

# FACTORES RELACIONADOS A PARTOS POR CESÁREA EN EL HOSPITAL II ES-SALUD DE HUÁNUCO.

Huamán Santillán, Nike Abner<sup>1,a</sup>, Palacios Sánchez, Carla<sup>1,a</sup>, Rojas Espinoza, María Angélica<sup>1,a</sup>, Guerrero Kuoc, César<sup>1,2,b</sup>

## ABSTRACT

**Introduction:** The objective of the present study was to determine the frequency of caesarean in the EsSalud Hospital II - Huánuco and identify related factors. **Methods:** Cross-sectional descriptive design study. The dependent variable was "type of childbirth" and the independent variables included clinical and non clinical characteristics. To obtain data records were used. We performed a bivariate analysis of clinical variables, using chi-square and Fisher's exact test was associated with ratio prevalence (RP), the statistical analysis of the non clinical variable was performed using Pearson correlation. **Results:** The rate cesarean obtained was 37.16%, found association between cesarean and previous cesarean variables [ $p = 0.000$ , OR: 2.81 (CI: 2.12 to 3.72)], fetal presentation [ $p = 0.034$ , PR: 2.14 (CI: 1.37 to 3.34)], premature detachment of placenta [ $p = 0.039$ , OR: 2.61 (CI: 1.73 to 3.94)], acute fetal distress [ $p = 0.000$ , OR: 2.68, (CI: 1.99 to 3.60)], premature rupture of membrane [ $p = 0.011$ , OR: 1.76 (CI: 1.20 to 2.58)], placenta previa ( $p = 0.013$ , OR: 2.71 (CI: 1.92 to 3.82)) and disturbance of amniotic fluid ( $p = 0.012$ , OR: 1.90 (CI: 1.26 to 2.88)); are not statistically significant variables fetal macrosomia, pregnancy-induced hypertension, treatment for infertility, multiple pregnancy and condilomatosis. The non clinical variable "doctor" was not significant. **Conclusions:** Rate of cesarean in the EsSalud Hospital II-Huánuco was 37.16%, and factors related to cesarean were previous cesarean, fetal presentation, premature detachment of placenta, acute fetal distress, premature rupture of membranes, placenta previa and disturbance of liquid amniotic fluid.

**Key words:** Cesarean, fetal membranes, premature rupture, placenta previa.

## RESUMEN

**Introducción:** El objetivo del presente estudio fue determinar la frecuencia de las cesáreas en el Hospital II EsSalud - Huánuco e identificar los factores relacionados a su ocurrencia. **Métodos:** Diseño descriptivo transversal. La variable dependiente fue "tipo de parto" y las variables independientes incluyeron características clínicas y no clínicas. Para la obtención de los datos se utilizaron las historias clínicas. Se realizó un análisis biviariado de las variables clínicas, usando la prueba chi-cuadrado y la prueba exacta de Fisher; además, se asoció con razón de prevalencia (RP); el análisis estadístico de la variable no clínica se realizó con la correlación de Pearson. **Resultados:** La tasa de cesárea obtenida fue de 37,16%, encontrándose asociación entre cesárea y las variables cesárea previa [ $p=0,000$ ; RP: 2,81 (IC: 2,12-3,72)], presentación fetal [ $p=0,034$ ; RP: 2,14 (IC: 1,37-3,34)], desprendimiento prematuro de placenta [ $p=0,039$ ; RP: 2,61 (IC: 1,73-3,94)], sufrimiento fetal agudo [ $p=0,000$ ; RP: 2,68; (IC: 1,99-3,60)], ruptura prematura de membrana [ $p=0,011$ ; RP: 1,76 (IC: 1,20-2,58)], placenta previa ( $p=0,013$ ; RP: 2,71 (IC: 1,92-3,82)) y disturbio de líquido amniótico ( $p=0,012$ ; RP: 1,90 (IC: 1,26-2,88)); no siendo estadísticamente significativas las variables macrosomía fetal, hipertensión inducida por el embarazo, tratamiento por infertilidad, embarazo múltiple y condilomatosis. La variable no clínica "médico" no fue significativa. **Conclusiones:** La tasa de cesárea en el Hospital II EsSalud- Huánuco fue de 37,16%; los factores relacionados a cesárea fueron cesárea previa, presentación fetal, desprendimiento prematuro de placenta, sufrimiento fetal agudo, ruptura prematura de membrana, placenta previa y disturbio de líquido amniótico.

**Palabras Claves:** Cesárea, rotura prematura de membrana, placenta previa.

<sup>1</sup>Facultad de Medicina, Universidad Nacional Hermilio Valdizán

<sup>2</sup>Hospital II EsSalud.

<sup>a</sup> Médico Cirujano

<sup>b</sup>Ginecólogo-Obstetra.

### Correspondencia a:

María Angélica Rojas Espinoza  
maryangelica.re@hotmail.com

**Fecha de recepción:** 17 de diciembre del 2017.

**Fecha de aprobación:** 14 de mayo del 2018.

### Citar como:

Huamán Santillán, N., Palacios Sánchez, C., Rojas Espinoza, M., Guerrero Kuoc, C. Factores Relacionados a Partos por Cesárea en el Hospital II ES-SALUD de Huánuco. Rev Peru Investig Salud. 2018;2(1):10-17

## INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha ido incrementando las tasas de cesáreas, siendo esta aún mayor en los países desarrollados; ocasionando altos gastos a la institución, con un coste estimado de US\$ 2 mil millones al año en intervenciones innecesarias<sup>1,2</sup>.

Diferentes estudios postulan que las altas tasas de cesáreas son consecuencias de una cesárea previa, debido al algoritmo que una cesárea previa siempre era una indicación de cesárea, otras de ellas era la creencia de que las cesáreas disminuían las complicaciones materno-fetales, estando aún en controversia; por último, en la actualidad los problemas médicos legales han

sido relacionados con el incremento de las tasas de cesárea, pero aún se encuentra en estudio<sup>3,4,5,6</sup>.

En múltiples estudios los factores que se han estado asociando a las cesáreas son la cesárea previa, postulándose como la indicación obstétrica más frecuente para la cesárea repetida, macrosomía fetal, presentación podálica, sufrimiento fetal agudo, disturbios del líquido amniótico, placenta previa, entre otros; incluyéndose también los factores no médicos, sociales, culturales y económicos<sup>7,8,9</sup>.

El objetivo del presente estudio es determinar la prevalencia de los partos por cesáreas e identificar los factores relacionados a partos por cesárea en el Hospital II EsSalud – Huánuco.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio transversal correlacional, realizado en el Hospital II EsSalud – Huánuco, que incluyó a mujeres que culminaron su gestación en un parto institucional, vaginal o por vía cesárea durante el período 01 de enero del 2009 al 31 de diciembre 2010, con un total de 1706 participantes (634 por cesárea y 1072 por vía vaginal). Los datos de cada paciente fueron obtenidos de forma retrospectiva a través de las historias clínicas archivadas en el Hospital II EsSalud- Huánuco, las pacientes con información incompleta fueron excluidas del estudio. La muestra fue de 239 pacientes y se obtuvo realizando muestreo aleatorio sistemático a partir del listado de las historias clínicas de las gestantes utilizando el programa estadístico EpiDat.

Se estudiaron las características clínicas materno fetales, como cesárea previa, presentación fetal, desprendimiento prematuro de placenta, sufrimiento fetal agudo, ruptura prematura de membrana, placenta previa, disturbio de líquido amniótico, macrosomía fetal, hipertensión inducida por el embarazo, tratamiento por infertilidad, embarazo múltiple y condilomatosis (Tabla 1).

La variable cesárea previa fue considerada como el antecedente de una o más cesáreas. En la presentación fetal se incluyó la presentación cefálica y no cefálica; esta última, a su vez, incluye la presentación podálica, situación transversa, situación oblicua y presentación de cara. Se consideró la variable desprendimiento prematuro de placenta como la separación parcial o total de la placenta normalmente insertada después de las 22 semanas de gestación y antes del alumbramiento. La variable sufrimiento fetal agudo se estableció por la presencia de DIP II o III, taquicardia o bradicardia y presencia de meconio. La ruptura prematura de membrana, se determinó como la rotura espontánea de las membranas corioamnióticas producida antes del inicio del trabajo de parto y en una gestación posterior a las 22 semanas de gestación. La placenta previa fue considerada como la inserción total o parcial de la placenta en el segmento inferior del útero. Se consideró Macrosomía fetal al peso de nacimiento igual o superior a 4500 gramos. En la variable hipertensión inducida por el embarazo, fueron incluidas las pacientes con una presión arterial sistólica  $\geq 140$  y/o diastólica  $\geq 90$ . El tratamiento por infertilidad, se definió considerándose si tuvo o no tuvo tratamiento antes de la

concepción. Embarazo múltiple, considerándose como el embarazo en que coexisten dos o más fetos en la cavidad uterina. También se consideraron enfermedades infecciosas como la condilomatosis, el Herpes genital activo y el VIH. Adicionalmente, se estudió la variable no clínica médico, lo que consideró la edad del médico y los años que trabajó como médico hasta la recolección de datos.

Tabla 1. Características clínicas en la población estudiada.

		Cesárea		Vaginal	
		n	%	n	%
<b>Edad gestacional</b>	Pre-posttérmino	10	29,41	24	70,59
	A término	72	35,12	133	64,88
<b>Edad materna</b>	31 a 44	38	36,53	66	63,47
	15 a 30	44	32,60	91	67,40
<b>Número de cesáreas</b>	1 a 2	16	82,21	3	15,79
	0	66	30	154	70
<b>Presentación fetal</b>	No cefálica	7	70	3	30
	Cefálica	75	32,75	154	67,25
<b>Macrosomía fetal</b>	Si	5	50	5	50
	No	77	33,62	152	66,38
<b>DPP</b>	Si	3	100	0	0
	No	79	33,47	157	66,53
<b>RPM</b>	Si	16	44,83	13	55,17
	No	66	31,43	144	68,57
<b>PP</b>	Si	4	100	0	0
	No	78	33,19	157	66,81
<b>Disturbio de LA</b>	Si	11	61,11	7	38,89
	No	71	32,12	150	67,88
<b>Tratamiento por infertilidad</b>	Si	1	100	0	0
	No	81	34,03	157	65,97
<b>Embarazo múltiple</b>	Si	1	100	0	0
	No	81	34,03	157	65,97
<b>Condilomatosis</b>	Si	1	100	0	0
	No	81	34,03	157	65,97
<b>HIE</b>	Si	3	50	3	50
	No	79	33,90	154	66,10
<b>SFA</b>	Si	24	75	8	25
	No	58	28,02	149	71,98

Se consideraron también como variables intervinientes la edad materna y edad gestacional, la primera fue determinada en

años cumplidos mencionados en la Historia clínica y el segundo como semanas transcurridas entre la fecha de última regla (FUR) y un momento dado del embarazo. Los datos fueron recolectados a través de una ficha de recolección y los 3 recolectores fueron validados a través del Índice de Kappa.

A partir de los datos obtenidos, se realizó un análisis bivariado de las variables clínicas materno-fetales, usando la prueba chi cuadrado y la prueba exacta de Fisher; adicionalmente, se realizó la asociación con la razón de prevalencia (RP). El análisis estadístico de la variable no clínica se realizó con la correlación de Pearson ( $r$ ), usando el programa SPSS. El intervalo de confianza fue de 95%.

## RESULTADOS

Se incluyeron un total de 239 pacientes (82 partos por cesárea y 157 partos por vía vaginal) que concluyeron su gestación en parto institucional. La tasa de cesárea obtenida fue de 37,16%.

Los partos por cesárea se consideran como el primer grupo y los partos por vía vaginal como el segundo grupo. En el primer grupo el número de mujeres de 31 a 44 años fue de 38 (36,53%) y de 15 a 30 años fue de 44 (32,60%) y en el segundo

grupo el número de mujeres de 31 a 44 años fue de 66 (63,47%) y de 15 a 30 años fue de 91 (67,40%) (Tabla 1).

En análisis de los datos se encontró asociación entre cesárea y las variables cesárea previa [ $p=0,000$ ; RP: 2,81 (IC: 2,12-3,72)], presentación fetal [ $p=0,034$ ; RP: 2,14 (IC: 1,37-3,34)], desprendimiento prematuro de placenta [ $p=0,039$ ; RP: 2,61 (IC: 1,73-3,94)], sufrimiento fetal agudo [ $p=0,000$ ; RP: 2,68; (IC: 1,99-3,60)], ruptura prematura de membrana [ $p=0,011$ ; RP: 1,76 (IC: 1,20-2,58)], placenta previa ( $p=0,013$ ; RP: 2,71 (IC: 1,92-3,82)) y disturbio de líquido amniótico ( $p=0,012$ ; RP: 1,90 (IC: 1,26-2,88)); no siendo estadísticamente significativas las variables macrosomía fetal, [ $p=0,317$ ; RP: 1,48 (IC: 0,77-2,55)], hipertensión inducida por el embarazo [ $p=0,415$ ; RP: 1,47 (IC: 0,64-3,48)], tratamiento por infertilidad [ $p=0,343$ ; RP: 2,19 (IC: 0,96-4,99)], embarazo múltiple ( $p=0,343$ ; RP: 2,19 (IC: 0,96-4,99)) y condilomatosis ( $p=0,343$ ; RP: 2,19 (IC: 0,96-4,99)) (Tabla 3).

La variable no clínica consideró 10 médicos cuyos rangos de edades están entre 34 y 54, con una media de 42,3 años; en el análisis con la correlación de Pearson ( $r$ ) ésta variable no fue significativa en relación a las cesáreas (Tabla 2 y 4).

Tabla 2. Características no clínicas en la población estudiada.

	Cesárea		Edad del Médico	Años de Médico
	n	%		
Médico				
A	14	17,1	35	6
B	4	4,9	36	7
C	10	12,2	54	23
D	15	18,3	52	22
E	3	3,7	34	6
F	6	7,3	38	12
G	8	9,7	49	12
H	5	6,1	49	23
I	15	18,3	37	9
J	2	2,4	39	9

Tabla 3. Análisis bivariado de los factores relacionados a partos por cesárea en la población estudiada.

		Cesárea		Vaginal		p	RP	IC95%
		n	%	n	%			
Edad gestacional	Pre-postermino	10	29,41	24	70,59	0,516	0,837	0,481-1,455
	A termino	72	35,12	133	64,88			
Edad materna	31 a 44	38	36,53	66	63,47	0,524	1,121	0,789-1,592
	15 a 30	44	32,60	91	67,40			
Número de cesáreas	1 a 2	16	82,21	3	15,79	0,000*	2,807	2,120-3,715
	0	66	30	154	70			
Presentación fetal	No cefálica	7	70	3	30	0,034*	2,137	1,368-3,339
	Cefálica	75	32,75	154	67,25			
Macrosomía fetal	Si	5	50	5	50	0,317*	1,487	0,779-2,556
	No	77	33,62	152	66,38			
DPP	Si	3	100	0	0	0,039*	2,608	1,728-3,936
	No	79	33,47	157	66,53			
RPM	Si	16	44,83	13	55,17	0,011	1,755	1,195-2,577
	No	66	31,43	144	68,57			
PP	Si	4	100	0	0	0,013*	2,705	1,919-3,814
	No	78	33,19	157	66,81			
Disturbio de LA	Si	11	61,11	7	38,89	0,012	1,902	1,255-2,881
	No	71	32,12	150	67,88			
Tratamiento por infertilidad	Si	1	100	0	0	0,343*	2,199	0,969-4,990
	No	81	34,03	157	65,97			
Embarazo múltiple	Si	1	100	0	0	0,343*	2,199	0,969-4,990
	No	81	34,03	157	65,97			
Condilomatosis	Si	1	100	0	0	0,343*	2,199	0,969-4,990
	No	81	34,03	157	65,97			
HIE	Si	3	50	3	50	0,415*	1,474	0,649-3,348
	No	79	33,90	154	66,10			
SFA	Si	24	75	8	25	0,000	2,676	1,990-3,599
	No	58	28,02	149	71,98			

Tabla 4. Correlación de los factores no clínicos relacionados a partos por cesárea en la población estudiada.

	p	r
Edad del médico	0,498	0,244
Años de médico	0,554	0,213

## DISCUSIÓN

El presente estudio fue realizado en el Hospital Base II Red Asistencial de Huánuco- EsSalud, hospital para-estatal, el cual es centro de referencia de 16 establecimientos de salud en todo el departamento, atendiendo en un promedio de 850 partos anuales en el período de estudio. La prevalencia de las

cesáreas realizadas en este estudio durante el período del 2009-2010 fue de 37,16%, duplicando lo sugerido por la OMS e incluso la tasa sugerida por el EsSalud (20%)<sup>10</sup>. La OMS sugiere que ningún país puede justificar incidencias superiores al 15%, pero estos valores varían en distintas partes del mundo<sup>11</sup>.

La frecuencia de cesárea encontrada fue similar a la descrita en distintos países latinoamericanos. Según el reporte de estadísticas sanitarias mundiales del 2010 de la OMS, en Chile la tasa de cesárea fue de 30,7%, en Ecuador de 25,8%, en Brasil de 41,3%, en Colombia de 26,7%; observándose inclusive incremento de las mismas, tal es el caso descrito en un estudio realizado por Mamôru Sakae T. et al. en Brasil donde la tasa de cesárea se incrementó en un 9% durante el período del 2001 al 2005 en el Hospital Universitario de Florianópolis<sup>1, 7</sup>. Así mismo, en un estudio realizado en Lima-Perú por Quispe M. A. et al durante el 2001-2008 se encontró que las tasas de cesáreas fueron de 36,9% + 9,1%<sup>12</sup>.

Existe el conocimiento empírico de que el nacimiento por cesárea resulta beneficiosa para la madre y el recién nacido. Este argumento podría explicar el aumento de la incidencia de cesárea, aunque actualmente carece de fundamento científico. Por el contrario, múltiples estudios demostraron mayor frecuencia de complicaciones en la culminación del parto por vía abdominal.<sup>6, 13, 14, 15</sup>

El Hospital Base II Red Asistencial de Huánuco-EsSalud, es centro de referencia de 16 sub redes, por lo tanto, los casos de gestantes con mayores complicaciones son referidos a este centro el cual tiene mayor capacidad resolutoria. Esta situación podría explicar el aumento en la tasa de cesáreas.

Diversos estudios realizados en México y otros países, muestran que la cesárea previa es uno de los factores más asociados a parto por cesárea. Cuero O y col. concluyen que el 90,9% de pacientes con cesárea tuvieron el antecedente de cesárea previa, Ceriani J. y col. encontraron el antecedente de cesaria previa en el 37% de pacientes sometidos a una nueva cesárea; Freita P. y col. encontraron que el antecedente de cesárea es un factor en el aumento de las tasas de cesárea; Padilla F. y col. realizaron un estudio de casos y controles para identificar los factores relacionados a partos por cesárea encontrando a la cesárea previa como uno de los principales factores asociados<sup>15, 16, 17, 18</sup>. Estos estudios concuerda con nuestros resultados en el cual se aprecia un 82,21% como

antecedente en las pacientes sometidas a una nueva cesárea ( $p < 0,05$  y RP 2,8), esta asociación de cesárea a cesáreas anteriores, se podría deber a distintos factores entre ellos a la misma cesárea, puesto que el incremento de las cesáreas primarias, aumentan el riesgo de cesáreas posteriores.

La presentación fetal es una de las variables más estudiadas en diversos trabajos que buscan reconocer si es un factor asociado a partos por cesárea, como lo demostró nuestro estudio. En los estudios realizados Mamoru Sakae T. et al. en Brasil, esta variable fue clasificada en presentación cefálica y no cefálica; estando la presentación no cefálica asociada a partos por cesárea al igual que en el estudio realizado por Pereira Matias J. et al., mientras que, en el estudio realizado por Fontoura Freitas P. et al., no fue significativo dicha asociación; en México se observa que en el estudio hecho por Padilla flores L. Gonzales Perez G. et al., se encontró que la presentación podálica estaba asociada a partos por cesárea y en el estudio por Campero L. et al., se menciona la frecuencia de mala presentación en partos por cesárea de 64,10% a diferencia de lo encontrado en partos por vía vaginal de 30,09%<sup>7, 19, 17, 18, 20, 3</sup>. En Honduras la frecuencia encontrada de situación transversa fue de 5,2% para la indicación de cesárea anterior. Por lo expuesto, resta decir que la presentación no cefálica es un factor importante en la decisión o no de un parto vaginal. Adicionalmente, se viene mencionando que esta decisión se podría deber al incremento de problemas médico legales, puesto que un parto vaginal de presentación no cefálica con lleva a mayor morbilidad; la presentación no cefálica es un factor no modificable por lo cual se espera que a posteriori la presentación no cefálica siga relacionada a parto por cesárea.

Otra variable, muy importante y estadísticamente significativa en relación a partos por cesárea en nuestro estudio, fue la Ruptura prematura de membranas (RPM). Nuestro hallazgo coincide con los estudios realizados en Brasil por Leite de Carvalho Silva S. et al. y Pereira Matias J. et al. donde se encuentra una fuerte asociación entre la RPM y el parto por cesárea; sin embargo, otros estudios muestran lo contrario, como el trabajo realizado en México por Pérez Molina J. et al, donde la RPM a las 12 horas y 24 horas no fueron estadísticamente significativas para parto por cesárea. Otras investigaciones muestran aportan a nuestro conocimiento de frecuencias de la RPM contribuyentes a partos por cesárea, como en Honduras por Reynaud M. y Alcántara R., que muestran una frecuencia de RPM de 5,8% en la segunda

cesárea; en Brasil, Torre Silva D. mostró así mismo una frecuencia de 2,5 %; en Argentina, por Lepore G. Sampor C. et al, una frecuencia de de 22% asociado a patologías maternas<sup>8, 19, 21, 3, 14, 22</sup>. La RPM es un factor modificable como indicación para partos por cesárea, por lo que se piensa que ante una mayor educación de la paciente y control adecuado durante el trabajo de parto serían importantes en la disminución de indicaciones de cesáreas.

Lepore G. y Sampor C. et al., determinaron que el sufrimiento fetal agudo (SFA) llega a ser el 28,89% del total de indicaciones de cesárea en México; mientras que, el estudio realizado por Muñoz Aznarán G. en Perú, encontró una frecuencia de 5,7 %. Un estudio realizado en España encontraron que el SFA es más frecuente en la primera cesárea en comparación con la segunda cesárea; contrario al resultado que se obtuvo en un estudio realizado en Honduras por Heynaund y Alcántara donde la frecuencia para la primera cesárea fue 2,6% y 5,8% para la segunda cesárea; el estudio realizado por Spaans W. y Sluijs M. et al. encontró que el SFA fue mayor en la primera cesárea en comparación con la segunda y ésta aún mayor en la cesárea de urgencia que la programada. Padilla Flores L. y González Pérez G. et al. concluyen que el SFA tiene una fuerte asociación con el parto por cesárea<sup>22, 23, 24, 3, 25, 18</sup>. Nuestro estudio también encontró una asociación entre el SFA y el parto por cesárea ( $p < 0,05$  y RP 2,6).

En diversos estudios realizados se observó que la frecuencia de placenta previa (PP) es menor al 6% del total de indicaciones de cesáreas; Heynaund y Alcántara encontraron que la frecuencia fue similar para la primera y segunda cesárea; por el contrario, el estudio realizado por Spaans W. y Sluijs M. et al., encontró que la PP fue mayor en la primera cesárea en comparación con la segunda y ésta aún mayor en la cesárea programada que la de urgencia. Un estudio de casos y controles realizado en Brasil encontró que esta patología y el desprendimiento prematuro de placenta (DPP) tenían una fuerte asociación con el parto por cesárea<sup>3, 25, 8</sup>. Nuestro estudio evaluó por separado la PP y el DPP, encontrándose en ambas una asociación estadísticamente significativa.

El disturbio de líquido amniótico es una variable que no es tan estudiada a diferencia de las variables anteriores con asociación a cesárea; sin embargo, Brasil, que es uno de los países con alta tasa de cesárea, muestra su preocupación a través de trabajos como los realizados. Tal es el caso de Pereira

Matias J. et al., que estudia el líquido amniótico alterado y Leite de Carvalho Silva S. et al., que estudia el oligoamnios; ambos, con fuerte asociación estadísticamente significativa al parto por cesárea al igual que nuestro estudio. Un estudio hecho en México por Padilla flores L. Gonzales Perez G. et al., presenta por separado al disturbio del líquido amniótico como oligoamnios y poliamnios, también con fuerte asociación en relación a parto por cesárea<sup>19, 8, 18, 3</sup>.

Dentro de las indicaciones clínicas de cesárea, el Desprendimiento Prematuro de Placenta fue alrededor del 0.4% en el estudio realizado por Torre Silva D.<sup>14</sup>. En nuestro estudio se encontró asociación estadísticamente significativa.

## CONCLUSIONES

La tasa de cesárea en el Hospital II EsSalud - Huánuco fue de 37,16%, superando a lo establecido por la OMS.

Los factores relacionados a partos por cesárea fueron cesárea previa, presentación fetal, desprendimiento prematuro de placenta, sufrimiento fetal agudo, ruptura prematura de membrana, placenta previa y disturbio de líquido amniótico.

Se evaluó también a la variable no clínica, médico en cuanto a la edad y los años como médico general, la cual no mostró ser estadísticamente significativa en nuestro estudio.

## LIMITACIONES

Una limitación importante deriva del diseño del presente estudio, ya que no permite conocer la dirección de asociación toda vez de que se trata un estudio transversal. Otras limitaciones están relacionadas a los factores socioculturales no incluidos dentro del estudio por el difícil acceso a esta información, puesto que los datos obtenidos fueron recolectados de historias clínicas, donde no se mencionan.

## SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES

A partir de este estudio se pueden realizar otros estudios como Casos y Controles o Cohorte, para determinar si los factores relacionados a partos por cesáreas son realmente factores de riesgo y a partir de estos intervenir para disminuir las altas tasas de cesárea.

## CONFLICTO DE INTERESES

El estudio fue financiado por los mismos autores, quienes declaran no tener conflicto de intereses.

## AGRADECIMIENTO

Al dr. Miguel Ángel Paco Fernández, asesor metodológico de esta investigación, por su instrucción, apoyo y observación minuciosa de cada paso dado en la elaboración de este estudio. Al epidemiólogo y doctor en medicina Bernardo Cristóbal Dámaso Mata, docente universitario que brindó soporte técnico en el proceso de este trabajo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales – 2010.
2. Organización Mundial de la Salud. Más Salud por el Dinero - Informe sobre la salud en el mundo, financiación para la cobertura universal - 2010.
3. Janser Reynaud M., Ochoa Alcántara R. Manejo de la paciente con una cesárea anterior. *Rev Med Post UNAH* 1999; 4(2): 153-156.
4. Camacho Claros C., Brañez García C., et al. Cesárea Iterativa – Experiencias en el Hospital Materno Infantil German Urquidi de Cochabamba 2006-2008. *Gaceta Médica Boliviana* 2010; 33(2): 16-21.
5. Muños Enciso J., Rosales Aujang E., et al. Operación Cesárea: ¿Indicación justificadamente o preocupación justificada?. *Ginecol Obstet Mex* 2011; 79(2): 67-74.
6. Anaya Prado R., Madrigal Flores S., et al. Morbilidad materna asociada a operación cesárea. *Cir Ciruj* 2008; 76(6): 467-472.
7. Mamôru Sakae T., Fontoura Freitas P., et al. Fatores associados a taxas de cesárea em hospital universitário. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(3): 472-80.
8. Leire de Cavalho Silva S., Barbosa de Moraes Filho O. Análise dos factores de risco anteparto para ocorrência de cesárea. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2005; 27(4): 189-96.
9. Faisal Cury A., Rossi Menezes P. Fatores associados a preferência por cesareana. *Rev Saude Pública* 2005; 40(2): 226-32.
10. Hospital II EsSalud Huánuco.
11. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones sobre el Nacimiento - Declaración de Fortaleza 1985.
12. Quispe A., Santivañez Pimentel A., et al. Cesárea en siete hospitales públicos de Lima: Análisis de tendencia en el período 2001-2008. *Rev Perú Med Exp Salud Pública* 2010; 27(1): 45-50.
13. Dodd JM., Crowther CA., et al. Cesárea repetida elective planificada versus parto vaginal planificado en mujeres con un parto por cesárea previa. *Cochrane Plus* 2008; 2: 1-8.
14. Torre Silva R. Cesáreas: Frecuencia, factores determinantes e consecuencias maternas e perinatales, Maringá, Paraná. *Ciencia, Cuidado e Saúde* 2006; 5: 157-165.
15. Ceriani Cernadas J., Gonzalo Mariani, et al. Nacimiento por cesárea al término en embarazos de bajo riesgo: efectos sobre la morbilidad neonatal. *Arch Argent Pediatr* 2010; 108(1): 17-23.
16. Cuero Vidal O., Clavijo Prado C. Parto vaginal después de una cesárea previa, Hospital San Juan de Dios, Cali (Colombia). Estudio de cohorte. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. Mayo del 2011; 62: 148-154.
17. Fontoura Freita P., Mamoru Sakae T., et al. Factores médicos e nao-médicos asociados ás taxas de cesariana em um hospital universitário no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(5): 1051-1061.
18. Padilla Flores L., Gonzales Pérez G., et al. Factores de riesgo en la operación cesárea. *Ginecol Obstet Mex* 2008; 76(7): 392-7.
19. Pereira Matias J., Parpinelli M, et al. A prova de trabalho e a via de parto em primíparas com uma cesárea anterior. *Rev Assoc Med Bras* 2007; 53(2): 109-15.



20. Campero L., Hernández B., et al. Tendencias de cesáreas en relación con factores no clínicos en un centro de educación para el parto en la Ciudad de México 2007; 49(2): 118-125.
21. Pérez Molina J., Panduro Barón G., et al. Factores maternos asociados con nacimiento pretérmino espontáneo versus pretérmino nacido por cesárea. Ginecol Obstet Mex 2011; 79(10): 607-612.
22. Lepore G., Sampor C., et al. Incidencia y principales indicaciones de cesárea. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina 2005; (150): 9-12.
23. Muñoz Aznarán G., Lévano A., et al. Rotura prematura de membranas en gestantes a término: factores asociados al parto abdominal. Rev Per Ginecol Obstet 2010; 56: 226-231.
24. Bretelle F., Cravellos L., et al. Parto vaginal después de dos cesáreas previas. European of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology 2001; 94: 23-26.
25. Spaans W., Sluijs M., et al. Factores de riesgo en la cesárea y fallo de un intento de parto posterior. European of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology 2002; 2: 178-181.