



**UNIVERSIDAD ANDINA**  
**NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ**  
**ESCUELA DE POSGRADO**  
**PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL**



**TRABAJO ACADÉMICO**  
**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A**  
**LA CESÁREA EN EL HOSPITAL DE**  
**MACUSANI – PUNO 2021**  
**PRESENTADO POR**  
**BERENICE GUZMAN ALBARRACIN**  
**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN**  
**ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS**

**JULIACA – PERÚ**  
**2024**



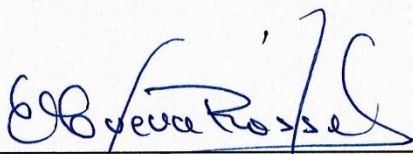
**UNIVERSIDAD ANDINA**  
**NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ**  
**ESCUELA DE POSGRADO**  
**PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL**

**TRABAJO ACADÉMICO**  
**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A**  
**LA CESÁREA EN EL HOSPITAL DE**  
**MACUSANI - PUNO 2021**

**PRESENTADO POR**  
**BERENICE GUZMAN ALBARRACIN**  
**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN**  
**ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS**

**APROBADO POR:**

**PRESIDENTE**

:   
Dra. ESPERANZA CUEVA ROSSEL

**PRIMER MIEMBRO**

:   
Dra. GRACIELA BERNAL SALAS

**SEGUNDO MIEMBRO**

:   
Dr. SEGUNDO ORTIZ CANSAYA

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN**

: SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA - SEG04



TESIS UANCV



**UNIVERSIDAD ANDINA**  
**"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"**  
**ESCUELA DE POSGRADO**



VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

"OFICINA DE INVESTIGACIÓN"



**RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 051 - 2024-SEP-EPG/UANCV**

Juliaca, 18 de marzo del 2024

**VISTO:**

El Expediente N° 040878, de la Egresado (a) **GUZMAN ALBARRACIN BERENICE**, con DNI N° 40551677 y Código N° 1610101031, del Programa de Segunda Especialidad Profesional en **ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS**, de la Sede Central Juliaca, de la **Escuela de Posgrado** de la **Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez"** de Juliaca.

**CONSIDERANDO:**

Que, el egresado (a) del Programa de Segunda Especialidad Profesional en **ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS** de la Sede Central Juliaca, de la **Escuela de Posgrado** de la **Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez"** de Juliaca; Solicita sorteo de Jurados y fecha para la Sustentación de Trabajo Académico, habiendo cumplido con los requisitos para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional;

Que, el inciso b) del Artículo N° 5 del Reglamento Específico de Titulación del Programa de Segunda Especialidad Profesional, establece la modalidad de Examen de Suficiencia y Sustentación de Trabajo Académico para optar el Título;

Que, los Artículos N° 12 al N° 21 del Reglamento Específico de Titulación del Programa de Segunda Especialidad Profesional, establecen los procedimientos para el referido Examen de Suficiencia y Sustentación de Trabajo Académico; y

En uso de las atribuciones conferidas a la Dirección en el inciso "J" del artículo 17 del Reglamento General de la Escuela de Posgrado, y el Art. 64 del Estatuto Universitario;

**SE RESUELVE:**

**PRIMERO.- NOMBRAR** a los **miembros de Jurado** que calificarán la Sustentación de Trabajo Académico de la egresado (a) **GUZMAN ALBARRACIN BERENICE**, con DNI N° 40551677 y Código N° 1610101031, del Programa de Segunda Especialidad Profesional en **ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS**, de la Sede Central Juliaca, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca; como se detalla en el Artículo Segundo de la presente Resolución, siendo los Jurados los siguientes Docentes:

<b>Presidente</b>	:	<b>Dra. ESPERANZA CUEVA ROSSEL</b>
<b>Primer Miembro</b>	:	<b>Dra. GRACIELA BERNAL SALAS</b>
<b>Segundo Miembro</b>	:	<b>Dr. SEGUNDO ORTIZ CANSAYA</b>

**SEGUNDO. - DETERMINAR** que **LA SUSTENTACION DE TRABAJO ACADÉMICO** se llevará de acuerdo al siguiente detalle:

<b>Fecha</b>	:	<b>viernes, 22 de marzo del 2024</b>
<b>Hora</b>	:	<b>12:00 p.m.</b>
<b>Lugar</b>	:	<b>Aula N° 207 - EPG - UANCV - JULIACA</b>

**TERCERO. - AUTORIZAR** la difusión de la presente Resolución a la Coordinación General del Programa de Segunda Especialidad Profesional e interesados.

Regístrese, comuníquese y archívese.



UNIVERSIDAD ANDINA NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ  
 ESCUELA DE POSGRADO  
 Dr. Leopoldo Wambestao Condori Carr  
 DIRECTOR (a)

C.c/ Arcv. EPG-2023 (03)  
 CARGO (01)  
 I/MCC/NMAA



# 16% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

## Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

## Fuentes principales

- 13% Fuentes de Internet
- 2% Publicaciones
- 12% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

## Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.



## Metadatos complementarios - UANCV

TÍTULO DE LA TESIS	
FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA CESÁREA EN EL HOSPITAL DE MACUSANI – PUNO 2021	
<b>Datos de autor</b>	
Nombres y apellidos	Berenice Guzman Albarracin
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	40551677
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0009-0004-8486-3491">https://orcid.org/0009-0004-8486-3491</a>
<b>Datos del jurado</b>	
<b>Presidente del jurado</b>	
Nombres y apellidos	Esperanza Cueva Rosel
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02558176
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0000-0002-7453-3382">https://orcid.org/0000-0002-7453-3382</a>
<b>Miembro del jurado 1</b>	
Nombres y apellidos	Graciela Bernal Salas
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02394874
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0009-0006-0870-3896">https://orcid.org/0009-0006-0870-3896</a>
<b>Miembro del jurado 2</b>	
Nombres y apellidos	Segundo Ortiz Cansaya
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	29309750
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0000-0003-0224-8651">https://orcid.org/0000-0003-0224-8651</a>



<b>Datos de investigación</b>	
Línea de investigación	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA – SEG04
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento.
Ubicación geográfica de la investigación	<p><b>Ubicación</b>  <b>Edificio:</b> Hospital San Martín de Porres Macusani  <b>País:</b> Perú  <b>Departamento:</b> Puno  <b>Provincia:</b> Carabaya  <b>Distrito:</b> Macusani</p> <p><b>Coordenadas</b>            Latitud: 15° 29' 37.090" S            Longitud: 70° 9' 49.485" W</p> <p><b>Geolocalización</b>  <a href="https://maps.app.goo.gl/hPLmdr6bqaTK2JtL8">https://maps.app.goo.gl/hPLmdr6bqaTK2JtL8</a></p> 
Año o rango de años en que se realizó la investigación	Julio 2023 - marzo 2024
URL de disciplinas OCDE <a href="https://purl.org/pe-repo/ocde/ford/">https : //purl.org/pe-repo/ocde/ford/</a> (concytec-pe.github.io)  - Librería	<p><b>Ciencias Médicas</b>  <a href="https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.05.00">https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.05.00</a></p> <p><b>Obstetricia, Ginecología</b>  <a href="https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.02">https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.02</a></p>



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO  
VICERECTORADO DE INVESTIGACIÓN  
ESCUELA DE POSTGRADO

Dr. Jesús Mamani Mamani  
DIRECTOR  
DE INVESTIGACION - EPG



### DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo BERENICE GUZMAN ALBARRACIN, identificado con DNI Nro. 40551677 en mi condición de egresado de:

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

ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS

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

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA CESÁREA EN EL HOSPITAL DE MACUSANI – PUNO 2021

Asesorado por: \_\_\_\_\_

Es un tema original.

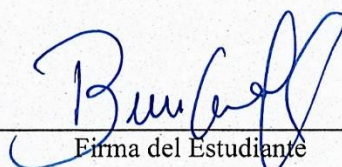
Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y **no existe plagio/copia** de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales,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

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

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

El incumplimiento de lo declarado da lugar a responsabilidad del declarante, en consecuencia; a través del presente documento asumo frente a terceros, la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez y/o la Administración Pública toda responsabilidad que pueda derivarse por el trabajo final presentado. Lo señalado incluye responsabilidad pecuniaria incluido el pago de multas u otros por los daños y perjuicios que se ocasionen.

Juliaca 28 de Agosto del 202 5



Firma del Estudiante  
(obligatoria)



Huella



## DEDICATORIA

Dedico este proyecto a todos mis seres queridos, quienes han sido mi pilar, y lo hago con alegría, amor y optimismo.

Poder dedicarles todo lo que he logrado con tanto esfuerzo, dedicación y trabajo me llena de alegría.

A mis padres Cesar Guzmán Arroyo y Eudocia Rosa Albarracín Santos, porque ellos siempre han estado presentes día a día, para apoyarme moral y psicológicamente, con su sabiduría y perseverancia que me acompañan siempre, me levantan de mi continuo tropiezo al creador Dios Divino que fortalece mis días, y a las personas que amo. Con mi más sincero amor.

Además, se lo dedico a mi hijo André, quien ha sido mi mayor inspiración para seguir yendo a la escuela y ser un buen ejemplo para él.



## AGRADECIMIENTO

A DIOS por darme siempre aliento de vida, y quitarme el medio a seguir fortaleciendo el conocimiento del servir a las Madres gestantes que traen con amor a un ser que llena de alegría al mundo y felicidad a su familia.



## ÍNDICE GENERAL

<b>DEDICATORIA .....</b>	<b>iii</b>
<b>AGRADECIMIENTO .....</b>	<b>iv</b>
<b>ÍNDICE GENERAL .....</b>	<b>v</b>
<b>ÍNDICE DE TABLAS .....</b>	<b>vii</b>
<b>RESUMEN .....</b>	<b>viii</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>ix</b>
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>x</b>

### CAPÍTULO I

#### ASPECTOS GENERALES DEL TRABAJO ACÁDEMICO

1.1. TÍTULO DEL INFORME DE TRABAJO DE CAMPO .....	1
1.1.1. Institución donde se ejecuta .....	1
1.1.2. Duración.....	1
1.1.3. Responsable .....	1
1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	1
1.3. JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO ACADÉMICO.....	3
1.4. OBJETIVOS.....	3
1.4.1. Objetivo general.....	3
1.4.2. Objetivos específicos .....	4

### CAPÍTULO II

#### FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.1. MARCO TEÓRICO .....	5
--------------------------	---



2.1.1. Factores de riesgo .....	5
2.2. ANTECEDENTES SOBRE EL CAMPO DE LA INVESTIGACIÓN .....	15
2.3. MARCO CONCEPTUAL REFERENCIAL .....	20
<b>CAPÍTULO III</b>	
<b>PLANIFICACIÓN, EJECUCIÓN Y RESULTADOS DE LA ACTIVIDAD</b>	
3.1. PLANIFICACIÓN .....	22
3.1.1. Tipo y nivel de investigación .....	22
3.1.2. Población y Muestra.....	22
3.1.3. Criterios de inclusión y exclusión.....	22
3.1.4. Técnicas instrumentos y fuentes de recolección de datos .....	23
<b>3.1. EJECUCIÓN .....</b>	<b>23</b>
3.2. RESULTADOS .....	24
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>47</b>
<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>48</b>
<b>REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA .....</b>	<b>49</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>53</b>
<b>ANEXO 1 - FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....</b>	<b>54</b>



## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Factor de riesgo social: edad asociada a la cesárea en el hospital Macusani-Puno 2020.	24
Tabla 2	Factor de riesgo social: estado civil asociado a la cesárea en el hospital Macusani-Puno 2020.	26
Tabla 3	Factor de riesgo social: gineco-obstétricos: número de gestaciones asociada a la cesárea en el hospital Macusani-Puno 2020.	28
Tabla 3	Factor de riesgo gineco-obstétricos: edad gestacional asociado la cesárea en el hospital Macusani-Puno 2020.	30
Tabla 5	Factor de riesgo gineco-obstétricos: cesárea anterior asociado la cesárea en el hospital Macusani-Puno 2020.	32
Tabla 5	Factor de riesgo gineco-obstétrico: desprendimiento prematuro de placenta asociado la cesárea en el hospital Macusani-Puno 2020.	34
Tabla 7	Factor de riesgo gineco-obstétrico: desproporción cefalopélvica asociado la cesárea en el hospital Macusani-Puno 2020.	37
Tabla 8	Factor de riesgo gineco-obstétrico: preeclampsia asociada la cesárea en el hospital Macusani-Puno 2020	39
Tabla 9	Factor de riesgo gineco-obstétrico: sufrimiento fetal asociado la cesárea en el hospital Macusani-Puno 2020	41
Tabla 10	Factor de riesgo gineco-obstétrico: distocia de presentación asociado la cesárea en el hospital Macusani-Puno 2020.	43
Tabla 11	Frecuencia de cesáreas en el hospital macusani-puno 2020	45



## RESUMEN

El presente trabajo de investigación titulado: Factores de riesgo asociados a la cesárea en el Hospital de Macusani – Puno 2021. Objetivo: Determinar los factores de riesgo para cesáreas en el Hospital Macusani en 2021, incluyendo el tipo más común de cesárea, variables ginecoobstétricas y aspectos socioeconómicos. Metodología: Se realizó una evaluación documental de 146 historias clínicas de gestantes que tuvieron cesáreas en 2020, tanto programadas como no programadas, como parte de un estudio descriptivo, retrospectivo y asociativo. El análisis se realizó mediante tablas de doble entrada y la prueba de Chi-cuadrado. Los hallazgos demostraron que las variables ginecoobstétricas, como la edad gestacional ( $p = 0,000$ ), el antecedente de cesárea ( $p = 0,000$ ), la edad materna ( $p = 0,748$ ) y el estado civil ( $p = 0,117$ ), no se asociaron significativamente con la cesárea. La preeclampsia ( $p=0,001$ ), el sufrimiento fetal ( $p=0,022$ ) y la desproporción cefalopélvica ( $p=0,027$ ) no fueron significativos, mientras que el desprendimiento placentario ( $p=0,094$ ) y el número de embarazos ( $p=0,117$ ) sí lo fueron. Además, se observó que las cesáreas de urgencia representaron la mayoría de las cesáreas, con un 77,4% no programadas y solo un 22,6% programadas. En conclusión, no se encontraron factores de riesgo sociales relacionados con las cesáreas en el Hospital Macusani en 2021. Sin embargo, se estableció que los principales factores ginecológicos y obstétricos asociados con esta práctica son la edad gestacional, las cesáreas previas, la desproporción cefalopélvica, la preeclampsia y el sufrimiento fetal. Esto subraya la mayor incidencia de cesáreas no programadas.

**Palabras clave:** Cesárea, factores de riesgo, preeclampsia, desproporción céfalo-pélvica, sufrimiento fetal



## ABSTRACT

This research work entitled: Risk factors associated with cesarean section at the Macusani Hospital - Puno 2021. Goal: To ascertain the risk factors for cesarean sections at Macusani Hospital in 2021, including the most common form of cesarean section and socioeconomic and gynecological-obstetric factors. Methodology: A documentary evaluation of 146 pregnant women's medical records from 2020 caesarean sections—both scheduled and unscheduled—was conducted as part of a descriptive, retrospective, and associative study. The analysis was conducted using double-entry tables and the Chi-square test. Findings: It was demonstrated that social factors, such as maternal age ( $p = 0.748$ ) and marital status ( $p = 0.117$ ), were not significantly related to cesarean section; While gynecological-obstetric factors such as gestational age ( $p=0.000$ ), history of cesarean section ( $p=0.000$ ), cephalopelvic disproportion ( $p=0.027$ ), preeclampsia ( $p=0.001$ ) and fetal distress ( $p=0.022$ ) were associated, premature placental abruption ( $p=0.094$ ) and number of pregnancies ( $p=0.117$ ) were not significant. Furthermore, it was observed that 77.4% of cesarean sections were unscheduled and only 22.6% were scheduled, with emergency sections predominating. Conclusion: At Macusani Hospital, no social risk factors associated with cesarean section were identified in 2021, but the main gynecological and obstetric factors linked to its practice were confirmed to be gestational age, previous cesarean section, cephalopelvic disproportion, preeclampsia, and fetal distress, highlighting the higher frequency of unscheduled cesarean sections.

**Keywords:** Cesarean section, risk factors, preeclampsia, cephalopelvic disproportion, fetal distress



## INTRODUCCIÓN

Dentro de la Medicina, la Obstetricia es una rama que está dirigida a brindar atención a las mujeres antes de su embarazo, durante el proceso de la gestación e inclusive después del parto. Durante el embarazo, en muchos casos se presenta la necesidad de una intervención quirúrgica para poder extraer el feto por la vía abdominal, realizando una incisión en el útero (1).

Esta cirugía se ha incrementado en los establecimientos de salud, más del 15% de lo estimado por la Organización Mundial de la Salud (2), ya que la gestante durante el periodo de su gestación puede solicitar la cesárea y llegar a esta cirugía por causas injustificadas; sin embargo, otras ingresan en forma justificada, por presentar anomalías que no permitieron un parto normal, por diversos factores.

En la literatura se menciona que existen factores que nacen de la naturaleza propia de la mujer, como el haber tenido una mala experiencia en el parto vaginal, o la falta de información de las complicaciones que puede acarrear una cesárea o repetirla está a temprana edad (2). Otros factores que llevaron a una cesárea como en el Perú, son aquellas que se presentan por la macrosomía, distocia de presentación; preeclampsia, cesárea anterior, un parto disfuncional, inducción fallida (3). Otra investigación como el desarrollado en Huancavelica han demostrado que la desproporción céfalo pélvica fue motivo de cesárea, así como presentación podálica y cesárea anterior (4)



Si bien la realización de una cesárea no es por decisión propia para terminar con el embarazo, estas operaciones deben obedecer a causas justificadas como se ha encontrado en nuestro estudio, fueron muy pocas las cesáreas electivas o programadas, pero la gran mayoría ingresaron a una cesárea por anomalías que dificultaron el parto por vía vaginal.



## CAPÍTULO I

### ASPECTOS GENERALES DEL TRABAJO ACADEMICO

#### 1.1. TÍTULO DEL INFORME DE TRABAJO DE CAMPO

Factores de riesgo asociados a la cesárea en el Hospital de Macusani –  
Puno 2021.

##### 1.1.1. Institución donde se ejecuta

Hospital Macusani

##### 1.1.2. Duración

Fecha de inicio : enero 2020

Fecha de término : diciembre 2020

##### 1.1.3. Responsable

Obstetra Berenice Guzmán Albarracín

#### 1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El número de cesáreas ha aumentado en los últimos años. Según la Organización Mundial de la Salud, no más del 10 al 15 % de las mujeres deberían someterse a una cesárea. (1).



En el Perú, la cesárea presenta un elevado porcentaje (50%) mayor a la tasa de cesáreas presentada a nivel de América Latina (43,4%); aunque mundialmente se ha evidenciado una tasa menor (21%) (7). en Puno, específicamente fueron realizadas en forma injustificada, pero fue necesaria por el tipo de paridad, una dilatación estacionaria, o cuando se ha prolongado el periodo de expulsión, así mismo frente a un sufrimiento fetal (3). Un estudio actual como el que se realizó en Ayacucho, en el año 2021, reportó que las cesáreas superan el 50% de los partos (4)

Si bien las cesáreas salvan la vida de las madres y del recién nacido deben ser realizadas por motivos médicos; porque la práctica sin motivos justificados podría traer complicaciones; porque las cesáreas pueden ocasionar discapacidades permanentes incluso llevar a la muerte, cuando son realizadas en establecimientos de salud que no ofrecen condiciones adecuadas para un acto quirúrgico (5).

En el Hospital de Macusani en forma frecuente se realizan cesáreas, por indicación médica o por situaciones de urgencia después de haber agotado los procedimientos obstétricos para conducir a un parto vaginal; donde se ha observado múltiples factores que han determinado terminar el parto por cesárea, los que no fueron sistematizados a través de estudios sino se encuentran solo como cifras estadísticas, lo que ha motivado realizar el presente trabajo académico para dar a conocer los factores de riesgo asociados a la cesárea en el Hospital de Macusani.

## **Enunciado**



¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la cesárea en el hospital de Macusani Puno periodo 2019?

### 1.3. JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO ACADÉMICO

Según los registros estadísticos sobre los diversos procedimientos quirúrgicos realizados en el Hospital de Macusani, cada año se incrementan el número de cesáreas; en el año 2018 se habían realizado 96 cesáreas, en el 2019, 135 y en el año 2020 un total de 146 cesáreas.

Es por esta razón, que el presente trabajo académico tiene como propósito de conocer aquellos factores de riesgo que estarían siendo motivo de la cesárea en el Hospital de Macusani.

Los resultados del estudio serán de conocimiento de los profesionales responsables de la atención materna, tomando en cuenta estos resultados se puedan elabora estrategias de intervención con fines de limitar los factores de riesgo que aumentan los casos de cesárea; así mismo los resultados servirán para proyectar otras investigaciones y mejorar el seguimiento de las gestantes durante su embarazo para disminuir los factores que llevan a la cesárea.

### 1.4. OBJETIVOS

#### 1.4.1. Objetivo general

Determinar los factores de riesgo asociados a la cesárea en el Hospital de Macusani – Puno 2021.



## 1.4.2. Objetivos específicos

- OE<sub>1</sub>** Identificar los factores de riesgo social asociados a la cesárea en el Hospital de Macusani – Puno 2021.
- OE<sub>2</sub>** Identificar los factores de riesgo gineco-obstétricos asociados a la cesárea en el Hospital de Macusani – Puno 2021.
- OE<sub>3</sub>** Describir el tipo de cesárea más frecuente en el hospital de Macusani – Puno 2021.



## CAPÍTULO II

### FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

#### 2.1. MARCO TEÓRICO

##### 2.1.1. Factores de riesgo

Se trata de cualquier rasgo (como factores sociales, ginecológicos u obstétricos) que esté vinculado a un mayor riesgo de sufrir daños que podrían ocurrir durante el embarazo. (6).

##### 2.1.1.1. Factores de riesgo social

###### a. Edad

La edad es un indicador biogeográfico que permite identificar factores de riesgo a lo largo del ciclo vital. En el caso de las mujeres, el período conocido como edad fértil es especialmente importante. Este período caracteriza la capacidad de la mujer para ovular y quedar embarazada. El embarazo, si bien es una condición fisiológica, expone a la mujer, al feto y al recién nacido al riesgo de enfermedad o muerte. (7).

Una cesárea es el primer signo de partos distócicos, que son más comunes en madres mayores. Según ciertos estudios, las cesáreas son más comunes en mujeres de 20 a 34 años; sin embargo, en un estudio, el 40,1 % de los partos distócicos resultaron en cesáreas (7)



## **b. Estado civil**

La cesárea está indicada especialmente cuando se presenta un parto difícil llamado "distócico", ya que compromete La cesárea es el procedimiento preferido para abordar este problema, ya que pone en peligro la vida de la madre embarazada o del feto aún en el útero. Las cesáreas son cada vez más comunes debido a diversos factores que las han convertido en el método de parto predilecto. Las mujeres embarazadas que cohabitan presentaron la tasa más alta de cesáreas (71,3%), independientemente de su estado civil. (7). En otro estudio el parto de cesárea se presenta tanto en gestantes con estado civil soltera (23,1%), casada (40,7%) y conviviente (36,3%), aunque esto varía cada año (8).

### **2.1.1.2. Factores Gineco-Obstétricos**

Es cualquier rasgo vinculado a una mayor probabilidad de experimentar daños relacionados con el embarazo con resultados indeseables (6), resultando en un embarazo de alto riesgo donde se identifican una o más características que pueden suponer un riesgo para el embarazo actual y tener un efecto adverso en los resultados tanto para la madre como para el feto. (9).

## **a. Gestaciones**

El tiempo transcurrido entre la implantación de un óvulo fecundado en el útero y el nacimiento se conoce como gestación. El útero materno es donde tienen lugar los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo fetal durante la gestación. La duración de un embarazo humano es de



aproximadamente 40 semanas desde el inicio del ciclo menstrual anterior o 38 semanas desde la fecundación (aproximadamente nueve meses).

Las mujeres se clasifican como nulíparas, primigestas o multigestacionales según el número de embarazos que hayan tenido, independientemente de si estos terminaron a término o no. Una mujer que solo ha tenido un aborto, por ejemplo, se considera multigestacional y nulípara. (10).

## **b. Edad gestacional**

El número de semanas transcurridas entre el último ciclo menstrual regular de la madre y el día del parto constituye una definición aproximada de la edad gestacional. La diferencia entre los 14 días previos a la fecha de concepción y el día del parto se conoce como edad gestacional. El método habitual utilizado por neonatólogos y obstetras para evaluar la maduración fetal es la edad gestacional. El principal factor que determina la madurez de los órganos es la edad gestacional. (11).

En un estudio sobre la frecuencia e indicaciones de la cesárea se ha encontrado que la cesárea se realiza con mucha frecuencia cuando la gestantes está cursando las 37 a 41 semanas (80%) , la que se presenta con un alto porcentaje (7).

## **c. Antecedente de cesárea**

El Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología declaró que “una mujer con cesárea anterior debería ser aconsejada a intentar un parto vaginal” es por ello que las gestantes que fueron cesareadas en el anterior parto



se encuentran en una disyuntiva para tener el parto siguiente, debido a que esta situación muchas veces las pone en riesgo al presentarse una placenta acreta y que ello puede requerir de transfusiones sanguíneas, complicaciones antes de la intervención quirúrgica e incluso se puede llegar a una histerectomía (12).

La programación de una cesárea, está sujeta a la causa que motivó la cesárea anterior. Sin embargo, son muy buenos los resultados si la cesárea no tiene una causa anterior, frente a aquellas pacientes que tienen indicado la cesárea por causa recurrente, dentro de estas se reconocen las anomalías que se presentan cuando aparecen las contracciones uterinas (13).

Un historial de cesáreas previas aumenta la probabilidad de complicaciones en cesáreas posteriores, lo que requiere no solo más tiempo durante la cirugía, sino también un mayor riesgo de endometritis, lesiones viscerales, necesidad de transfusiones sanguíneas y más problemas anestésicos. Las cesáreas sin trabajo de parto también conllevan un mayor riesgo de infección que el parto espontáneo. (14).

#### **e. Desprendimiento prematuro de placenta**

La separación parcial o total de una placenta normalmente adherida antes del inicio del parto se conoce como desprendimiento placentario. Numerosos factores de riesgo asociados con el desprendimiento placentario se presentan en este síndrome, el cual se asocia a altas tasas



de morbilidad y mortalidad materno fetal. La rotura prematura de membranas, el traumatismo abdominal, el abuso de sustancias, la trombofilia, la diabetes, la multiparidad, la sobre distensión uterina (gestación múltiple o poli hidramnios), los trastornos hipertensivos del embarazo y los antecedentes de desprendimiento placentario o cesárea son algunas de estas variables. (15).

Dado que la placenta no puede adherirse nuevamente una vez separada de la pared uterina, se requiere una cesárea de inmediato en caso de desprendimiento de placenta en cualquiera de las siguientes circunstancias, especialmente si el parto vaginal está contraindicado (16). El desprendimiento de placenta puede tratarse de diversas maneras, generalmente cuando el embarazo se acerca a la fecha probable de parto. Si el desprendimiento pone en riesgo su salud o la del feto después de las 34 semanas de embarazo, debe dar a luz de inmediato, generalmente mediante cesárea. (17).

### **g. Desproporción céfalo Pélvica**

Se determina como desproporción entre el feto y la pelvis de la madre que suele presentarse al observar que no hay dilatación completa, que la dinámica uterina esta disminuida, no hay presencia de pujos y que la presentación no llega al tercer plano durante el periodo del trabajo de parto (18).



Aunque la desproporción cefalopélvica es una de las principales razones para realizar cesáreas, los servicios de obstetricia con frecuencia no respaldan esta indicación con el registro cefalométrico pélvico. Un plan de cesárea sólido puede abordar un embarazo a término con presentación transversa o de nalgas sin necesidad de ninguna intervención, lo que lo convierte en una indicación legítima para la cesárea. Otro signo es la baja estatura de la madre o, para ser honestos, la sospecha clínica de una pelvis pequeña. En una primípara que está nuevamente a término y no cuenta con esta documentación, también puede ser la confirmación oficial de una cesárea previa. (19).

La OMS define la macrosomía fetal como "cualquier feto con un peso superior a 4500 g". La obesidad materna, el aumento excesivo de peso durante el embarazo y la diabetes materna mal controlada son factores que contribuyen al desarrollo de la macrosomía fetal. La macrosomía fetal se relaciona con un mayor riesgo de cesáreas, así como con problemas anestésicos y quirúrgicos. (20).

Lo ideal sería que dos observadores coincidieran en la estimación del peso fetal; el punto de corte de 4.300 g es más alto en madres con diabetes gestacional. (21).

Según un estudio, la prevalencia de indicaciones de cesárea relacionadas con macrosomía fetal fue de 9.2% (167 cesáreas); sin embargo, esta



patología se enmarca dentro del diagnóstico de desproporción fetopélvica, que es la explicación inicial de las cesáreas (22).

## **h. Preeclampsia**

Es el trastorno hipertensivo generalmente que ocurre en la gestante cuando la gestante haya pasado la primera mitad de su embarazo, la misma que puede presentarse en la etapa del post parto, por la existencia de la disfunción orgánica que ocurre del embarazo (1).

Este trastorno "neurohipertensivo", ocurre solo en el embarazo, que por lo general puede ocasionar la muerte de la gestante y del feto. Pero su gravedad está asociado a algunos factores de riesgo que inducen al organismo de la gestante a presentar este trastorno; es por ello la valoración en la etapa prenatal es de vital importancia, la que debe ser en forma individual, para establecer los cuidados necesarios, así como las medidas preventivas con el fin de disminuir la presencia de este trastorno, ya que el resultado final es muy negativo para la madre y el feto (23).

Del total de los trastornos que se presentan durante la gestación, el 80% corresponde de las preeclamsias que ocurren al final del embarazo, aunque el porcentaje restante ocurre en los meses anteriores del embarazo. Cuando este trastorno se presenta en los últimos meses de gestación los resultados son algo favorables, pero cuando se presenta a menor edad gestacional, los resultados son más desfavorables (23).

## **i. Sufrimiento fetal**



Este trastorno se presenta durante el trabajo de parto donde el feto se encuentra con hipoxia y acidosis fetal, lo que suele ser causa de muerte neonatal. Y muchas veces el trabajo de parto termina en un parto por cesárea y por indicación médica, cuando no existe la posibilidad de un parto natural, especialmente cuando la dilatación no completa en las horas esperadas y depende de la evaluación del Gineco-Obstetra. y de los resultados del Partograma realizada con curvas de alerta (24).

Esta enfermedad se debe a diversas variables, como la hipotensión materna, el efecto poseiro y la hipercontractilidad por el uso de oxitócicos, que pueden revertirse y promover el parto sin sufrimiento fetal si se diagnostica a tiempo. Sin embargo, existen factores inalterables, como las causas fetales, placentarias o del cordón umbilical. Momentos antes o después del inicio del parto, el sufrimiento fetal suele manifestarse de forma aguda o crónica y está causado por enfermedades materno-fetales con disminución de la perfusión placentaria, como infecciones y trastornos hipertensivos. (24).

## **h. Distocia de presentación**

Durante el parto vaginal suele presentarse la distocia mecánica porque la gestante presenta por lo general cambios en las partes blandas y óseas del canal vaginal (24).

La distocia suele presentarse en el estrecho superior (ES) cuando este es corto, definido como un diámetro anteroposterior de 10 cm o menos, o un



diámetro transversal máximo de 12 cm o menos. No podemos utilizar estas métricas de forma uniforme para todas las mujeres, ya que dependen en gran medida del fenotipo de cada una. (25).

Cuando el feto es demasiado grande para la entrada pélvica (desproporción fetopélvica), puede producirse distocia fetal, que puede dar lugar a una postura inusual, como la presentación de nalgas. La causa de la distocia fetal determina el tratamiento. El diagnóstico se realiza mediante exploración física, ecografía o la respuesta al parto. Las opciones de tratamiento incluyen cesárea, parto vaginal (instrumental) o reposicionamiento manual del feto. (25).

### **2.1.2. Cesárea**

El feto se extrae durante una cesárea, una intervención quirúrgica que implica realizar una incisión en la pared abdominal. «Una cesárea es el nacimiento del feto a través de una incisión transabdominal en el útero», según Lowdermik, Perry (26). El objetivo de esta intervención es mejorar la salud del feto. Una cesárea puede reducir el riesgo al que se exponen tanto la madre como el feto en caso de enfermedad materna, peligro fetal o problemas durante el parto. Para garantizar el resultado más seguro, se deben sopesar los riesgos y las ventajas de los partos quirúrgicos, a pesar de la posibilidad de riesgo. Existen dos tipos de indicaciones para la cesárea: materna y fetal.



Si la cirugía se ha programado con antelación, se realiza una cesárea antes del parto. Esto se conoce como cesárea electiva. Existen cuatro tipos de cesáreas.

Cesárea de segmento inferior: Este tipo de procedimiento electivo implica realizar una incisión en el segmento inferior para acceder al útero.

Una cesárea tradicional implica realizar una incisión en la pared uterina. Durante una cesárea extraperitoneal, la incisión se realiza en el útero sin llegar a la cavidad peritoneal, ya que se realiza en una posición anatómica.

Una histerectomía por cesárea es la extirpación del útero. (26).

### **Indicación de la cesárea:**

Existen dos categorías de indicaciones para la cesárea:

Indicaciones planificadas u opcionales

Antes o al inicio del parto, se decide realizar una cesárea. Puede deberse a síntomas fetales o maternos.

Durante el trabajo de parto y ante signos de urgencia.

Una vez iniciado el trabajo de parto, se requiere una dilatación completa con la salida de la orina y al menos dos horas de contracciones uterinas suficientes antes de realizar la cesárea. También se realiza cuando la cabeza del bebé es demasiado grande para pasar por el canal de parto habitual, cuando la posición del bebé impide su paso normal por el útero o cuando hay desprendimiento de placenta, sufrimiento fetal o no hay progreso del trabajo de parto. (27).



## 2.2. ANTECEDENTES SOBRE EL CAMPO DE LA INVESTIGACIÓN

### A Nivel Internacional

Cuando Iser O. y Romero M. realizaron un estudio analítico de casos y controles en el departamento de maternidad del Hospital Nacional Simão Mendes de Guinea Bissau en 2017, seleccionaron como muestra a 206 mujeres embarazadas con cesárea y 412 con partos eutócicos para identificar las características asociadas con la cesárea primaria. A diferencia del líquido amniótico meconial, que no fue un factor de riesgo, descubrieron que la hipertensión arterial durante el embarazo, la edad gestacional menor de 37 semanas y la edad de las mujeres embarazadas con cesárea entre los 20 y los 35 años sí lo fueron. (28).

En Cuba, 127 pacientes sometidas a cesárea participaron en un estudio descriptivo transversal dirigido por Hernández J., Martínez F. y Mojena Y. Durante 15 meses, analizaron el comportamiento de las cesáreas primarias en Santa Cruz del Norte. Tras examinar y evaluar las historias clínicas de 127 pacientes, concluyeron que la alta tasa de cesáreas (34,9 %) se debe a la presencia de meconio en las embarazadas (29,9 %), un estado fetal desagradable (14,2 %) y una desproporción cefalopélvica (14,2 %). El 59,8 % de las cesáreas se clasificaron incorrectamente. La endometritis y la hemorragia posparto fueron frecuentes en las puérperas,



pero la dificultad respiratoria y la asfixia perinatal fueron bastante frecuentes en los neonatos. (29).

Mediante un estudio descriptivo transversal, Anaya A. et al. en Colombia examinaron las características de las pacientes sometidas a cesárea en 2017 utilizando el Modelo de Robson y los factores relacionados. En una muestra de 838 pacientes, el modelo biológico reveló que la multiparidad representa 3,43 veces el riesgo de cesárea, mientras que las cesáreas previas representan 14,72 veces el riesgo, la obesidad representa 1,66 veces el riesgo y la presentación no cefálica representa 9,60 veces el riesgo. Estos hallazgos llevaron a la conclusión de que los siguientes factores de riesgo eran moderados y altos: haber tenido una cesárea previa, tener obesidad durante el embarazo, tener múltiples embarazos y presentación no cefálica. (30).

### **A Nivel Nacional**

Anaya R. y Col, realizaron una investigación básica, descriptivo transversal y prospectiva con diseño no experimental en una muestra de 94 puérperas pos-cesareadas en el año Ayacucho 2021. Para obtener la información aplicaron un formato del cuestionario y revisaron los expedientes clínicos de las puérperas. Después de analizar los datos encontraron, del total de partos el 51,8% fueron cesáreas, de este porcentaje 17,2% fueron por desproporción céfalo pélvica, 11,3% por oligohidramnios. Del total 59,6% fueron de forma urgente y 40,4% planificadas. Con estos valores concluyeron que, la cesárea supera el



50% de los partos, los que fueron a causa de cesárea anterior, desproporción céfalo pélvica, oligohidramnios y sufrimiento fetal agudo y la mayoría fueron de urgencia (4).

Lozano G. en Lima en el año 2021, determinaron en 706 pacientes que se sometieron a cesárea. Después de realizar la revisión de las historias clínicas reportaron que, la tasa de cesáreas fue del 58,87%. El 68,6% tenían entre 20 a 34 años, 67,6% eran convivientes, 91,4% con estudios secundarios, 55,8% no habían cumplido con sus controles prenatales, 69,1% eran multigestas. El 35,6 % había sufrido sufrimiento fetal agudo y el 28,8 % presentaba desproporción cefalopélvica. Según los hallazgos del estudio, se observó un alto número de cesáreas y una correlación entre estos procedimientos y la rotura prematura de membranas (RPM), el sufrimiento fetal grave y la desproporción cefalopélvica. (31).

Para identificar las características relacionadas con las cesáreas, Sinchitullo et al. en Perú realizaron un estudio retrospectivo analítico de casos y controles en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Militar Central de Lima en 2020. Seleccionaron 988 cesáreas y analizaron los datos mediante pruebas de Chi cuadrado y regresión logística para el cálculo de odds ratios. Encontraron que, si bien la edad gestacional y el número de hijos no fueron factores de riesgo para la cesárea, sí lo fueron el historial de cesáreas y el nivel educativo de la gestante. (8).



En Huancavelica 2021, Canchari K. realizó un estudio descriptivo en 132 gestantes sometidas a cesárea para examinar las características de estas mujeres en el Hospital de Apoyo Huanta Daniel Alcides Carrión, Ayacucho 2019. Recopilaron los datos retrospectivamente e informaron que los casos de cesárea de primer término se dieron en embarazos a término (84,9%), multíparas (39,5%) y multigestacionales (52,0%). En esta institución, el 42,1% de las cesáreas fueron electivas, mientras que el 57,9% fueron de emergencia. (5).

Barrena M. y Col en Lima 2020, Se realizó un análisis descriptivo de series de casos para determinar la prevalencia y las causas más comunes de cesárea en pacientes embarazadas atendidas en un hospital universitario de Lima. Según los hallazgos, el 50,2% de los 21.810 partos realizados fueron cesáreas; la desproporción cefalopélvica y las cesáreas previas fueron las indicaciones más frecuentes. Se concluyó que la tasa de cesáreas fue mayor que la estimada por la Organización Mundial de la Salud. Las mujeres de entre 20 y 34 años que se sometieron a cesárea vivían juntas, tenían bajo nivel educativo y habían recibido atención prenatal adecuada. (7).

Huatuco C. en Huancavelica en el año 2018, Se incluyó una muestra de 167 cesáreas en el estudio, que utilizó una metodología descriptiva retrospectiva. Los hallazgos indicaron que las mujeres embarazadas de entre 20 y 30 años que cohabitaban (66,4%) y aquellas con un segundo embarazo completo (29,3%) se sometieron a cesáreas. Las cesáreas de



emergencia representaron el 79,1% de todas las cesáreas, mientras que las cesáreas programadas se realizaron con menor frecuencia. La preeclampsia, la presentación de nalgas del feto, la desproporción cefalopélvica, el sufrimiento fetal agudo, el parto expulsivo prolongado y el antecedente de cesáreas fueron las causas principales. La incidencia de cesáreas fue del 21,7%. (31)

Huamán M. en el año 2016, para su desarrollo se tomó 151 casos de cesárea para ser analizados en forma descriptiva y de datos que ocurrieron en el año anterior. Se encontró que el mayor número de casos que ingresaron a la cesárea fue por problemas maternos (37,7%), por problemas fetales (47,7%) y por problemas en el parto (17,9%). Con predominio se llegaron a identificar que la macrosomía, distocia de presentación y eclampsia fueron las causas que indicaron la cesárea (4).

## **A Nivel Local**

Luque A. 2016, Se realizó un análisis descriptivo y retrospectivo de una muestra de 512 partos vaginales y 480 cesáreas. El sufrimiento fetal (18%) y una cesárea previa (25,5%) fueron las principales causas de la tasa de 43,4, según las estadísticas. Utilizando la clasificación de Robson, este estudio reveló que, en comparación con otras instituciones, hubo una mayor propensión a operar en los grupos 1 y 5. (31).

Suarez G. en Puno, 2018. La población estuvo compuesta por gestantes a quienes se les realizó cesárea, y la metodología fue transversal,

retrospectiva, observacional y analítica. Tras un análisis univariado que calculó frecuencias absolutas, relativas, medias y desviaciones estándar, se obtuvieron los siguientes hallazgos: El 81,8% restante de las cesáreas fueron esenciales; por indicación, en su mayoría fueron causadas por la cesárea previa (36,8%), sufrimiento fetal agudo (25%), malformación congénita (25%), mortalidad fetal (50%), oligohidramnios (51,2%) y rotura prematura de membranas (36,9%). De estas, 596 fueron injustificadas, y solo el 19,3% habían sido programadas. Llegaron a la conclusión de que aproximadamente un tercio de las cesáreas se realizaron sin una razón válida, y que la paridad, la indicación relativa y las cesáreas no programadas fueron los factores relevantes. (3)

### 2.3. MARCO CONCEPTUAL REFERENCIAL

- **Factor**

Se denomina factor de riesgo a cualquier rasgo o situación identificable de un individuo o grupo de individuos que se sabe que está vinculado a una mayor probabilidad de experimentar, desarrollar o estar particularmente expuesto a un proceso mórbido. (32).

- **Embarazo de alto riesgo.**

Es un embarazo que pone en peligro la vida o la salud de la madre o del feto. Con frecuencia requiere tratamiento específico por parte de profesionales con formación especializada. (33).

- **Distocia**

La distocia, que literalmente se traduce como "parto difícil", se caracteriza por un desarrollo del parto inusualmente lento. (34).

- **Parto por cesárea.**



Se trata de realizar incisiones en el abdomen y el útero para poder extraer al bebé quirúrgicamente. (35).



## CAPÍTULO III

### PLANIFICACIÓN, EJECUCIÓN Y RESULTADOS DE LA ACTIVIDAD

#### 3.1. PLANIFICACIÓN

##### 3.1.1. Tipo y nivel de investigación

El trabajo de campo es descriptivo, retrospectiva, asociativo porque se obtuvo la información a partir de los registros o historia clínica de las gestantes cesareadas durante el año 2020. El nivel de estudio es descriptivo

##### 3.1.2. Población y Muestra

Estuvo conformada por el total de 146 cesáreas realizadas durante el año 2020 en el Hospital de Macusani

##### 3.1.3. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión, se consideraron los siguientes:

- Gestantes programadas y no programadas a cesárea
- Gestante con cesárea de toda edad.

Criterios de exclusión: se consideraron los siguientes:

- Gestantes no cesareadas
- Historias clínicas con información incompleta.



### 3.1.4. Técnicas instrumentos y fuentes de recolección de datos

#### Revisión documental:

La técnica que se utilizó fue la revisión documental, mediante el cual se revisaron exhaustivamente las HCL para obtener la información sobre los factores de riesgo asociados a la cesárea tanto programada y no programada.

#### Ficha de recolección de datos:

Se empleó un formulario de recolección de datos que incluía preguntas sobre los factores de riesgo y el tipo de cesárea. Se elaboraron tablas y gráficos de doble entrada para el análisis estadístico con el fin de mostrar los hallazgos y realizar los análisis correspondientes. Se utilizaron estadísticas descriptivas y la prueba de Chi-cuadrado para confirmar la correlación.

### 3.1. EJECUCIÓN

- Se presentó a la Dirección del Hospital Macusani la solicitud para el permiso respectivo, para poder revisar las HCL de las gestantes que fueron cesareadas.
- Se procedió a la recolección de datos, haciendo uso del instrumento diseñado.
- La recolección de los datos se realizó entre los meses de enero y febrero del año 2021.
- Se realizó la tabulación y el análisis de datos obtenidos.
- Finalmente se realizó el informe final.

### 3.2. RESULTADOS

**Tabla 1** Factor de riesgo social: edad asociada a la cesárea en el hospital Macusani-Puno 2020.

EDAD	CESÁREA				TOTAL	
	PROGRAMADA		NO PROGRAMADA			
	A				fi	%
De 15 a 34 años	26	17,8	86	58,9	112	76,7
De 35 a 50 años	7	4,8	27	18,5	34	23,3
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>22,6</b>	<b>113</b>	<b>77,4</b>	<b>146</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Ficha de recolección de datos

#### PRUEBA Chi CUADRADO DE PEARSON

Valor	df	NS	p<0,05
0,103 <sup>a</sup>	1	0,05	0,748

Los resultados que se muestran en la tabla y gráfico 1, reflejan que el 76,7% de las gestantes cesareadas tenían entre 15 a 34 años, un 23,3% entre 35 a 50 años.

Del total de cesáreas, el 77,4% no fueron programadas y el 22,6% fueron programadas.

Al verificar la asociación encontramos que el 58,9% que tuvieron una cesárea no programada tenían entre 15 a 34 años, así como el 17,8% de las gestantes que fueron programadas para la intervención quirúrgica.

Mediante los valores de la prueba Chi Cuadrado, la edad no presenta asociación con la cesárea ( $p=0,748$ ), porque este procedimiento quirúrgico programada y no programada predomina en gestantes de 15 a 34 años, lo que nos permite aceptar la hipótesis nula.



Según los hallazgos, la mayoría de las cesáreas se dan en mujeres embarazadas en edad fértil. Si bien el embarazo es una condición fisiológica, también pone a la madre, al feto y al bebé en riesgo de enfermedad o muerte. (7), más cuando las gestantes se encuentran entre los extremos de edad, es así que la gestante añosa incrementan los partos distócicos, y en ellos la terminación del parto es por cesárea.

Contrastando con nuestros resultados, Moya (7); en Cuba ha encontrado similar resultado, al reportar que el 40,1% de los partos distócicos terminaron en una cesárea y Barrena (7) en el Perú, obtuvo que la cesárea es más frecuente en edades entre 20 a 34 años. Con el resultado de investigación realizado por Canchari (5) en Huancavelica, aunque en mayor porcentaje a nuestro estudio porque encontraron que las cesáreas electivas en este hospital fueron en el 42,1% y las de emergencia en el 57,9%.

**Tabla 2** Factor de riesgo social: estado civil asociado a la cesárea en el hospital Macusani-Puno 2020.

Estado civil	Cesárea					
	Programada		No programada		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
<b>Soltera</b>	0	,0	6	4,1	6	4,1
<b>Conviviente</b>	31	21,2	89	61,0	120	82,2
<b>Casada</b>	2	1,4	18	12,3	20	13,7
<b>Total</b>	33	22,6	113	77,4	146	100,0

**Fuente:** Ficha de recolección de datos

#### PRUEBA Chi CUADRADO DE PEARSON

Valor	df	NS	p<0,05
4,284	2	0,05	0,117

Los resultados de la tabla y gráfico 2, muestran que, el 82,2% de las gestantes cesareadas eran convivientes, un 13,7% casadas y solo un 4,1% solteras. De las 146 cesáreas realizadas, el 77,4% fueron no programadas y el 22,6% programadas.

Al verificar la asociación, encontramos que el 61,0% de las gestantes con estado civil conviviente tuvieron una cesárea no programada, así como el 21,2% de gestantes que tuvieron cesárea programada.

Mediante los valores de la Chi<sup>2</sup>, el estado civil no presenta asociación con la cesárea (p=0,117), porque este procedimiento quirúrgico programada y no programada predomina en gestantes con estado civil conviviente, lo que nos permite aceptar la hipótesis nula.



Frente al compromiso de la vida materna fetal por diversos motivos se programa la cesárea, la misma que viene en aumento y con frecuencia ocurre en gestantes con estado civil conviviente, como se demuestra en este estudio la gran mayoría de las gestantes cesareadas fueron convivientes, probablemente sumado a otros factores de mayor incidencia que determinaron la cesárea sobre todo la no programa o que ingresaron en situación de emergencia. Similar resultado encontró Barrena (7) según el estado civil, la frecuencia de parto por cesárea se produjo en gestantes con estado civil conviviente (71,3%). En otro estudio realizado por Sinchitullo (8), la cesárea se presentó en mayor porcentaje en mujeres casadas (40,7%), pero un porcentaje significativo (36,3%) fue en mujeres con estado civil conviviente.

**Tabla 3** Factor de riesgo social: gineco-obstétricos: número de gestaciones asociada a la cesárea en el hospital Macusani-Puno 2020.

Gestaciones	Cesárea					
	Programada		No programada		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
<b>Primigesta</b>	0	,0	43	29,5	43	29,5
<b>Segundigesta</b>	17	11,6	31	21,2	48	32,9
<b>Multigesta</b>	16	11,0	39	26,7	55	37,7
<b>Total</b>	33	22,6	113	77,4	146	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

#### PRUEBA Chi CUADRADO DE PEARSON

Valor	df	NS	p<0,05
18,368	2	0,05	0,000

Los resultados de la tabla y gráfico 3, muestran que, el 87,7% de las gestantes cesareadas eran multigestas, 32,9% segundigestas y un 29,5% primigestas. De las 146 cesáreas realizadas, el 77,4% fueron no programadas y el 22,6% programadas.

Al verificar la asociación, encontramos que el 29,5% de las gestantes primigestas tuvieron cesárea no programada, así mismo, el 26,7% de gestantes multigesta y el 21,2% segundigestas

Con los resultados de la prueba Chi Cuadrado, el número de gestaciones se asocia a la cesárea ( $p=0,000$ ), porque este procedimiento quirúrgico no



programado predomina en gestantes multigestas y primigestas, lo que nos permite aceptar la hipótesis planteada.

La decisión de realizar una cesárea planificada o de emergencia con frecuencia se basa en el número de embarazos que ha tenido una mujer multigestacional o primigesta, así como también en si la mujer tiene una presentación de nalgas o transversal, una postura transversal o cicatrices uterinas previas. (36), así como se muestra en los resultados, estos dos grupos de gestantes en su mayor proporción fueron sometidos a cesárea no programada. Resultados similares obtuvieron los antecedentes investigativos que se mencionan a continuación. Ruiz y Col (14) en su estudio encontraron que las mujeres primigestas tuvieron un parto por cesárea en mayor porcentaje (43.3%), frente a mujeres que tuvieron uno (34.9%), o dos o más hijos (27.5%); respecto al último resultado en nuestro estudio en multigestas se presentó en mayor proporción las cesáreas. Resultados diferentes obtuvo Suarez (3) en EsSalud Puno, porque se determinó como factor de riesgo a cesárea el segundo embarazo.

**Tabla 4** Factor de riesgo gineco-obstétricos: edad gestacional asociado la cesárea en el hospital Macusani-Puno 2020.

Edad gestacional	Cesárea					
	Programada		No programada		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
Menor de 37 semanas	6	4,1	17	11,6	23	15,8
De 37 a 40 Semanas	26	17,8	91	62,3	117	80,1
Mayor de 40 Semanas	1	,7	5	3,4	6	4,1
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>22,6</b>	<b>113</b>	<b>77,4</b>	<b>146</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Ficha de recolección de datos

#### PRUEBA Chi CUADRADO DE PEARSON

Valor	df	NS	p<0,05
0,290	2	0,05	0,865

Los resultados de la tabla y gráfico 4, muestran que, el 80,1% de las gestantes cesareadas tenían entre 37 a 40 semanas de gestación, un 15,1% menos de 37 semanas y en mínima proporción 4,1% mayor de 40 semanas. Respecto a la cesárea, el 77,4% fueron programadas y un 22,6% fueron no programadas.

Al verificar la relación, descubrimos que el 17,8 % de las cesáreas programadas tuvieron el mismo tiempo de gestación, mientras que el 62,3 % de las cesáreas no programadas se realizaron en mujeres embarazadas entre las semanas 37 y 40.



Dado que las cesáreas son un procedimiento quirúrgico no planificado que suele ocurrir entre las semanas 37 y 40 de embarazo, los resultados de la prueba de Chi-cuadrado mostraron que la edad gestacional no fue un factor de riesgo significativamente relacionado ( $p = 0,865$ ) con las cesáreas.

La discrepancia entre los 14 días previos a la fecha de concepción y el día del parto se conoce como edad gestacional. Este período también es el principal factor que influye en la maduración orgánica. (11). Nuestros resultados demuestran que la mayoría de las gestantes cesareadas se encontraban en edad gestacional adecuada, lo que nos indica que las gestantes están presentando situaciones de riesgo que obliga a ser cesareadas para salvaguardar la vida de feto y de ella misma.

Un estudio realizado sobre la frecuencia e indicaciones de la cesárea ha encontrado similar situación, porque las gestantes que ingresan a cesárea tenían 37 y 41 semanas de gestación (80%) en un alto porcentaje (7). A diferencia el estudio realizado por Iser y Romero (28) en Guinea Bissau, confirma que la edad gestacional menos de 37 semanas es un factor de riesgo para la cesárea; mientras el estudio realizado por Sinchitullo (8), en gestantes atendidas en el Hospital Militar Central Lima, afirmó que a edad gestacional no constituye un factor de riesgo para la cesárea. La diferencia encontrada se debe a que las gestantes se encuentran en contextos deferentes y a los otros factores que pueden sumarse al embarazo.

**Tabla 5** Factor de riesgo gineco-obstétricos: cesárea anterior asociado la cesárea en el hospital Macusani-Puno 2020.

Cesárea anterior	Cesárea				Total	
	Programada		No programada			
	fi	%	fi	%	fi	%
Si	33	22,6	0	,0	33	22,6
No	0	,0	113	77,4	113	77,4
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>22,6</b>	<b>113</b>	<b>77,4</b>	<b>146</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Ficha de recolección de datos

#### PRUEBA Chi CUADRADO DE PEARSON

Valor	df	NS	p<0,05
146,000	1	0,05	0,000

Los resultados de la tabla y gráfico 5, muestran que, el 77,4% de las gestantes no fueron cesareadas anteriormente, pero un 22,6% tuvieron una cesárea anterior. Respecto a la cesárea, el 77,4% fueron programas y un 22,6% fueron programadas.

Al verificar la asociación, encontramos al total de 22,6% de gestantes con antecedente de cesárea fueron programadas nuevamente para la intervención; en cambio el total 77,4% de gestantes que no tuvieron este antecedente fueron también cesareadas sin programación.

El antecedente de cesárea es un factor de riesgo significativamente asociado ( $p=0,000$ ) con la práctica de cesáreas, según los resultados de la



prueba de Chi-cuadrado. Dado que todas las embarazadas con antecedentes de cesárea se sometieron a esta intervención quirúrgica, la hipótesis propuesta se acepta sin lugar a dudas.

El Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología declaró que debe aconsejarse a la gestante con antecedente procurar el siguiente un parto vaginal (12).; al parecer nuestros resultados muestran que las gestantes con este antecedente repitieron esta intervención, lo que nos indica que estuvieron en situación de riesgo (12) lo que nos indica que una cesárea se realiza tomando en cuenta la causa que motivo la intervención anterior (13) y es probable no recibieron orientación y consejería para tener un parto vaginal.

Algunos estudios hallaron también similares resultados, donde las gestantes cesareadas tuvieron este antecedente. Anaya y Col (30) en Colombia encontró que las gestantes cesareadas habían cursado una cesárea anterior. Pino y Col (4). en Ayacucho concluyeron las cesáreas practicadas en las gestantes atendidas, fueron a causa de una cesárea anterior; así mismo, Sinchitullo y Col (8).en el Hospital Militar de Lima reportaron que el antecedente de cesárea fue uno de los factores que llevaron a las gestantes antes de la cesárea actual.

**Tabla 6** Factor de riesgo gineco-obstétrico: desprendimiento prematuro de placenta asociado la cesárea en el hospital Macusani-Puno 2020.

Desprendimiento prematuro de placenta	Programada		Cesárea No programada		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
	Si	0	,0	9	6,2	9
No	33	22,6	104	71,2	137	93,8
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>22,6</b>	<b>113</b>	<b>77,4</b>	<b>146</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Ficha de recolección de datos

#### PRUEBA Chi CUADRADO DE PEARSON

Valor	df	NS	p<0,05
2,801	1	0,05	0,094

Los resultados de la tabla 6, muestran que, el 93,8% de las gestantes no presentaron desprendimiento prematuro de placenta (DPP), pero sí un 6,2%. Respecto a la cesárea, el 77,4% fueron programas y un 22,6% fueron programadas.

Al verificar la asociación, encontramos al total de 6,2% de gestantes que tuvieron desprendimiento prematuro de placenta fue una cesárea no programada, en los que no presentaron este factor de riesgo en su mayoría 71,2% tampoco fueron programadas

Con los resultados de la prueba Chi Cuadrado, el desprendimiento prematuro de placenta en este estudio estadísticamente no representa un



factor de riesgo asociado a la cesárea ( $p=0,094$ ), aunque este procedimiento fue en el total de las gestantes que presentaron este riesgo obstétrico, no se acepta la hipótesis planteada.

Una cesárea u otro procedimiento quirúrgico es necesario para tratar el desprendimiento de placenta, una enfermedad hipertensiva del embarazo que ocurre cuando una placenta regularmente implantada se separa parcial o completamente antes de que comience el parto. (15)., ya que urge el nacimiento por estar contraindicado por parto vaginal (16); además constituye un peligro para la salud de la madre y del bebe (17). Tras esta teoría en nuestro estudio, el total de las gestantes que llegaron con este trastorno fueron de inmediato intervenidas por cesárea.

Estudios similares han demostrado que el desprendimiento prematuro de placenta que trae la madre antes del inicio del parto en situación de emergencia, fue resuelto por medio de la cesárea. Así como reportó el estudio de Caldas y Aguilar (37) al examinar a 42 gestantes cesareadas por desprendimiento prematuro de placenta encontró relación directa entre ambas variables.

En nuestro estudio la conducta inmediata de cesárea sin programación nos indica que las gestantes llegaron en situación moderada o severa e incluso leve, hecho que se fundamenta en la posición de Alvarado (38), quien señala que la cesárea inmediata obedece a la severidad del caso, aun cuando el producto está vivo, o existe sufrimiento fetal, o el trabajo de parto



se ha prolongado en más de los normal o cuando se observa que el sangrado ha aumentado.

Además, en nuestro medio las gestantes al proceder de comunidades alejadas al establecimiento de salud no tienen controles o cuando inician el sangrado no toman en cuenta y acuden cuando se encuentran en situación de emergencia, por lo que la gestante con DPP no es programa e ingresa de inmediato a cesárea, por ello es probable que las gestantes con esta anomalía que ingresaron a cesárea no fueron diagnosticadas en el control prenatal en forma temprana y ser programada a cesárea.

**Tabla 7** Factor de riesgo gineco-obstétrico: desproporción cefalopélvica asociado la cesárea en el hospital Macusani-Puno 2020.

Desproporción cefalopélvica	Cesárea					
	Programada		No programada		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
Si	0	,0	20	13,7	20	13,7
No	33	22,6	93	63,7	126	83,3
<b>Total</b>	33	22,6	113	77,4	146	100,0

**Fuente:** Ficha de recolección de datos

#### PRUEBA Chi CUADRADO DE PEARSON

Valor	df	NS	p<0,05
4,284	1	0,05	0,027

Los resultados de la tabla 7, muestran que, el 83,8% de las gestantes no presentaron desproporción cefalopélvica, pero sí un 13,7%. Respecto a la cesárea, el 77,4% fueron programadas y un 22,6% fueron no programadas.

Al verificar la asociación, encontramos al total de 13,7% de gestantes que tuvieron desproporción cefalopélvica ingresaron a una cesárea sin ser programadas, también se observa que las gestantes sin este factor en su mayoría no fueron programadas en el 63,7%.

Se determinó que la desproporción cefalopélvica era un factor de riesgo para las cesáreas ( $p=0,027$ ), en particular para las cesáreas no programadas, cuando la conexión se confirmó estadísticamente mediante



la prueba de Chi-cuadrado. En consecuencia, se confirma la teoría sugerida.

Según los hallazgos, a todas las embarazadas diagnosticadas con este riesgo se les realizó una cesárea. Esto sugiere que algunas de las diagnosticadas durante el parto no alcanzan el tercer plano después de un período de tiempo dependiente de la paridad, incluso con dilatación completa, dinámica activa y pujos vigorosos. (18), mientras otras gestantes ya traen el diagnóstico, las que deberían haber sido programadas; como la gestante con talla baja, pelvis estrecha, o una macrosomía que van a dificultar la salida del bebé por parto vaginal.

La falta de esta programación obedece al escaso seguimiento de las gestantes, condicionado por la inaccesibilidad geográfica para realizar el control prenatal continuo según esta normado, debido a estas anomalías se detectan en el control prenatal y las gestantes son programadas a una cesárea para salvaguardar la vida materna y del neonato.

**Tabla 8** Factor de riesgo gineco-obstétrico: preeclampsia asociada la cesárea en el hospital Macusani-Puno 2020

Preeclampsia	Cesárea					
	Programada		No programada		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
Si	0	,0	31	21,2	31	21,2
No	33	22,6	82	56,2	115	78,8
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>22,6</b>	<b>113</b>	<b>77,4</b>	<b>146</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Ficha de recolección de datos

#### PRUEBA Chi CUADRADO DE PEARSON

Valor	df	NS	p<0,05
11,493	1	0,05	0,001

Los resultados de la tabla 8, muestran que, el 78,8% de las gestantes no presentaron preeclampsia, mientras un 21,2% presentaron esta enfermedad hipertensiva. Sobre la indicación de la cesárea, predomina la cesárea no programada en el 77,4%, pero el 22,6% si fueron programadas.

Al verificar la asociación, encontramos al total de 21,1% de gestantes con preeclampsia no fueron programadas, mientras el 56,2% sin esta anomalía tampoco fueron programadas.



Se acepta la hipótesis sugerida, ya que se demostró que la preeclampsia es un factor de riesgo para las cesáreas ( $p = 0,001$ ) al verificarse estadísticamente la relación mediante la prueba de Chi-cuadrado.

La preeclampsia es una afección hipertensiva relativamente frecuente durante el embarazo. Se incluyeron en el estudio 31 casos de cesárea no planificada. Esta afección sugiere que las mujeres embarazadas que acudieron al hospital para una cesárea no fueron observadas adecuadamente durante el embarazo debido a limitaciones sociales y geográficas. La publicación de Pereira et al. respalda esta afirmación. (23) de la Universidad de Costa Rica, donde se señala que las gestantes con preeclampsia leve está indicado a cesárea cuando no responden a la inducción; mientras la cesárea programada cuando existe una amenaza inminente para la madres y el niño.

El estudio de Caldas Y Aguilar (37) reporto un 16% de preeclampsia como factor de riesgo para la cesárea mientras que en nuestro estudio esta cifra es mayor que asciende 21, 2% del total de cesáreas.

**Tabla 9** Actor de riesgo gineco-obstétrico: sufrimiento fetal asociado la cesárea en el hospital Macusani-Puno 2020

Sufrimiento fetal	Cesárea					
	Programada		No programada		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
<b>Si</b>	0	,0	16	11,0	16	11,0
<b>No</b>	33	22,6	97	66,4	130	89,0
<b>Total</b>	33	22,6	113	77,4	146	100,0

**Fuente:** Ficha de recolección de datos

#### PRUEBA Chi CUADRADO DE PEARSON

Valor	df	NS	p<0,05
5,248	1	0,05	0,022

Según los resultados de la Tabla 9, el 11,0% de las embarazadas presentó sufrimiento fetal durante el parto, en comparación con el 89,0% de las que no lo presentaron. Las cesáreas no programadas representaron el 77,4% de todas las indicaciones de cesárea, mientras que las cesáreas programadas se realizaron en el 22,6% de los casos.

Al validar la asociación, se descubrió que el 11,0% de las embarazadas con sufrimiento fetal se sometieron a una cesárea no programada; de aquellas con sufrimiento fetal, el 66,4% se sometió a una cesárea no programada.



El sufrimiento fetal se identificó como un factor de riesgo para la cesárea ( $p = 0,022$ ), lo que confirma estadísticamente la asociación con la prueba de Chi-cuadrado; por lo tanto, se acepta la hipótesis.

El sufrimiento fetal agudo es una alteración que afecta el intercambio metabólico materno-fetal, la identificación de esta complicación es indicativo de realizar la cesárea de inmediata, especialmente, cuando hay condiciones para el parto por vía vaginal, falta de dilatación o que el periodo expulsivo sea prolongado (24).; los resultados obtenidos demuestran que el sufrimiento fetal está asociado a la cesárea, porque todos los casos presentados fueron no programadas (11,0%), debido a que esta alteración se diagnostica en el proceso del monitoreo del trabajo de parto. Sin embargo, el porcentaje encontrado es mayor al estudio realizado por Caldas y Aguilar (38) quien reportó una cifra menor (9,6%) en el hospital de Pampas de Huancavelica; en cambio Lozano (31).en su investigación encontró que el sufrimiento fetal fue uno de los factores de mayor asociación (35,6%) a la cesárea, porque la cifra referida es mayor a nuestro estudio. La diferencia encontrada obedece a los contextos diferentes entre las gestantes que viven en Lima y en Macusani.

**Tabla 10** Factor de riesgo gineco-obstétrico: distocia de presentación asociado la cesárea en el hospital Macusani-Puno 2020.

Distocia de presentación	Cesárea				Total	
	Programada		No programada		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%
Si	0	,0	30	20,5	30	20,5
No	33	22,6	83	56,8	116	79,5
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>22,6</b>	<b>113</b>	<b>77,4</b>	<b>146</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Ficha de recolección de datos

#### PRUEBA Chi CUADRADO DE PEARSON

Valor	df	NS	p<0,05
11,027	1	0,05	0,001

Los resultados de la tabla 10, muestran que, el 79,5% de las gestantes cesareadas no presentaron distocia de presentación, pero sí un 20,5% de las gestantes. Sobre la indicación de la cesárea, predomina la cesárea no programada en el 77,4%, pero el 22,6% si fueron programadas.

Al verificar la asociación, encontramos al total de 20,5% de gestantes con distocia de presentación quienes ingresaron a una cesárea sin programación; de las gestantes sin distocia en un 56,8% fueron cesareadas también sin programación.

Para comprobar la asociación estadísticamente con la prueba Chi

Cuadrado, se encuentra que la distocia de presentación fue un factor de



riesgo asociado a la cesárea ( $p=0,001$ ), por tanto, se acepta la hipótesis planteada.

Una incompatibilidad entre el feto y el acceso pélvico, conocida como distocia de presentación, puede identificarse mediante exploración física, ecografía o reacción al parto. Las opciones de tratamiento incluyen cesárea, parto vaginal asistido o reposicionamiento fetal físico. (25), al contrastar con los resultados obtenidos en nuestro hospital la distocia presentada es 20,5% no programada, cifra mayor a los resultados obtenidos por Huatuco (33) en Huancavelica, donde la distocia de presentación fue en un 10,2% por feto en presentación podálica.

**Tabla 11** Frecuencia de cesáreas en el hospital macusani-puno 2020

CESÁREA	Nº	%
Programadas	33	22,6
No programadas	113	77,4
TOTAL	146	100,0

**Fuente:** Ficha de recolección de datos

Los resultados de la tabla muestran la frecuencia de cesáreas presentadas en el año 2019, donde se aprecia que el 77,4% de las cesáreas durante el año 2020, fueron no programadas y el 22,6% programadas.

Para reducir el riesgo al que se exponen la madre y el feto, una técnica quirúrgica conocida como cesárea consiste en extraer el feto a través de una incisión en la pared abdominal (26). Si bien los partos quirúrgicos representan un peligro potencial, su justificación debe estar justificada y, por lo tanto, debe contar con una estrategia preestablecida; ya que las cesáreas que se realizan sin programación pueden tener resultados indeseables. La mayoría de las cesáreas, según los hallazgos del estudio, no fueron planificadas. Esto indica que los factores de riesgo que llevaron a la recomendación de una cesárea se realizaron para proteger la vida de la madre y del bebé en caso de un peligro o complicación que surgiera antes o durante el parto.

Los resultados presentan cierta semejanza con los resultados obtenidos por Pino y Col (4) en Ayacucho, porque en su estudio también encontró



mayor porcentaje de cesáreas realizadas por urgencia, así como se ha obtenido en nuestro estudio, siendo las programadas en menor porcentaje. Frente a las cesáreas programadas presenta es mayor el porcentaje de cesáreas programadas con el estudio de Suarez (3) en Puno.



## CONCLUSIONES

- PRIMERA:** En el Hospital de Macusani no se han encontrado ningún factor de riesgo social asociado a las cesáreas realizadas en el año 2021.
- SEGUNDA:** La edad gestacional ( $p=0,000$ ), la cesárea previa ( $p=0,000$ ), la desproporción cefalopélvica ( $p=0,027$ ), la preeclampsia ( $p=0,001$ ), el sufrimiento fetal ( $p=0,022$ ) y la distocia presente ( $p=0,001$ ) se identificaron como variables de riesgo ginecológico y obstétrico asociadas a la cesárea; en contraste, el desprendimiento placentario ( $p=0,094$ ) y el número de embarazos ( $p=0,117$ ) no fueron factores de riesgo.
- TERCERA:** En el Hospital de Macusani en el periodo del año 2021, la indicación de cesárea más frecuente, fue la cesárea no programada en y en menor porcentaje se realizaron las cesáreas programadas.



## RECOMENDACIONES

- PRIMERA:** Para evidenciar si existen factores de riesgo social asociados a la indicación de cesárea, realizar estudios que incluyan otros factores en contextos similares.
- SEGUNDA:** A los profesionales Obstetras, se sugiere plantear estrategias de seguimiento y control a las gestantes en la etapa prenatal, para identificar en forma precoz los factores de riesgo obstétricos como edad gestacional, cesárea anterior, desproporción cefalopélvica, preeclampsia, sufrimiento fetal, distocia de presentación, con el fin de disminuir el riesgo en el momento del parto y no se llegue a una cesárea.
- TERCERA:** Se sugiere al equipo de salud Materno Perinatal del Hospital analizar los factores que motivaron las cesáreas no programadas, con la finalidad de tomar estrategias de intervención para disminuir el alto porcentaje de cesáreas no programadas y los riesgos que vienen presentando las gestantes en el momento del parto.



## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Ojeda M. ¿Por qué la tasa de partos por cesárea es alta en Latinoamérica? [Online].; 2019 [cited 2021 diciembre 24. Available from: <https://helloclue.com/es/articulos/etapas/por-que-la-tasa-de-partos-por-cesarea-es-alta-en-latinoamerica>.
2. Barrena M, Quispe P, Flores M, León C. Frecuencia e indicaciones del parto por cesárea en un hospital docente de Lima, Perú. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2020 abril-junio; 66(21): p. 1-6.
3. Suarez G. Frecuencia, causas, complicaciones y factores asociados de cesáreas injustificadas en el Hospital III de EsSalud Juliaca en el año 2018. Tesis grado. Puno: Universidad Nacional del Altiplano , Facultad de Medicina Humana; 2021.
4. Pino R, Zorrilla V, Rodriguez M, Ochoa W. Frecuencia e indicaciones de cesáreas electivas y de urgencia en el Hospital Regional de Ayacucho, Perú. Rev Peru Cienc Salud. 2021;; p. 32-7.
5. Organización Mundial de la Salud. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. [Online].; 2020 [cited 2021 noviembre 10. Available from: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO\\_RHR\\_15.02\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.pdf?sequence=1).
6. Villanueva L. Alto Riesgo Obstétrico. Informe. Chimbote: Universidad Católica Los Angeles de Chimbote, Facultad de Ciencias de la Salud.
7. Moya C, Garaboto M, Moré A, Borges R, Moya N, Moya A. Resultados maternos y perinatales en gestantes con avanzada edad materna. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2017; 43(2).
8. Sinchitullo A, Roldán L, Arango P. Factores asociados a partos por cesárea en un hospital peruano. Revista de la Facultad de Medicina Humana. 2020 julio-septiembre; 20(3): p. 444-451.
9. Sanchez E. Factores para un embarazo de riesgo. Artículo de Revisión. 2019 septiembre; 4(9).



10. Carbajal J, Ralph C. Manual de Obstetricia y Ginecología. Novena ed. Chile: Escuela de Medicina ; 2018.
11. Stavis R. Edad Gestacional Perú: Manual MSD; 2019.
12. Vargas A, Lévano J, Lazo M. Parto vaginal después de una cesárea, aplicando un puntaje al momento del ingreso en un hosp. Revista Peruana de Ginecología y Obstetria. 2018 octubre; 59(4): p. 261-266.
13. García C, López M, Monzalbo D. Parto después de cesárea ¿una opción segura? Revista Ginecología y Obstetricia de México. 2015; 83(2): p. 69-87.
14. Ruiz S, Sánchez M, Puertas A. Incidencias y consecuencias de la cesárea iterativa. Rev. Latin. Perinat. 2017 noviembre; 21(1): p. 48-54.
15. Martos M, Martínéz M, Campos S, Salcedo A, Pérez T. Desprendimiento prematuro de placenta normoinsertada por mutación heterocigota en el gen de la protrombina. Prog Obstet Ginecol. 2018; 61(3): p. 256-260.
16. Gyamfi C, Thom E, Blackwell S. Antenatal betamethasone for women at risk for late preterm delivery. N Engl J Med. 2016; 374(14): p. 1311–1320.
17. Mayo Clinic. Desprendimiento de placenta. [Online].; 2021 [cited 2021 diciembre 22. Available from: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/placental-abruption/diagnosis-treatment/drc-20376462>.
18. Protocolos y Medicina Materno Fetal. Patología Materna y Obstétrica. [Online].; 2016 [cited 2021 diciembre 22. Available from: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/obstetricia/cesarea.html>.
19. Santín G. Cesáreas por desproporción céfalo-pélvica: realización sin prueba. Ginecol Obstet Mex. 2011; 79(6): p. 368-372.
20. Vega B. Macrosomia Fetal y su impacto en la Salud Pública. REV INT Salud materno fetal –YO Obstetra. 2016; 1(3): p. 1.
21. Guía Perinatal. Cesárea. Guía. Chile: Ministerio de Salud, Programa Nacional Salud de la Mujer; 2015.
22. Vigil V. Cesáreas Innecesarias por Indicación de Macrosomia Fetal en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2015. Revista Médica Hospitalaria Hipólito Unanue de Tacna. 2020; 13(1).



23. Pereira J, Pereira Y, Quirós L. Actualización en preeclampsia. Revista Médica Sinergia. 2020 enero; 5(1): p. e340.
24. Carmona F. Distocia fetal. [Online].; 2018 [cited 2021 diciembre 22]. Available from: <https://www.drfcarmona.com/distocia-fetal/>.
25. Manual MSD. Distocia fetal. Perú: Manual MSD; 2020.
26. Lowdermix D, Perry S, Bobath I. Enfermería Materno Infantil Volumen 2. Segunda ed. España: Editorial Interamericana. Impreso en España; 2002.
27. Natalben. La cesárea: cuándo está indicada. [Online].; 2021 [cited 2021 diciembre 22]. Available from: <https://www.natalben.com/parto/indicaciones-cesarea>.
28. Iser O, Romero M. Factores de riesgo asociados a la cesárea primitiva Hospital Nacional Simao Mendes. Guinea Bissau. 2017. Revista Multimed. 2019 mayo-junio; 23(3): p. 447-459.
29. Hernández J, Martínez F, Mojena Y. Caracterización de cesáreas primitivas en Santa Cruz del Norte. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2017 julio-septiembre; 43(3).
30. Anaya A, Londoño F, Pérez L, Ortiz R. Caracterización de las pacientes llevadas a cesárea según modelo de Robson y exploración de factores asociados en gestantes atendidas en el hospital Universitario San José de la ciudad de Popayán-Colombia. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2017 noviembre; 82(5): p. 491-503.
31. Luque A. Indicaciones y tasa de cesáreas en el Hospital EsSalud III Puno en el año 2016. Puno: Universidad Nacional del Altiplano Puno, Facultad de Medicina Humana; 2017.
32. Pita S, Vila M, Carpente J. Determinación de factores de riesgo. [Online].; 2014 [cited 2021 febrero 25]. Available from: [https://www.fisterra.com/mbe/investiga/3f\\_de\\_riesgo/3f\\_de\\_riesgo.asp#:~:text=El%20t%C3%A9rmino%20de%20riesgo%20implica,intuici%C3%B3n%20ni%20a%20la%20casualidad](https://www.fisterra.com/mbe/investiga/3f_de_riesgo/3f_de_riesgo.asp#:~:text=El%20t%C3%A9rmino%20de%20riesgo%20implica,intuici%C3%B3n%20ni%20a%20la%20casualidad).



33. Eunice Kennedy Shriver National Institute. ¿Qué es un embarazo de alto riesgo? [Online].; 2020 [cited 2021 diciembre 21. Available from: <https://espanol.nichd.nih.gov/>.
34. Cunningham G. Williams. Obstetricia. Veinticincoava ed.: Mc Graw-Hill; 2019.
35. Maternal and Infant Care Clinic. Términos comunes del embarazo. [Online].; 2018 [cited 2021 diciembre 20. Available from: [https://www.uwmedicine.org/sites/stevie/files/2018-11/PatientResources\\_Forms\\_Common-Terms-Pregnancy-Birth-Spanish.pdf](https://www.uwmedicine.org/sites/stevie/files/2018-11/PatientResources_Forms_Common-Terms-Pregnancy-Birth-Spanish.pdf).
36. Organización Mundial de la Salud. Clasificación de Robson: Manual de aplicación. [Online].; 2018 [cited 2021 diciembre 22. Available from: <http://www.clap.ops-oms.org/publicaciones/9789275320303esp.pdf>.
37. Caldas A, Aguilar G. Factores de riesgo asociados a cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, La Merced - 2017. Tesis grado. Cerro de Pasco: Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión, Facultad de Ciencias de la Salud ; 2017.
38. Alvarado J. Apuntes médicos de Gineco Obstetricia. Universidad Nacional de San Marcos, Apuntes médicos de Gineco Obstetricia; 2014.
39. Pereira J, Pereira Y, Quirá , Quirós L. Actualización en preeclampsia. Revista Médica Sinergia. 2020 enero; 5(1): p. e340.
40. Organización Mundial de la Salud. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. [Online].; 2015 [cited 2021 Noviembre 12. Available from: [https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/cs-statement/es/](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/es/).
41. Cosavalente M. Características de las gestantes con indicación de cesárea de emergencia atendidas en el hospital II - 2 Tarapoto - 2017. Lima: Universidad San Martín de Porras, Unidad de posgrado; 2021.



# ANEXOS



**ANEXO 1 - FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

**FACTORES SOCIALES Y GINECOOBSTÉTRICOS ASOCIADOS A LA CESAREA EN EL HOSPITAL DE MACUSANI**

**DATOS GENERALES:**

N° HISTORIA CLÍNICA \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**FACTORES DE RIESGO SOCIAL:**

**EDAD:**

15 a 34 años  35 a 50 años

**ESTADO CIVIL:**

Soltera  Conviviente  Casada

**FACTORES DE RIESGO GINECO-OBSTÉTRICOS:**

**GESTACIONES:**

Primigestas  Segundigestas  Multigestas

**EDAD GESTACIONAL:**

Antes de las 37 semanas  Des de las 37 semanas   
Mayor a 40 semanas

**ANTECEDENTE DE CESAREA**

Si  No

**DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA:**

Si  No

**DESproporción CEFÁLOPELVICA**

Si  No

**PLACENTA PREVIA:**

Si  No



SUFRIMIENTO FETAL:

Si  No

DIATOCIA DE PERSENTACIÓN:

Si  No

**INDICACIÓN DE CESÁREA:**

Programadas \_\_\_\_\_

No Programadas \_\_\_\_\_



ANEXO 1
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

AUTORIZACIÓN PARA LA INCORPORACIÓN DE LOS TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UANCV

Formato digital [X]

Fecha de entrega: 28/08/2025

1. Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos: BERENICE GUZMAN ALBARRACIN

Dirección: Urb. Aziruni Zona B etapa II MZ.K LT.13 Puno

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: 40551677

Teléfono: 993766406 email: begual22@hotmail.com

Nombres y Apellidos:

Dirección:

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°:

Teléfono: email:

Facultad y/o Escuela de Posgrado: SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL

Escuela Profesional o Mención:

Título o Grado Académico a optar: SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ALTO RIESGO Y EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS

Asesor:

Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones:

Trabajo de Investigación [ ] Tesis [ ] Trabajo de Suficiencia Profesional [ ] Trabajo Académico [X]

Título: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA CESÁREA EN EL HOSPITAL DE MACUSANI - PUNO 2021

Palabras claves, (3 a 5 términos): Cesárea, factores de riesgo, preeclampsia, desproporción céfalo-pélvica, sufrimiento fetal

¿Esta obra se desarrolló en la UANCV 1, 2?

2

1 Indicar si su producción intelectual ha empleado recursos tales como, instalaciones, laboratorios, insumos, equipos, bases de datos, asesoría técnica por parte del personal de la UANCV, financiamiento, entré otros relacionados.

2 Si su producción intelectual se desarrolló en la UANCV totalmente o parcialmente, deberá autorizar el depósito en el Repositorio de manera obligatoria.



2. Referencia de tesis:

Bachiller     Título     2da Especialidad     Maestría     Doctorado

3. Licencias:

a) Licencia estándar:

**Bajo los siguientes términos, autorizo el depósito de mi tesis en el Repositorio Digital de la UANCV.**

Con la autorización de depósito de mi producción Intelectual, otorgo a la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" una licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar al público, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público mi producción intelectual (incluido el resumen), en formato físico o digital, en cualquier medio, conocido o por conocerse, a través de los diversos servicios por la Universidad, creados o por crearse, tales como el Repositorio Digital de tesis UANCV, colección de producción intelectual, entre otros, en el Perú y en el extranjero por el tiempo y veces que considere necesarias, y libres de remuneraciones.

En virtud de dicha licencia, la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" podrá reproducir mi producción intelectual en cualquier tipo de soporte y en más de un ejemplar, sin modificar su contenido, solo con propósitos de seguridad, respaldo y preservación.

Declaro que la producción intelectual es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, coautoría con titularidad compartida, y me encuentro facultado a conceder la presente licencia y, asimismo, garantizo que dicha producción intelectual no infringe derechos de autor de terceras personas.

La Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" consignará el nombre del y/o los autor(es) de la producción intelectual, y no le hará ninguna modificación más que la permitida en la licencia.

**Autorizo su publicación (marque con una X)**

- Sí, autorizo que se deposite inmediatamente.
- Sí, autorizo que se deposite a partir de la fecha (d/m/a): \_\_\_\_\_
- No autorizo.

b) Licencia CREATIVE COMMONS 4.0 INTERNACIONAL:

Si usted concede una licencia CREATIVE COMMONS sobre su producción intelectual, mantiene la titularidad de los derechos de autor de esta y, a la vez, permite que otras personas puedan reproducirla, comunicarla al público y distribuir ejemplares de esta, bajo las condiciones siguientes:

**¿Quiere permitir usos comerciales de su producción intelectual?**

**Sí:** significa que usted permite la reproducción, distribución y comunicación pública de la producción intelectual incluso con fines comerciales.

**No:** significa que usted permite la reproducción, y comunicación pública de la producción intelectual, pero sin fines comerciales.

- Sí autorizo
- No autorizo



### Jurisdicción de su Licencia

Todas las licencias CREATIVE COMMONS son de ámbito mundial, sin embargo, usted puede elegir entre la opción "internacional" o una adaptada a su jurisdicción, como para el caso peruano.

La opción "internacional" emplea el lenguaje y la terminología de los tratados internacionales; en cambio, la adaptada a su jurisdicción, recoge las particularidades de la legislación peruana.

En consecuencia, **la opción "internacional" goza de una mayor eficacia a nivel mundial, gracias a que tiene jurisdicción neutral.** Mientras que la opción adaptada a la jurisdicción del Perú goza de una mayor eficacia ante los tribunales peruanos.

Internacional

Nacional

Línea de investigación: SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA - SEG04

Firma de Autor



huella digital

28 de Agosto del 2025

Fecha