

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



TESIS

**CESÁREA Y SU RELACIÓN CON LOS FACTORES DE
RIESGO MATERNO-FETALES. HOSPITAL II-E SIMÓN
BOLÍVAR – CAJAMARCA, 2025**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

AUTORA:

BACH. ENF. CORAIMA ARACELY ROMERO RUIZ

ASESORA:

DRA. MARTHA VICENTA ABANTO VILLAR

CAJAMARCA - PERÚ

2026



CONSTANCIA DE INFORME DE ORIGINALIDAD

1. Investigador: **Coraima Aracely Romero Ruiz**

DNI: **74923546**

Escuela Profesional/Unidad UNC: **Escuela Académico Profesional de Enfermería**

2. Asesor: **Dra. Martha Vicenta Abanto Villar**

Facultad/Unidad UNC: **Facultad de Ciencias de la Salud**

3. Grado académico o título profesional

☐ Bachiller

☒ Título profesional

☐ Segunda especialidad

☐ Maestro

☐ Doctor

4. Tipo de Investigación:

☒ Tesis

☐ Trabajo de investigación

☐ Trabajo de suficiencia profesional

☐ Trabajo académico

5. Título de Trabajo de Investigación:

**CESÁREA Y SU RELACIÓN CON LOS FACTORES DE RIESGO MATERNO
FETALES. HOSPITAL II-E SIMÓN BOLÍVAR – CAJAMARCA, 2025**

6. Fecha de evaluación: **01/03/2026**

7. Software antiplagio: **X TURNITIN**

☐ URKUND (OURIGINAL) (*)

8. Porcentaje de Informe de Similitud: **13%**

9. Código Documento: **oid: 3117:562229810**

10. Resultado de la Evaluación de Similitud:

X APROBADO ☐ PARA LEVANTAMIENTO DE OBSERVACIONES O DESAPROBADO

Fecha Emisión: 01/03/2026

<i>Firma y/o Sello Emisor Constancia</i>  Dra. Martha Vicenta Abanto Villar DNI: 26673990
--

Copyright © 2025
CORAIMA ARACELY ROMERO RUIZ
Todos los Derechos Reservados

FICHA CATALOGRÁFICA

Romero, C. 2025. **Cesárea y su relación con los factores de riesgo materno-fetales. Hospital II-E Simón Bolívar – Cajamarca, 2025.** 93 páginas.

Asesora: Dra. Martha Vicenta Abanto Villar

Docente Principal de la Escuela Profesional de Enfermería – UNC - Cajamarca

Disertación académica para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería - UNC 2025.

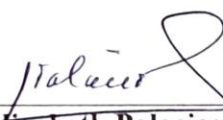
**CESÁREA Y SU RELACIÓN CON LOS FACTORES DE RIESGO MATERNO-FETALES.
HOSPITAL II-E SIMON BOLÍVAR-CAJAMARCA, 2025**

AUTORA : Bach. Enf. Coraima Aracely Romero Ruiz

ASESORA : Dra. Martha Vicenta Abanto Villar

Tesis evaluada y aprobada para la obtención del Título profesional de Licenciada en Enfermería de la Universidad Nacional de Cajamarca, por los siguientes miembros del jurado evaluador:

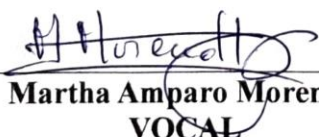
JURADO EVALUADOR



Dra. Sara Elizabeth Palacios Sánchez
PRESIDENTE



M. Cs. Aida Cistina Cerna Aldave
SECRETARIA



M. Cs. Martha Amparo Moreno Huamán
VOCAL



Universidad Nacional de Cajamarca

"Norte de la Universidad Peruana"

Fundada por Ley 14015 del 13 de Febrero de 1962

Facultad de Ciencias de la Salud

Av. Atahualpa 1050

Teléfono/ Fax 36-5845



MODALIDAD "A"

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO (A) EN ENFERMERÍA

En Cajamarca, siendo las 4:15pm del 25 de febrero del 2026, los integrantes del Jurado Evaluador para la revisión y sustentación de la tesis, designados en Consejo de Facultad a propuesta del Departamento Académico, reunidos en el ambiente II-301 de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Cajamarca, dan inicio a la sustentación de tesis denominada:

Presarea y su relación con los factores de riesgo
Materno-Fetales, Hospital II-E Simón Bolívar - Cajamarca,
2025

del (a) Bachiller en Enfermería:

Coraima Aracely Romero Ruiz

Siendo las 5:30pm del mismo día, se da por finalizado el proceso de evaluación, el Jurado Evaluador da su veredicto en los siguientes términos: Muy Bueno, con el calificativo de: 18, con lo cual el (la) Bachiller en Enfermería se encuentra APTA para la obtención del Título Profesional de: **LICENCIADO (A) EN ENFERMERÍA.**

Miembros Jurado Evaluador Nombres y Apellidos		Firma
Presidente:	<u>Dra. Sara Salasón Sanchez</u>	<u>[Firma]</u>
Secretario(a):	<u>M.Cs. Aida Cistina Coma Aldave</u>	<u>[Firma]</u>
Vocal:	<u>M.Cs. Martha Amparo Moreno Huamán</u>	<u>[Firma]</u>
Accesitaria:		
Asesor (a):	<u>Dra. Martha Vicenta Abanto Villar</u>	<u>[Firma]</u>
Asesor (a):		

Términos de Calificación:

EXCELENTE (19-20)

MUY BUENO (17-18)

BUENO (14-16)

REGULAR (12-13)

REGULAR BAJO (11)

DESAPROBADO (10 a menos)

DEDICATORIAS

A nuestro Padre celestial, por darme la sabiduría necesaria a lo largo de mi formación profesional, ser mi guía y fortaleza en cada reto que me aventuraba.

A mi madre, Inocenta Ruiz, que desde su lugar como mi estrella me acompaña y me guía, también por enseñarme que cada esfuerzo tiene su recompensa y por darme 18 años maravillosos llenos de amor, sabiduría y muchas enseñanzas.

A mi padre, Carlos Romero, quien me acompaña desde la eternidad y sé que me seguirá guiando en cada paso que doy.

A mis tías, Juana Ruiz y Amparo Cueva, quienes me brindaron su apoyo incondicional y ser mi segunda imagen materna.

A mi primo, Brayan Tantaleán, que con su ejemplo me enseñó que la fuerza no reside en no caer, sino en levantarse con más fuerza y firmeza, y a valorar la importancia de transformar cada dificultad en una fortaleza o una oportunidad para crecer.

A mi querida amiga, Katherine Luna Alfaro, que no solo fue una compañera de carrera sino también por formar parte de mi corazón y estar presente para escucharme y aconsejarme, te quiero mucho.

Coraima Romero

AGRADECIMIENTOS

A nuestro señor Dios, por guiarme e inspirarme durante toda mi vida y por cuidar a las personas que he querido.

A la Universidad Nacional de Cajamarca, Escuela Académico Profesional de Enfermería, por brindarme los instrumentos necesarios para alcanzar este sueño de ser un profesional en Enfermería, lugar donde conocí grandes maestras e increíbles amistades.

A mis queridos docentes que a lo largo de mi formación académica, compartieron con generosidad sus conocimientos y experiencias, dejando en mí una huella imborrable y motivación constante para seguir aprendiendo.

A la Dra. Martha Vicenta, por su asesoría, su valiosa guía, paciencia y compromiso en cada etapa de mi proceso de investigación.

Al personal del Hospital II-E Simón Bolívar, por su apoyo brindado dándome las facilidades para el acceso a la información necesaria para la ejecución del presente estudio.

A mi querida familia, por todo su apoyo incondicional.

Coraima Romero

ÍNDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTOS	iv
ÍNDICE DE CONTENIDO	v
LISTA DE TABLAS	vii
LISTA DE ANEXOS	viii
GLOSARIO	ix
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
INTRODUCCIÓN	xii
CAPÍTULO I	1
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
1.1. Definición y delimitación del problema de investigación	1
1.2. Formulación del problema de investigación	3
1.3. Justificación	3
1.4. Objetivos	5
1.5. Viabilidad de la investigación	5
1.6. Limitaciones del estudio	6
CAPÍTULO II	7
MARCO TEÓRICO	7
2.1. Antecedentes del estudio	7
2.2. Bases teóricas	11
2.3. Bases conceptuales	13
2.4. Hipótesis	16
2.5. Variables de estudio	16
2.6. Operacionalización de variable	21
CAPÍTULO III	25
DISEÑO METODOLÓGICO	25
3.1. Diseño y tipo de estudio	25
3.2. Área de estudio	25
3.3. Criterios de inclusión y exclusión	26
3.4. Unidad de análisis	26
3.5. Marco muestral	26

3.6. Muestra	27
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	27
3.8. Procesamiento y análisis de datos	28
3.9. Consideraciones éticas y rigor científico	29
CAPÍTULO IV	30
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	30
CONCLUSIONES	58
RECOMENDACIONES	59
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
ANEXOS	73

LISTA DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1.	Características de las gestantes atendidas en el Hospital II-E Simón Bolívar-Cajamarca, 2025	31
Tabla 2.	Frecuencia de cesáreas en el Hospital II-E Simón Bolívar - Cajamarca, 2025	35
Tabla 3.1	Relación entre la cesárea y los factores de riesgo materno en el Hospital II-E Simón Bolívar Cajamarca, 2025.	36
Tabla 3.2	Relación entre la cesárea y los factores de riesgo materno en el Hospital II-E Simón Bolívar Cajamarca, 2025.	44
Tabla 4.	Relación entre la cesárea y los factores de riesgo fetales en el Hospital II-E Simón Bolívar Cajamarca, 2025.	49

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 01 Instrumentos de recolección de datos Ficha de registro de datos	69
Anexos 02 Aprobación de proyecto de investigación por el comité de investigación de la Oficina de Epidemiología.	71
Anexo 03 Autorización de la Oficina de Epidemiología para ejecución de investigación	72

GLOSARIO

Cesárea:	Técnica quirúrgica que se realiza para extraer al bebé y a la placenta con el fin de evitar la morbi-mortalidad materna fetal. Este se realiza mediante una incisión en la piel y en el útero en la región bajan del abdomen de la madre, esta incisión puede ser vertical (longitudinal) o transversa (horizontal, y la incisión en el útero puede ser vertical o transversa (1).
Factores de riesgo:	Se define como todo elemento cuya apariencia o modificación aumenta la probabilidad de producir un daño, lesión en quien está expuesto (2).
Factores de riesgo materno:	Se refiere a diferentes características o circunstancias tanto socioeconómicas, antecedentes de embarazo, que están relacionadas con un mayor riesgo en el resultado adverso para el bebé (3).
Factores de riesgo fetales:	Condiciones, circunstancias o complicaciones que se presenta durante el periodo de gestación y que afecta la salud y el desarrollo del feto (4).

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre la cesárea y los factores de riesgo materno-fetales en el Hospital II-E Simón Bolívar – Cajamarca, 2025. Estudio cuantitativo, de nivel correlacional, no experimental, con una muestra conformada por 100 historias clínicas de pacientes que se les realizó una cesárea en el Hospital Simón Bolívar en los meses de enero, febrero, marzo y abril del año 2025. Se utilizó el análisis documental de historias clínicas para extraer información relevante para fundamentar dicha investigación y como instrumento una ficha de registro de datos adaptado del estudio desarrollado por Reategui. E (2020). Resultados: La edad fue entre 16-25 años (38%), eran convivientes (80%), tienen secundaria completa (44%), de procedencia rural (52%); cesárea por emergencia (87%) y cesárea electiva o programada (13%). El análisis estadístico evidenció que los factores de riesgo maternos no mostraron relación significativa con el tipo de cesárea, según la prueba de Chi cuadrado (IC = 95%; $p\text{-valor} > 0,05$), resultado similar al observado para los factores de riesgo fetales. Concluyendo, se acepta la hipótesis nula, determinándose que no existe una relación estadísticamente significativa entre el tipo de cesárea y los factores de riesgo materno-fetales en el Hospital II-E Simón Bolívar de Cajamarca, durante el año 2025.

Palabras clave: Cesárea, factores de riesgo maternos, factores de riesgo fetales.

ABSTRACT

This research aimed to determine the relationship between cesarean section and maternal-fetal risk factors at Hospital II-E Simón Bolívar – Cajamarca, 2025. This quantitative, correlational, non-experimental study used a sample of 100 medical records of patients who underwent cesarean section at Hospital Simón Bolívar during January, February, March, and April of 2025. Documentary analysis of medical records was used to extract relevant information to support the research, and a data collection form adapted from the study by Reategui, E. (2020) was used as the instrument. Results: The age range was 16-25 years (38%), patients were cohabiting (80%), had completed secondary education (44%), and came from rural areas (52%). Cesarean sections were performed as emergencies (87%) and elective or scheduled (13%). Statistical analysis showed that maternal risk factors did not have a significant relationship with the type of cesarean section, according to the Chi-square test (95% CI; $p\text{-value} > 0.05$), a result similar to that observed for fetal risk factors. Therefore, the null hypothesis is accepted, determining that there is no statistically significant relationship between the type of cesarean section and maternal-fetal risk factors at Hospital II-E Simón Bolívar in Cajamarca during 2025.

Keywords: Cesarean section, maternal risk factors, fetal risk factors.

INTRODUCCIÓN

La cesárea es una intervención quirúrgica donde se extrae al feto a través de una incisión abdominal (laparotomía) y una incisión uterina (histerotomía) (5). Este tipo de intervención quirúrgica obstétrica es muy frecuente en la mayoría de los países, este procedimiento puede ser electivo, es decir, planificado antes del inicio del trabajo de parto, o de emergencia puesto que está afectando la vida del Binomio madre-feto. La primera cesárea aparece en 1500 en Siegershausen, Suiza, la realizó Jakob Nufer a su esposa y no contaba conocimientos médicos, simplemente era un carnicero de cerdos; le realizó la intervención debido a que su mujer llevaba varios días de parto sin éxito y al borde de la muerte. Nufer decidió intentar extraer la criatura en casa con los permisos necesarios de las autoridades, el procedimiento la perpetuo sin anestesia (6) .

En el Perú según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) señalan que el 37,8 % de los nacimientos se realizaron por cesárea antes de los 5 años previos, esta proporción incremento en 1,2 puntos porcentual para el año 2022 (7).

Dicho proceso quirúrgico se realizó debido a diferentes factores que influyen en su indicación, como la edad avanzada, enfermedades crónicas presentadas por madres, cesáreas previas, placenta previa o diversas complicaciones obstétricas. Del mismo modo, el feto puede presentar condiciones que justifican la cesárea, como sufrimiento fetal, presentaciones anómalas, macrosomía, malformaciones, entre otras. Si bien la cesárea es una de las mejores intervenciones que ayudan en reducir la morbilidad materno-fetal ante la presencia de diferentes factores de riesgo, también conlleva riesgos quirúrgicos y el proceso de recuperación más prolongado; por tal motivo, su realización debe ser respaldada por una indicación médica fundamentada y clínicamente justificada.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Definición y delimitación del problema de investigación

La cesárea es un tipo de intervención quirúrgica que se realiza mediante una incisión en la piel en forma curva o recta, tipo Pfannenstiel a 2 cm por encima del pubis, con una longitud de 15-17 cm y en el útero con el fin de extraer uno o más recién nacidos (8).

Este tipo de intervención se llevó a cabo en el Antiguo Egipto, sin embargo, en la primera documentación aparece alrededor de 700 a.c con Lex Caesarea romana donde se estipulaba que ninguna mujer embarazada podía ser enterrada hasta que el feto hubiese sido extraído del cuerpo, pero la primera evidencia directa apareció en los restos momificados de una mujer húngara del siglo XVIII (9).

En la actualidad según la Organización Mundial de la Salud (OMS), 2021, en su último estudio, las cesáreas seguirán aumentando en todo el mundo representado a más de 1 de cada 5 partos (21%) y esto puede seguir aumentando a casi un tercio (29%) de todos los partos que se puedan realizar en el 2030, así mismo indica que hoy en día no todas las cesáreas son necesarias por razones médicas y como es un procedimiento quirúrgico ya innecesario puede ser perjudiciales para la madre y para el bebé, es más, al ser una cirugía esta puede tener riesgos, como sangrado abundante o infección, el tiempo de recuperación es más lento, ineficaz para el establecimiento de lactancia materna, no hay contacto piel a piel con el recién nacido y con la posibilidad de generar complicaciones en futuros embarazos (10).

Por otro lado, en los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) según su ultimo registro de partos por cesárea, en el 2020, se evidencia que México lidera las estadísticas representando un 55% seguido de Turquía donde aproximadamente unos 531 de cada 1000 bebés nacidos vivos llegaron al mundo mediante parto por cesárea, representando el 53% y Corea se posiciona en tercer lugar con el 47% (11).

En el Perú según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) presentó los principales resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), 2023, dio cuenta que, el 37,8% de los nacimientos registrados a nivel nacional, se dieron por cesárea proporción que significó un incremento de 1,2 puntos porcentuales, respecto al año 2022 (36,6%). Siendo los mayores porcentajes de nacimientos por cesárea en Lima Metropolitana (49,0%) y los departamentos de Tumbes (47,9%) y Moquegua (47,0%), y en menor proporción, este procedimiento quirúrgico se dio en Huánuco (19,0%), Loreto (19,9%), Amazonas (20,5%) y Huancavelica (20,7%) (7).

Mientras que en Cajamarca según los datos estadística- epidemiológica del Hospital Regional Docente de Cajamarca se determinó que la tasa de cesárea de los últimos 3 años es, en el año 2021 (42,9%), en el 2022 (44%) y en el año 2023 (42,6%) (12).

Es así que, las cesáreas son generadas en su mayoría debido al gran nivel de mortalidad materna y fetal, ya que, según la OMS en el 2020 unas 287000 mujeres murieron durante o tras el embarazo debido a los diferentes factores de riesgo que se presenta durante el embarazo y en su mayoría son por infecciones, preeclampsia y eclampsia, anteriores abortos o por la edad de la madre, esto conlleva a grandes probabilidades de complicaciones durante el parto vaginal (13), asimismo, la UNICEF (2023) indica que la salud de la madre también causa la mortalidad fetal, dado que, se evalúa que un 10% de las muertes fetales son producto de los factores de riesgo materno-fetales como la obesidad de la madre, presencia de diabetes durante el embarazo y la hipertensión, la edad de la madre, el tamaño y peso del neonato (14) (15).

Es por ello que los diversos estudios mencionados señalan que la práctica de la cesárea está estrechamente relacionada con factores de riesgo maternos y fetales, de los cuales contribuyen de manera directa en la toma de decisiones clínicas al momento de realizar dicho procedimiento. La presencia de uno o más de estos factores incrementa el riesgo para la salud del binomio madre-neonato, justificando en muchos casos la intervención quirúrgica. Sin embargo, algunos estudios indican que una proporción de cesáreas se realiza sin una indicación médica estricta el cual

se evidencia en hospitales de mediana y alta complejidad, donde la sobreutilización del procedimiento puede generar mas complicaciones innecesarias y un aumento en la morbilidad materna y neonatal.

Ante esta realidad problemática se plantea la presente interrogante.

1.2. Formulación del problema de investigación

¿Cuál es la relación entre la cesárea y los factores de riesgo materno-fetales en el Hospital II-E Simón Bolívar – Cajamarca, 2025?

1.3. Justificación

El incremento en la realización de partos por cesárea a nivel mundial ha generado preocupación debido a que, en muchos casos, esta práctica se realiza sin ninguna justificación o factor de riesgo que influya en el parto natural haciendo que se subestime la capacidad natural de las mujeres para dar a luz.

Si bien este método constituye una intervención fundamental para reducir la morbimortalidad materno-fetal en situaciones de riesgo, su práctica ha aumentado de manera significativa generando una preocupación para la salud pública, puesto que, se ha cuestionado sobre la toma de la decisión para realizar la cesárea, si esta es justificable desde el punto de la vista clínico (10).

Desde esta perspectiva, los factores de riesgo materno-fetales, como la hipertensión gestacional, la diabetes mellitus gestacional, edad materna extrema, el sufrimiento fetal agudo, la desproporción cefalopélvica, problemas con la placenta, bebé macrosómico, embarazo múltiple, entre otros; generando que la identificación de estos factores de riesgo desempeñen un papel fundamental en la toma de decisión sobre la vía de parto, ya que puede afectar el desarrollo del feto durante el embarazo generando complicaciones graves que van a involucrar la oxigenación, crecimiento y la adaptación del recién nacido (11). Es así que, en el Hospital II-E Simón Bolívar en este año (2024) desde el mes de enero hasta el mes noviembre se ha visto un

incremento de cesárea del 28% al 61%, siendo una preocupación para el nosocomio (16).

Es por ello que se resulta importante analizar la relación existente entre las cesáreas y los factores de riesgo materno-fetales que influyen en su indicación para dicha intervención, siendo esta fundamentada desde un enfoque médico con el fin de identificar patrones y áreas de mejora en la atención prenatal. Asimismo, los resultados obtenidos podrán generar una atención más segura a las gestantes y a los recién nacidos el cual ayudará a reducir el impacto de las cesáreas innecesarias.

Por otro lado, los resultados de esta investigación también ayudarán reflejar la importancia que cumple el personal de salud en la atención prenatal así como también a las autoridades competentes, ya que desempeña un papel fundamental en el seguimiento continuo de las gestantes y puérperas, brindando un apoyo emocional y físico durante esta etapa.

Así mismo, como personal de salud cumplimos diferentes roles según el nivel de atención de salud en la que nos encontremos, involucrándonos directamente con las madres. Es en este contexto donde nos encargamos de realizar las historias clínicas, evaluar el estado de salud de la madre y del bebé, así como identificar algunos factores de riesgo como la hipertensión gestacional, la diabetes gestacional o el crecimiento fetal retardado o avanzado permitiendo una intervención oportuna. Esto señala que enfermería cumple un rol fundamental basado en un enfoque preventivo, la detección temprana de complicaciones, la educación en estilos de vida saludable y el autocuidado siendo los pilares en el rol de enfermería (17).

Los resultados contribuirán como línea de base para el fortalecimiento de estrategias de promoción, prevención y educación en salud dirigidas a las gestantes y a los profesionales del área, favoreciendo la reducción de riesgo y el bienestar materno-fetal.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo general

Determinar la relación entre la cesárea y los factores de riesgo materno-fetales en gestantes atendidas en el Hospital II-E Simón Bolívar – Cajamarca, 2025

1.4.2. Objetivo específico

- Identificar las características sociodemográficas de las gestantes atendidas en el Hospital II-E Simón Bolívar - Cajamarca, 2025.
- Determinar la incidencia de cesáreas según características maternos fetales en el Hospital II-E Simón Bolívar - Cajamarca, 2025.
- Identificar la incidencia de algunos factores de riesgo maternos asociados a las cesáreas en el Hospital II-E Simón Bolívar - Cajamarca, 2025.
- Identificar la incidencia de algunos factores de riesgo fetales asociados a las cesáreas en el Hospital II-E Simón Bolívar - Cajamarca, 2025.

1.5. Viabilidad de la investigación

La investigación fue viable, se inició con solicitar la autorización y presentación del proyecto de tesis ante la Dirección de Epidemiología de DIRESA (Dirección Regional de Salud Cajamarca), se obtuvo la autorización respectiva. Dichas autorizaciones se presentaron a la dirección del Hospital II-E Simón Bolívar, también se presentó a la encargada de investigación de dicho nosocomio, Obsta. Ana Quiroz Bazán.

1.6. Limitaciones del estudio

Una de las principales limitaciones del estudio fue la escasa disponibilidad de investigaciones a nivel local sobre la relación entre la cesárea y los factores de riesgo materno-fetales. Esta carencia de investigaciones dificultó la comparación directa de los resultados; sin embargo, se recurrió a estudios nacionales e internacionales que permitieron sustentar la discusión y el análisis de los hallazgos.

Otra limitación fue la claridad y completez de la información contenida en las historias clínicas, ya que algunos registros presentaron datos incompletos o inconsistentes, sin embargo, se minimizó con la aplicación de criterios de exclusión estrictos.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

A nivel internacionales

Orozco N (Ecuador, 2021), en su estudio “Factores de riesgo asociados a cesárea en mujeres nulíparas. Hospital Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Riobamba, 2020” con el objetivo de identificar los factores de riesgo asociados con parto por cesáreas en mujeres nulíparas en el Hospital General IESS Riobamba en el año 2020, estudio observacional descriptivo transversal retrospectivo; con una muestra de 44 gestantes. Los resultados fueron que los principales factores de riesgo que se asocian con parto por cesárea son: índice de masa corporal elevado (sobrepeso) 90.9%, presencia de comorbilidades 50%, fetos macrosómicos 63,6%, sufrimiento fetal 29,5% y trastornos hipertensivos 15,9%, concluyendo que existen varios parámetros que incrementan el riesgo de parto por cesárea presentes en nuestra población, el sobrepeso es un factor importante que debería ser evaluado (18).

Méndez M y Saldaña J (Ecuador, 2022), en su investigación “Factores asociados a cesárea, revisión sistemática” tuvo como objetivo describir sobre los factores asociados a cesárea mediante una revisión sistemática, este estudio realizó una revisión sistemática de carácter descriptivo no experimental mediante la selección de artículos científicos obtenidos de bases como: PubMed, LILACS, Redalyc Scopus, Google Académico, Scielo entre otras. Entre los factores que influyó para una cesárea es la edad de la gestante mayor a 35 años, los principales factores asociados a cesárea son la cesárea previa, desproporciones céfalo pélvica y fallo en la progresión en el trabajo de parto. Concluyendo que la tasa de cesáreas realizadas en los últimos años se ha incrementado sobrepasando lo establecido por la OMS, la misma que se realiza con más frecuencia en los países latinoamericanos (19).

Campaña F, et al (Chile,2023) en su investigación “Factores asociados a la resolución de parto vía cesárea en usuarias atendidas en el Hospital Clínico Viña del Mar, años 2018 a 2021” con el objetivo de determinar la prevalencia de cesáreas en una institución privada de la ciudad de Viña del Mar, Chile, y analizar factores sociodemográficos y obstétricos asociados a la resolución de parto vía cesárea en dicha institución, su estudio es de estudio cuantitativo y de diseño transversal analítico. Se utilizó base de datos secundarios anonimizada de la Unidad de Obstetricia y Ginecología del Hospital Clínico Viña del Mar (HCVM), los resultados según las variables obstétricas que obtuvo fue que el 57% (4,271) de las mujeres en estudio es múltipara, de las cuales 27% (2,028) tiene cicatriz de cesárea previa; el 11% (840) presentó patología gestacional materna (20).

A nivel nacional

Loayza C (Ica, 2022), en el estudio “Factores asociados a la indicación de Cesárea en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega-Abancay 2021” con objetivo de identificar los factores asociados a la indicación de cesárea en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay en el año 2021, estudio tipo observacional, transversal, retrospectiva analítica de diseño casos y controles en 323 gestantes cuyo parto termino en cesárea (Casos) y 323 gestantes cuyo parto finalizó por vía vaginal (Controles). Los datos se obtuvieron a través de una ficha de recolección de datos y los resultados obtenidos fueron: 44,9% (290) fueron gestantes con cesáreas previas, 9,4% (61) tuvieron preeclampsia, 15,3% (99) tuvieron distocia dinámica, 4,6% (30) tuvieron distocia de presentación, 13% (84) fueron macrosómicos, 5% (32) presentaron doble circular de cordón y 11,9% (77) presentaron rotura prematura de membranas. Concluyó que los factores asociados a la indicación de cesárea en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay en el año 2021 son de tipo maternos, fetales y ovulares (21).

Reategui E (Tarapoto, 2021), en la investigación “Factores de riesgo materno - fetales asociados al incremento de las cesáreas en el Hospital II - 2 Tarapoto en el periodo de enero a diciembre del 2020”, tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo materno-fetales asociados al incremento de las cesáreas en el Hospital II- 2 Tarapoto, el tipo de investigación utilizado fue no experimental, cuantitativo,

descriptivo de corte transversal, la población y muestra que se utilizó fue 100 pacientes gestantes cesareadas. Se obtuvo como resultados, que los principales factores asociados al incremento de cesáreas fueron en un 41% cesárea anterior, seguida hipertensión inducida en un 31% y en tercer lugar la desproporción céfalo pélvica con un 17%, el sufrimiento fetal con un 46%, luego la distocia de presentación con un 34% y el embarazo gemelar con un 20% así mismo los factores placentarios fue por un 29% por desprendimiento de placenta previa, un 26% por insuficiencia placentaria, un 21% por ruptura prematura de placenta, un 12% por polihidramnios, un 7% por oligohidramnios, y un 5% presento corioamnionitis (22).

Quispe R (Huancayo, 2023), en la investigación “Factores de riesgo asociados a la indicación de cesáreas en un Hospital de Ayacucho durante el periodo 2021-2022” con objetivo de evaluar la asociación entre los factores de riesgo asociados a cesárea en gestantes del Hospital Regional De Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena”, de estudio transversal analítico y retrospectivo, el muestreo fue aleatorio simple y la muestra fue de 358 gestantes y obtuvo de resultados a la multiparidad (ORa: 0,48; IC95%: 0,26-0,87), cesárea previa (ORa: 10,46; IC95%: 4,78-22, 89), trastornos hipertensivos del embarazo (ORa: 10,73; IC95%: 4,07-28,27), DCP (ORa: 5,76; IC95%: 2,74-12,09), ruptura prematura de membranas (ORa: 0,15; IC95%: 0,05-0,41), desprendimiento prematuro de placenta (ORa: 39,01; IC95%: 4,60-330,42), macrosomía fetal (ORa: 4,50; IC95%: 1,53-16,26), distocia de presentación (ORa: 3,58; IC95%: 1,34-9,57) y parto pretérmino (ORa: 5,33; IC95%: 2,18-12,99) (23).

Ever L (Lima, 2022), en su estudio “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” cuyo objetivo fue identificar los factores de riesgo que están relacionados a partos por cesárea en pacientes atendidos en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro; de tipo observacional. Los factores de riesgo que están relacionados a la cesárea son la edad de 20 a 29 años 54,2%, primípara 52,8%, trabajo de parto 55,6%, cesárea previa 51,3%, sufrimiento fetal agudo 50,0%, desproporción cefalopélvica y ruptura prematura de membranas 45,5% cada una; además al 88,9% se les realizo cesárea de emergencia y 11,1% cesárea electiva, finalmente concluyó que el factor más importante para la realización de cesárea fue la cesárea previa (24).

Muñoz F y Rossell. A (Lima, 2023), en su investigación “Factores asociados a los partos por cesárea en gestantes del servicio de ginecología-Obstetricia en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el periodo 2020”, objetivo: determinar los factores asociados a los partos por cesárea en gestantes del servicio de Ginecología - Obstetricia en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, estudio de tipo observacional, transversal, análisis multivariado, sus resultados fueron: Edad Materna Avanzada (RPa: 1,33), Nivel Educativo Bajo (RPa: 1,361), no trabajo de parto (RPa: 1,923), desproporción Cefalopélvica (RPa: 1,336), Trastornos Hipertensivos del Embarazo (RPa: 1,584), Cesárea Anterior (RPa: 2,192), Macrosomía (RPa: 2,273), Distocia de Presentación (RPa: 1,378), Estado Fetal no Tranquilizador (RPa: 1,694), Ruptura Prematura de Membranas (RPa: 1,308). Concluyó que los factores que guardan relación al incremento de parto por cesárea es edad materna avanzada, nivel educativo bajo, no trabajo de parto, desproporción cefalopélvica, trastornos hipertensivos del embarazo, cesárea anterior, macrosomía, distocia de presentación, estado fetal no tranquilizador y ruptura prematura de membranas (25).

Huamán F (Lima-2022), en el estudio “Factores relacionados a la culminación del parto por cesárea en gestantes del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2021”, tuvo como objetivo determinar los factores relacionados a la culminación del parto por cesárea en gestantes del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el año 2021; su estudio fue de tipo observacional, transversal y retrospectivo, la población estuvo conformada por todas las pacientes que se atienden en el departamento de ginecología y obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue. Obtuvo como resultados siendo el análisis inferencial se encontró relación entre la edad gestacional, paridad, cesárea anterior, estrechez pélvica, preeclampsia, dilatación estacionaria, estado fetal no tranquilizador, presentación podálica, embarazo gemelar, desproporción céfalo-pélvica, placenta previa, ruptura prematura de membrana y desprendimiento prematura de placenta ($p\text{-valor} < 0,05$) (26).

Tacca M, et al (Huancayo-2023) en su investigación “Determinación de factores asociados al parto por cesárea en gestantes atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital III EsSalud Juliaca, enero 2019 - agosto 2022” tuvo como

cuyo objetivo determinar los factores asociados al parto por cesárea en gestantes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital III EsSalud, Juliaca, enero 2019 - agosto 2022. Tiene como tipo de investigación documental con un estudio descriptivo correlacional. Obtuvo como resultados concurre una alta incidencia de cesáreas con indicación médica de emergencia donde la prevalencia de cesárea es del 67,9 %, correlación positiva muy baja entre los factores maternos y el parto por cesárea con un valor de correlación de Pearson 0.061, concluyendo que la edad materna, la preeclampsia y el sufrimiento fetal fueron los factores más relevantes para la indicación de parto por cesárea (27).

Miranda R (Huánuco-2022) en su estudio “Factores asociados a las cesáreas en gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco 2021”; objetivo: Determinar cuáles son los factores asociados a la indicación a las cesáreas en gestantes, de tipo descriptivo con enfoque descriptivo cuantitativo, con diseño no experimental; obtuvo como resultados edades entre los 20 a 25 años el 41%, secundaria con el 66%, zona urbana con el 67%, ama de casa al 55%, el 55% fue convivientes, el 60% recibieron más de 6 atenciones pre natales, El 65% presentaron riesgo reproductivo mínimo, el 92% no tuvo aborto provocado, el 57% no tuvieron cesáreas previas, el 43% presentaron anemia, el 70% no presentaron peso inadecuado, 78% presentaron una talla apropiada, el 30% de 37 semanas de gestación, prematuridad con el 13%, la pre eclampsia y el sufrimiento fetal con el 12%, el 11% las cesareadas anteriores, la ruptura prematura de membranas y las distocias de presentación, la placenta previa con el 09% (28).

2.1.1. Nivel local

No se evidencia investigaciones

2.2. Bases teóricas

Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem

La teoría del Autocuidado es una de las principales teorías de enfermería que explica la conducta que se relaciona con situaciones concretas de la vida, así mismo, explica como las personas pueden cuidar de sí mismas involucrando hacia los demás o hacia el entorno con el fin de regular los factores que afectan a su propio

desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar, y es aquí donde se evidencia papel que desempeña la enfermería cuando una persona no puede satisfacer sus propias necesidades de autocuidado (29) (30).

Orem divide el autocuidado en 3 categorías:

- Requisitos de autocuidado universal: Son las necesidades comunes de todas las personas como la respiración, alimentación, hidratación, eliminación, etc.).
- Requisitos de autocuidado para el desarrollo: Se vincula con el crecimiento y desarrollo a lo largo de la vida.
- Requisitos de autocuidado para la desviación de la salud: Se relaciona con condiciones específicas de enfermedad o lesiones (29).

Requisitos de cuidado

Universales	De desarrollo	Desviaciones de la Salud.
• Mantenimiento de la respiración, agua y alimentos. • Mantenimiento del equilibrio entre el reposo y la actividad y entre la soledad e interacción social. • Proporción de cuidados asociados con la eliminación • Prevención de peligros. • Promoción del funcionamiento y desarrollo humano de acuerdo con el potencial, limitaciones y normalidad. (Orem,1980;pág.42)	A. Soporte y promoción de los procesos vitales, incluyendo: embarazo, nacimiento, neonatos, lactancia, infancia, adolescencia, y edad adulta. B. Proporcionar cuidados en privación educacional, desadaptación social, pérdida de familia, amigos, posesiones y seguridad, cambio de ambiente, problema de estatus, mala salud o condiciones de vida, enfermedad terminal. (Orem,1980;pág.47)	•Asistencia médica segura cuando esté expuesto a patología. •Atención a los resultados del estado patológico. •Utilización de terapia médica para prevenir o tratar la patología. •Atención a los efectos molestos de la terapia médica. •Modificación de la autoimagen para aceptar los cuidados según sea necesario. •Aprender a vivir con la patología. (Orem,1980;pág.51)

Tomado de Vega. O y Gonzales. D. Teoría del déficit de autocuidado: Interpretación desde los elementos conceptuales. Universidad Francisco de Paula Santander. pag. 32 (tabla 1) (31)

La teoría de Autocuidado de Orem ayuda a destacar la importancia de considerar las necesidades tanto físicas como emocionales y sociales de los pacientes, esto se relaciona con las mujeres que enfrentan factores de riesgo materno-fetales, ya que permite realizar intervenciones holísticas para optimizar su salud de la madre y la del neonato.

Así mismo, esto va a proporcionar una visión valiosa para analizar como la cesárea y los factores de riesgo materno-fetales afectan la capacidad de las mujeres para

cuidarse a sí misma y a sus recién nacidos, de igual forma ayuda a destacar el rol del personal de enfermería en satisfacer algunas necesidades y promover la recuperación integral de las pacientes.

2.3. Bases conceptuales

2.3.1. Cesárea

Definición

La cesárea proviene de la palabra *secare*, que significa cortar; este es un procedimiento que permite el nacimiento del feto por medio de la pared abdominal y del útero cuando el parto no es de manera natural, es decir por vía vaginal (32).

Esta es una intervención que consiste en realizar una incisión en la piel en forma curva o recta, tipo Pfannenstiel a 2 cm por encima del pubis, con una longitud de 15-17 cm (8).

Tipos de cesárea

Según el momento

- a. Cesárea electiva o programada:** Es un tipo de cesárea que se planifica antes que comience el trabajo de parto, este se planea antes de las 39 semanas de embarazo (33).
- b. Cesárea intraparto:** Es un tipo de parto con inicio espontáneo o inducido al trabajo de parto y que al ya presentar una dilatación de 3 o más cm se toma la decisión para la intervención por diferentes causas (34).

Según la zona de la incisión

- a. **Cesárea segmentación**, este es un tipo de cesárea debido a que la incisión puede ser vertical, transversa en forma de T con la finalidad de que tenga más espacio para poder extraer el feto. Este tipo de cesárea se usa cuando el feto es prematuro o presenta algún problema de salud, viene de nalgas, entre otros (35).
- b. **Cesárea corporal**, este es un tipo de cesárea debido a la incisión que se usa, esta tiene forma longitudinal y perpendicular al gran por ciento de las fibras uterinas generando hemorragias. Este tipo de cesárea actualmente es poco usada debido a la genera una mayor morbilidad materno – fetal (35).

2.3.2. Factores de riesgo materno-fetales

Definición de factor

La palabra Factor proviene del latín *factor* que significa quien hace”. Un factor es un elemento que juega un rol determinante en un resultado ya que, influye en algún aspecto de la realidad (36).

Definición de factor de riesgo

Son los que aumentan la probabilidad de que una persona o un grupo de personas desarrollen una enfermedad, estas van a predisponen a que aparezca enfermedades no transmitibles (37).

Factor de riesgo materno

Los factores de riesgo maternos son patologías médicas, obstétricas o circunstancias sociodemográfica que se pueden afectar el desarrollo del embarazo, la salud del feto y/o la propia salud de la mujer, y puede ocasionar un aumento en la morbilidad materna (15).

Los factores de riesgo maternos son:

- Edad materna, adolescentes (13-17 años), Adultas (35-45 años)
- Peso materno, mujeres con IMC < 19.8 o IMC > 30
- Anomalías estructurales en los órganos reproductores, útero doble, fibromas en el útero, cuello uterino débil, anomalías de las trompas de Falopio, problemas con la placenta, abortos espontáneos.
- Desprendimiento prematuro de placenta, ruptura prematura de membranas, aborto espontáneo, embarazo ectópico, parto tardío (42 semanas), líquido amniótico escaso o abundante en el útero, preeclampsia, gestación múltiple, distocia de hombro, consumo de sustancias nocivas (alcohol, drogas), hipertensión arterial, diabetes, nefropatías, polihidramnios/oligohidramnios, infecciones renales, insuficiencia cardíaca, anemia de células falciformes, problemas relacionados a la salud mental, infecciones de transmisión sexual (38).

Factores de riesgo fetales

Los factores de riesgo fetales son condiciones, circunstancias o complicaciones que se presenta durante el periodo de gestación y que afecta la salud y el desarrollo del feto. (4)

Los factores de riesgo fetales son:

- Infecciones fetales (infecciones intrauterinas como: rubéola, herpes, sífilis, etc. e infecciones virales emergentes), sufrimiento fetal, insuficiencia placentaria (hipoxia crónica), compresión del cordón umbilical y nudos verdaderos del cordón (hipoxia aguda), síndrome de transfusión feto fetal (desequilibrio en flujo sanguíneo), microcefalia, oligohidramnios, polihidramnios, compresiones intrauterinas y macrosomía fetal (peso fetal 4.5 kg), malformaciones fetales (39).

2.4. Hipótesis

H₁: Existe relación significativa entre la cesárea y los factores de riesgo materno-fetales, en gestantes atendidas en el Hospital II-E Simón Bolívar Cajamarca 2025.

H₀: No existe relación significativa entre la cesárea y los factores de riesgo materno-fetales, en gestantes atendidas en el Hospital II-E Simón Bolívar 2025.

2.5. Variables de estudio

Variable 1; la cesárea

Variable 2; factores de riesgo materno-fetales

2.6. Operacionalización de variable

a. Variable 1; La cesárea

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Categoría o valor de respuesta	Tipo de variable	Escala de medición
Cesárea	Procedimiento que permite el nacimiento del feto por medio de la pared abdominal y del útero cuando el parto no es de manera natural, es decir por vía vaginal.(32)	Datos obtenidos mediante ficha de recolección de datos de la revisión de historias clínicas de mujeres que han recibido una cesárea	Cesárea emergencia	Inesperada	Sí	Cualitativa	Nominal
			Cesárea electiva o programada	Electiva o programada			

b. Variable 2; Factores de riesgo materno-fetales

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítem	Tipo de variable	Escala de medición
Factores de riesgo materno-fetales	Los factores de riesgo maternos son patologías médicas, obstétricas o circunstancias sociodemográfica que se pueden afectar el desarrollo del embarazo, la salud del feto y/o la propia salud de la mujer. (15) Por otro lado, Los factores de riesgo fetales son condiciones, circunstancias o complicaciones que se presenta durante el periodo de gestación y que afecta la salud y el	Datos obtenidos mediante ficha de recolección de datos de la revisión de historias clínicas de mujeres que han recibido una cesárea	Factores socio-culturales	Edad		Cuantitativa	Ordinal
				Estado Civil	- Soltera - Casada - Conviviente	Cualitativa	Ordinal
				Grado de instrucción	- Primaria incompleta - Primaria completa - Secundaria incompleta - Secundaria completa - Superior incompleta Univ./Tec. - Superior completa Univ./Tec.		
				Procedencia	- Rural - Urbana	Cualitativa	Nominal
				Cesárea Anterior	- Sí - No	Cualitativa	Nominal

	desarrollo del feto. (4)		Factores de riesgo maternos	Control Prenatal	- No - ≤ 6 controles - ≥ 7 controles	Cuantitativa	Nominal
				Preeclampsia	- Sí - No	Cualitativa	Nominal
				Diabetes gestacional	- Sí - No		
				Abortos recurrentes	- Sí - No		
				Muerte perinatal	- Sí - No		
				Paridad	- Nulípara - Multípara		
				Desproporción céfalo pélvica	- Sí - No		
				Trabajo de parto	- Sí - No		
				Desprendimiento prematuro de placenta (DPP)	- Sí - No		
				Ruptura prematura de membranas (RPM)	- Sí - No		
				Polihidramnios	- Sí - No		
				Oligohidramnios	- Sí - No		
				Corioamnionitis	- Sí - No		
			Factores de riesgo fetales	Sufrimiento fetal	- Sí - No		
				Prematuridad	- Sí		

					- No		
				Embarazo gemelar	- Sí - No		
				Malformaciones fetales	- Sí - No		
				Distocia de presentación	- Sí - No		
				Macrosomía fetal	- Sí - No		
				Insuficiencia placentaria	- Sí - No		
				Compresión del cordón umbilical	- Sí - No		

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Diseño y tipo de estudio

La presente investigación de carácter cuantitativo, empleándose cálculos matemáticos, para la comprobación de la hipótesis que ayudan al reforzamiento de teorías existentes, se recopilaron datos numéricos que ayudaron a medir las variables y predecir resultados para brindar el respaldo necesario con fin de obtener conclusiones generales (40). De nivel correlacional y transversal, puesto que la investigación fue no experimental y se mide dos variables, entendiendo y evaluando la correlación estadística en ambas enriqueciendo los resultados (41) (42), a la vez, se buscó la relación entre las dos variables (cesárea y factores de riesgo materno-fetales)

3.2. Área de estudio

El escenario de estudio se ejecutó en el Hospital II-E Simón Bolívar, localizado en la ciudad de Cajamarca. La creación del nosocomio data de 1985 y ante la demanda poblacional se ha recategorizado, brindando una oferta más amplia de especialidades; es así que, ha sido considerado como posta médica, centro de salud, centro materno perinatal, hospital de referencia.(43)

El hospital cuenta con las siguientes especialidades: Consulta externa, emergencia, hospitalización, centro obstétrico, centro quirúrgico, central esterilización, farmacia, diagnóstico por imágenes, patología clínica-banco de sangre, medicina física y rehabilitación.

Población de estudio

La población se conformó por las historias clínica de la gestante que se les ha practicado una cesárea en los meses de enero, febrero, marzo y abril en el Hospital

II-E Simón Bolívar 2025, de las cesáreas realizadas se busca un total de 150 cesáreas (historias clínicas de las pacientes gestante).

3.3. Criterios de inclusión y exclusión

a. Criterios de inclusión

- Mujeres que se hayan sometido a una cesárea en el Hospital II-E Simón Bolívar durante el año 2025.
- Mujeres con diagnostico confirmado de embarazo.
- Pacientes con historias clínicas completas disponibles en los registros del Hospital II-E Simón Bolívar.

b. Criterios de exclusión

- Mujeres puérperas cuya cesárea no haya sido en el Hospital II-E Simón Bolívar.
- Pacientes con gestaciones interrumpidas por causas ajenas a la cesárea.
- Pacientes con registro clínico incompletos sobre cesárea.

3.4. Unidad de análisis

Estuvo conformado por cada historia clínica de las pacientes que se les ha practicado una cesárea en el Hospital II-E Simón Bolívar en el año 2025 y que fueron seleccionadas cumpliendo los criterios de inclusión.

3.5. Marco muestral

Fue el total de las historias clínicas de mujeres que se realizaron una cesárea en el Hospital II-E Simón Bolívar en el año 2025.

3.6. Muestra

Tamaño muestral, se realizó mediante el muestreo aleatorio simple, se utilizó la siguiente fórmula para población finita:

$$n = \frac{N * Z^2 * p * q}{e^2 * (N - 1) + Z^2 * p * q}$$

$$n = \frac{150 * (1.96)^2 * 0.5 * 0.5}{0.057^2 * (150 - 1) + (1.96)^2 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = 100$$

Donde:

n = Tamaño de la muestra

N = Población (N=150)

Z: Valor asociado a un nivel de confianza. (Z=1.96 si es 95% de confianza)

e = Margen de error (0.057)

P = Probabilidad de ocurrencia

Q = Probabilidad de no ocurrencia

Con un nivel de confianza del 95%, una varianza de máxima (PQ=0.25), un error de muestreo del 5% (e=0.057) y una Población de 150, se obtiene una muestra de 100 pacientes.

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica utilizada fue el análisis documental de historias clínicas para extraer información necesaria para fundamentar dicha investigación. (45)

El instrumento que fue utilizado es la ficha de registro de datos adaptado del estudio desarrollado por Reategui. E (46), denominado “Factores de riesgo materno - fetales asociados al incremento de las cesáreas en el Hospital II - 2 Tarapoto en el periodo de enero a diciembre del 2020”. Este instrumento es dicotómico, ya que utiliza preguntas cerradas con solo dos opciones de respuesta mutuamente excluyente.

Proceso para la recolección de datos

Una vez presentado la documentación para la aprobación del proyecto en la Escuela Profesional de Enfermería, se solicitó la autorización a la dirección de investigación del Hospital II-E Simón Bolívar, se inició con el acceso al archivo de historias clínicas de las pacientes que se les ha realizado una cesárea en dicho nosocomio y quienes cumplen los criterios de inclusión; con los permisos otorgados se procedió a la recolección de información por medio de la ficha de registro de datos.

Una vez obtenido los datos se procedió a la realización de la tabulación y digitalización de los resultados.

Validez y confiabilidad del instrumento: El instrumento ya ha sido validado en el estudio desarrollado por Reategui. E (46) “Factores de riesgo materno - fetales asociados al incremento de las cesáreas en el Hospital II - 2 Tarapoto en el periodo de enero a diciembre del 2020”.

Prueba piloto y confiabilidad: La confiabilidad se obtuvo mediante prueba piloto en 10 historias clínicas de las pacientes que se les ha realizado una cesárea en el Hospital II-E Simón Bolívar. Sin embargo, no se ha logrado medir estadísticamente, ya que los datos ya han sido estandarizados.

3.8. Procesamiento y análisis de datos

Al acceso de las historias clínicas de las pacientes que se les ha realizado una cesárea en el Hospital Simón Bolívar se aplicó el instrumento que es la ficha de registro de datos y, seguidamente, se ingresó la información en la matriz SPSS.V. 27. para proceder los análisis estadísticos.

El análisis estadístico permitió obtener información descriptiva, la cual es presentada en tablas o gráficos simples con el fin de identificar los factores de riesgo materno-fetales que tienen relación con las cesáreas. Así mismo el análisis permitió determinar la relación entre la cesárea y los factores de riesgo materno-fetales utilizando el Chi Cuadrado con un IC = 95% y un p-valor = < 0,05.

3.9. Consideraciones éticas y rigor científico

Consideraciones éticas

La presente investigación se ha realizado siguiendo los mecanismos de rigurosidad que establece la universidad, teniendo en cuenta la guía de elaboración del proyecto de tesis. Así mismo, se consideró el derecho del autor de cada una de las concepciones y teorías utilizadas, lo cual señala que los datos plasmados en la investigación cumplen con los parámetros señalados por la normativa de Vancouver. Esta investigación se consideró los aspectos éticos por parte del investigador, el principio ético está determinadas en la exhibición honesta de las teorías y testimonios del investigador. Por tal razón, la presente investigación reconoce en sus citas a la autoría de investigadores que abordan los temas en estudio. De la misma manera, la información de las personas y especialistas que apoyaron con su participación en la aplicación de los instrumentos, y estos a su vez fueron confidenciales.

- **Confiabilidad**, se mantuvo en todo momento la seguridad de los datos obtenidos de las historias clínicas y es usado solo para la investigación y por la investigadora.
- **Justicia**, se brindó equidad en la selección de información de las historias clínicas con características similares que se requiere para el estudio.

Riesgo Científico

- **Credibilidad**, los resultados de la investigación reflejó una imagen clara y representativa de la situación dada.
- **Precisión**, los datos y las interpretaciones fue exactos y detallados puesto que se está usando un instrumento claro y preciso.
- **Reproducibilidad**, la metodología está descrita con suficiente detalle para que otros puedan replicar el estudio.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1. Características sociodemográficas de las gestantes atendidas en el Hospital II-E Simón Bolívar-Cajamarca, 2025

Características sociodemográficas	N°	%
Edad		
16-25	38	38,00
25-34	36	36,00
34-43	26	26,00
Total	100	100,00
Estado civil	N°	%
Soltera	7	7,00
Casada	13	13,00
Conviviente	80	80,00
Total	100	100,00
Grado de instrucción	N°	%
Primaria incompleta	5	5,00
Primaria completa	12	12,00
Secundaria incompleta	11	11,00
Secundaria completa	44	44,00
Superior incompleta Univ./Tec.	18	18,00
Superior completa Univ./Tec.	10	10,00
Total	100	100,00
Procedencia	N°	%
Rural	52	52,00
Urbana	48	48,00
Total	100	100,00

Fuente: Ficha de registro de datos

En la tabla 1 se muestra que, según edad materna, el 38% de las puérperas se encuentran entre 16 a 25 años, mientras que el grupo etario de 25 a 34 años representa 36%. Finalmente, el grupo con menor frecuencia corresponde a las mujeres de 34 a 43 años, con un 26%. Estos resultados guardan similitud con los hallazgos de Cárdenas G. (47), quien reporta que las gestantes entre 18 y 23 años representan el 36.6 % (49). A este grupo le siguió el de 24 a 29 años con un 24,6% (33). El grupo etario menos frecuente en su estudio fue el de adolescentes de 12 a 17 años representando el 8,2% (11). Sin embargo, estos resultados difieren de los reportado por Rodríguez M. (48), donde el 76% de las gestantes presentan entre 24 a 30 años, mientras que otro 16% se ubica entre los 18 a 23 años y un 8% entre los 31 a 39 años.

La edad materna constituye una característica sociodemográfica importante en la realización de la cesárea. Por un lado, madres jóvenes entre 16 y 25 años pueden presentar mayor probabilidad de no haber recibido una adecuada atención prenatal, lo que incrementa complicaciones que conllevan a un parto quirúrgico. Por otro lado, las madres cesareadas que se encuentran en el rango de edades mayores, entre 34 y 43 años presentan un mayor riesgo debido a que ellas pueden padecer trastornos ya preexistentes o problemas durante su embarazo o el parto, como hipertensión gestacional, diabetes o desórdenes de la dinámica uterina (38).

En cuanto al estado civil, se observa que la mayoría de las madres cesareadas fueron conviviente son el 80%, seguido por las casadas con el 13% y, en menor proporción, las solteras representan el 7%. Estos resultados coinciden con el estudio de Cárdenas G. (47), donde el 64.9 % (87), seguido por las casadas con un 20,9% (28) y solteras con un 14,2% (19). Así mismo, Ortiz M. (49) encontró que el 73.03% de las gestantes eran convivientes, el 13,78% casadas y el 12,99% solteras. De manera similar, Duy C. y Ordoñez D. (50) reportaron que el 60,49% eran conviviente, el 20,99% solteras, el 16,05% casadas, el 2,47% son divorciadas y el 0% son viudas. Sin embargo, estos resultados contrastan con lo señalado por Sinchitullo A., et al (51), quienes encontraron mayor prevalencia de casadas con 37,4%, seguida por convivientes con un 35,9% y soltera con un 26,7%.

Algunas literaturas indican que contar con una pareja estable, estado civil casada o conviviente, puede favorecer un mejor acceso a los servicios de salud y una mayor probabilidad de detección temprana de complicaciones obstétricas, y otras literaturas

señalan que las gestantes solteras suelen iniciar más tardíamente los controles prenatales y menor comprensión a las recomendaciones médicas.

Por otro lado, el grado de instrucción, se observa que el nivel educativo predominante entre las pacientes sometidas a cesárea fue secundaria completa con un 44%, seguido por superior incompleto el 18% y primaria completa con el 12%. Asimismo, un 11% refirió tener secundaria incompleta, un 10% superior completa y primaria incompleta con el 5%.

Estos hallazgos guardan relación con lo reportado por Cárdenas G. (47), quien indica que el mayor porcentaje de gestantes tenía secundaria representando un 58,2% (78); seguidas por el nivel superior universitario con un 19,4%, el nivel primario de 11,2% y sin instrucción con un 0,7% . Este factor es relevante, ya que el nivel educativo influye directamente en el acceso y la calidad de la atención prenatal. Las mujeres con mayor nivel educativo tienden a iniciar más tempranamente sus controles prenatales, presentan mayor adherencia a las recomendaciones médicas y poseen mayor facilidad para identificar signos de alarma y acceder a información confiable. Por el contrario, las gestantes con menor nivel educativo suelen presentar limitaciones en la comprensión de algunas indicaciones médicas y menor asistencia a los controles prenatales, lo que incrementa el riesgo de complicaciones como preeclampsia, hemorragias, trabajo de parto prolongado o sufrimiento fetal.

En cuanto a la procedencia, el 52% de las pacientes cesareadas pertenecen a la zona a rural y el 48% tienen procedencia urbana. Estos datos difieren con los de Duy C. y Ordoñez D. (50), indican que el 59,26% son mujeres urbanas y el 40,74% pertenece a rural. De igual forma, Reategui E. (22), señala que el 68% son de zona rural y el 32% son de zona urbana.

Los resultados obtenidos en la investigación muestran que la mayoría de las pacientes que recibieron una cesárea proceden de la zona rural, un área donde los establecimientos de salud suelen tener un difícil acceso, lo que conlleva a una baja utilización del servicio sanitarios, en consecuencia, a menor asistencia a los controles prenatales. En contraste, las gestantes procedentes de zona urbana cuentan con más accesibles a los establecimientos de salud, mejores condiciones de infraestructura y atención oportunas a

algunos riesgos que puedan presentar las madres, factor que contribuye a disminuir los riesgos obstétricos durante el embarazo o el parto (52).

Tabla 2. Frecuencia de cesáreas en el Hospital II-E Simón Bolívar -Cajamarca, 2025.

Tipo de cesárea	Frecuencia	
	N°	%
Cesárea por Emergencia	87	87,00
Cesárea Electiva o Programada	13	13,00
Total	100	100,00

Fuente: Ficha de registro de datos

En la tabla 2 se observa que, el tipo de cesárea que predomina en el Hospital II-E Simón Bolívar es la cesárea por emergencia con un porcentaje del 87%, por otro lado, el 13% representa a la cesárea electiva o programada que es un tipo de cesárea menos frecuente. Estos resultados obtenidos tienen similitud con los de Reategui E. (22) en el cual se manifiesta que el 69% son cesáreas por emergencia y el 31% son cesáreas programadas, de igual manera el estudio de Ever L. (24) indica que el 88,9% fue cesárea por emergencia, y 11,1% fueron por cesárea electiva. Sin embargo estos datos difiere con el estudio de Campaña F., et al (20) en el cual manifiesta que el 84% fueron electivas y sólo un 4% corresponden a cesáreas de urgencia/emergencia.

Los resultados de cesárea por emergencia reflejan una alta demanda de intervenciones no planificadas que en su mayoría se debe a referencias de algunos puestos de salud, que podría estar relacionado con diferentes factores clínicos y asistenciales, tales como el sufrimiento fetal agudo, la ruptura prematura de membranas, preeclampsia o la falta de control prenatal, entre otros. Asimismo, la ausencia de una ecografía en las primeras semanas de gestación puede impedir la confirmación de la viabilidad del embarazo, la correcta localización del embrión dentro del útero o la identificación del número de embriones. Obligando a que se realice una cesárea de emergencia con el fin de salvaguardar la vida materna y fetal (53) (54).

Por el contrario, la cesárea programada o electiva se realiza en condiciones planificadas y controladas, indicándose principalmente cuando la gestante presenta antecedentes de cesárea previa, o cuando el feto muestra una presentación podálica o transversa identificada mediante ecografía, entre otros factores desaconsejan la vía de parto vaginal.

Es por ello, desde la perspectiva de la enfermería materno fetal, estos resultados resaltan la necesidad de fortalecer la educación prenatal, garantizar un seguimiento continuo y promover la detección temprano de signos de alarma, con el propósito de disminuir la incidencia de cesáreas, especialmente las de carácter emergente. Asimismo, los hallazgos obtenidos constituyen una evidencia valiosa para identificar las brechas existentes en la atención preventiva y, al mismo tiempo, reafirmar el rol clave de la enfermera en la consejería, y la promoción del bienestar materno y neonatal

Tabla 3. Relación entre la cesárea y algunos factores de riesgo materno en el Hospital

II-E Simón Bolívar Cajamarca, 2025.

Factores de riesgo materno	Tipo de cesárea						Xc y p
	Cesárea por emergencia		Cesárea programada		Total		
Cesárea anterior	N°	%	N°	%	N°	%	
No	71	81,61	10	76,92	81	81	Xc = 0,161 p=0,688
Sí	16	18,39	3	23,08	19	19	
Total	87	100	13	100	100	100	
Control prenatal	N°	%	N°	%	N°	%	
No	7	8,05	0	0	7	7	Xc = 1,575 p = 0,455
<= 6	18	20,69	4	30,77	22	22	
>=7	62	71,26	9	69,23	71	71	
Total	87	100	13	100	100	100	
Preeclampsia	N°	%	N°	%	N°	%	
No	69	79,31	10	76,92	79	79	Xc = 0,039 p=0,844
Sí	18	20,69	3	23,08	21	21	
Total	87	100	13	100	100	100	
Diabetes gestacional	N°	%	N°	%	N°	%	
No	87	100	13	100	100	100	--
Sí	0	0	0	0	0	0	
Total	87	100	13	100	100	100	
Abortos recurrentes	N°	%	N°	%	N°	%	
No	78	89,66	13	100	91	91	Xc = 1,478 p=0,224
Sí	9	10,34	0	0	9	9	
Total	87	100	13	100	100	100	
Muerte perinatal	N°	%	N°	%	N°	%	
No	82	94,25	12	92,31	94	94	Xc = 0,076 p=0,783
Sí	5	5,75	1	7,69	6	6	
Total	87	100	13	100	100	100	
Paridad	N°	%	N°	%	N°	%	
Nulípara	46	52,87	10	76,92	56	56	Xc = 2,665 p=0,103
Múltipara	41	47,13	3	2,08	44	44	
Total	87	100	13	100	100	100	

Desproporción céfalo pélvica	N°	%	N°	%	N°	%	
No	75	86,21	9	69,23	84	84	Xc = 2,1425 p=0,119
Sí	12	13,79	4	30,77	16	16	
Total	87	100	13	100	100	100	
Trabajo en parto	N°	%	N°	%	N°	%	
No	69	79,31	10	76,92	79	79	Xc = 0,039 p=0,844
Sí	18	20,69	3	23,08	21	21	
Total	87	100	13	100	100	100	

Fuente: Ficha de registro de datos

En la tabla 3 se observa la relación entre los factores de riesgo maternos y el tipo de cesárea (emergencia y programada) en pacientes que se realizaron una cesárea en el Hospital II-E Simón Bolívar.

Respecto al factor de riesgo materno de cesárea anterior, de los 87 casos de cesárea por emergencia el 18,39% si presentó, mientras que el 81,61% no. En contraste, de los 13 casos de cesárea programada, el 23,08% tuvo cesárea previa y el 76,92% no lo presentó. Estos resultados difieren de los reportados por Loayza C. (21), quien indica que el 51,7% tienen cesárea anterior y el otro 48,3% no. En la misma línea, Quispe R. (23), señala en su estudio que el 76,2% sí presenta una cesárea anterior, mientras que el 23,8% no; del mismo modo, Ever L. (24) halló que el 51,3% de las mujeres cesareadas tenían antecedente de parto quirúrgico.

El análisis estadístico mediante la prueba de Chi-cuadrado arrojó un valor de $X_c = 0,161$ y un valor de significancia $p = 0,688$, indicando que no existe relación estadísticamente significativa entre el antecedente de cesárea previa y el tipo de cesárea.

No obstante, la cesárea anterior continúa siendo un factor de riesgo relevante en la elección de la vía del parto, ya que la presencia de una cicatriz uterina genera una zona de menor resistencia miometrial que con las contracciones del trabajo de parto o una mala evolución del mismo, puede generar complicaciones graves como la rotura uterina, hemorragias intrapartos, alteraciones placentarias y adherencias pélvicas. Estas condiciones no solo incrementan el riesgo materno-fetal, sino también la integridad del útero y la seguridad de la gestación.

En ese sentido, este factor de riesgo sigue siendo un indicador de vulnerabilidad clínica que exige una atención diferenciada y un monitoreo estrecho. En este contexto, el profesional de enfermería desempeña un papel esencial al identificar los factores de riesgo, garantizando la continuidad del control prenatal y brindar educación personalizada sobre los signos de alarma para fortalecer la autonomía y seguridad de la gestante con el fin de favorecer la reducción de cesáreas innecesarias y la protección integral de la salud materno y neonatal.

Respecto a los controles prenatales, de los 87 casos de cesárea por emergencia el 71,26% presentó ≥ 7 controles prenatales, el 20,69% tuvo ≤ 6 controles prenatales y el 8,05% no tuvo controles prenatales. Por su parte, de los 13 casos de cesárea programada, el 69,23% tuvo ≥ 7 controles prenatales, el 30,77% tuvo ≤ 6 controles prenatales y no se registró casos sin control prenatal. Estos resultados muestran que la mayoría de gestantes que asistieron a controles regulares, la frecuencia adecuada no siempre se traduce en una atención prenatal efectiva o de calidad.

Los hallazgos coinciden con la investigación de Cárdenas G. (47), quien indica que 71,6% tuvo > 6 controles prenatales, 17,2% < 6 controles prenatales y el 1,5% no se realizó. De manera concordante, Ortiz M. (49), obtuvo que el 76,24% (1637 gestantes) tuvieron un control óptimo prenatal (≥ 6 controles), mientras que el 18,07% (388 gestantes) tuvo un control insuficiente (1 a 5 controles prenatales) y el 5,68% (122 gestantes) refirieron no haber tenido controles. De igual forma, Villanueva R. (57) reportó que el 80,1% cumplió ≥ 6 controles prenatales, frente al 19,9% registró ≤ 6 controles.

Los controles prenatales es una atención que se realiza en todo establecimiento de salud, según el nivel de complejidad, y que consiste en vigilar, evaluar, prevenir, diagnosticar y tratar complicaciones que puedan condicionar morbi-mortalidad materna y perinatal, con el fin de lograr un recién nacido sano sin deteriorar la salud materna. La atención prenatal es brindada principalmente por el médico Gineco-Obstetra o por el obstetra y, en caso de que el establecimiento de salud no cuente con dichos profesionales, puede ser realizada por una enfermera u otro profesional de salud capacitado (58). Sin embargo, al hacer la prueba de Chi-cuadrado mostró un valor de $X^2 = 1,575$ y $p = 0,455$, evidenciando la ausencia de asociación significativa entre el control prenatal y el tipo de cesárea.

A pesar de ello, se observa que incluso las gestantes con controles prenatales regulares aún representan cesáreas de emergencia. Este resultado podría estar vinculado a limitaciones en la evaluación integral de la gestante, falta de continuidad de los controles o la escasa asistencia a protocolos de vigilancia materno-fetal; del mismo modo, los casos sin control prenatal representan un grupo de alto riesgo que evidencia brechas en el acceso a servicios de salud, barreras geográficas, económicas o socioculturales, factores que influyen en la morbilidad materno y neonatal.

En este contexto, el rol de enfermería materno-fetal estaría implicado en el reforzamiento de reorientar el enfoque del control prenatal, priorizando no solo el número de atenciones, sino la calidad y contenido educativo de cada visita, asimismo la identificación de signos de alarma, acompañamiento emocional, la consejería en autocuidado y la promoción de conductas saludables con el fin de reducir las cesáreas de emergencia.

Sobre la preeclampsia, de los 87 casos de cesárea por emergencia, el 20,69% presentó esta patología, mientras que el 79,31% no la presentó. En el grupo de cesárea programada, el 23,08% presentó preeclampsia y el 76,92% no la presentó. Estos resultados guardan similitud con los de Luyo V. y Vega M. (59), quienes indica que solo el 93,4% no presentó preeclampsia, mientras que el 6,6% sí la presentó. De manera similar, en el estudio de Zelada V. (60) se encontró que el 90% de las gestantes con cesárea primaria no presentó preeclampsia y 10% sí presentó. Sin embargo, difieren de los reportado por Quispe R. (23), quien señala que 82,5% de las gestantes presentó trastornos hipertensivos del embarazo y el 45,6% no lo tuvo.

El análisis evidenció un valor de $X_c = 0,039$ y $p = 0,844$, lo que indica que no existe relación estadísticamente significativa entre la preeclampsia y el tipo de cesárea. A pesar de la ausencia de significancia estadística, la preeclampsia sigue siendo una de las principales causas de cesárea por emergencia, debido a las alteraciones hemodinámicas y placentarias; esta patología se caracteriza por una disfunción endotelial que compromete el flujo sanguíneo uteroplacentario provocando hipoxia fetal, restricción del crecimiento intrauterino y riesgo de muerte perinatal, en ese sentido a pesar de que el análisis estadístico no evidencia ninguna relación, la relevancia clínica justifica la necesidad de una vigilancia estricta y manejo oportuno

En el año 2022, el Ministerio de Salud (MINSA), a través del Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP), registró 13 % de prevalencia de trastornos hipertensivos en el embarazo, de los cuales el 4,79 11% presentó preeclampsia severa (61). Esta condición se asocia directamente con la indicación de cesárea por emergencia, dado que la placenta no recibe suficiente sangre y, en consecuencia, el feto no obtiene adecuadamente los nutrientes ni el oxígeno necesario para su adecuado desarrollo (62).

En este contexto, los resultados del estudio aportan evidencia sobre la necesidad de replantear las estrategias de atención prenatal, priorizando la detección precoz y el monitoreo continuo de los trastornos hipertensivos del embarazo, especialmente en gestantes primíparas o con antecedentes familiares con dicha patología. La enfermera tiene un papel esencial en la prevención, educación y acompañamiento clínico de la gestante.

Acerca de la diabetes gestacional, no se registraron casos en ningún grupo, por lo que no fue posible establecer asociación estadística. Los resultados obtenidos concuerdan con los de Luyo V. y Vega M. (59), quienes reportan que el 96,3% no presentó diabetes gestacional y el 3,7% sí la presentó. No obstante, difieren de Gonza G. (63), quien halló que el 85,8% de las gestantes sí presentó diabetes gestacional, mientras que el 59, 4% no la presentó.

Los hallazgos permiten señalar que la diabetes gestacional no constituye un factor de riesgo materno asociado con la realización de cesáreas en el Hospital II-E Simón Bolívar evidenciado con la prueba de Chi-cuadrado, a pesar de que esta enfermedad afecta alrededor del 4% de mujeres embarazadas en el Perú (64). La diabetes gestacional incrementa la probabilidad de complicaciones como macrosomía fetal, distocia de hombros, sufrimiento fetal, partos prolongados y hemorragias postparto, lo que muchas veces obliga a optar por una cesárea para salvaguardar la salud materna y neonatal (65).

En lo que respecta a los abortos recurrentes, de los 87 casos de cesárea por emergencia, el 10,34% ($n = 9$) presentó este antecedente, mientras que el 89,66% no lo presentó. En el grupo de cesárea programada, el 100% no presentó abortos recurrentes. Estos resultados evidencian que la frecuencia de esta condición es baja; sin embargo, los abortos recurrentes pueden constituir un antecedente clínico relevante que condiciona la

evolución del embarazo actual y, en determinados casos influye en la decisión de la vía del parto. La presencia de este antecedente entre las cesáreas de emergencia podría reflejar la falta de un seguimiento preconcepcional y prenatal integral, así como la falta de una evaluación adecuada del riesgo reproductivo. Por otro lado, la ausencia de casos de cesáreas programadas podría estar relacionada con una mayor planificación y control prenatal poniendo a la protección del binomio ante posibles complicaciones.

En el Perú, se estima que entre el 10% y el 20% de las mujeres embarazadas experimentan un aborto (66), siendo la mayoría de estos casos son recurrentes e inexplicables. No obstante, existen diversos factores que pueden aumentar la probabilidad de un aborto, tales como la edad avanzada, el bajo peso o el sobrepeso, el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol o cafeína, posibles alteraciones en la coagulación sanguínea, anomalías en la forma del útero, desequilibrios hormonales o factores genéticos. (67)

En este sentido, el antecedente de aborto en una mujer embarazada requiere un seguimiento prenatal más cuidadoso, con el fin de reducir el riesgo de complicaciones y, por ende, disminuir la incidencia de cesáreas en esta población. Sin embargo, el análisis estadístico mostró un valor de $X_c = 1,478$ y $p = 0,224$, evidenciando que no existe relación estadísticamente significativa entre los abortos recurrentes y el tipo de cesárea en el Hospital II-E Simón Bolívar.

Todos estos elementos pueden incrementar el posible riesgo de complicaciones en la gestación, como placenta previa o incompetencia cervical, que con frecuencia conllevan a la necesidad de realizar una cesárea. En este sentido, el rol de la enfermería materno-fetal resulta fundamental para fortalecer la educación reproductiva, garantizar la continuidad del control prenatal y contribuir a la reducción de complicaciones que podrían culminar en cesáreas de emergencia.

En cuanto a la muerte perinatal, de los 87 casos de cesárea por emergencia, el 5,75% este antecedente, mientras que el 94,25% no lo presentó. En las cesáreas programadas, el 7,69% presentó muerte perinatal y el 92,31% no la presentó. Si bien la frecuencia de esta condición es baja en ambos grupos su relevancia clínica es importante, ya que la pérdida perinatal puede influir significativamente en la conducta gestacional y la toma de decisiones antes embarazos posteriores. En algunos casos, este antecedente puede motivar

la indicación de una cesárea programada con el fin de minimizar una nueva pérdida o complicaciones.

Según UNICEF (14), señala que cada 16 segundos se produce una muerte perinatal en el mundo, lo que equivale a cerca de dos millones de bebés fallecidos cada año; así mismo, indica que la mayoría de estos casos podrían prevenirse con una atención de calidad durante el embarazo y el parto. Las principales causas de mortalidad perinatal incluyen complicaciones durante el parto, hemorragias previas al parto, desprendimiento de placenta, infecciones y enfermedades maternas y las complicaciones durante el embarazo como la restricción del crecimiento fetal. Del mismo modo, la salud materna constituye un factor determinante, ya que condiciones como obesidad, diabetes e hipertensión la edad materna avanzada o el consumo de alcohol, tabaco y drogas aumentan el riesgo de mortalidad fetal (14).

Por otro lado, en el Perú, el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) reporta que la tasa de mortalidad perinatal se ubicó en 25,38 por cada 1000 nacidos vivos, si bien esta tasa de mortalidad ha mostrado un descenso progresivo en las últimas décadas, aún representa un problema de salud pública, con marcadas desigualdades entre departamento o regiones y grupos poblacionales influenciados por factores sociodemográficos (68). En relación con los resultados obtenidos la prueba de Chi-cuadrado arrojó un valor $X_c=0,076$ y un nivel de significancia $p= 0,783$, lo que evidencia la ausencia de una asociación estadísticamente significativa, ya que estos hallazgos refuerzan la importancia de fortalecer las estrategias de atención del binomio materno-fetal, teniendo en cuenta el control prenatal oportuno y la vigilancia de los factores de riesgo que puedan generar la morbi-mortalidad perinatal.

En relación con la paridad, de los 87 casos de cesárea por emergencia, el 52,87% correspondió a nulíparas y el 47,13% a multíparas. En el grupo de cesárea programada, el 76,92% fueron nulíparas y el 23,08% multíparas. Estos hallazgos difieren de los reportados por Campaña F., et al (20) quienes señalan que el 57% fueron mujeres multigestas y el 43% primíparas. De manera similar, contrastan con los resultados de Cárdenas G (47), donde se reportó un 39,6% de primigesta y un 60,5% de multigesta. La diferencia observada podría deberse a las características poblacionales, al nivel de complejidad del hospital.

A pesar de ello, diversos estudios evidencian que las mujeres primíparas presentan una mayor incidencia de cesáreas en comparación con las multíparas, dado que el primer parto suele asociarse con un mayor riesgo de trabajo de parto prolongado, lo que a su vez aumenta la probabilidad de desproporción céfalo-pélvica y distocias de presentación, que pueden llevar a sufrimiento fetal agudo (69). En cambio, las multíparas que han tenido partos vaginales previos tienden a presentar menores complicaciones durante el parto debido a que tienden a tener una mejor capacidad de adaptación del canal del parto y una dinámica uterina más eficiente. Sin embargo, la presencia de antecedentes obstétricos desfavorables, como una cesárea anterior, puede revertir esta tendencia y aumentar significativamente la probabilidad recurrir nuevamente a una vía quirúrgica.

Asimismo, aunque el trabajo de parto suele ser más rápido y con menor resistencia del canal del parto, también existe un incremento en complicaciones como placenta previa, acretismo placentario, hemorragias y riesgo de ruptura uterina, lo que puede condicionar la necesidad de una cesárea de emergencia para salvaguardar la vida materna y fetal.

Con respecto al análisis estadístico, este mostró un valor de $X_c = 2,665$ y $p = 0,103$, sin evidenciar asociación estadísticamente significativa; este resultado no descarta la influencia clínica que puede tener la paridad sobre la vía de parto, por lo que se debe considerar un factor dentro de la evaluación integral del riesgo, es ahí donde se debe reforzar la necesidad de fortalecer las estrategias de atención materno-perinatal.

En lo que respecta a la desproporción céfalo-pélvica, de los 87 casos de cesárea por emergencia, el 13,79% presentó esta condición, mientras que el 86,21% no la presentó. En el grupo de cesárea programada, el 30,77% presentó desproporción céfalo-pélvica y el 69,23% no la presentó. Estos hallazgos concuerdan con los de Villanueva R. (57), quien reporta que el 87,3% no presentó desproporción céfalo-pélvica y el 12,7% sí la manifestó, así mismo, Zelada V. (60) quien señala que el 74% no presentó y el 26% sí.

En el Perú la incidencia de desproporción céfalo-pélvica varía según la región y el tipo de establecimiento de salud; sin embargo, constituye una de las principales indicaciones de partos por cesárea, alcanzando en algunos hospitales y centros de salud cifras superiores al 17% (70). Es por ello, la DCP puede generar un trabajo de parto prolongado

o detenido, lo que incrementa el riesgo de sufrimiento fetal agudo, especialmente en mujeres primíparas y gestantes adolescentes, debido a la inmadurez ósea pélvica.

En el Hospital II-E Simón Bolívar, este factor de riesgo con el análisis estadístico indica ausencia de asociación estadísticamente significativa con de $X_c=2,142$ y un nivel de significancia $p=0,119$. Sin embargo, este factor continúa siendo relevante, ya que la DCP puede condicionar la evolución del trabajo de parto y aumentar el riesgo de complicaciones materno-fetales. Por ello, es importante la identificación temprana de los factores de riesgo y la adecuada vigilancia del trabajo de parto, con el fin de disminuir la morbilidad materna perinatal y evitar cesáreas innecesarias, reservándolas únicamente para los casos en los que la DCP comprometa la seguridad del binomio madre-hijo.

Sobre el trabajo de parto, de los 87 casos de cesárea por emergencia, el 20,69% presentó trabajo de parto y el 79,31% no lo presentó. En las cesáreas programadas, el 23,08% presentó trabajo de parto y el 76,92% no lo presentó. Villanueva R. (57) señala que el 84,69% no ha tenido trabajo de parto y el 7,49% sí lo evidenció; de manera similar, Rodríguez M. (48) indica que el 91% no presentó y el 9% sí. Sin embargo, estos hallazgos no concuerdan con los de Reategui E. (22), quien señala que el 57% de las pacientes presentó este factor de riesgo fetal.

A pesar de las diferencias entre estudios, el trabajo de parto prolongado constituye una de las causas más frecuentes de cesárea en hospitales de mediana y alta complejidad, especialmente en mujeres primíparas y en gestantes adolescentes debido a que la resistencia del canal de parto y la inmadurez pélvica son más frecuentes. Un estudio peruano señala que el trabajo de parto fue el responsable del 12,02% de cesáreas (71).

Por ello, se resalta la importancia de la adecuada vigilancia del trabajo de parto mediante partograma y monitoreo fetal continuo, lo que permite una identificación oportuna de posibles alteraciones. El análisis estadístico mostró un valor de $X_c = 0,039$ y $p = 0,844$, confirmando que no existe una relación estadísticamente significativa entre el trabajo de parto y el tipo de cesárea. De esta manera, la relación entre el trabajo de parto y la cesárea radica en que cualquier alteración en su curso fisiológico constituye un factor de riesgo para la decisión de recurrir a esta intervención.

Finalmente, los resultados obtenidos de los factores de riesgo materno evidenciaron que, si bien algunas variables como la cesárea anterior, la paridad, la preeclampsia, la desproporción céfalo pélvica y el trabajo de parto prolongado mostraron mayor frecuencia en los casos de cesárea por emergencia, no se hallaron relación estadísticamente significativa con los tipos de cesárea. No obstante, estos resultados son relevantes a una influencia clínica relevante de estos factores ya que la recurrencia de cesáreas de emergencia responde a complicaciones prevenibles mediante controles prenatales oportunos, adecuada vigilancia intraparto y una atención adecuada.

Desde la perspectiva de la enfermería, el conjunto de estos hallazgos reafirma la importancia del rol preventivo, educativo y asistencial del profesional de enfermería en todas las etapas del proceso reproductivo; así tener una detección de factores de riesgo, monitoreo continuo del trabajo de parto y la educación prenatal personalizada fundamental para disminuir las incidencias de cesáreas de emergencia y fortalecer la seguridad materno y neonatal.

Tabla 3.1. Relación entre la cesárea y los factores de riesgo materno en el Hospital II-E Simón Bolívar Cajamarca, 2025.

Factores de riesgo materno	Tipos de cesárea						Xc y p
	Cesárea por emergencia		Cesárea Programada		Total		
Desprendimiento prematuro de placenta (DPP)	N°	%	N°	%	N°	%	
No	83	95,4	13	100	96	96	Xc = 0,623 p = 0,430
Sí	4	4,6	0	0	4	4	
Total	87	100	13	100	100	100	
Ruptura prematura de membranas (RPM)	N°	%	N°	%	N°	%	
No	77	88,51	11	84,62	88	88	Xc = 0,162 p = 0,687
Sí	10	11,49	2	15,38	12	12	
Total	87	100	13	100	100	100	
Polihidramnios	N°	%	N°	%	N°	%	
No	87	100	13	100	100	100	--
Sí	0	0	0	0	0	0	
Total	87	100	13	100	100	100	
Oligohidramnios	N°	%	N°	%	N°	%	
No	70	80,46	12	92,31	82	82	Xc = 1,076 p = 0,300
Sí	17	19,54	1	7,69	18	18	
Total	87	100	13	100	100	100	
Corioamnionitis	N°	%	N°	%	N°	%	
No	87	100	13	100	100	100	--
Sí	0	0	0	0	0	0	
Total	87	100	13	100	100	100	

Fuente: Ficha de registro de datos

En la tabla 4 se observa más factores de riesgos materno y el tipo de cesárea. Respecto al *desprendimiento prematuro de placenta (DPP)*, se observa que, de los 87 casos de cesárea por emergencia, el 4,60% presentó DPP y el 95,40% no lo presentó. En el grupo de cesárea programada, el 100,00% no presentó. Estos resultados concuerdan con los de Villanueva R. (57) quien reportó que el 98,4% de gestantes no presentó DPP y el 1,6% sí lo manifestó.

En el Perú, las cifras de incidencia varían según los estudios, sin embargo, un trabajo de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos señala que la tasa de desprendimiento prematuro de placenta fue 0,6 por 100 procedimientos (72). El desprendimiento prematuro de placenta se considera una de las principales indicaciones de cesárea de emergencia en hospitales, dado que su diagnóstico clínico inmediata determina la necesidad de resolución quirúrgica sin margen de espera, ya que la separación prematura parcial o total de la placenta de la pared uterina interrumpe el flujo sanguíneo entre la madre y el feto, provocando hipoxia fetal, hemorragias graves y riesgo vital materno-fetal.

El análisis estadístico mediante la prueba de Chi-cuadrado mostró un valor de $X_c = 0,623$ y un valor de $p = 0,430$, indicando que no existe una asociación estadísticamente significativa entre el desprendimiento prematuro de placenta y el tipo de cesárea. Esta complicación ocurre cuando la placenta se separa parcial o totalmente de la pared uterina antes del nacimiento del feto y se asocia con el incremento significativo de morbilidad materna y perinatal, siendo causa directa de hemorragias graves, anemia materna, coagulación intravascular diseminada, parto pretérmino y muerte fetal intrauterina.

En relación con la ruptura prematura de membrana (RPM), se evidenció que el 11,49% de las pacientes con cesárea por emergencia presentó esta condición, mientras que el 88,51% no la presentó. En el grupo de cesárea programada, el 15,38% presentó ruptura prematura de membranas y el 84,62% no la presentó. Estos resultados guardan concordancia con los de Zelada V. (60) quien reporta que el 86% no presentó RPM y el 14% sí, así como con los hallazgos de Loayza C. (21), donde el 88,1% no presentó y el 11,9% sí.

La literatura señala que la RPM constituye un factor de riesgo relevante para la indicación de cesárea, al estar asociada con complicaciones como sufrimiento fetal agudo, corioamnionitis o trabajo de parto detenido.

En el estudio, el análisis estadístico arrojó un valor de $X_c=0,162$ y un nivel de significancia $p=0,687$, lo que indica la ausencia de una asociación estadísticamente significativa entre la RPM y el tipo de cesárea, lo que conlleva a tener una mayor importancia de lograr un diagnóstico oportuno y de un manejo expectante o activo adecuado, reservando la cesárea para escenarios en las que la RPM compromete la seguridad de la madre e hijo.

Referente al polihidramnios, el 100% no presentó dicha condición, es decir, no se registraron casos en ninguno de los dos grupos analizados (cesárea de emergencia y programada), tanto en cesáreas por emergencia como en cesáreas programadas, por lo que no fue posible establecer asociación estadística. Este resultado guarda gran similitud con los de Villanueva R. (57) indica que 99,7% no evidencia y el 0,3% sí, sin embargo, no tienen relación con los de Reategui E. (22) ya que los resultados que ha obtenido es del 12% ha presentado dicho factor de riesgo. Esta discrepancia podría explicarse por el tamaño de la muestra, las características de la población estudiada y los criterios diagnósticos empleadas en cada investigación.

El polihidramnios se considera un factor de riesgo para indicación de cesárea debido a las complicaciones que predispone como parto prematuro, presentaciones anómalas, ruptura prematura de la placenta, prolapso del cordón umbilical, a pesar de que solo el 1-2% afecta a mujeres embarazadas (73). En este sentido, sí bien en mi estudio no se ha evidenciado relación directa entre el polihidramnios y la incidencia de cesáreas en el Hospital II-E Simón Bolívar, es por ello resaltar la importancia de su diagnóstico oportuno y el monitoreo continuo, con el fin de reducir complicaciones y reservar la vía quirúrgica para aquellos casos donde la seguridad materno fetal este comprometida.

En relación con el oligohidramnios, el 19,54% de las pacientes con cesárea por emergencia presentó esta condición, mientras que el 80,46% no la presentó. En el grupo de cesárea programada, el 7,69% presentó oligohidramnios y el 92,31% no lo presentó. Estos resultados guardan concordancia con lo reportado por Zelada V. (60), quien señala

que el 96% no presentó oligohidramnios y solo el 4% sí lo manifestó. De manera similar, Villanueva R. (57) indica que 91,9% no evidenció esta condición y el 8,1% sí la presentó. No obstante, los hallazgos también se relaciona con lo descrito por Reategui E. (22) cuyos resultados muestran que el 7% de las gestantes evaluadas ha presentó dicho factor de riesgo.

El oligohidramnios se relaciona con un incremento en la incidencia de cesáreas debido a las complicaciones materno-fetal que conlleva. Entre las principales destacan el mayor riesgo de aborto espontáneo, muerte fetal, parto prematuro y restricción del crecimiento intrauterino, condiciones derivadas en gran medida de la insuficiencia placentaria y la hipoxia fetal crónica (74). En casos de oligohidramnios severo o persistente, la cesárea electiva se plantea como una estrategia preventiva para reducir riesgos durante el trabajo de parto y salvaguardar la seguridad materno-fetal.

En lo que respecta a Corioamnionitis, el 100% de las pacientes no presentó este factor de riesgo, es decir, no se registraron casos en ninguno de los grupos evaluados, tanto en cesáreas por emergencia como en cesáreas programadas, por lo que no se pudo realizar análisis estadístico de asociación. Estos resultados son similares con los de Villanueva R. (57), quien reportó que el 96,4% no evidenció corioamnionitis y el 3,6% sí, sin embargo, difieren parcialmente de lo señalado por Reategui E. (22), quien encontró que el 5% de las gestantes presentó este factor. Estos hallazgos reflejan que, aunque su frecuencia es baja, la corioamnionitis constituye un factor de riesgo materno relevante, ya que puede desencadenar una infección dando una respuesta inflamatoria que puede alterar la dinámica del trabajo de parto, provocando distocia, sufrimiento fetal agudo o fiebre materna persistente, lo que lleva con frecuencia a indicar una intervención quirúrgica. Si bien en este estudio no se ha evidenciado una relación directa entre la corioamnionitis y la incidencia de cesáreas en el Hospital II-E Simón Bolívar, se resalta la importancia de la identificación temprana, el manejo adecuado y la vigilancia estrecha. Estos aspectos son esenciales para disminuir la probabilidad de recurrir a una cesárea por complicaciones infecciones y a su vez reducir las consecuencias adversas maternas y perinatales asociadas a esta condición.

En resumen, los factores de riesgo maternos mencionados en esta tabla no mostraron una asociación estadísticamente significativa con los tipos de cesárea. Sin embargo, estas condiciones, pese a su baja frecuencia, representan una importancia clínica y preventiva que llega a ser incuestionable, ya que condiciona la vía del parto. La ausencia de asociación estadística puede explicarse por un adecuado diagnóstico oportuno y manejo clínico multidisciplinario, esto seguirá precipitando a una cesárea de emergencia en escenarios donde se compromete del binomio madre-hijo.

Desde la perspectiva de la enfermería, los hallazgos permiten fortalecer la vigilancia clínica y la educación prenatal como pilares esenciales del cuidado. El rol de enfermería es crucial en la detección temprana de signos de alarma, la monitorización continua durante el trabajo de parto y la aplicación rigurosa de protocolos de prevención de infecciones y complicaciones hemorrágicas. Asimismo, su labor educativa dirigida a la gestante resulta fundamental para la toma de decisiones informadas y contribuir a la reducción de cesáreas de emergencia mediante una atención integral y humanizada.

Tabla 4. Relación entre la cesárea y los factores de riesgo fetales en el Hospital II-E Simón Bolívar Cajamarca, 2025.

Factores de riesgo fetales	Tipo de cesárea						Xc y p
	Cesárea por emergencia		Cesárea programada		Total		
Sufrimiento fetal	N°	%	N°	%	N°	%	Xc = 1,023 p = 0,312
No	62	71,26	11	84,62	73	73	
Sí	25	28,74	2	15,38	27	27	
Total	87	100	13	100	100	100	
Prematuridad	N°	%	N°	%	N°	%	Xc = 0,151 p = 0,698
No	86	98,85	13	100	99	99	
Sí	1	1,15	0	0	1	1	
Total	87	100	13	100	100	100	
Embarazo gemelar	N°	%	N°	%	N°	%	Xc = 0,531 p = 0,466
No	84	96,55	12	92,31	96	96	
Sí	3	3,45	1	7,69	4	4	
Total	87	100	13	100	100	100	
Malformaciones fetales	N°	%	N°	%	N°	%	Xc = 0,151 p = 0,698
No	86	98,85	13	100	99	99	
Sí	1	1,15	0	0	1	1	
Total	87	100	13	100	100	100	
Macrosomía fetal	N°	%	N°	%	N°	%	Xc = 0,167 p = 0,683
No	77	88,51	12	92,31	89	89	
Sí	10	11,49	1	7,69	11	11	
Total	87	100	13	100	100	100	
Distocia de presentación	N°	%	N°	%	N°	%	Xc = 0,007 p = 0,933
No	66	75,86	10	76,92	76	76	
Sí	21	24,14	3	23,08	24	24	
Total	87	100	13	100	100	100	
Insuficiencia placentaria	N°	%	N°	%	N°	%	Xc = 1,131 p = 0,288
No	85	97,7	12	92,31	97	97	
Sí	2	2,3	1	7,69	3	3	
Total	87	100	13	100	100	100	

Comprensión del cordón umbilical	N°	%	N°	%	N°	%	
No	86	98,85	12	92,31	98	98	Xc = 2,470 p = 0,116
Sí	1	1,15	1	7,69	2	2	
Total	87	100	13	100	100	100	

Fuente: Ficha de registro de datos

En la tabla N° 4 se presentan la distribución de las pacientes atendidas en el Hospital Simón Bolívar de Cajamarca durante el año 2025, según factores de riesgo fetales y el tipo de cesárea (emergencia o programada), entre ellos el sufrimiento fetal, donde los 87 casos de cesárea por emergencia, el 28,74% presentó sufrimiento fetal y el 71,26% no lo presentó. En el grupo de cesárea programada (n = 13), el 15,38% presentó sufrimiento fetal y el 84,62% no lo presentó. Estos resultados no concuerdan con los reportados por Reategui E. (22), quien encontró que el 46% de sus pacientes presentó dicho factor de riesgo fetal, así mismo, con el estudio de Quispe R. (23), donde el 87,7% presentó dicho este factor y solo el 12,3% no lo manifestó.

El sufrimiento fetal constituye a la indicación de cesárea, ya que, compromete de manera directa la vida y el bienestar del feto. El análisis estadístico mediante la prueba de Chi-cuadrado arrojó un valor de $X_c=1,023$ y un nivel de significancia $p=0,312$, lo que indica que no existe una asociación estadísticamente significativa entre el sufrimiento fetal y el tipo de cesárea. Investigaciones previas, como las de Reategui y Quispe, han demostrado una mayor frecuencia de esta complicación en comparación con los resultados obtenidos en el presente estudio. En este sentido, la relación entre sufrimiento fetal y cesárea se relaciona con la intervención quirúrgica para preservar la vida fetal cuando se evidencian signos de hipoxia o acidosis. De allí la importancia de la vigilancia fetal continua y de la capacidad de respuesta inmediata del equipo de salud sean determinantes en el desenlace obstétrico y en la reducción de la morbilidad perinatal.

En cuanto a la prematuridad, se evidenció que el 1,15% de las pacientes con cesárea por emergencia presentó parto prematuro, mientras que el 98,85% no lo presentó. En el grupo de cesárea programada no se registraron casos de prematuridad. El análisis estadístico mostro un valor de $X_c=0,151$ y un nivel de significancia $p=0,698$, determinando que no hay relación estadísticamente entre ambas variables. Este resultado podría explicarse por

la baja incidencia de partos pretérminos o por un manejo clínico efectivo de las complicaciones obstétricas que tienden a desencadenar el parto prematuro.

No obstante, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que 13,4 millones de niños nacieron mucho antes de tiempo, es decir, más de 1 de cada 10 nacimientos, y resalta que la prematuridad es la principal causa de defunción en los niños menores de 5 años (75). Esta condición se asocia con complicaciones maternas y fetales como preeclampsia, ruptura prematura de membranas, infecciones intrauterinas (principalmente del líquido amniótico y del aparato genital), restricción del crecimiento intrauterino, así como alteraciones en el cuello del útero o la placenta; conllevando a una intervención quirúrgica para salvaguardar la vida de la madre y del feto.

Aunque en el presente estudio no se evidenció una relación directa entre casos de prematuridad y la incidencia de cesáreas en el Hospital II-E Simón Bolívar, es importante destacar la importancia de la identificación temprana de los factores de riesgo fetales, un manejo adecuado de las complicaciones y de la toma de decisiones para priorizar el binomio madre e hijo.

En cuanto al embarazo gemelar, el 3,45% de las pacientes con cesárea por emergencia presentó esta condición, mientras que el 96,55% no la presentó. En el grupo de cesárea programada, el 7,69% presentó embarazo gemelar y el 92,31% no lo presentó. Estos resultados no guardan concordancia con los de Reategui E. (22), quien reportó una frecuencia de embarazos gemelares del 20%. A nivel nacional, las cifras son limitadas con una incidencia de aproximadamente de 1,39 por cada 100 nacidos vivos en el Perú (76).

Los embarazos gemelares estos suelen presentarse con complicaciones como desproporción cefalopélvica, posición inadecuada del segundo gemelo, sufrimiento fetal o desprendimiento prematuro de placenta (77). La prueba Chi-cuadrado evidenció un valor de $X^2=0,531$ y un nivel de significancia $p=0,466$ indicando la ausencia de una asociación estadísticamente significativa. Sin embargo, los embarazos gemelares desde una vista clínica siguen siendo un riesgo debido a la mayor probabilidad de complicaciones en el binomio materno-hijo, ya que incrementan la probabilidad de

requerir una cesárea de emergencia, especialmente cuando existe discordancia de crecimiento o compromiso hemodinámico de uno de los fetos.

En lo que se refiere a las malformaciones fetales, se evidenció que el 1,15% de las pacientes con cesárea por emergencia presentó malformaciones fetales, mientras que el 98,85% no las presentó. En el grupo de cesárea programada no se registraron casos de malformaciones fetales. Así mismo, la Organización Panamericana de la Salud (79) refiere que cada año aproximadamente 8 millones de niños nacen con un defecto congénito las malformaciones fetales pueden deberse a uno o varios factores genéticos, infecciosos, nutricionales o ambientales, pero con frecuencia es difícil determinar las causas exactas, llevando a la indicación de una cesárea. Estas anomalías pueden ser estructurales o funcionales el cual compromete el bienestar del feto.

Las malformaciones fetales estructurales y las funcionales o metabólicas pueden comprometer de manera significativa el bienestar fetal. En tales casos, la cesárea se convierte en una medida preventiva o resolutive, orientada a garantizar la viabilidad del recién nacido y facilitar el acceso inmediato a cuidados especializados.

Sin embargo, el análisis estadístico mostro un valor de $X_c=0,151$, y un nivel de significancia $p=0,698$, es decir, en el Hospital II-E Simón Bolívar no existe una asociación estadísticamente entre las malformaciones fetales y el tipo de cesárea; es por ello, la importancia de una identificación temprana mediante una ecografía prenatal y un adecuado seguimiento multidisciplinario.

Respecto a la macrosomía fetal, se observó que el 11,49% de las pacientes con cesárea por emergencia presentó esta condición, mientras que el 88,51% no la presentó. En el grupo de cesárea programada, el 7,69% presentó macrosomía fetal y el 92,31% no la presentó. Estos resultados guardan concordancia con los de Loayza C. (21) donde señala que el 87% no presentó macrosomía fetal y el 13% sí, del mismo modo, Quispe R. (23) indica que el 93% de los pacientes presentó dicho factor de riesgo y el 7% sí presentó.

La macrosomía fetal compone una de las principales causas para la indicación de cesárea, debido a que se involucra con complicaciones que involucraría la decisión del modo de parto tales como la distocia de hombros, desproporción céfalo pélvica, trabajo de parto

prolongado, laceraciones del aparato genital, rotura uterina, entre otros. En cuanto a los neonatos este factor de riesgo se vincula con un mayor riesgo de hipoglucemia, obesidad infantil, síndrome metabólico, complicaciones traumáticas durante el parto, entre otros (80).

En mi investigación, el análisis estadístico arrojó un valor de $X_c = 0,167$ y un valor de $p=0,683$, evidenciando ausencia de asociación estadísticamente significativa entre la macrosomía fetal y el tipo de cesárea, aunque no tenga relación este grupo sigue representando un importante factor de riesgo fetal, ya que se asocia a complicaciones como el trabajo de parto prolongado, la distocia de hombros, entre otros. Este resultado conlleva a que refuerza la necesidad de considerar la cesárea para preservar la integridad el binomio madre-hijo.

Respecto a la distocia de presentación, se evidenció que el 24,14% de las pacientes con cesárea por emergencia presentó esta condición, mientras que el 75,86% no la presentó. En el grupo de cesárea programada, el 23,08% presentó distocia de presentación y el 76,92% no la presentó. Estos resultados guardan concordancia con los de Loayza C. (21) donde señala que el 95,4% no presentó distocia de presentación y el 4,6% sí; sin embargo, difieren de la investigación de Reategui E. (22) donde el 34% de las gestantes sí presentó este factor de riesgo fetal. Estas variaciones podrían explicarse por diferencias en las características obstétricas, la edad gestacional al parto y las estrategias de detección prenatal aplicadas en cada estudio.

La prueba de Chi-cuadrado mostró un valor de $X_c = 0,007$ y un valor de $p = 0,933$, indicando que no existe asociación estadísticamente significativa entre la distocia de presentación y el tipo de cesárea. La distocia de presentación forma una de las principales causas para la indicación de cesárea, dado que las presentaciones no cefálicas, podálica, transversa u oblicua, generan complicaciones como sufrimiento fetal agudo. Si bien, en mi estudio dicho factor de riesgo con presenta datos relevantes para constituir un factor de riesgo fetal relacionado con cesárea es importante resaltar que se debe de diagnosticar de forma precoz mediante ecografía obstétrica, con el fin de permitir un control adecuado a la hora del trabajo de parto.

En relación con la insuficiencia placentaria, se observó que el 2,30% de las pacientes con cesárea por emergencia presentó esta condición, mientras que el 97,70% no la presentó. En el grupo de cesárea programada, el 7,69% presentó insuficiencia placentaria y el 92,31% no la presentó. Algunas literaturas como la de Wardinger J. y Shashikanth A. (81), señalan que entre el 10% y el 15% de embarazos son afectados por dicho factor de riesgo fetal, ya que es un deterioro progresivo en el funcionamiento placentario generando la disminución de oxígeno y nutrientes al feto.

Por otro lado, aunque en mi investigación los valores recogidos son bajos, el análisis estadístico evidenció un valor de $X_c=1,131$ y un nivel de significancia $p=0,288$, determinándose que no existe una asociación estadísticamente significativa entre la insuficiencia placentaria y el tipo de cesárea. No obstante, desde el punto de vista clínico, la insuficiencia placentaria continúa considerándose un factor de riesgo relevante, dado que puede comprometer el intercambio de oxígeno y nutrientes entre la madre y el feto, incrementando el riesgo de restricción del crecimiento intrauterino, sufrimiento fetal y parto prematuro, por ello, es fundamental una detección temprana.

Respecto a la compresión del cordón umbilical, se evidenció que el 1,15% de las pacientes con cesárea por emergencia presentó esta condición, mientras que el 98,85% no la presentó. En el grupo de cesárea programada, el 7,69% presentó compresión del cordón umbilical y el 92,31% no la presentó. El análisis estadístico mostró un valor de $X_c=2,470$ y un nivel de significancia $p=0,116$, indicando que no existe una asociación estadísticamente significativa entre la compresión del cordón umbilical y el tipo de cesárea.

No obstante, literaturas indican que la compresión del cordón umbilical constituye una de las causas directas del sufrimiento fetal, se debe al movimiento del bebé en el útero o las contracciones durante el parto generando cortar el flujo de oxígeno y sangre al bebé, generando un parto quirúrgico con el fin de disminuir el daño cerebral.

Finalmente, el análisis de los factores de riesgo fetales permitió evidenciar que, si bien el sufrimiento fetal, la prematuridad, el embarazo gemelar, las malformaciones fetales, la macrosomía, la distocia de presentación, la insuficiencia placentaria y la compresión del cordón umbilical no mostraron una asociación estadísticamente significativa con el tipo

de cesárea sin embargo es relevante e incuestionable dado que constituye las principales causas que condicionan la decisión en la vía de parto para salvaguardar la vida y bienestar del feto.

Los resultados muestran la importancia del monitoreo fetal sistemático, la educación prenatal y la intervención preventiva como estrategia esencial para la protección de la gestante y del neonato. Es aquí donde el profesional de enfermería desempeña un rol fundamental en la detección precoz de signos de hipoxia fetal, alteraciones del crecimiento o presentación anómala y la comunicación entre el equipo multidisciplinario para la toma de decisiones oportunas

CONCLUSIONES

1. En el Hospital II-E Simón Bolívar durante el periodo enero a abril 2025 la tasa de cesárea fue de 87% por emergencia y el 13% electiva o programada.
2. Las mujeres se realizaron una cesárea en el Hospital II-E Simón Bolívar, en su mayoría tienen entre 16-25 años, son convivientes, cuentan con secundaria completa y de procedencia rural.
3. Al comprobar la hipótesis, se acepta la hipótesis nula, determinándose que no existe una relación estadísticamente significativa entre el tipo de cesárea y los factores de riesgo materno-fetales en el Hospital II-E Simón Bolívar de Cajamarca, durante el año 2025.

RECOMENDACIONES

A los Directivos del Hospital II-E Simón Bolívar:

- Se recomienda a los directivos del Hospital II-E Simón Bolívar, que tengan en cuenta los resultados de dicha investigación para que se puedan tomar acciones en la auditoria de historias clínicas por el servicio de calidad con el fin de verificar si todos los partos por cesárea cumplen con todos los requisitos para realizar la intervención y controles prenatales.

Al personal de salud del Hospital II-E Simón Bolívar:

- Fortalecer la atención prenatal, brindando una atención de calidad con un enfoque de riesgo, con el fin de tomar acciones oportunas a diferentes complicaciones que se puedan presentarse y disminuir la incidencia de cesáreas.
- Mejorar la comunicación con las gestantes para brindar una información adecuada a las gestantes sobre los factores de riesgos que puedan presentar, asimismo, fortalecer la promoción de la salud en las gestantes sobre estilos de vida saludable, autocuidado, importancia de la atención prenatal.

A la Escuela Académico Profesional de Enfermería:

- A los estudiantes de enfermería, estimular la investigación en el campo de la salud materno-fetal con el objetivo de generar conocimiento actualizado y relevante, ya que la enfermería cumple funciones fundamentales como la promoción, prevención, control y seguimiento del embarazo para garantizar el bienestar tanto de la madre como del feto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Natalben, El parto por cesárea paso a paso [Internet]. 2023 [citado 7 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.natalben.com/parto/parto-por-cesarea>
2. Flórez CAC, Vélez MT, Santos WAS. Documentación del panorama de riesgos, para un sistema de seguridad y salud ocupacional en la zona administrativa de la Universidad de San Buenaventura (Salento). Medellin, Colombia: Universidad de San Buenaventura, 2011; Disponible en:

<https://bibliotecadigital.usb.edu.co/server/api/core/bitstreams/7ce1588f-152b-4c83-a25c-b3b229ad5bae/content>
3. ScienceDirect. Factores de riesgo materno: una visión general [Internet]. En: Temas en Medicina y Odontología; 1983 [citado 7 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/maternal-risk-factor>
4. Metropolitana P de P. Siete riesgos en el embarazo que debes conocer [Internet]. Policlínica Metropolitana; 2020 [citado 13 de enero de 2025]. Disponible en: <https://policlinicametropolitana.org/informacion-de-salud/riesgos-en-el-embarazo/>
5. Sung S, Mikes B, Martingano D, Mahdy H. National Library of Medicine. Parto por cesárea [Internet], StatPearls. Treasure Island: StatPearls Publishing; 2024 [citado 12 de octubre de 2025]. Disponible en:

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546707/?utm_source=chatgpt.com
6. Revista Compartir. ¿Sabías que la primera cesárea de la historia no la hizo un médico? [Internet]. Fundación Espriu; 2020 [citado 12 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://compartir.coop/es/salud/sabias-que-la-primera-cesarea-de-la-historia-no-la-hizo-un-medico>
7. Instituto Nacional de Estadística e informática, Gob pe. El 37,8% de los nacimientos registrados se dieron mediante cesárea en el año 2023 - Noticias - Instituto Nacional de Estadística e Informática - Plataforma del Estado Peruano [Internet]. 2024 [citado 10 de enero de 2025]. Disponible en:

- <https://www.gob.pe/institucion/inei/noticias/960252-el-37-8-de-los-nacimientos-registrados-se-dieron-mediante-cesarea-en-el-ano-2023>
8. Desantes Real D. Cesárea: Técnica e indicaciones [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia; 2022 [citado 10 de enero de 2025]. Disponible en:
<https://sego.es/documentos/ponencias/cursos/141/6.%20Domingo%20Desantes%20Real%20-%20Ces%C3%A1rea.%20T%C3%A9cnica%20e%20indicaciones.pdf>
 9. Barroso C. Historia de la cesárea y sus curiosidades [Internet]. Natalben; 2017 [citado 12 de octubre de 2025]. Disponible en:
<https://www.natalben.com/cesarea/curiosidades-problemas-respiratorios-bebe>
 10. Organización Mundial de la Salud (OMS). Las tasas de cesárea continúan aumentando, en medio de crecientes desigualdades en el acceso [Internet]. Ginebra: OMS; 2021 [citado 10 de enero de 2025]. Disponible en:
<https://www.who.int/news/item/16-06-2021-caesarean-section-rates-continue-to-rise-amid-growing-inequalities-in-access>
 11. Statista. Tasa de partos por cesárea en países seleccionados [Internet]. Hamburgo: Statista; 2024 [citado 10 de enero de 2025]. Disponible en:
<https://es.statista.com/estadisticas/636202/tasa-de-partos-por-cesarea-en-paises-seleccionados/#statisticContainer>
 12. Herrera Flores BJ. Complicaciones maternas intraoperatorias y postoperatorias por cesárea en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, junio 2021 - junio 2023 [Internet]. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca; 2024 [citado 14 de octubre de 2025]. Disponible en: <http://repositorio.unc.edu.pe/handle/20.500.14074/6474>
 13. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna [Internet]. 2023 [citado 18 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
 14. UNICEF. Lo que debes saber sobre las muertes fetales [Internet]. 2023 [citado 18 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.unicef.org/es/historias/lo-que-debes-saber-sobre-las-muertes-fetales>

- 15.Elsevier Connect. Factores de Riesgo Obstétrico y Clasificación de Embarazos [Internet]. Madrid: Elsevier; 2022 [citado 13 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/valoracion-inicial-de-la-gestacion-concepto-de-alto-riesgo-en-obstetricia>
- 16.Hospital Simón Bolívar. Cesareas. 2024. Hospital Simón Bolívar-Informática; 2024.
- 17.Heredia S, Morales S. Rol de enfermería en la atención primaria de salud en el manejo del embarazo [Internet]. 2023;7(4) [citado 14 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.investigarmqr.com/ojs/index.php/mqr/article/download/677/2684/3161>
- 18.Nilo Israel OG. Factores de riesgo asociados a cesárea en mujeres nulíparas, Hospital Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Riobamba, 2020 [Internet]. Ecuador, Riobamba: Universidad Nacional de Chimborazo; 2021 [citado 14 de octubre de 2025]. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/8277>
- 19.Méndez Carangui ME, Saldaña Tinizhañay JE. Factores Asociados a Cesárea. Revisión Sistemática [Internet]. 2022 [citado 14 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://dspace.ucacue.edu.ec/handle/ucacue/13014>
- 20.Campaña FC. Factores asociados a la resolución de parto vía cesárea en usuarias atendidas en el Hospital Clínico Viña del Mar, años 2018 a 2021. [Internet]. Chile: Viña del Mar; 2022 [citado 10 de enero de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.unab.cl/server/api/core/bitstreams/36819cbc-1eb4-4145-b9e2-3f59afd20b0b/content>
- 21.Loayza Quispe C. Factores asociados a la indicación de cesárea en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay 2021 [Internet]. Repositorio UPSJB; 2022 [citado 10 de enero de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/item/20c4c3b2-e7ca-49da-bda1-22496f510073>
- 22.Solis R. Factores de riesgo materno - fetales asociados al incremento de las cesáreas en el Hospital II - 2 Tarapoto en el periodo de enero a diciembre del 2020 [Internet]. Tarapoto: Universidad Nacional de San Martín. Fondo Editorial; 2021 [citado 5 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.unsm.edu.pe/item/695bc9e6-33f1-4eea-87cb-7723c7f74939>

23. Quispe RC. Factores de riesgo asociados a la indicación de cesárea en un Hospital de Ayacucho durante el período 2021-2022 [Internet]. Perú, Ayacucho: Universidad Peruana Los Andes; 2023 [citado 12 de enero de 2025]. Disponible en: <http://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/5927>
24. Ever Magno L. 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]. Lima: Universidad Privada San Juan Bautista; 2022 [citado 10 de enero de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/20.500.14308/3886>
25. Rossell AA. Factores asociados a los partos por cesárea en gestantes del servicio de ginecología-obstetricia en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el periodo 2019. [Internet]. Lima, Perú: Hospital Nacional Sergio E. Bernales; 2023 [citado 10 de enero de 2025]. Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/URPU_6e874c5e68cedab2fda4a76e5f1c4d84/Details
26. Huamán FA. Factores Relacionados a la Culminación de Parto por Cesárea en Gestantes del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el Año 2021. Lima: Repositorio Institucional UPSJB; 2022 [citado 22 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/item/eda02431-a3b8-4ea3-93b3-b44dd66b107b>
27. Tacca Quinteros MY, Torres Carita G, Vargaya Calla S. Determinación de factores asociados al parto por cesárea en gestantes atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital III EsSalud Juliaca, enero 2019 - agosto 2022 [Internet]. Huancayo: Universidad Continental; 2023 [citado 14 de enero de 2025]. Disponible en: https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/12860/4/IV_FCS_502_TE_Tacca_Torres_Vargaya_2023.pdf
28. Tarazona M, Zoila R. Factores asociados a las cesáreas en gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano de Huánuco 2021. Universidad de Huánuco [Internet]. Huánuco: Universidad de Huánuco; 2023 [citado 14 de octubre de 2025]. Disponible en:

<http://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/9402480>

29.Naranjo Hernández Y, Concepción Pacheco JA, Rodríguez Larreynaga M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gaceta Médica Espirituana [Internet]. diciembre de 2017 [citado 14 de enero de 2025]; 19(3):89-100. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1608-892120170003000009&lng=es&nrm=iso&tlng=es

30.Enfermería21. El autocuidado en Enfermería del paciente según Dorothea Orem [Internet]. Diario Independiente de Contenido Enfermero; 2023 [citado 14 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/diario-dicen/la-importancia-de-la-enfermeria-en-el-autocuidado-del-paciente-ddimport-034972/>

31.Vega Angarita O, Gonzales Escobar D. Teoría del déficit de autocuidado: Interpretación desde los elementos conceptuales [Internet]. Revista Ciencia y cuidado; 2012;4(4):28-35. Disponible:

<https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/919>

32.Martínez-Salazar GJ, Grimaldo-Valenzuela PM, Vázquez-Peña G, Reyes-Segovia C, Torres-Luna G, Escudero-Lourdes GV. Operación cesárea. Una visión histórica, epidemiológica y ética para disminuir su incidencia [Internet]. Rev Med Inst Mex Seguro Soc; 2015;53(5):608-15. Disponible en:

<https://www.redalyc.org/pdf/4577/457744939018.pdf>.

33.Azaña Gutiérrez S. ¿Qué es una cesárea programada o electiva? [Internet]. Reproducción Asistida ORG; 2023 [citado 13 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.reproduccionasistida.org/faqs/>

34.Bazán G, Martínez C, Zannota R, Galván O, Grasso D, Martino N, et al. El trabajo de parto previo a la cesárea protege contra la taquipnea transitoria del recién nacido [Internet]. Archivos de Pediatría del Uruguay; 2012 83(1):13-20. [citado 13 de enero de 2025]. Disponible en:

http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1688-12492012000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es

- 35.Saceda D. Tipos de cesárea que te pueden realizar [Internet]. Webconsultas; 2022 [citado 13 de enero de 2025]. Disponible en:

<https://www.webconsultas.com/embarazo/el-parto/tipos-de-cesarea>

- 36.Editorial Etecé. Factor - Concepto, sentido original y significados actuales [Internet]. 2023 [citado 13 de enero de 2025]. Disponible en: <https://concepto.de/factores/>

- 37.Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social P. Conozca los principales factores de riesgo para la salud - Ministerio de Salud Publica y Bienestar Social [Internet]. 2022 [citado 13 de enero de 2025]. Disponible en:

<https://www.mspbs.gov.py/portal/25703/conozca-los-principales-factores-de-riesgo-para-la-salud.html>

- 38.Dulay A. Factores de riesgo de complicaciones del embarazo - Salud femenina [Internet]. Manual MSD versión para público general; 2024 [citado 13 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/hogar/salud-femenina/complicaciones-del-embarazo/factores-de-riesgo-de-complicaciones-del-embarazo>

- 39.Dulay A. Factores de riesgo para complicaciones del embarazo - Ginecología y obstetricia [Internet]. Manual MSD versión para profesionales; 2024 [citado 13 de enero de 2025]. Disponible en:

<https://www.msdmanuals.com/es/professional/ginecología-y-obstetricia/complicaciones-prenatales/factores-de-riesgo-para-complicaciones-del-embarazo>

- 40.Compilatio. Estudio cuantitativo: definición, métodos, diseño y análisis [Internet]. Compilatio. net, 2024 [citado 13 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.compilatio.net/es/noticias/investigacion-cuantitativa>

- 41.Pérez A. Investigación correlacional: qué es y cómo se realiza [Internet]. Castellón: Tesis Doctorales Online; 2024 [citado 13 de enero de 2025]. Disponible en:

<https://tesisdoctoralesonline.com/investigacion-correlacional-que-es-y-como-se-realiza/>

- 42.Dzul M. Fundamentos de metodología de la investigación [Internet]. Pachuca: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo; 2020 [citado 13 de enero de 2025]. Disponible en:

https://www.uaeh.edu.mx/docencia/VI_Presentaciones/licenciatura_en_mercadotecnia/fundamentos_de_metodologia_investigacion/PRES38.pdf

- 43.Gobierno Regional de Cajamarca. Hospital Simón Bolívar al servicio de la población [Internet]. 2020 [citado 13 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.regioncajamarca.gob.pe/portal/noticias/det/1568>

- 44.Otzen T, Manterola C. Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio [Internet]. International: Revista de Morfología; 2017; 35(1):227-32 [citado 18 de enero de 2025]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-95022017000100037&lng=es&nrm=iso&tlng=es

- 45.Dulzaides Iglesias ME, Molina Gómez AM. Análisis documental y de información: dos componentes de un mismo proceso [Internet]. ACIMED; 2004;12(2):1-1 [citado 18 de enero de 2025]. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1024-94352004000200011&lng=es&nrm=iso&tlng=es

- 46.Reátegui EF. Factores de riesgo materno-fetales asociados al incremento de las cesáreas en el Hospital II-2 Tarapoto en el periodo de enero a diciembre del 2020 [Internet]. Tarapoto: Universidad Nacional de San Martín; 2021 [citado 18 de enero de 2025]. Disponible en:

<https://tesis.unsm.edu.pe/bitstream/11458/4169/1/MED.%20HUMANA%20-%20Elder%20Favio%20Reategui%20Solis.pdf>

- 47.Cardenas Flores GM. Factores asociados a la indicación de cesárea en gestantes atendidas en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión Cerro de Pasco 2021

- [Internet]. Cerro de Pasco: Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión; 2023 [citado 19 de julio de 2025]. Disponible en:
- <http://repositorio.undac.edu.pe/handle/undac/3589>
48. Rodríguez Gonzáles MA. Factores de Riesgo Asociados a Partos por Cesárea en Gestantes Atendidas en el Área de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Arequipa, 2023 [Internet]. Arequipa: Universidad Católica de Santa María; 2024 [citado 19 de julio de 2025]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12920/13435>
49. Ortiz MB. Prevalencia de cesárea segmentaria, sus indicaciones y factores de riesgo en gestantes del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital III Goyeneche, Arequipa, 2018 - 2019 [Internet]. Arequipa: Universidad Católica de Santa María; 2021 [citado 24 de julio de 2025]. Disponible en:
- <https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/10844>
50. Duy Sotamba CP, Ordoñez Ordoñez DP. Prevalencia y factores asociados a cesáreas en las pacientes del hospital José Félix Valdivieso, Santa Isabel. año 2022 [Internet]. México: Universidad de Cuenca; 2025 [citado 18 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/46395>
51. Sinchitullo-Castillo AE, Roldán-Arbieto L, Arango-Ochante PM, Sinchitullo-Castillo AE, Roldán-Arbieto L, Arango-Ochante PM. Factores asociados a partos por cesárea en un Hospital Peruano [Internet]. Lima: Revista de la Facultad de Medicina Humana; 2020 [citado 18 de agosto de 2025];20(3):444-51. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2308-05312020000300444&lng=es&nrm=iso&tlng=pt
52. Samuel O, Zewotir T, North D. Descomposición de las desigualdades urbano-rurales en la utilización de los servicios de atención de salud materna: evidencia de 27 países seleccionados en África subsahariana, Reproductive Health [Internet]. 2021; 18(1):216 [citado 13 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01268-8>

53. Bueno RM. Cesárea de Emergencia durante el Parto: Negligencia Médica [Internet]. Abogado Negligencias Médicas; 2024 [citado 6 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.rafaelmartinbueno.es/cesarea-emergencia/>
54. Carlos Schnapp S, Eduardo Sepúlveda S. Operación cesárea [Internet]. Rev Med Clin Condes; 2014;25(6):987-92 [citado 6 de septiembre de 2025]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-operacion-cesarea-S0716864014706480>
55. Linda D. Cesárea repetida: una descripción general [Internet]. Temas de ScienceDirect; 2009 [citado 6 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/repeat-cesarean-section>
56. Mayo Clinic. ¿Hay algún límite para el número de cesáreas que puede tener una persona? [Internet]. Rev. Mayo Clinic; 2024 [citado 6 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/tests-procedures/c-section/expert-answers/c-sections/faq-20058380>
57. Villanueva Caparo RT. Factores Asociados a Partos por Cesárea en Gestantes Atendidas en el Hospital III Goyeneche, 2024 [Internet]. Arequipa: Universidad Católica de Santa María; 2025 [citado 7 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12920/14881>
58. Colegio de Obstetras del Perú. Norma de Salud Materna: Parto [Internet]. Lima: Colegio de Obstetras del Perú; 2018 [citado 7 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://colegiodeobstetras.pe/wp-content/uploads/2018/01/NORMA-DE-SALUD-MATERNA-PARTO.pdf>
59. Luyo Mamani VJ, Vega Flores MM. Factores relacionados con la ocurrencia de cesárea en una clínica del distrito de San Martín de Porres – Lima, 2021 [Internet]. Lima: Universidad Privada del Norte; 2024 [citado 7 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.upn.edu.pe/handle/11537/38059>
60. Zelada Lázaro VP. Factores maternos, fetales y ovulares asociados a partos por cesárea en gestantes atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia. Hospital PNP Luis N. Saenz junio 2017 – junio 2018 [Internet]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2019 [citado 8 de septiembre de 2025]. Disponible en:

<https://hdl.handle.net/20.500.14138/1845>

61.Ministerio de Salud. INMP: especialistas recomiendan iniciar control prenatal precoz para prevenir preeclampsia. Lima: Gob. pe; 2023 [citado 8 de septiembre de 2025]. Disponible en:

<https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/764046-inmp-especialistas-recomiendan-iniciar-control-prenatal-precoz-para-prevenir-preeclampsia>

62.Mayo Clinic. ¿Cómo la presión arterial alta podría afectarte a ti y a tu bebé? [Internet]. Rev: Mayo Clinic; 2025 [citado 8 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/pregnancy-week-by-week/in-depth/pregnancy/art-20046098>

63.Gonza Flores GA. Factores maternos asociados al parto por cesárea en mujeres atendidas en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana en el periodo 2017-2022 [Internet]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2025 [citado 16 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/8809>

64.ESSALUD. Diabetes mellitus afecta al 4% de gestantes en el Perú [Internet]. Lima; 2025 [citado 19 de septiembre de 2025]. Disponible en:

<https://www.essalud.gob.pe/diabetes-mellitus-afecta-al-4-de-gestantes-en-el-peru/>

65.Ministerio de Salud. Adopción de guías de práctica clínica del servicio de medicina especializada del departamento de gineco obstetricia del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé [Internet]. Perú: Honadomani; 2022 [citado 19 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/honadomani-sb/normas-legales/4169020-128-2022-dg>

66.Promsex. Abortos Terapéuticos Realizados en el Perú entre el 2014 y 2023 [Internet]. Lima: Promsex; 2024 [citado 21 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://promsex.org/wp-content/uploads/2024/07/AbortosTerapeuticosRealizadosEnElPeruEntreEl2014y2023.pdf>

- 67.RCOG. Aborto espontáneo recurrente [Internet]. Londres: Real Colegio de Obstetras y Ginecólogos; 2023 [citado 22 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.rcog.org.uk/for-the-public/browse-our-patient-information/recurrent-miscarriage/>
- 68.Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP). Tasa de mortalidad perinatal en Perú [Internet]. Lima: Gob.pe; 2025 [citado 23 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/inmp>
- 69.Moldenhauer J. Trabajo de parto prolongado o detenido - Ginecología y obstetricia [Internet]. Manual MSD versión para profesionales; 2024 [citado 23 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/ginecología-y-obstetricia/trabajo-de-parto-y-parto/trabajo-de-parto-prolongado-o-detenido>
- 70.Barrena Neyra M, Quispe saravia Ildefonso P, Flores Noriega M, León Rabanal C, Barrena Neyra M, Quispe saravia Ildefonso P, et al. Frecuencia e indicaciones del parto por cesárea en un hospital docente de Lima, Perú. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia [Internet]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2020 [citado 23 de septiembre de 2025];66(2). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2304-51322020000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- 71.Fiestas Walter J. Prevalencia de parto por cesárea en el Centro Medico Naval “CMST” en el periodo julio 2014 - julio 2015 [Internet]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2016 [citado 23 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.14138/511>
- 72.Hinojosa Obando MC, Celedonio Salvador MY. Factores asociados y complicaciones materno perinatales del desprendimiento prematuro de placenta [Internet]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2004 [citado 24 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/item/711347c5-461b-4dc0-96e9-e52e88da0435>
- 73.Mayo Clinic. Polihidramnios - Síntomas y causas [Internet]. Rev. Mayo Clinic; 2024 [citado 24 de septiembre de 2025]. Disponible en:

- <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/polyhydramnios/symptoms-causes/syc-20368493>
- 74.ABC Law Centers. Oligohidramnios (líquido amniótico bajo) [Internet]. ABC Centros legales: Abogados de lesiones de nacimiento; 2024 [citado 24 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.abclawcenters.com/espanol/oligohidramnios/>
- 75.Organización Mundial de la Salud. Nacimientos prematuros [Internet]. Ginebra: OMS; 2023 [citado 25 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
- 76.Apaza Maquera V, Ticona Rendón M, Huanco Apaza D. Incidencia y complicaciones del recién nacido gemelar [Internet]. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann 2021; 15(3):52-9 [citado 25 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://share.google/xklZn4MZHfidW1R7i>
- 77.Gustavo Rencoret P. Embarazo gemelar [Internet]. Rev Med Clin Condes; 2014;25(6):964-71 [citado 25 de septiembre de 2025]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-embarazo-gemelar-S0716864014706455>
- 78.Organización Mundial de la Salud. Trastornos congénitos [Internet]. Ginebra: OMS; 2023 [citado 26 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/birth-defects>
- 79.Organización Panamericana de la Salud. Cada viaje cuenta: Día Mundial de los defectos congénitos (OPS/OMS) [Internet]. Montevideo: OPS; 2024 [citado 26 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/1-3-2024-cada-viaje-cuenta-dia-mundial-defectos-congenitos>
- 80.Mayo Clinic. Macrosomía fetal-Macrosomía fetal - Síntomas y causas. Rev. Mayo Clinic; 2022 [citado 25 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/fetal-macrosomia/symptoms-causes/syc-20372579>
- 81.Wardingén J, Shashukanth A. Insuficiencia Placentaria [Internet]. Biblioteca del Centro Nacional de Medicina; 2022 Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK563171/#:~:text=Placental%20insufficiency%20is%20a%20potential,10%20to%2015%25%20of%20pregnancies>.

ANEXOS

Anexo 01

Instrumentos de recolección de datos

FICHA DE REGISTRO DE DATOS

Historia Clínica N°

Nro de Ficha:

I. DATOS GENERALES:

1. Edad:

2. Estado Civil:

- ☐ Soltera
- ☐ Casada
- ☐ Conviviente

3. Grado de Instrucción

- ☐ Primaria incompleta
- ☐ Primaria completa
- ☐ Secundaria incompleta
- ☐ Secundaria completa
- ☐ Superior incompleta Univ./Tec.
- ☐ Superior completa Univ./Tec.

4. Procedencia

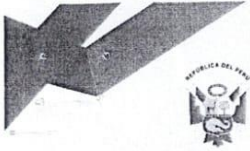
- ☐ Rural
- ☐ Urbana

II. CESÁREA Y FACTORES DE RIESGO MATERNO FETALES

	ITEMS	ALTERNATIVAS
CESÁREA	Cesárea emergencia	O Si
	Cesárea electiva o programada	O Si
FACTORES DE RIESGO MATERNO	Cesárea Anterior	O Si O No
	Control Prenatal	O No O ≤ 6 controles O ≥ 7 controles
	Preeclampsia	O Si O No
	Diabetes gestacional	O Si O No
	Abortos recurrentes	O Si O No
	Muerte perinatal	O Si O No
	Paridad	O Nulípara O Multípara
	Desproporción céfalo pélvica	O Si O No
	Trabajo de parto disfuncional	O Si O No
	Desprendimiento prematuro de placenta (DPP)	O Si O No
	Ruptura prematura de membranas (RPM)	O Si O No
	Polihidramnios	O Si O No
	Oligohidramnios	O Si O No
	Corioamnionitis	O Si O No
FACTORES DE RIESGO FETALES	Sufrimiento fetal	O Si O No
	Prematuridad	O Si O No
	Embarazo gemelar	O Si O No
	Malformaciones fetales	O Si O No
	Macrosomía fetal	O Si O No
	Distocia de presentación	O Si O No
	Insuficiencia placentaria	O Si O No
	Compresión del cordón umbilical	O Si O No

Anexo 02

APROBACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN POR EL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN DE LA OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA



GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL



"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"
"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA"

EXPEDIENTE N° 000785-2025-024927
Cajamarca, 16 de mayo de 2025
OFICIO N° D3004-2025-GR.CAJ/DIRESA-DR-EPI

Firmado digitalmente por CERDA GONZALES Rommel Ahmed FAU 20453744168 hard
DIRESA - DR - Dir. Reg.
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 16/05/2025 03:41 p. m.

FIRMA DIGITAL
CAJAMARCA

Señora
DELGADO CHAVEZ, Gladys
DIRECTORA DEL HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR
AV. MARIO URTEAGA N° 451

Presente. -

Asunto : SOLICITO BRINDAR FACILIDADES A INVESTIGADOR.

Referencia : HOJA DE ENVIO N° D16-2025-GR.CAJ/DIRESA-EPI/JEBM (MAD3: 000785-2025-024927)

De mi consideración,

A través de la presente expresar mi más cordial saludo al mismo tiempo en relación al documento de referencia, alcanzar a usted la revisión expedita del protocolo de investigación:

APELLIDOS Y NOMBRES	TÍTULO DE PROYECTO
ROMERO RUÍZ, Coraima Aracely	"Cesárea y su relación con los factores de riesgo materno-fetales. Hospital Simón Bolívar - Cajamarca 2025"

Cabe resaltar, que el protocolo revisado CUMPLE con los requisitos metodológicos y éticos mínimos y resulta de gran interés debido a su relevancia y al hecho de abordar un problema actual de salud pública. Su ejecución podría aportar significativamente al conocimiento sobre este tema, mejorar su abordaje y contribuir potencialmente a la solución del problema planteado.

La Unidad de Investigación de la DIRESA Cajamarca APRUEBA el Protocolo de Investigación; y AUTORIZA su ejecución, solicitando al establecimiento de salud, brindar las facilidades al investigador.

Es propicia la ocasión para manifestarle las seguridades de mi consideración.

Atentamente,

ROMMEL AHMED CERDA GONZALES
Director Regional
DIRECCIÓN REGIONAL



Jr. Mario Urteaga N° 500 Pueblo Joven Amauta



076-363864



www.diresacajamarca.gob.pe

Firmado digitalmente por ANYAYPOMA OCON Walter Edwin FAU 20165645325 soft
Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado en el Gobierno Regional Cajamarca, aplicando lo dispuesto por el Art. 26 del D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su validez depende del estado del documento en el sistema de gestión documental.
Pag: 1/1

Anexo 03

AUTORIZACIÓN DE LA OFICINA DE EPIDEMIOLOGÍA PARA EJECUCIÓN DE INVESTIGACIÓN



FORMATO 1

OFICINA DE EPIDEMIOLOGÍA
ÁREA DE CAPACITACIÓN E
INVESTIGACIÓN

INFORME N° 44-2025

REVISIÓN EXPEDITA DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Nombre del Investigador(a)	ROMERO RUÍZ, Coraima Aracely
Nombre del Asesor(a)	Dra. ABANTO VILLAR Martha Vicenta
Título del Proyecto	"Cesárea y su relación con los factores de riesgo materno-fetales. Hospital Simón Bolívar - Cajamarca 2025"
Línea de Investigación	Salud Materna
Fecha de revisión	Cajamarca, 28 de abril de 2025
Lugar de ejecución	Hospital "Simón Bolívar"
Revisor(es)	Mg-Blgo. Jorge Enrique Bazán Mayra

Calificación	Excelente	Bueno	Aceptable	Deficiente	Muy deficiente	Sin Información	No corresponde
Puntaje	5	4	3	2	1	0	N.C.

ASPECTOS EVALUADOS	VALORACIÓN							OBSERVACIONES/ RECOMENDACIONES
	5	4	3	2	1	0	NC	
TÍTULO								
El Título es breve y claro. El título debe responder a preguntas como: ¿qué?, ¿cómo?, ¿dónde? y ¿cuándo?		X						
Es coherente con las líneas de investigación establecidas.		X						
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA								
Se describe la situación problemática con claridad.		X						
La formulación del problema es clara y adecuada.		X						
La justificación de la investigación se sostiene en argumentos: teóricos, prácticos, metodológicos, entre otros.		X						
La importancia de la investigación considera: relevancia, viabilidad, trascendencia y originalidad.			X					
Se expresan las limitaciones de la investigación en: tiempo, espacio, recursos e información.		X						
El objetivo general y los objetivos específicos están correctamente planteados y guardan relación entre sí.		X						
MARCO TEÓRICO								
Los antecedentes contextuales y bibliográficos (nacionales e internacionales) se relacionan con el problema.		X						



FORMATO 1

OFICINA DE EPIDEMIOLOGÍA
ÁREA DE CAPACITACIÓN E
INVESTIGACIÓN

ASPECTOS EVALUADOS	VALORACIÓN							OBSERVACIONES/ RECOMENDACIONES
	5	4	3	2	1	0	NC	
MÉTODO								
El tipo y nivel de investigación se define con claridad.		X						
De ser pertinente, la población y muestra se han identificado de manera correcta.		X						
REFERENCIAS y CITAS								
Las referencias y las citas textuales se formulan de acuerdo a alguna norma internacional VANCOUVER, APA, IEEE, entre otros.		X						
CONSIDERACIONES ÉTICAS Y RIGOR CIENTÍFICO								
Dependiendo del tipo de estudio, se asegura la confidencialidad de la información, así como la libertad y la seguridad de los participantes.		X						
VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO								
Si corresponde, el instrumento que se utilizará ha sido validado mediante un juicio de expertos. Se adjunta evidencia.		X						
CONCLUSIONES:								
1. El protocolo revisado CUMPLE con los requisitos metodológicos y éticos mínimos y resulta de gran interés debido a su relevancia y al hecho de abordar un problema actual de salud. Su ejecución podría aportar significativamente al conocimiento sobre este tema, mejorar su abordaje y contribuir potencialmente a la solución del problema planteado.								
2. La Unidad de Investigación de la DIRESA Cajamarca APRUEBA el Protocolo de Investigación titulado: " <i>Cesárea y su relación con los factores de riesgo materno-fetales. Hospital Simón Bolívar - Cajamarca 2025</i> "; y AUTORIZA su ejecución.								
RECOMENDACIONES:								
Se recomiendan las siguientes consideraciones:								
a. El director del establecimiento de salud o autoridad institucional, teniendo en cuenta el presente informe, autoriza y brinda las facilidades necesarias para la ejecución del presente protocolo de investigación en su establecimiento, asegurando el cumplimiento de las normas éticas y legales aplicables.								
b. La investigación debe ser autofinanciada por los investigadores y no comprometer los recursos del EE.SS. Los investigadores deberán garantizar un trato humanitario y respetuoso, cumpliendo en todo momento con las normas de bioseguridad establecidas por el establecimiento de salud, para proteger la integridad de todos los involucrados. Es fundamental asegurar la confidencialidad de los datos y sus fuentes, así como de la información obtenida de los participantes. Los investigadores deben asumir la responsabilidad correspondiente por el manejo ético y seguro de la información recopilada.								
c. Al finalizar el estudio, el o los investigadores deberán entregar a la dirección del establecimiento una copia del informe final del estudio. Este documento servirá como base para la toma de decisiones y deberá estar disponible para su revisión y utilización por parte de las autoridades del establecimiento.								

Atentamente,

Cajamarca, 28 de abril de 2025

Firmado digitalmente por BAZAN MAYRA
Jorge Enrique FAU 20165645325 soft
DIRESA - EPI - Biólogo
Motivo: Firma en señal de conformidad
Fecha: 16/05/2025 11:01 a. m.Coordinador de la Unidad de Investigación en Salud
Oficina de Epidemiología – DIRESA CajamarcaFirmado digitalmente por
ANYAYPOMA GCON Walter
Edwin FAU 20165645325 soft
DIRESA - EPI - Director
Motivo: Visto en señal de
conformidad
Fecha: 16/05/2025 03:40 PM

CORAIMA ARACELY ROMERO RUIZ

CESÁREA Y SU RELACIÓN CON LOS FACTORES DE RIESGO MATERNO-FETALES. HOSPITAL II-E SIMÓN BOLÍVAR – CAJA...

 My Files My Files Universidad Nacional de Cajamarca

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::3117:562229810

Fecha de entrega

1 mar 2026, 10:35 a.m. GMT-5

Fecha de descarga

1 mar 2026, 11:29 a.m. GMT-5

Nombre del archivo

TESIS FINAL EMPASTADO-2026.pdf

Tamaño del archivo

1.3 MB**89 páginas****19.779 palabras****112.234 caracteres**

13% Similitud general

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

Exclusiones

- N.º de coincidencias excluidas

Fuentes principales

- 11%  Fuentes de Internet
- 8%  Publicaciones
- 11%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alerta de integridad para revisión

-  **Texto oculto**
3973 caracteres sospechosos en N.º de páginas
El texto es alterado para mezclarse con el fondo blanco del documento.

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

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

Fuentes principales

- 11% Fuentes de Internet
- 8% Publicaciones
- 11% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

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

1	Internet	hdl.handle.net	1%
2	Trabajos entregados	Universidad Nacional de Cajamarca on 2025-10-30	<1%
3	Internet	repositorio.unc.edu.pe	<1%
4	Internet	apirepositorio.unh.edu.pe	<1%
5	Internet	repositorio.upsjb.edu.pe	<1%
6	Internet	cybertesis.unmsm.edu.pe	<1%
7	Internet	repositorio.ucsm.edu.pe	<1%
8	Trabajos entregados	Universidad Nacional de Cajamarca on 2025-12-21	<1%
9	Internet	repositorio.unica.edu.pe	<1%
10	Internet	repositorio.uss.edu.pe	<1%
11	Trabajos entregados	Universidad Nacional de Cajamarca on 2025-09-09	<1%