

UNIVERSIDAD NACIONAL “HERMILIO VALDIZAN”

**FACULTAD DE OBSTETRICIA
ALTO RIESGO EN OBSTETRICIA**



**“FACTORES ASOCIADOS AL PARTO POR CESÁREA EN GESTANTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE TINGO MARÍA – HUÁNUCO, 2019”.**

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: CIENCIAS DE LA SALUD

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN ALTO RIESGO EN OBSTÉTRICA**

TESISTA:

Obsta. TALENAS LAZARTE, EDITH MAVILA.

ASESORA:

DRA. PRADO JUSCAMAITA, JUSTINA ISABEL.

HUÁNUCO – PERÚ

2023.

DEDICATORIA

Esta tesis consagro especialmente a mis hijos Junior y Vivian, que son el impulso para seguir avanzando en mis metas anhelados, me dieron fuerzas con su amor día a día superando las adversidades que se me presentaron durante el proceso de mis estudios.

A mi madre Victoria Lazarte, por su paciencia y comprensión.

A mi compañero de vida Carlos Velapatiño, quien con su amor incondicional me apoyo en los momentos difíciles de mi vida, acompañándome y brindándome la paz y tranquilidad para no desfallecer en el intento. ¡Gracias Totales! ...

EDITH MAVILA.

AGRADECIMIENTO

A Dios por estar presente en todo momento de mi vida guiándome por el camino del éxito.

Muchas gracias por su apoyo y confianza depositada en mí persona, mi asesora Dra. Isabel Prado Juscamaita por la orientación, soporte y paciencia que me brinda durante la elaboración de mi tesis.

EDITH MAVILA.

RESUMEN

Objetivo: El objetivo de este estudio fue determinar los factores asociados al parto por cesárea en gestantes atendidas en el Hospital de Tingo María – Huánuco 2019. **Metodología:** La metodología utilizada en este estudio fue observacional, retrospectiva, transversal y analítica. El diseño fue correlacional.

Resultados: Los factores maternos asociados al parto por cesárea en gestantes atendidas en el Hospital de Tingo María – Huánuco 2019, fueron la indicación de cesárea (P: 0.001), la desproporción feto pélvica (P: 0.017); la rotura uterina (P: 0.018) y la preeclampsia severa (P: 0.001). Los factores fetales asociados al parto por cesárea en gestantes fueron la situación transversa (P: 0.002), la Presentación podálica (P: 0.010) y la macrosomía fetal (P: 0.026). Y como factores placentarios pudimos observar que la Placenta previa (P: 0.041), el Desprendimiento prematuro de placenta (P: 0.001) y la Corioamnionitis (P: 0.021). **Conclusiones:** Los factores asociados a la indicación de cesárea en gestantes atendidas en el Hospital de Tingo María – Huánuco 2019, fueron la indicación de cesárea, la desproporción feto pélvica, la rotura uterina, la preeclampsia severa, la situación transversa, la Presentación podálica, la macrosomía fetal, la Placenta previa, el Desprendimiento prematuro de placenta y la Corioamnionitis.

Palabras claves: Los factores, el parto por cesárea, mujeres embarazadas.

ABSTRACT

Objective: The objective of this study was to know what factors were related to cesarean delivery in pregnant women treated at the Hospital de Tingo María - Huánuco in 2019. **Methodology:** The methodology used in this study was observational, retrospective, cross-sectional and analytics. The design was correlational. **Results:** The maternal factors associated with the indication of cesarean section in pregnant women treated at the Hospital de Tingo María - Huánuco 2019, were the indication of cesarean section (P: 0.001), the fetus-pelvic disproportion (P: 0.017); uterine rupture (P: 0.018) and severe preeclampsia (P: 0.001). Within the fetal factors associated with the indication of cesarean section in pregnant women treated at the Hospital de Tingo María - Huánuco 2019, we were able to observe that the transverse situation (P: 0.002), the Breech Presentation (P: 0.010) and the fetal macrosomia (P: 0.010). 0.026). And as placental factors associated with the indication of cesarean section for pregnant women treated at the Hospital de Tingo María - Huánuco 2019, we were able to observe that placenta previa (P: 0.041), placental abruption (P: 0.001) and chorioamnionitis (P: 0.041). 0.021). **Conclusions:** The factors associated with the indication of cesarean section for pregnant women treated at the Hospital de Tingo María - Huánuco 2019, were the indication for cesarean section, fetus-pelvic disproportion, uterine rupture, severe preeclampsia, transverse situation, breech presentation, fetal macrosomia, placenta previa, placental abruption and chorioamnionitis.

Keywords: Factors, cesarean delivery, pregnant women.

INDICE

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
INTRODUCCIÓN.....	viii
CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	10
1.1. Descripción del Problema	10
1.2. Formulación del Problema	12
1.2.1. Problema General	12
1.2.2. Problemas Específicos.....	12
1.3. Objetivos.....	12
1.3.1. Objetivo General	13
1.3.2. Objetivos Específicos.....	13
1.4. Hipótesis.....	13
1.4.1. Hipótesis general.....	13
1.4.2. Hipótesis específicas.....	13
1.5. Variables.....	14
1.5.1. Variable independiente:	14
1.6. Operacionalización de Variables	15
1.7. Justificación e importancia.....	16
1.8. Limitaciones	16
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO.....	17
2.1. Antecedentes de la investigación.	17
2.1.1. Antecedentes internacionales	17
2.1.2. Antecedentes nacionales	21
2.2. Bases teóricas.....	26
2.3. Definición de términos básicos	39
2.4. Bases epistemológicas.....	39
CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO.....	43
3.1. Tipo de investigación	43
3.2. Diseño y esquema de la investigación.....	43
3.3. Determinación de la población población.....	43
3.4. Selección de la Muestra	43
3.5. Fuentes, Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.....	44
3.5.1. Técnicas.....	44
3.5.2. Instrumentos de recolección de datos.....	44

3.6. Técnicas de Recojo, Procesamiento y Presentación de Datos.....	45
3.7. Consideraciones Éticas	45
CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSION DE RESULTADOS.....	47
4.1. Presentación de Resultados.....	47
4.2. Discusión de Resultados.....	59
CONCLUSIONES.....	61
SUGERENCIAS.....	63
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

Érase una vez en el siglo pasado, se inició la cesárea moderna para reducir las complicaciones, morbilidad y mortalidad materna y neonatal. Lamentablemente, hoy en día, sin embargo, la cesárea no se utiliza solo cuando es necesario y solo para salvar a la madre y al producto; más bien, poco a poco está siendo asumido como algo lujoso por algunas comunidades. En casi todos los recursos científicos, la tasa esperada de parto por cesárea se considera tan baja como 13%, y según los documentos de la Organización Mundial de la Salud, se recomienda que sea tan baja como 15% (3). Esos documentos también informan que la tasa promedio de parto por cesárea en los últimos años ha aumentado entre un 10 y un 15 % en todos los países del mundo. Algunos estudios muestran que la probabilidad de que una mujer se someta a una cesárea es 3 veces mayor que hace 20 años. (1)

El parto por cesárea se realiza por motivos tan diversos como embarazo a mayor edad, menor número de embarazos previos de la mujer, obesidad, sufrimiento fetal, etc. (2)

Mucha gente piensa que hay más probabilidad de salud de los recién nacidos en caso de cesárea, mientras que los estudios han demostrado que el riesgo de muerte en los recién nacidos por cesárea es 4 veces mayor que los recién nacidos por parto vaginal. Las complicaciones más graves para los neonatos nacidos por cesárea son los problemas respiratorios fetales como la Taquipnea Transitoria (TTN) y el Síndrome de Dificultad Respiratoria (SDR), los cortes con bisturí y el aumento de las tasas de ingreso de recién nacidos en la unidad de cuidados intensivos neonatales (3). Además, los expertos creen que la

puntuación de Apgar al minuto de los recién nacidos por cesárea es menor que la de los recién nacidos por el parto vaginal. (4)

La presente investigación tiene como finalidad determinar los factores asociados al parto por cesárea en gestantes atendidas en el Hospital de Tingo María – Huánuco 2019, con ello poder brindar recomendaciones a nivel institucional para no sobrepasar el porcentaje establecido por la OMS para cesáreas.

El presente estudio expresa especial importancia por cuanto responde a una problemática obstétrica creciente tanto en el país, como en el ámbito de estudio, que es el Hospital de Tingo María – Huánuco. El aporte teórico del estudio radica en que permitirá generar evidencia científica nueva y local para el análisis de los diversos factores de riesgo que se ven asociados al incremento de cesáreas. El estudio permitirá una mayor comprensión de las particularidades o características de las gestantes.

Los factores asociados a la indicación de cesárea en gestantes atendidas en el Hospital de Tingo María – Huánuco 2019, fueron la indicación de cesárea, la desproporción feto pélvica, la rotura uterina, la preeclampsia severa, la situación transversa, la Presentación podálica, la macrosomía fetal, la Placenta previa, el Desprendimiento prematuro de placenta y la Corioamnionitis.

La presente investigación, presenta cuatro capítulos y fuera de ellos la conclusión, sugerencias y referencias. El capítulo I analiza el problema de investigación; el capítulo II contiene el marco teórico; el capítulo III nos explica marco metodológico y el capítulo IV nos da a conocer los resultados y discusión de resultados.

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción del Problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que no hay justificación para tasas de cesáreas superiores al 10 %-15 %, y define estas cifras como tasas limitantes (5). Estudios previos han observado dos tendencias principales en la distribución del parto quirúrgico en los países en desarrollo. Los países más pobres (especialmente los países africanos) tienen tasas más bajas, debido al acceso limitado al procedimiento, incluso cuando está indicado, con el consiguiente impacto en la morbilidad de las madres y los recién nacidos. Por otro lado, los países en desarrollo con una situación económica más estable, como los países latinoamericanos y China, tienen tasas altas. (6)

Brasil tiene altas tasas de cesáreas. Datos de 2010 muestran que la proporción de partos por cesárea en todo el país fue de 52,3 %, ocurriendo las tasas más altas en la región sur (58,2 %) y sureste (58,3 %), regiones en las que predomina un modelo de atención más médico. Aunque las tasas también fueron altas (44,3 %) en la región nororiental, aún fueron más bajas que en las regiones sur y sureste. En el estado de Bahía, la prevalencia fue del 38,4 %. (7)

De acuerdo con la OMS y Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) la tasa de cesárea debe ser como máximo un 15 % en un nosocomio (8). El estado peruano supera el 20 %, lo que le sitúa por delante de España y de países industrializados. Alemania, Francia y Hungría. Comparten esta situación. En América Latina, algunos países superan la tasa recomendada; Brasil por ejemplo tiene el porcentaje más alto del mundo (9). Según la Encuesta

Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), la tasa se ha aumentado casi 10 % en los últimos seis años. Según la proyección del 2021 el 26.5 % de los nacimientos institucionales (los realizados en establecimientos de salud) fueron cesáreas. Los datos reflejan las intervenciones del MINSA, Es salud, Fuerzas Armadas y del sector privado (9).

Como en muchos países en desarrollo, la tasa nacional de cesáreas en el Perú encubre graves dificultades. Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2018, la tasa nacional de nacimientos por cesárea es de 20,4%, a diferencia que en la ENDES 2000 era sólo un 12,7% (10). Las cesáreas se realizan con frecuencia de manera regular en los nosocomios públicas y privadas, aunque es más frecuente en el último. Sardiñas afirma que es la época de moda de las cesáreas. (11)

Las causas de cesárea en la adolescencia se deben a una variedad de factores. Entre los principales factores que contribuyen al aumento global de los nacimientos por cesáreas se encuentran los siguientes: El avance de las técnicas quirúrgicas y anestésicas (12), los cambios demográficos (13) además de sociales y culturales (14) (15).

La escasez de investigaciones sobre cesáreas inducidas sin justificación clínica es notable (16) (17) (18).

Según (ENDES) del 2019 y en el (INEI), la tasa de cesárea se ha incrementado casi 10 % a nivel nacional. Esta cifra agrupa las intervenciones del MINSA, Es salud, FFAA y del ámbito privado (9).

En el hospital Tingo María se atendieron 1,633 partos en el año 2018 de los cuales 744 terminaron en parto por vía alta (cesárea) lo que corresponde al 45.5%. esto es una información muy importante ya que podemos observar que las cifras se encuentran por encima de las recomendaciones de la OMS.

La presente investigación tiene como finalidad determinar los factores asociados al parto por cesárea en gestantes atendidas en el Hospital de Tingo María – Huánuco 2019, con ello poder brindar recomendaciones a nivel institucional para no sobrepasar el porcentaje establecido por la OMS para cesáreas.

1.2. Formulación del Problema

1.2.1. Problema General

¿Cuáles son los factores asociados al parto por cesárea en gestantes atendidas en el Hospital de Tingo María – Huánuco 2019?

1.2.2. Problemas Específicos

- ¿Cuáles son los factores maternos asociados al parto por cesárea en gestantes atendidas en el Hospital de Tingo María – Huánuco 2019?
- ¿Cuáles son los factores fetales asociados al parto por cesárea en gestantes atendidas en el Hospital de Tingo María – Huánuco 2019?
- ¿Cuáles son los factores uterinos placentarios asociados al parto por cesárea en gestantes atendidas en el Hospital de Tingo María – Huánuco 2019?
- ¿Cuál es la relación entre los factores con el parto por cesárea en gestantes atendidas en el Hospital de Tingo María – Huánuco 2019?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Determinar los factores asociados al parto por cesárea en gestantes atendidas en el Hospital de Tingo María – Huánuco 2019.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Identificar los factores maternos asociados al parto por cesárea en gestantes atendidas en el Hospital de Tingo María – Huánuco 2019.
- Identificar los factores fetales asociados al parto por cesárea en gestantes atendidas en el Hospital de Tingo María – Huánuco 2019.
- Identificar los factores uterinos placentarios asociados al parto por cesárea en gestantes atendidas en el Hospital de Tingo María – Huánuco 2019.
- Relacionar los factores con el parto por cesárea en gestantes atendidas en el Hospital de Tingo María – Huánuco 2019.

1.4. Hipótesis

1.4.1. Hipótesis general

Ha: Los factores maternos, fetales y los uterinos están asociados al parto por cesárea en gestantes atendidas en el Hospital de Tingo María – Huánuco 2019.

Ho: Los factores maternos, fetales y los uterinos no están asociados al parto por cesárea en gestantes atendidas en el Hospital de Tingo María – Huánuco 2019.

1.4.2. Hipótesis específicas

Ha₁: Los factores maternos están asociados al parto por cesárea en gestantes atendidas en el Hospital de Tingo María – Huánuco 2019.

Ho₁: Los factores maternos no están asociados al parto por cesárea en gestantes atendidas en el Hospital de Tingo María – Huánuco 2019.

Ha₂: Los factores fetales están asociados al parto por cesárea en gestantes atendidas en el Hospital de Tingo María – Huánuco 2019.

Ho₂: Los factores fetales no están asociados al parto por cesárea en gestantes atendidas en el Hospital de Tingo María – Huánuco 2019.

Ha₃: Los factores uterinos están asociados al parto por cesárea en gestantes atendidas en el Hospital de Tingo María – Huánuco 2019.

Ho₃: Los factores uterinos no están asociados al parto por cesárea en gestantes atendidas en el Hospital de Tingo María – Huánuco 2019.

1.5. Variables

1.5.1. Variable independiente:

Factores maternos, fetales y los uterinos

1.5.2. Variable dependiente:

Parto por cesárea en gestantes

1.6. Operacionalización de Variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION
VARIABLE INDEPENDIENTE: Factores asociados a la indicación de cesárea	Son las causas de indicación de cesárea	Factores maternos.	<ul style="list-style-type: none"> - Antecedente de parto cesárea - Desproporción feto pélvica - Dilatación uterina prolongada - Rotura uterina - Preeclampsia severa - Fracaso en la inducción. 	Dicotómico
		Factores fetales	<ul style="list-style-type: none"> - Situación transversa - Presentación podálica - Presentación de cara - Macrosomía fetal - Hipoxia fetal - Retardo de crecimiento intrauterino - Óbito fetal 	Dicotómico
		Factores uterinos placentarios.	<ul style="list-style-type: none"> - Placenta previa - Desprendimiento prematuro de placenta (DPP) - Procidencia y prolapso de cordón - Corioamnionitis 	Dicotómico
VARIABLE DEPENDIENTE: Parto por cesárea en gestantes	La cesárea es un procedimiento quirúrgico que implica hacer incisiones en el abdomen y el útero para dar a luz a un feto.	Según antecedentes obstétricos de la paciente.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Primera ✓ Iterativa ✓ Previa 	Ordinal
		Según las indicaciones	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Urgente ✓ Electiva 	Ordinal
		Según el tipo de técnica quirúrgica.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Corporal o clásica: ✓ Segmento corporal: (Beck) ✓ Segmento arciforme o transversal: (Kerr) 	Ordinal

1.7. Justificación e importancia

El presente estudio expresa especial importancia por cuanto responde a una problemática obstétrica creciente tanto en el país, como en el ámbito de estudio, que es el Hospital de Tingo María – Huánuco. El aporte teórico del estudio radica en que permitirá generar evidencia científica nueva y local para el análisis de los diversos factores de riesgo que se ven asociados al incremento de cesáreas. El estudio permitirá una mayor comprensión de las particularidades o características de las gestantes.

El aporte práctico se centra en que pueda devenir en un referente para la mejora en la toma de decisiones obstétricas, el desarrollo de aspectos preventivo-promocionales en el cuidado del proceso gestacional y del control prenatal.

1.8. Limitaciones

Calidad de información registrada: Los datos requeridos para el estudio están ya consignados en documentos como la historia clínica materna, y el libro de registro de partos del servicio de Gineco Obstetricia del Hospital de Tingo María. Dichos datos han sido consignados por otras personas y en donde puede encontrarse omisión en algunos contenidos, por lo que se seleccionó solo aquellos que contengan datos completos.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación.

2.1.1. Antecedentes internacionales

New York. Ellen B. 2022. Factores asociados con las disparidades raciales y étnicas en el parto por cesárea entre mujeres con embarazos de bajo riesgo en hospitales de la ciudad de Nueva York, 2012-2017. La disertación comprendió tres estudios que se basaron en una cohorte de nacimiento transversal basada en la población, utilizando registros de certificados de nacimiento para la ciudad de Nueva York, para el período 2012-2017. El estudio se restringió a mujeres con embarazos de bajo riesgo, definidos como embarazos nulíparas únicos con presentación de vértice (NTSV) sin contraindicaciones para el parto vaginal a término ($\geq 37-41$ semanas de gestación) que dieron a luz en hospitales de Nueva York. Nuestros análisis CITS mostraron que las recomendaciones del ACOG-SMFM de 2014 sobre la reducción de las cesáreas primarias innecesarias dieron lugar a una disminución pequeña pero significativa de los partos por cesárea (cociente de riesgos: 0,94; IC del 95 %: 0,92-0,97), sin cambios en la serie de control de mujeres nulíparas con embarazos prematuros, no únicos o partos sin presentación de vértice. El efecto de las recomendaciones del ACOG-SMFM difirió según la raza/origen étnico materno, observándose disminuciones en las tasas de cesáreas NTSV estandarizadas por edad entre mujeres blancas no hispanas (cociente de riesgo: 0,93; IC del 95 %: 0,88-0,98) y mujeres hispanas (riesgo proporción: 0,92; IC del 95 %: 0,87-0,97), y ningún cambio entre las mujeres negras o asiáticas no hispanas. Este análisis también mostró disminuciones significativas en las cesáreas por indicaciones de distocia, un enfoque clave de las recomendaciones de ACOG-SMFM. Se observaron

disminuciones en las cesáreas en los hospitales que atienden a minorías y no minorías, sin embargo, la disminución general en los hospitales que atienden a minorías fue de significación estadística marginal ($p = 0.048$), y en los hospitales que atienden a no minorías, las disminuciones estadísticamente significativas en Las tasas de cesáreas se observaron solo entre mujeres blancas no hispanas. (19)

Estados Unidos, 2022. Gomez H, Fonge Y. Factores predictivos asociados con el parto por cesárea no planificado después de la inducción del trabajo de parto a término combinada con catéter de Foley y misoprostol. De los 375 pacientes incluidos, 84 (22,4%) presentaron una cesárea tras la inducción de FC-M. La indicación más frecuente de cesárea fue la LIO fallida (33,3%). Las personas que se sometieron a cesárea tenían más probabilidades de ser nulíparas, tener un IMC más alto y puntajes Bishop más bajos al comienzo de la inducción en comparación con las personas que dieron a luz por vía vaginal (VD). No hubo diferencia en la edad materna, raza, etnia o tasas de seguro público entre los dos grupos. No hubo diferencia en la edad gestacional al momento de la inducción, la indicación para la inducción, la morbilidad materna o el tabaquismo entre los dos grupos. Las pacientes que tuvieron una cesárea tuvieron una mediana de tiempo hasta el parto más larga (DC: 27,3 horas vs VD: 18,1 horas, $p < 0,001$) y más tiempo hasta el trabajo de parto activo (DC: 16,3 horas vs VD: 14,3 horas, $p = 0,003$). El tiempo hasta la amniotomía fue mayor para los pacientes que tuvieron una EC no planificada (CD: 11,4 horas vs. DV: 10,3 horas, $p = 0,002$). Las personas que tenían una cesárea tenían tasas más altas de colocación de catéteres de presión intrauterina, uso de epidural, uso de oxitocina y corioamnionitis. Las tasas de transfusión de sangre y hemorragia posparto

fueron más altas en las personas que tenían una cesárea. Los neonatos de pacientes sometidos a EC tuvieron una mediana de peso mayor (CD: 3,47 kg vs VD: 3,27 kg, $p=0,003$). No hubo diferencias significativas en la morbilidad neonatal entre los dos grupos. Conclusión La nuliparidad, la obesidad, las puntuaciones Bishop más bajas, el trabajo de parto prolongado y la amniotomía retrasada se relacionan con una cesárea no planificada después de la inducción combinada FC-M. Las personas con estos factores de riesgo deben recibir asesoramiento sobre su mayor riesgo de cesárea. (20)

Etiopía, 2020. Hana L, Semarya L, Jembere D. Incidencia de infección del sitio quirúrgico y factores asociados entre partos por cesárea en hospitales gubernamentales seleccionados en Addis Abeba, Etiopía. El objetivo de este estudio es evaluar la incidencia de infección del sitio quirúrgico entre los partos por cesárea y los factores asociados con ella en hospitales gubernamentales seleccionados que se encuentran en Addis Abeba, Etiopía, en 2019. Se empleó un diseño de estudio de cohorte prospectivo basado en hospitales para dar seguimiento a 175 mujeres que dieron a luz por cesárea en hospitales gubernamentales seleccionados en Addis Abeba, del 11 de marzo al 9 de abril de 2019. Se utilizó un método de muestreo de conveniencia para seleccionar unidades de estudio de forma aleatoria. hospitales seleccionados. Se corrieron estadísticas descriptivas para determinar la tasa de infección del sitio quirúrgico del parto por cesárea. La presencia y el grado de asociación entre el resultado y las variables independientes se calcularon a través del análisis de regresión logística bivariante y los factores que tenían un nivel de significación en el análisis de regresión logística bivariante se consideraron en el análisis de regresión logística multivariable. De 166 participantes que completaron el

seguimiento de 30 días, 25 (15%) de los participantes desarrollaron infección en el sitio quirúrgico. La edad, la edad gestacional, la duración de la operación y ≥ 5 exámenes vaginales mostraron una asociación significativa con la variable de resultado con AOR (95% IC) de (AOR = 1.504, 95% IC: (1.170 – 1.933), (AOR = 0.019, 95% IC: (0.001 – 0.291,), (AOR = 1.108, 95% IC: (1.025 – 1.197), y (AOR = 13.076, 95% IC: (1.018 – 168.002), respectivamente. (21)

Estados Unidos 2018. McClelland, S., Gorfinkle, N., Arslan, A.A. et al. Factores asociados con las tasas de parto por cesárea: una experiencia de una sola institución. salud materna, neonato. Se llevó a cabo un análisis de cohorte retrospectivo de todos los nacimientos en el Centro Médico Langone de la NYU entre 2005 y 2013. Dentro de los resultados se identificaron 37.692 partos en nuestra institución durante el período de estudio, realizados por 88 proveedores únicos. La tasa media de cesáreas fue del 29,6 %, con un rango para médicos individuales del 9,9 % al 75,6 %. En el análisis de regresión multivariable, la tasa de EC se correlacionó directamente con la edad promedio de las pacientes, el sexo masculino del médico, la proporción de partos de alto riesgo y la especialidad de Medicina Materno- Fetal, y se correlacionó inversamente con el número total de partos por médico y la tasa de parto con fórceps. No hubo diferencias significativas en las tasas de cesáreas entre las prácticas en grupo y en solitario. Dentro de la misma práctica grupal, la tasa de cesáreas de cada miembro estaba fuertemente correlacionada con la tasa de cesáreas promedio del grupo. Como conclusión nuestro estudio demuestra la amplia gama de tasas de cesáreas para los proveedores que ejercen dentro de la misma institución y reitera la asociación de las tasas de cesáreas con la edad de la paciente, el embarazo de alto riesgo y el volumen de proveedores. Entre los partos vaginales

operativos, la tasa de parto con fórceps se asoció con tasas más bajas de cesáreas, mientras que la tasa de parto con ventosa no lo fue. A pesar de estos hallazgos, los patrones de práctica dentro de las prácticas individuales parecen contribuir significativamente a la amplia gama de tasas de cesáreas. (22)

Brasil, 2017. Vieira, G.O., Fernandes, L.G., de Oliveira, N.F. et al. Factores asociados al parto por cesárea en hospitales públicos y privados de una ciudad del nordeste de Brasil: un estudio transversal. En esta investigación transversal se utilizó una cohorte de nacidos vivos. Durante el primer mes de vida se siguieron 1.344 parejas madre-hijo. Las variables estudiadas fueron las características socioeconómicas y demográficas de la madre y del recién nacido, así como la atención ofrecida durante el embarazo y el parto. Ambos modelos de predicción, es decir, la oferta de salud dentro del Sistema Nacional de Salud de Brasil (servicio público) y dentro de la red comercial, fueron sometidos a análisis jerárquico. Se calcularon las medidas de prevalencia y asociación. En total, 1.019 mujeres (75,7%) dieron a luz en un hospital público. No hubo relación entre las variables evaluadas y el parto por cesárea en el sector privado. Los partos por cesárea fueron comunes en ambos sectores, aunque la red privada casi cuadruplicó la tasa del sistema público. La ausencia de determinantes de nacimiento en el sector privado llamó la atención. (7)

2.1.2. Antecedentes nacionales

Ayacucho, 2021. Pino R, Zorrilla V. Parto cesáreas electivas y de urgencia en el Hospital Regional de Ayacucho. La cesárea representó el 51,8% (1455) de todos los nacimientos, siendo las indicaciones más frecuentes cesárea previa (17,2%), céfalo pélvico (13,7%), oligohidramnios (11,3%) y otras en menor porcentaje; asimismo, el 59,6% de las cesáreas son urgentes y el

40,4% son electivas. No existe una relación significativa entre las cesáreas y los factores de paridad, edad materna y nivel socioeconómico ($p > 0,05$). Conclusiones. Las cesáreas son más comunes en el 50% de las veces, con cesáreas previas, desproporción céfalo pélvica, oligohidramnios y sufrimiento fetal severo como primeros signos. Los tipos de cesáreas más comunes son las urgentes y las electivas. No existe correlación entre las cesáreas y la paridad, la edad materna y el nivel socioeconómico. (23)

Juliaca, 2021. Suarez G. Las cesáreas injustificadas: frecuencia, causas, complicaciones y factores asociados en el Hospital III de EsSalud. La metodología fue transversal, retrospectivo, observacional y analítico. En los resultados se encontraron 596 cesáreas, de las cuales 176 se consideraron injustificadas, lo que representa el 29,5 por ciento del total; el 100 por ciento se debió a una indicación relativa, mientras que el 19,3 por ciento fue planificado; el 81,8 por ciento fueron cesáreas primarias; las indicaciones fueron cesárea anterior (36,8%), dilatación estacionaria (19,5%), período prolongado de expulsión y miomatosis (17,2 por ciento); sufrimiento fetal (25 por ciento) y desnutrición La infección del tracto urinario (5,7 por ciento), la anemia (4,5 por ciento), la hemorragia posparto (2,8 por ciento), la infección de la herida operatoria (1,7 por ciento) y el síndrome adherente (1,2 por ciento) fueron entre las complicaciones maternas; las complicaciones perinatales incluyeron bajo peso al nacer (8,5 por ciento), Apgar bajo (1,7 por ciento), prematuridad y muerte perinatal (1,1 por ciento cada una); los factores asociados incluyeron paridad ($p: 0.0003$, OR: 2.3, IC: 1.4-3.8). Se encontró que la frecuencia de Cesáreas Injustificadas fue del 29,5 por ciento,

siendo los factores asociados la secundípara, la paridad, la indicación de cesárea relativa y la cesárea no programada. (24)

Lima. Sinchitullo A., 2020. Factores asociados a la cesárea en un hospital de Lima. Estudio analítico, retrospectivo, de casos y controles; la población estuvo conformada por partos vaginales o por cesárea atendidos entre 2014 y 2018. Se organizó el sondeo, y el total de partos fue de 988, de los cuales 329 fueron cesáreas. Para el cálculo de la razón de momios se utilizaron pruebas de Chi-cuadrado y regresión logística; el análisis se realizó con el programa estadístico SPSS 23. En gestantes se demostró que la cesárea previa es un factor asociado a la cesárea (OR=1,55, IC95 por ciento =1,12-2,15). Tener cesáreas preexistentes y tener un número pequeño de hijos fueron factores significativos asociados con el parto por cesárea. (25)

Cusco 2020. Ojeda E. Factores relacionados con el aumento de las cesáreas en el servicio obstétrico del Hospital Regional de Cusco. Se utilizaron los siguientes materiales y métodos para desarrollar este proyecto. Se realizó un análisis descriptivo, retrospectivo y transversal no experimental sobre 300 pacientes del Hospital Regional Cusco. Los principales factores que contribuyeron al aumento de cesáreas en el Hospital Regional Cusco en 2019 fueron causas maternas (51,7%), causas fetales (33,7%) y causas ováricas (14,6%). El 67,3 por ciento pertenece al grupo de edad de 20 a 34 años, el 77,0 por ciento está casado, el 50,7 por ciento tiene educación secundaria, el 31,3 por ciento ha tenido una cesárea previa o anterior, el 46,7 por ciento está madres, el 80,7 por ciento tiene una edad gestacional de 37 a 41 semanas, y el 73,3 por ciento tiene control prenatal. La distocia del

producto, el sufrimiento y la macrosomía fetales son factores asociados que aumentan las cesáreas en un 51,5 por ciento, 20,85 por ciento y 20,8 por ciento, respectivamente. La Cesárea Previa es un factor ligado al incremento de cesáreas. (26)

2.1.3. Antecedentes locales

Guerrero Kuoc, C. 2018. Factores relacionados a partos por cesárea en el Hospital II EsSalud de Huánuco. El objetivo de este estudio fue averiguar cuántas veces se realizaron cesáreas en el Hospital II EsSalud - Huánuco y qué factores contribuyeron a ello. Diseño con una estructura descriptiva transversal. La variable dependiente fue el "tipo de entrega", con características clínicas y no clínicas como variables dependientes. La información se recogió de una variedad de registros médicos. La prueba de cuadrado de chi y la prueba exacta de Fisher se utilizaron para llevar a cabo un análisis bivariante de las variables clínicas, que también se vinculaba a la relación de prevalencia (RP). La conversión de Pearson se extrajo para realizar un análisis estadístico sobre la variable no clínica. La tasa de sección cesárea fue del 37,16%, con una asociación entre la sección cesárea y las variables anteriores a la sección cesárea [$p=0.000$; PR: 2,81 (IC: 2,12-3,72)], la presentación fetal [$p=0,034$; OR: 2,14 (IC: 1,37-3,34)], la obstrucción placentaria [$p=0,039$; PR: 2,61 (IC: 1,73-3,94)], el sufrimiento fetal agudo [$p=0,000$; PR: 2.68] la presentación fetal, la obstrucción placentaria. Como conclusión se evidenció que el sufrimiento fetal agudo, la rotura prematura de las membranas, la placenta previa contribuyó a la tasa de cesárea del 37.166 por ciento en el Hospital II EsSalud-Huánuco. (27)

Flores M. 2019. Factores asociados a la incidencia de cesáreas en el hospital Tingo María. Para diseñar casos y controles, los investigadores utilizaron un enfoque cuantitativo, observacional y transversal. Se creó una forma de recogida de datos para obtener información general, así como los factores que influyen en la sección cesariana. 70 mujeres embarazadas que tuvieron un parto por cesáreo (casos) y 70 mujeres embarazadas que tuvieron un parto normal formaron la muestra (controles). Los resultados mostraron que la edad media de las mujeres embarazadas fue de 26 años en los casos y de 25 años en los controles, con una prevalencia del nivel secundario en ambos grupos. Según los factores maternos, el 24,3% de los casos tenía una desproporción cefalorraquídea. El 14,3% presentó preeclampsia y el 64,3% presentó patologías asociadas. El 12,9 por ciento de los casos tuvo una presentación de nalgas, el 17,1% una macrosomía fetal y el 12,9 por ciento una angustia fetal, según los factores fetales. La previa a la lactancia se encontró en el 1,4 por ciento de los que tienen factores uteroplacentarios. La conclusión que se llegó es que los factores maternos que determinan la incidencia de la cesárea son la desproporción cefalorraquídea [OR=2,3; p=0,000]; la preeclampsia [OR=2,1; p=0,000]; las patologías asociadas [OR=2,5; p=0,007]. La presentación de nalgas [OR=2,1; p=0,006], la macrosomía fetal [OR=2,3; p=0,000] y la angustia fetal [OR=2,1; p=0,006] son los factores fetales más comunes. La placenta previa se destaca entre los factores uteroplacentarios, pero no es significativo [OR=2]. (28)

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Cesárea

Una cesárea es el parto de un feto a través de una incisión abdominal (laparotomía) seguida de una incisión uterina (uterotomía), independientemente de si el feto está vivo o muerto. (27)

2.2.2. Categorización

Una cesárea se clasifica como planificada (electiva) cuando se realiza 8 h o más después de la decisión, generalmente antes del inicio del trabajo de parto, y urgente cuando se realiza entre 30 min y 8 h después de la decisión. Las cesáreas inmediatas se realizan dentro de los 15 a 30 minutos debido a una amenaza inmediata para salud materna o fetal. (27)

2.2.3. Antecedentes históricos

Las Leges Regiae romanas (leyes reales) del año 600 a. C. prohíben el entierro de una mujer embarazada antes de la extracción del niño del útero. Cuando Roma se convirtió en el Imperio Romano, la ley se denominó "Lex caesarea". Según la mitología griega, Asclepio, fundador del culto a la medicina, fue sacado del abdomen de su madre Coronis por su padre Apolo. Se cree comúnmente que el origen de la cesárea se deriva del nacimiento quirúrgico de Julius César (100-44 a. C.), que se ha considerado poco probable desde que se informó de su madre haber vivido para enterarse de la invasión de Gran Bretaña por parte de su hijo. Otros posibles orígenes latinos incluyen el verbo caedere, cortar, y el término caesones para los niños nacidos por operaciones post mortem. (29)

En el período medieval temprano, las comadronas solían realizar una cesárea (30). Se alentó la cesárea post mortem para asegurar el bautismo del niño. El teólogo católico y el filósofo Santo Tomás de Aquino (1225-1274) afirmó que no se debe matar a la madre en para entregar al niño [8]. Las autoridades islámicas favorecen las cesáreas post mortem, según Imán Abu Hanifeh (699–767) . Sin embargo, no hay referencias a cesáreas en “El libro de permitiéndole manejar a quien no puede hacer frente a las complicaciones” de Albucasis (Abul Qasim Al-Zahrawi, 936-1013), uno de los principales libros de cirugía en Europa durante cinco siglos. (31)

En 1581, el médico francés François Rousset publicó un libro con el subtítulo “La extracción de un niño a través de una incisión lateral del abdomen y el útero de una mujer embarazada que de otro modo no puede dar a luz. Y que sin poner en peligro la vida del uno u otro y sin impedir la fertilidad posterior”, donde sugirió cesáreas en mujeres vivas para indicaciones tales como feto grande, feto muerto, gemelos, malpresentación, extremadamente madre joven o anciana o pelvis estrecha. En apoyo de esta propuesta se realizaron 10 observaciones, de en las que participó personalmente en algunas sin operar, ya que no era cirujano. (32)

A principios del siglo XVI, el clan británico Chamberlen introdujo el parto con fórceps instrumental en sacar al feto del canal de parto durante el trabajo de parto obstruido. Durante los siguientes 300 años, el partero y obstetra de sexo masculino gradualmente arrebataron influencia sobre los partos de mujeres parteras. Hasta la década de 1600, el procedimiento se conocía como operación de cesárea. En un libro sobre partería, 1598, publicado por el

cirujano francés Jacques Guillimeau, se introdujo el término “sección” y luego reemplazó a “operación”. (33)

2.2.4. Técnicas operativas

A medida que se desarrollaron la anestesia y la asepsia, los obstetras pudieron concentrarse en mejorar de las técnicas operatorias para cesáreas.

2.2.4.1. Cesárea clásica

Hasta el siglo XIX, las cesáreas se realizaban con laparotomía media y corporal vertical, uterotomía sin cerrar el útero, lo que resultó en tasas de mortalidad de 85 a 100% entre mujeres que dieron a luz por cesárea. Las principales razones de las cesáreas fueron parto obstruido, a menudo durante días con un feto muerto. Las principales causas de mortalidad materna fueron hemorragia, “agotamiento”, septicemia y eclampsia. (34)

2.2.4.2. La técnica de Porro

En 1876, el obstetra italiano Eduardo Porro sugirió una técnica de cesárea realizando una histerectomía subtotal con extirpación de los ovarios después del parto del bebé, para reducir la hemorragia y la infección. Este método pretendía dar como resultado más del 50% de supervivencia. (35)

2.2.4.3. Cesárea vaginal

Entre la década de 1880 y 1925, los cirujanos sugirieron incisiones transversales en la parte inferior del útero segmento. También se realizaron cesáreas vaginales, con el fin de disminuir la peritonitis y la septicemia. La

necesidad de cesáreas vaginales cesó después de la Segunda Guerra Mundial por el desarrollo de antibióticos. (36)

2.2.4.4. El método Pfannenstiel-Kerr

En 1897, Johannes Pfannenstiel en Alemania documentó una incisión abdominal transversa justo por encima de la sínfisis del pubis. En 1926, el obstetra británico John Munro Kerr informó de un Incisión uterina transversal baja, suturas uterinas de doble capa y cierre peritoneal. Esta técnica redujo la mortalidad materna y disminuyó el riesgo de ruptura uterina en una etapa posterior. 106 Cesárea el embarazo. Se combinó con una línea media baja o una incisión abdominal transversal, conocido como el procedimiento de Pfannenstiel-Kerr, y ganó aceptación en la década de 1940. (37)

2.2.4.5. El método Misgav Ladach E

En 1972, Joel-Cohen y sus colegas informaron sobre un nuevo método para CS, que se había utilizado por primera vez para histerectomía, con laparotomía transversa 5 cm por encima de la sínfisis del pubis y disección roma de la pared abdominal. En la década de 1990, la sutura de una capa del útero y el no cierre del peritoneo. Esta técnica fue evaluada por primera vez por Stark y sus colegas en 1995 y recibió su nombre del Hospital Misgav Ladach en Jerusalén, Israel, donde fue desarrollado. Hoy en día, muchos médicos practican un método Misgav Ladach modificado, con una incisión en la piel de 3 a 4 cm por encima de la sínfisis del pubis. Esta técnica reduce el riesgo de vejiga lesiones, sangrado y dolor en comparación con el método de Pfannenstiel. Cierre uterino: Lebas introdujo la idea de cerrar el útero en Francia en el siglo XVIII. Sugerido en ciertas situaciones por Harris en los

Estados Unidos en el siglo XIX, y reportado por primera vez en 1882 por Max Sanger (Saumlinger) en Alemania. Cierre uterino con suturas de plata y seda. redujo significativamente la mortalidad materna. Hilos de plata habían sido lanzados en el campo ginecológico por el cirujano estadounidense James Marion Sims, quien realizó una cirugía experimental en fístulas vesico-vaginales posteriores al parto en mujeres esclavizadas y no anestesiadas en Alabama, Estados Unidos. El papel de un cierre uterino de una o dos capas para reducir la ruptura uterina posterior ha sido debatido durante mucho tiempo. Según ensayos aleatorizados, las complicaciones a corto plazo son similares con cualquiera de las técnicas, pero falta un seguimiento a largo plazo. Las suturas cerradas deberán no deben utilizarse, ya que aumentan el riesgo de isquemia y dehiscencia uterina. Varios autores han recomendado una sutura de una sola capa de la uterotomía. Sin embargo, un el cierre de doble capa está relacionado con una reducción de 4 veces de la ruptura uterina posterior en comparación con un cierre de una sola capa. Además, las investigaciones de ultrasonido muestran un miometrio más alto espesor después de un cierre de doble capa. (38,39,40)

Se destaca que además de la técnica de cierre uterino varios factores influyen en el riesgo de ruptura uterina posterior, como la evolución del trabajo de parto, aumento de la edad materna y del índice de masa corporal (IMC), intervalo entre embarazos corto; parto inducido y método para la inducción del parto, así como el peso fetal. (41)

Extracción de la placenta: compresión externa del útero en la cesárea, en lugar de manual Se recomienda la extracción de la placenta para reducir el

sangrado. El riesgo de endometritis postoperatoria fue comparable con las dos técnicas e independiente de si el útero se exteriorizó o no durante la cirugía. La dilatación manual o instrumental del cuello uterino no redujo el riesgo de endometritis postoperatoria. El hematometra no se evaluó en los estudios. (42)

Cierre de la pared abdominal: Históricamente, tanto el peritoneo urterovisceral como el parietal fueron cerrados durante la cesárea. Esta estrategia se abandonó cuando se demostró que el no cierre del peritoneo genera ventajas a corto plazo, como un tiempo operatorio más corto, riesgo reducido de hematomas y adherencias intraabdominales, requerimiento de analgésicos postoperatorios y estancia hospitalaria más corta. Sin embargo, la adaptación del músculo recto reduce el riesgo de diástasis del recto y también puede reducir el riesgo de adherencias entre el útero y pared abdominal. Cierre de la fascia externa de la pared abdominal con PDS reabsorbible Se recomienda la sutura para minimizar el riesgo de hernias de la pared abdominal. Cierre de la grasa subcutánea independientemente del grosor reduce el riesgo de hematomas. Cierre de la piel de una la incisión transversal de la piel con suturas reduce el riesgo de complicaciones de la herida en comparación a las grapas. Sin embargo, una laparotomía en la línea media requiere una técnica de cierre robusta. (43)

Uterotónicos: La oxitocina en dosis bajas de 2,5 U reduce el sangrado preoperatorio durante la cesárea como eficientemente como una dosis alta de 15 U. La oxitocina debe administrarse con cuidado, debido al riesgo de

arritmias cardíacas, insuficiencia cardíaca y edema pulmonar, particularmente después dosis de 30 U o más. (44)

Antibióticos profilácticos: La efectividad de los antibióticos profilácticos depende de su presencia en concentraciones adecuadas durante el período operatorio. Se recomienda la administración de antibióticos profilácticos durante las cesáreas inmediatas y de emergencia y por algunos autores también en cesáreas electivas. Una dosis única de cefalosporina es tan eficaz como dosis repetidas de antibióticos de amplio espectro. La administración preoperatoria dentro de los 15 min – 2 h antes de la cirugía se asocia con una menor incidencia de endometritis e infección de la herida en comparación a la administración intraoperatoria. Se observa que la exposición de un feto a antibióticos en el útero es relacionada con el desarrollo de la alergia durante la infancia. (45)

2.2.5. Indicaciones de cesárea

Más del 90% de las mujeres embarazadas afirman que quieren dar a luz de forma natural. Por el contrario, estudios recientes sugieren que la mayoría de las cesáreas programadas se realizan por razones psicosociales o no médicas. Curiosamente, el 80% de las mujeres que experimentan complicaciones obstétricas no consideran el parto como una experiencia global negativa ni desarrollan miedo al parto vaginal. (46)

2.2.5.1. Cesáreas planificadas

Históricamente, las indicaciones principales para las cesáreas planificadas han sido mala presentación, cicatriz uterina previa, pelvis estrecha y

embarazos gemelares con el primer gemelo en presentación podálica. Según estudios recientes, las indicaciones más comunes hoy en día parecen ser razones psicosociales/no médicas, definidas como miedo al parto vaginal o petición materna sin cualquier indicación médica coexistente en mujeres con embarazo cefálico simple a un ritmo normal edad gestacional. Miedo secundario al parto vaginal después de una experiencia de parto negativa fue informado por el 60% de estas mujeres (2,7% de todos los partos), miedo primario al parto vaginal en un 34 % (1,5 %), mientras que el 5 % (0,2 %) estaba relacionado con un trastorno de salud psiquiátrico preexistente como depresión severa, enfermedad bipolar o trastorno por déficit de atención, y el 1% (0,04%) estaba llevado a cabo a petición materna sin mayor explicación. El miedo al parto vaginal está relacionado a cargas psicosociales como la ansiedad, la depresión, el abuso, la violencia y un nacimiento negativo experiencia. (47) (48)

2.2.5.2. Cesáreas urgentes

La mayoría de las cesáreas urgentes se realizan debido a un trabajo de parto prolongado (distocia laboral). El trabajo de parto prolongado está relacionado con presentaciones fetales anómalas, como presentación posterior occipital o asinclitismo en aproximadamente el 15 %. Falta de apoyo durante el parto, alta la edad materna, el IMC alto y el parto inducido son factores de riesgo para un parto prolongado. La segunda indicación más común informada para las cesáreas urgentes es el sufrimiento fetal inminente. (49)

2.2.5.3. Cesáreas inmediatas

Las cesáreas inmediatas se realizan debido a amenazas inmediatas para la salud materna o fetal, que incluyen signos de sufrimiento fetal inmediato según cardiotocografía (CTG) o fetal muestreo de lactato en sangre del cuero cabelludo, desprendimiento de placenta, prolapso del cordón umbilical y preeclampsia grave. (50)

2.2.5.4. Cesáreas pretérmino

La tasa de cesáreas pretérmino ha aumentado durante la década de 2000 como resultado de alteraciones clínicas. directrices que recomiendan la derivación de mujeres con riesgo de parto prematuro a un hospital terciario y un tratamiento activo que incluya cesáreas urgentes a una edad gestacional más temprana. Este desarrollo motiva el seguimiento a largo plazo de la salud materno-infantil, ya que el prematuro las cesáreas entre las semanas 24 y 33 reducen la mortalidad y la morbilidad neonatal sólo cuando realizado debido a un sufrimiento fetal urgente o una presentación de nalgas. cesáreas pretérmino requiere más a menudo una incisión miometrial corporal uterina alta que las cesáreas a término, debido a un segmento uterino inferior inadecuadamente desarrollado en la gestación prematura. Esta técnica aumenta el riesgo de placentación patológica posterior y ruptura uterina en comparación con una incisión uterina transversal baja. (50)

2.2.6. Parto vaginal después de cesárea

Con la cita “una vez una cesárea, siempre una cesárea”, de 1916, el médico estadounidense Edwin Craigin instó a sus colegas a evitar cesáreas

innecesarias y enfatizó que una de el riesgo de una cesárea primaria es que puede ser necesario repetir las operaciones. Esta pieza de consejos es más actual que nunca en la atención obstétrica actual, cuando la tasa de parto vaginal después de una cesárea (PVPC) es inferior al 10 % en algunos países. Prueba de VBAC después una cesárea da como resultado un parto vaginal exitoso en el 80 % con un riesgo de ruptura uterina del 0,5 al 1 %. en comparación con un 0,05% de riesgo de ruptura uterina entre mujeres sin cesárea previa. Él la tasa de éxito es de hasta el 90 % si la mujer ha tenido un parto vaginal anterior. El riesgo de rotura uterina aumenta con un intervalo entre partos de menos de 16 meses. prueba de El VBAC es posible en la mayoría de las situaciones excepto después de dos situaciones, una incisión uterina corporal alta o tres cesáreas previas. La tasa de éxito del PVDC después de dos cesáreas es de aproximadamente el 70 %, y el riesgo de ruptura uterina puede ser mayor, del 1,5 al 2 %, después de 2 cesáreas previas. que después de 1 cesárea previa. (51)

2.2.7. Complicaciones después de la cesárea

2.2.7.1. Complicaciones a largo plazo

Adherencias abdominales: el riesgo de adherencias intraabdominales aumenta con el número de cesáreas. (52)

Placenta previa: el riesgo de placenta previa, donde la placenta se implanta en la parte inferior del útero segmento, cubre el orificio interno del cuello uterino (u orificio interno), a través del cual el cérvix uterino se comunica con la cavidad uterina y dificulta el parto vaginal, aumenta con la cantidad de cicatrices en el segmento uterino inferior, principalmente después de una

cesárea, aspiración por vacío o fertilización in vitro. La tasa de placenta previa aumenta de 0.5 a 1% después 1 cesárea y 2% después de 2 cesáreas. (52)

Placenta acumulada: Implantación placentaria en el segmento uterino inferior, que se compone principalmente de tejido conectivo en contraste con el músculo liso dominante en el cuerpo uterino, es el principal factor de riesgo para la placenta invasiva anormal (placenta accreta).

La complicación obstétrica comprende un alto riesgo de sangrado obstétrico masivo, cirugía complicada e histerectomía periparto. La placenta anormalmente invasiva incluye varios tipos de invasión del trofoblasto en la pared uterina, en el 70% invasión en menos del 50% de la pared (placenta accreta), en el 30% invasión en más del 50% de la pared (incretta) o a través de la pared uterina (percretta) quizás en órganos adyacentes como la vejiga urinaria, pared abdominal o intestino. (52)

Histerectomía periparto: La prevalencia informada de histerectomía periparto de emergencia, principalmente debido a la placenta anormalmente invasiva, en segundo lugar, debido al sangrado atónico y en tercer lugar, la ruptura uterina, en los países nórdicos es de 3 a 4 por 10.000 nacimientos, en comparación con 7 por 10.000 nacimientos en Alemania y 23 por cada 10.000 nacimientos en Estados Unidos [88]. El riesgo de histerectomía periparto por placenta accreta aumenta con el número de cesáreas, aumentando marcadamente después de tres cesáreas al 2-3%. (53)

Rotura uterina: Se estima que el riesgo de ruptura uterina después del parto es del 0,05 por ciento entre las mujeres que no han tenido una cesárea anterior, del 0,5 por ciento después de una cesárea y del 1,5 por ciento después de dos cesáreas. La etapa de apertura prolongada después de una

dilatación cervical de 6 a 7 cm se relacionó con un mayor riesgo de ruptura uterina.

Incontinencia urinaria e intestinal: la prevalencia de la incontinencia urinaria de esfuerzo posparto es similar después de un parto vaginal espontáneo y una cesárea realizada por parto obstruido. Es muy posible que la lesión del piso pélvico en tales casos ya sea demasiado extensa para prevenirla mediante una intervención quirúrgica. Se encontró que la cesárea anteparto fue asociado con una menor tasa de incontinencia urinaria de esfuerzo. No hay diferencia entre el grupo después de 2 años, y no hay diferencia en la menopausia entre las mujeres con un anterior parto vaginal y mujeres que nunca dieron a luz. Se ha concluido que el embarazo en sí mismo conduce a la distensión de los ligamentos y tejidos pélvicos. Las cesáreas no protegen contra incontinencia intestinal. (54)

Alergia, diabetes mellitus y otras enfermedades autoinmunes: el parto por cesárea se ha asociado con aumento de la prevalencia de asma, alergias, diabetes mellitus, intolerancia al gluten y leucemia. Los cambios epigenéticos del genoma se han sugerido como posibles mecanismos moleculares por contribuciones perinatales a la enfermedad posterior. (55)

2.2.7.2. Factores que determinan la operación cesárea

Dentro de los factores asociados a la indicación del parto cesárea existe las maternas, fetales y las placentarias. A continuación, describiremos brevemente a dichos factores. (56)

a) Factores maternos

Dentro de los factores maternos asociados al parto cesárea podemos mencionar a los siguientes factores maternos:

- ✓ La estrechez pélvica.
- ✓ En relaciona a la pelvis la literatura describe que un factor muy importante es la Pelvis asimétrica.
- ✓ Malformaciones congénitas en el útero.
- ✓ Algunos tumores del útero y del cervix o segmento uterino, cérvix, vagina y vulva que podrían obstruir el conducto del parto y con ello impedir un parto vaginal.
- ✓ Cirugía previa del útero o cervix.
- ✓ Síndrome de desproporción cefalopélvica
- ✓ La Preeclampsia y la eclampsia
- ✓ Embarazo múltiple
- ✓ Isoinmunización materno fetal.

b) Factores fetales.

Dentro de los factores fetales asociados al parto cesárea podemos mencionar a los siguientes factores fetales:

- ✓ Macrosomía en una desproporción cefalopélvica.
- ✓ Alteraciones de la actitud fetal, situación o presentación en el feto.
- ✓ Prolapso del cordón umbilical.
- ✓ Hipoxia fetal.
- ✓ Embarazo prolongado.
- ✓ Óbito fetal.

c) Factores uterinos placentarios.

Dentro de los factores placentarios asociados al parto cesárea podemos mencionar a los siguientes factores utero placentarios:

- ✓ Coriomnionitis
- ✓ Placenta previa
- ✓ Desprendimiento prematuro
- ✓ Desprendimiento normoplacentario

2.3. Definición de términos básicos

Cesárea

Una cesárea es el parto de un feto a través de una incisión abdominal (laparotomía) seguida de una incisión uterina (uterotomía), independientemente de si el feto está vivo o muerto. (27)

2.4. Bases epistemológicas

Los factores subyacentes a las preferencias de las mujeres por la cesárea tenían que ver principalmente con un fuerte temor al dolor y las lesiones de la madre y el niño durante el trabajo de parto y el nacimiento (Confianza alta) y las opiniones positivas sobre la cesárea dependían de cualidades asociadas con una mejor organización y control del proceso de natalidad (Confianza alta). (57)

Las mujeres que preferían la cesárea expresan su determinación al respecto, pero también hubo muchas mujeres que tenían preferencias directas por el parto vaginal y aquellas que incluso desarrollaron estrategias para mantener sus planes de parto en entornos que no eran favorables (Confianza alta). Muchas

mujeres que expresaron su preocupación sobre cómo los proveedores las empujaron a aceptar una Cesárea teniendo en cuenta los riesgos potenciales (Confianza alta) estaban preocupadas por someterse a una CS innecesaria (Confianza alta) y experimentaron poco control sobre el proceso de decisión (Confianza alta). (58)

Existe la necesidad de evaluar en qué medida el miedo al dolor y las lesiones son factores relacionados con las mujeres, o si son el resultado de los mensajes de los proveedores destinados a realizar la cesárea con el objetivo de acelerar los partos. Estos hallazgos son consistentes con otros estudios en los que las mujeres sintieron que no establecieron relaciones de poder equilibradas con sus proveedores de atención médica, y donde se describieron a sí mismas como "de acuerdo" y "siguiendo la corriente" de las recomendaciones de los profesionales. (59)

En estas circunstancias, no destaca que las mujeres se pusieran bajo el control de sus médicos como una forma de sentirse seguras, convencidas de que el conocimiento tecnocrático y los avances tecnológicos en SC estaban asociados con la idea de resultados de parto más seguros. Además, el lenguaje técnico que se utiliza para presentar información a una mujer podría influir en la decisión de la mujer de elegir su modo de parto. (60)

Una revisión sistemática complementaria de métodos mixtos de China informó hallazgos similares con respecto a las creencias sobre la cesárea, así como preocupaciones sobre la falta de apoyo y el miedo relacionado con el dolor con el parto vaginal. (61)

Esta revisión también encontró que los factores sociales, culturales y personales, así como los atributos relacionados con los sistemas de salud, impactan en las razones que subyacen a las preferencias de las mujeres por varios modos de parto. Las percepciones de las mujeres sobre la cesárea como preferible se formaron por el miedo intenso al dolor y las lesiones de la madre o el bebé durante el trabajo de parto o el nacimiento, la incertidumbre con respecto al proceso de trabajo de parto y las complicaciones (62), y por saberes médicos y no médicos bajo el modelo tecnocrático del parto. Estos hallazgos son consistentes con los de una revisión anterior sobre la solicitud de cesárea de las mujeres, que encontró que cuando las mujeres solicitan cesárea sin indicaciones médicas, sus solicitudes están relacionadas con factores como la calidad de la atención, el temor a la falta de apoyo durante el parto y Creencias culturales sobre los modos de nacimiento. (63)

Por el contrario, las mujeres que preferían el parto vaginal lo describían como un logro y un motivo de “orgullo” en el que el sacrificio y el dolor se consideraban parte necesaria del rito de paso a la maternidad plena. Entre estas mujeres, la elección y el control eran centrales, y el discurso del “parto natural” surgió como una poderosa tecnología de género que estaba presente principalmente entre mujeres de regiones muy desarrolladas. Otras razones culturales para optar por el parto vaginal, fueron las creencias religiosas y un discurso maternal desinteresado que operaría como un imperativo moral del bien, restringiendo incluso su libertad de elección [41,62,64]. Además, en contextos más desfavorecidos, los costos directos e indirectos asociados con la cesárea fueron una gran fuente de estrés y ansiedad para muchas mujeres que llevaron a preferir el parto vaginal. Esta revisión encontró que las mujeres que deseaban

tener un parto vaginal expresaron su preocupación por someterse a una cesárea innecesaria realizada con el fin de acelerar los partos. Además, también se relataron presiones de los proveedores de salud para aceptar una cesárea y algunas mujeres declararon haber tenido que desarrollar estrategias para mantener sus planes de parto para evitar una cesárea no deseada. Estos hallazgos son consistentes con los de una revisión anterior que encontró que solo una minoría de mujeres en una amplia variedad de países y situaciones expresaron preferencia por la cesárea. (64)

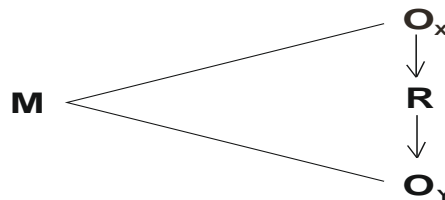
CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de investigación

El tipo de investigación propuesta en esta tesis fue de carácter observacional pues no se manipuló variables, fue retrospectivo por que se usaron las fuentes secundarias que fueron las historias clínicas, y fue transversal porque sólo se recolectó los datos una sola vez, y analítico por ser bivariado. (65)

3.2. Diseño y esquema de la investigación

Se uso el diseño fue correlacional: (66)



Dónde:

M = Muestra

O_x = Factores asociados

O_y = Cesárea

R = Relacion

3.3. Determinación de la población población

La población de estudio correspondió a 302 gestantes atendidas en el Hospital de Tingo María desde Enero – Diciembre durante el año 2019, que culminaron en parto por cesárea.

3.4. Selección de la Muestra

Con un coeficiente de fiabilidad del 95 por ciento y un error del 5%, se calculó el tamaño de la muestra. Se utilizó la fórmula siguiente para conseguirlo: (67)

$$n = \frac{N \cdot Z_{\sigma}^2 \cdot P \cdot Q}{e^2(N - 1) + Z_{\sigma}^2 \cdot P \cdot Q}$$

Dónde:

n = Muestra

N = Población

Z = Nivel de confianza 95%

e = Error de 0,05

p = Probabilidad de éxito de 0,5

Q = Probabilidad de fracaso de 0,5

$$n = \frac{302 \times 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2(302 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = 161$$

La muestra estuvo conformada por 161 historias clínicas de gestantes atendidas en el Hospital de Tingo María de Enero a Diciembre del 2019, utilizando para ello el muestreo probabilístico en su modalidad aleatorio simple.

3.5. Fuentes, Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

3.5.1. Técnicas

Revisión documentaria.

3.5.2. Instrumentos de recolección de datos.

El instrumento utilizado fue la ficha de recolección de datos sobre los “factores asociados al parto por cesárea en gestantes atendidas en el Hospital de Tingo María – Huánuco 2019”, la cual fue desarrollada por la investigadora (anexo 01).

Dichos instrumentos fueron validados por 05 expertos (anexos 03).

La confiabilidad fue realizada por el KR20, donde obtuvimos un valor de 0.85.

3.6. Técnicas de Recojo, Procesamiento y Presentación de Datos

a) **Recolección y organización de datos:** A partir de la muestra de estudio preestablecida, el proceso se realizó de la siguiente manera:

- Identificación de historias clínicas de gestantes objeto de estudio.
- Aplicación del instrumento de recolección de información, consignado los datos requeridos.
- Revisión de la calidad de información

b) Plan de Tabulación y Análisis de Datos

Se procedió a:

- Codificación de los datos (Otorgándoles las puntuaciones correspondientes)
- Clasificación de los datos (Según las dimensiones establecidas)
- Recuento y procesamiento de los datos: El procesamiento de los datos se realizó a través del software estadístico SPSS versión 25 empleando la prueba estadística Chi cuadrado.
- Presentación de los datos: Se elaboraron tablas y gráficos estadísticos.
- Interpretación de datos y resultados: A partir de las tablas y gráficos elaborados, se procedió al análisis del comportamiento de las variables de estudio para explicar las relaciones de dependencia o asociatividad entre ellas.

3.7. Consideraciones Éticas

Dentro de las consideraciones éticas aplicadas a nuestra investigación se utilizó la confidencialidad en el uso de las historias clínicas, así mismo el respeto en la

información. Y el uso del principio de la honestidad al momento de brindar nuestros resultados.

CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSION DE RESULTADOS

4.1. Presentación de Resultados

Tabla 1. Edad de las gestantes atendidas en el Hospital de Tingo María – Huánuco 2019.

Edad	Frecuencia	%
De 14 a 19 años	25	15.7
De 20 a 29 años	73	45.3
De 30 a 39 años	50	31.0
De 40 a más años	13	8.0
Total	161	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Elaboración: Investigadora Talenas Lazarte, Edith Mavila

Interpretación:

La tabla 1, nos muestra la edad de gestantes atendidas en el Hospital de Tingo María, donde se evidencia que la mayor cantidad lo representa las gestantes en el grupo de edades de 20 a 29 años con el 45.3% lo que expresa a 73 gestantes; seguido del grupo de gestantes de 30 a 39 años con un 31% lo cual expresa a 50 gestantes; también podemos evidenciar que existe un grupo de gestantes adolescentes con edades de 14 a 19 años, dicho grupo representa el 15.7% de todas las gestantes estudiadas y en el mencionado grupo existen 25 gestantes; y como último grupo en la menor cantidad de gestantes tenemos el grupo de gestantes mayores de 40 años con un 8%, dicho porcentaje representa a 13 gestantes con embarazos avanzados en edades.

Tabla 2. Grado de instrucción de las gestantes atendidas en el Hospital de Tingo María – Huánuco 2019.

Grado de Instrucción	Frecuencia	%
Primaria completa	25	15.6
Secundaria completa	73	45.3
Superior técnico	30	18.6
Superior Universitario	50	20.5
Total	178	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Elaboración: Investigadora Talenas Lazarte, Edith Mavila

Interpretación:

La tabla 2, nos muestra el grado de instrucción que tiene las gestantes atendidas en el Hospital de Tingo María, donde se evidencia que la mayor cantidad lo representa las gestantes que solo tienen secundaria completa con el 45.3% lo que expresa 73 gestantes; seguido de gestantes con un grado universitario (superior universitario) con un 20.5% lo cual expresa a 50 gestantes; también podemos evidenciar que existe un grupo de gestantes con grado de instrucción de superior técnico con un 18.6% lo cual equivale a 30 gestantes; y como último grupo con la menor cantidad de gestantes tenemos el grupo de gestantes con un grado de instrucción de primaria con un 15.6% el cual equivale a 25 gestantes que solo tiene un grado de instrucción de primaria. Como se evidencia el mayor porcentaje lo representa las gestantes con solo secundaria completa.

Tabla 3. Estado civil de las gestantes atendidas en el Hospital de Tingo María – Huánuco 2019.

Estado Civil	Frecuencia	%
Soltera	43	26.7
Casada	39	24.2
Divorciada	19	11.8
Conviviente	60	37.3
Total	161	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Elaboración: Investigadora Talenas Lazarte, Edith Mavila

Interpretación:

La tabla 3, nos muestra el estado civil que tiene las gestantes atendidas en el Hospital de Tingo María, donde se evidencia que la mayor cantidad lo representa las gestantes que son convivientes con el 37.3% lo que representa a 60 gestantes; seguido de gestantes con un estado civil de soltera con un 26.7% lo cual expresa a 43 gestantes; también podemos evidenciar que existe un grupo de gestantes casadas la cual tiene un porcentaje del 24.2% lo cual equivale a 39 gestantes; y como último grupo con la menor cantidad de gestantes tenemos el grupo de gestantes que son divorciadas dicho grupo tiene un porcentaje del 11.8% y el cual equivale a 19 gestantes.

Tabla 4. Factores maternos a la indicación de cesárea en gestantes atendidas en el Hospital de Tingo María – Huánuco 2019.

Factores maternos a la indicación de cesárea	Parto indicado por cesárea		
	Prueba de chi-cuadrada		
	Valor	Gl	P
Antecedente de parto cesárea	11.588	1	0.001
Desproporción feto pélvica	5.697	1	0.017
Dilatación uterina prolongada	0.953	1	0.326
Rotura uterina	5.426	1	0.018
Preeclampsia severa	16.286	1	0.001
Fracaso en la inducción	1.312	1	0.253

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Elaboración: Investigadora Talenas Lazarte, Edith Mavila

Interpretación:

En la tabla 4 hemos realizado un análisis inferencial no paramétrico con la prueba de Chi cuadrado, puesto que nuestras variables son dicotómicas y en razón que estamos buscando asociación entre los factores maternos y la indicación al parto por cesárea.

Podemos observar que el antecedente de parto cesárea es significativamente estadístico la indicación de cesárea (P: 0.001), el cual nos manifiesta que tener un antecedente de parto por cesárea es un factor asociado a la indicación de cesárea. También podemos observar que la desproporción feto pélvica es significativamente estadístico a la indicación de cesárea (P 0.017), el cual nos manifiesta que la

desproporción feto pélvica es un factor materno asociado a la indicación de cesárea.

En relación con la rotura uterina se evidenció que es estadísticamente significativa a la indicación de cesárea (P: 0.018), el cual nos manifiesta que la rotura uterina es un factor materno asociado a la indicación de cesárea.

Y como punto final podemos decir que la preeclampsia severa es estadísticamente significativa a la indicación de cesárea (P: 0.001), el cual nos manifiesta que la preeclampsia severa es un factor materno asociado a la indicación de cesárea.

Tabla 5. Factores fetales a la indicación de cesárea en gestantes atendidas en el Hospital de Tingo María – Huánuco 2019.

Factores fetales a la indicación de cesárea	Parto indicado por cesárea		
	Prueba de chi-cuadrada		
	Valor	Gl	P
Situación transversa	9.707	1	0.002
Presentación podálica	6.608	1	0.010
Presentación de cara	0.334	1	0.564
Macrosomía fetal	4.978	1	0.026
Hipoxia fetal	4.321	1	0.038
Retardo de crecimiento intrauterino	0.697	1	0.407
Óbito fetal	3.144	1	0.081

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Elaboración: Investigadora Talenas Lazarte, Edith Mavila

Interpretación:

En la tabla 5 hemos realizado un análisis inferencial no paramétrico con la prueba de Chi cuadrado, puesto que nuestras variables son dicotómicas y en razón que estamos buscando asociación entre los factores fetales y la indicación al parto por cesárea.

Podemos observar que la situación transversa es estadísticamente significativa la indicación de cesárea (P: 0.002), el cual nos manifiesta que tener un feto en posición trasversa es un factor asociado a la indicación de cesárea.

También podemos observar que la Presentación podálica es estadísticamente significativa a la indicación de cesárea (P: 0.010), el cual nos manifiesta que tener un feto en presentación podálica es un factor asociado a la indicación de cesárea. Y como punto final podemos decir que la macrosomía fetal es estadísticamente significativa a la indicación de cesárea (P: 0.026), el cual nos manifiesta que la macrosomía fetal es un factor materno asociado a la indicación de cesárea.

Tabla 6. Factores uterinos placentarios a la indicación de cesárea gestantes atendidas en el Hospital de Tingo María – Huánuco 2019.

Factores placentarios a la indicación de cesárea	Parto indicado por cesárea		
	Prueba de chi-cuadrada		
	Valor	GI	P
Placenta previa	4.196	1	0.041
Desprendimiento prematuro de placenta (DPP)	11.753	1	0.001
Procidencia y prolapso de cordón	3.144	1	0.081
Corioamnionitis	11.533	1	0.021

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Elaboración: Investigadora Talenas Lazarte, Edith Mavila

Interpretación:

En la tabla 6 hemos realizado un análisis inferencial no paramétrico con la prueba de Chi cuadrado, puesto que nuestras variables son dicotómicas y en razón que estamos buscando asociación entre los factores placentarios y la indicación al parto por cesárea.

Podemos observar que la Placenta previa es estadísticamente significativa a la indicación de cesárea (P: 0.041), el cual nos manifiesta que tener un diagnóstico de placenta previa es un factor asociado a la indicación de cesárea.

También podemos observar que el Desprendimiento prematuro de placenta (DPP) es estadísticamente significativa a la indicación de cesárea (P: 0.001), el cual nos manifiesta que tener un diagnóstico de Desprendimiento prematuro de placenta (DPP) es un factor asociado a la indicación de cesárea.

Y como punto final podemos decir que la Corioamnionitis es estadísticamente significativa a la indicación de cesárea (P: 0.021), el cual nos manifiesta que presentar Corioamnionitis es un factor materno asociado a la indicación de cesárea.

Tabla 7. Factores asociados a la indicación de cesárea gestantes atendidas en el Hospital de Tingo María – Huánuco 2019.

Factores maternos a la indicación de cesárea	Parto indicado por cesárea		
	Prueba de chi-cuadrada		
	Valor	GI	P
Antecedente de parto cesárea	11.588	1	0.001
Desproporción feto pélvica	5.697	1	0.017
Rotura uterina	5.426	1	0.018
Preeclampsia severa	16.286	1	0.001
Factores fetales a la indicación de cesárea	Parto indicado por cesárea		
	Prueba de chi-cuadrada		
	Valor	GI	P
Situación transversa	9.707	1	0.002
Presentación podálica	6.608	1	0.010
Macrosomía fetal	4.978	1	0.026
Factores placentarios a la indicación de cesárea	Parto indicado por cesárea		
	Prueba de chi-cuadrada		
	Valor	GI	P
Placenta previa	4.196	1	0.041
Desprendimiento prematuro de placenta (DPP)	11.753	1	0.001
Corioamnionitis	11.533	1	0.021

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Elaboración: Investigadora Talenas Lazarte, Edith Mavila

Interpretación:

Podemos observar que el antecedente de parto cesárea es significativamente estadístico la indicación de cesárea (P: 0.001), el cual nos manifiesta que tener un antecedente de parto por cesárea es un factor asociado a la indicación de cesárea. También podemos observar que la desproporción feto pélvica es significativamente estadístico a la indicación de cesárea (P: 0.017), el cual nos manifiesta que la desproporción feto pélvica es un factor materno asociado a la indicación de cesárea.

En relación con la rotura uterina se evidenció que es estadísticamente significativa a la indicación de cesárea (P: 0.018), el cual nos manifiesta que la rotura uterina es un factor materno asociado a la indicación de cesárea.

Y como punto final podemos decir que la preeclampsia severa es estadísticamente significativa a la indicación de cesárea (P: 0.001), el cual nos manifiesta que la preeclampsia severa es un factor materno asociado a la indicación de cesárea.

Podemos observar que la situación transversa es estadísticamente significativa la indicación de cesárea (P: 0.002), el cual nos manifiesta que tener un feto en posición trasversa es un factor asociado a la indicación de cesárea.

También podemos observar que la Presentación podálica es estadísticamente significativa a la indicación de cesárea (P: 0.010), el cual nos manifiesta que tener un feto en presentación podálica es un factor asociado a la indicación de cesárea.

Y como punto final podemos decir que la macrosomía fetal es estadísticamente significativa a la indicación de cesárea (P: 0.026), el cual nos manifiesta que la macrosomía fetal es un factor materno asociado a la indicación de cesárea.

Podemos observar que la Placenta previa es estadísticamente significativa a la indicación de cesárea (P: 0.041), el cual nos manifiesta que tener un diagnóstico de placenta previa es un factor asociado a la indicación de cesárea.

También podemos observar que el Desprendimiento prematuro de placenta (DPP) es estadísticamente significativa a la indicación de cesárea (P: 0.001) el cual nos manifiesta que tener un diagnóstico de Desprendimiento prematuro de placenta (DPP) es un factor asociado a la indicación de cesárea.

Y como punto final podemos decir que la Corioamnionitis es estadísticamente significativa a la indicación de cesárea (P: 0.021) el cual nos manifiesta que presentar Corioamnionitis es un factor materno asociado a la indicación de cesárea.

4.2. Discusión de Resultados

Dentro de los factores maternos asociados al parto por cesárea en gestantes atendidas en el Hospital de Tingo María – Huánuco 2019, pudimos observar que la indicación de cesárea (P: 0.001), la desproporción feto pélvica (P: 0.017); la rotura uterina (P: 0.018) y la preeclampsia severa (P: 0.001) son factores maternos asociados a la indicación de cesárea, estos resultados concuerdan claramente por investigaciones a nivel nacional e internacional como es el estudio de Hafeez, M., y col del 2017, donde hallaron como factor de riesgo a la cesárea el tener un antecedente de cesárea con un Odds ratio de 17,1 (IC95%=8,9-35,6). (68,69)

De la misma forma los estudios de Rosales G (70) y Vélez-Pérez y col. (71), identificaron que el antecedente de cesárea sobre el cuerpo uterino es la indicación fuertemente asociada a las cesáreas previas.

De los resultados de este trabajo hemos podido dar como conclusión que las indicaciones para una intervención de cesárea fueron en su mayoría indicaciones maternas como la indicación de cesárea (P: 0.001), la desproporción feto pélvica (P: 0.017); la rotura uterina (P: 0.018), y la preeclampsia severa (P: 0.001), no concuerdan con la investigación realizada por Medina J (72), donde refiere que la primera indicación materna fue la placenta previa.

Dentro de los factores fetales asociados a la indicación de cesárea gestantes atendidas en el Hospital de Tingo María – Huánuco 2019, pudimos observar que la situación transversa (P: 0.002), la Presentación podálica (P: 0.010), y la macrosomía fetal (P: 0.026), son factores fetales asociados a la indicación de cesárea, dichos resultados concuerdan con los llevados a cabo por Paico (73) donde manifiesta que existe una alta asociación estadística entre la macrosomía y una cesárea.

Dentro de los factores placentarios asociados al parto por cesárea en gestantes atendidas en el Hospital de Tingo María – Huánuco 2019, pudimos observar que la Placenta previa (P: 0.041), el Desprendimiento prematuro de placenta (P: 0.001), y la Corioamnionitis (P: 0.021), son factores placentarios asociados a la indicación de cesárea, en razón de estos hallazgos es importante el manejo inmediato de estas patologías, según los especialistas, se aconseja una cesárea de urgencia bajo un esquema estandarizado propuesto por el EsSalud-Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud. (74) Así mismo podemos mencionar que los resultados hallados con semejantes a otros estudios llevados en nuestra región Huánuco, como son el estudio de Huamán N., en su investigación sobre los Factores relacionados a partos por Cesárea en el Hospital II EsSalud de Huánuco (75) donde se evidenció en la ruptura prematura de membranas y la infección de estas membranas son factores para el parto cesárea (OR=1,8, IC95%=1,2-2,6).

La presente investigación llevada en la Ciudad de Tingo María presentó algunas limitaciones metodológicas inherentes al diseño de este estudio. El presente diseño no permite ninguna afirmación de causa versus efecto entre los factores estudiados, aun considerando que los datos analizados provienen de un estudio de correlacionales. Aunque el análisis se realizó de la misma manera y con las mismas variables en ambos modelos, esto no elimina la posibilidad de que en otros estudios, otra variable no incluida en este estudio pueda estar asociada con el resultado.

CONCLUSIONES

- Dentro de los factores maternos asociados a la indicación de cesárea gestantes atendidas en el Hospital de Tingo María – Huánuco 2019, pudimos observar que la indicación de cesárea (P: 0.001), la desproporción feto pélvica (P: 0.017), la rotura uterina (P: 0.018) y la preeclampsia severa (P: 0.001), son factores maternos asociados a la indicación de cesárea.
- Dentro de los factores fetales asociados a la indicación de cesárea gestantes atendidas en el Hospital de Tingo María – Huánuco 2019, pudimos observar que la situación transversa (P: 0.002), la Presentación podálica (P: 0.010), y la macrosomía fetal (P: 0.026), son factores fetales asociados a la indicación de cesárea.
- Dentro de los factores placentarios asociados a la indicación de cesárea gestantes atendidas en el Hospital de Tingo María – Huánuco 2019, pudimos observar que la Placenta previa (P: 0.041), el Desprendimiento prematuro de placenta (P: 0.001), y la Corioamnionitis (P: 0.021), son factores placentarios asociados a la indicación de cesárea.
- Dentro de los factores asociados a la indicación de cesárea gestantes atendidas en el Hospital de Tingo María – Huánuco 2019, pudimos observar que la indicación de cesárea (P: 0.001), la desproporción feto pélvica (P: 0.017), la rotura uterina (P: 0.018), la preeclampsia severa (P: 0.001), la situación transversa (P: 0.002), la Presentación podálica (P: 0.010), y la macrosomía fetal (P: 0.026), la Placenta previa (P: 0.041), el

Desprendimiento prematuro de placenta (P: 0.001), y la Corioamnionitis (P: 0.021) son factores asociados a la indicación de cesárea.

SUGERENCIAS

- A los profesionales de obstetricia del Hospital de Tingo María en vista de las alta tasa de cesáreas con la identificación de factores maternos, fetales y placentarios en el estudio se sugiere llevar a cabo acciones preventivo promocionales incidiendo en el control prenatal riguroso de las gestantes para evitar complicaciones.
- Al personal de Gineco-obstetricia del Hospital de Tingo María poner mayor atención y cuidado a cada uno de los factores hallados en el estudio como: la desproporción feto pélvica, la rotura uterina, la preeclampsia severa, la situación transversa, la Presentación podálica, la macrosomía fetal, la Placenta previa, el Desprendimiento prematuro de placenta y la Corioamnionitis; para disminuir la tasa de cesárea en dicho nosocomio.
- Se recomienda ofrecer una prueba de trabajo de parto a todas las mujeres con una cesárea previa y una incisión transversa baja ya que según el American College of Obstetricians and Gynecologists, el protocolo actual de la Sociedad Española de Obstetras y Ginecólogos y el protocolo actual de la Canadian Society of Obstetricians and Gynecologists, indica que el parto vaginal después de una cesárea es un método seguro y práctico para reducir la cesárea en general.
- La implementación de intervenciones en los hospitales es mejorar la

capacidades resolutivas, las competencias del recurso humano (obstetra, ginecólogo, anestesiólogo, etc), entrenamiento en el uso de las claves en el manejo de emergencias obstétricas, es vital para prevenir complicaciones por hemorragia en placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta, y de esa manera evitar las muertes maternas.

- Finalmente a los futuros profesionales de obstetricia que adquieran competencias en el manejo de la cardiotocografía que es el estándar de oro actualmente, detectar precozmente los factores de riesgos, mediante la monitorización fetal intraparto. Para ajustar la tasa de cesáreas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bagheri A, Masoodi-Alavi N, Abbaszade F. [Factores efectivos para elegir el método de parto entre las mujeres embarazadas en Kashan] Feyz J. 2012;16:146–153
2. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Spong CY, Dashe J. Williams Obstetricia. 23ª edición. Mcgraw-colina; 2010
3. Wilmink FA, Hukkelhoven CW, Lunshof S. Resultado neonatal después de una cesárea electiva más allá de las 37 semanas de gestación: un análisis retrospectivo de 7 años de un registro nacional. Soy J Obstet Gynecol. 2010;202:e1–250
4. Azami S, Ghojazadeh M, Dehdilani N, Mohammadi M, Asl Amin Abad R. Prevalencia y causas de cesárea en Irán: revisión sistemática y metanálisis. Irán J Salud Pública. 2014; 43:545–555
5. Tecnología apropiada para el parto. Lancet 1985, 326:436–437.
6. Wylie BJ, Mirza FG. Parto por cesárea en el mundo en desarrollo. ClinPerinatol. 2008; 35:571–82.
7. Vieira, G.O., Fernandes, L.G., de Oliveira, N.F. et al. Factores asociados al parto por cesárea en hospitales públicos y privados de una ciudad del nordeste de Brasil: un estudio transversal. BMC Embarazo Parto 15, 132 (2015). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0570-8>.
8. MacDonal P. Cesarean Section and Peripartum Hysterectomy. 22nd ed. Williams, editor. Mexico: MacGraw-Hill; 2011.
9. LaRepublica.com. Cases of cesarean sections increased by 10% in the last 6 years. [On-line].; 2015 [Consultado el 01 de febrero del 2022].

Disponible en: <http://www.larepublica.pe/12-05-2014/en-10-se-incrementaron-los-casos-de-cesareas-en-los-ultimos-6-years>

10. INEI. Demographic and Family Health Survey: ENDES continues 2010. Lima: INEI; May 2011. Lima: National Institute of Statistics and Informatics, Lima; 2011.
11. Sardiñas R. The cesarean section and obstetrics today. *Ginecol Obstet Mex.* 2010 June; 73(2): p. 155-159.
12. WHO. The health of young people: A challenge for society. Report of a WHO study group on youth health and "Health for all by the year 2000". 2000.
13. Pacheco Romero J. *Gynecology, Obstetrics and Reproduction*. 2nd ed. Lima Peru.: REP SAC.; 2008.
14. Schwarcz R.F.R. *Obstetrics*. Sixth edition. 6th ed. Buenos Aires: The Athenaeum.; 2007.
15. MacDorman M. Mortalidad infantil y neonatal por cesárea primaria y partos vaginales de mujeres sin riesgo indicado. 2009.
16. Arrieta A. Who wins and who loses with cesarean deliveries? *Medical incentives and reproductive rights. Economy and Society.* 2009 December; 66(2).
17. Aller J, Pages G. *Modern Obstetrics*. 3rd ed. México: Editorial McGraw; 2000.
18. Uzcátegui O, Cabrera C. Bioethical aspects of cesarean section and informed consent. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2010 March; 70(1).
19. Ellen B. Factores asociados con las disparidades raciales y étnicas en el parto por cesárea entre mujeres con embarazos de bajo riesgo en

- hospitales de la ciudad de Nueva York, 2012-2017. Tesis para optar el grado de Doctor of Philosophy. [Consultado el 01 de febrero del 2022]. Disponible en: https://academicworks.cuny.edu/sph_etds/76/.
20. Gomez H, Fonge Y. Factores predictivos asociados con el parto por cesárea no planificado después de la inducción del trabajo de parto a término combinada con catéter de Foley y misoprostol. American Journal of Obstetrics & Gynecology Supplement to JANUARY 2022. [Consultado el 01 de febrero del 2022]. Disponible en: [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(21\)01895-0/fulltext#relatedArticles](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(21)01895-0/fulltext#relatedArticles).
21. Hana L, Semarya L, Jembere D. Incidencia de infección del sitio quirúrgico y factores asociados entre partos por cesárea en hospitales gubernamentales seleccionados en Addis Abeba, Etiopía. Obstetrics and Gynecology International. 2020; 2 (9) 2020: 8. [Consultado el 01 de febrero del 2022]. Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/ogi/2020/9714640/>.
22. McClelland, S., Gorfinkle, N., Arslan, A.A. et al. Factores asociados con las tasas de parto por cesárea: una experiencia de una sola institución. matern health, neonatol and perinatol 3, 8 (2017). [Consultado el 01 de febrero del 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s40748-017-0047-z>.
23. Pino R, Zorrilla V, Rodríguez M, Ochoa W. Frequency and indications for elective and emergency caesarean sections in the Regional Hospital of Ayacucho, Peru [Internet]. Peruvian Journal of Health Sciences. 2021 Feb 11 [cited 2021 Mar 13];3(1):41-0.

24. Suarez G. Frequency, causes, complications, and associated factors of unjustified caesarean sections in the Hospital III of EsSalud Juliaca (thesis to obtain the degree of medical surgeon). NATIONAL UNIVERSITY OF THE ALTIPLANO OF PUNO; 2021.
25. Sinchitullo A. RLAP. Factors associated with cesarean deliveries in a Peruvian hospital. Journal of the Faculty of Human Medicine. 2020;;p. 20(3), 444-451. [Consultado el 01 de febrero del 2022]. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v20i3.3049>.
26. Ojeda E. Factors associated with the increase in caesarean sections in the maternity service of the Regional Hospital of Cusco (thesis to opt for the degree of obstetrician). Andean University of Cusco; 2020.
27. Huamán N., Palacios C., Rojas M., Guerrero C. Factors Related to Cesarean Births at Hospital II ES-SALUD in Huánuco. Rev Peru Research Health. 2018;2(1):10-17.
28. Flores M. Factors that determine the incidence of caesarean sections in the Tingo María Hospital – Huánuco (thesis to opt for the Master's degree in Public Health and university teaching). University of Huanuco; 2019.
29. Panagiotidou O. Los mitos y las narrativas curativas de Asclepius: conceptos contrarios a la intuición y expectativas culturales. Open Library of Humanities. 2016;2(1):1.
30. Lurie S, Glezerman M. La historia de la cesárea. Revista americana de obstetricia y ginecología. 2003; 189: 1803.
31. Blumenfeld-Kosinski R. No nacido de mujer. Ítaca: Prensa de la Universidad de Cornell; 1990. pág. 7.

32. Rousset F. Nuevo tratado sobre hysterotomotokie, o parto por cesárea. París: Denys du Val; 1581.
33. Patel R, Murphy D. Parto con fórceps en la práctica obstétrica moderna. Revista médica británica. 2004; 328:1302.
34. Harris R. Estadísticas especiales de la operación de cesárea en los Estados Unidos, mostrando los éxitos y fracasos en cada estado. Revista americana de obstetricia y ginecología. 1881; 144:341.
35. Porro E. Amputación útero-ovárica como complemento de la cesárea. Annu Univ Med Chir (Milán). 1876; 237:289.
36. Sewell J. Cesárea: una breve historia. Para la Sociedad Americana de Ginecólogos y Obstetras. Biblioteca Nacional de Medicina; Bethesda, Estados Unidos 1993.
37. Pfannenstiel J. Sobre las ventajas de un corte transversal de la fascia por encima de la sínfisis para laparotomías ginecológicas y consejos sobre técnicas e indicaciones quirúrgicas. Samml Klin Vortr Gynacol. 1897; 68:1.
38. Grupo Colaborativo del Estudio CAESAR. Técnicas quirúrgicas de cesárea: un ensayo factorial aleatorizado (CAESAR). Revista británica de obstetricia y ginecología. 2010; 117:1366.
39. Grupo Colaborativo CORONIS, Abalos E, Addo V, Brocklehurst P, El Sheikh M, Farrell B, Gray S, et al. Técnicas quirúrgicas de cesárea: seguimiento de 3 años del ensayo controlado aleatorio fraccionado sin enmascarar CORONIS. Lanceta. 2016;388(10039):62.
40. Roberge S, Demers S, Girard M, Vikhareva O, Markey S, Chaillet N, et al. Impacto del cierre uterino en el grosor residual del miometrio después de

- una cesárea: un ensayo controlado aleatorizado. *Revista americana de obstetricia y ginecología*. 2016; 214:507.e1.
41. Harper L, Cahill A, Roehl K, Odibo A, Stamilio D, Macones G. El patrón del trabajo de parto que precede a la ruptura uterina. *Revista americana de obstetricia y ginecología*. 2012; 207:210.
42. Al-Zirki I, Daltveit K, Forsén L, Stray-Petersen B, Vangen S. Factores de riesgo para la ruptura uterina completa. *Revista americana de obstetricia y ginecología*. 2017;216:165.
43. Ouzounian J, Miller D, Hiebert C, Battista L, Lee R. Parto vaginal después de una cesárea: riesgo de ruptura uterina con la inducción del parto. *Revista americana de perinatología*. 2011;28:593.
44. Bamigboye A, Hofmeyr G. Cierre versus no cierre del peritoneo en la cesárea: resultados a corto y largo plazo. *Base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas*. 2014;8:CD000163.
45. Duffield A, McKenzie C, Carvalho B, et al. Efecto de una infusión de oxitocina de alta tasa versus una de baja tasa para mantener la contractilidad uterina durante el parto por cesárea electiva: un ensayo clínico prospectivo aleatorizado. *Anestesia y Analgesia*. 2017;124:857.
46. Hansson Bittar M, da Silva Charvalho P, Vladic Stjernholm Y. Indicaciones para cesáreas y acciones para prevenir cesáreas innecesarias. *Archivos de Ginecología y Obstetricia*. 2018. Prensa.
47. Lavender T, Hofmeyr G, Neilson J, Kingdon C, Gyte G. Cesárea por razones no médicas a término. *Revisiones sistemáticas de la base de datos Cochrane*. 2014. CD004660.

48. Nerum H, Halvorsen T, Sorlie T, Oian P. Solicitud materna de cesárea por miedo al parto: ¿Se puede cambiar a través de la consejería orientada a la crisis? *Nacimiento*.2006;33:221.
49. Oladapo O, Souza J, Fawole B, Mugerwa R, Perdoná G, Alver D, et al. Progresión de la etapa fuerte del trabajo de parto espontáneo: un estudio de cohorte prospectivo en dos países del África subsahariana. *Medicina PLoS*. 2018. DOI: 10.1371.
50. Lannon S, Guthrie K, Vanderhoeven J, Gammill H. Riesgo de ruptura uterina después de una cesárea periviable. *Obstetricia y Ginecología*. 2015;125:1095.
51. Caughey A, Cahill A, Guise JM, Rouse D. Prevención segura de la primera cesárea. *Revista americana de obstetricia y ginecología*. 2014;123:693.
52. Andolf E, Thorsell M, Källén K. Parto por cesárea y riesgo de adherencias posoperatorias y obstrucción intestinal: un estudio anidado de casos y controles del registro médico sueco de nacimientos. *Revista americana de obstetricia y ginecología*. 2010;203:406.
53. Bosch A, Levin E, van, Houten M, Hasrat R, Kalkman G, Biesbroek G, et al. El desarrollo de la microbiota del tracto respiratorio superior en la infancia se ve afectado por el modo de parto. *EBioMedicine*. 2016;9:336.
54. Yuan C, Gaskins A, Blaine A, Chavarro J, et al. Asociación entre el parto por cesárea y el riesgo de obesidad en la descendencia en la infancia, la adolescencia y la edad adulta temprana. *JAMA Pediatría*. 2016;170:e162385.

55. Blomberg M. Evitar la primera cesárea - Resultados de cambios organizativos y culturales estructurados. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*. 2016;95:580.
56. FICO. *Procedures in Obstetrics and Gynecology*. Publications of the National Institute of Perinatology. 2010.
57. Davis R. Los paradigmas tecnocráticos, humanistas y holísticos del parto. *Int J Gynaecol Obstet Fuera de órgano Int Fed Gynaecol Obstet*. 2001 noviembre;75 Suplemento 1:S5–23..
58. Hernández JM. Sociología del parto. Conflictos asistenciales en el marco del “paradigma tecnocrático”. *RIS*. 2016;74..
59. Eide KT, Morken N-H, Bærøe K. Motivos maternos para solicitar una cesárea planificada en Noruega: un estudio cualitativo. *BMC Embarazo Parto*. 2019 marzo; 19 (1): 102. medio:30922267..
60. Panda S, Begley C, Daly D. Influencia de la solicitud y preferencia de las mujeres en el aumento de la tasa de cesárea: una comparación de revisiones. *Partería*. 2020 de septiembre; 88: 102765. medio:32531664..
61. Long Q, Kingdon C, Yang F, Renecke MD. Prevalencia y motivos de las preferencias de mujeres, familiares y profesionales de la salud por la cesárea en China: una revisión sistemática de métodos mixtos. *PLoS Med*. 2018 octubre;15(10):e1002672..
62. Fleming V, Meyer Y, Frank F, van Gogh S, Schirinzi L, Michoud B, et al. Dar a luz: expectativas de las madres primerizas en Suiza en la mitad del embarazo. *Mujeres Nacimiento*. 2017 diciembre; 30 (6): 443–9. pmid:28576618.

63. Gamble J, Creedy DK, McCourt C, Weaver J, Beake S. Una crítica de la literatura sobre la solicitud de cesárea de las mujeres. *Nacimiento*. 2007 diciembre; 34 (4): 331–40. medio:18021149.
64. Keegan R. "Reclamo la victoria y reclamo la curación": factores involucrados en la toma de decisiones sobre el parto vaginal después de la cesárea (VBAC). *La Escuela Nueva de Investigaciones Sociales de La Escuela Nueva*; 2015.
65. Fonseca Livias A. *scientific research in health with a quantitative approach*. 1st ed. Unheval, editor. Huanuco: Unheval; 2012.
66. Gómez M. Bases for critical review of medical articles. *Rev Mex Pediatr*. 2002 June; 68(4): p. 152-159.
67. Aguilar S. Formulas for calculating the sample in health research *Salud en Tabasco* 2005. *Salud en Tabasco*. 2005 January; 11(2): p. 333-338.
68. Hafeez M, Yasin A, Badar N, Pasha M, Akram N, Gulzar B. Prevalencia e Indicaciones de Cesárea en un Hospital Escuela. *JIMSA* January-March 2014. 27 (1). [Consultado el 01 de febrero del 2022]. Disponible en: <http://medind.nic.in/jav/t14/i1/javt14i1p15.pdf>.
69. Távara Orozco L. Cesarean section in Peru: present and future. *Obstetric Gynecology (Peru)*. 1993; 39(15): 29-35. DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v39i1589>.
70. Rosales G. Maternal risk factors associated with cesarean section in women treated at the Otuzco Support Hospital 2016-2017. Thesis, César Vallejo University, Lima. 2018. [Consultado el 01 de febrero del 2022]. Disponible en: <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/29212>.

71. Vélez E, Tovar V, Méndez F, López C. Facteurs de risque de césarienne à l'hôpital de gynécologie pédiatrique IMSS à Hermosillo, Sonora. Bol Clin Hosp Infant Edo Son 2013; 30(1): 16-23.
72. Medina J. Factors associated with the indication of caesarean section at the Dos de Mayo National Hospital from January to December 2015. Thesis, Univ. Ricardo Palma, Lima. 2015. [Consultado el 01 de febrero del 2022]. Disponible en: http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/555/Medina_j.pdf?sequence=.
73. Paico D. Predisposing factors of macrosomia in the Vitarte Hospital during the period of July - December 2016. [Thesis of Medicine], Univ. Ricardo Palma, Lima, 2017. Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/1006>.
74. EsSalud-Institute for Health Technology Assessment. Evidence Report 01. Recommendations for the relevance and safety of cesarean section, 2018. p.45-46. [Consultado el 01 de febrero del 2022]. Disponible en: http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/RE_Indicacion_de_Cesarea_Final.pdf.
75. Huamán N. Factors related to Cesarean deliveries at Hospital II EsSalud in Huánuco. Rev Peru Research Health. 2018; 2(1):10-17. [Consultado el 01 de febrero del 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.35839/repis.2.1.208>.

ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título: “FACTORES ASOCIADOS AL PARTO POR CESÁREA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE TINGO MARÍA – HUÁNUCO, 2019.”

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	INDICADORES	METODOLOGÍA	POBLACIÓN Y MUESTRA
PROBLEMA GENERAL: ¿Cuáles son los factores asociados al parto por cesárea en gestantes atendidas en el Hospital de Tingo María – Huánuco 2019?	OBJETIVO GENERAL: Determinar los factores asociados al parto por cesárea en gestantes atendidas en el Hospital de Tingo María – Huánuco 2019.	Hipótesis general Ha: Los factores maternos, fetales y los uterinos están asociados al parto por cesárea en gestantes atendidas en el Hospital de Tingo María – Huánuco 2019. Ho: Los factores maternos, fetales y los uterinos no están asociados al parto por cesárea en gestantes atendidas en el Hospital de Tingo María – Huánuco 2019.	VARIABLE INDEPENDIENTE: Factores maternos, fetales y los uterinos	Edad gestacional. Paridad. Control prenatal. Antecedentes obstétricos. Preeclampsia. Patologías asociadas. Embarazo múltiple. Macrosomía. DCP Miomias. Enfermedades de transmisión sexual. Cesáreas anteriores. PP DPP RPM.	MÉTODO DE INVESTIGACIÓN Método científico	POBLACIÓN DE ESTUDIO La población estará determinada por las 302 historias clínicas de las gestantes atendidas por cesárea en el periodo de Enero a diciembre 2019.
PROBLEMAS ESPECÍFICOS: ¿Cuáles son los factores maternos asociados al parto por cesárea en gestantes atendidas en el Hospital de Tingo María – Huánuco 2019? ¿Cuáles son los factores fetales asociados al parto por cesárea en gestantes atendidas en el Hospital de Tingo María – Huánuco 2019?	OBJETIVOS ESPECÍFICOS: ☐ Identificar los factores maternos asociados al parto por cesárea en gestantes atendidas en el Hospital de Tingo María – Huánuco 2019. ☐ Identificar los factores fetales asociados al parto por cesárea en gestantes atendidas en el Hospital de Tingo María – Huánuco 2019.		VARIABLE DEPENDIENTE: Parto por cesárea en gestantes	Baja Media Alta	TIPO DE INVESTIGACIÓN Observacional, retrospectivo, transversal y analítico.	MUESTRA La muestra estuvo conformada por 161 historias clínicas de las gestantes cesareadas.
					NIVEL DE INVESTIGACIÓN Correlacional	TÉCNICAS INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS Fichaje Fichas de recolección
					Diseño de la investigación Diseño correlacional	Análisis bivariado:

<p>¿Cuáles son los factores uterinos placentarios asociados al parto por cesárea en gestantes atendidas en el Hospital de Tingo María – Huánuco 2019?</p>	<p>Identificar los factores uterinos placentarios asociados al parto por cesárea en gestantes atendidas en el Hospital de Tingo María – Huánuco 2019.</p>					<p>Análisis estadístico descriptivo y análisis estadístico inferencial, como la prueba de χ^2 cuadrado.</p>
---	---	--	--	--	--	---

ANEXO 02: INSTRUMENTO DE RECOLECCION

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS: “FACTORES ASOCIADOS AL PARTO POR CESÁREA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE TINGO MARÍA – HUÁNUCO, 2019.”

I. DATOS GENERALES DE LA PACIENTE

1. Edad:
 - a) De 14 a 19 años
 - b) De 20 a 29 años
 - c) De 30 a 39 años
 - d) De 40 a más años

2. Grado de instrucción:
 - a) Primaria completa
 - b) Secundaria completa
 - c) Superior técnico
 - d) Superior Universitario

3. Estado Civil
 - a) Soltera
 - b) Casada
 - c) Divorciada
 - d) Conviviente

II. POR FACTORES MATERNOS:

4. Antecedente de parto cesárea
 - a) Si
 - b) No

5. Desproporción feto pélvica
 - a) Si
 - b) No

6. Dilatación uterina prolongada

a) Si

b) No

7. Rotura uterina

a) Si

b) No

8. Preeclampsia severa

a) Si

b) No

9. Fracaso en la inducción

a) Si

b) No

III. POR FACTORES FETALES:

10. Situación transversa

a) Si

b) No

11. Presentación podálica

a) Si

b) No

12. Presentación de cara

a) Si

b) No

13. Macrosomía fetal

a) Si

b) No

14. Hipoxia fetal

a) Si

b) No

15. Retardo de crecimiento intrauterino

a) Si

b) No

16. Óbito fetal

a) Si

b) No

IV. POR FACTORES UTERO PLACENTARIOS:

17. Placenta previa

a) Si

b) No

18. Desprendimiento prematuro de placenta (DPP)

a) Si

b) No

19. Procidencia y prolapso de cordón

a) Si

b) No

20. Corioamnionitis

a) Si

b) No

ANEXO 03: Validación de expertos.

ESCALA DE CALIFICACION PARA VALIDACION DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

Estimado (a): Ginecólogo Edgar Huamán Guere

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta, de la tesis titulada "FACTORES ASOCIADOS AL PARTO POR CESÁREA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE TINGO MARÍA – HUÁNUCO, 2019".

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACION
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	X		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio	X		
3. La estructura del instrumento es adecuada.	X		
4. Las preguntas del instrumento responden a la Operacionalización de la variable.	X		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
6. Las preguntas son claras y entendibles.	X		
7. El número de preguntas es adecuado para su aplicación.	X		

SUGERENCIAS:

.....

FIRMA Y SELLO DEL EXPERTO:


 DR. EDGAR HUAMÁN GUERE
 MÉDICO CIRUJANO
 GINECO OBSTETRA
 CMP. 34184 - R.H.E. 25401

ESCALA DE CALIFICACION PARA VALIDACION DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

Estimado (a): Mg. Obsta. Carmen Céspedes Gargate

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta, de la tesis titulada "FACTORES ASOCIADOS AL PARTO POR CESÁREA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE TINGO MARÍA – HUÁNUCO, 2019".

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACION
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	X		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio	X		
3. La estructura del instrumento es adecuada.	X		
4. Las preguntas del instrumento responden a la Operacionalización de la variable.	X		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
6. Las preguntas son claras y entendibles.	X		
7. El número de preguntas es adecuado para su aplicación.	X		

SUGERENCIAS:

.....

FIRMA Y SELLO DEL EXPERTO:


 Mg. Carmen S. Céspedes Gargate
 OBSTETRA - COP 9678
 Exp. Año Riesgo Obstétrico N° 300904P

ESCALA DE CALIFICACION PARA VALIDACION DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

Estimado (a):Obsta. Susy A. Gómez León.....

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta, de la tesis titulada "FACTORES ASOCIADOS AL PARTO POR CESÁREA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE TINGO MARÍA – HUÁNUCO, 2019".

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACION
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	X		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio	X		
3. La estructura del instrumento es adecuada.	X		
4. Las preguntas del instrumento responden a la Operacionalización de la variable.	X		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
6. Las preguntas son claras y entendibles.	X		
7. El número de preguntas es adecuado para su aplicación.	X		

SUGERENCIAS:

.....

FIRMA Y SELLO DEL EXPERTO:


 Susy A. Gómez León.....
 OBSTETRA COP 12613
 Esp. Alto Riesgo Obstétrico
 RNE 1707-E-01

ESCALA DE CALIFICACION PARA VALIDACION DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

Estimado (a): Ginecólogo Freddy E. Arone Huachaca

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta, de la tesis titulada "FACTORES ASOCIADOS AL PARTO POR CESÁREA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE TINGO MARÍA – HUÁNUCO, 2019".


Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACION
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	X		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio	X		
3. La estructura del instrumento es adecuada.	X		
4. Las preguntas del instrumento responden a la Operacionalización de la variable.	X		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
6. Las preguntas son claras y entendibles.	X		
7. El número de preguntas es adecuado para su aplicación.	X		

SUGERENCIAS:

.....

FIRMA Y SELLO DEL EXPERTO:


Freddy E. Arone Huachaca
 Médico Ginecóloga Obstetra
 CMP: 30906

ESCALA DE CALIFICACION PARA VALIDACION DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

Estimado (a): Ginecólogo Cesar Levi Rosales

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta, de la tesis titulada "FACTORES ASOCIADOS AL PARTO POR CESÁREA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE TINGO MARÍA – HUÁNUCO, 2019".

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACION
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	X		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio	X		
3. La estructura del instrumento es adecuada.	X		
4. Las preguntas del instrumento responden a la Operacionalización de la variable.	X		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	X		
6. Las preguntas son claras y entendibles.	X		
7. El número de preguntas es adecuado para su aplicación.	X		

SUGERENCIAS:

.....

FIRMA Y SELLO DEL EXPERTO:


 GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
 U.E. del HOSPITAL TINGO MARÍA
Dr. CESAR LEVI ROSALES
 CNMF N° 02662 - RNE N° 33683
 JEFE DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA

ANEXO 04: Autorización de recolección de datos.



GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HUÁNUCO

Hospital
TINGO MARÍA

"AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERU: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA"

Tingo María, 20 de mayo del 2021

CARTA N° 000006 -2021-GRH-DRSH/HTM-UADI.

Srta.
Talenas lazarte, Edith mavila
Presente

ASUNTO : Autorización para proyecto de investigación

De mi especial consideración:

Me es grato dirigirme a usted, para expresarle mi cordial saludo. En relación a la solicitud presentada, la unidad de apoyo a la docencia e investigación del Hospital Tingo María, da la **AUTORIZACION** para realizar el proyecto de investigación titulado **"FACTORES ASOCIADOS AL PARTO POR CESAREA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL TINGO MARIA-2019-HUANUCO"**

Sin otro particular me suscribo de usted.

ATENTAMENTE.


MINISTERIO DE SALUD
GOBIERNO REGIONAL DE HUÁNUCO
HOSPITAL TINGO MARÍA

Lic. Ent. Violeta Michelle Garcia Char
C.E.P. N° 68934
JEFE UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACION

VMGCH/vmgs
C. c.
Archivo

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

PROVEIDO N° 06 -2020- GRH-DRSH-HTM-UESA

Visto la solicitud de **TALINAS LAZARTE, Edith Mavila**, estudiante de Pre grado Facultad de Obstetricia de la UDH Huánuco, en la que solicita Permiso para ejecución de trabajo de investigación Titulado "**FACTORES ASOCIADOS AL PARTO POR CESAREA E GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE TINGO MARIA**", mediante la aplicación de un cuestionario. Los responsables de Investigación de la UADI Hospital Tingo María consideran que el presente estudio no transgrede los principios éticos de beneficencia, autonomía, justicia, no maleficencia, por lo que se considera viable para su aplicación.

Tingo María, 20 de mayo 2021

Atentamente,



MINISTERIO DE HUÁNUCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HUÁNUCO
U.E. 401 HOSPITAL TINGO MARÍA
Liria Pérez Ampudia
Especialista en Enfermería
C.E.P. 88152



FACULTAD DE OBSTETRICIA
DECANATO

RESOLUCIÓN N°057-2021-UNHEVAL/FObst-D

Huánuco, 03 de marzo de 2021

VISTO:

La Solicitud S/N, de fecha de recepción 12.FEB.2021, presentado por la alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Alto Riesgo en Obstetricia, Obsta. Edith Mavila TALENAS LAZARTE, en dos (02) folios;

CONSIDERANDO:

Que, la alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Alto Riesgo en Obstetricia, Obsta. Edith Mavila TALENAS LAZARTE, solicita exclusividad de tema para el Proyecto de Investigación titulado: “FACTORES ASOCIADOS AL PARTO POR CESÁREA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE TINGO MARÍA – HUÁNUCO, 2019.”;

Que, mediante Proveído digital N° 065-2021-UNHEVAL/FObst-D, se remite a la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Obstetricia, para que informe sobre la exclusividad de tema del mencionado estudiante;

Que, mediante Informe Virtual N° 21 -2021-MMF-DuI -FObst-UNHEVAL, de fecha de recepción 19.FEB.2021, la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Obstetricia, informa PROCEDENTE la exclusividad de tema. y;

Estando a las atribuciones conferidas a la Señora Decana de la Facultad de Obstetricia, mediante RESOLUCIÓN N° 077-2020-UNHEVAL- CEU, de fecha 11 de diciembre de 2020.

SE RESUELVE:

- 1° **APROBAR** la Exclusividad del Título del Proyecto de Investigación: “**FACTORES ASOCIADOS AL PARTO POR CESÁREA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE TINGO MARÍA – HUÁNUCO, 2019.**”; de la alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Alto Riesgo en Obstetricia, Obsta. Edith Mavila TALENAS LAZARTE y queda registrado en el cuaderno de Actas del Instituto de Investigación de la Facultad de Obstetricia.
- 2° **DAR A CONOCER** la presente Resolución a los órganos correspondientes y a las interesadas.

Regístrese, comuníquese y archívese.


Dra. Edith C. Figueroa Sánchez
DECANA

Distribución:
Interesada, DUI, Archivo



**FACULTAD DE OBSTETRICIA
DECANATO**

RESOLUCIÓN N°441-2022-UNHEVAL/Fobst-D

Huánuco, 12 de octubre de 2022

VISTO:

La Solicitud S/N, de fecha de recepción 11.OCT.2022, presentado por la alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Alto Riesgo en Obstetricia, Edith Mavila TALENAS LAZARTE, en cinco (05)

CONSIDERANDO:

Que, de acuerdo con el Reglamento de Grados y Títulos de la UNHEVAL, en su Capítulo III Tesis, Art. 39°, señala: "Emitida la Resolución de aprobación del Proyecto de Tesis por el Decano, el alumno procederá a desarrollar su Proyecto de Tesis. Si no lo desarrollara en un plazo de un año, debe presentar un nuevo Proyecto de Tesis. Las facultades establecerán en su Reglamento específico el plazo mínimo para que el alumno presente su Borrador de Tesis;

Que, mediante Resolución N°057-2021-UNHEVAL/FOBST-D, de fecha 03.MAR.2021, se aprueba la Exclusividad del Título del Proyecto de Investigación: "FACTORES ASOCIADOS AL PARTO POR CESÁREA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE TINGO MARÍA - HUÁNUCO, 2019."

Que, mediante Resolución N°072-2021-UNHEVAL/FOBST-D, de fecha 23.MAR.2022, se nombra a la Dra. Justina Isabel PRADO JUSCAMAITA, como Asesora de Tesis de la alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Alto Riesgo en Obstetricia, Obsta. Edith Mavila TALENAS LAZARTE, para la orientación y asesoramiento en el desarrollo del Trabajo de investigación;

Que, mediante Resolución N°104-2021-UNHEVAL/FOBST-D de fecha 21.ABR.2021, se DESIGNA Jurados de la Tesis de la alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Alto Riesgo en Obstetricia, Edith Mavila TALENAS LAZARTE, integrado de la siguiente manera: Presidente-Digna Amabilia MANRIQUE DE LARA SUAREZ; Secretaria- Dra. Mary Luisa MAQUE PONCE; Vocal-Dra. Clara FERNANDEZ PICON, Accesorario 1- Dr. Julio Constantino TUEROS ESPINOZA Y Accesorario 2- Dra. Zoila Elvira MIRAVAL TARAZONA;

Que, con INFORME N° 0110 -2022-UNHEVAL-DAMLS-Jev, la Digna Amabilia MANRIQUE DE LARA SUAREZ, con INFORME N°001-2022-UNHEVAL-MLMP, la Dra. Mary Luisa MAQUE PONCE y con INFORME N° 01-2022 - CFP-JEX-SE-FOBST-/UNHEVAL, la Dra. Clara FERNANDEZ PICON Jurados de la Tesis indican que se encuentra APTO para su aprobación y ejecución;

Estando a las atribuciones conferidas a la Señora Decana de la Facultad de Obstetricia, mediante RESOLUCIÓN N° 077-2020-UNHEVAL- CEU, de fecha 11 de diciembre de 2020.

SE RESUELVE:

- 1° **APROBAR** el proyecto de Tesis, titulado: "**FACTORES ASOCIADOS AL PARTO POR CESÁREA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE TINGO MARÍA - HUÁNUCO, 2019.**" de la alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Alto Riesgo en Obstetricia, Edith Mavila TALENAS LAZARTE, asesorada por la Dra. Justina Isabel PRADO JUSCAMAITA.
- 2° **INSCRIBIR** el Proyecto indicado en el Repositorio de Proyecto de Tesis de la Unidad de Investigación de la Facultad, guardándose dicha inscripción por un año contados a partir del **05.SET.2022.**
- 3° **DAR A CONOCER** la presente Resolución a los órganos correspondientes y a la interesada.

Regístrese, comuníquese y archívese.


Dra. Ibeth C. Figueroa Sánchez
DECANA

DISTRIBUCIÓN:
UPROySA, DUI, asesora, interesados y archivo



"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN

Huánuco - Perú

LICENCIADA CON RESOLUCIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO N°099-2019-SUNEDU/CD



FACULTAD DE OBSTETRICIA

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TRABAJO ACADÉMICO PARA OBTENER EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL

En la ciudad de Huánuco, siendo las 6:00 pm, del día jueves 16 de febrero de 2023, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos, la ex alumna de la Segunda Especialidad Profesional en Alto Riesgo en Obstetricia, Obst. Edith Mavila TALENAS LAZARTE, a través de la Plataforma de Video Conferencia Cisco Webex de la UNHEVAL: https://unheval.webex.com/unheval/j.php?MTID=m0bdb0d200c18042958733a31b1afc07b procedió al acto de Defensa de su Trabajo Académico titulado "FACTORES ASOCIADOS AL PARTO POR CESÁREA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE TINGO MARÍA - HUÁNUCO, 2019" para obtener el TÍTULO PROFESIONAL DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ALTO RIESGO EN OBSTETRICIA; ante los miembros del Jurado de Tesis, estando conformado por los siguientes docentes.

- Presidente : Dra. Digna Amabilia MANRIQUE DE LARA SUAREZ
Secretaria : Dra. Mary Luisa MAQUE PONCE
Vocal : Dra. Clara FERNANDEZ PICON
Accesitaria : Dr. Julio Constantino TUEROS ESPINOZA

Asesora de Tesis: Dra. Justina Isabel PRADO JUSCAMAITA

Respondiendo las preguntas formuladas por los miembros del jurado y público. Se dio por concluido el acto de defensa de tesis; donde cada miembro del Jurado procedió a calificar.

Asimismo, el Jurado planteó al Trabajo Académico las siguientes observaciones:

.....
.....

Obteniendo en consecuencia la nota cuantitativa de: diecisiete (17) y cualitativa de: muy bueno, por lo que se declara APROBADO.

Los miembros del Jurado firman la presente ACTA en señal de conformidad, en Huánuco, siendo las 19: 45 horas del día 16 de febrero del 2023.

[Signature]

PRESIDENTE
Dra. Digna A. MANRIQUE DE LARA SUAREZ

[Signature]

SECRETARIA
Dra. Mary Luisa MAQUE PONCE

[Signature]

VOCAL
Dra. Clara FERNANDEZ PICON

Leyenda:
Excelente: 19 y 20
Muy bueno: 17 y 18
Bueno: 14 a 16
Desaprobado: < 14



“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”
UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN
LICENCIADA CON RESOLUCIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO N°099-2019-SUNEDU/CD



FACULTAD DE OBSTETRICIA
Dirección de la Unidad de Investigación

Constancia N° 041-2022-PG-MMF-DuI -FObst-UNHEVAL.

Dra. Ibeth Figueroa Sánchez
Decana de la Facultad de obstetricia
Ref. Proveído digital N°749-2022-UNHEVAL/FObst-D.

Directora de la Unidad de Investigación - Facultad de Obstetricia
Dra. María del Pilar Melgarejo Figueroa

CONSTANCIA

La unidad de Investigación de la Facultad de obstetricia emite la presente constancia de antiplagio, aplicando el programa TURNITIN, la cual reporta 10%.

Alumna: TALENAS LAZARTE, Edith Mavila

Tema: “FACTORES ASOCIADOS AL PARTO POR CESÁREA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE TINGO MARÍA – HUÁNUCO, 2019.”

Asesora: Dra. PRADO JUSCAMAITA, Justina Isabel

Fecha: 29.SEP.2022.

Dra. C.S. María del Pilar Melgarejo Figueroa
Directora de la Unidad de Investigación
Facultad de Obstetricia

● 10% de similitud general

Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:

- 10% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 3% Base de datos de trabajos entregados
- 0% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

FUENTES PRINCIPALES

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	hdl.handle.net Internet	3%
2	repositorio.unheval.edu.pe Internet	1%
3	repositorio.unap.edu.pe Internet	<1%
4	repositorio.urp.edu.pe Internet	<1%
5	distancia.udh.edu.pe Internet	<1%
6	repositorio.upn.edu.pe Internet	<1%
7	tesis.unap.edu.pe Internet	<1%
8	renati.sunedu.gob.pe Internet	<1%

9	1library.co	Internet	<1%
10	dspace.unach.edu.ec	Internet	<1%
11	repositorio.untrm.edu.pe	Internet	<1%
12	repositorio.igte.ejercito.mil.pe	Internet	<1%
13	hindawi.com	Internet	<1%
14	repositorio.unjbg.edu.pe	Internet	<1%
15	Universidad de San Buenaventura on 2012-09-04	Submitted works	<1%
16	repositorio.uns.edu.pe	Internet	<1%
17	Universidad Cesar Vallejo on 2022-08-13	Submitted works	<1%
18	doku.pub	Internet	<1%
19	repositorio.udh.edu.pe	Internet	<1%
20	repositorio.ujcm.edu.pe	Internet	<1%

21	repositorio.unu.edu.pe	<1%
	Internet	
<hr/>		
22	repositorio.uwiener.edu.pe	<1%
	Internet	

AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DIGITAL Y DECLARACIÓN JURADA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR UN GRADO ACADÉMICO O TÍTULO PROFESIONAL

1. Autorización de Publicación: (Marque con una "X")

Pregrado		Segunda Especialidad	X	Posgrado:	Maestría		Doctorado	
----------	--	----------------------	---	-----------	----------	--	-----------	--

Pregrado (tal y como está registrado en SUNEDU)

Facultad	
Escuela Profesional	
Carrera Profesional	
Grado que otorga	
Título que otorga	

Segunda especialidad (tal y como está registrado en SUNEDU)

Facultad	OBSTETRICIA
Nombre del programa	ALTO RIESGO EN OBSTETRICIA
Título que Otorga	TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ALTO RIESGO EN OBSTÉTRICA

Posgrado (tal y como está registrado en SUNEDU)

Nombre del Programa de estudio	
Grado que otorga	

2. Datos del Autor(es): (Ingrese todos los datos requeridos completos)

Apellidos y Nombres:	Edith Mavila Talenas Lazarte							
Tipo de Documento:	DNI	X	Pasaporte		C.E.		Nro. de Celular:	995803330
Nro. de Documento:	22487765					Correo Electrónico:	Juniorvasquez8_@hotmail.com	

Apellidos y Nombres:								
Tipo de Documento:	DNI		Pasaporte		C.E.		Nro. de Celular:	
Nro. de Documento:						Correo Electrónico:		

Apellidos y Nombres:								
Tipo de Documento:	DNI		Pasaporte		C.E.		Nro. de Celular:	
Nro. de Documento:						Correo Electrónico:		

3. Datos del Asesor: (Ingrese todos los datos requeridos completos según DNI, no es necesario indicar el Grado Académico del Asesor)

¿El Trabajo de Investigación cuenta con un Asesor?: (marque con una "X" en el recuadro del costado, según corresponda)	SI	X	NO					
Apellidos y Nombres:	Prado Juscamaita Justina Isabel			ORCID ID:	0000-0002-6558-4233			
Tipo de Documento:	DNI	x	Pasaporte		C.E.		Nro. de documento:	22515074

4. Datos del Jurado calificador: (Ingrese solamente los Apellidos y Nombres completos según DNI, no es necesario indicar el Grado Académico del Jurado)

Presidente:	Manrique De Lara Suárez, Digna Amabilia
Secretario:	Maque Ponce, Mary Luisa
Vocal:	Fernández Picón, Clara
Vocal:	
Vocal:	
Accesitario	Tueros Espinoza, Julio Constantino

5. Declaración Jurada: *(Ingrese todos los datos requeridos completos)*

a) Soy Autor (a) (es) del Trabajo de Investigación Titulado: <i>(Ingrese el título tal y como está registrado en el Acta de Sustentación)</i>
"FACTORES ASOCIADOS AL PARTO POR CESÁREA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE TINGO MARIA-HUANUCO, 2019"
b) El Trabajo de Investigación fue sustentado para optar el Grado Académico ó Título Profesional de: <i>(tal y como está registrado en SUNEDU)</i>
TÍTULO DE LA SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ALTO RIESGO EN OBSTETRICIA
c) El Trabajo de investigación no contiene plagio (ninguna frase completa o párrafo del documento corresponde a otro autor sin haber sido citado previamente), ni total ni parcial, para lo cual se han respetado las normas internacionales de citas y referencias.
d) El trabajo de investigación presentado no atenta contra derechos de terceros.
e) El trabajo de investigación no ha sido publicado, ni presentado anteriormente para obtener algún Grado Académico o Título profesional.
f) Los datos presentados en los resultados (tablas, gráficos, textos) no han sido falsificados, ni presentados sin citar la fuente.
g) Los archivos digitales que entrego contienen la versión final del documento sustentado y aprobado por el jurado.
h) Por lo expuesto, mediante la presente asumo frente a la Universidad Nacional Hermilio Valdizan (en adelante LA UNIVERSIDAD), cualquier responsabilidad que pudiera derivarse por la autoría, originalidad y veracidad del contenido del Trabajo de Investigación, así como por los derechos de la obra y/o invención presentada. En consecuencia, me hago responsable frente a LA UNIVERSIDAD y frente a terceros de cualquier daño que pudiera ocasionar a LA UNIVERSIDAD o a terceros, por el incumplimiento de lo declarado o que pudiera encontrar causas en la tesis presentada, asumiendo todas las cargas pecuniarias que pudieran derivarse de ello. Asimismo, por la presente me comprometo a asumir además todas las cargas pecuniarias que pudieran derivarse para LA UNIVERSIDAD en favor de terceros con motivo de acciones, reclamaciones o conflictos derivados del incumplimiento de lo declarado o las que encontraren causa en el contenido del trabajo de investigación. De identificarse fraude, piratería, plagio, falsificación o que el trabajo haya sido publicado anteriormente; asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad Nacional Hermilio Valdizan.

6. Datos del Documento Digital a Publicar: *(Ingrese todos los datos requeridos completos)*

Ingrese solo el año en el que sustentó su Trabajo de Investigación: <i>(Verifique la Información en el Acta de Sustentación)</i>				2023
Modalidad de obtención del Grado Académico o Título Profesional: <i>(Marque con X según Ley Universitaria con la que inició sus estudios)</i>	Tesis	<input checked="" type="checkbox"/>	Tesis Formato Artículo	
	Trabajo de Investigación		Trabajo de Suficiencia Profesional	
	Trabajo Académico		Otros <i>(especifique modalidad)</i>	

Palabras Clave: <i>(solo se requieren 3 palabras)</i>			
---	--	--	--

Tipo de Acceso: <i>(Marque con X según corresponda)</i>	Acceso Abierto	<input checked="" type="checkbox"/>	Condición Cerrada (*)	
	Con Periodo de Embargo (*)		Fecha de Fin de Embargo:	



¿El Trabajo de Investigación, fue realizado en el marco de una Agencia Patrocinadora? <i>(ya sea por financiamientos de proyectos, esquema financiero, beca, subvención u otras; marcar con una "X" en el recuadro del costado según corresponda):</i>	SI	NO	<input checked="" type="checkbox"/>
--	----	----	-------------------------------------

Información de la Agencia Patrocinadora:	
--	--

El trabajo de investigación en digital y físico tienen los mismos registros del presente documento como son: Denominación del programa Académico, Denominación del Grado Académico o Título profesional, Nombres y Apellidos del autor, Asesor y Jurado calificador tal y como figura en el Documento de Identidad, Título completo del Trabajo de Investigación y Modalidad de Obtención del Grado Académico o Título Profesional según la Ley Universitaria con la que se inició los estudios.

7. Autorización de Publicación Digital:

A través de la presente. Autorizo de manera gratuita a la Universidad Nacional Hermilio Valdizán a publicar la versión electrónica de este Trabajo de Investigación en su Biblioteca Virtual, Portal Web, Repositorio Institucional y Base de Datos académica, por plazo indefinido, consintiendo que con dicha autorización cualquier tercero podrá acceder a dichas páginas de manera gratuita pudiendo revisarla, imprimirla o grabarla siempre y cuando se respete la autoría y sea citada correctamente. Se autoriza cambiar el contenido de forma, más no de fondo, para propósitos de estandarización de formatos, como también establecer los metadatos correspondientes.

Firma: 		
Apellidos y Nombres:	Edith Mavila Talenas Lazarte	Huella Digital
DNI:	22487765	
Firma:		
Apellidos y Nombres:		Huella Digital
DNI:		
Firma:		
Apellidos y Nombres:		Huella Digital
DNI:		
Fecha: 02-03-2023		

Nota:

- ✓ No modificar los textos preestablecidos, conservar la estructura del documento.
- ✓ Marque con una X en el recuadro que corresponde.
- ✓ Llenar este formato de forma digital, con tipo de letra **calibri**, **tamaño de fuente 09**, manteniendo la alineación del texto que observa en el modelo, sin errores gramaticales (*recuerde las mayúsculas también se tildan si corresponde*).
- ✓ La información que escriba en este formato debe coincidir con la información registrada en los demás archivos y/o formatos que presente, tales como: DNI, Acta de Sustentación, Trabajo de Investigación (PDF) y Declaración Jurada.
- ✓ Cada uno de los datos requeridos en este formato, es de carácter obligatorio según corresponda.