

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Medicina Humana
Escuela Profesional de Medicina Humana



**Determinantes clínicos y obstétricos en la decisión de cesárea de
emergencia en gestantes del Hospital Goyeneche
Arequipa 2024.**

Tesis presentada por la Bachiller:

Romero Muñoz, María Fernanda

ORCID: 0009-0002-2066-0404

para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Asesor:

Dr. Aguilar Flores, Julio Damian

ORCID: 0009-0002-5643-7028

Arequipa - Perú

2025

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

MEDICINA HUMANA

TITULACIÓN CON TESIS

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 16 de Marzo del 2025

Dictamen: 014614-C-EPMH-2025

Visto el borrador del expediente 014614, presentado por:

2018205212 - ROMERO MUÑOZ MARIA FERNANDA

Titulado:

**DETERMINANTES CLÍNICOS Y OBSTÉTRICOS EN LA DECISIÓN DE
CESÁREA DE EMERGENCIA EN GESTANTES DEL HOSPITAL GOYENECHÉ AREQUIPA 2024**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

Título Profesional/Título de Segunda Especialidad/Grado Académico a optar:

MEDICO CIRUJANO

**29338064 - MONTES CACERES MIGUEL
DICTAMINADOR**



**29362406 - TACO CORNEJO JUSTO ENRIQUE
DICTAMINADOR**



**40374914 - ALPACA CANO CESAR GUILLERMO
DICTAMINADOR**



Determinantes clínicos y obstétricos en la decisión de cesárea de emergencia en gestantes del Hospital Goyeneche Arequipa 2024.

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	3%
2	tesis.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	2%
3	repositorioinstitucional.buap.mx Fuente de Internet	2%
4	1library.co Fuente de Internet	2%
5	repositorio.upsjb.edu.pe Fuente de Internet	2%
6	www.coursehero.com Fuente de Internet	1%
7	dspace.utb.edu.ec Fuente de Internet	1%
8	repositorio.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	1%
9	pesquisa.bvsalud.org Fuente de Internet	1%
10	renati.sunedu.gob.pe Fuente de Internet	1%
11	idoc.pub Fuente de Internet	<1%

DEDICATORIA

A Dios, mi guía, mi fortaleza y mi refugio en cada momento de mi vida. A Ti, Señor, que me has sostenido en los momentos de duda, me has dado fuerzas cuando sentí que no podía más y me has llenado de esperanza cuando el camino parecía incierto. Sin Tu amor y misericordia, este logro no habría sido posible.

A mis padres, Roxana y Marco Antonio, por su amor incondicional, sus sacrificios y por enseñarme el valor del esfuerzo y la dedicación. Sin ustedes, este logro no sería posible.

A mi hermano, Miguel Ángel, por ser mi mayor inspiración y recordarme cada día el significado del amor y la resiliencia.

A mis abuelos, por su amor, sus enseñanzas y por ser un pilar fundamental en mi vida.

A mis tíos, especialmente a mi mamá Deysi, por su apoyo inquebrantable, sus palabras de aliento y por estar siempre presentes en mi formación.

A mis amigos y profesores, por acompañarme en este proceso, compartir sus conocimientos y brindarme su apoyo en los momentos difíciles.

A la Universidad Católica de Santa María, por ser el espacio donde crecí académica y personalmente, proporcionándome las herramientas necesarias para alcanzar mis metas.

Y a mí misma, por nunca rendirme, por confiar en mis capacidades y por todo el esfuerzo que me ha llevado hasta aquí.

María Fernanda Romero Muñoz

AGRADECIMIENTOS

Al finalizar esta etapa tan importante en mi vida, quiero expresar mi más profundo agradecimiento a quienes han sido mi apoyo incondicional en este camino.

A Dios, primero y sobre todas las cosas, porque sin Él nada es posible. Gracias, Señor, por darme la vida, la fortaleza y la oportunidad de crecer en este camino. Has sido mi guía en cada paso, en cada decisión y en cada reto que enfrenté. Todo lo que soy y todo lo que he logrado te lo debo a Ti.

A mis padres, Roxana y Marco Antonio, por su amor incondicional, su apoyo constante y por enseñarme que el esfuerzo y la dedicación son la clave para alcanzar mis metas. Gracias por ser mi motor y mi mayor inspiración.

A mi hermano, Miguel Ángel, por su amor, su ternura y por recordarme cada día el verdadero significado de la resiliencia y la alegría.

A mis abuelos, mamá Candy, abuelita Andrea y Mariano. A mamá Candy, quien, aunque ya no esté físicamente, sé que me acompaña en cada paso y en cada logro. Su amor y enseñanzas seguirán siendo mi guía.

A mis tíos, especialmente a mi tía Deysi, por su apoyo incondicional, sus consejos y su confianza en mí. Gracias por estar siempre presente en mi formación y en mi vida.

A mis amigos y compañeros de carrera, por compartir conmigo este camino lleno de desafíos y aprendizajes. Gracias por su apoyo, su compañía y por hacer de esta etapa una experiencia inolvidable.

A mis profesores por su paciencia, orientación y valiosas enseñanzas que hicieron posible la realización de este trabajo.

A la Universidad Católica de Santa María, por brindarme una educación de calidad y ser el espacio donde crecí tanto académica como personalmente.

Finalmente, a todas las personas que, de una u otra manera, contribuyeron en este proceso. A cada uno de ustedes, mi más sincero agradecimiento.

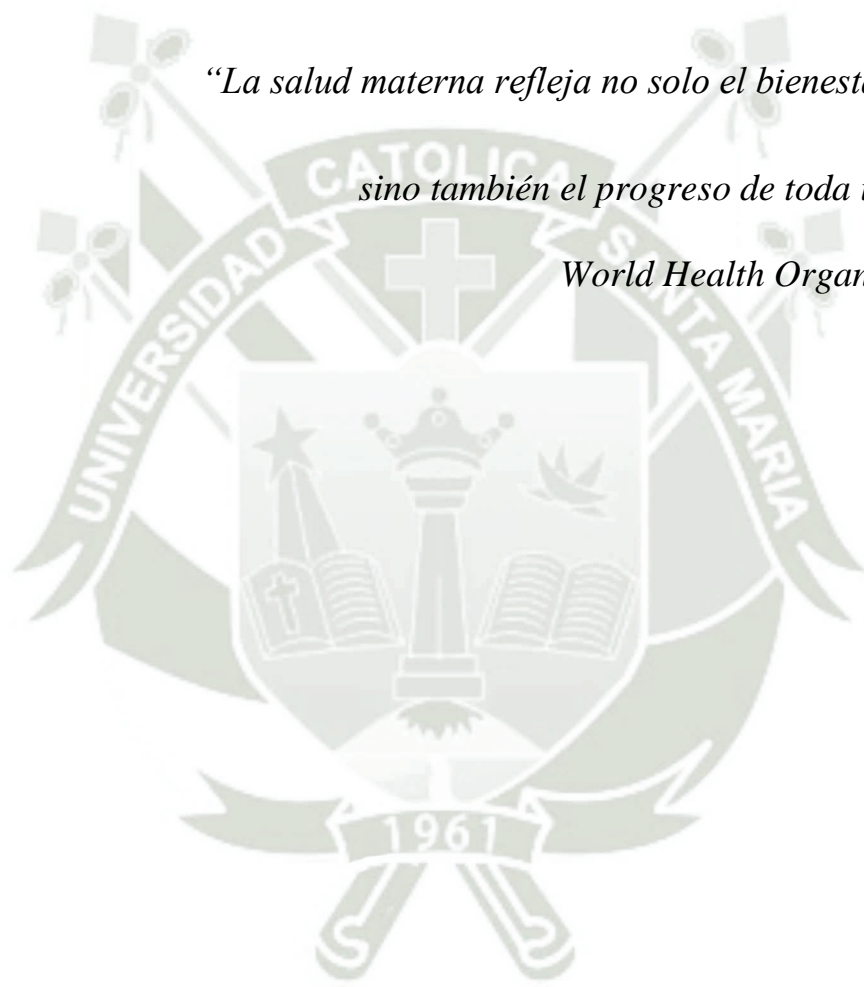
Con gratitud infinita

María Fernanda Romero Muñoz

EPÍGRAFE

*“La salud materna refleja no solo el bienestar de la mujer,
sino también el progreso de toda una sociedad.”*

World Health Organization (OMS)



RESUMEN

La cesárea de emergencia es una intervención obstétrica crucial para prevenir complicaciones materno-fetales en situaciones de alto riesgo, pero, su frecuencia sigue siendo elevada.

Objetivo: Identificar los factores clínicos y obstétricos en la cesárea de emergencia en gestantes atendidas en el Hospital Goyeneche, Arequipa, en 2024.

Metodología: Se llevó a cabo un estudio observacional, retrospectivo y transversal, basado en la revisión de historias clínicas de gestantes sometidas a cesárea de emergencia. Se analizaron variables clínicas como edad, ocupación, nivel educativo y comorbilidades (diabetes, hipertensión y obesidad), así como factores obstétricos: paridad, edad gestacional, periodo intergenésico y complicaciones (RPM, DPP, alteración del bienestar fetal y EHE).

Resultados: Se encontró que las amas de casa conformaron el grupo más afectado (72.6%), y la principal indicación de cesárea de emergencia fue la distocia (29.4%). Se evidenció una asociación significativa entre la ocupación y la indicación de cesárea ($p=0.042$), así como entre un periodo intergenésico menor a un año y la necesidad de una cesárea de emergencia ($p<0.001$). No se halló relación significativa con la edad materna, el nivel educativo o la presencia de comorbilidades.

Conclusiones: La ocupación materna y el corto intervalo entre embarazos son factores determinantes en la indicación de cesárea de emergencia. Se recomienda fortalecer el acceso a controles prenatales y programas de educación materna, especialmente en mujeres nulíparas y con periodos intergenésicos cortos, con el fin de reducir complicaciones obstétricas y mejorar la calidad de la atención perinatal en la región.

Palabras clave: Cesárea de emergencia, factores obstétricos, control prenatal.

ABSTRACT

Emergency cesarean section is a crucial obstetric intervention to prevent maternal-fetal complications in high-risk situations; however, its frequency remains high.

Objective: To identify the clinical and obstetric factors associated with emergency cesarean section in pregnant women treated at Hospital Goyeneche, Arequipa, in 2024.

Methodology: An observational, retrospective, and cross-sectional study was conducted based on the review of medical records of pregnant women who underwent emergency cesarean sections. Clinical variables such as age, occupation, educational level, and comorbidities (diabetes, hypertension, and obesity) were analyzed, along with obstetric factors, including parity, gestational age, interpregnancy interval, and complications (premature rupture of membranes, placental abruption, fetal distress, and hypertensive disorders of pregnancy).

Results: It was found that housewives were the most affected group (72.6%), and the leading indication for emergency cesarean section was dystocia (29.4%). A significant association was found between occupation and cesarean indication ($p=0.042$), as well as between an interpregnancy interval of less than one year and the need for an emergency cesarean section ($p<0.001$). However, no significant relationship was found with maternal age, educational level, or the presence of comorbidities.

Conclusions: Maternal occupation and short interpregnancy intervals are key factors in emergency cesarean section indication. Strengthening access to prenatal care and maternal education programs, particularly for nulliparous women and those with short interpregnancy intervals, is recommended to reduce obstetric complications and improve the quality of perinatal care in the region.

Keywords: Emergency cesarean section, obstetric factors, prenatal care.

ÍNDICE

DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTOS	
EPÍGRAFE	
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1. Determinación del problema	3
1.2. Operacionalización de Variables	3
1.3. Enunciado del problema	3
1.4. Interrogantes Específicas.	4
1.5. Justificación.	4
2. OBJETIVOS.	6
3. MARCO TEORICO.	6
3.1. Antecedentes investigativos	13
CAPITULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	17
1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN	18
1.1. Técnicas	18
1.2. Instrumentos	18
1.3. Materiales de verificación	18
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN	18
2.1. Ámbito	18
2.1.1. Ubicación Espacial	18
2.1.2. Precisión del lugar	18
2.1.3. Caracterización del lugar:	18
2.2. Unidades de estudio	19
2.3. Temporalidad	19
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.	19
3.1. Organización.	19
3.2. Recursos	20
CAPITULO III RESULTADOS	21

CONCLUSIONES	32
RECOMENDACIONES	33
REFERENCIAS	34
ANEXOS	38



INTRODUCCIÓN

La cesárea de emergencia es una intervención obstétrica crucial para prevenir complicaciones materno-fetales en situaciones de alto riesgo. A pesar de los avances en la atención prenatal, su frecuencia sigue siendo elevada en distintos hospitales del país. Esto hace necesario identificar los principales factores que determinan su indicación, con el fin de optimizar la toma de decisiones clínicas y mejorar la atención materno-perinatal.

El Hospital III Goyeneche de Arequipa, como centro de referencia regional, atiende a una población diversa, con muchas gestantes en situación de vulnerabilidad. En este contexto, comprender los factores clínicos y obstétricos que influyen en la necesidad de una cesárea de emergencia permitirá mejorar la calidad de la atención materno-fetal y fortalecer la toma de decisiones médicas basadas en evidencia.

Este estudio tiene como objetivo identificar los factores clínicos y obstétricos que inciden en la indicación de cesáreas de emergencia en el Hospital Goyeneche durante el 2024. Se analizarán variables como edad materna, comorbilidades, antecedentes obstétricos y características del embarazo, con el propósito de establecer patrones y desarrollar estrategias preventivas que optimicen el manejo obstétrico.

A través de este análisis, se espera aportar información relevante para la implementación de políticas de salud que mejoren la atención prenatal, reduzcan la necesidad de intervenciones quirúrgicas innecesarias y contribuyan a disminuir la morbilidad materno-perinatal en la región.



CAPITULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Determinación del problema

1.2. Operacionalización de Variables

VARIABLES	DIMENSIÓN	INDICADOR	INDICES	TÉCNICA	INSTRUMENTO
VARIABLE DETERMINANTES CLÍNICOS Y OBSTÉTRICOS	Factores Clínicos	Edad	Ordinal	Observación	Ficha de recolección
		Ocupación	Ordinal	Observación	Ficha de recolección
		Grado de Instrucción	Ordinal	Observación	Ficha de recolección
		Comorbilidades	Diabetes Mellitus Hipertensión Hipotiroidismo Obesidad Autoinmune	Observación	Ficha de recolección
	Factores Obstétricos	Paridad	Si No	Observación	Ficha de recolección
		Período Intergenésico	Ordinal	Observación	Ficha de recolección
		Edad Gestacional	Ordinal	Observación	Ficha de recolección
		Complicaciones obstétricas	RPM DPP Corioamnionitis Sufrimiento Fetal Agudo Enfermedad Hipertensiva del Embarazo Cesareada Anterior Oligohidramnios Distocias Otros	Observación	Ficha de recolección
VARIABLE CESAREA DE EMERGENCIA		Tipo de Cesárea	Segmentaria Corporal	Observación	Ficha de recolección
		Prioridad de cesárea	Emergencia	Observación	Ficha de recolección

1.3. Enunciado del problema

¿Cuáles son los determinantes clínicos y obstétricos en la decisión de cesárea de emergencia en gestantes Hospital Goyeneche Arequipa 2024?

1.4. Interrogantes Específicas.

- ¿Cuáles son los factores clínicos de las gestantes que fueron sometidas a cesárea de emergencia en el Hospital Goyeneche Arequipa 2024?
- ¿Cuáles son los factores obstétricos de las gestantes que fueron sometidas a cesárea de emergencia en el Hospital Goyeneche Arequipa 2024?

1.5. Justificación.

Justificación Científica.

La cesárea de emergencia es un procedimiento obstétrico clave para prevenir complicaciones maternas y perinatales graves. Sin embargo, las causas que conducen a este tipo de intervención varían ampliamente según factores biológicos, clínicos y epidemiológicos. Estudiarlas permite identificar patrones y tendencias que pueden ser usados para mejorar los protocolos de atención y reducir riesgos asociados. Este estudio proporcionará evidencia basada en la casuística del Hospital Goyeneche, contribuyendo al entendimiento de las condiciones clínicas y los factores de riesgo más prevalentes en esta población.

Justificación Social.

En Arequipa, el Hospital Goyeneche atiende a una población diversa, muchas veces vulnerable, donde la salud materno-perinatal tiene un impacto directo en el bienestar familiar y comunitario. Comprender las causas de las cesáreas de emergencia permite abordar inequidades en el acceso y la calidad de los servicios de salud, ayudando a

disminuir la morbilidad materna e infantil, así como a promover el bienestar de las madres y sus familias.

Justificación Contemporánea.

La atención obstétrica se encuentra en constante evolución, con cambios significativos en las recomendaciones internacionales sobre cuándo y cómo realizar cesáreas. En el contexto actual, existe un enfoque global en optimizar las tasas de cesáreas, evitando procedimientos innecesarios, pero asegurando la intervención en casos críticos. Este estudio responde a la necesidad de evaluar las prácticas actuales en un contexto local, permitiendo una alineación con estándares contemporáneos de atención y fomentando su adaptación a las necesidades específicas de Arequipa.

Factibilidad.

El proyecto se basa en el análisis retrospectivo de historias clínicas, lo cual implica un acceso directo a datos registrados de manera sistemática en el Hospital Goyeneche. Esto minimiza los costos y la necesidad de recursos adicionales. Además, el marco regulatorio del hospital y la disponibilidad de bases de datos estructuradas facilitan la recolección y análisis de información, garantizando la viabilidad técnica y operativa del estudio.

Contribución Académica.

Este estudio proporcionará información valiosa para el ámbito académico, especialmente en gineco-obstetricia. Los resultados podrán servir de referencia para futuras investigaciones y generar propuestas de mejora en la atención obstétrica. Además, contribuirá al debate científico sobre la toma de decisiones en emergencias

obstétricas, aportando datos relevantes para fortalecer la formación médica en este campo.

2. OBJETIVOS.

Objetivo General:

Establecer los determinantes clínicos y obstétricos en la decisión de cesárea de emergencia en gestantes Hospital Goyeneche Arequipa 2024

Objetivos Específicos

- Determinar los factores clínicos de las gestantes que fueron sometidas a cesárea de emergencia en el Hospital Goyeneche Arequipa 2024.
- Identificar los factores obstétricos de las gestantes que fueron sometidas a cesárea de emergencia en el Hospital Goyeneche Arequipa 2024.

3. MARCO TEORICO.

Factores clínicos:

Edad.

La edad materna avanzada se asocia con un aumento en el riesgo de cesárea, según múltiples estudios en la literatura médica. El riesgo de cesárea aumenta de manera significativa con la edad materna, especialmente en mujeres nulíparas. Por ejemplo, un estudio encontró que las mujeres nulíparas mayores de 40 años tienen un riesgo de cesárea intraparto del 25.3%, en comparación con el 8.9% en mujeres menores de 35 años. (1) Otro estudio reportó que las mujeres de 35-39 años tienen un aumento en las probabilidades de cesárea con un OR de 1.62 a 1.84, y este riesgo se incrementa aún más en mujeres de 40 años o más, con un OR de 2.83 a 3.71. (2).

Además, la edad materna avanzada se ha identificado como un factor de riesgo independiente para la cesárea, incluso después de ajustar por factores de salud y sociodemográficos. (2) En mujeres nulíparas, el riesgo de cesárea se duplica en aquellas de 35-39 años y se triplica en mujeres de 40 años o más. En multíparas, el riesgo también aumenta, aunque en menor medida (3).

Ocupación.

La relación entre la ocupación o profesión y el riesgo de cesáreas no está directamente abordada en la literatura médica proporcionada. Sin embargo, se puede inferir que factores sociodemográficos y económicos, que pueden estar relacionados con la ocupación, podrían influir en las tasas de cesáreas. Por ejemplo, el estudio de Tsui et al. menciona que el nivel de ingresos y el tipo de hospital pueden afectar las tasas de cesáreas, lo cual podría estar indirectamente relacionado con la ocupación de la madre (4).

Comorbilidades.

Diabetes Mellitus:

La diabetes durante el embarazo, ya sea pregestacional o gestacional, se asocia con un aumento significativo en el riesgo de complicaciones obstétricas, incluyendo la cesárea. Las mujeres con diabetes pregestacional tienen un riesgo particularmente alto de cesárea, incluso cuando se controlan factores como el peso al nacer y otras indicaciones médicas comunes para la cesárea. Este riesgo elevado se mantiene incluso en ausencia de otras indicaciones médicas para la cesárea, lo que sugiere que otros factores, posiblemente relacionados con patrones de práctica clínica, podrían estar influyendo (5).

Hipertensión:

La hipertensión durante el embarazo es una complicación significativa que puede afectar tanto a la madre como al feto. Las mujeres con diabetes gestacional (GDM) y edad materna avanzada tienen un mayor riesgo de desarrollar hipertensión gestacional y otras complicaciones. La literatura médica indica que la hipertensión en el embarazo, incluyendo la preeclampsia, es más frecuente en mujeres con diabetes gestacional, y este riesgo se incrementa aún más con la edad materna avanzada (6,7).

Hipotiroidismo:

El hipotiroidismo materno, tanto subclínico como manifiesto, se ha vinculado con un aumento en la tasa de cesáreas. Según un estudio de cohorte retrospectivo basado en una base de datos poblacional, las mujeres con hipotiroidismo tienen más probabilidades de experimentar complicaciones durante el embarazo y el parto, incluyendo una mayor probabilidad de parto por cesárea. (8) También se encontró que el hipotiroidismo materno se asocia con un aumento en la tasa de cesáreas, aunque no se debió a un aumento en las cesáreas de emergencia ni a un umbral más bajo para realizar cesáreas electivas (9).

Obesidad:

El sobrepeso y la obesidad en mujeres embarazadas están asociados con un aumento significativo en el riesgo de complicaciones tanto maternas como neonatales. Las mujeres con sobrepeso y obesidad tienen un riesgo elevado de desarrollar diabetes gestacional, hipertensión gestacional y preeclampsia. (10) Se sabe que la obesidad se asocia con un aumento en el riesgo de cesáreas, partos inducidos y hemorragia posparto (11).

Autoinmune:

Las mujeres embarazadas con enfermedades autoinmunes tienen un mayor riesgo de resultados adversos en el embarazo. Por ejemplo, el riesgo de aborto espontáneo es notablemente mayor en mujeres con síndrome de Sjögren, lupus eritematoso sistémico (LES), autoinmunidad tiroidea, esclerosis sistémica y enfermedad celíaca. Además, el riesgo de preeclampsia es elevado en mujeres con diabetes tipo 1 (T1DM) y LES (12,13).

Es importante destacar que, aunque las enfermedades autoinmunes pueden complicar el embarazo, los avances en el tratamiento y manejo de estas condiciones han mejorado significativamente los resultados tanto para la madre como para el niño. Sin embargo, los embarazos en mujeres con enfermedades autoinmunes todavía se consideran de alto riesgo debido a la posibilidad de complicaciones importantes (14).

Factores Obstétricos

Periodo Intergenésico

El período intergenésico es el tiempo transcurrido entre el final de un embarazo y el inicio del siguiente. Se mide desde el parto (o aborto) hasta la siguiente concepción. Un período intergenésico adecuado es clave para la salud materno-infantil, ya que intervalos muy cortos (<6 meses) o muy largos (>5 años) pueden aumentar riesgos de complicaciones como parto prematuro, bajo peso al nacer y preeclampsia. La OMS recomienda un intervalo mínimo de al menos 24 meses entre embarazos para reducir estos riesgos (15).

Edad Gestacional

La edad gestacional se refiere al tiempo transcurrido desde el primer día del último período menstrual de la madre hasta el momento del parto. Se expresa generalmente en semanas completas y días, y es un parámetro crucial para evaluar el desarrollo fetal y

planificar el manejo obstétrico.(16) La estimación de la edad gestacional puede realizarse mediante el cálculo basado en la fecha del último período menstrual o mediante la medición por ultrasonido, que es más precisa, especialmente cuando se realiza en el primer trimestre (17).

Complicaciones Maternas:

Rotura Prematura de Membranas (RPM).

Se refiere a la ruptura espontánea de las membranas fetales antes del inicio del trabajo de parto. Cuando esta ruptura ocurre antes de las 37 semanas de gestación, se denomina ruptura prematura de membranas pretérmino (PPROM) (18) .

La PPRM es una complicación obstétrica significativa que afecta aproximadamente al 3% de todos los embarazos y es responsable de un tercio de los partos prematuros. (19,20) La etiología de la PPRM es multifactorial e incluye factores infecciosos y no infecciosos. Las infecciones, especialmente la corioamnionitis, son una causa común de PPRM, particularmente en gestaciones más tempranas. (18,20) Además, la inflamación y el estrés oxidativo juegan un papel crucial en la patogénesis de la PPRM

Según la localización la RPM se clasifica en:

- Rotura alta (persiste bolsa amniótica por delante de la presentación) (21)
- Rotura baja (no hay bolsa amniótica por delante de la presentación)

En ambas ocasiones se actúa de la misma manera, no hay diferencias de cara al tratamiento porque no se ha demostrado menor riesgo de infección en la rotura alta.

Desprendimiento Prematuro de Placenta (DPP):

El desprendimiento prematuro de placenta, conocido como abrupto placentae, es una complicación obstétrica caracterizada por la separación prematura de la placenta de su

sitio de implantación en el útero antes del nacimiento del feto. Esta condición es una de las principales causas de sangrado vaginal en la segunda mitad del embarazo y puede llevar a complicaciones significativas tanto para la madre como para el feto (22–24).

El desprendimiento de placenta ocurre en aproximadamente el 0.6% al 1.2% de todos los embarazos, y se asocia con un aumento en la morbilidad y mortalidad perinatal. Los riesgos maternos incluyen hemorragia obstétrica, necesidad de transfusiones sanguíneas, histerectomía de emergencia, coagulopatía intravascular diseminada y fallo renal. Aunque la muerte materna es rara, el riesgo es significativamente mayor en comparación con la tasa general de mortalidad materna (23,24).

Alteración del Bienestar Fetal (ABF).

El término "distress fetal agudo" se refiere a una situación en la que el feto experimenta una disminución aguda y significativa en la oxigenación, lo que puede llevar a un metabolismo anaeróbico en el miocardio fetal y, por ende, a acidosis láctica. Este estado puede ser causado por eventos intraparto agudos como el desprendimiento de placenta, prolapso del cordón umbilical o ruptura uterina, los cuales deben ser descartados inmediatamente, ya que requieren un parto urgente (25).

Enfermedad Hipertensiva del Embarazo (EHE).

La preeclampsia es un trastorno complejo y multisistémico del embarazo, caracterizado por la aparición de hipertensión de nueva aparición y, a menudo, proteinuria después de las 20 semanas de gestación. Es una causa significativa de morbilidad y mortalidad materna y neonatal a nivel mundial, afectando aproximadamente del 2% al 15% de los embarazos. (26,27) Esta condición está asociada con disfunción endotelial sistémica y puede conducir a complicaciones como

el síndrome HELLP (hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y plaquetas bajas), insuficiencia renal, edema pulmonar y accidente cerebrovascular (27,28).

Oligohidramnios.

El término "oligohidramnios" se refiere a una condición caracterizada por un volumen anormalmente bajo de líquido amniótico durante el embarazo. Este se define generalmente por un índice de líquido amniótico (AFI) de ≤ 5 cm o un bolsillo vertical más profundo de < 2 cm en una ecografía prenatal. ^[1-3] El líquido amniótico es crucial para el desarrollo fetal, y su disminución puede estar asociada con resultados adversos en el embarazo, como restricción del crecimiento fetal (FGR), parto prematuro, bajo peso al nacer, y en algunos casos, mortalidad neonatal. (29,30)

La etiología del oligohidramnios puede ser variada, incluyendo causas maternas, placentarias o fetales. En algunos casos, puede estar relacionado con condiciones como la ruptura prematura de membranas (PPROM) o anomalías fetales que afectan la producción de orina fetal. (31) Además, el oligohidramnios puede ser un indicador de problemas en el bienestar fetal, lo que puede llevar a intervenciones obstétricas como la inducción del parto(29,31).

Distocia.

La distocia durante el parto se refiere a un progreso anormalmente lento o prolongado del trabajo de parto, y es una causa común de cesáreas no planificadas, especialmente en mujeres nulíparas de bajo riesgo(32,33). Las causas de la distocia son multifactoriales e incluyen contracciones uterinas inadecuadas, desproporción cefalopélvica, malposición fetal, obesidad materna, infección intrauterina y estrés materno.(33,34) Además, la contracción paradójica del músculo elevador del ano puede contribuir a la distocia en la segunda etapa del trabajo de parto(35).

El manejo de la distocia se centra en la identificación y tratamiento de las causas subyacentes. En la fase activa del trabajo de parto, la administración de oxitocina para la aumentación de las contracciones es una práctica común.(34) En la segunda etapa del trabajo de parto, se pueden utilizar intervenciones como la rotación manual del feto si está en posición occipital posterior, y el uso de ventosas o fórceps si las contracciones o el empuje son inadecuados.(34) La educación materna, la fisioterapia y el uso de retroalimentación visual por ultrasonido son intervenciones prometedoras para mejorar la relajación del suelo pélvico y, por ende, los resultados del trabajo de parto(35).

Corioamnionitis

Se define como la presencia de microorganismos en el líquido amniótico, que normalmente es estéril, lo que puede provocar manifestaciones clínicas y analíticas tanto en la madre como en el feto. Esta condición es más común cuando se presenta ruptura prematura de membranas (RPM) en un embarazo pretérmino (20).

3.1. Antecedentes investigativos

Título: Factores de riesgo relacionados a partos por cesárea en pacientes atendidos en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro de julio a diciembre del 2021

Autor: Laura Canaza, Ever Magno

Resumen: Objetivo: Determinar los factores de riesgo asociados a los partos por cesárea en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro, entre julio y diciembre de 2021.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y transversal, con un enfoque correlacional. La población incluyó 88 pacientes que fueron sometidas

a cesárea, seleccionándose una muestra de 72 casos. La información fue recopilada mediante la revisión de historias clínicas y registrada en fichas de recolección de datos, que posteriormente se analizaron con el programa SPSS v.25.

Resultados: Entre los factores de riesgo asociados a la cesárea en este hospital durante el periodo estudiado, se identificaron: edad de 20 a 29 años (54.2%), embarazo a término (91.7%), primiparidad (52.8%), inicio de trabajo de parto (55.6%), antecedente de cesárea previa (51.3%), sufrimiento fetal agudo (50%), desproporción cefalopélvica (45.5%) y ruptura prematura de membranas (45.5%). Además, el 88.9% de las intervenciones fueron cesáreas de emergencia, mientras que el 11.1% correspondió a cesáreas electivas.

Conclusión: El principal factor asociado a la realización de cesáreas durante el periodo de estudio fue el antecedente de cesárea previa (36).

Título: Factores asociados a cesáreas de emergencia en el Hospital Dos de Mayo enero – agosto, 2021

Autor: Gomez Ramos, Monica Yseña

Resumen: Introducción: La cirugía de emergencia se define como aquella intervención necesaria para prevenir riesgos vitales, tanto para la madre como para el feto. Si no se lleva a cabo oportunamente, las consecuencias pueden ser fatales.

Objetivo: Identificar los factores asociados a la realización de cesáreas de emergencia en el Hospital Nacional Dos de Mayo, durante el periodo de enero a agosto de 2021.

Métodos: Este estudio empleó un diseño observacional, analítico y transversal, considerando una población de 408 gestantes. Se utilizaron modelos lineales generalizados, y la asociación entre las variables dependientes e independientes fue evaluada mediante la prueba de Poisson con estimador robusto. El análisis se realizó

utilizando el software SPSS v.25. Resultados: Se identificó una asociación significativa entre cesáreas de emergencia y los siguientes factores: controles prenatales menores a seis ($p < 0.001$, RP: 1.74, IC 95%: 1.47-2.05), diagnóstico de COVID-19 ($p < 0.001$, RP: 2.04, IC 95%: 1.65-2.52), preeclampsia ($p < 0.001$, RP: 2.75, IC 95%: 2.24-3.36), sufrimiento fetal agudo ($p < 0.001$, RP: 3.27, IC 95%: 2.69-3.97), retraso del crecimiento intrauterino ($p < 0.001$, RP: 1.57, IC 95%: 1.19-2.07) y edad gestacional pretérmino ($p = 0.005$, RP: 1.49, IC 95%: 1.13-1.96). Conclusiones: Los factores asociados a la cesárea de emergencia incluyen un número insuficiente de controles prenatales, diagnóstico de COVID-19, preeclampsia, sufrimiento fetal agudo, retraso del crecimiento intrauterino y edad gestacional pretérmino (37).

A nivel internacional:

Título: prevalencia de cesárea y factores asociados en primigestas

En el hospital general de zona no. 20 “la margarita”

Autor: Margarita Hernández Guzmán

Resumen

Introducción: Según la OMS, la tasa ideal de cesáreas debe estar entre el 10% y el 15%. Sin embargo, México ocupa el primer lugar en Latinoamérica, con tasas que superan el 50%. Entre los factores asociados a la cesárea en México se encuentran la edad materna (12 a 19 años y > 35 años), el nivel socioeconómico alto y el peso fetal.

Objetivo: Analizar la prevalencia de cesáreas y los factores asociados en primigestas atendidas en el Hospital General de Zona No. 20 "La Margarita".

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo, transversal, homodémico y unicéntrico. Se incluyeron pacientes

primigestas cuya gestación culminó en cesárea durante el periodo de julio a diciembre de 2019. Se emplearon técnicas de estadística descriptiva e inferencial.

Resultados: Se revisaron 295 expedientes de primigestas con edades entre 13 y 46 años. La prevalencia de cesáreas fue de 55.9 por cada 100 primigestas. Los factores asociados fueron: edad de 20 a 24 años (37.9%), sobrepeso (37.6%), nivel educativo de bachillerato (40.7%), empleo remunerado (55.9%) y atención hospitalaria en turno nocturno (34.2%). Se identificaron 28 indicaciones para cesárea: 11 de origen materno, 15 fetales y 2 de otras causas, siendo el oligohidramnios la principal indicación (16.9%). Hubo asociaciones estadísticamente significativas entre las indicaciones maternas y la edad mayor a 35 años ($p=0.005$), así como entre las indicaciones fetales y la edad de 25 a 29 años ($p=0.043$) y la obesidad grado 2 ($p=0.044$). El peso promedio de los recién nacidos fue de $2,951 \pm 573$ gramos.

Conclusiones: La prevalencia de cesáreas en primigestas fue de 55.9 por cada 100 casos. Las indicaciones predominantes fueron de origen fetal, destacando el oligohidramnios (16.9%). Los factores con asociación estadísticamente significativa fueron la edad materna y el índice de masa corporal (38).

CAPITULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL



1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. Técnicas

Observación documental, revisión de historias clínicas

1.1.1. Prueba Estadística: Chi Cuadrado

1.2. Instrumentos

Ficha de recolección de datos (anexos)

1.3. Materiales de verificación

Historias clínicas

Matriz de consistencia de datos

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ámbito

2.1.1. Ubicación Espacial

El estudio se ejecutará en las instalaciones del Hospital III Goyeneche–Arequipa, en el área de hospitalización

2.1.2. Precisión del lugar

- País: Perú.
- Región: Arequipa.
- Provincia Distrito: Cercado.
- Ámbito específico: Av. Goyeneche, Arequipa 04001

2.1.3. Caracterización del lugar:

El Hospital Goyeneche de Arequipa, fundado el 11 de febrero de 1912, es un centro de atención de tercer nivel que ofrece servicios especializados en diversas áreas médicas y

quirúrgicas. Es clave en la formación de profesionales de salud y atiende a pacientes de la región sur del Perú.

2.2. Unidades de estudio

Población: Total historias clínicas de pacientes gestantes con diagnóstico de “cesárea de emergencia” en el periodo de estudio.

Muestra: Tamaño de Muestra.

Criterios de Inclusión.

Historias clínicas de gestantes con diagnóstico parto por cesárea en el periodo de estudio en el Hospital III Goyeneche.

Criterios de Exclusión.

Historias clínicas de gestantes diagnóstico parto por cesárea cuya cesárea haya sido programada.

2.3. Temporalidad

El estudio se ejecutará en el periodo de enero a octubre del 2024.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

3.1. Organización.

- Se presentará la solicitud al director general del Hospital III Goyeneche para obtener la aprobación y así proceder a la ejecución del estudio.
- Previo visto bueno de la autoridad del nosocomio, se procederá a la recolección de datos en el área de hospitalización del servicio de Ginecología y Obstetricia, de martes a viernes entre las 8: 30 am a 11:30 am.

- Se procederá a la revisión estadística de historias clínicas de pacientes hospitalizadas gestantes con diagnóstico de infección de tracto urinario.
- Se procederá a la revisión de historias clínicas.
- Se revisará los resultados de laboratorio.
- Finalizada la recolección de datos, se organizaron en una base de datos, para su posterior interpretación y análisis.

3.2. Recursos

Humanos:

Bachiller: Romero Muñoz María Fernanda

Correo electrónico: rmmariafernanda23@gmail.com

Número de celular: 992943743

Asesor: Dr. Aguilar Flores Julio Damian

CMP. - RNE. 020969 - 008780

Físicos:

Infraestructura del Hospital III Goyeneche.

Económicos

Autofinanciado.



CAPITULO III RESULTADOS

TABLA 1. DETERMINANTE CLÍNICO EDAD Y VARIABLE CESAREA DE EMERGENCIA.

Complicaciones		Edad					Total
		< 20	21-25	26-30	31-35	> 35	
RPM	Recuento(%)	1 (0.3)	2 (0.6)	1 (0.3)	2 (0.6)	2 (0.6)	8 (2.6)
DPP	Recuento(%)	1 (0.3)	1 (0.3)	2 (0.6)	1 (0.6)	2 (0.6)	7 (2.3)
Corioamnionitis	Recuento(%)	0 (0.0)	3 (1.0)	0 (0.0)	2 (0.6)	1 (0.3)	6 (1.9)
ABF	Recuento(%)	6 (1.9)	19 (6.1)	18 (5.8)	18 (5.8)	11 (3.5)	72 (23.2)
E H E	Recuento(%)	1 (0.3)	7 (2.3)	9 (2.9)	10 (3.2)	7 (2.3)	34 (11.0)
Cesareada Ant.	Recuento(%)	2 (0.6)	12 (3.9)	7 (2.3)	11 (3.5)	10 (3.2)	42 (13.5)
Oligohidramnios	Recuento(%)	1 (0.3)	6 (1.9)	6 (1.9)	8 (2.6)	4 (1.3)	25 (8.1)
Distocias	Recuento(%)	8 (2.6)	29 (9.4)	27 (8.7)	16 (5.2)	11 (3.5)	91 (29.4)
Otros	Recuento(%)	3 (1.0)	11 (3.5)	4 (1.3)	4 (1.3)	3 (1.0)	25 (8.1)
Total	Recuento(%)	23(7.4)	90 (29.0)	74 (23.9)	72 (23.2)	51 (16.5)	310 (100.0)

Fuente: El Investigador

$$X^2_{CAL} = 21.803 \quad P = 0.913 \quad GL = 32$$

En la tabla de edad, la causa más frecuente fue Distocias con un 29.4%, seguida de ABF con un 23.2% y Cesareada Anterior con un 13.5%. Los casos fueron más frecuentes en el grupo de 21 a 25 años (29.0%).

No hay asociación estadísticamente significativa entre la edad y las causas ($p=0.913$), lo que indica que la distribución de causas no varía significativamente según la edad.

TABLA 2. DETERMINANTE CLÍNICO OCUPACIÓN Y VARIABLE CESAREA DE EMERGENCIA.

Causas		Ocupación			Total
		Estudiante	Empleada	Ama de casa	
RPM	Recuento (%)	0 (0.0)	2 (0.6)	6 (1.9)	8 (2.6)
DPP	Recuento (%)	1 (0.3)	1 (0.3)	5 (1.6)	7 (2.3)
Corioamnionitis	Recuento (%)	3 (1.0)	1 (0.3)	2 (0.6)	6 (1.9)
ABF	Recuento (%)	7 (2.3)	12 (3.9)	53 (17.1)	72 (23.2)
EHE	Recuento (%)	3 (1.0)	7 (2.3)	24 (7.7)	34 (11.0)
Cesareada Ant.	Recuento (%)	0 (0.0)	5 (1.6)	37 (11.9)	42 (13.5)
Oligohidramnios	Recuento (%)	1 (0.3)	3 (1.0)	21 (6.8)	25 (8.1)
Distocias	Recuento (%)	8 (2.6)	24 (7.7)	59 (19.0)	91 (29.4)
Otros	Recuento (%)	2 (0.6)	5 (1.6)	18 (5.8)	25 (8.1)
Total	Recuento (%)	25 (8.1)	60 (19.4)	225 (72.6)	310 (100.0)

Fuente: El Investigador

X²CAL= 26.966

P= 0.042

GL= 16

En la tabla de ocupación, el grupo de amas de casa tuvo la mayor frecuencia de casos (72.6%). La causa más común en este grupo fue Distocias (19.0%), seguida de ABF (17.1%) y Cesareada Anterior (11.9%). Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la ocupación y las causas (p=0.042), lo que sugiere que la ocupación de la paciente podría influir en la causa de su condición.

TABLA3. DETERMINANTE CLÍNICO GRADO DE INSTRUCCIÓN Y VARIABLE CESAREA DE EMERGENCIA.

Causas	Recuento(%)	Grado de Instrucción				Total
		Ninguno	Primaria	Secundaria	Superior	
RPM	Recuento(%)	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (1.6)	3 (1.0)	8 (2.6)
DPP	Recuento(%)	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (1.6)	2 (0.6)	7 (2.3)
Corioamnionitis	Recuento(%)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.3)	5 (1.6)	6 (1.9)
ABF	Recuento(%)	0 (0.0)	4 (1.3)	44 (14.3)	23 (7.5)	71 (23.1)
EHE	Recuento(%)	0 (0.0)	1 (0.3)	24 (7.8)	9 (2.9)	34 (11.0)
Cesareada Ant.	Recuento(%)	0 (0.0)	1 (0.3)	33 (10.7)	8 (2.6)	42 (13.6)
Oligohidramnios	Recuento(%)	1 (0.3)	2 (0.6)	13 (4.2)	9 (2.9)	25 (8.1)
Distocias	Recuento(%)	0 (0.0)	5 (1.6)	53 (17.2)	32 (10.4)	90 (29.2)
Otros	Recuento(%)	1 (0.3)	0 (0.0)	18 (5.8)	6 (1.9)	25 (8.1)
Total	Recuento(%)	2 (0.6)	13 (4.2)	196 (63.6)	97 (31.5)	308 (100.0)

Fuente: El Investigador.

X²CAL= 27.993

P= 0.26

GL= 24

En la tabla de grado de instrucción, la mayoría de los casos se presentó en mujeres con educación secundaria (63.6%) y superior (31.5%). La causa más frecuente fue Distocias con un 29.2%, seguida de ABF con un 23.1%. No hay asociación estadísticamente significativa entre el grado de instrucción y las causas ($p=0.260$), indicando que el nivel educativo no influye significativamente en las causas estudiadas.

TABLA 4. DETERMINANTE CLÍNICO COMORBILIDADES Y VARIABLE CESAREA DE EMERGENCIA.

Causas		Comorbilidades						Total
		Diabet es	Hipertensi ón	Hipotiroidis mo	Obesid ad	Autoinmu ne	Otros	
RPM	Recuento	0 (0.0)	0	0	0	0	8	8
	%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.6	2.6
DPP	Recuento	0	0	0	0	0	7	7
	%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.3	2.3
Corioamni onitis	Recuento	0	0	0	0	0	6	6
	%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.9	1.9
ABF	Recuento	1	0	1	1	0	69	72
	%	0.3	0.0	0.3	0.3	0.0	22.3	23.2
EHE.	Recuento	0	1	0	0	2	31	34
	%	0.0	0.3	0.0	0.0	0.6	10.0	11.0
Cesareada Ant.	Recuento	0	0	1	0	0	41	42
	%	0.0	0.0	0.3	0.0	0.0	13.2	13.5
Oligohidra mnios	Recuento	0	0	1	0	0	24	25
	%	0.0	0.0	0.3	0.0	0.0	7.7	8.1
Distocias	Recuento	0	0	0	0	2	89	91
	%	0.0	0.0	0.0	0.0	0.6	28.7	29.4
Otros	Recuento	0	1	0	0	0	24	25
	%	0.0	0.3	0.0	0.0	0.0	7.7	8.1
Total	Recuento	1	2	3	1	4	299	310
	%	0.3	0.6	1.0	0.3	1.3	96.5	100.0

Fuente: El Investigador.

$\chi^2_{CAL} = 29.076$

$P = 0.899$

$GL = 40$

En la tabla de comorbilidades, el 96.5% de las pacientes no presentó comorbilidades específicas. Dentro de los casos registrados, la causa más frecuente fue Distocias (29.4%), seguida de ABF (23.2%) y Cesareada Anterior (13.5%). No hay asociación estadísticamente significativa entre las comorbilidades y las causas ($p=0.899$), lo que indica que las enfermedades preexistentes no están relacionadas de manera significativa con las causas analizadas.

TABLA 5. DETERMINANTE OBSTÉTRICO PARIDAD EDAD Y VARIABLE CESAREA DE EMERGENCIA.

Complicaciones	Recuento(%)	Paridad				Total
		Primípara	Secundípara	Múltipara	Nulípara	
RPM	Recuento(%)	1 (0.3)	1 (0.3)	0 (00)	6 (1.9)	8 (2.69)
DPP	Recuento(%)	2 (0.6)	2 (0.6)	0 (0.0)	3(1.0)	7 (2.3)
Corioamnionitis	Recuento(%)	1 (0.3)	1 (0.3)	0 (0.0)	4 (1.3)	6 (1.9)
ABF	Recuento(%)	16 (5.2)	7 (2.3)	1 (0.3)	48 (15.5)	72 (23.2)
EHE.	Recuento(%)	10 (3.2)	1 (0.3)	3 (1.0)	20 (6.5)	34 (11.0)
Cesareada Ant.	Recuento(%)	8 (2.6)	1 (0.3)	1 (0.3)	32 (10.3)	42 (13.5)
Oligohidramnios	Recuento(%)	2 (0.6)	2 (0.6)	2 (0.6)	19 (6.1)	25 (8.1)
Distocias	Recuento(%)	12 (3.9)	8 (2.6)	2 (0.6)	69 (22.3)	91 (29.4)
Otros	Recuento(%)	6 (1.9)	2 (0.6)	0 (0.0)	17 (5.5)	25 (8.1)
Total	Recuento(%)	58 (18.7)	25 (8.1)	9 (2.9)	218 (70.3)	310 (100.0)

Fuente: El Investigador

$$X^2_{CAL} = 24.717 \quad P = 0.421 \quad GL = 24$$

En la tabla de paridad, el 70.3% de los casos fueron en mujeres nulíparas. La causa más frecuente en este grupo fue Distocias (22.3%), seguida de ABF (15.5%) y Cesareada Anterior (10.3%).)

No hay asociación estadísticamente significativa entre la paridad y las causas ($p=0.421$), indicando que el número de partos previos no tiene una influencia significativa sobre las causas estudiadas.

TABLA 6. DETERMINANTE OBSTÉTRICO PERÍODO INTERGENÉSICO Y VARIABLE CESAREA DE EMERGENCIA.

Complicaciones		PIG			Total
		< 1 año	1-3 años	> 3 años	
RPM	Recuento(%)	5 (1.7)	1 (0.3)	2 (0.7)	8 (2.7)
DPP	Recuento(%)	1(0.3)	0 (0.0)	5 (1.7)	6 (2.0)
Corioamnionitis	Recuento(%)	4(1.3)	0 (0.0)	2 (0.7)	6 (2.0)
ABF	Recuento(%)	35 (11.7)	9 (3.0)	28 (9.3)	72 (24.0)
EHE	Recuento(%)	17 (5.7)	1 (0.3)	16 (5.3)	34 (11.3)
Cesareada Ant.	Recuento(%)	0 (0.0)	20 (6.7)	22 (7.3)	42 (14.0)
Oligohidramnios	Recuento(%)	13 (4.3)	3 (1.0)	7 (2.3)	23 (7.7)
Distocias	Recuento(%)	44 (14.7)	13 (4.3)	29 (9.7)	86 (28.7)
Otros	Recuento(%)	15 (5.0)	0 (0.0)	8 (2.7)	23 (7.7)
Total	Recuento(%)	134 (44.7)	47 (15.7)	119 (39.7)	300 (100.0)

Fuente: El Investigador.

$$X^2_{CAL} = 69.177 \quad P = 0.0 \quad GL = 16$$

En la tabla de PIG, la mayoría de los casos ocurrieron en mujeres con menos de 1 año entre embarazos (44.7%). La causa más frecuente en este grupo fue Distocias (14.7%), seguida de ABF (11.7%) y ABF Hipertensivo (5.7%).

Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el Periodo Intergenésico (PIG) y las causas ($p < 0.001$), lo que sugiere que el tiempo transcurrido entre embarazos puede influir en la causa de la condición médica.

DISCUSIÓN

El análisis de la relación entre la edad materna y la indicación de cesárea de emergencia evidencia que el grupo etario más afectado es el de 21 a 25 años (29.0%), seguido por el de 26 a 30 años (23.9%). Si bien no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la edad y la causa de la cesárea ($p=0.913$), es relevante notar que las complicaciones obstétricas como la distocia (29.4%) y la alteración del bienestar fetal (23.2%) son las principales indicaciones en todos los grupos etarios. La presencia de cesáreas de emergencia en mujeres menores de 20 años y mayores de 35 años es menor en comparación con los grupos intermedios, lo que podría explicarse por el acceso diferencial a la atención prenatal y el manejo preventivo de riesgos obstétricos en poblaciones extremas de edad. La ausencia de una relación estadísticamente significativa podría indicar que las cesáreas de emergencia son una consecuencia de factores obstétricos específicos más que de la edad en sí misma. Sin embargo, es fundamental que futuras investigaciones exploren con mayor profundidad cómo la edad materna interactúa con otros factores de riesgo como la paridad, el acceso a controles prenatales y la presencia de comorbilidades (37).

En cuanto a la ocupación, las amas de casa constituyen la mayoría de los casos de cesárea de emergencia (72.6%), con distocia (19.0%), alteración del bienestar fetal (17.1%) y antecedente de cesárea (11.9%) como principales causas. Se halló una asociación estadísticamente significativa entre la ocupación y la indicación de cesárea ($p=0.042$), lo que sugiere que la condición laboral podría influir en la aparición de complicaciones obstétricas. Las mujeres que no realizan actividades remuneradas pueden estar en desventaja en cuanto al acceso a información sobre salud materna y pueden tener una menor adherencia a los controles prenatales, lo que podría predisponerlas a emergencias obstétricas. Además, la carga doméstica y el esfuerzo físico continuo podrían contribuir a un incremento en la incidencia de partos complicados. Estos resultados resaltan la importancia de diseñar programas de

educación y prevención dirigidos específicamente a este grupo, para reducir la necesidad de cesáreas de emergencia mediante una mejor preparación prenatal y mayor acceso a atención obstétrica oportuna.

La mayoría de las pacientes presentaban un grado de instrucción secundaria (63.6%) o superior (31.5%), con distocia (29.2%) y la alteración del bienestar fetal (23.1%) como principales indicaciones para la cesárea de emergencia. Sin embargo, no se halló una relación estadísticamente significativa entre el grado de instrucción y la causa de la cesárea ($p=0.260$). A pesar de ello, se podría inferir que un menor nivel educativo podría estar asociado con barreras en el acceso a información sobre salud reproductiva y estrategias de prevención. Las mujeres con menor grado de instrucción podrían tener mayor dificultad para identificar signos de alarma durante el embarazo y requerir cesáreas de emergencia debido a la falta de seguimiento prenatal adecuado. La ausencia de significancia estadística sugiere que otros factores, como la calidad del acceso a servicios de salud y la atención obstétrica, podrían ser más determinantes en la decisión de una cesárea de emergencia que el nivel educativo en sí mismo (39).

El 96.5% de las pacientes no presentó comorbilidades, lo que indica que la mayoría de las cesáreas de emergencia no fueron condicionadas por patologías previas. La distocia (29.4%) y la alteración del bienestar fetal (23.2%) fueron las principales indicaciones. No se halló una asociación significativa entre comorbilidades y causas de cesárea ($p=0.899$), lo que podría indicar que los factores obstétricos tienen mayor peso en la decisión quirúrgica que las enfermedades preexistentes.

El 70.3% de las pacientes eran nulíparas, con distocia (22.3%) y alteración del bienestar fetal (15.5%) como principales causas. Aunque la paridad no mostró una asociación estadística

significativa ($p=0.421$), es posible que la inexperiencia uterina y la falta de antecedentes de parto vaginal influyan en la indicación de cesárea de emergencia. (32)

El 44.7% de las pacientes presentó un periodo intergenésico menor a un año, lo que sí tuvo significancia estadística ($p<0.001$). La distocia (14.7%) y la alteración del bienestar fetal (11.7%) fueron las principales indicaciones, lo que sugiere que intervalos cortos entre embarazos pueden aumentar la probabilidad de complicaciones obstétricas. (34)

El presente estudio contribuye significativamente a la comprensión de los factores clínicos y obstétricos que influyen en la decisión de realizar una cesárea de emergencia, permitiendo mejorar la atención prenatal y obstétrica en hospitales de referencia como el Hospital Goyeneche. La identificación de la ocupación y el periodo intergenésico como factores con significancia estadística permite generar estrategias específicas de intervención en mujeres en mayor riesgo. Además, el hallazgo de que la mayoría de las pacientes no presentan comorbilidades refuerza la importancia del control prenatal y la evaluación temprana de signos de alarma para prevenir cesáreas innecesarias (23).

También subraya la necesidad de fortalecer programas de educación en salud materna para mujeres con menor nivel educativo y sin empleo formal, quienes podrían enfrentar mayores barreras en el acceso a la atención obstétrica. La información generada podría ser utilizada para diseñar políticas de salud que reduzcan la morbilidad materno-fetal y optimicen la toma de decisiones en casos de emergencia obstétrica.

Finalmente, la relevancia de este trabajo radica en su aplicabilidad clínica y su potencial para mejorar los protocolos hospitalarios en el manejo de cesáreas de emergencia. Al proporcionar datos concretos sobre los factores asociados a esta práctica, se abre la posibilidad de

implementar medidas preventivas que reduzcan la necesidad de intervenciones quirúrgicas innecesarias, mejorando así la seguridad materno-fetal en la región.

Si realizamos un análisis comparativo con otras investigaciones encontramos a nivel nacional, un estudio realizado en el Hospital Daniel Alcides Carrión identificó que las principales causas de cesárea de emergencia fueron antecedentes de cesárea previa ($p=0.000$), sufrimiento fetal agudo ($p=0.000$) y desproporción cefalopélvica ($p=0.024$), resultados que coinciden con nuestros hallazgos donde la distocia y la alteración del bienestar fetal fueron las principales indicaciones (40).

En el en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro, se señaló que el antecedente de cesárea previa (51.3%) y el sufrimiento fetal agudo (50%) fueron los principales factores de riesgo, lo que también concuerda con nuestros resultados, aunque en nuestra población de estudio el antecedente de cesárea no tuvo un impacto estadístico significativo (36).

A nivel internacional, un estudio en el Hospital General de Zona No. 20 "La Margarita" en México identificó una prevalencia de cesáreas en primigestas del 55.9%, con indicaciones dominantes como oligohidramnios (16.9%) y distocia, lo que coincide parcialmente con nuestros resultados, aunque en nuestra población la alteración del bienestar fetal también jugó un rol determinante (38).

En general, nuestros hallazgos refuerzan la importancia de los factores obstétricos en la decisión de una cesárea de emergencia y sugieren que es crucial seguir investigando el impacto del periodo intergenésico y la ocupación en la incidencia de complicaciones obstétricas.

CONCLUSIONES

Primera: La cesárea de emergencia está influenciada por múltiples factores obstétricos y clínicos, entre los que destacan la ocupación de la madre y el periodo intergenésico. Se refuerzan la importancia de una atención obstétrica diferenciada y adaptada a las condiciones de cada paciente, priorizando la prevención y el seguimiento prenatal adecuado.

Segunda: Se identificó que, dentro de los factores clínicos, la ocupación tiene un impacto significativo en la ocurrencia de cesáreas de emergencia, siendo las amas de casa el grupo más afectado. Se evidencia la necesidad de estrategias que garanticen el acceso a controles prenatales adecuados para este grupo, con el fin de reducir las complicaciones obstétricas.

Tercera: Se determinó que, dentro de los factores obstétricos, el periodo intergenésico menor a un año constituye un factor de riesgo relevante para la indicación de cesárea de emergencia. Sugiere que una planificación familiar adecuada y el espaciamiento entre embarazos pueden contribuir a disminuir la necesidad de cesáreas no programadas.

RECOMENDACIONES

Primera: Al jefe del servicio de Gineco-Obstetricia, en conjunto con las unidades de Educación para la Salud. Deben de implementar programas de educación prenatal enfocados en mujeres nulíparas y aquellas con periodos intergenésicos cortos para reducir el riesgo de cesárea de emergencia.

Segunda: Servicios de Atención Primaria de Salud y equipos de Medicina Familiar y Comunitaria. Fortalecer el acceso a controles prenatales en mujeres en situación de vulnerabilidad, como amas de casa o trabajadoras informales, para mejorar la detección temprana de complicaciones obstétricas.

Tercera: Ministerio de Salud, direcciones hospitalarias y sociedades científicas de Gineco-Obstetricia. Desarrollar políticas de atención obstétrica que consideren la ocupación de la paciente como un factor de riesgo potencial en la toma de decisiones clínicas.

Cuarta: Unidades de Investigación en Salud, Universidades y Centros de Investigación Médica. Promover investigaciones futuras sobre la influencia del acceso a los servicios de salud en la toma de decisiones sobre cesáreas, con el fin de optimizar los protocolos hospitalarios

Consultorios de Planificación Familiar, Obstetras y Médicos de Atención Primaria. Diseñar estrategias de asesoramiento preconcepcional que incluyan información sobre los riesgos asociados a periodos intergenésicos cortos y la importancia de la planificación familiar en la reducción de complicaciones obstétricas

REFERENCIAS

1. Attali E, Doleeb Z, Hiersch L, Amikam U, Gamzu R, Yogev Y, et al. The risk of intrapartum cesarean delivery in advanced maternal age. *J Matern Fetal Neonatal Med* [Internet]. 2022 [cited 2024 Dec 25];35(25):8019–26. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34167425/>
2. Šťastná A, Fait T, Kocourková J, Waldaufová E. Does Advanced Maternal Age Comprise an Independent Risk Factor for Caesarean Section? A Population-Wide Study. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022 Jan 1 [cited 2024 Dec 25];20(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36612987/>
3. Rydahl E, Declercq E, Juhl M, Maimburg RD. Cesarean section on a rise-Does advanced maternal age explain the increase? A population register-based study. *PLoS One* [Internet]. 2019 Jan 1 [cited 2024 Dec 25];14(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30677047/>
4. Tsui WL, Deng GH, Hsieh TC, Ding DC. Effects of factors influencing cesarean section rates between 2008 and 2018 in Taiwan: A population-based cross-sectional study. *Medicine* [Internet]. 2024 Dec 6 [cited 2024 Dec 25];103(49):e40811. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39654177/>
5. Remsberg KE, McKeown RE, McFarland KF, Irwin LS. Diabetes in pregnancy and cesarean delivery. *Diabetes Care* [Internet]. 1999 Sep [cited 2024 Dec 25];22(9):1561–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10480526/>
6. Colatrella A, Loguercio V, Mattei L, Trappolini M, Festa C, Stoppo M, et al. Hypertension in diabetic pregnancy: impact and long-term outlook. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* [Internet]. 2010 [cited 2024 Dec 25];24(4):635–51. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20832742/>
7. Antza C, Cifkova R, Kotsis V. Hypertensive complications of pregnancy: A clinical overview. *Metabolism* [Internet]. 2018 Sep 1 [cited 2024 Dec 25];86:102–11. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29169855/>
8. Hizkiyahu R, Badeghiesh A, Baghlah H, Dahan MH. Associations between hypothyroidism and adverse obstetric and neonatal outcomes: a study of a population database including over 184,000 women with hypothyroidism. *J Matern Fetal Neonatal Med* [Internet]. 2023 [cited 2024 Dec 25];36(2). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37935517/>
9. Idris I, Srinivasan R, Simm A, Page RC. Maternal hypothyroidism in early and late gestation: effects on neonatal and obstetric outcome. *Clin Endocrinol (Oxf)* [Internet]. 2005 Nov [cited 2024 Dec 25];63(5):560–5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16268809/>
10. Bautista-Castaño I, Henríquez-Sánchez P, Alemán-Pérez N, García-Salvador JJ, González-Quesada A, García-Hernández JA, et al. Maternal obesity in early pregnancy and risk of adverse outcomes. *PLoS One* [Internet]. 2013 Nov 20 [cited 2024 Dec 25];8(11). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24278281/>
11. Zhang Y, Lu M, Yi Y, Xia L, Zhang R, Li C, et al. Influence of maternal body mass index on pregnancy complications and outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Front*

- Endocrinol (Lausanne) [Internet]. 2024 [cited 2024 Dec 25];15. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38894748/>
12. Singh M, Wambua S, Lee SI, Okoth K, Wang Z, Fazla F, et al. Autoimmune diseases and adverse pregnancy outcomes: an umbrella review. *Lancet* [Internet]. 2023 Nov 1 [cited 2024 Dec 25];402 Suppl 1:S84. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37997130/>
 13. Singh M, Wambua S, Lee SI, Okoth K, Wang Z, Fayaz FFA, et al. Autoimmune diseases and adverse pregnancy outcomes: an umbrella review. *BMC Med* [Internet]. 2024 Dec 1 [cited 2024 Dec 25];22(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38438886/>
 14. Borchers AT, Naguwa SM, Keen CL, Gershwin ME. The implications of autoimmunity and pregnancy. *J Autoimmun* [Internet]. 2010 May [cited 2024 Dec 25];34(3). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20031371/>
 15. DaVanzo J, Hale L, Razzaque A, Rahman M. Effects of interpregnancy interval and outcome of the preceding pregnancy on pregnancy outcomes in Matlab, Bangladesh. *Bjog* [Internet]. 2007 Sep [cited 2025 Mar 8];114(9):1079. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2366022/>
 16. Bradley LA, Palomaki GE, McDowell GA. Technical standards and guidelines: prenatal screening for open neural tube defects. *Genet Med* [Internet]. 2005 May [cited 2025 Mar 8];7(5):355–69. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15915088/>
 17. Polinski KJ, Robinson SL, Putnick DL, Guan W, Gleason JL, Mumford SL, et al. Epigenetic gestational age and the relationship with developmental milestones in early childhood. *Hum Mol Genet* [Internet]. 2023 May 1 [cited 2025 Mar 8];32(9):1565–74. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36617164/>
 18. Nguyen LM, Aronoff DM, Eastman AJ. Matrix metalloproteinases in preterm prelabor rupture of membranes in the setting of chorioamnionitis: A scoping review. *Am J Reprod Immunol* [Internet]. 2023 Jan 1 [cited 2024 Oct 13];89(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36300889/>
 19. ACOG Practice Bulletin No. 188 Summary: Prelabor Rupture of Membranes. *Obstetrics and gynecology* [Internet]. 2018 Jan 1 [cited 2024 Oct 13];131(1):187–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29266069/>
 20. Prelabor Rupture of Membranes: ACOG Practice Bulletin Summary, Number 217. *Obstetrics and gynecology* [Internet]. 2020 Mar 1 [cited 2024 Oct 13];135(3):739–43. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32080044/>
 21. Bouvier D, Forest JC, Blanchon L, Bujold E, Pereira B, Bernard N, et al. Risk Factors and Outcomes of Preterm Premature Rupture of Membranes in a Cohort of 6968 Pregnant Women Prospectively Recruited. *J Clin Med* [Internet]. 2019 Nov 1 [cited 2024 Nov 10];8(11):1987. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6912547/>
 22. Brandt JS, Ananth C V. Placental abruption at near-term and term gestations: pathophysiology, epidemiology, diagnosis, and management. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2023 May 1 [cited 2024 Dec 25];228(5S):S1313–29. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37164498/>

23. Tikkanen M. Placental abruption: epidemiology, risk factors and consequences. *Acta Obstet Gynecol Scand* [Internet]. 2011 Feb [cited 2024 Dec 25];90(2):140–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21241259/>
24. Oyelese Y, Ananth C V. Placental abruption. *Obstetrics and gynecology* [Internet]. 2006 Sep [cited 2024 Dec 25];108(4):1005–16. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17012465/>
25. Chandraharan E, Ghi T, Fieni S, Jia YJ. Optimizing the management of acute, prolonged decelerations and fetal bradycardia based on the understanding of fetal pathophysiology. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2023 Jun 1 [cited 2024 Dec 25];228(6):645–56. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37270260/>
26. Dimitriadis E, Rolnik DL, Zhou W, Estrada-Gutierrez G, Koga K, Francisco RPV, et al. Pre-eclampsia. *Nat Rev Dis Primers* [Internet]. 2023 Dec 1 [cited 2024 Dec 25];9(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36797292/>
27. Ives CW, Sinkey R, Rajapreyar I, Tita ATN, Oparil S. Preeclampsia-Pathophysiology and Clinical Presentations: JACC State-of-the-Art Review. *J Am Coll Cardiol* [Internet]. 2020 Oct 6 [cited 2024 Dec 25];76(14):1690–702. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33004135/>
28. Ives CW, Sinkey R, Rajapreyar I, Tita ATN, Oparil S. Preeclampsia-Pathophysiology and Clinical Presentations: JACC State-of-the-Art Review. *J Am Coll Cardiol* [Internet]. 2020 Oct 6 [cited 2024 Dec 25];76(14):1690–702. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33004135/>
29. Casey BM, McIntire DD, Bloom SL, Lucas MJ, Santos R, Twickler DM, et al. Pregnancy outcomes after antepartum diagnosis of oligohydramnios at or beyond 34 weeks' gestation. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2000 [cited 2025 Mar 8];182(4):909–12. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10764472/>
30. Figueroa L, McClure EM, Swanson J, Nathan R, Garces AL, Moore JL, et al. Oligohydramnios: a prospective study of fetal, neonatal and maternal outcomes in low-middle income countries. *Reprod Health* [Internet]. 2020 Jan 30 [cited 2025 Mar 8];17(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32000798/>
31. Whelan AR, Has P, Savitz DA, Danilack VA, Lewkowitz AK. Neonatal Outcomes Are Similar between Patients with Resolved and Those with Persistent Oligohydramnios. *Am J Perinatol* [Internet]. 2024 [cited 2025 Mar 8];41(10). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38423121/>
32. Kissler K, Hurt KJ. The Pathophysiology of Labor Dystocia: Theme with Variations. *Reprod Sci* [Internet]. 2023 Mar 1 [cited 2025 Mar 8];30(3):729–42. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35817950/>
33. Tilden EL, Caughey AB, Ahlberg M, Lundborg L, Wikström AK, Liu X, et al. Latent phase duration and associated outcomes: a contemporary, population-based observational study. *Am J Obstet Gynecol*. 2023 May 1;228(5):S1025-S1036.e9.
34. KjÆrgaard H, Olsen J, Ottesen B, Dykes AK. Incidence and outcomes of dystocia in the active phase of labor in term nulliparous women with spontaneous labor onset. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2009;88(4):402–7.
35. Youssef A, Brunelli E, Fiorentini M, Pilu G, Spelzini F. Soft-tissue dystocia due to paradoxical contraction of the levator ani as a cause of prolonged second stage: concept, diagnosis, and potential

- treatment. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2024 Mar 1 [cited 2025 Mar 8];230(3S):S856–64. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38462259/>
36. Laura Canaza EM. Factores de riesgo relacionados a partos por cesárea en pacientes atendidos en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro de julio a diciembre del 2021 [Internet]. [cited 2024 Dec 24]. Available from: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/item/e2b3c9e2-5ac4-44ba-bde4-01979256d885>
 37. Gomez Ramos MY. Factores asociados a cesáreas de emergencia en el Hospital Dos de Mayo enero – agosto, 2021 [Internet]. Universidad Ricardo Palma - URP; 2022 [cited 2024 Dec 24]. Available from: <https://hdl.handle.net/20.500.14138/5086>
 38. Margarita H. Prevalencia de cesárea y factores asociados en primigestas en el hospital general de zona NO.20 “La Margarita.” 2020;(36):1–74.
 39. Balvin Chacón JM. Factores asociados a parto por cesárea de emergencia en gestantes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Daniel Alcides Carrión – Pasco 2023. Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión [Internet]. 2023 Dec 14 [cited 2024 Dec 25]; Available from: <http://repositorio.undac.edu.pe/handle/undac/3717>
 40. Balvin Chacón JM. Factores asociados a parto por cesárea de emergencia en gestantes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Daniel Alcides Carrión – Pasco 2023. Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión [Internet]. 2023 Dec 14 [cited 2024 Dec 24]; Available from: <http://repositorio.undac.edu.pe/handle/undac/3717>



ANEXO 2: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TITULO: Determinantes Clínicos Y Obstétricos En La Decisión De Cesárea Segmentaria En Gestantes Del Hospital Goyeneche Arequipa 2024

I. FACTORES CLÍNICOS

1. Edad

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Menos de 20 años | <input type="checkbox"/> 31-35 años |
| <input type="checkbox"/> 21-25 años | <input type="checkbox"/> 36 a más años |
| <input type="checkbox"/> 26-30 años | |

2. Ocupación

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Estudiante | <input type="checkbox"/> Ama de casa |
| <input type="checkbox"/> Empleada | |

3. Grado de Instrucción

- | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ninguno. | <input type="checkbox"/> Secundaria |
| <input type="checkbox"/> Primaria | <input type="checkbox"/> Superior |

4. Comorbilidades asociadas

- | | |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Obesidad |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Autoinmune |
| <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo | |

II. FACTORES OBSTÉTRICOS:

1. Paridad

- | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nulípara | <input type="checkbox"/> Multípara |
| <input type="checkbox"/> Secundípara | |
| <input type="checkbox"/> Primípara | |

2. Periodo Intergenésico

- Menos de 1 año
- 1-3 años
- Más de 3 años

3. Edad Gestacional

- _____

4. Causas

- RPM
- DPP
- Corioamnionitis
- Sufrimiento Fetal Agudo
- Enfermedad Hipertensiva
- Cesareada Anterior
- Oligohidramnios
- Periodo expulsivo prolongado