
Perímetro torácico del recién nacido (cm)	Cesárea	522	32,8703	3,06392	,13410
	Vaginal	1010	33,4456	2,42671	,07636

**Fuente:** ficha de recolección de datos

En la tabla 7, revela algunas diferencias interesantes. Peso del recién nacido (gr): La media del peso del recién nacido es 3016.989 gramos para cesárea y 3162.657 gramos para parto vaginal. Dado que la significancia es de 0.001 y la media es menor para cesárea, se puede concluir que el peso promedio del recién nacido es significativamente menor en el caso de cesárea en comparación con el parto vaginal.

Talla del recién nacido (cm): La media de la talla del recién nacido es 48.6067 cm para cesárea y 48.8754 cm para parto vaginal. Con una significancia de 0.141, no se encuentra una diferencia significativa entre las medias. Por lo tanto, no se puede concluir que haya una diferencia significativa en la talla del recién nacido entre los dos tipos de parto.

Perímetro cefálico del recién nacido: La media del perímetro cefálico es 34.0297 cm para cesárea y 34.1989 cm para parto vaginal. Con una significancia de 0.172 y considerando que la media es ligeramente menor para cesárea, no se encuentra una

diferencia significativa en el perímetro cefálico del recién nacido entre los dos tipos de parto.

Perímetro torácico del recién nacido (cm): La media del perímetro torácico es 32.8703 cm para cesárea y 33.4456 cm para parto vaginal. Dado que la significancia es de 0.001 y la media es menor para cesárea, se puede concluir que el perímetro torácico promedio del recién nacido es significativamente menor en el caso de cesárea en comparación con el parto vaginal.

### Tabla 8

*Tabla cruzada chi cuadrado Tipo de parto \* Sexo del recién nacido*

		Sexo del recién nacido		Total
		Femenino	Masculino	
Tipo de parto	Cesárea	250	272	522
	Vaginal	529	483	1012
Total		779	755	1534

**Fuente:** ficha de recolección de datos

En la tabla 9 la muestra total de 1534 recién nacidos, hay 779 bebés de sexo femenino y 755 de sexo masculino. Al desglosar estos datos por tipo de parto, vemos que, en el grupo de cesáreas, hay 250 bebés de sexo femenino y 272 de sexo masculino, mientras que, en el parto vaginal, hay 529 bebés de sexo femenino y 483 de sexo masculino.

Esto sugiere que hay una distribución relativamente equitativa de sexos en la muestra total, con una ligera predominancia de bebés de sexo femenino. Además, parece no haber una diferencia notable en la distribución del sexo del recién nacido entre los diferentes tipos de parto, ya que la proporción de bebés de cada sexo es similar tanto en cesáreas como en partos vaginales.



**Tabla 9**

*Relación entre los factores de parto por cesárea y el sexo del recién nacido*

		Cesárea			
		Sexo del recién nacido			
		Femenino		Masculino	
		Recuento	% del N de fila	Recuento	% del N de fila
Fatores	Factor Fetal	113	47,9%	123	52,1%
	Factor Materno	115	46,9%	130	53,1%
	Factor ovular	22	53,7%	19	46,3%

**Fuente:** ficha de recolección de datos

En la tabla 10 los datos muestran cómo se distribuye el sexo del recién nacido en función de diferentes factores asociados al parto por cesárea, observamos que, en cuanto al factor fetal, el 47.9% de los recién nacidos de sexo femenino y el 52.1% de los recién nacidos de sexo masculino se asocian con este factor. Esto sugiere una distribución casi equitativa de sexos en relación con los problemas que afectan directamente al feto durante el parto por cesárea.

Por otro lado, en relación con el factor materno, vemos una distribución similar, con el 46.9% de los recién nacidos de sexo femenino y el 53.1% de los recién nacidos de sexo masculino asociados con este factor. Esto indica que las condiciones maternas pueden tener un impacto similar en la probabilidad de tener un recién nacido de determinado sexo durante la cesárea.

Por último, en lo que respecta al factor ovular, observamos una ligera diferencia en la distribución del sexo del recién nacido, con el 53.7% de los recién nacidos de sexo femenino y el 46.3% de los recién nacidos de sexo masculino asociados con este factor.



**Tabla 10**

*Factores de cesárea*

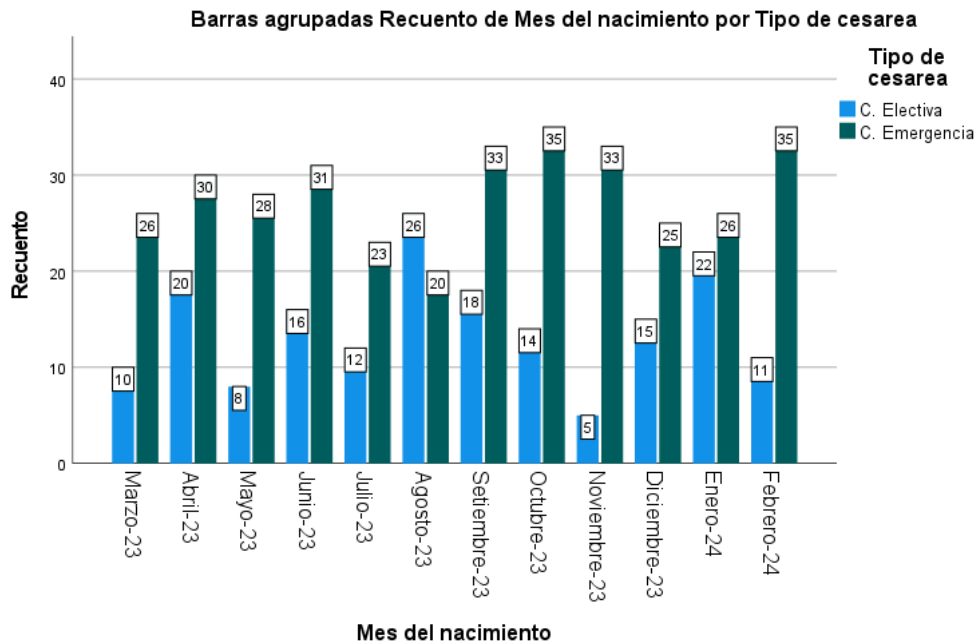
		Recuento	% de N columnas
Fatores de cesárea	Factor Materno	245	46,9%
	Factor Fetal	236	45,2%
	Factor Ovular	41	7,9%

**Fuente:** ficha de recolección de datos

La tabla 11 muestra la distribución de los diferentes factores asociados a las cesáreas durante el parto. Según los resultados, el factor materno representa el 46.9% del total de casos de cesáreas, con un recuento de 245 casos. Esto indica que casi la mitad de las cesáreas se realizan debido a condiciones o complicaciones relacionadas con la madre. Por otro lado, el factor fetal contribuye con el 45.2% del total, con 236 casos. Esto sugiere que un porcentaje similar de cesáreas se lleva a cabo debido a problemas relacionados con el feto. Finalmente, el factor ovular representa el 7.9% del total de casos de cesáreas, con un recuento de 41 casos. Aunque es el menos común de los tres factores, aún tiene relevancia clínica y puede influir en la decisión de realizar una cesárea. En resumen, estos datos destacan la importancia de evaluar tanto la salud materna como fetal durante el parto, así como las consideraciones obstétricas, para determinar la necesidad de una cesárea y garantizar un resultado seguro para la madre y el bebé.

**Figura 3**

*Recuento del mes de nacimiento por tipo de cesárea*



**Fuente:** ficha de recolección de datos

**Tabla 11**

*Recuento del mes de nacimiento por tipo de cesárea*

Mes del nacimiento	Tipo de cesárea			
	C. Electiva		C. Emergencia	
	Recuento	% del N de fila	Recuento	% del N de fila
Marzo-23	10	27,8%	26	72,2%
Abril-23	20	40,0%	30	60,0%
Mayo-23	8	22,2%	28	77,8%
Junio-23	16	34,0%	31	66,0%
Julio-23	12	34,3%	23	65,7%
Agosto-23	26	56,5%	20	43,5%
Setiembre-23	18	35,3%	33	64,7%
Octubre-23	14	28,6%	35	71,4%
Noviembre-23	5	13,2%	33	86,8%
Diciembre-23	15	37,5%	25	62,5%
Enero-24	22	45,8%	26	54,2%
Febrero-24	11	23,9%	35	76,1%
<b>Total</b>	<b>177</b>	<b>33,9%</b>	<b>345</b>	<b>66,1%</b>

**Fuente:** ficha de recolección de datos

En la figura N° 3 y tabla 12 los datos presentados muestran la distribución de los tipos de cesárea, ya sea electiva o de emergencia, en función del mes de nacimiento. Al

analizar estos datos, podemos observar variaciones significativas en la proporción de cesáreas electivas y de emergencia a lo largo de los meses.

En marzo de 2023, el 27.8% de las cesáreas fueron electivas, mientras que el 72.2% fueron de emergencia. Esta proporción de cesáreas electivas es la más baja registrada en el período observado. Por otro lado, en agosto de 2023, el 56.5% de las cesáreas fueron electivas, mostrando una proporción notablemente más alta de cesáreas planificadas en comparación con otros meses.

Si observamos el total de los datos, encontramos que el 33.9% de todas las cesáreas realizadas fueron electivas, mientras que el 66.1% fueron de emergencia. Esto indica que las cesáreas de emergencia son significativamente más comunes en comparación con las cesáreas electivas durante el período estudiado.

Estas variaciones en la proporción de cesáreas electivas y de emergencia a lo largo de los meses pueden estar influenciadas por una variedad de factores, como la disponibilidad de recursos médicos, la planificación del parto por parte de los pacientes y los criterios médicos para realizar cesáreas de emergencia. Además, podrían reflejar tendencias estacionales en la salud materna y fetal, así como en las prácticas médicas.

## Tabla 12

*Relación entre la edad gestacional y el tipo de cesárea*

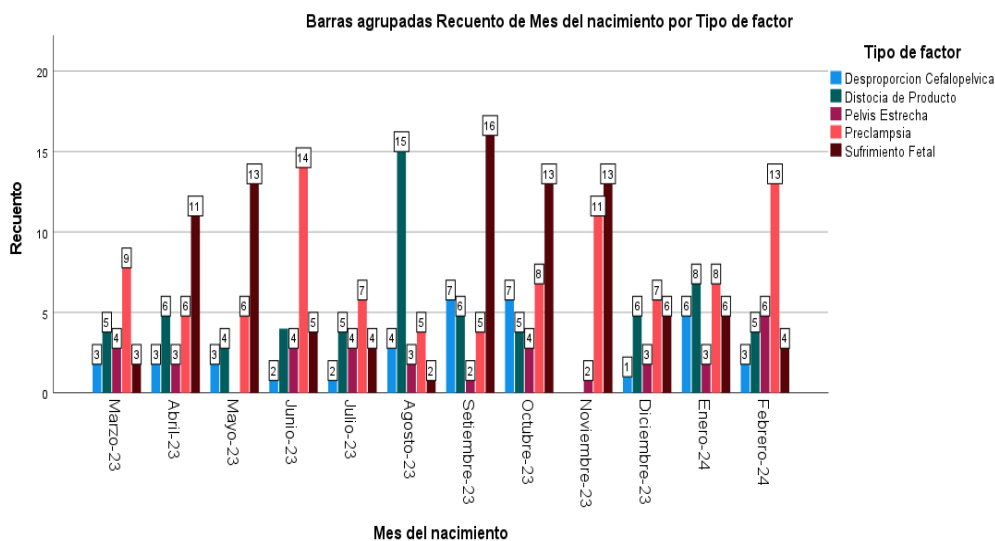
		Tipo de cesárea					
		C. Electiva		C. Emergencia		Total	
		Recuento	% del N de fila	Recuento	% del N de fila	Recuento	% del N de fila
Edad gestacional categorizada	Prematuros	38	34,2%	73	65,8%	111	100,0%
	Maduros	138	33,7%	272	66,3%	410	100,0%
	Posmaduros	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%

**Fuente:** ficha de recolección de datos

En la tabla 13 se observa la relación entre el tipo de cesárea (electiva o de emergencia) y la edad gestacional categorizada en prematuros, maduros y posmaduros. Los resultados muestran que, entre los prematuros, el 34.2% de las cesáreas fueron electivas y el 65.8% fueron de emergencia, lo que indica una mayor proporción de cesáreas de emergencia en este grupo. Por otro lado, entre los fetos maduros, el 33.7% fueron cesáreas electivas y el 66.3% fueron de emergencia. Este patrón se mantiene consistente con una proporción más alta de cesáreas de emergencia en comparación con las electivas. Sin embargo, es importante destacar que solo se registró un caso de cesárea en fetos posmaduros, lo que limita la interpretación de este grupo. Estos hallazgos sugieren que la edad gestacional puede influir en la decisión de realizar una cesárea, con una mayor incidencia de cesáreas de emergencia en prematuros y maduros.

#### Figura 4

*Barras agrupadas del recuento de mes de nacimiento por el y tipo de factor de cesárea*



**Fuente:** ficha de recolección de datos

**Tabla 13**

*Recuento de mes de nacimiento por él y tipo de factor de cesárea*

		Tipo de factor									
		Preeclampsia		Sufrimiento Fetal		Pelvis Estrecha		Placenta previa		Distocia de Producto	
		Recuento	% del N de fila	Recuento	% del N de fila	Recuento	% del N de fila	Recuento	% del N de fila	Recuento	% del N de fila
Mes del nacimiento	Marzo-23	9	39,1 %	3	13,0 %	4	17,4 %	2	8,7%	5	21,7 %
	Abril-23	6	23,1 %	11	42,3 %	3	11,5 %	0	0,0%	6	23,1 %
	Mayo-23	6	25,0 %	13	54,2 %	0	0,0%	1	4,2%	4	16,7 %
	Junio-23	14	50,0 %	5	17,9 %	4	14,3 %	1	3,6%	4	14,3 %
	Julio-23	7	30,4 %	4	17,4 %	4	17,4 %	3	13,0 %	5	21,7 %
	Agosto-23	5	20,0 %	2	8,0%	3	12,0 %	0	0,0%	15	60,0 %
	Setiembre-23	5	16,7 %	16	53,3 %	2	6,7%	1	3,3%	6	20,0 %
	Octubre-23	8	26,7 %	13	43,3 %	4	13,3 %	0	0,0%	5	16,7 %
	Noviembre-23	11	42,3 %	13	50,0 %	2	7,7%	0	0,0%	0	0,0%
	Diciembre-23	7	31,8 %	6	27,3 %	3	13,6 %	0	0,0%	6	27,3 %
	Enero-24	8	32,0 %	6	24,0 %	3	12,0 %	0	0,0%	8	32,0 %
	Febrero-24	13	44,8 %	4	13,8 %	6	20,7 %	1	3,4%	5	17,2 %

**Fuente:** ficha de recolección de datos

En la figura N° 4 y tabla 14 en este caso, los meses más relevantes y los datos más altos y bajos para cada tipo de factor asociado a las cesáreas son los siguientes:

Para la preeclampsia, los meses más destacados son marzo, junio, julio, noviembre y febrero de 2023, con porcentajes que representan el 39.1%, 50.0%, 42.3%, 42.3% y 44.8% respectivamente. Estos meses muestran una alta proporción de casos de cesáreas relacionadas con preeclampsia.

En cuanto al sufrimiento fetal, los meses más relevantes son abril, mayo, septiembre y octubre de 2023, donde los porcentajes de casos representan el 42.3%, 54.2%, 53.3% y 50.0% del total de cesáreas respectivamente. Estos meses muestran una mayor incidencia de sufrimiento fetal como motivo para realizar cesáreas.

Para la pelvis estrecha, los meses más destacados son marzo, junio, julio y noviembre de 2023, con porcentajes que representan el 17.4%, 17.4%, 13.6% y 20.7% respectivamente. Estos meses muestran una proporción más alta de casos de cesáreas relacionadas con pelvis estrecha.

En cuanto a la placenta previa, el mes más destacado es septiembre de 2023, donde representa el 13.0% de todas las cesáreas. Este mes muestra una incidencia relativamente alta de placenta previa como motivo para realizar cesáreas.

Por último, para la distocia de producto, el mes más relevante es agosto de 2023, donde representa el 60.0% de todas las cesáreas. Este mes muestra una incidencia significativamente alta de distocia de producto como motivo para realizar cesáreas.

**Tabla 14**

*Tabla cruzada tipo de cesárea por causal de cesárea*

		Factores			Total	
		Factor Fetal	Factor Materno	Factor Ovular		
Tipo de cesárea	C. Electiva	Recuento	128	49	0	177
		% dentro de Factores	54,2%	20,0%	0,0%	33,9%
	C. Emergencia	Recuento	108	196	41	345
		% dentro de Factores	45,8%	80,0%	100,0%	66,1%
Total		Recuento	236	245	41	522
		% dentro de Factores	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

*Pruebas de chi-cuadrado*

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	85,703 <sup>a</sup>	2	,000
Razón de verosimilitud	97,937	2	,000
Asociación lineal por lineal	83,531	1	,000
N de casos válidos	522		

a. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 13.90.

**Fuente:** ficha de recolección de datos

La tabla 15, tabla cruzada muestra la distribución de las causas de cesárea (factor fetal, factor materno y factor ovular) según el tipo de cesárea (electiva o de emergencia).

En cuanto a las cesáreas electivas, se observa que el factor fetal representó el 54.2% de los casos, mientras que el factor materno representó el 20.0%. No se registraron casos relacionados con el factor ovular en las cesáreas electivas. Por otro lado, en las cesáreas de emergencia, el factor materno fue el más común, representando el 80.0% de los casos, seguido por el factor fetal con el 45.8%. El factor ovular estuvo presente en el 100.0% de las cesáreas de emergencia.

La prueba de chi-cuadrado arrojó un valor significativo de 85.703 con 2 grados de libertad (gl), indicando que existe una asociación significativa entre el tipo de cesárea y las causas de cesárea ( $p < 0.001$ ). Esto sugiere que el tipo de cesárea está relacionado de manera significativa con las causas que la provocan, lo que respalda la importancia de considerar estos factores en la toma de decisiones clínicas durante el parto.

### Tabla 15

*Tabla cruzada tipo de cesárea y número de partos de la madre*

		Número de partos de la madre				
		Primigesta	Secundigesta	Multigesta	Total	
Tipo de cesárea	C. Electiva	Recuento	35	63	79	177
		%	22,7%	34,2%	42,9%	33,9%
	C. Emergencia	Recuento	119	121	105	345
		%	77,3%	65,8%	57,1%	66,1%
Total		Recuento	154	184	184	522
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Fuente:** ficha de recolección de datos



**Tabla 16***Prueba de chi-cuadrado*

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	15,289 <sup>a</sup>	2	,000
Razón de verosimilitud	15,655	2	,000
Asociación lineal por lineal	15,155	1	,000
N de casos válidos	522		

a. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 52.22.

**Fuente:** ficha de recolección de datos

En la tabla 16 y 17, la tabla cruzada muestra la distribución del número de partos de la madre (primigesta, secundigesta, multigesta) según el tipo de cesárea (electiva o de emergencia).

Para las cesáreas electivas, se observa que el 42.9% de las mujeres que se someten a este tipo de cesárea son multigestas, seguidas por un 34.2% de secundigestas y un 22.7% de primigestas. En contraste, en las cesáreas de emergencia, el 77.3% de las mujeres son primigestas, seguidas por un 65.8% de secundigestas y un 57.1% de multigestas.

La prueba de chi-cuadrado revela un valor significativo de 15.289 con 2 grados de libertad (gl), indicando una asociación significativa entre el tipo de cesárea y el número de partos de la madre ( $p < 0.001$ ). Esto sugiere que el número de partos de la madre influye de manera significativa en la probabilidad de que se realice una cesárea y respalda la importancia de considerar este factor en la toma de decisiones clínicas durante el parto.

**Tabla 17**

*Indicaciones de cesárea en el hospital Manuel Núñez butrón entre marzo del 2023 a febrero del 2024 por tipo de factor materno, fetal y obstétrico.*

			Recuento	% de N columnas
Indicaciones Para Cesárea	Factor Materno	Preeclampsia	99	19.0%
		Desproporción Cefalopélvica	41	7.9%
		Pelvis Estrecha	38	7.3%
		Cesárea Previa	29	5.6%
		Trabajo De Parto Prolongado	18	3.4%
		Periodo intergenésico corto	10	1.9%
		Miomatosis, quistes y hernias	7	1.3%
		Código Blanco	2	0.4%
		Factor Fetal	Sufrimiento Fetal	96
Distocia de Producto	69		13.2%	
Embarazo múltiple	35		6.7%	
Macrosomía Fetal	23		4.4%	
Prematuridad	8		1.5%	
Polihidramnios y malformaciones	4		0.8%	
Factor Ovular	Oligohidramnios	14	2.7%	
	Desprendimiento Prematuro de placenta	11	2.1%	
	Placenta previa	9	1.7%	
	Ruptura Prematura de Membranas	7	1.3%	
Total			522	100,0%

**Fuente:** ficha de recolección de datos

En la tabla 17 los datos presentados revelan una distribución variada de los factores asociados a cesáreas durante el parto. Se observa que, dentro de los factores maternos, la preeclampsia es la causa más frecuente, representando el 19.0% de los casos, seguida de la desproporción cefalopélvica (7.9%) y la pelvis estrecha (7.3%). Estas condiciones pueden requerir una cesárea para garantizar la salud de la madre y el bebé durante el parto. Por otro lado, entre los factores fetales, el sufrimiento fetal es la indicación más común (18.4%), seguido de la distocia de producto (13.2%) y el embarazo múltiple (6.7%). Estas condiciones pueden comprometer la salud del feto durante el parto y justificar la realización de una cesárea. Entre los factores ovulares, el oligohidramnios (2.7%) y el desprendimiento prematuro de placenta (2.1%) son las causas más destacadas,

seguidas de la placenta previa (1.7%) y la ruptura prematura de membranas (1.3%). Estos factores obstétricos pueden complicar el parto y requerir una cesárea para evitar riesgos para la madre y el bebé. En resumen, el cuadro proporciona una visión detallada de las indicaciones para cesárea según diferentes factores, destacando la diversidad de situaciones clínicas que pueden justificar esta intervención quirúrgica durante el parto.

**Tabla 18**

*Clasificación del tipo de distocia del recién nacido*

	Recuento	% de N columnas
Tipo de distocia Podálico	49	71,0%
Transverso	9	13,0%
Oblicuo	11	15,9%
Total	69	100,0%

**Fuente:** ficha de recolección de datos

En la tabla 18 los datos presentados revelan la distribución de los diferentes tipos de distocia del recién nacido durante el parto. Según los resultados, la distocia podálica es el tipo más frecuente, con un total de 49 casos, lo que representa aproximadamente el 71.0% del total. Esto indica que la presentación podálica, donde el bebé está posicionado con los pies o las nalgas hacia abajo en lugar de la cabeza, es la situación más común en la que se encuentra una distocia del recién nacido. Por otro lado, la distocia transversa y la distocia oblicua representan el 13.0% y el 15.9% del total respectivamente, con 9 y 11 casos cada una. Aunque menos frecuentes, estas situaciones aún tienen importancia clínica y requieren una atención especial durante el parto para garantizar un resultado seguro tanto para la madre como para el bebé.

## **4.2. DISCUSIÓN**

El presente estudio abordó exhaustivamente los factores determinantes del parto por cesárea, arrojando resultados significativos que proporcionan una comprensión más profunda de esta práctica obstétrica. Se exploraron diversos aspectos, incluyendo la edad



gestacional, el historial obstétrico de la madre, el tipo de parto y las causas médicas subyacentes.

En cuanto al tipo de parto, Comparando las tasas de cesárea entre este estudio y la investigación previa realizada por Ortiz O. (2019), en el Hospital III Goyeneche, se evidencia una discrepancia significativa. Mientras que en este estudio la tasa de cesárea fue del 34.03%, en el estudio de Ortiz O. fue del 41.55% (59). Esta disparidad sugiere posibles diferencias en las prácticas obstétricas entre los dos hospitales, lo que podría influir en las decisiones de parto. Además, el hecho de que ambas tasas estén por encima del rango recomendado del 10 al 15% por la OMS plantea interrogantes sobre la necesidad de revisar y ajustar las políticas y protocolos de atención obstétrica en ambos hospitales para garantizar una atención óptima y minimizar las tasas de cesárea innecesaria.

La comparación entre los datos obtenidos de cesáreas del Hospital Manuel Núñez Butrón, donde se encontró que el 33.9% fueron electivas y el 66.1% de emergencia, y los resultados de Tacca Q et al (2022), que mostró un 32.1% de cesáreas programadas y un 67.9% de emergencia (27), resalta una tendencia hacia un mayor número de procedimientos de emergencia en ambos casos. Estos resultados se alinean con investigaciones más amplias que sugieren un aumento en las cesáreas por razones de emergencia, posiblemente relacionadas con preocupaciones sobre la salud fetal y materna. Además, la consistencia en estudios peruanos que indican que más del 80% de las cesáreas ocurren en situaciones de emergencia, lo que destaca la vulnerabilidad de este grupo de pacientes y la necesidad de una atención pediátrica, o neonatológica, y ambientes o servicios especializados para manejar adecuadamente estas situaciones de alto riesgo.



En relación con el historial obstétrico de la madre, se observó que las primigestas tenían una probabilidad significativamente mayor de someterse a cesáreas de emergencia en comparación con las secundigestas y multigestas, con porcentajes del 77.3%, 65.8% y 57.1% respectivamente.

Respecto a la tabla 15 revela la relación entre la edad gestacional del feto y el tipo de cesárea realizada, ya sea electiva o de emergencia. Entre los fetos prematuros, se observa una proporción similar de cesáreas electivas (21.5%) y de emergencia (21.2%). Sin embargo, entre los fetos a término, la mayoría de las cesáreas son de emergencia (78.8%), a pesar de que un alto porcentaje también son electivas (78.0%). Estos hallazgos coinciden con la investigación de Ortiz O. (2019), que indica una prevalencia significativa de cesáreas entre las 37 y 40 semanas de gestación (59), posiblemente influenciada por las recomendaciones del Consenso de Obstetricia FASGO que desaconsejan la cesárea antes de las 39 semanas (60), destacando la importancia de consideraciones médicas precisas en la determinación del momento óptimo para la intervención cesárea.

En cuanto al presente estudio, la preeclampsia emergió como un factor materno significativo, representando el 19% de los casos de cesárea, lo que indica su impacto en la salud materna y fetal. En contraste con el estudio realizado con Barrena Neyra et al. (2020) el estudio previo destacó la cesárea anterior como la indicación más común, abarcando un 25.3% del total de cesáreas segmentarias (61). Esta discrepancia puede reflejar variaciones en la prevalencia de las condiciones médicas entre las poblaciones estudiadas, así como diferencias en la gestión de los casos entre los hospitales.

Entre los factores fetales, el sufrimiento fetal también fue una causa prominente, contribuyendo con un 18.5% de las cesáreas. Estos porcentajes destacan la importancia de la vigilancia en el control prenatal adecuada y el monitoreo continuo durante el trabajo



de parto para identificar y abordar estas complicaciones de manera oportuna. En el presente estudio también se observa que el valor de significancia para el peso y el perímetro torácico del recién nacido es muy bajo ( $p = 0.001$ ), lo que indica que la diferencia en estas medidas entre los dos tipos de parto es altamente significativa. Esto respalda la idea de que el peso y el tamaño del tórax del recién nacido son factores clave en la determinación del parto por cesárea.

El análisis de los factores obstétricos revela la diversidad de condiciones que pueden influir en la decisión de realizar una cesárea. Específicamente, la presencia de oligohidramnios (2.7%), desprendimiento prematuro de placenta (2.1%), placenta previa (1.7%) y ruptura prematura de membranas (1.3%) son hallazgos significativos que pueden requerir una intervención quirúrgica durante el parto. Estos resultados están en línea con la investigación de Santillán et al. (2018), quienes encontraron que las complicaciones obstétricas, como la placenta previa y el desprendimiento prematuro de placenta, estaban asociadas con un mayor riesgo de cesárea (62). Esta concordancia subraya la importancia de identificar y abordar adecuadamente estos factores obstétricos para optimizar los resultados maternos y neonatales durante el parto.



## V. CONCLUSIONES

- El análisis epidemiológico revela una alta tasa de cesáreas en el Hospital Manuel Núñez Butrón, alcanzando el 34.03%, superando las recomendaciones de la OMS y destacando la necesidad de revisar y ajustar los protocolos de atención obstétrica. La prevalencia de cesáreas de emergencia sobre las electivas subraya la importancia de gestionar adecuadamente las emergencias obstétricas.
- Entre los factores maternos, la preeclampsia es la causa más frecuente de cesárea (19.0%), seguida de la desproporción cefalopélvica (7.9%) y la pelvis estrecha (7.3%), justificando la intervención quirúrgica para garantizar la seguridad de madre y feto.
- El sufrimiento fetal es la indicación más común entre los factores fetales (18.4%), seguido de la distocia de producto (13.2%) y el embarazo múltiple (6.7%), destacando la importancia del monitoreo fetal para tomar decisiones oportunas. Además, se observa una significativa diferencia en el peso y perímetro torácico del recién nacido entre los partos vaginal y por cesárea.
- Entre los factores ovulares destaca el oligohidramnios(2.7%) y desprendimiento prematuro de placenta(2.1%).



## VI. RECOMENDACIONES

- Fortalecer los programas educativos prenatales en el Hospital Manuel Núñez Butrón: Proporcionar información detallada sobre el parto, posibles complicaciones y estrategias de manejo puede empoderar a las mujeres embarazadas para tomar decisiones informadas durante el proceso de parto.
- Promover la atención prenatal temprana y regular en el Hospital Manuel Núñez Butrón: Fomentar la asistencia oportuna a las citas de control prenatal puede ayudar a identificar y abordar complicaciones médicas u obstétricas anticipadamente, potencialmente reduciendo la necesidad de cesáreas de emergencia.
- Incentivar el parto vaginal siempre que sea seguro en el Hospital Manuel Núñez Butrón ya que puede contribuir a disminuir la tasa de cesáreas innecesarias.
- Se recomienda que, al enfrentarse a una solicitud de cesárea sin indicación médica clara, se aborden y discutan de manera detallada los posibles riesgos tanto para la madre como para el recién nacido. Estos riesgos pueden incluir complicaciones como el acretismo placentario, la placenta previa y problemas respiratorios en el neonato. Es esencial que esta discusión informada se lleve a cabo para que la madre pueda tomar una decisión consciente y bien fundamentada sobre el método de parto más adecuado en su situación particular.
- Estimular la investigación en el Hospital Manuel Núñez Butrón: Es crucial realizar más investigaciones para comprender los factores que influyen en la decisión de realizar cesáreas y desarrollar intervenciones efectivas para reducir su incidencia. Apoyar la investigación continua en este campo es esencial para mejorar la atención obstétrica y los resultados maternos y neonatales.





## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. In: Sexual and Reproductive Health and Research. Organización Mundial de la Salud; 2015.
2. 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 [Internet]. 2015 Dec 1 [cited 2024 Apr 9];314(21):2263–70. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2473490>
3. Thuillier C, Roy S, Peyronnet V, Quibel T, Nlandu A, Rozenberg P. Impact of recommended changes in labor management for prevention of the primary cesarean delivery. Am J Obstet Gynecol. 2018 Mar 1;218(3):341.e1-341.e9.
4. Neu J, perinatology JRC in, 2011 undefined. Cesarean versus vaginal delivery: long-term infant outcomes and the hygiene hypothesis. perinatology.theclinics.com [Internet]. [cited 2024 Apr 9]; Available from: [https://www.perinatology.theclinics.com/article/S0095-5108\(11\)00029-7/abstract](https://www.perinatology.theclinics.com/article/S0095-5108(11)00029-7/abstract)
5. Shao Y, Forster S, Tsaliki E, Vervier K, Nature AS, 2019 undefined. Stunted microbiota and opportunistic pathogen colonization in caesarean-section birth. nature.com Y Shao, SC Forster, E Tsaliki, K Vervier, A Strang, N Simpson, N Kumar, MD Stares Nature, 2019 • nature.com [Internet]. [cited 2024 Apr 9]; Available from: <https://www.nature.com/articles/s41586-019-1560-1>
6. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2021. In Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2021. p. 164–77.
7. Neyra MB, Ildefonso PQ, Noriega MF, Rabanal CL. Frecuencia e indicaciones del parto por cesárea en un hospital docente de Lima, Perú. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2020;66(2):19–24.



8. Costa Aponte F, Sanchez Aguilar A. La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES. Instituto Nacional de Estadística e Informática. 2018;(July):1–23.
9. Solheim KN, Esakoff TF, Little SE, Cheng YW, Sparks TN, Caughey AB. The effect of cesarean delivery rates on the future incidence of placenta previa, placenta accreta, and maternal mortality. *J Matern Fetal Neonatal Med* [Internet]. 2011 Nov [cited 2024 Apr 9];24(11):1341–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21381881/>
10. Instituto Nacional Materno Perinatal [Internet]. [cited 2024 Mar 28]. Available from: <https://www.inmp.gob.pe/Servicios/Tarifario>
11. 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. *Lancet* [Internet]. 2006 Jun 3 [cited 2024 Mar 20];367(9525):1819–29. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16753484/>
12. Escalona JR, Moraga AM, Castro C, Celis P. Caesareans section frequency in public and private establishments of the Province of Concepción, Chile, 2001-2019[Frecuencia de y cesáreas en establecimientos públicos y privados de la Provincia de Concepción, Chile, 2001-2019]. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2022 Dec 1;87(6):369–74.
13. Darsareh F, Aghamolaei T, Rajaei M, Madani A. Determinants of caesarean birth on maternal demand in the Islamic Republic of Iran: a review. *East Mediterr Health J* [Internet]. 2017 [cited 2024 Mar 18];23(6):441–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28836657/>



14. Prevalence and Causes of Cesarean Section in Iran: Systematic Review and Meta-Analysis - PubMed [Internet]. [cited 2024 Mar 19]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26060756/>
15. Yang C, Ouyang D. [Variation trend and influential factors for cesarean section rate in a general hospital in Changsha from 2008 to 2017]. *Zhong Nan Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban* [Internet]. 2019 Mar 1 [cited 2024 Mar 19];44(3):334–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30971528/>
16. Hernández JAM, Enciso MGF, Torres MPO. Factors associated with the increase in cesareans in Mexico, 2011-2014 | Factores asociados al incremento de cesáreas en México, 2011-2014. *Poblac Salud Mesoam*. 2020 Jan 1;17(2):Article 17(2).
17. Singh N, Pradeep Y, Jauhari S. Indications and determinants of cesarean section: A cross-sectional study. *Int J Appl Basic Med Res* [Internet]. 2020 [cited 2024 Mar 19];10(4):280. Available from: [https://journals.lww.com/ijab/fulltext/2020/10040/indications\\_and\\_determinants\\_of\\_cesarean\\_section\\_.12.aspx](https://journals.lww.com/ijab/fulltext/2020/10040/indications_and_determinants_of_cesarean_section_.12.aspx)
18. López JJV, Lizárraga AP, Ojeda PM. Cesarean section trend: A reflection from ethics | Tendência à cesárea: Uma reflexão a partir da ética. *Acta Bioeth*. 2021 Jun 1;27(1):119–26.
19. Boerma T, Ronsmans C, Melesse DY, Barros AJD, Barros FC, Juan L, et al. Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. *The Lancet*. 2018 Oct 13;392(10155):1341–8.
20. Díaz Arroyo E, Campos De Ávila FA. FACTORES ASOCIADOS AL PARTO POR CESÁREA Y SU RELACIÓN CON EL COMPORTAMIENTO DE LOS NACIDOS VIVOS EN COLOMBIA. Universidad de la Costa. 2020;



21. Colta Colta BM. Factores de riesgo materno que inducen al parto por cesarea en mujeres gestantes del Hospital San Vicente de Paúl. Repositorio Digital Universidad Técnica del Norte. 2022;
22. Zelada Lázaro VP. Factores maternos, fetales y ovulares asociados a partos por cesárea en gestantes atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia. Hospital PNP Luis N. Saenz junio. Repositorio Institucional - URP - Universidad Ricardo Palma. 2019;
23. Profesional Medicina Humana E DE, Bustamante Juan Carlos Para optar al Título Profesional de Médico Cirujano Asesor H, MED Eliana Janette Ojeda Lazo M. Factores asociados al incremento de las cesáreas en el servicio de maternidad del Hospital Regional del Cusco, 2019. Universidad Andina del Cusco [Internet]. 2020 Apr 30 [cited 2024 Apr 11]; Available from: <http://repositorio.uandina.edu.pe/handle/20.500.12557/3382>
24. Villegas Alberto SM, Sarmiento Sulca KR. Prevalencia e indicaciones de las cesáreas en gestantes del hospital Hugo Pesce Pesceto de Andahuaylas, 2021. 2023;
25. Cardenas Flores GM. Factores asociados a la indicación de cesárea en gestantes atendidas en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión Cerro de Pasco 2021. Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión. 2023;
26. Ortiz Ortiz MB. Prevalencia de cesárea segmentaria, sus indicaciones y factores de riesgo en gestantes del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital III Goyeneche. Repositorio de la Universidad Católica de Santa María - UCSM. 2021;
27. Mishell T, Tacca Y, Greysy Q, Torres K, Saenz C, Aleyandru M, et al. Determinación de factores asociados al parto por cesárea en gestantes atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital III EsSalud - Juliaca, enero



- 2019 - agosto 2022. Universidad Continental [Internet]. 2023 [cited 2024 Mar 19]; Available from: <https://repositorio.continental.edu.pe/handle/20.500.12394/12860>
28. Loayza IMA, Loayza IMA, Loayza IMA, Loayza IMA. Indicaciones de cesáreas injustificadas y su relación con complicaciones materno perinatales en el Hospital ESSALUD III Puno, año 2018 [Internet]. Puno: Universidad Nacional del Altiplano. Facultad de Medicina Humana. Escuela Profesional de Medicina Humana; 2019 [cited 2024 Mar 19]. Available from: <http://tesis.unap.edu.pe/handle/UNAP//9773>
29. Luque Coyla AS. Indicaciones y tasa de cesáreas en el Hospital EsSalud III Puno en el año 2016. Universidad Nacional del Altiplano [Internet]. 2017 Mar 27 [cited 2024 Mar 19]; Available from: <https://repositorio.unap.edu.pe/handle/20.500.14082/3851>
30. Las etapas del trabajo de parto y el parto: ¡llegó el momento de tener al bebé! - Mayo Clinic [Internet]. [cited 2024 Mar 24]. Available from: <https://www.mayoclinic.org/es/healthy-lifestyle/labor-and-delivery/in-depth/stages-of-labor/art-20046545>
31. Ríos E, SA, LA, AF, MP, & CC. Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología. [Internet]. Ministerio de Salud. Lima: Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima.; 2018 [cited 2024 Mar 20]. Available from: [https://scholar.google.com/scholar?hl=es&as\\_sdt=0%2C5&q=guia+de+procedimientos+obstetricos+minsa&btnG=](https://scholar.google.com/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=guia+de+procedimientos+obstetricos+minsa&btnG=)
32. Carlos Schnapp S, Eduardo Sepúlveda S, Jorge Andrés Robert S. Operación cesárea. Revista Médica Clínica Las Condes. 2014 Nov 1;25(6):987–92.
33. Jama CS, 2013 undefined. Defining “term” pregnancy: recommendations from the Defining “Term” Pregnancy Workgroup. jamanetwork.com [Internet]. [cited 2024



- Mar 24]; Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/1685467>
34. Macones GA. ACOG Practice Bulletin No. 106: Intrapartum fetal heart rate monitoring: nomenclature, interpretation, and general management principles. *Obstetrics and gynecology* [Internet]. 2009 Jul [cited 2024 Mar 24];114(1):192–202. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19546798/>
35. ACOG Practice Bulletin No. 154: Operative Vaginal Delivery. *Obstetrics and gynecology* [Internet]. 2015 Nov 1 [cited 2024 Mar 24];126(5):e56–65. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26488523/>
36. Research agenda for preterm birth: recommendations from the March of Dimes. Elsevier [Internet]. [cited 2024 Mar 29]; Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937805003522>
37. Author E, Moore K. Langman’s medical embryology. 2022 [cited 2024 Mar 29]; Available from: <https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=GpWkEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT14&dq=Sadler,+T.+W.+Langman%27s+Medical+Embryology+&ots=xMr4BQHsWU&sig=EHJQObhmkotodX60fH0mLFyHFeY>
38. Grobman W. Practice Bulletin No. 184: Vaginal Birth After Cesarean Delivery. *Obstetrics and gynecology* [Internet]. 2017 Nov 1 [cited 2024 Mar 24];130(5):E217–33. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29064970/>
39. ACOG Practice Bulletin No. 202: Gestational Hypertension and Preeclampsia. *Obstetrics and gynecology* [Internet]. 2019 Jan 1 [cited 2024 Mar 24];133(1):e1–25. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30575675/>
40. Jama CS, 2013 undefined. Defining “term” pregnancy: recommendations from the Defining “Term” Pregnancy Workgroup. *jamanetwork.com* [Internet]. [cited 2024



- Mar 24]; Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/1685467>
41. Neal J, Lowe N, Patrick T, ... LCJ of O, 2010 undefined. What is the slowest-yet-normal cervical dilation rate among nulliparous women with spontaneous labor onset? Elsevier [Internet]. [cited 2024 Mar 24]; Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S088421751530294X>
  42. Ray C Le, Audibert F, ... FGOA, 2011 undefined. When to Stop Pushing: Effects of Duration of Second-Stage Expulsion Efforts on Maternal and Neonatal Outcomes in Nulliparous Women with Epidural Analgesia. journals.lww.com [Internet]. [cited 2024 Mar 24]; Available from: [https://journals.lww.com/obstetricanesthesia/fulltext/2011/03000/When\\_to\\_Stop\\_Pushing\\_Effects\\_of\\_Duration\\_of.34.aspx](https://journals.lww.com/obstetricanesthesia/fulltext/2011/03000/When_to_Stop_Pushing_Effects_of_Duration_of.34.aspx)
  43. Conde-Agudelo A, Rosas-Bermú Dez A, Kafury-Goeta AC. Birth spacing and risk of adverse perinatal outcomes: a meta-analysis. jamanetwork.com [Internet]. 2006 [cited 2024 Mar 24];295(15):1809–23. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/202711>
  44. Zelada Lázaro VP. Factores maternos, fetales y ovulares asociados a partos por cesárea en gestantes atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia. Hospital PNP Luis N. Saenz junio. Repositorio Institucional - URP - Universidad Ricardo Palma [Internet]. 2019 [cited 2023 Oct 22]; Available from: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/1845>
  45. Ehsanipoor R. Practice Bulletin No. 160: Premature Rupture of Membranes. Obstetrics and gynecology [Internet]. 2016 [cited 2024 Mar 24];127(1):e39–51. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26695586/>



46. Garmel SH, Chelmow D, Sha SJ, Roan JT, D'Alton ME. Oligohydramnios and the appropriately grown fetus. *Am J Perinatol* [Internet]. 1997 [cited 2024 Mar 24];14(6):359–63. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9217959/>
47. Ananth C V., Oyelese Y, Yeo L, Pradhan A, Vintzileos AM. Placental abruption in the United States, 1979 through 2001: Temporal trends and potential determinants. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2005 Jan [cited 2024 Mar 24];192(1):191–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15672024/>
48. Cahill AG, Beigi R, Heine RP, Silver RM, Wax JR. Placenta Accreta Spectrum. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2018 Dec 1 [cited 2024 Mar 24];219(6):B2–16. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30471891/>
49. Carvajal Cabrera J, Ralph Troncoso C. *Manual de Obstetricia y Ginecología*. X. Pontificia Universidad Católica de Chile; 2019.
50. Mayteé Vaillant Correoso L, Dandicourt Thomas C, Yolaydys Mackensie Soria L. Prevención del embarazo en adolescentes. *Rev Cubana Enferm* [Internet]. 2012 [cited 2024 Apr 11];28(2):125–35. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192012000200008&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192012000200008&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
51. Stone JE, Kuller JA, Norton ME, Abuhamad A. The Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM) Fetal Anomalies Consult Series. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2019 Nov 1 [cited 2024 Apr 11];221(5):B2–24. Available from: <http://www.ajog.org/article/S0002937819310166/fulltext>
52. De F, Humana M, De Obstetricia EAP, Guevara ZZ. Influencia de la psicoprofilaxis obstétrica de emergencia en la actitud frente al trabajo de parto de las primigestas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de marzo a





- mayo del 2015. Repositorio de Tesis - UNMSM [Internet]. 2015 [cited 2024 Apr 11]; Available from: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/4398>
53. Calderon Huaman RR. Pre eclampsia severa en segundigesta cesareada anterior en Hospital de III nivel 2017. Universidad José Carlos Mariátegui [Internet]. 2020 [cited 2024 Apr 11]; Available from: <https://repositorio.ujcm.edu.pe/handle/20.500.12819/1197>
54. Chamorro BC, Arleth Y. Nivel de conocimientos y actitudes sobre los signos y síntomas de alarma durante el embarazo en primigestas en comparación con las multigestas en el C.S. Santa Maria del Valle. Huánuco – 2022. 2022 [cited 2024 Apr 11]; Available from: <http://repositorio.unheval.edu.pe/handle/20.500.13080/8015>
55. Grandi C, Sardá FLR del HMIR, 2004 undefined. Estimación de la edad gestacional: Revisión de la literatura. redalyc.org [Internet]. 2004 [cited 2024 Apr 11];23(3). Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/912/91223310.pdf>
56. y FCMR colombiana de obstetricia, 2009 undefined. El control prenatal: una reflexión urgente. scielo.org.co [Internet]. [cited 2024 Apr 11]; Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74342009000200007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74342009000200007&script=sci_arttext)
57. Recién D, En N, Centro EL, Salud DE, Aguirre BH, Bach MM, et al. Anemia ferropénica materna y la somatometría del recién nacido en el centro de salud Ascensión Huancavelica - 2014 [Internet]. Universidad Nacional de Huancavelica; 2015 [cited 2024 Apr 11]. Available from: <http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/454>
58. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 2014 [cited 2024 Mar 30]; Available from:



- <https://pdfs.semanticscholar.org/f6bf/7901dceae8e87c5760eb13ff6ef5ff3f072.pdf>
- f
59. Ortiz Ortiz MB. Prevalencia de cesárea segmentaria, sus indicaciones y factores de riesgo en gestantes del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital III Goyeneche. Repositorio de la Universidad Católica de Santa María - UCSM [Internet]. 2021 [cited 2023 Oct 22]; Available from: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/10844>
60. Lucca A, Ortiz A, Amenabar S. CONSENSO DE OBSTETRICIA – FASGO : Cesárea a demanda. 2014;1–11. - Buscar con Google [Internet]. [cited 2024 Apr 1]. Available from: [https://www.google.com/search?q=Lucca+A%2C+Ortiz+A%2C+Amenabar+S.+CONSENSO+DE+OBSTETRICIA+%E2%80%93+FASGO+%3A+Ces%C3%A1rea+a+demanda.+2014%3B1%E2%80%9311.&rlz=1C1CHBF\\_esPE1022PE1022&oq=Lucca+A%2C+Ortiz+A%2C+Amenabar+S.+CONSENSO+DE+OBSTETRICIA+%E2%80%93+FASGO+%3A+Ces%C3%A1rea+a+demanda.+2014%3B1%E2%80%9311.&gs\\_lcrp=EgZjaHJvbWUyBggAEEUYOdIBCDE2ODhqMGo3qAIIIsAIB&sourceid=chrome&ie=UTF-8](https://www.google.com/search?q=Lucca+A%2C+Ortiz+A%2C+Amenabar+S.+CONSENSO+DE+OBSTETRICIA+%E2%80%93+FASGO+%3A+Ces%C3%A1rea+a+demanda.+2014%3B1%E2%80%9311.&rlz=1C1CHBF_esPE1022PE1022&oq=Lucca+A%2C+Ortiz+A%2C+Amenabar+S.+CONSENSO+DE+OBSTETRICIA+%E2%80%93+FASGO+%3A+Ces%C3%A1rea+a+demanda.+2014%3B1%E2%80%9311.&gs_lcrp=EgZjaHJvbWUyBggAEEUYOdIBCDE2ODhqMGo3qAIIIsAIB&sourceid=chrome&ie=UTF-8)
61. Neyra MB, Ildefonso PQ, Noriega MF, Rabanal CL. Frecuencia e indicaciones del parto por cesárea en un hospital docente de Lima, Perú. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia [Internet]. 2020 [cited 2024 Apr 1];66(2):19–24. Available from: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-51322020000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322020000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
62. Santillán H, Abner N, Sánchez P, Espinoza R, Angélica M, Kuoc G. Factores relacionados a partos por Cesárea en el Hospital II EsSalud de Huánuco.



dialnet.unirioja.es [Internet]. 2018 [cited 2024 Apr 1];2(1):10–7. Available from:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7174426>

## ANEXOS

### ANEXO 1: Operacionalización de variables

Dimensión	VARIABLES INDEPENDIENTES	Tipo de Variable	Escala	Indicador	Índice
<b>Factores epidemiológicos</b>	Tipo de parto	Cualitativa dicotómica	Nominal	-Cesárea -Vaginal	1 = Cesárea 2 = Vaginal
	Tipo de cesárea	Cualitativa dicotómica	Nominal	-c. electiva -c. emergencia	1=c. electiva 2=c. emergencia
<b>Factores Maternos</b>	Edad de la madre	Cuantitativa discreta	Razón	Edad en años	Nº de años
	Número de partos de la madre	Cualitativa discreta	Ordinal	-Primigesta -Secundigesta -Multigesta	1= Primigesta 2 = Secundigesta 3 = Multigesta
	Edad gestacional de la madre	Cuantitativa discreta	Razón	Edad gestacional en semanas cumplidas	Numero de semanas
	Número de controles prenatales	Cuantitativa Discreta	Razón	Número total de controles prenatales realizados	Número de controles
	Causas maternas	Cualitativa politómica	Nominal	-Cesárea Previa -Preeclampsia -Desproporción Cefalopélvica -Trabajo De Parto Prolongado -Pelvis Estrecha -Periodo intergenésico corto -Miomatosis, quistes y hernias -Código Blanco	21 = Cesárea Previa 22 = Preeclampsia 23 = Desproporción Cefalopélvica 24 = Trabajo De Parto Prolongado 25 = Pelvis Estrecha 26 = Periodo intergenésico corto 27 = Miomatosis, quistes y hernias 28 = Código Blanco
	Distocia de producto	Categórica politómica	Nominal	-Oblicuo -Transverso -Podálico	1 = Oblicuo 2 = Transverso 3 = Podálico
<b>Factores Fetales</b>	Sexo del recién nacido	Cualitativa dicotómica	Nominal	-Femenino -Masculino	1 = Femenino 2 = Masculino
	Peso del recién nacido	Cuantitativa continua	Razón	Peso en gramos (gr)	Cantidad de gramos
	Talla del recién nacido	Cuantitativa continua	Razón	Talla en centímetros (cm)	Cantidad de centímetros
	Perímetro cefálico del recién nacido	Cuantitativa continua	Razón	Perímetro en centímetros (cm)	Cantidad de centímetros
	Perímetro torácico del recién nacido (cm)	Cuantitativa continua	Razón	Perímetro en centímetros (cm)	Cantidad de centímetros



	Causas fetales	Cualitativa politómica	Nominal	-Embarazo múltiple -Macrosomía Fetal -Sufrimiento Fetal -Distocia de Producto -Prematuridad -Polihidramnios y malformaciones	11 = Embarazo múltiple 12 = Macrosomía Fetal 13 = Sufrimiento Fetal 14 = Distocia de Producto 15 = Prematuridad 16 = Polihidramnios y malformaciones
<b>Factores Ovulares</b>	Causas obstétricas	Cualitativa politómica	Nominal	-Ruptura Prematura de Membranas - Oligohidramnios - Desprendimiento Prematuro de placenta -Pracenta previa	31 = Ruptura Prematura de Membranas 32 = Oligohidramnios 33 = Desprendimiento Prematuro de placenta 34 = Placenta previa



**ANEXO 2: Ficha de recolección de datos**

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS			
Fecha:	____/____/____		
Edad de la madre	_____		
Numero de partos de la madre	Primigesta	<input type="checkbox"/>	
	Secundigesta	<input type="checkbox"/>	
	Multigesta	<input type="checkbox"/>	
Edad gestacional de la madre	_____		
Numeros de controles prenatales	_____		
Sexo del recién nacido	Femenino	<input type="checkbox"/>	
	Masculino	<input type="checkbox"/>	
Peso del recién nacido (gr)	_____		
Talla del recién nacido (cm)	_____		
Perimetro cefalico del recién nacido (cm)	_____		
Perimetro toracico del recién nacido (cm)	_____		
Tipo de parto	Cesarea	<input type="checkbox"/>	
	Natural	<input type="checkbox"/>	
Factor Fetal	Embarazo multiple	<input type="checkbox"/>	
	Macrosomia Fetal	<input type="checkbox"/>	
	Sufrimiento Fetal	<input type="checkbox"/>	
	Distocia de Producto	<input type="checkbox"/>	
	Prematuridad	<input type="checkbox"/>	
	Polihidramnios y malformaciones	<input type="checkbox"/>	
	<i>* si marco distocia de producto especificar el tipo:</i>		<input type="checkbox"/>
		Oblicuo	<input type="checkbox"/>
	transverso	<input type="checkbox"/>	
	Podálico	<input type="checkbox"/>	
Factor Materno	Cesarea Previa	<input type="checkbox"/>	
	Preclampsia	<input type="checkbox"/>	
	Desproporcion Cefalopelvica	<input type="checkbox"/>	
	Trabajo De Parto Prolongado	<input type="checkbox"/>	
	Pelvis Estrecha	<input type="checkbox"/>	
	Periodo intergenesico corto	<input type="checkbox"/>	
	Miomatosis, quistes y hernias	<input type="checkbox"/>	
	Código Blanco	<input type="checkbox"/>	
Factor Obstetrico	Ruptura Prematura de Membranas	<input type="checkbox"/>	
	Oligohidramnios	<input type="checkbox"/>	
	Desprendimiento Prematuro de placenta	<input type="checkbox"/>	
	Pracenta previa	<input type="checkbox"/>	



### ANEXO 3: Autorización del jefe de departamento de ginecología y obstetricia



PERÚ Ministerio de Salud

HOSPITAL REGIONAL  
"MANUEL NUÑEZ BUTRON" PUNO  
UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACION  
AV. El Sol 1021-Puno Teléfonos 351021-369696

"Año del Bicentenario, de la Consolidación de nuestra Independencia y de la Conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

Puno, 18 de marzo del 2024

OFICIO N° **000750** -2024-D-UAID-HR "MNB" – PUNO

Señor Dr.:  
**Robert M. MOLLEPAZA M.**  
**JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

Presente.-

ASUNTO: Presentación de Tesista.

Por medio del presente es grato dirigirme a usted para, presentar a la señorita **Yaneth Vilma ASCENCIO MANZANO**, Bachiller de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional del Altiplano Puno; quien desarrollará el Trabajo de Investigación Titulado **"FACTORES QUE DETERMINAN EL PARTO POR CESAREA EN GESTANTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL "MANUEL NUÑEZ BUTRÓN" DE PUNO – MARZO 2023 – FEBRERO 2024**, a partir de la fecha, con la autorización de su Jefatura. Se solicita brindar las facilidades del caso.

Es propicia la oportunidad para expresarle mis consideraciones más distinguidas.

Atentamente,

JPVR/MBA/MLM  
CC. Arch.





## ANEXO 4: Declaración jurada de autenticidad de tesis



Universidad Nacional  
del Altiplano Puno



Vicerrectorado  
de Investigación



Repositorio  
Institucional

### DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD DE TESIS

Por el presente documento, Yo YANETH VILMO ASCENCIO MANZANO,  
identificado con DNI 7220654 en mi condición de egresado de:

Escuela Profesional,  Programa de Segunda Especialidad,  Programa de Maestría o Doctorado

MEDICINA HUMANA

informo que he elaborado el/la  Tesis o  Trabajo de Investigación denominada:

"FACTORES QUE DETERMINAN EL PARTO POR CESÁREA EN GESTANTES  
DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL MANUEL  
NÚÑEZ BUTRÓN - PUNO, MARZO 2023 - FEBRERO 2024"

Es un tema original.

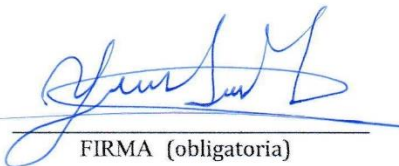
Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y **no existe plagio/copia** de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

En caso de incumplimiento de esta declaración, me someto a las disposiciones legales vigentes y a las sanciones correspondientes de igual forma me someto a las sanciones establecidas en las Directivas y otras normas internas, así como las que me alcancen del Código Civil y Normas Legales conexas por el incumplimiento del presente compromiso

Puno 24 de abril del 2024

  
FIRMA (obligatoria)



Huella





## ANEXO 5: Autorización para el depósito de tesis en repositorio institucional



Universidad Nacional  
del Altiplano Puno



Vicerrectorado  
de Investigación



Repositorio  
Institucional

### AUTORIZACIÓN PARA EL DEPÓSITO DE TESIS O TRABAJO DE INVESTIGACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Por el presente documento, Yo YANETH VILMA ASCENCIO MANZANO,  
identificado con DNI 72220654 en mi condición de egresado de:

Escuela Profesional,  Programa de Segunda Especialidad,  Programa de Maestría o Doctorado

MEDICINA HUMANA

informo que he elaborado el/la  Tesis o  Trabajo de Investigación denominada:

"FACTORES QUE DETERMINAN EL PARTO POR CESÁREA EN GESTANTES  
DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL MANUEL  
NUÑEZ BUTRÓN - PUNO, MARZO 2023 - FEBRERO 2024"

para la obtención de  Grado,  Título Profesional o  Segunda Especialidad.

Por medio del presente documento, afirmo y garantizo ser el legítimo, único y exclusivo titular de todos los derechos de propiedad intelectual sobre los documentos arriba mencionados, las obras, los contenidos, los productos y o las creaciones en general (en adelante, los "Contenidos") que serán incluidos en el repositorio institucional de la Universidad Nacional del Altiplano de Puno.

También, doy seguridad de que los contenidos entregados se encuentran libres de toda contraseña, restricción o medida tecnológica de protección, con la finalidad de permitir que se puedan leer, descargar, reproducir, distribuir, imprimir, buscar y enlazar los textos completos, sin limitación alguna.

Autorizo a la Universidad Nacional del Altiplano de Puno a publicar los Contenidos en el Repositorio Institucional y, en consecuencia, en el Repositorio Nacional Digital de Ciencia, Tecnología e Innovación de Acceso Abierto, sobre la base de lo establecido en la Ley N° 30035, sus normas reglamentarias, modificatorias, sustitutorias y conexas, y de acuerdo con las políticas de acceso abierto que la Universidad aplique en relación con sus Repositorios Institucionales. Autorizo expresamente toda consulta y uso de los Contenidos, por parte de cualquier persona, por el tiempo de duración de los derechos patrimoniales de autor y derechos conexos, a título gratuito y a nivel mundial.

En consecuencia, la Universidad tendrá la posibilidad de divulgar y difundir los Contenidos, de manera total o parcial, sin limitación alguna y sin derecho a pago de contraprestación, remuneración ni regalía alguna a favor mío; en los medios, canales y plataformas que la Universidad y/o el Estado de la República del Perú determinen, a nivel mundial, sin restricción geográfica alguna y de manera indefinida, pudiendo crear y/o extraer los metadatos sobre los Contenidos, e incluir los Contenidos en los índices y buscadores que estimen necesarios para promover su difusión.

Autorizo que los Contenidos sean puestos a disposición del público a través de la siguiente licencia:

Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional. Para ver una copia de esta licencia, visita: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

En señal de conformidad, suscribo el presente documento.

Puno 24 de abril del 2024

  
FIRMA (obligatoria)



Huella