

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



**TESIS**

**FACTORES ASOCIADOS A LA INDICACIÓN DE CESÁREA  
EN EL HOSPITAL II - E SIMÓN BOLÍVAR DURANTE EL  
AÑO 2024. CAJAMARCA 2025**

**Para optar por el título profesional de  
OBSTETRA**

**Presentado por la bachiller:**

Anais Hilda Torres Torres

**Asesora:** Dra. Obsta. Jane del Rosario Julián Castro

**Cajamarca - Perú**

**2025**



## CONSTANCIA DE INFORME DE ORIGINALIDAD

1. Investigador: **Anais Hilda Torres Torres.**

DNI: **75694868**

Escuela Profesional/Unidad UNC: **ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

2. Asesor:

**Dra. Jane del Rosario Julián Castro**

Facultad/Unidad UNC:

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

3. Grado académico o título profesional al que accede:

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:

**FACTORES ASOCIADOS A LA INDICACIÓN DE CESÁREA EN EL HOSPITAL II - E SIMÓN BOLÍVAR DURANTE EL AÑO 2024. CAJAMARCA 2025**

6. Fecha de evaluación Software antiplagio: **21/12/2025**

7. Software antiplagio: **X TURNITIN**  URKUND (OURIGINAL) (\*)

8. Porcentaje de Informe de Similitud: **9%**

9. Código Documento: **oid:3117:542571323**

10. Resultado de la Evaluación de Similitud:

**X APROBADO**

PARA LEVANTAMIENTO DE OBSERVACIONES O DESAPROBADO

Cajamarca, 22 de diciembre del 2025



\* En caso se realizó la evaluación hasta setiembre de 2023

**Copyright © 2025 by  
Anais Hilda Torres Torres  
Todos los derechos reservados**

## FICHA CATALOGRÁFICA

**Torres T. 2025. FACTORES ASOCIADOS A LA INDICACIÓN DE CESÁREA EN EL HOSPITAL II – E SIMÓN BOLÍVAR DURANTE EL AÑO 2024. CAJAMARCA 2025 /Anais Hilda Torres Torres/62**

**ASESORA: Dra. Obsta. Jane del Rosario Julián Castro**

**Disertación para optar el título profesional de Obstetra UNC 2025**



## MODALIDAD "A"

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

En Cajamarca, siendo las 9:00 am. del 04 de noviembre del 2025, 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 GE-205 de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Cajamarca, dan inicio a la sustentación de tesis denominada:

Factores asociados a la indicación de cesárea en el Hospital II - E Simón Bolívar durante el año 2024. Cajamarca 2025

del (a) Bachiller en Obstetricia:

Almaír Hilda Torres Torres

Siendo las 11:10 am. 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: 17, con lo cual el (la) Bachiller en Obstetricia se encuentra apta para la obtención del Título Profesional de: OBSTETRA.

Miembros Jurado Evaluador Nombres y Apellidos		Firma
Presidente:	<u>Dra. Elena Soledad Ugaz Burga</u>	<u>Elena Soledad Ugaz Burga</u>
Secretario(a):	<u>H. Cs. Isabel Loayza Zavaleta</u>	<u>Isabel Loayza Zavaleta</u>
Vocal:	<u>H. Cs. María Aurora Salazar Pajares</u>	<u>Aurora Salazar Pajares</u>
Accesitaria:		
Asesor (a):	<u>Dra. Jane del Rosario Julián Castro</u>	<u>Jane del Rosario Julián Castro</u>
Asesor (a):		

## Términos de Calificación:

EXCELENTE (19-20)  
REGULAR (12-13)

MUY BUENO (17-18)  
REGULAR BAJO (11)

BUENO (14-16)  
DESAPROBADO (10 a menos)

## **DEDICATORIA**

Mi compañero de vida, José Luis, quien fue testigo de cada etapa de mi formación y me acompañó en este camino hasta llegar aquí, gracias por ser mi motivación constante y mi fuerza en mis momentos de debilidad.

Mis amigas y ahora colegas, Angie, Sheena, Jhaqui, Katya y Mónica con quienes compartí bonitas experiencias durante nuestros años universitarios e internado, siendo mi equipo de aliento y la familia que yo elegí.

Mis padres, Gilma y Marco Antonio, por su comprensión y paciencia para el logro de este objetivo.

**Anais**

## **AGRADECIMIENTO**

Mi Universidad, la Universidad Nacional de Cajamarca, por permitirme adquirir conocimientos y experiencias que me permitieron crecer académicamente.

Mi asesora, Jane del Rosario, por su orientación, paciencia y compromiso que fueron fundamentales para la culminación de este proyecto.

Al Hospital II - E Simón Bolívar, por permitirme el acceso a la información, así como a todo el personal que labora por permitir mi formación profesional durante mi internado.

**Anais**

## ÍNDICE

<b>DEDICATORIA.....</b>	<b>ii</b>
<b>AGRADECIMIENTO.....</b>	<b>iii</b>
<b>ÍNDICE DE TABLAS .....</b>	<b>iv</b>
<b>GLOSARIO DE ABREVIATURAS.....</b>	<b>v</b>
<b>RESUMEN.....</b>	<b>vi</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>vii</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO I EL PROBLEMA .....</b>	<b>3</b>
1.1. Definición y delimitación del Problema.....	3
1.2. Formulación del problema .....	5
1.3. Objetivos .....	5
<b>CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>7</b>
2.1. Antecedentes.....	7
2.1.1. Antecedentes internacionales .....	7
2.1.2. Antecedentes nacionales .....	8
2.2. Bases Teóricas.....	10
2.2.1. Factores Asociados .....	10
2.2.2. Cesárea.....	13
2.3. Hipótesis.....	15
2.4. Variables .....	15
<b>CAPÍTULO III DISEÑO METODOLÓGICO .....</b>	<b>17</b>
<b>CAPÍTULO V RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>22</b>
<b>CAPÍTULO VI.....</b>	<b>27</b>
<b>ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....</b>	<b>27</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>34</b>
<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>35</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>36</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
<b>Tabla 1.</b> Características Sociodemográficas de las mujeres atendidas en su parto en el Hospital II - E Simón Bolívar durante el año 2024.	22
<b>Tabla 2.</b> Características Obstétricas de las mujeres atendidas en su parto en el Hospital II - E Simón Bolívar durante el año 2024.	23
<b>Tabla 3.</b> Factores maternos asociados a la indicación de cesárea en las mujeres atendidas en su parto en el Hospital II - E Simón Bolívar durante el año 2024.	24
<b>Tabla 4.</b> Factores fetales asociados a la indicación de cesárea en las mujeres atendidas en su parto en el Hospital II - E Simón Bolívar durante el año 2024.	25
<b>Tabla 5.</b> Factores ovulares asociados a la indicación de cesárea en las mujeres atendidas en su parto en el Hospital II - E Simón Bolívar durante el año 2024.	26

## **GLOSARIO DE ABREVIATURAS**

**OMS:** Organización Mundial de la Salud

**OPS:** Organización Panamericana de Salud

**MINSA:** Ministerio de Salud

**INEI:** Instituto Nacional de Estadística e Informática

**MCI:** Modelo de Cuidado Integral

**DIRESA:** Dirección Regional de Salud

**APN:** atención prenatal

**RCIU:** restricción del crecimiento intrauterino

**THE:** trastorno hipertensivo del embarazo

**DPP:** desprendimiento prematuro de placenta

**RPM:** ruptura prematura de membranas

**EFNT:** estado fetal no tranquilizador

**SFA:** sufrimiento fetal agudo

**FCF:** frecuencia cardiaca fetal

## **RESUMEN**

**Objetivo:** Determinar los factores maternos, fetales y ovulares asociados a la indicación de cesárea en el Hospital II - E Simón Bolívar durante el año 2024 en Cajamarca.

**Materiales y Método:** Diseño no experimental de corte transversal, de tipo correlacional.

La muestra estuvo conformada por 330 historias clínicas de mujeres cuyo parto terminó

por vía vaginal o cesárea. **Resultados:** La mayoría de las mujeres del estudio tenían entre 18 y 29 años de edad (48,5%), convivían con su pareja (71,5%), tenían secundaria completa (28,8%), eran amas de casa (77,6%), pertenecían a la zona urbana (54,5%),

eran primigestas (37%), recibieron seis o más controles prenatales (88,5%), tuvieron inicio de trabajo de parto espontáneo (65,8%), gestación a término (91,2%) y no presentaron periodo intergenésico (32,4%). Respecto a los factores maternos resaltan el trastorno hipertensivo del embarazo (23,0%), antecedente de cesárea (11,8%) y embarazo a término tardío (9,1%). Entre los factores fetales resaltaron la restricción de crecimiento intrauterino (4,5%), el estado fetal no tranquilizador (5,2%), por último, en los factores ovulares sobresalieron distocia funicular (20,0%) y ruptura prematura de membranas (17,6%).

**Conclusión:** Los factores maternos asociados a indicación de cesárea son desproporción céfalopélvica, cesárea anterior, expulsivo prolongado e inducción fallida obteniendo valores de  $p=0.000$  en todos los casos. Los factores fetales resultaron ser los

más determinantes en la indicación de cesárea como presentación podálica, situación transversa, sufrimiento fetal agudo, macrosomía fetal, embarazo múltiple y estado fetal no tranquilizador demostraron una fuerte asociación ( $p=0.000$ ). Entre los factores ovulares

resaltó el desprendimiento prematuro de placenta con una asociación estadísticamente significativa ( $p=0.000$ ).

**Palabras clave:** Indicación de cesárea, Factores asociados

## ABSTRACT

**Objective:** To determine the maternal, fetal, and ovular factors associated with the indication for cesarean section at Hospital II - E Simón Bolívar during 2024 in Cajamarca.

**Materials and Methods:** A non-experimental, cross-sectional, correlational study was conducted. The sample consisted of 330 medical records of women whose delivery was either vaginal or by cesarean section. **Results:** The majority of the women in the study were between 18 and 29 years of age (48.5%), lived with their partner (71.5%), had completed secondary education (28.8%), were housewives (77.6%), resided in urban areas (54.5%), were primiparous (37%), received six or more prenatal checkups (88.5%), had spontaneous onset of labor (65.8%), had a full-term pregnancy (91.2%), and a long interpregnancy interval (32.4%). Regarding maternal factors and the indication for cesarean section, hypertensive disorders of pregnancy (23.0%), a history of cesarean section (11.8%), and late-term pregnancy (9.1%) stood out. Among fetal factors, intrauterine growth restriction (4.5%) and non-reassuring fetal status (5.2%) were prominent. Finally, among fetal factors, umbilical cord dystocia (20.0%) and premature rupture of membranes (17.6%) were the most significant. **Conclusion:** The significant maternal factors associated with the indication for cesarean section were cephalopelvic disproportion, previous cesarean section, prolonged second stage of labor, and failed induction, with p-values of 0.000 in all cases. Fetal factors proved to be the most decisive in the indication for cesarean section, with breech presentation, transverse lie, acute fetal distress, fetal macrosomia, multiple pregnancy, and non-reassuring fetal status demonstrating a strong association ( $p=0.000$ ). Among the ovular factors, premature placental detachment stood out with a statistically significant association ( $p=0.000$ ).

**Keywords:** Cesarean section indication, Associated factors

## **INTRODUCCIÓN**

La cesárea constituye una intervención quirúrgica en la que el parto se realiza a través de una incisión en la pared abdominal y útero. Si bien su uso era excepcional y en casos de riesgo, hoy en día es uno de los procedimientos más frecuentes en el ámbito gineco - obstétrico, que contribuye de forma importante en la disminución de la mortalidad materno perinatal cuando es indicada justificadamente.

Este aumento sostenido ha despertado preocupación en el ámbito de la salud pública, a pesar de que se trata de una intervención que puede salvar vidas en circunstancias críticas, no está exenta de complicaciones, tanto inmediatas como a largo plazo, que afectan a la madre y recién nacido.

En este contexto, la decisión de realizar una cesárea depende de múltiples factores como las características de la gestante, antecedentes obstétricos y condiciones maternas, fetales u ovulares que pueden cambiar el curso del trabajo de parto. Identificar precozmente estos factores permite comprender las causas de su práctica y orientar la atención hacia intervenciones oportunas y seguras, evitando riesgos innecesarios. Además, facilita la toma de decisiones informadas por parte del equipo de salud y promueve el uso adecuado de los recursos disponibles.

El Hospital II - E Simón Bolívar constituye un establecimiento de referencia en Cajamarca, recibiendo gestantes tanto de zona urbana como de diferentes provincias de zonas rurales. Contar con un diagnóstico actualizado sobre los factores asociados a la indicación de cesárea permitirá fortalecer la toma de decisiones por parte del equipo multidisciplinario, así como la constante capacitación del personal de salud que labora en dicho hospital.

La presente investigación resultó viable dado que se basó en la revisión de historias clínicas que se encontraron disponibles en el hospital, lo que permitió acceder a información confiable sin mayores requerimientos de recursos económicos. Además, su naturaleza retrospectiva y fácil acceso a los datos asegura la factibilidad de su ejecución.

El estudio aporta evidencia local sobre los factores maternos, fetales y ovulares asociados a la indicación de cesárea en Cajamarca, región donde no se han desarrollado investigaciones recientes sobre el tema. Sus resultados permitirán comparar y contrastar hallazgos con otros estudios, contribuyendo así al cuerpo de conocimientos en gineco - obstetricia y ofreciendo insumos para futuras líneas de investigación.

La investigación se organizó en cinco capítulos de la siguiente manera:

El capítulo I corresponde al problema el cual incluye el planteamiento y formulación del problema, objetivos y justificación.

El capítulo II presenta el marco teórico que aborda los antecedentes, las bases teóricas, la hipótesis, las variables y la operacionalización de las mismas.

El capítulo III describe el diseño metodológico de la investigación, el diseño y tipo de estudio añadiendo la naturaleza del estudio.

El capítulo IV comprende los resultados obtenidos de la investigación.

Por último, el capítulo V comprende el análisis y discusión de los resultados obtenidos de la investigación.

Finalmente, se presentan las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

La autora

## CAPÍTULO I

### EL PROBLEMA

#### 1.1. Definición y delimitación del problema

La cesárea, como solución quirúrgica, ha demostrado ser un salvavidas para madres y recién nacidos, al permitir resolver complicaciones obstétricas que ponen en riesgo sus vidas. Los diversos avances médicos han hecho de esta intervención una opción segura y accesible, lo que conllevó a un aumento en su realización (1).

Desde 1985, la OMS (2) establece que la tasa de cesáreas no debe exceder del 15%, también desde entonces la realización de cesáreas ha aumentado de manera progresiva en diversos contextos, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo. Cuando la intervención responde a una indicación médica adecuada, constituye una medida efectiva para disminuir complicaciones y proteger la vida de la madre y recién nacido. No obstante, cuando se practica sin necesidad clínica, no existe evidencia que demuestre ventajas para la gestante o neonato, pudiendo incluso implicar riesgos innecesarios (3).

Esta crisis se evidencia en países no latinoamericanos con tasas de sobreutilización extremas, como Turquía (61,0%) y Egipto (51,8%), mientras que Bulgaria en Europa reporta cerca del 46,5%. En contraste, naciones con altos ingresos como Estados Unidos mantienen una tasa superior al 32%, e incluso en España, la cifra alcanza el 26,1%, contrastando drásticamente con Holanda, que logra mantenerse cerca de lo recomendado por la OMS con aproximadamente el 13,5% (4).

Otros países no latinos desarrollados como no desarrollados que presentan tasas altas de cesárea son, China (46,2%), Italia (35,4%), Australia (33,2%), Etiopía (31,5%), Alemania (30,5%), Canadá (28,5%), Reino Unido (27,4%), Francia (21,3%), India (21,7%), Japón (19,6%), Sudáfrica (27,8%) y Namibia (28,0%) (4).

Según la Organización Panamericana de Salud (OPS) (5) en América Latina, las tasas de parto por cesárea se encuentran entre las más altas del mundo alcanzando el 43% de todos los nacimientos, es decir, 4 de cada 10. En Brasil, las cesáreas representan

aproximadamente el 55% de los partos, República Dominicana, supera el 58%, mientras que México llega al 47% y Chile alrededor del 45%. En países andinos como Ecuador (39%) y Colombia (37%) también se observa una tendencia ascendente (6).

En el Perú, la situación es crítica y se enmarca en esta tendencia global de sobreutilización. Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) derivados de la ENDES 2024, la tasa de nacimientos por cesárea a nivel nacional alcanzó el 38.2% en ese año (7). Este aumento está marcado en las regiones de Lima y Arequipa, con incidencia de 52% y 54% respectivamente, mientras que Huancavelica, aunque presenta la tasa más baja, representa un 22%, que aún excede los estándares de la OMS (8).

En la región Cajamarca, la situación es similar a los casos anteriores, la tasa de nacimientos por cesárea durante el año 2024 fue de 23.9% duplicando casi lo recomendado por la OMS, pero por debajo de la tasa nacional del mismo año. Así mismo se encontraron datos de la tasa de cesárea en el Hospital Regional Docente de Cajamarca del año 2023 siendo este del 42.6% (9).

En el Hospital II – E Simón Bolívar se atiende gestantes con diversas características, antecedentes obstétricos y condiciones sociales, quienes gran parte acuden para la atención de parto. Durante su ingreso, son evaluadas mediante anamnesis, examen físico y obstétrico, ecografía y pruebas de laboratorio, lo que permite determinar el estado materno fetal y definir la vía de culminación del embarazo. En numerosos casos, concluye en la indicación de cesárea; no obstante, es posible que algunas de estas intervenciones no hayan sido estrictamente necesarias. Esto puede inferirse a partir de la revisión de las historias, aunque no exista una constatación directa durante el proceso.

Más allá de las cifras estadísticas la cesárea contribuye al aumento de la morbilidad materno neonatal generando repercusiones negativas como incremento en la estancia hospitalaria, aumento de costos de salud, riesgos quirúrgicos, infecciosos y hemorrágicos para la madre y complicaciones respiratorias, alteraciones metabólicas y dificultades en la adaptación para el recién nacido. Además, se asocia a incremento de complicaciones en futuras gestaciones, como placenta previa, acretismo placentario y ruptura uterina (10).

Existen múltiples factores asociados a indicación de cesárea entre los que se evidencian factores maternos como trastorno hipertensivo del embarazo, desproporción céfalopélvica, antecedente de cesárea, expulsivo prolongado, inducción fallida y

embarazo a término tardío, fetales como presentación podálica, situación transversa, sufrimiento fetal agudo, macrosomía fetal, embarazo múltiple, restricción del crecimiento intrauterino y estado fetal no tranquilizador y ovulares como desprendimiento prematuro de placenta, oligohidramnios, ruptura prematura de membranas, y distocia funicular.

Estudios realizados en países no latinoamericanos evidencian que los factores asociados a la indicación de cesárea varían según el contexto socioeconómico y las políticas de atención. En países desarrollados como Estados Unidos y Reino Unido, señalan a la edad materna avanzada, obesidad, macrosomía fetal y complicaciones hipertensivas del embarazo como principales causas de intervención quirúrgica (11).

En Ecuador, Méndez y Saldaña (12) determinaron en su trabajo de investigación que la cesárea previa, la desproporción céfalopélvica y embarazo postérmino fueron los factores más frecuentemente asociados a la intervención. En Perú, Torres, et al. (13) reportaron que los principales factores asociados a la indicación de cesárea fueron el antecedente de cesárea, inducción fallida, macrosomía fetal y sufrimiento fetal agudo, mientras que las variables sociodemográficas no mostraron asociación significativa.

Por todo lo expuesto, se plantea la presente investigación con el objetivo de determinar la asociación entre los factores maternos, fetales y ovulares y la indicación de cesárea en el Hospital II - E Simón Bolívar durante el año 2024 en Cajamarca.

## **1.2. Formulación del problema**

¿Cuál es la asociación entre los factores maternos, fetales y ovulares y la indicación de cesárea en el Hospital II - E Simón Bolívar durante el año 2024 en Cajamarca?

## **1.3. Objetivos**

### **1.3.1. Objetivo General**

Determinar la asociación entre los factores maternos, fetales y ovulares y la indicación de cesárea en el Hospital II - E Simón Bolívar, Cajamarca, 2024.

### **1.3.2. Objetivos Específicos**

- Caracterizar sociodemográficamente a las mujeres atendidas en su parto en el Hospital II – E Simón Bolívar, Cajamarca 2024.

- Determinar las características obstétricas de las mujeres atendidas en su parto en el Hospital II – E Simón Bolívar, Cajamarca 2024.
- Identificar los factores maternos, fetales y ovulares de las mujeres atendidas en su parto en el Hospital II – E Simón Bolívar, Cajamarca 2024.

#### **1.4. Justificación de la investigación**

El incremento de la tasa de cesárea a nivel mundial genera preocupación en el ámbito de la salud pública. Este exceso, expone muchas veces innecesariamente a las mujeres y recién nacidos riesgos de complicaciones a corto y largo plazo, e impone una carga financiera significativa a los sistemas de salud. Sin embargo, en dicho hospital no se cuenta con estudios que permitan comprender cuáles son los factores que influyen en la decisión de indicar una cesárea.

La investigación se realizó con el propósito de conocer los factores maternos, fetales y ovulares que se relacionan con la indicación de cesárea, así como las características de la muestra estudiada. El análisis de estos factores contribuirá a comprender el comportamiento de la práctica obstétrica en el contexto real del servicio, permitiendo identificar oportunidades de mejora, disminuir la variabilidad en la toma de decisiones y promover el uso racional de este procedimiento quirúrgico.

Los resultados están orientados a beneficiar al personal de salud, proporcionando información que pueda utilizarse en capacitaciones y estrategias destinadas a asegurar una atención centrada en la seguridad materno-perinatal, a las gestantes atendidas, pues la existencia de criterios claros y basados en evidencia favorece una atención adecuada, reduce la probabilidad de intervenciones innecesarias y promueve el parto vaginal seguro si corresponde.

Asimismo, dicho hospital contará con datos que pueden ser utilizados como soporte para la toma de decisiones, aporta evidencia local, por lo que, sus resultados permitirán comparar y contrastar los hallazgos con otros estudios, contribuyendo así al conocimiento e insumos para futuras líneas de investigación.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Antecedentes

##### 2.1.1. Antecedentes internacionales

Alemayehu W. et al. (14), llevaron a cabo su estudio en Etiopía en el 2024 con el objetivo de evaluar la magnitud de las cesáreas y sus factores asociados, su estudio fue transversal con una muestra de 403 madres. Los resultados mostraron asociación estadísticamente significativa entre la vía del parto y factores maternas y obstétricos, como ausencia de controles prenatales (24,8%), inducción fallida del trabajo de parto (18,5%) y antecedente de cesárea (21,4%), además, las mujeres de zonas urbanas tuvieron mayor proporción de partos por cesárea (63,7%) en comparación con las de área rural (36,3%), estadísticamente significativa ( $p<0.05$ ). Concluyeron que tanto los factores obstétricos como los determinantes sociales y del acceso a la atención prenatal influyen directamente en la indicación de cesárea.

Toro C. et al. (15), realizaron su estudio en Chile en el 2024, con el objetivo de analizar los factores relacionados a intervención de cesárea en mujeres que atendieron su parto, con una muestra de 9041 mujeres. Se reportó 52,9% de las participantes tenía entre 30 y 39 años, 67,6% fueron primíparas y el 12,4% tuvo antecedente de cesárea. Los factores con mayor asociación a la indicación de cesárea fueron cesárea anterior ( $p<0.001$ ), no trabajo de parto ( $p<0.001$ ), patología materna ( $p<0.001$ ), la patología fetal incrementó la probabilidad de parto quirúrgico ( $p<0.001$ ). Concluyeron que la indicación de cesárea se encuentra vinculada a factores obstétricos y antecedentes reproductivos.

Ashipala D y Kandjaba V. (16), realizaron una investigación en Namibia en el 2023 con el objetivo de determinar los factores asociados a la cesárea, su estudio fue retrospectivo con una muestra de 200 historias donde se observó que 45,5% tenía entre 31 y 40 años y 24,5 % contaba con una cesárea previa. Las causas más frecuentes de cesárea fueron antecedentes de cesárea (26,0%), DCP (14,0%) y trabajo de parto prolongado (9,0%). Además, la mayoría de los partos se terminaron entre las semanas 35 y 41 (93,0%).

Respecto a la cesárea y los factores demográficos y obstétricos fueron estadísticamente significativas ( $p<0.05$ ). Concluyeron que la edad materna, antecedente de cesárea, DCP y trabajo prolongado fueron determinantes en la alta proporción de cesáreas.

Mohamed I y Menghisteab S. (17), desarrollaron su estudio en Eritrea en el año 2022 que tuvo como objetivo de explorar la tasa de partos por cesárea y sus indicaciones comunes junto con sus determinantes asociados a la indicación de cesárea con una muestra de a todas las gestantes que dieron a luz en el Hospital Dekemhare durante el 2019 donde se evidenció que la mala posición (26,3%), parto prolongado (21,2%), mala presentación (14,4%), cesárea anterior (10,2%), RPM (9,3%) y SFA (5,9%) fueron las indicaciones más frecuentes para cesárea. Concluyendo que existe significancia entre los factores maternos, ovulares y fetales para indicación de cesárea.

Takegata M. et al. (18), realizaron un estudio en Vietnam en el 2020 con el objetivo de determinar la tasa actual de nacimientos por cesárea y los factores sociodemográficos asociados con una muestra de 3148 participantes encontraron que la tasa de cesárea fue de 44,3% y la mayor parte tenían edades entre 31 y 40 años (35,5%), se encontraban en su segundo o tercer embarazo (37,0%) y se encontró como factor materno frecuente la cesárea anterior (30,0%), factor fetal a oligohidramnios (10,5%) y factor ovular a RPM (3,4%), todos con valor de  $p=0.0000$ . Concluyeron que la tasa de cesárea fue de 44,3% y los factores asociados son la edad materna > 30 años, multiparidad, cesárea anterior, oligohidramnios, y RPM respecto a la indicación de cesárea.

### **2.1.2. Antecedentes nacionales**

Cárdenas G. (19), realizó un estudio en Cerro de Pasco en el 2023 con el objetivo de determinar los factores asociados a la indicación de cesárea, su investigación fue no experimental con una muestra de 134 pacientes donde 36,6% tenían edades entre 18 y 23 años, 64,9% convivientes, 58,2% terminaron secundaria y 79,9% amas de casa 39,6% fueron primigestas, 59% inició controles en primer trimestre, 71,6% tiene más de 6 controles prenatales y 75,4% a término. Los factores maternos asociados fueron cesárea anterior ( $p=0.0067$ ), THE ( $p=0.0001$ ), expulsivo prolongado ( $p=0.0431$ ) y estrechez pélvica ( $p=0.0102$ ). Factores fetales asociados SFA ( $p=0.0002$ ), presentación podálica ( $p=0.0083$ ), situación transversa ( $p=0.0102$ ) y embarazo múltiple ( $p=0.0102$ ). Los factores ovulares asociados oligohidramnios ( $p=0.0084$ ), PP ( $p=0.0046$ ) y DPP ( $p=0.0431$ ). Concluyó que los factores asociados se relacionaron significativamente a la cesárea.

Muñoz F y Rossell A. (20), realizaron un estudio en Lima en el 2023 con el objetivo de determinar los factores asociados a los partos por cesárea, su investigación fue observacional, retrospectivo y corte transversal con una muestra de 256 historias clínicas. Se evidenció que 75% tuvo menos de 35 años, 65,8% nivel educativo alto, 70,8% zona urbana, 60% multíparas, trabajo de parto espontáneo (68,8%) y a término (80,8%). Entre los factores maternos asociados destacan DCP ( $p=0.009$ ), THE ( $p=0.000$ ), cesárea anterior ( $p=0.000$ ). Los factores fetales macrosomía ( $p=0.000$ ), distocia de presentación ( $p=0.042$ ) y EFNT ( $p=0.000$ ). Finalmente, los factores ovulares RPM ( $p=0.045$ ). Concluyeron que los factores que guardan relación con la indicación de cesárea fueron sociodemográficos, obstétricos, maternos, fetales y ovulares.

Quispe R. (21), realizó un estudio en Huancayo en el 2023 con el objetivo de evaluar la asociación entre los factores de riesgo asociados a cesárea, su investigación fue observacional, transversal corte retrospectivo y de tipo casos y controles con una muestra de 358 gestantes, donde 72,1% tenía entre 20 y 34 años, convivientes (71,2%), secundaria (53,1%), zona urbana (72,3%), multíparas (63,4%), con más de 6 controles prenatales (67,3%) y gestación a término (79,6%), los factores maternos asociados a indicación de cesárea fueron cesárea previa ( $p=0.0000$ ), THE ( $p=0.0000$ ) y DCP ( $p=0.0000$ ), los factores fetales asociados macrosomía fetal ( $p=0.0002$ ) y EFNT ( $p=0.0000$ ) y los factores fetales RPM ( $p=0.0000$ ) y DPP ( $p=0.0002$ ). Concluyó que los factores maternos, fetales y ovulares están asociados significativamente a cesárea.

Tacca M. et al. (22), realizaron un estudio en Huancayo en el 2023 con el objetivo de determinar los factores asociados al parto por cesárea, su investigación fue no experimental, descriptiva, correlacional, retrospectiva y corte transversal con una muestra de 330 historias. Se observó edades entre 19 y 35 años (70,6%), nulíparas (33,6%), edad gestacional a término (87,9%) y no presentan periodo intergenésico (33,3%). Los factores maternos asociados fueron cesárea anterior ( $p=0.035$ ) y preeclampsia severa ( $p=0.034$ ), los factores fetales u ovulares asociados fueron el SFA ( $p=0.019$ ), feto podálico ( $p=0.018$ ) y embarazo múltiple ( $p=0.044$ ). Concluyeron que los factores que guardan relación con la cesárea fueron sociodemográficos, obstétricos, maternos y fetales u ovulares.

Talena E. (23), realizó una investigación en Huánuco en el 2023 con la finalidad de determinar los factores asociados al parto por cesárea en gestantes, su estudio fue observacional, retrospectivo, transversal y correlacional con una muestra de 161 historias

clínicas, Se reportó que el 45,3% tuvo entre 20 y 29 años, 45,3% secundaria completa y 37,3% convivientes. Los factores maternos asociados fueron antecedente de cesárea ( $p=0.001$ ), DCP ( $p=0.017$ ) y preeclampsia severa ( $p=0.001$ ), los factores fetales asociados fueron situación transversa ( $p=0.002$ ), presentación podálica ( $p=0.010$ ), hipoxia fetal ( $p=0.038$ ) y macrosomía fetal ( $p=0.026$ ) y los factores ovulares fueron placenta previa ( $p=0.041$ ), DPP ( $p=0.001$ ) y corioamnionitis ( $p=0.021$ ). Concluyó que los factores maternos, fetales y ovulares están asociados significativamente a cesárea.

Loayza C. (24), realizó una investigación en Ica en el 2022 cuyo objetivo fue identificar los factores asociados a la indicación de cesárea, su estudio fue observacional, trasversal, retrospectivo de diseño casos y controles contando con una muestra de 323 historias de gestantes cuyo parto terminó en cesárea y 323 historias de gestantes con parto por vía vaginal de las cuales los factores maternos asociados fueron la cesárea previa ( $p=0.001$ ) y preeclampsia ( $p=0.002$ ). Los factores fetales asociados fueron macrosomía fetal ( $p=0.002$ ) y distocia de presentación ( $p=0.003$ ). Los factores ovulares asociados fueron doble circular de cordón ( $p=0.030$ ) y RPM ( $p=0.011$ ). Concluyó que los factores asociados a la indicación de cesárea son de tipo maternos, fetales y ovulares.

## 2.2. Bases Teóricas

### 2.2.1. Factores Asociados

#### 2.2.1.1. Factores Maternos

Se relacionan directamente con las condiciones de la gestante que pueden complicar el desarrollo de su parto (25).

- **Trastorno hipertensivo del embarazo:** comprenden diversas alteraciones en la presión arterial que se presentan durante la gestación que, de no ser identificadas y tratadas, generan complicaciones severas en el binomio madre – feto. Constituyen una de las principales causas médicas de indicación de cesárea (26).
- **Desproporcióncefalopélvica:** disparidad entre las dimensiones de la cabeza fetal y pelvis materna, lo que origina detención de la dilatación y descenso de la cabeza fetal lo que impide el parto por vía vaginal, asociado a estrechez pélvica (26).

- **Antecedente de cesárea:** gestante que se le realizó una o más cesáreas anteriormente. Es uno de los factores obstétricos más determinantes en la indicación de una nueva cesárea, debido al riesgo potencial de ruptura uterina durante el trabajo de parto subsecuente (26).
- **Expulsivo prolongado:** el periodo expulsivo se extiende más de 2 horas en gestantes nulíparas y más de 1 hora en multíparas. Este trastorno puede deberse a desproporción céfalopélvica, distocia de presentación, agotamiento materno o hipodinamia lo que conlleva un riesgo elevado de sufrimiento fetal, hipoxia, traumatismos del canal del parto y hemorragia postparto (26).
- **Inducción fallida:** ausencia de un adecuado patrón de contracciones, dilatación o descenso de la presentación, a pesar de la dosis habitual del medicamento utilizado. Se termina la gestación después de tres inducciones fallidas (26).
- **Embarazo a término tardío:** gestación que va entre las 41 y 42 semanas. A medida que la gestación se prolonga, se incrementa el riesgo de macrosomía fetal, disminución del líquido amniótico, envejecimiento placentario y sufrimiento fetal agudo, condiciones que comprometen la seguridad del parto vaginal (26).

#### **2.2.1.2. Factores Fetales**

Condiciones del feto que pueden influir en la complicación del trabajo de parto. La fisiología del desarrollo del feto es capaz de incidir en la toma de decisión médica para determinar la forma en que se culminará el parto (25).

- **Presentación podálica:** presentación distóica, la pelvis del feto en situación longitudinal está en contacto con el estrecho superior de la pelvis de la madre (26).
- **Situación transversa:** condición en la que el feto se encuentra en transversa respecto al eje longitudinal de la madre y uno de los hombros se presenta al estrecho superior de la pelvis (26).
- **Sufrimiento fetal agudo:** estado de compromiso fetal durante el trabajo de parto caracterizado por hipoxia, hipercapnia y acidosis. Compromete de manera inmediata la oxigenación y bienestar fetal durante el trabajo de parto (26).

- **Macrosomía fetal:** el feto supera en medidas a la pelvis, se le consigna un peso superior al percentil 95 para la edad gestacional. Se asocia con desproporción céfalopélvica, distocia de hombros, trauma obstétrico, hemorragia postparto y sufrimiento fetal (26).
- **Embarazo múltiple:** embarazo conformado por dos o más fetos dentro o fuera de la cavidad uterina sin consideración del número final de fetos (26).
- **Restricción del crecimiento intrauterino:** crecimiento anormal del feto, con un peso menor al percentil 10 para la edad gestacional, asociado a morbilidad. Conlleva una disminución del aporte de oxígeno y nutrientes al feto (26).
- **Estado fetal no tranquilizador:** alteración en los parámetros que evalúan el bienestar fetal intraútero, especialmente en el registro cardiotocográfico (monitoreo fetal), que sugiere hipoxia o acidosis fetal. Se manifiesta con frecuencia cardiaca fetal baja persistente y/o desaceleraciones constantes (26).

#### **2.2.1.3. Factores Ovulares**

La complicación se limita específicamente a las membranas ovulares o placentarias (25).

- **Desprendimiento prematuro de placenta:** separación parcial o total de la placenta normo inserta, después de las 22 semanas y antes del nacimiento del feto. Genera hemorragia materna, hipoxia fetal y alteraciones hemodinámicas graves (26).
- **Oligohidramnios:** disminución de la cantidad de líquido amniótico teniendo en cuenta la edad gestacional. Está relacionada con insuficiencia placentaria, rotura prematura de membranas, malformaciones fetales o embarazo pos término (26).
- **Ruptura prematura de membranas:** rotura espontánea de las membranas corioamnióticas producida antes del inicio del trabajo de parto, en una gestación posterior a las 22 semanas (26).
- **Distocia funicular:** anomalías en el cordón umbilical que interfieren con el desarrollo del trabajo de parto o comprometen el bienestar fetal, pueden deberse a longitud anormal del cordón, posición, enrollamiento, compresión o nudos, y generan obstrucción mecánica o disminución del flujo sanguíneo entre la madre y el feto (26).

## **2.2.2. Cesárea**

### **2.2.2.1. Historia**

La cesárea es uno de los procedimientos quirúrgicos más antiguos y más trascendentales en la historia de la obstetricia. Su origen se remonta a las civilizaciones antiguas, donde se realizaba únicamente como último recurso para extraer al feto de una madre fallecida durante el parto. Según Berghella (27), existen registros históricos en Egipto, Grecia y Roma que describen prácticas rudimentarias de extracción fetal post mortem.

Durante la Edad Media y el Renacimiento, la cesárea era un procedimiento altamente riesgoso. Se practicaba sin anestesia ni conocimiento de asepsia, lo que ocasionaba tasas de mortalidad materna superiores al 90% (28). Sin embargo, hacia el siglo XVIII comenzaron los primeros intentos de realizar la operación con la madre viva, aunque los resultados continuaron siendo desfavorables (27).

Con la introducción de la anestesia, los principios de asepsia y antisepsia, y los avances en suturas uterinas, la supervivencia materna mejoró considerablemente (29).

Durante el siglo XX, la cesárea se consolidó como un procedimiento seguro gracias a la antibioticoterapia, las mejoras en técnicas anestésicas y la monitorización fetal electrónica, lo que permitió una detección más temprana del sufrimiento fetal. En la actualidad, la cesárea se considera una intervención esencial para reducir la morbimortalidad materno-neonatal. No obstante, la expansión de su práctica sin indicación médica clara ha suscitado preocupación global (30).

Desde un punto de vista teórico, la cesárea representa el punto de convergencia entre la biomedicina moderna y las decisiones socioculturales y clínicas que influyen en el manejo del parto. El incremento de las cesáreas no siempre obedece a razones médicas, sino también a factores institucionales y de preferencia materna (30).

En el contexto actual, la historia de la cesárea no solo refleja la evolución del conocimiento médico, sino también la transformación de la atención obstétrica hacia una práctica más tecnificada y protocolizada, donde la seguridad materno-fetal coexiste con el riesgo de una medicalización excesiva del parto (30).

#### **2.2.2.2. Definición**

Procedimiento quirúrgico que consiste en la extracción por vía abdominal de un feto mayor a 22 semanas, vivo o muerto, junto con la placenta y membranas ovulares, a través de una laparotomía e histerotomía (31).

#### **2.2.2.3. Tipos de cesárea**

- **Según antecedente Obstétrico (32):**

Primitiva: se realiza a la gestante por primera vez sin antecedente de cesárea.

Iterativa: se realiza a la gestante con uno o más antecedentes de cesárea.

- **Según indicación (32):**

Electiva: programada antes del inicio del trabajo de parto, se realiza a la gestante con patología materna y/o fetal que contraindica un parto vía vaginal.

Emergencia: se realiza debido a una patología materna y/o fetal aguda con aparición súbita que no amerita tiempo de espera.

#### **2.2.2.4. Indicación de cesárea**

Asociado a los diferentes factores que puedan presentarse según sea el caso.

- **Indicaciones absolutas:**

Indicaciones en la cual la cesárea es el único procedimiento a tener en cuenta para la terminación del parto (33).

Según las guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología (2023) tenemos: placenta previa total o parcial, acretismo placentario diagnosticado por Eco Doppler antes del parto, síndrome hellp, cesárea anterior 2 o más veces, presentación podálica, embarazo gemelar con dos fetos o un feto en podálica, presentación de cara, presentación de frente, prolapsio de cordón umbilical, macrosomía fetal, sufrimiento fetal agudo, desproporción céfalopélvica, situación transversa, infección activa primaria o concurrente por virus de herpes simple genital, Infección por virus de hepatitis C, VIH, SIDA, tumores obstrutivos benignos y malignos, cirugía uterina previa,

embarazo múltiple, embarazo por fertilización in vitro u otra técnica de reproducción asistida, anomalías fetales como: hidrocefalia, mielomeningocele, siameses, gastosquisis, onfalocele gigante (26)

- **Indicaciones relativas:**

Son aquellas en que se opta como la mejor alternativa para cesárea en circunstancias en que se indica también alguna otra opción (33).

Según las guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología (2023) tenemos: embarazo múltiple, desproporcióncefalopélvica, con prueba de trabajo de parto fallida, distocia de variedad de presentación, asinclitismo, transversa o posterior persistente después de prueba de trabajo de parto, embarazo gemelar con un feto o ambos en cefálica, RPM de más de 24 horas, oligohidramnios con prueba de bienestar fetal negativa, situación oblicua en multípara sin trabajo de parto, psicosis, retardo mental, preeclampsia severa, eclampsia, insuficiencia cardiorrespiratoria (26).

### **2.3. Hipótesis**

**Ho:** La asociación entre los factores maternos, fetales y ovulares y la indicación de cesárea no es significativa.

**Ha:** La asociación entre los factores maternos, fetales y ovulares y la indicación de cesárea es significativa.

### **2.4. Variables**

#### **2.4.1. Variable independiente (1): factores asociados**

#### **2.4.2. Variable dependiente (2): indicación de cesárea**

## 2.5. Definición conceptual y operacionalización de variables:

Variables	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Categorías	Escala de medición
<b>Variable 1</b> <b>Factores asociados</b>  Elementos, condiciones o características que están relacionados de alguna manera con un determinado resultado (34)	Factores asociados a la indicación de cesárea identificados en la historia clínica de las mujeres atendidas en su parto	Factores Maternos	Trastorno hipertensivo del embarazo Desproporción cefalopélvica Antecedente de cesárea Expulsivo prolongado Inducción fallida Embarazo a término tardío	Si/No	Nominal
		Factores Fetales	Presentación podálica Situación transversa Sufrimiento fetal agudo Macrosomía fetal Embarazo múltiple Restricción del crecimiento intrauterino Estado fetal no tranquilizador	Si/No	Nominal
		Factores Ovulares	Desprendimiento prematuro de placenta Placenta previa Oligohidramnios Ruptura prematura de membranas Distocia funicular	Si/No	Nominal
<b>Variable 2</b> <b>Indicación de cesárea</b>  Intervención quirúrgica para la extracción del feto por vía abdominal (35)	Resultado del parto de la gestante que evidencia o no la indicación de cesárea en las mujeres atendidas en el Hospital II - E Simón Bolívar	Parto por cesárea	¿Hubo indicación de cesárea?	Si/No	Nominal

## CAPÍTULO III

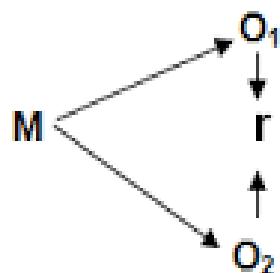
### DISEÑO METODOLÓGICO

#### 3.1. Tipo y diseño de estudio

El presente estudio es de diseño no experimental de corte transversal tipo descriptivo - correlacional y además naturaleza retrospectiva.

- **No experimental:** las variables se observaron tal y como se mostraron en su contexto natural sin manipulación de las mismas.
- **Corte Transversal:** las variables fueron medidas en un periodo determinado sin hacer cortes en el tiempo.
- **Descriptivo - correlacional:** las variables fueron observadas y descritas, además, se analizó y estableció una relación entre las mismas (factores maternos, fetales y ovulares y la indicación de cesárea).
- **Retrospectivo:** porque los datos se obtuvieron de una fuente secundaria.

#### Diseño correlacional



Dónde:

M: mujeres cuyo parto terminó en cesárea o parto vaginal

O1: factores maternos, fetales y ovulares

O2: indicación de cesárea

r: correlación entre ambas variables

## **3.2. Área de estudio y población**

### **3.2.1. Área de estudio**

La investigación se realizó en el Hospital II - E Simón Bolívar ubicado en el departamento y provincia de Cajamarca, específicamente, en Av. Mario Urteaga N° 500.

Cajamarca se encuentra ubicada al norte del Perú, a una altitud de 2750 msnm. Limita por el norte con Ecuador, por el sur con La Libertad, por el este con Amazonas y por el oeste con Piura y Lambayeque.

### **3.2.2. Población**

La población estuvo constituida por 2 352 historias clínicas de mujeres cuyo parto terminó en cesárea o parto vaginal atendidas en el Hospital II - E Simón Bolívar en el año 2024.

## **3.3. Muestra**

### **3.3.1. Tamaño de muestra**

El tamaño de la muestra se obtuvo utilizando el muestreo probabilístico aleatorio simple para estimación de la proporción poblacional con una confiabilidad del 95% y un error del 5%, utilizando la fórmula aplicada para poblaciones finitas.

$$\begin{aligned} n &= \frac{NZ^2PQ}{E^2(N-1) + Z^2PQ} \\ n &= \frac{2352x(1.96)x(1.96)x(0.5)x(0.5)}{(0.05)x(0.05)x(2352-1) + (1.96)x(1.96)x(0.5)x(0.5)} \\ n &= \frac{2258.8608}{0.0025 \times 2351 + 0.9604} \\ n &= \frac{2258.8608}{5.8775 + 0.9604} \\ n &= \frac{2258.8608}{6.8379} \\ n &= 330.3442 \\ n &= 330 \end{aligned}$$

Donde:

N = Total de población = 2 352

n = Tamaño de muestra

P = 0.5 proporción esperada

Q = 1 - P = 0.5

Z = (1.96) nivel de confianza

E = (0.05) margen de error

### **3.4. Unidad de análisis**

Conformada por cada historia clínica que cumplió los criterios de inclusión de las mujeres que fueron atendidas en su parto en el Hospital II - E Simón Bolívar durante el año 2024.

### **3.5. Criterios de inclusión y exclusión**

Criterios de Inclusión:

- Historia clínica con letra legible
- Historia clínica completa

### **3.6. Consideraciones éticas**

Esta investigación se fundamentó en criterios dirigidos a asegurar la calidad y la objetividad de la investigación, como los siguientes:

- **No maleficencia:** la información se obtuvo luego de que se dé la aceptación por parte del establecimiento y la Dirección Regional de Salud (DIRESA)
- **Confidencialidad:** la información observada en las historias clínicas fue protegida y utilizada solamente con fines de investigación.

### **3.7. Procedimiento para recolección de datos**

Primero, se solicitó la autorización al director de la DIRESA y Hospital II – E Simón Bolívar para el acceso a las historias clínicas. (Anexo 2). Otorgada la autorización (Anexo 3) se

procedió a la coordinación con el encargado de archivos para el acceso, obtención y selección de las 330 historias clínicas que cumplan los criterios de inclusión. Luego, una vez seleccionadas las 330 historias que componen la muestra se llenó las fichas para recolección de datos se verificó que se encuentren completamente llenas. Posteriormente para el procesamiento de los datos se creará una base de datos utilizando el programa Excel para su procesamiento y posterior análisis estadístico e interpretación y discusión de resultados obtenidos.

### **3.8. Técnicas e instrumento de recolección de datos**

La técnica utilizada fue el análisis documental ya que los datos fueron obtenidos de la revisión de las historias clínicas.

#### **3.8.1. Instrumento de recolección de datos**

El instrumento utilizado fue la Ficha para recolección de datos (Anexo 1), constituido para cumplir los objetivos de la investigación. Se estructuró en seis partes:

La primera parte corresponde a características sociodemográficas, donde se consideraron variables como edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación y zona de residencia.

En la segunda parte se evaluaron las características obstétricas, tales como número de gestación, número de atenciones prenatales, inicio del trabajo de parto, edad gestacional y periodo intergenésico.

La tercera parte estuvo orientada a los factores maternos, incluyendo trastorno hipertensivo del embarazo, desproporción cefalopélvica, antecedente de cesárea, expulsivo prolongado, inducción fallida y embarazo a término tardío.

La cuarta parte se analizaron los factores fetales, entre ellos la presentación podálica, situación transversa, sufrimiento fetal agudo, macrosomía fetal, embarazo múltiple, restricción del crecimiento intrauterino y estado fetal no tranquilizador.

La quinta parte agrupó los factores ovulares, tales como desprendimiento prematuro de placenta, oligohidramnios, ruptura prematura de membranas y distocia funicular.

Finalmente, la sexta parte estuvo destinada a identificar si el parto culminó o no en indicación de cesárea.

### **3.9. Procesamiento y análisis de datos**

Para la sistematización de los datos se tomó en cuenta la historia clínica de cada paciente lo que permitió estructurar la información en una base de datos elaborada en Microsoft Excel. Posteriormente se realizó el análisis estadístico mediante el programa SPSS V.27.0, a través del cual se generaron tablas y gráficos que simplificaron la interpretación de los resultados obtenidos del proyecto de investigación.

### **3.10. Control de calidad de datos**

#### **3.10.1. Validez**

Se llevó a cabo mediante la revisión del instrumento por juicio de expertos, conformado por cuatro especialistas profesionales, Obstetras, con distintos grados académicos y experiencia en el área. Estos especialistas evaluaron la pertinencia de los ítems verificando que cumplan y respondan a los propósitos del proyecto. Así mismo, aportaron sugerencias y observaciones orientadas a la mejora del instrumento, las cuales fueron solventadas logrando como resultado final un instrumento aplicable (Anexo 4).

#### **3.10.2. Confidabilidad**

Se realizó mediante una prueba piloto utilizando una muestra de 20 historias clínicas seleccionadas con los mismos criterios a las del proyecto original de mujeres que dieron a luz por parto vaginal o cesárea en el Hospital II – E Simón Bolívar, en el año 2023. Obteniéndose un Alfa de Cronbach de 0,812, lo que indica que el instrumento es aceptable y es confiable (Anexo 5).

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

**Tabla 1.** Características Sociodemográficas de las mujeres atendidas en su parto en el Hospital II - E Simón Bolívar durante el año 2024.

Características Sociodemográficas	Total	
	Nº	%
<b>Edad</b>		
Adolescente	27	8,2
Adulto joven	160	48,5
Adulto	143	43,3
<b>Grado de instrucción</b>		
Sin Instrucción	9	2,7
Primaria completa	59	17,9
Primaria incompleta	28	8,5
Secundaria completa	93	28,2
Secundaria incompleta	61	18,5
Superior Técnica completa	27	8,2
Superior Técnica incompleta	15	4,5
Superior Universitario completo	25	7,6
Superior Universitario incompleto	17	5,2
<b>Estado civil</b>		
Soltera	62	18,8
Conviviente	236	71,5
Casada	32	9,7
<b>Ocupación</b>		
Ama de casa	256	77,6
Independiente	26	7,9
Estudiante	48	14,5
<b>Zona de Residencia</b>		
Urbana	180	54,5
Rural	150	45,5
<b>Total</b>	<b>330</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Datos recolectados por la autora

En la Tabla 1 se muestra las características sociodemográficas, donde gran parte de las mujeres atendidas del estudio se encontró entre los 18 y 29 años de edad (48,5%), convivían con sus parejas (71,5%), han terminado la secundaria (28,2%), se dedican a los quehaceres del hogar (77,6%) y pertenecían a la zona urbana (54,5%).

**Tabla 2.** Características Obstétricas de las mujeres atendidas en su parto en el Hospital II - E Simón Bolívar durante el año 2024.

Características Obstétricas	Total	
	Nº	%
<b>Número de gestación</b>		
1	122	37,0
2	100	30,3
3	57	17,3
≥ 4	51	15,5
<b>Número de APN</b>		
Sin APN	3	0,9
< 6 APN	35	10,6
≥ 6 APN	292	88,5
<b>Inicio de trabajo de parto</b>		
Espontáneo	217	65,8
Inducido	39	11,8
No aplica	74	22,4
<b>Edad gestacional</b>		
< 37 semanas	27	8,2
37 – 41 6/7 semanas	301	91,2
≥ 42 semanas	2	0,6
<b>Periodo intergenésico</b>		
≤ 2 años	37	11,2
entre 2 y 5 años	60	18,2
≥ 5 años	107	32,4
No aplica	126	38,2
<b>Total</b>	<b>330</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Datos recolectados por la autora

En la Tabla 2 se describe las características obstétricas de las gestantes donde se observa que la mayoría fueron primigestas (37,0%). Respecto al número de atenciones prenatales (APN), el 88,5 % recibió seis o más controles, evidenciando una adecuada cobertura de atención prenatal según las recomendaciones del MINSA y OMS.

En cuanto al inicio del trabajo de parto, predominó el trabajo de parto espontáneo (65,8%), en relación con la edad gestacional, el 91,2% de las gestantes culminó su embarazo entre las 37 y 41 6/7 semanas, es decir, tuvieron un embarazo a término y en relación al periodo intergenésico, el 32,4% no presentó periodo intergenésico lo que reafirma que el mayor número de mujeres eran primigestas.

**Tabla 3.** Factores maternos asociados a la indicación de cesárea en las mujeres atendidas en su parto en el Hospital II - E Simón Bolívar durante el año 2024.

Factores Maternos	Indicación de cesárea						Chi-cuadrado
	Si		No		Total		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	p-valor
<b>Trastorno hipertensivo del embarazo</b>							
Si	24	7,3	52	15,8	76	23,0	0,337
No	66	20,0	188	57,0	254	77,0	
<b>Desproporción céfalo pélvica</b>							
Si	8	2,4	0	0,0	8	2,4	0,000
No	82	24,8	240	72,7	322	97,6	
<b>Antecedente de cesárea</b>							
Si	20	6,1	19	5,8	39	11,8	0,000
No	70	21,2	221	67,0	291	88,2	
<b>Expulsivo prolongado</b>							
Si	3	0,9	0	0,0	3	0,9	0,005
No	87	26,4	240	72,7	327	99,1	
<b>Inducción fallida</b>							
Si	5	1,5	0	0,0	5	1,5	0,000
No	85	25,8	240	72,7	325	98,5	
<b>Embarazo a término tardío</b>							
Si	12	3,6	18	5,5	30	9,1	0,101
No	78	23,6	222	67,3	300	90,9	
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>27,3</b>	<b>240</b>	<b>72,7</b>	<b>330</b>	<b>100,0</b>	

**Fuente:** Datos recolectados por la autora

En la tabla 3 se describen los factores maternos asociados a indicación de cesárea, respecto al trastorno hipertensivo del embarazo del 23% de mujeres que lo presentó, el 7,3% terminaron en cesárea mientras que un mayor porcentaje (15,8%) tuvo parto vía vaginal. Desproporción céfalo pélvica (2,4%), expulsivo prolongado (0,9%) e inducción fallida (1,5%), en estos factores todas las gestantes que presentaron dichas patologías terminaron en indicación de cesárea. En un total de 39 mujeres que tuvieron uno o más antecedentes de cesárea, 6,1% fueron sometidas a cesárea nuevamente. Por su parte, el embarazo a término tardío, de 30 mujeres (9,1%) solo 3,6% tuvo indicación de cesárea.

Al realizar la prueba de chi cuadrado se encontró entre los factores maternos asociados estadísticamente a la indicación de cesárea tenemos desproporción céfalo pélvica ( $p=0,000$ ), antecedente de cesárea ( $p=0,001$ ), inducción fallida ( $p=0,000$ ) y expulsivo prolongado ( $p=0,005$ ).

**Tabla 4.** Factores fetales asociados a la indicación de cesárea en las mujeres atendidas en su parto en el Hospital II - E Simón Bolívar durante el año 2024.

Factores Fetales	Indicación de cesárea						Chi-cuadrado p-valor
	Nº	Si %	Nº	No %	Total Nº	Total %	
<b>Presentación podálica</b>							
Si	8	2,4	0	0,0	8	2,4	0,000
No	82	24,8	240	72,7	322	97,6	
<b>Situación transversa</b>							
Si	5	1,5	0	0,0	5	1,5	0,000
No	85	25,8	240	72,7	325	98,5	
<b>Sufrimiento fetal agudo</b>							
Si	7	2,1	0	0,0	7	2,1	0,000
No	83	25,2	240	72,7	323	97,9	
<b>Macrosomía fetal</b>							
Si	6	1,8	0	0,0	6	1,8	0,000
No	84	25,5	240	72,7	324	98,2	
<b>Embarazo múltiple</b>							
Si	4	1,2	2	0,6	6	1,8	0,029
No	86	26,1	238	72,1	324	98,2	
<b>Restricción del crecimiento intrauterino</b>							
Si	7	2,1	8	2,4	15	4,5	0,084
No	83	25,2	232	70,3	315	95,5	
<b>Estado fetal no tranquilizador</b>							
Si	17	5,2	0	0,0	17	5,2	0,000
No	73	22,1	240	72,7	313	94,8	
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>27,3</b>	<b>240</b>	<b>72,73</b>	<b>330</b>	<b>100,0</b>	

**Fuente:** Datos recolectados por la autora

La tabla 4 presenta los factores fetales asociados a la indicación de cesárea, se observa presentación podálica (2,4%), sufrimiento fetal agudo (2,1%), macrosomía fetal (1,8%) y situación transversa (1,5%), respecto a estos cuatro factores todos los casos terminaron en indicación de cesárea. Embarazo múltiple se registró en 1,8%, de los cuales el 1,2% tuvieron indicación de cesárea, restricción del crecimiento intrauterino se evidenció en el 4,5% de las mujeres de las cuales el mayor porcentaje 2,4% no tuvo esta indicación, el estado fetal no tranquilizador se presentó en 5,2% de la muestra de las cuales todas tuvieron indicación de cesárea, siendo este el factor fetal más relevante.

Al realizar la prueba de chi cuadrado mostraron significancia presentación podálica ( $p=0,000$ ), situación transversa ( $p=0,000$ ), sufrimiento fetal agudo ( $p=0,000$ ), macrosomía fetal ( $p=0,000$ ), embarazo múltiple ( $p=0,029$ ) y estado fetal no tranquilizador ( $p=0,000$ ).

**Tabla 5.** Factores ovulares asociados a la indicación de cesárea en las mujeres atendidas en su parto en el Hospital II - E Simón Bolívar durante el año 2024.

Factores Ovulares	Indicación de cesárea						Chi-cuadrado p-valor	
	Si		No		Total			
	N°	%	N°	%	N°	%		
<b>Desprendimiento prematuro de placenta</b>							0,005	
Si	3	0,9	0	0,0	3	0,9		
No	87	26,4	240	72,7	327	99,1		
<b>Oligohidramnios</b>							0,361	
Si	10	3,0	19	5,8	29	8,8		
No	80	24,2	221	67,0	301	91,2		
<b>Ruptura prematura de membranas</b>							0,118	
Si	11	3,3	47	14,2	58	17,6		
No	79	23,9	193	58,5	272	82,4		
<b>Distocia funicular</b>							0,537	
Si	16	4,8	50	15,2	66	20,0		
No	74	22,4	190	57,6	264	80,0		
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>27,3</b>	<b>240</b>	<b>72,7</b>	<b>330</b>	<b>100,0</b>		

**Fuente:** Datos recolectados por la autora

En la tabla 5 se observan los factores ovulares asociados a la indicación de cesárea, respecto a desprendimiento prematuro de placenta estuvo presente en el 0.9% de las mujeres, todas con indicación de cesárea. En cuanto a oligohidramnios, el 8.8% de las mujeres lo presentaron, de las cuales el 3,0% requirió cesárea mientras que el 5,8% tuvieron parto vaginal. Por otro lado, la ruptura prematura de membranas se presentó en el 17,6% de las cuales el 3,3% culminó en indicación de cesárea mientras un porcentaje mayor (14,2%) pudo concluir su parto vía vaginal. La distocia funicular se observó en el 20,0% de los casos, siendo un 4,8% las que tuvieron su parto por vía alta mientras el 15,2% tuvo su parto por vía vaginal.

Finalmente, al realizar la prueba de chi cuadrado, se obtuvo como factor ovular asociado estadísticamente a la indicación de cesárea al desprendimiento prematuro de placenta ( $p=0,005$ ).

## CAPÍTULO V

### ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Dentro de las características analizadas la edad, predominó el grupo etario de entre 18 - 29 años (48,5%), es decir, gran parte pertenecía al grupo etario adulto joven. Este resultado coincide con lo reportado por Talenas (23), quien identificó que la mayor parte de sus participantes tenía entre 20 – 29 años (45,3%), esto respaldado por Mohamed y Menghisteab (17) quienes evidenciaron el mismo rango de edad entre 20 – 29 años (54,8%) en su muestra. Sin embargo, los resultados obtenidos discrepan con Ashipala y Kandjaba (16), quienes evidenciaron un grupo etario mayor entre 31 – 40 años (45,5%) en su muestra. A medida que la edad de la gestante aumenta, se incrementa la probabilidad de presentar cesárea. La edad mayor a 35 años en una gestante aumenta el riesgo de sufrir complicaciones obstétricas como trastornos hipertensivos, diabetes gestacional, placenta previa, macrosomía y sufrimiento fetal agudo, condiciones que motivan la indicación de una cesárea. Por otro lado, las gestantes adolescentes debido a su inmadurez anatómica pueden presentar desproporcióncefalopélvica y parto prolongado.

En el caso del estado civil, se observó que el 71,5% eran convivientes, este hallazgo concuerda con múltiples estudios como los de Talenas (23) quien identificó que el 37,3% de sus participantes convivían con sus parejas y Cárdenas (19), quien encontró en su investigación que gran parte de las gestantes de su estudio también eran convivientes con un 64,9%, estos resultados difieren con el estudio de Alemayehu (14), quien obtuvo mayor muestra de casadas en su estudio (99,3%). Las gestantes casadas o en convivencia suelen presentar mayor acceso a los servicios de salud, mayor planificación del embarazo y acompañamiento constante de la pareja en cambio las gestantes solteras al no contar con ese apoyo pueden presentar mayor riesgo de complicaciones obstétricas, derivadas de un menor control prenatal o tardía asistencia médica.

En cuanto al grado de instrucción, en la investigación se identificó que resaltan las gestantes con secundaria completa teniendo de un 28,2% del total de la muestra. De manera similar, en el estudio de Quispe (21) quien encontró mayor número de gestantes con secundaria con porcentaje de 53,1%, resultado que no respaldan Muñoz y Rossell

(20) ni Takegata, et al. (18) quienes encontraron una población mayor con nivel educativo superior del 72,4% y 65,8% respectivamente. Las gestantes con estudios superiores tienden a tener mayor acceso a información médica, una percepción de mayor seguridad en el parto quirúrgico y preferencia por la planificación del nacimiento, muchas veces solicitando la cesárea electiva. En cambio, mujeres con menor nivel educativo suelen presentar limitaciones en el acceso a la información sobre salud reproductiva y prenatal, lo que puede conllevar a un menor control de los factores de riesgo.

Así mismo, sobresalieron las gestantes amas de casa (77,6%), lo que confirma el estudio de Cárdenas (19) quien encontró un porcentaje similar de 79,9% de gestantes que se dedicaban a su hogar y Alemayehu (14) quien obtuvo el 56,3% de gestantes que eran ama de casa. Las mujeres con ocupaciones de mayor carga laboral pueden experimentar mayor fatiga, estrés o dificultades para asistir a los controles prenatales. En contraste, las gestantes que se dedican al hogar suelen disponer de tiempo para autocuidado y acudir a sus citas médicas, lo que favorece la detección temprana de riesgos y mejor preparación para el parto vaginal. Asimismo, las mujeres con ocupaciones profesionales pueden tener mayor conocimiento sobre los servicios de salud y acceso a opciones de parto.

Finalmente, según la zona residencia se evidenció mayor número de mujeres provenientes de la zona urbana (54,5%). Este resultado concuerda con Takegata, et al. (18) quienes también evidenciaron mayor número de gestantes de zona urbana (69,5%). Los centros urbanos cuentan con una mayor disponibilidad de establecimientos hospitalarios, especialistas, equipos y servicios de emergencia obstétrica, lo que facilita la realización del procedimiento. En cambio, gestantes de zonas rurales suelen presentar un menor acceso a controles prenatales regulares y servicios obstétricos de alta complejidad.

En las características obstétricas se encontró que, respecto al número de gestación la mayoría de las mujeres se encontraba en su primer embarazo (37,0%) lo que respalda la investigación de Cárdenas (19) quien encontró un porcentaje de gestantes similar pero mayor que fueron primigestas (39,6%), pero difiere con el estudio de Quispe (21) quien obtuvo mayor muestra de gestantes multigestas con un 63,4% y además el estudio de Alemayehu (14) quien también encontró mayor muestra de gestantes multigestas (43,2%). Las primigestas presentan una mayor probabilidad de parto por cesárea debido al temor, inexperience y la tendencia médica a intervenir para evitar complicaciones en gestantes primerizas. Por otro lado, en las multigestas, el riesgo de cesárea suele incrementarse

cuando existen antecedentes de cesárea previa o complicaciones obstétricas, en caso contrario, tienen una probabilidad alta de tener un parto vaginal exitoso.

Correspondiente al número de APN el 88,5% de las mujeres del estudio tuvo de 6 a más atenciones prenatales, resultado que afirma Quispe (21) quien encontró un 67,3% de mujeres con 6 a más APN. Un control prenatal insuficiente o inadecuado aumenta la probabilidad de complicaciones obstétricas no diagnosticadas o mal manejadas.

En el periodo intergenésico se encontró que la mayor parte de mujeres no aplica periodo intergenésico (38,2%) es decir era su primera gestación. Resultado que concuerda con Tacca, et al. (22) quienes encontraron en su muestra que el 33,3% no presenta periodo intergenésico. Cuando el intervalo entre un parto y el siguiente embarazo es menor de dos años, aumenta el riesgo de ruptura uterina, dehiscencia de cicatriz, placenta previa y complicaciones hemorrágicas, especialmente en mujeres con antecedentes de cesárea previa. Por el contrario, intervalos prolongados mayores de cinco años también pueden asociarse a preeclampsia o parto distóxico.

En cuanto a la edad gestacional, gran parte de las mujeres del estudio culminaron su gestación con un embarazo a término (91,2%), resultado respaldado por Toro (15) quien tuvo un porcentaje similar pero mayor en su muestra de gestantes con fetos a término con porcentaje del 97,3% y a su vez concuerda con Cárdenas (19) quien obtuvo un porcentaje menor pero mayoritario de su muestra de embarazos a término con 75,4%. Investigaciones evidencian que las gestaciones pretérmino y postérmino presentan mayor probabilidad de parto por cesárea, debido a alteraciones en la dinámica uterina, sufrimiento fetal o desproporción céfalopélvica. En embarazos pretérmino, la cesárea suele indicarse para preservar la vida fetal ante complicaciones como preeclampsia, restricción del crecimiento intrauterino o ruptura prematura de membranas. En cambio, en los embarazos postérmino, la intervención quirúrgica se justifica por el riesgo de hipoxia fetal, macrosomía o envejecimiento placentario.

Por último, respecto al inicio de trabajo de parto se encontró que el 65,8% tuvieron un inicio espontáneo seguido de un 22,4% que no presentó inicio del trabajo de parto, estos resultados concuerdan con Mohamed y Menghisteab (17) quienes obtuvieron un porcentaje mayor donde el 95,2% de su muestra tuvo un inicio espontáneo del trabajo de parto. El inicio espontáneo del trabajo de parto es un indicador para parto vaginal, ya que sugiere una madurez óptima del binomio. Por el contrario, la inducción del trabajo de

parto, en el caso de las primíparas cuyo cérvix es inmaduro, conlleva un riesgo de terminar en cesárea, debido a la falta de progresión del parto o complicaciones que comprometen el bienestar fetal.

En los factores maternos se identificó que la desproporcióncefalopélvica es un factor estadísticamente significativo respecto a la indicación de cesárea ( $p=0.0000$ ), resultado que concuerda con lo reportado por Talenas (23) quien en su estudio encontró una asociación significativa entre DCP e indicación de cesárea con valor de  $p=0.0017$  pero que difiere con lo encontrado por Cárdenas (19) donde concluye no existe asociación significativa respecto a la cesárea y DCP con valor de  $p=0.7083$ . Esta condición puede ser de origen anatómico o funcional: en el primer caso, se debe a una pelvis estrecha o malformada, mientras que, en el segundo, a una falta de encaje o mala posición fetal durante el trabajo de parto.

El antecedente de cesárea se identificó como un factor estadísticamente significativo ( $p=0.0000$ ), múltiples estudios muestran dicha relación como los estudios de Tacca, et al. (22) quienes obtuvieron un valor de  $p=0.035$  demostrando la significancia entre cesárea anterior y su re indicación. La cesárea anterior es uno de los factores obstétricos más determinantes en la indicación de una nueva cesárea, debido al riesgo potencial de rotura uterina. La cicatriz uterina resultante puede debilitar la pared del útero, especialmente si el periodo intergenésico es corto. De acuerdo con la OMS, la cesárea previa representa una indicación relativa que debe evaluarse cuidadosamente, pues en casos seleccionados es posible intentar un parto vaginal después de cesárea siempre que las condiciones obstétricas sean favorables. No obstante, en la práctica clínica, muchos hospitales optan por repetir la cesárea por motivos preventivos o decisión médica.

Respecto al factor expulsivo prolongado, se identificó asociación significativa lo que concuerda con Cárdenas (19) quien evidenció un valor de  $p=0.0431$  que también indica significancia entre las variables. Caracterizado por la falta de progreso del descenso y salida fetal, a pesar de una adecuada dilatación y contractilidad uterina. Este trastorno puede deberse a desproporcióncefalopélvica, agotamiento materno o hipotonía, lo que conlleva un riesgo elevado de sufrimiento fetal, hipoxia, traumatismos del canal del parto y hemorragia postparto.

Lo mismo ocurre con el factor inducción fallida donde Cárdenas (19) evidenció mediante la prueba de chi cuadrado un valor de  $p=0.0018$ , lo cual indica una relación de

significancia entre la inducción fallida y la indicación de cesárea. Refleja la imposibilidad de lograr una dinámica uterina efectiva y una progresión adecuada del trabajo de parto tras la administración de agentes inductores. La inducción debe realizarse bajo criterios clínicos estrictos y con monitoreo continuo, ya que una inducción mal indicada o iniciada con un cérvix no favorable aumenta el riesgo de terminar en cesárea.

Por el contrario, en el estudio se encontró que no existe una asociación significativa respecto a trastorno hipertensivo del embarazo encontrando un valor de  $p=0.3370$  lo que discrepa con los estudios de Quispe (21) y Muñoz y Rossell (20) quienes encontraron valores iguales de  $p=0.0000$  evidenciando asociación estadísticamente significativa entre los trastornos hipertensivos y la indicación de cesárea. Esta diferencia se asocia a la gravedad del cuadro clínico, condición materna y fetal, y respuesta al tratamiento. Los casos graves como preeclampsia con criterios de severidad o eclampsia que causan posibles complicaciones como SFA, RCIU o DPP requieren cesárea, mientras que los casos leves como preeclampsia sin criterios de severidad muchas veces pueden culminar el parto por vía vaginal con control y tratamiento adecuado.

En los factores fetales se encontró que la presentación podálica tuvo asociación significativa ( $p=0.0000$ ) con la indicación de cesárea lo que concuerda con lo reportado por Loayza (24) quien evidenció valor de  $p=0.003$  que indica asociación significativa entre variables. Esta condición incrementa significativamente el riesgo de prolapse de cordón umbilical, sufrimiento fetal agudo, trauma neonatal y asfixia perinatal durante el parto vaginal. Aunque el parto vaginal puede ser posible en circunstancias seleccionadas, la cesárea electiva reduce considerablemente la morbilidad neonatal y materna. Asimismo, la elección de la vía de parto debe basarse en la experiencia del equipo obstétrico y las condiciones anatómicas de la madre y el feto.

Respecto al factor situación transversa se encontró valor de  $p=0.0000$  que se iguala a lo hallado por Talenas (23) quien reportó asociación entre el factor situación transversa con la indicación de cesárea ( $p=0.002$ ). Esta condición debido a la imposibilidad anatómica impide el parto vaginal seguro ya que imposibilita el encajamiento del feto en el canal del parto, pudiendo generar prolapse de cordón umbilical o sufrimiento fetal agudo.

En cuanto al sufrimiento fetal agudo se encontró asociación estadística ( $p=0.0000$ ), este resultado concuerda con Tacca, et al. (22) quienes encontraron valor de  $p=0.019$  concluyendo la asociación con la cesárea. El SFA compromete de manera inmediata la

oxigenación y el bienestar del feto durante el trabajo de parto, se caracteriza por alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal, presencia de líquido amniótico meconial o resultados anormales en el monitoreo fetal, los cuales indican hipoxia o acidosis fetal.

Así mismo, la macrosomía fetal tuvo asociación significativa ( $p=0.000$ ) lo que concuerda con Talenas (23) quien encontró significancia con valor de  $p=0.026$  pero difiere con Cárdenas (19) quien no encontró asociación ( $p=0.3173$ ). Esta condición se asocia con DCP, distocia de hombros, trauma obstétrico, hemorragia postparto y SFA, lo que hace que la vía quirúrgica sea la opción más segura. La OMS enfatiza el diagnóstico prenatal mediante ecografía y estimación del peso fetal fundamental para decidir la vía del parto de manera oportuna y segura. El intento de parto vaginal con fetos macrosómicos puede ocasionar complicaciones como fractura de clavícula o parálisis del plexo braquial.

En cuanto al embarazo múltiple se encontró valor de  $p= 0.029$  lo que indica asociación estadística, estos resultados concuerdan con Tacca, et al. (22) quienes encontraron valor de  $p=0.044$  estableciendo la asociación. Este factor se asocia con una mayor incidencia de presentaciones distócicas, SFA, RCIU, parto pretérmino y DPP incrementando la posibilidad de cesárea por el riesgo de distocia, hipoxia y complicaciones placentarias.

Respecto al estado fetal no tranquilizador se evidenció significancia estadística ( $p=0.000$ ), resultado que concuerda con Muñoz y Rossell (20) quienes encontraron el mismo valor de  $p=0.0000$  mediante la prueba de chi cuadrado demostrando la asociación significativa respecto a la indicación de cesárea. El estado fetal no tranquilizador describe alteraciones en la FCF, variabilidad o la presencia de desaceleraciones, que sugieren hipoxia o acidosis fetal. Tales hallazgos indican un compromiso del bienestar fetal que, de no resolverse oportunamente, puede derivar en daño neurológico o muerte. Suele originarse por insuficiencia placentaria, compresión del cordón umbilical, oligohidramnios, factores que disminuyen el flujo sanguíneo fetal durante las contracciones.

Por otro lado, el factor restricción del crecimiento intrauterino no mostró una asociación estadísticamente significativa ( $p=0.084$ ), resultado que concuerda con Talenas (23) quien concordó con la no significancia ( $p=0.407$ ). El RCIU afecta el bienestar fetal y la evolución del parto y aparece debido a un inadecuado aporte de oxígeno y nutrientes debido a alteraciones en la función placentaria. Este déficit expone al feto a un alto riesgo de SFA e hipoxia. Sin embargo, en casos leves con monitoreo normal, puede darse parto vaginal.

En los factores ovulares desprendimiento prematuro de placenta mostró significancia estadística ( $p=0.005$ ) en el estudio, lo que concuerda con Quispe (21) quien evidenció un valor de  $p=0.002$  demostrando en su estudio la asociación. La separación parcial o total de la placenta provoca alteración en el intercambio de oxígeno y nutrientes generando un cuadro de SFA y, en casos severos, muerte intrauterina. Cuando se presenta con hemorragia abundante produce alteraciones en la FCF y el estado hemodinámico de la madre. Sin embargo, en casos leves o cuando ocurre con un óbito, puede resolverse por vía vaginal, dependiendo del estado materno y progresión del parto.

Mas no hubo asociación estadística para el factor oligohidramnios ( $p=0.361$ ) lo que concuerda con lo reportado por Muñoz y Rossell (20) quienes encontraron valor de  $p=0.108$  para la relación entre oligohidramnios e indicación de cesárea. La disminución del líquido amniótico, limita la movilidad fetal y reduce la protección frente a compresión del cordón umbilical lo que produce SFA, bradicardia o desaceleraciones variables en la monitorización fetal. Durante el trabajo de parto, la escasa cantidad de líquido aumenta el riesgo de distocia o desaceleración en la dilatación cervical, dificultando el parto vaginal.

Respecto a ruptura prematura de membranas no se encontró asociación significativa ( $p=0.118$ ), lo que concuerda con el trabajo Tacca, et al. (22) ( $p=0.105$ ) quienes tampoco evidenciaron relación, pero difiere con Loayza (24) ( $p=0.011$ ) quien si halló asociación significativa entre RPM y la indicación de cesárea. Esta diferencia se debe a que esta condición expone a la madre y feto a infecciones intrauterinas como corioamnionitis, sufrimiento fetal o prolusión del cordón umbilical, además aumenta la probabilidad de distocia. Asimismo, la RPM prolongada incrementa el riesgo de morbilidad neonatal por sepsis. Sin embargo, en embarazos a término con buena dinámica uterina y sin signos de infección puede manejarse de manera expectante o con inducción del trabajo de parto.

Tampoco se observó asociación respecto al factor distocia funicular ( $p=0.537$ ), esto concuerda con lo encontrado por Quispe (21) quien encontró un valor de  $p=0.151$ , que indica no asociación entre variables, pero no contrasta con Loayza (24) quien si halló asociación significativa con un valor de  $p=0.030$  en su muestra. Esta distocia genera compresión del cordón umbilical, disminuyendo el flujo de oxígeno al feto y provocando desaceleraciones variables o bradicardia fetal detectables en la monitorización cardiotocográfica. Ante estos signos de compromiso fetal agudo, la conducta más segura es la cesárea de emergencia, ya que evita el posible riesgo de asfixia o muerte fetal.

## **CONCLUSIONES**

Al terminar la presente tesis se llegó a las siguientes conclusiones:

1. La mayoría de las mujeres tenían entre 18 y 29 años, convivían con su pareja, tenían secundaria completa, eran amas de casa y pertenecían a la zona urbana.
2. La mayoría de las mujeres fueron primigestas, recibieron seis o más controles prenatales, tuvieron inicio de trabajo de parto espontáneo y gestación a término.
3. La indicación de cesárea se asoció significativamente con los factores maternos desproporción céfalopélvica ( $p=0.000$ ), antecedente de cesárea ( $p=0.000$ ), expulsivo prolongado ( $p=0.005$ ) e inducción fallida ( $p=0.000$ ), los factores fetales presentación podálica ( $p=0.000$ ), situación transversa ( $p=0.000$ ), sufrimiento fetal agudo ( $p=0.000$ ), macrosomía fetal ( $p=0.000$ ), embarazo múltiple ( $p=0.029$ ), estado fetal no tranquilizador ( $p=0.000$ ) y los factores ovulares con desprendimiento prematuro de placenta ( $p=0.005$ ). Por lo tanto, se acepta la hipótesis alterna.

## **RECOMENDACIONES**

### **A los directivos del Hospital II - E Simón Bolívar:**

Estandarizar los criterios para la indicación de cesárea mediante la capacitación constante del personal que labora en dicho hospital teniendo en cuenta los protocolos y guías establecidos, a fin de garantizar decisiones obstétricas fundamentadas y uniformes.

### **Al personal Obstetra en general:**

Fortalecer el control prenatal y la educación a la gestante, priorizando la detección temprana de factores de riesgo, que permita tomar acciones oportunas frente a diferentes complicaciones obstétricas.

### **A futuros investigadores:**

Seguir investigando mediante la realización de trabajos similares en la región de Cajamarca que permitan evaluar la evolución de las cesáreas, explorar posibles intervenciones para reducir la tasa de cesáreas, así como indagar sobre otros posibles factores asociados y la opción de realizar estudios prospectivos del tema.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Saldaña G, et al. Situación de porcentaje de cesáreas basada en la clasificación de Robson en un hospital peruano de tercer nivel de atención. Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2023. Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/13087>
2. World Health Organization. Caesarean section rates continue to rise amid growing inequalities in access. Healthy Newborn Network. 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-15.02>
3. Mayo Clinic. Cesárea [Internet]. Mayoclinic.org. [citado el 21 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/tests-procedures/c-section/about/pac-20393655>
4. MINSA. Minsa garantiza adecuada atención del parto y recién nacido en el país [Internet]. 2021 [citado el 21 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/32794-minsa-garantiza-adecuada-atencion-del-parto-y-recien-nacido-en-el-pais>
5. Pan American Health Organization. Cesárea solo debería realizarse cuando es médicamente necesaria [Internet]. 2015 [citado 2024 Diciembre 25]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/10-4-2015-cesarea-solo-deberia-realizarse-cuando-es-medicamente-necesaria>
6. Ojeda M. ¿Por qué la tasa de partos por cesárea es alta en Latinoamérica? [Internet]. 2019 [citado el 1 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://hellocue.com/es/articulos/etapas/por-que-la-tasa-de-partos-por-cesarea-es-alta-en-latinoamerica>
7. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2024, Nacional y Departamental [Internet]. 2025 [citado el 1 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/8133969/6813623-resumen-peru-encuesta-demografica-y-de-salud-familiar-endes-2024.pdf?v=1748450712>
8. Infobae. La mayoría de partos en Lima, Callao, Arequipa y Piura son por cesárea: cifra triplica a la recomendada por la OMS. [Internet]. 2024 [citado el 1 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.infobae.com/peru/2024/03/12/mayoria-de-partos-en-lima-callao-arequipa-y-piura-son-por-cesarea-cifra-triplica-a-la-recomendada-por-la-oms/>
9. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Cajamarca: Encuesta Demográfica y Salud Familiar [Internet]. 2023 [citado el 1 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://encuestas.inei.gob.pe/endes/2023/departamental/Endes06/pdf/Cajamarca.pdf>
10. Romero J. La cesárea y posibles repercusiones en la madre y el niño. Reflexiones desde la experiencia. Rev Perú Ginecol Obstet [Internet]. 2024 [citado el 1 de

septiembre de 2025];70(4). Disponible en:  
<http://51.222.106.123/index.php/RPGO/article/view/2702>  
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10519116/>

11. Carducci M, Edad materna avanzada como factor de riesgo de resultados adversos maternos y perinatales. Rev Fac Cien Med Univ Nac Córdoba [Internet]. 2024 [citado el 1 de septiembre de 2025;81(1):24–39. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.31053/1853.0605.v81.n1.41447>
12. Mendez M. Incidencia y principales indicaciones de cesáreas realizadas en el Hospital Luis F. Martínez [Internet]. 2023 [citado el 1 de septiembre de 2025]. Disponible en: [https://rraae.cedia.edu.ec/vufind/Record/UCACUE\\_a7f60bf776631a87262d1c7bb7625474/Similar?sid=3012521](https://rraae.cedia.edu.ec/vufind/Record/UCACUE_a7f60bf776631a87262d1c7bb7625474/Similar?sid=3012521)
13. Torres C, Andreina K. Factores asociados a la realización de cesárea en pacientes hospitalizados en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital regional Isidro Ayora de Loja-Ecuador [Internet]. 2015 [citado el 1 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://dspace.unl.edu.ec/items/76c82765-d499-4313-bcb8-06d22d3b98f8>
14. Alemayehu W. Magnitude of cesarean section and its associated factors among mothers who gave birth in public hospitals in East Wollega Zone, Oromia, Ethiopia [Internet]. 2024 [citado el 19 de diciembre del 2024]; 24:668. [citado el 1 de septiembre de 2025]. Disponible en: <http://file:///C:/Users/ACER/Downloads/s12905-024-03518-w.pdf>
15. Toro C, et al. Factores asociados a cesárea en usuarias de una clínica privada en Chile, años 2018 a 2022. [Internet]. 2024 [citado el 19 de diciembre del 2024];89(3):158-163. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262024000300158&l](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262024000300158&l)
16. Ashipala D, Kandjaba V. Factors associated with caesarean sections among pregnant women admitted to a private academic hospital in Ongwediva, Oshana region, Namibia. J Public Health Africa [Internet]. 2023 [citado el 1 de septiembre de 2025];14(8):7. Disponible en: <https://publichealthinafrica.org/index.php/jphia/article/view/95/104>
17. Mohamed I., Menghisteab S. Cesarean section delivery rates, determinants and indications: a retrospective study in Dekemhare Hospital. ResearchGate. [Internet]. 2024 [citado el 19 de diciembre del 2024]. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/358989852\\_Cesarean\\_section\\_delivery\\_rates\\_determinants\\_and\\_indications\\_a\\_retrospective\\_study\\_in\\_Dekemhare\\_Hospital](https://www.researchgate.net/publication/358989852_Cesarean_section_delivery_rates_determinants_and_indications_a_retrospective_study_in_Dekemhare_Hospital)
18. Takegata M, et al. Sociodemographic factors of cesarean births in Nha Trang city, Vietnam: a community based survey. Trop Med Health [Internet]. 2020 [citado el 1 de septiembre de 2025];48(1):57. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s41182-020-00239-2>
19. Cárdenas G. Factores asociados a la indicación de cesárea en gestantes atendidas en el Hospital Regional Daniel Alcides Carrión Cerro de Pasco 2021 [tesis]. Huancayo; 2023: Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión; 2023. Disponible en: [http://repositorio.undac.edu.pe/bitstream/undac/3589/1/T026\\_41728915\\_M.pdf](http://repositorio.undac.edu.pe/bitstream/undac/3589/1/T026_41728915_M.pdf)

20. Muñoz F, Rossel A. Factores asociados a los partos por cesárea en gestantes del servicio de Ginecología y Obstetricia en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el periodo 2019 [tesis]. Lima; 2023: Universidad Ricardo Palma; 2023. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/server/api/core/bitstreams/c92b71bc-46ad-43bd-a6ac-5b760f8764b2/content>
21. Quispe R. Factores de riesgo asociados a la indicación de cesárea en un hospital de Ayacucho durante el período 2021-2022 [tesis]. Huancayo; 2023: Universidad Peruana Los Andes; 2023. Disponible en: [https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/5927/T037\\_76509075\\_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/5927/T037_76509075_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
22. Tacca M, et al. 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 [tesis]. Huancayo; 2023: Universidad Continental; 2023. Disponible en: [https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/12860/4/IV\\_FCS\\_502\\_TE\\_Tacca\\_Torres\\_Vargaya\\_2023.pdf](https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/12860/4/IV_FCS_502_TE_Tacca_Torres_Vargaya_2023.pdf)
23. Talenas E. Factores asociados al parto por cesárea en gestantes atendidas en el Hospital de Tingo María. [tesis]. Huánuco; 2023: Universidad Nacional Hermilio Valdizan; 2023. Disponible en: <https://repositorio.unheval.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/8b7fcd5c-0951-4f09-9a5c-528375af8d37/content>
24. Loayza C. Factores asociados a la indicación de cesárea en el Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega - Abancay 2021 [tesis]. Ica;2022: Universidad San Juan Bautista; 2022. Disponible en: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/cc03637c-21ec-4750-8eb9-7675ccd90023/content>
25. Gissler V, et al. Factor de riesgo materno [Internet]. 2022 [citado el 1 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/maternal-risk-factor>
26. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología [Internet]. 2018 [citado 1 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/uploads/file/Revistas/Guias%20de%20Practica%20Clinica%20y%20de%20procedimientos%20en%20Obstetricia%20y%20Perinatologia%20del%202018.pdf>
27. Sarduy M, et al. La cesárea como la más antigua de las operaciones obstétricas. Rev Cuba Obstet y Ginecol [Internet]. 2018 [citado el 1 de septiembre de 2025]; 44(2). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v44n2/gin01218.pdf>
28. Arencibia J. Operación Cesárea: Recuento Histórico. Rev Salud Pública (Bogota) [Internet]. 2002 [citado el 1 de septiembre de 2025];4(2):170–85. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-00642002000200006&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642002000200006&lng=en)

29. Ruiz J, et al. Cesárea: Tendencias y resultados. Perinatol. Reprod. Hum. (México) [Internet]. 2014 [citado el 5 de septiembre de 2025];28(1):33–40. Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0187-53372014000100006&lng=es](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372014000100006&lng=es)
30. López V, et al. Tendencia de la cesárea: una reflexión desde la ética. [Internet]. 2021 2018 [citado el 1 de septiembre de 2025];27(1),119-126. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-569X2021000100119&lng=en&nrm=iso&tlang=en](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2021000100119&lng=en&nrm=iso&tlang=en)
31. Schnap C, et al. Operación cesárea. Rev médica Clín Las Condes [Internet]. 2014 [citado el 21 de noviembre de 2025]; 25(6):987–92. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864014706480?via%3Dihub>
32. Pedrosa C. Cesárea: tipos, causas y consejos para una pronta recuperación [Internet]. Clínica Pedrosa. Web Base; 2018 [citado el 1 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://cpedrosa.com/obstetricia-y-control-del-embarazo/cesarea-tipos-causas-pronta-recuperacion/>
33. Gratacos E, Figuera F. La cesárea: Indicaciones y riesgos. [Internet]. Fetal Medicine Barcelona 2024 [citado el 21 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://fetalmedicinebarcelona.org/wp-content/uploads/2024/02/cesarea.pdf>
34. Sarasola J. Factores asociados [Internet]. Ikusmira.org. [citado el 21 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://ikusmira.org/p/factores-asociados>
35. Ruiz C. La cesárea: cuándo está indicada [Internet]. Natalben 2017 [citado el 21 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.natalben.com/parto/indicaciones-cesarea>

## ANEXO 1.

### FICHA PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

#### CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS:

##### 1. Edad:

Adolescente: 12 - 17 ( )      Adulto joven: 18 – 29 ( )      Adulto: 30 - 59 ( )

##### 2. Estado Civil:

Soltera ( )      Conviviente ( )      Casada ( )

##### 3. Grado de Instrucción:

Sin Instrucción ( )      Primaria completa ( )      Primaria incompleta ( )

Secundaria completa ( )      Secundaria incompleta ( )      Superior Téc completa ( )

Superior Téc incompleta ( )      Superior Uni completa ( )      Superior Uni incompleta ( )

##### 4. Ocupación:

Ama de casa ( )      Independiente ( )      Estudiante ( )

##### 5. Zona de Residencia:

Urbana ( )      Rural ( )

#### CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS

##### 1. N° de Gestación:

1 ( )      2 ( )      3 ( )      ≥ 4 ( )

##### 2. N° de Atenciones Prenatales:

Sin APN ( )      < 6 APN ( )      ≥ 6 APN ( )

##### 3. Inicio de trabajo de parto:

Espontáneo ( )      Inducido ( )      No Aplica ( )

##### 4. Edad Gestacional:

< 37 sem ( )      37 – 41 6/7 sem ( )      ≥ 42 sem ( )

**5. Periodo Intergénésico:**

≤ 2 años ( )      Entre 2 y 5 años ( )      ≥ 5 años ( . )      No aplica ( )

**I. FACTORES MATERNOS**

	SI	NO
Trastorno hipertensivo del embarazo		
Desproporcióncefalopélvica		
Antecedente de cesárea		
Expulsivo prolongado		
Inducción fallida		
Embarazo a término tardío		

**II. FACTORES FETALES**

	SI	NO
Presentación podálica		
Situación transversa		
Sufrimiento fetal agudo		
Macrosomía fetal		
Embarazo múltiple		
Restricción del crecimiento intrauterino		
Estado fetal no tranquilizador		

**III. FACTORES OVULARES**

	SI	NO
Desprendimiento prematuro de placenta		
Oligohidramnios		
Ruptura prematura de membranas		
Distocia funicular		

**IV. INDICACIÓN DE CESÁREA**

**¿Hubo indicación de cesárea?**

Si ( )      No ( )

**ANEXO 2.**  
**AUTORIZACIÓN PARA ACCESO A LA INFORMACIÓN**

**"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA "DIARIO EL  
COMERCIO. TODOS LOS DERECHOS RESERVADOS"**

**M.C. ROMMEL AHMED CERDA GONZALES**

**DIRECTOR DE LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CAJAMARCA**

**ASUNTO: VERIFICACIÓN Y APROBACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

Yo Anais Hilda Torres Torres, con DNI N° 75694868.

Egresada de la Escuela Académico Profesional de  
Obstetricia de la Universidad Nacional de Cajamarca. Ante  
usted con el debido respeto me presento.

De mi consideración:

Por intermedio del presente tengo el bien de dirigirme a usted, con la finalidad de solicitarle la verificación y aprobación de proyecto de investigación, habiendo recibido el dictamen favorable para realizar mi proyecto de tesis por parte de la Universidad Nacional de Cajamarca, que lleva como título: **"FACTORES ASOCIADOS A LA INDICACIÓN DE CESÁREA EN EL HOSPITAL II – E SIMON BOLIVAR DURANTE EL AÑO 2024, CAJAMARCA"** para optar por el título profesional de Obstetra.

Sin otro particular, es propicia la oportunidad para renovarle las muestras de mi consideración y estima personal.

Atentamente,

  
Anais Hilda Torres Torres  
DNI: 75694868  
Celular: 974157622

Adjunto:

Copia de dictamen favorable

Proyecto de tesis



**ANEXO 3.**  
**PERMISO PARA EL DESARROLLO Y EJECUCIÓN DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**



FORMATO 1

OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA  
AREA DE CAPACITACIÓN E  
INVESTIGACION

**INFORME N° 36-2025**  
**REVISIÓN DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN**

Nombre del Investigador(a)	TORRES TORRES, Anais Hilda						
Nombre del Asesor(a)	M.Cs. Obst. JULIAN CASTRO, Jane del Rosario						
Título del Proyecto	<i>Factores asociados a la indicación de cesárea en el Hospital II-E Simón Bolívar durante el año 2024. Cajamarca, 2025.</i>						
Línea de Investigación	Salud Materna						
Fecha de revisión	Cajamarca, 17 de marzo 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	
<b>TÍTULO</b>							
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						
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>							
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						
<b>MARCO TEÓRICO</b>							
Los antecedentes contextuales y bibliográficos (nacionales e internacionales) se relacionan con el problema.	X						



## FORMATO 1

OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA  
AREA DE CAPACITACIÓN E  
INVESTIGACIÓN

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 pública. 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 del Protocolo de Investigación titulado: <i>Factores asociados a la indicación de cesárea en el Hospital II-E Simón Bolívar durante el año 2024. 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 humano 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.						

Cajamarca, 17 de marzo de 2025

Atentamente,

Coordinador de la Unidad de Investigación en Salud  
Oficina de Epidemiología – DIRESA Cajamarca

Firmado digitalmente por BAZAN MAYRA  
Jorge Enrique FAU 20105645325 soft  
DIRESA - EPI - Biólogo  
Motivo: Firma en señal de conformidad  
Fecha: 20/03/2025 10:33 a. m.

**ANEXO 4.**  
**VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS**



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA  
 FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
 ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



**CARTILLA DE VALIDACIÓN DE CONTENIDO POR JUICIO DE EXPERTOS**

Estimado profesional, siendo conocedor de su extraordinaria trayectoria solicito su participación para la validación del presente instrumento para recojo de información; siendo éste un requisito solicitado en toda investigación. Por ello adjunto a este formato el instrumento y el cuadro de operacionalización de variables. Agradezco por anticipado su especial atención.

<b>NOMBRE DEL JUEZ</b>		ELENA SOLEDAD UGAZ BURGA											
<b>PROFESIÓN</b> <b>TITULO Y /O GRADO ACADÉMICO OBTENIDO</b> <b>ESPECIALIDAD</b> <b>EXPERIENCIA PROFESIONAL (en años)</b> <b>INSTITUCIÓN DONDE LABORA</b> <b>CARGO</b>	OBSTETRA DOCTOR EN CIENCIAS DOCTOR EN CIENCIAS 32 AÑOS UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA DIRECTORA UNIDAD DE POSGRADO FAC. CS.												
	3. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: Factores asociados a la indicación de cesárea en el Hospital II - E Simón Bolívar durante el año 2024. Cajamarca, 2025.												
	4. NOMBRE DEL TESISTA: Anais Hilda Torres Torres												
	5. OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN		Determinar los factores asociados a la indicación de cesárea en el Hospital II-E Simón Bolívar durante el año 2024 en Cajamarca.										
	6. DETALLE DEL INSTRUMENTO:												
	A continuación, sírvase identificar el ítem o pregunta y conteste marcando con un aspa en la casilla que usted considere conveniente y además puede anotar alguna otra apreciación en la columna de observaciones.												
Ítem	Claridad en la redacción		Coherencia interna		Inducción a la respuesta (Sesgo)		Lenguaje adecuado con el nivel del informante		Mide lo que pretende medir		Observaciones (si debe eliminarse o modificarse un ítem por favor indique)  *****		
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No			
1	X		X		X	X		X					
2	X		X		X	X		X					
3	X		X		X	X		X					
4	X		X		X	X		X					
5	X		X		X	X		X					
6	X		X		X	X		X					
7	X		X		X	X		X					
8	X		X		X	X		X					
9	X		X		X	X		X					
10	X		X		X	X		X					
11	X		X		X	X		X					
12	X		X		X	X		X					
13	X		X		X	X		X					
14	X		X		X	X		X					
15	X		X		X	X		X					
Aspectos Generales													
Si No *****													
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario <input checked="" type="checkbox"/>													
Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación <input checked="" type="checkbox"/>													
Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial <input checked="" type="checkbox"/>													
El número de ítems es suficiente para recoger la información. En caso de ser negativa su respuesta, sugiera los ítems a añadir <input checked="" type="checkbox"/>													
JUICIO FINAL DE VALIDEZ DEL EXPERTO: marque con un aspa en la opción que considere conveniente según su análisis del presente instrumento:													
APlicable <input checked="" type="checkbox"/>		Aplicable atendiendo a las observaciones <input type="checkbox"/>		No Aplicable <input type="checkbox"/>									
Fecha: 06/03/2025	Firma: 	E-mail: eugaz@unc.edu.pe	Teléfono: 946654440										
Elaborado por Corral Y (2009)													



### CARTILLA DE VALIDACIÓN DE CONTENIDO POR JUICIO DE EXPERTOS

Estimado profesional, siendo conocedor de su extraordinaria trayectoria solicito su participación para la validación del presente instrumento para recojo de información; siendo éste un requisito solicitado en toda investigación. Por ello adjunto a este formato el instrumento y el cuadro de operacionalización de variables. Agradezco por anticipado su especial atención.

NOMBRE DEL JUEZ		Obsta Wilmer Pita Lezma										
	PROFESIÓN		Obstetra									
	TÍTULO Y/O GRADO ACADÉMICO OBTENIDO		Título de Obstetra / Grado académico de Master en gestión y gobierno de servicios de salud									
	ESPECIALIDAD		Emergencias obstétricas y alto riesgo obstétrico									
	EXPERIENCIA PROFESIONAL (en años)		24 años									
	INSTITUCIÓN DONDE LABORA		MINSA-Universidad Nacional de Cajamarca									
	CARGO		Docente									
3. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: Factores asociados a la indicación de cesárea en el Hospital II - E Simón Bolívar durante el año 2024. Cajamarca, 2025.												
4. NOMBRE DEL TESISTA: Anais Hilda Torres Torres												
5. OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN				Determinar los factores asociados a la indicación de cesárea en el Hospital II-E Simón Bolívar durante el año 2024 en Cajamarca.								
6. DETALLE DEL INSTRUMENTO:												
A continuación, sírvase identificar el ítem o pregunta y conteste marcando con una aspa en la casilla que usted considere conveniente y además puede anotar alguna otra apreciación en la columna de observaciones.												
Ítem	Claridad en la redacción		Coherencia interna		Inducción a la respuesta (Sesgo)		Lenguaje adecuado con el nivel del informante		Mide lo que pretende medir		Observaciones (si debe eliminarse o modificarse un ítem por favor indique)	
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No		
1	✗		✗			✗	✓		✗		*****	
2	✗		✗			✗	✗		✗			
3	✓		✗			✗	✗		✗			
4	✗		✗			✗	✗		✗			
5	✗		✗			✗	✗		✗			
6	✗		✗			✗	✗		✗			
7	✗		✗			✗	✗		✗			
8	✗		✗			✗	✗		✗			
9	✗		✗			✗	✗		✗			
10	✗		✗			✗	✗		✗			
11	✗		✗			✗	✗		✗			
12	✗		✗			✗	✗		✗			
13	✗		✗			✗	✗		✗			
14	✗		✗			✗	✗		✗			
15	✗		✗			✗	✗		✗			
Aspectos Generales										Si	No	*****
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario										✓		
Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación										✓		
Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial										✓		
El número de ítems es suficiente para recoger la información. En caso de ser negativa su respuesta, sugiera los ítems a añadir										✗		
JUICIO FINAL DE VALIDEZ DEL EXPERTO: marque con una aspa en la opción que considere conveniente según su análisis del presente instrumento:												
APLICABLE	APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES									NO APLICABLE		
Fecha: 28/02/2025	Firma:			E mail: <a href="mailto:wpita@unc.edu.pe">wpita@unc.edu.pe</a>			Teléfono: 970073848					
Elaborado por Corral Y (2009)	C. O. P : 22342											



### CARTILLA DE VALIDACIÓN DE CONTENIDO POR JUICIO DE EXPERTOS

Estimado profesional, siendo conocedor de su extraordinaria trayectoria solicito su participación para la validación del presente instrumento para recojo de información; siendo éste un requisito solicitado en toda investigación. Por ello adjunto a este formato el instrumento y el cuadro de operacionalización de variables. Agradezco por anticipado su especial atención.										
NOMBRE DEL JUEZ		MARÍA YNÉS HUAMANI DE TORRES								
PROFESIÓN		OBSTETRA								
TÍTULO Y / O GRADO ACADÉMICO OBTENIDO		DOCTOR								
ESPECIALIDAD		GESTIÓN EN SALUD								
EXPERIENCIA PROFESIONAL (en años)		37 AÑOS								
INSTITUCIÓN DONDE LABORA		HOSPITAL REGIONAL DE CAJAMARCA								
CARGO		OBSTETRA ASISTENCIAL								
3. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: Factores asociados a la indicación de cesárea en el Hospital II - E Simón Bolívar durante el año 2024. Cajamarca, 2025.										
4. NOMBRE DEL TESISTA: Anais Hilda Torres Torres										
5. OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN				Determinar los factores asociados a la indicación de cesárea en el Hospital II-E Simón Bolívar durante el año 2024 en Cajamarca.						
6. DETALLE DEL INSTRUMENTO:										
A continuación, sírvase identificar el ítem o pregunta y conteste marcando con una aspa en la casilla que usted considere conveniente y además puede anotar alguna otra apreciación en la columna de observaciones.										
Ítem	Claridad en la redacción		Coherencia interna		Inducción a la respuesta (Sesgo)		Lenguaje adecuado con el nivel del informante		Mide lo que pretende medir	Observaciones (si debe eliminarse o modificarse un ítem por favor indique)
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	*****	
1	✓		✓		✓	✓		✓		
2	✓		✓		✓	✓		✓		
3	✓		✓		✓	✓		✓		
4	✓		✓		✓	✓		✓		
5	✓		✓		✓	✓		✓		
6	✓		✓		✓	✓		✓		
7	✓		✓		✓	✓		✓		
8	✓		✓		✓	✓		✓		
9	✓		✓		✓	✓		✓		
10	✓		✓		✓	✓		✓		
11	✓		✓		✓	✓		✓		
12	✓		✓		✓	✓		✓		
13	✓		✓		✓	✓		✓		
14	✓		✓		✓	✓		✓		
15	✓		✓		✓	✓		✓		
Aspectos Generales										
	Si	No	*****							
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario	✓									
Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación	✓									
Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial	✓									
El número de ítems es suficiente para recoger la información. En caso de ser negativa su respuesta, sugiera los ítems a añadir	✓									
JUICIO FINAL DE VALIDEZ DEL EXPERTO: marque con una aspa en la opción que considera conveniente según su análisis del presente instrumento:										
APlicable <input checked="" type="checkbox"/>	APlicable atendiendo a las observaciones <input type="checkbox"/>				No Aplicable <input type="checkbox"/>					
Fecha: 12/03/2024	Firma: 	E-mail: marinesobot@hotmail.com	Teléfono: 913081116							
Elaborado por Corral Y (2009) MARÍA YNÉS HUAMANI DE TORRES OBSTETRA RNE N° 490-E.01										



### CARTILLA DE VALIDACIÓN DE CONTENIDO POR JUICIO DE EXPERTOS

Estimado profesional, siendo conocedor de su extraordinaria trayectoria solicito su participación para la validación del presente instrumento para recojo de información; siendo éste un requisito solicitado en toda investigación. Por ello adjunto a este formato el instrumento y el cuadro de operacionalización de variables. Agradezco por anticipado su especial atención.

NOMBRE DEL JUEZ		Obsta Ana Isabel Quiroz Bazan
PROFESIÓN		Obstetra
TITULO Y / O GRADO ACADÉMICO OBTENIDO		Doctor en ciencias – mención Salud
ESPECIALIDAD		Obstetricia de Alto Riesgo
EXPERIENCIA PROFESIONAL (en años)		31 años
INSTITUCIÓN DONDE LABORA		Hospital Simón Bolívar
CARGO		Responsable de Docencia e Investigación

3. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: Factores asociados a la indicación de cesárea en el Hospital II - E Simón Bolívar durante el año 2024. Cajamarca, 2025.

4. NOMBRE DEL TESISTA: Anais Hilda Torres Torres

5. OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN Determinar los factores asociados a la indicación de cesárea en el Hospital II-E Simón Bolívar durante el año 2024 en Cajamarca.

#### 6. DETALLE DEL INSTRUMENTO:

A continuación, sírvase identificar el ítem o pregunta y conteste marcando con un aspa en la casilla que usted considere conveniente y además puede anotar alguna otra apreciación en la columna de observaciones.

Ítem	Claridad en la redacción		Coherencia interna		Inducción a la respuesta (Sesgo)		Lenguaje adecuado con el nivel del informante		Mide lo que pretende medir		Observaciones (si debe eliminarse o modificarse un ítem por favor indique) *****
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	
1	X	X			X	X			X		
2	X	X			X	X			X		
3	X		X		X	X			X		
4	X		X		X	X			X		
5	X		X		X	X			X		
6	X		X		X	X			X		
7	X		X		X	X			X		
8	X		X		X	X			X		
9	X		X		X	X			X		
10	X		X		X	X			X		
11	X		X		X	X			X		
12	X		X		X	X			X		
13	X		X		X	X			X		
14	X		X		X	X			X		
15	X		X		X	X			X		
<b>Aspectos Generales</b>											*****
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario											X
Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación											X
Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial											X
El número de ítems es suficiente para recoger la información. En caso de ser negativa su respuesta, sugiera los ítems a añadir											X

JUICIO FINAL DE VALIDEZ DEL EXPERTO: marque con un aspa en la opción que considere conveniente según su análisis del presente instrumento:

APLICABLE <input checked="" type="checkbox"/>	APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES <input type="checkbox"/>	NO APLICABLE <input type="checkbox"/>
Fecha: 03/03/2025	Firma: <i>Ana I. Quiroz Bazan</i>	E mail: <a href="mailto:anaquiba69@gmail.com">anaquiba69@gmail.com</a>
Teléfono: 976000187		
Elaborado por Corral Y (2009) Especialista en Obstetricia de Alto Riesgo COP 6585 RNE 2383-E.01.7		

## ANEXO 5.

### CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

#### “FACTORES ASOCIADOS A LA INDICACIÓN DE CESÁREA EN EL HOSPITAL II - E SIMÓN BOLÍVAR DURANTE EL AÑO 2024. CAJAMARCA, 2025”

#### FICHA PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

##### Resumen de procesamiento de casos

Casos	N	%
Válido	20	100,0
Excluido	0	0,0
Total	20	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

##### Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,812	34

La confiabilidad del instrumento denominado “Ficha para recolección de datos” para determinar los factores asociados a la indicación de cesárea en el Hospital II – E Simón Bolívar, presenta un Alfa de Cronbach de 0,812, lo que indica que el instrumento es aceptable y es confiable.

#### EVALUACIÓN DEL COEFICIENTE ALFA DE CRONBACH

Cuanto más cerca esté el valor del alfa a 1, mayor es la consistencia interna de los ítems. La fiabilidad de la escala debe obtenerse siempre con los datos de cada muestra para garantizar la medida fiable del constructo en la muestra de investigación.

Como criterio general, George y Mallery (2003, p. 231) sugieren las recomendaciones siguientes para evaluar los coeficientes de alfa de Cronbach:

- Coeficiente alfa > 0,9 es excelente
- Coeficiente alfa > 0,8 es bueno
- Coeficiente alfa > 0,7 es aceptable
- Coeficiente alfa > 0,6 es cuestionable
- Coeficiente alfa > 0,5 es pobre
- Coeficiente alfa < 0,5 es inaceptable



Mg. Julio César Guailupo Álvarez  
COESPE N° 254

# 9% Similitud general

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

## Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Texto citado
- ▶ Texto mencionado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 15 palabras)

## Fuentes principales

- |    |   |
|----|---|
| 8% |  Fuentes de Internet                           |
| 1% |  Publicaciones                                 |
| 8% |  Trabajos entregados (trabajos del estudiante) |

## Marcas de integridad

### N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

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.