

UNIVERSIDAD DE HUANUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE OBSTETRICIA



TESIS

**“Factores asociados a la indicación de cesárea en gestantes
atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de
Tingo María, 2024”**

PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

AUTORA: Inga Pelaez, Kreilin Deysi

ASESORA: Barboza Sauñe, Ester

HUÁNUCO – PERÚ

2025

U

D

H



UDH
UNIVERSIDAD DE HUANCAYO
<http://www.udh.edu.pe>

TIPO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

- Tesis (X)
- Trabajo de Suficiencia Profesional()
- Trabajo de Investigación ()
- Trabajo Académico ()

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN: Salud Materno y Perinatal
AÑO DE LA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN (2020)

CAMPO DE CONOCIMIENTO OCDE:

Área: Ciencias médicas, Ciencias de la salud

Sub área: Ciencias de la salud

Disciplina: Salud pública, Salud ambiental

DATOS DEL PROGRAMA:

Nombre del Grado/Título a recibir: Título profesional de Obstetra

Código del Programa: P02

Tipo de Financiamiento:

- Propio (X)
- UDH ()
- Fondos Concursables ()

DATOS DEL AUTOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 48402408

DATOS DEL ASESOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 22502883

Grado/Título: Magister en gestión pública

Código ORCID: 0000-0001-6808-1693

DATOS DE LOS JURADOS:

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES	GRADO	DNI	Código ORCID
1	Palacios Zevallos, Julia Marina	Doctora en ciencias de la salud	22407304	0000-0002-1160-4032
2	Rivera Soto, Mauth Jakueline	Magister en salud pública y gestión sanitaria	22719431	0009-0008-1802-3717
3	Castillo Ruiz, Veronica Del Pilar	Maestra en ciencias de la salud con mención en: salud pública y docencia universitaria	18010634	0000-0003-0448-5255



UDH
UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
http://www.udh.edu.pe

**UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huánuco, siendo las nueve con cero horas del día veintitrés del mes de octubre del año dos mil veinticinco, en el auditorio, edificio 2 de la Facultad de Ciencias de la Salud, en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad de Huánuco, se reunió el Jurado Calificador integrado por los docentes:

- DRA. JULIA MARINA PALACIOS ZEVALLOS
- MG. MAUTH JAKUELINE RIVERA SOTO
- MG. VERONICA DEL PILAR CASTILLO RUIZ

Nombrados mediante RESOLUCION N° 3835-2025-D-FCS-UDH, para evaluar la Tesis intitulado: **"FACTORES ASOCIADOS A LA INDICACIÓN DE CESAREA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO- OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DE TINGO MARIA, 2024"**, presentado por la Bachiller en Obstetricia Srta. **KREILIN DEYSI INGA PELAEZ**, para optar el Título Profesional de Obstetra.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas, procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándola *aprobada* por Unanimidad con el calificativo cuantitativo de *1.5...* y cualitativo de *bueno*.

Siendo las, 10:00 horas del día 23 del mes de octubre del año 2025 los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.

PRESIDENTA

DRA. JULIA MARINA PALACIOS ZEVALLOS

DNI 22407304

ORCID 0000-0002-1160-4032

SECRETARIO

MG. MAUTH JAKUELINE RIVERA SOTO

DNI 22719431

ORCID 0009-0008-1802-3717

VOCAL

MG. VERONICA DEL PILAR CASTILLO RUIZ

DNI 18010634

ORCID 0000-0003-0448-5255



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

El comité de integridad científica, realizó la revisión del trabajo de investigación del estudiante: KREILIN DEYSI INGA PELAEZ, de la investigación titulada "FACTORES ASOCIADOS A LA INDICACIÓN DE CESÁREA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DE TINGO MARÍA, 2024", con asesor(a) ESTER BARBOZA SAÑE, designado(a) mediante documento: RESOLUCIÓN N° 3645-2024-D-FCS-UDH del P. A. de OBSTETRICIA.

Puede constar que la misma tiene un índice de similitud del 21 % verificable en el reporte final del análisis de originalidad mediante el Software Turnitin.

Por lo que concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio y cumple con todas las normas de la Universidad de Huánuco.

Se expide la presente, a solicitud del interesado para los fines que estime conveniente.

Huánuco, 10 de septiembre de 2025



RICHARD J. SOLIS TOLEDO
D.N.I.: 47074047
cod. ORCID: 0000-0002-7629-6421



MANUEL E. ALIAGA VIDURIZAGA
D.N.I.: 71345687
cod. ORCID: 0009-0004-1375-5004

73. Inga Pelaez, Kreilin Deysi.docx

INFORME DE ORIGINALIDAD

21 %	21 %	7 %	7 %
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.unu.edu.pe Fuente de Internet	3 %
2	hdl.handle.net Fuente de Internet	3 %
3	repositorio.unheval.edu.pe Fuente de Internet	2 %
4	repositorio.udh.edu.pe Fuente de Internet	2 %
5	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	1 %
6	cybertesis.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	1 %
7	repositorio.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	1 %
8	distancia.udh.edu.pe Fuente de Internet	1 %
9	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
10	repositorio.upsjb.edu.pe Fuente de Internet	<1 %



RICHARD J. SOLIS TOLEDO
D.N.I.: 47074047
cod. ORCID: 0000-0002-7629-6421



MANUEL E. ALIAGA VIDURIZAGA
D.N.I.: 71345687
cod. ORCID: 0009-0004-1375-5004

DEDICATORIA

A Dios, por ser mi guía y fortaleza, y por otorgarme la esperanza y el aliento necesarios para alcanzar cada uno de mis propósitos. A mis padres y hermanos, por su apoyo incondicional, por velar siempre por mi formación y por brindarme consejos valiosos que me impulsaron a concretar mis metas. A mi asesora, Mg. Ester Barboza Sauñe, por sus oportunas orientaciones y sugerencias; y a mis colegas y amigos, por su constante motivación y respaldo a lo largo de la culminación de este trabajo de investigación.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad de Huánuco, por abrirme las puertas de sus aulas y a los docentes de la Facultad de Obstetricia, quienes con sus enseñanzas, valores y ejemplo fomentaron en mí el compromiso de servir a la comunidad, aportando de manera significativa a mi desarrollo profesional.

A la Mg. Ester Barboza Sauñe, por su acompañamiento académico, sus valiosas orientaciones en la realización de este trabajo y la disposición para aclarar mis inquietudes durante el proceso de elaboración de la tesis.

A mis padres, por su constante e incondicional apoyo a lo largo de mis estudios y prácticas en otra ciudad, siendo su respaldo una base esencial para lograr mis metas académicas.

ÍNDICE

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTOS	III
ÍNDICE.....	IV
ÍNDICE DE TABLAS	VII
ÍNDICE DE FIGURAS.....	VIII
RESUMEN.....	IX
ABSTRACT	X
INTRODUCCIÓN	XI
CAPITULO I	13
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	13
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	13
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	15
1.2.1. PROBLEMA GENERAL	15
1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS	15
1.3. OBJETIVO GENERAL	15
1.4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
1.5. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	16
1.5.1. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA.....	16
1.5.2. JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA	16
1.5.3. JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA	17
1.6. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	17
1.7. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN.....	17
CAPÍTULO II	19
MARCO TEÓRICO	19
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	19
2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES.....	19
2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES	22
2.1.3. ANTECEDENTES LOCALES	27
2.2. BASES TEÓRICAS	28
2.2.1. TEORÍA DEL RIESGO OBSTÉTRICO	28
2.2.2. MODELO DE ATENCIÓN CENTRADA EN LA MUJER	29
2.2.3. TEORÍA DEL COMPORTAMIENTO DE LA SALUD	29

2.2.4.	MODELO BIOECOLÓGICO DE BRONFENBRENNER	30
2.2.5.	DEFINICIÓN DE CESÁREA.....	30
2.2.6.	EPIDEMIOLOGIA	32
2.2.7.	TIPOS DE CESÁREA.....	33
2.2.8.	INDICACIONES DE CESÁREA.....	34
2.2.9.	TECNICAS OPERATIVAS REALIZADAS EN LA CESÁREA	37
2.2.10.	FACTORES ASOCIADOS A INDICACIÓN DE CESÁREA ...	39
2.3.	DEFINICIONES CONCEPTUALES	42
2.4.	HIPÓTESIS.....	42
2.4.1.	HIPÓTESIS GENERAL	42
2.5.	VARIABLES.....	42
2.5.1.	VARIABLE INDEPENDIENTE	42
2.5.2.	VARIABLE DEPENDIENTE.....	42
2.6.	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	43
CAPITULO III		45
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN		45
3.1.	TIPO DE INVESTIGACIÓN	45
3.1.1.	ENFOQUE.....	45
3.1.2.	ALCANCE O NIVEL	45
3.1.3.	DISEÑO.....	45
3.2.	POBLACIÓN Y MUESTRA	45
3.2.1.	POBLACIÓN.....	45
3.2.2.	MUESTRA	46
3.3.	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS	46
3.3.1.	PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	47
3.3.2.	PARA LA PRESENTACIÓN DE DATOS	47
3.3.3.	PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS	47
CAPITULO IV.....		48
RESULTADOS.....		48
4.1.	PROCESAMIENTO DE DATOS	48
4.1.1.	VARIABLE: FACTORES MATERNOS	48
4.1.2.	VARIABLE: FACTORES FETALES.....	54
4.1.3.	VARIABLE: FACTORES OVULARES	59
4.1.4.	VARIABLE: INDICACIÓN DE CESÁREA.....	64

4.2. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS Y PRUEBA DE HIPÓTESIS..	66
CAPITULO V.....	68
DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	68
5.1. PRESENTAR LA CONTRASTACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN	68
CONCLUSIONES	71
RECOMENDACIONES.....	73
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	75
ANEXOS.....	80

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Factores Socioculturales asociados a la indicación de cesárea en gestantes atendidas en el Hospital Tingo Maria, 2024	48
Tabla 2. Numero de gestaciones de pacientes con indicación de cesárea atendidas en el Hospital Tingo Maria, 2024	49
Tabla 3. Numero de partos de pacientes con indicación de cesárea atendidas en el Hospital Tingo Maria, 2024	50
Tabla 4. Gestantes con antecedentes de Cesárea atendidas en el Hospital Tingo Maria, 2024	51
Tabla 5. Enfermadades maternas preexistentes de pacientes con indicación de cesárea atendidas en el Hospital Tingo Maria, 2024	52
Tabla 6. Edad gestacional en semanas de pacientes con indicación de cesárea atendidas en el Hospital Tingo Maria, 2024	54
Tabla 7. Presentación fetal en pacientes con indicación de cesárea atendidas en el Hospital Tingo Maria, 2024	56
Tabla 8. Sufrimiento Fetal Agudo en gestantes con indicación de cesárea atendidas en el Hospital Tingo Maria, 2024	58
Tabla 09. Características del Líquido Amniótico en gestantes con indicación de cesárea atendidas en el Hospital Tingo Maria, 2024	59
Tabla 10. Características del Líquido Amniótico en gestantes con indicación de cesárea atendidas en el Hospital Tingo Maria, 2024	61
Tabla 11. Gestantes con indicación de cesárea que presentaron prolapso de cordón umbilical atendidas en el Hospital Tingo Maria, 2024	63
Tabla 12. Indicación de Cesárea en gestantes atendidas en el Hospital Tingo Maria, 2024	64
Tabla 13. Factores Maternos, Fetales y Ovulares asociados a la indicación de cesárea en gestantes atendidas en el Hospital Tingo Maria, 2024	66

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Numero de gestaciones de pacientes con indicación de cesárea atendidas en el Hospital Tingo Maria, 2024	49
Figura 2. Numero de partos de pacientes con indicación de cesárea atendidas en el Hospital Tingo Maria, 2024	50
Figura 3. Gestante con antecedentes de Cesárea atendidas en el Hospital Tingo Maria, 2024	51
Figura 4. Enfermedades maternas preexistentes de pacientes con indicación de cesárea atendidas en el Hospital Tingo Maria, 2024	52
Figura 5. Edad gestacional en semanas de pacientes con indicación de cesárea atendidas en el Hospital Tingo Maria, 2024	54
Figura 6. Presentación Fetal en pacientes con indicación de cesárea atendidas en el Hospital Tingo Maria, 2024	56
Figura 7. Sufrimiento Fetal Agudo en gestantes con indicación de cesárea atendidas en el Hospital Tingo Maria, 2024	58
Figura 8. Características del Líquido Amniótico en gestantes con indicación de cesárea atendidas en el Hospital Tingo Maria, 2024	59
Figura 9. Tipo de Placenta que presentaron las gestantes con indicación de cesárea atendidas en el Hospital Tingo Maria, 2024	61
Figura 10. Gestantes con indicación de cesárea que presentaron prolapso de cordón umbilical atendidas en el Hospital Tingo Maria, 2024	63
Figura 11. Indicación de Cesárea en gestantes atendidas en el Hospital Tingo Maria, 2024	64

RESUMEN

Objetivo: Identificar los factores maternos, fetales y ovulares asociados a la indicación de cesárea en gestantes atendidas en el Hospital de Tingo María durante el año 2024. **Metodología:** Se llevó a cabo una investigación cuantitativa, descriptiva y de diseño transversal, empleando análisis bivariado mediante la prueba de Chi-cuadrado, con una muestra de 175 pacientes post cesareadas que completaron su embarazo en dicho establecimiento. **Resultados:** Los resultados mostraron una alta tasa de cesáreas (73,1%). Se encontró una asociación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) entre la cesárea y diversos factores maternos, como antecedente de cesárea, preeclampsia, sufrimiento fetal agudo y control prenatal inadecuado. Entre los factores fetales más relevantes se identificaron la presentación anómala (podálica o transversa), la edad gestacional superior a 41 semanas y el prolapso del cordón umbilical. Asimismo, los factores ovulares más frecuentemente asociados a la indicación de cesárea fueron la placenta previa, el desprendimiento prematuro de placenta normoinsera (DPPNI) y las alteraciones del líquido amniótico. **Conclusión:** La mayoría de los factores analizados presentan una asociación significativa con la vía de parto mediante cesárea, confirmando la hipótesis general del estudio. Se recomienda fortalecer la atención prenatal, estandarizar protocolos clínicos y realizar auditorías periódicas para asegurar un uso racional de la cesárea en situaciones justificadas.

Palabras clave: cesárea, factores maternos, factores fetales, factores ovulares, embarazo, parto, tingo maría

ABSTRACT

Objective: To identify maternal, fetal, and ovular factors associated with the indication for cesarean section in pregnant women treated at Tingo María Hospital during 2024. **Methodology:** A quantitative, descriptive, and cross-sectional study was carried out, using bivariate analysis using the Chi-square test, with a sample of 175 pregnant women who completed their pregnancy at said facility. **Results:** The results showed a high rate of cesarean sections (73.1%). A statistically significant association ($p < 0.05$) was found between cesarean section and various maternal factors, such as a history of cesarean section, preeclampsia, acute fetal distress, and inadequate prenatal care. Among the most relevant fetal factors were abnormal presentation (breech or transverse), gestational age greater than 41 weeks, and umbilical cord prolapse. Likewise, the ovular factors most frequently associated with the indication for cesarean section were placenta previa, premature abruption of the normally attached placenta (PNIP), and amniotic fluid abnormalities. **Conclusion:** Most of the factors analyzed were significantly associated with cesarean delivery, confirming the study's general hypothesis. It is recommended to strengthen prenatal care, standardize clinical protocols, and conduct periodic audits to ensure rational use of cesarean section in justified situations.

Keywords: cesarean section, maternal factors, fetal factors, ovular factors, pregnancy, childbirth, tingo maría

INTRODUCCIÓN

La cesárea constituye una intervención quirúrgica en la que el parto se realiza a través de una incisión practicada en la pared abdominal y, posteriormente, en el útero materno. Si bien en sus inicios fue concebida como una medida excepcional destinada únicamente a casos de riesgo para la madre o el feto, en las últimas décadas ha pasado a convertirse en un procedimiento cada vez más habitual.

Este aumento sostenido ha despertado preocupación en el ámbito de la salud pública, especialmente desde mediados del siglo XX, cuando se empezó a observar que la proporción de nacimientos por cesárea superaba con creces lo esperado. 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 al recién nacido (1).

En la actualidad, las estadísticas evidencian que en numerosos países la cantidad de cesáreas practicadas supera con creces las recomendaciones internacionales. La Organización Mundial de la Salud establece que este procedimiento no debería exceder el 15% de los partos, puesto que una tasa superior carece de justificación médica y, en muchos casos, refleja una intervención innecesaria en un proceso que, idealmente, debería desarrollarse de manera natural (1).

En este contexto, el reto actual consiste en lograr un equilibrio: asegurar que todas las mujeres que realmente requieran una cesárea puedan acceder a ella de manera segura y oportuna, evitando al mismo tiempo su uso excesivo, el cual puede generar riesgos adicionales y ejercer presión sobre los sistemas de salud. En el ámbito nacional, los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del 2020 señalan que más de una tercera parte de los nacimientos registrados en los cinco años previos fueron atendidos mediante cesárea, alcanzando un 36,3%. Esta proporción refleja un incremento de 4,7 puntos porcentuales respecto al 2015, cuando se reportó un 31,6%. De manera particular, en el departamento de Ucayali la tendencia también muestra un crecimiento sostenido: en 2019, el 21,1% de los partos se resolvieron por cesárea, lo que representa un aumento de 7,5 puntos

porcentuales en comparación con 2014, año en el que apenas llegaba al 13,6% (2).

Estos resultados reflejan un panorama preocupante, ya que la cesárea, lejos de mantenerse como una intervención médica reservada para casos justificados, se ha convertido en una práctica que crece de manera sostenida y que constituye un desafío para la salud pública. De mantenerse esta tendencia, las consecuencias podrían intensificarse en los próximos años, no solo por los riesgos asociados a la cirugía, sino también por la presión que representa para los servicios de salud.

En este contexto, la presente investigación se orienta a identificar los factores que influyen en la práctica del parto por cesárea en gestantes atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Tingo María durante el año 2024. Los registros estadísticos de este centro muestran que, al igual que ocurre a nivel nacional, la proporción de nacimientos por esta vía se incrementa de manera constante, lo que hace imprescindible comprender las causas de este fenómeno para plantear estrategias adecuadas de intervención.

Para abordar este propósito, la investigación se organiza en los siguientes capítulos:

I. Fundamentación del problema. En este apartado se justifica la importancia del estudio, subrayando la necesidad de profundizar en una problemática que afecta directamente a un grupo poblacional vulnerable: las gestantes.

II. Marco teórico. Se revisan y analizan diferentes investigaciones y aportes científicos previos, con el fin de contrastar perspectivas y establecer un sustento sólido que oriente el desarrollo del estudio.

III. Marco metodológico. Se detallan los procedimientos y técnicas seleccionados para alcanzar los objetivos planteados, procurando obtener hallazgos de relevancia que permitan formular recomendaciones concretas.

IV. Resultados. Se presentan los hallazgos del estudio, acompañados de un análisis comparativo con investigaciones similares realizadas en años anteriores, lo que permite enriquecer la comprensión de la problemática y su evolución.

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El parto constituye una de las etapas más significativas en la vida de una persona, por lo que la elección de la vía de nacimiento resulta fundamental tanto para la madre como para el recién nacido. En la actualidad, la cesárea se ha convertido en una modalidad ampliamente utilizada, ya sea por decisión de la gestante o por diversas circunstancias que llevan a optar por este procedimiento. En 1985, la Organización Mundial de la Salud, durante una reunión de expertos en Brasil, señaló que «no existe justificación para que ninguna región presente una tasa superior al 10-15%, conclusión a la que se llegó con la evidencia disponible en aquel momento. No obstante, con el paso de los años, la práctica de la cesárea ha aumentado de manera considerable tanto en países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo. Posteriormente, en 2014, la OMS llevó a cabo un estudio ecológico en el que se determinó que tasas de cesárea superiores al 10% no se asocian con una disminución de la mortalidad materna ni neonatal (3).

Cuando hablamos de cesárea nos referimos a una intervención quirúrgica destinada al nacimiento del recién nacido. Si bien fue concebida como un recurso de última instancia para proteger la vida de la madre o del hijo, en los últimos años su práctica ha mostrado un aumento sostenido. Aquello que en principio debía ser excepcional ha pasado a convertirse en una intervención frecuente, llegando incluso a ser vista como una práctica casi rutinaria en distintos lugares del mundo (4).

La Organización Mundial de la Salud recomienda que la tasa de cesáreas en una institución no supere el 15%, mientras que el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) establece un límite cercano, del 15,5%. En el caso del Perú, el porcentaje sobrepasa el 20%, situándose por encima de España y en niveles comparables a los de algunos países industrializados. Esta realidad también se observa en naciones europeas como Alemania, Francia y Hungría. En Latinoamérica, varios países rebasan igualmente las cifras sugeridas, siendo Brasil el que registra la proporción más alta a nivel mundial. De acuerdo con la Encuesta Demográfica y de Salud

Familiar (ENDES) del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en los últimos seis años la tasa nacional ha mostrado un incremento cercano al 10%. Para el 2021, las proyecciones indican que, en promedio, el 26,5% de los partos atendidos en instituciones de salud —incluyendo el Ministerio de Salud, Essalud, las Fuerzas Armadas y el sector privado— correspondieron a cesáreas (4).

En América Latina y el Caribe se ha registrado una incidencia de cesáreas de aproximadamente 40,5%, lo que evidencia un nivel significativamente superior al recomendado por la OMS. Esta situación puede estar influida por la falta de información que manejan muchas gestantes acerca de las condiciones que justifican la realización del procedimiento (5). Resulta preocupante que, en varios casos, la decisión de llevar a cabo una cesárea recaiga exclusivamente en el médico o en el sistema de salud, lo que podría reflejar una limitada valoración de un diagnóstico riguroso de los factores que verdaderamente justifican la indicación de la cesárea según la necesidad percibida por la madre (6).

En el Perú, se ha registrado que el 36,3% de los partos se realizan mediante cesárea, siendo aún más notable que, en las zonas urbanas, este procedimiento alcanza al 42% de las mujeres gestantes. Esta tendencia creciente convierte a la cesárea en una práctica cada vez más frecuente, en la que los factores asociados pueden variar según las condiciones maternas, obstétricas, fetales y otras circunstancias específicas de cada embarazo (7).

En el Hospital Tingo María, durante el año 2018, se registraron 1,633 partos, de los cuales 744 se realizaron por cesárea, representando un 45,5% del total. Esta cifra resulta significativa, ya que supera ampliamente las recomendaciones establecidas por la Organización Mundial de la Salud, evidenciando una frecuencia elevada de intervenciones quirúrgicas en este centro hospitalario.

Esta preocupante situación hace necesario desarrollar estrategias orientadas a reducir la frecuencia de cesáreas, especialmente aquellas que resultan innecesarias. Entre estas acciones se encuentra la difusión de las Recomendaciones para la pertinencia y seguridad de la cesárea, elaboradas por el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI) de EsSalud en Perú, las cuales, a través de reportes basados en evidencia,

orientan a los profesionales de la salud sobre la indicación adecuada y el manejo seguro de las gestantes. De igual manera, resulta fundamental implementar y mantener actualizadas guías de práctica clínica, que establezcan criterios claros para la indicación de cesárea y su correcta aplicación, contribuyendo así a disminuir la realización de procedimientos quirúrgicos injustificados (8).

La presente investigación tiene como objetivo identificar los factores asociados al parto por cesárea en gestantes atendidas en el Hospital de Tingo María durante el año 2024, con el propósito de generar recomendaciones institucionales que contribuyan a mantener la tasa de cesáreas dentro del porcentaje recomendado por la Organización Mundial de la Salud. Por lo que se plantea la siguiente interrogante.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

¿Cuáles son los factores maternos, fetales y ovulares que se asocian a la indicación de cesárea en las gestantes atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Tingo María durante el año 2024?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

- a. ¿Qué características maternas están relacionadas con la indicación de cesárea en las gestantes atendidas?
- b. ¿Qué factores fetales influyen en la decisión de indicar una cesárea?
- c. ¿Qué factores ovulares están presentes con mayor frecuencia en los casos en que se indica cesárea?
- d. ¿Cuáles son las principales causas clínicas registradas como motivo para indicar una cesárea en el Hospital de Tingo María?

1.3. OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores maternos, fetales y ovulares asociados a la indicación de cesárea en gestantes atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Tingo María durante el año 2024.

1.4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a. Identificar las características maternas (edad, paridad, antecedentes patológicos, control prenatal, entre otros) relacionadas con la indicación de cesárea.

- b. Determinar los factores fetales (presentación, edad gestacional, peso fetal, sufrimiento fetal agudo, entre otros) que se asocian a la indicación de cesárea.
- c. Describir los factores ovulares (tipo de líquido amniótico, alteraciones placentarias, prolapso de cordón, entre otros) presentes en los casos con indicación de cesárea.
- d. Analizar la frecuencia y las principales causas clínicas que motivan la indicación de cesárea en las gestantes atendidas

1.5. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

El creciente incremento en la realización de cesáreas a nivel mundial ha generado preocupación en la comunidad médica y científica, ya que, en muchos casos, se subestima la capacidad fisiológica de la mujer para llevar a cabo un parto natural. Este fenómeno no solo refleja un cambio en las prácticas obstétricas, sino que también conlleva un aumento en los riesgos asociados a la anestesia y a la intervención quirúrgica, incrementando la posibilidad de complicaciones tanto para la madre como para el recién nacido. Frente a esta situación, surge la necesidad de analizar de manera rigurosa cuáles son los factores que motivan la indicación de cesárea, evaluando si estas decisiones responden efectivamente a criterios médicos justificados o si, por el contrario, se realizan de manera innecesaria. Este cuestionamiento ha sido el motor de numerosos estudios e investigaciones que buscan determinar la pertinencia de cada intervención, con el fin de equilibrar la seguridad materna y neonatal con la preservación del parto natural siempre que sea posible.

1.5.2. JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA

Diversos estudios previos han evidenciado que las tasas de cesáreas son elevadas tanto en el ámbito privado como en el público, identificando además las indicaciones más frecuentes para su realización. Sin embargo, como se mencionó anteriormente, los criterios que motivan esta intervención pueden estar condicionados por múltiples factores, lo que en ciertos casos hace que su ejecución carezca de justificación médica real. Esto resalta la importancia de analizar de manera crítica los determinantes de la cesárea, para garantizar que se

priorice la seguridad de la madre y del recién nacido, evitando procedimientos innecesarios que puedan implicar riesgos adicionales.

1.5.3. JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA

El presente estudio busca analizar de manera objetiva la situación del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Contingencia de Tingo María. Mediante la revisión de las historias clínicas, se realizará una comparación entre los diagnósticos clínicos previos a la cesárea y los hallazgos posteriores al procedimiento, lo que permitirá evaluar los criterios que utilizan los profesionales de salud para indicar esta intervención.

Los resultados de este análisis tendrán como objetivo orientar y fortalecer los criterios de indicación de cesárea, con el fin de evitar su uso indiscriminado. Esto es fundamental, considerando que la cesárea, al ser un procedimiento quirúrgico, conlleva riesgos y posibles complicaciones tanto para la madre como para el recién nacido. De esta manera, se busca garantizar que la cesárea se realice únicamente en los casos realmente necesarios, asegurando beneficios claros para ambos.

1.6. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio se fundamenta en la revisión de historias clínicas, lo que implica que la calidad de los resultados depende directamente de la precisión, integridad y exactitud de los registros médicos. La existencia de datos incompletos o mal registrados podría afectar la validez y confiabilidad de los hallazgos, constituyendo una limitación importante del análisis.

Al tratarse de un estudio observacional de carácter retrospectivo, no es posible establecer relaciones causales directas entre los factores analizados y la indicación de cesárea. Este enfoque permite únicamente identificar asociaciones y patrones dentro de los datos disponibles, sin poder asegurar causalidad.

1.7. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio se desarrollará en el Hospital de Tingo María, institución accesible para el investigador y que cuenta con los registros clínicos necesarios para la recolección de información. Además, se cuenta con la

autorización institucional para el acceso a las historias clínicas, garantizando el cumplimiento de los aspectos éticos y legales.

El diseño metodológico es adecuado y factible, ya que se utilizarán técnicas de recolección de datos retrospectivos mediante una ficha estructurada. Asimismo, el investigador posee los conocimientos necesarios en metodología de la investigación, bioestadística y análisis clínico-obstétrico.

Los costos del estudio son mínimos, ya que no se requiere inversión en materiales clínicos ni personal adicional. El procesamiento de datos será realizado con software de libre acceso o ya disponible, como Excel y SPSS/PSPP. Los gastos serán asumidos por el propio investigador.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

En el año 2022, Gómez H y Fonge Y (9), en Estados Unidos, desarrollaron un estudio en el marco de la American Journal of Obstetrics & Gynecology, orientado a identificar los factores predictivos que se asocian a la cesárea no planificada tras la inducción del trabajo de parto a término con catéter de Foley y misoprostol. La investigación tuvo un enfoque observacional y consideró una muestra de 375 gestantes, de las cuales 84 (22,4%) requirieron cesárea no prevista. El análisis mostró que la nuliparidad, el índice de masa corporal elevado y las puntuaciones Bishop bajas al inicio de la inducción fueron variables que incrementaron significativamente el riesgo de cesárea, en comparación con las mujeres que lograron un parto vaginal. Asimismo, se evidenció que las pacientes que terminaron en cesárea presentaron tiempos de trabajo de parto más prolongados, amniotomía tardía y una mayor frecuencia de intervenciones como uso de oxitocina, analgesia epidural y monitoreo intrauterino, además de complicaciones como corioamnionitis, hemorragia posparto y necesidad de transfusión sanguínea. Aunque los recién nacidos del grupo cesárea tuvieron un peso promedio mayor, no se hallaron diferencias significativas en la morbilidad neonatal entre ambos grupos. Los autores concluyeron que la nuliparidad, la obesidad, las puntuaciones cervicales desfavorables y el retraso en la progresión del parto son factores determinantes en la aparición de cesárea no planificada, por lo que sugieren ofrecer consejería y un seguimiento más personalizado a las gestantes con estas características de riesgo.

En Brasil, durante el año 2021, Fernández I. (10) llevó a cabo un estudio orientado a analizar los factores asociados a la ocurrencia de cesáreas, con el propósito de identificar elementos clínicos, sociales y demográficos vinculados a esta práctica obstétrica. La investigación, de tipo observacional, evidenció que entre los principales factores de riesgo relacionados con la realización de una cesárea figuraban el sobrepeso

materno, la presencia de comorbilidades, la macrosomía fetal, el sufrimiento fetal y los trastornos hipertensivos inducidos por el embarazo. Asimismo, se encontraron asociaciones con variables sociales y demográficas como el nivel educativo de la gestante, el número de atenciones prenatales y determinadas condiciones socioeconómicas. No obstante, otros factores como el color de piel, el estado civil y la raza mostraron relación con una menor incidencia de partos por cesárea. El autor destacó que, si bien se identificó una elevada tasa de cesáreas, persisten elementos subjetivos no evaluados que probablemente también influyen en su ocurrencia. En sus conclusiones, subrayó la necesidad de reforzar la atención prenatal a través de programas educativos y de capacitación dirigidos a los profesionales de salud, así como de promover políticas públicas que garanticen controles de calidad acordes con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y el Ministerio de Salud de Brasil.

En Ecuador, en el año 2021, Orozco N. (11) desarrolló una investigación en un hospital de Riobamba con el objetivo de analizar los factores de riesgo asociados a la práctica de cesáreas en mujeres nulíparas. El estudio, de tipo cuantitativo, observacional y con un diseño transversal, recopiló información clínica y sociodemográfica de las gestantes atendidas en dicha institución. Los resultados mostraron que el porcentaje de cesáreas en nulíparas alcanzó el 17,6%, cifra superior a la recomendación establecida por la Organización Mundial de la Salud (15%), lo que representa un factor de riesgo importante para los partos posteriores de estas mujeres. Se identificó que las pacientes intervenidas por cesárea pertenecían con mayor frecuencia a edades extremas, ya sea adolescentes tempranas o mujeres añosas. Asimismo, los análisis evidenciaron que los factores clínicos con mayor asociación fueron el índice de masa corporal elevado, la presencia de comorbilidades, la macrosomía fetal, el sufrimiento fetal agudo y los trastornos hipertensivos inducidos por el embarazo. En el ámbito del control prenatal, se concluyó que las gestantes con menos de cuatro consultas duplicaban el riesgo de cesárea, resaltando la importancia de un adecuado seguimiento médico. También se halló prevalencia en

variables sociodemográficas: el 38,6% de las cesáreas ocurrió en mujeres menores de 20 años, el 61,4% en aquellas con nivel educativo secundario, el 70,5% en embarazos pretérmino y el 90,9% en gestantes con sobrepeso.

En Etiopía, en el año 2020, Hana et al. (12) realizaron un estudio en hospitales públicos de la ciudad de Addis Abeba. El objetivo fue evaluar la frecuencia de infección del sitio quirúrgico (ISQ) tras partos por cesárea y analizar los factores que podían influir en su aparición en hospitales gubernamentales de la ciudad de Addis Abeba durante 2019. Para ello, los autores aplicaron una metodología de cohorte prospectiva, con seguimiento hospitalario y domiciliario de 175 mujeres que dieron a luz por cesárea entre marzo y abril de ese año, utilizando un muestreo por conveniencia. El análisis estadístico incluyó medidas descriptivas y regresión logística bivariada y multivariada para establecer asociaciones entre las variables clínicas y la presencia de ISQ. Los resultados mostraron que, de las 166 participantes que completaron el seguimiento de 30 días, 25 mujeres (15%) desarrollaron una infección del sitio quirúrgico. Se identificaron como factores de riesgo significativos la edad materna avanzada, la edad gestacional menor, una mayor duración de la cirugía y la realización de cinco o más exámenes vaginales, con razones de probabilidad (OR) que oscilaron entre 1,10 y 13,07. Concluyeron que la incidencia de ISQ en partos por cesárea en estos hospitales fue elevada en comparación con cifras internacionales, y que tanto las características obstétricas como los procedimientos médicos durante el parto influyen en su desarrollo. Recomendaron reforzar las medidas preventivas y los protocolos de control de infecciones, en especial en mujeres con mayor tiempo quirúrgico o sometidas a múltiples exámenes vaginales.

En Cartagena, en el año 2019, Portela K. (13) desarrolló una investigación en el Hospital Universitario del Caribe, orientada a identificar los factores clínicos y sociodemográficos asociados a la práctica de cesáreas en embarazadas adolescentes. El objetivo central fue determinar las principales condiciones médicas y contextuales que incrementan la probabilidad de recurrir a la cesárea en este grupo

poblacional. Para ello, el investigador aplicó una metodología de carácter observacional y analítico, basada en la revisión de registros clínicos y el análisis de variables sociodemográficas en gestantes adolescentes atendidas en dicha institución. Entre los resultados, se encontró que las principales complicaciones clínicas asociadas a la cesárea fueron la desproporción céfalo-pélvica, el bajo peso al nacer, la rotura prematura de membranas y los trastornos hipertensivos inducidos por el embarazo, factores de riesgo recurrentes en este grupo. Asimismo, se identificaron factores sociodemográficos relevantes, como la edad temprana, el bajo nivel educativo, la zona de residencia y el nivel socioeconómico, los cuales se relacionaron de manera significativa con la incidencia de cesáreas. En sus conclusiones, el autor enfatizó la necesidad de fortalecer la atención prenatal con un enfoque preventivo y multidisciplinario, de manera que se logre la detección temprana de complicaciones, se reduzca la práctica innecesaria de cesáreas y se garantice que este procedimiento se reserve únicamente para casos plenamente justificados.

2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

En Trujillo, en el año 2022, Cruzado M. (14) desarrolló un estudio en el Hospital Belén de Trujillo, con el propósito de identificar los factores asociados al parto por cesárea en esta institución. El objetivo fue analizar las condiciones maternas, fetales y ovulares que incrementan la probabilidad de realizar una cesárea. Para ello, se empleó una metodología observacional y analítica, basada en la revisión de historias clínicas de las gestantes atendidas en el hospital durante el período de estudio. Los resultados mostraron una tasa de cesárea del 54%, superior a lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud (15%). Entre los factores maternos más relevantes se identificaron las cesáreas previas, que aumentaron doce veces el riesgo de una nueva cesárea, así como distocias de la dinámica uterina, desproporción céfalo-pélvica, rotura prematura de membranas y alteraciones del bienestar fetal. Entre los factores fetales se encontraron fetos en presentación podálica y alteraciones en el bienestar fetal, mientras que la distocia de la dinámica uterina fue el factor ovular más determinante. En sus conclusiones, el

autor señaló que la elevada tasa de cesáreas observada responde a una combinación de factores maternos, fetales y ovulares, y destacó la importancia de implementar estrategias preventivas y un manejo clínico adecuado para reducir la incidencia de cesáreas innecesarias y garantizar que se realicen únicamente en situaciones justificadas.

En Lima, durante el año 2021, Lozano A. (15) llevó a cabo un estudio en el Hospital María Auxiliadora con el propósito de identificar los factores asociados a la indicación de cesáreas en gestantes atendidas en el servicio de gineco-obstetricia entre octubre de 2020 y abril de 2021. Se trató de una investigación observacional, descriptiva, retrospectiva y transversal, en la que se consideró una población de 2082 pacientes, seleccionándose finalmente una muestra de 706 mujeres que cumplían los criterios de inclusión. Los resultados mostraron que la tasa de cesáreas en el periodo analizado alcanzó el 58,87%. En cuanto a las características sociodemográficas, se observó que la mayoría de las gestantes tenía entre 20 y 34 años (68,6%), vivía en condición de convivencia (67,6%), contaba con educación secundaria (91,4%), había realizado controles prenatales insuficientes (55,8%), era multigesta (69,1%), presentaba un índice de masa corporal normal (58,5%) y una edad gestacional entre 37 y 41 semanas (83,9%). Los distritos de procedencia más frecuentes fueron Villa María del Triunfo (29,9%), San Juan de Miraflores (24,6%) y Villa El Salvador (17,1%). Respecto a los factores de riesgo, se identificó que, en las madres, el más común fue la desproporción céfalo-pélvica (28,8%); en los fetos, el sufrimiento fetal agudo (35,6%); y en los ovulares, la ruptura prematura de membranas (49,1%). En sus conclusiones, el autor advirtió que la tasa de cesáreas en dicho hospital resultaba elevada, señalando como factores más relacionados la desproporción céfalo-pélvica, el sufrimiento fetal agudo y la ruptura prematura de membranas, por lo que recomendó fortalecer la prevención y el manejo adecuado de estas condiciones con el fin de evitar intervenciones innecesarias.

En Lima, durante el año 2021, Valdivia L. (16), utilizando información del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) del Perú, desarrolló un estudio cuyo objetivo fue analizar la relación entre

diversos factores maternos, tanto sociodemográficos como obstétricos, y la probabilidad de tener un parto por cesárea en el país. La investigación adoptó un enfoque cuantitativo con diseño observacional, retrospectivo, analítico y transversal, e incluyó una muestra de 7850 mujeres que cumplían los criterios de inclusión y exclusión establecidos. Los resultados mostraron que la prevalencia de partos por cesárea alcanzó el 38,5%. Se identificó una asociación significativa entre variables sociodemográficas como contar con educación superior (OR: 1,18; IC 95%: 1,11–1,26), residir en zonas urbanas (PRA: 1,27; IC 95%: 1,14–1,42) y tener mayores ingresos económicos (OR: 0,92; IC 95%: 0,86–0,98) con la probabilidad de cesárea. En el caso de los factores obstétricos, los antecedentes de cesárea (OR: 3,19; IC 95%: 3,01–3,38) y el parto en instituciones privadas (OR: 1,51; IC 95%: 1,42–1,61) también presentaron una asociación significativa. En contraste, no se halló relación estadísticamente relevante con la edad materna, la paridad ni el número de controles prenatales ($p > 0,05$). En sus conclusiones, el autor destacó que la prevalencia de cesáreas en el Perú es elevada y que los principales factores asociados incluyen nivel educativo, lugar de residencia, ingresos económicos, antecedentes de cesárea y tipo de institución de atención, recomendando implementar estrategias de salud pública que promuevan un manejo más adecuado de estas intervenciones.

En Puno, durante el año 2021, Suárez G. (17) llevó a cabo un estudio en el Hospital III de EsSalud Juliaca con el propósito de determinar la frecuencia de cesáreas no justificadas y examinar los factores maternos, obstétricos y clínicos vinculados a su ocurrencia. El trabajo adoptó un diseño transversal, retrospectivo, observacional y analítico, incluyendo a una población de 596 gestantes que cumplían los criterios de inclusión y exclusión establecidos. Los hallazgos revelaron 176 cesáreas no justificadas (29,5%), todas clasificadas como de indicación relativa; de ellas, el 19,3% fueron programadas y el 81,8% correspondieron a primarias. Entre las principales causas identificadas figuraron antecedente de cesárea (36,8%), dilatación estacionaria (19,5%), periodo expulsivo prolongado y miomatosis (17,2%),

sufrimiento fetal agudo (25%), malformaciones congénitas (25%), óbito fetal (50%), oligohidramnios (51,2%) y placenta previa (11,9%). En cuanto a complicaciones maternas, se reportaron infección urinaria (5,7%), anemia (4,5%), hemorragia posparto (2,8%), infección de la herida operatoria (1,7%) y síndrome adherencial (1,2%). Los factores significativamente asociados incluyeron paridad secundípara (p : 0,00000001; OR: 2,8; IC: 1,9–4,1), indicación relativa de cesárea (p : 0,0000001; OR: 981; IC: 135,1–7135,3) y cesárea no programada (p : 0,02; OR: 1,5; IC: 1,02–2,4). Asimismo, se encontró que la cesárea injustificada se relacionó principalmente con complicaciones maternas (p : 0,01; OR: 1,8; IC: 1,09–3,1), mientras que la cesárea justificada se asoció con complicaciones perinatales (p : 0,0003; OR: 2,3; IC: 1,4–3,8). En sus conclusiones, el autor señaló que la frecuencia de cesáreas injustificadas resultó elevada (29,5%) y que los factores más relacionados fueron la paridad secundípara, la indicación relativa y la cesárea no programada, recomendando reforzar medidas preventivas y protocolos clínicos para disminuir la realización de cesáreas innecesarias y las complicaciones que estas conllevan.

En Lima, durante el año 2020, Sinchitullo A. et al. (18) realizaron un estudio en el Hospital Militar Central con el objetivo de identificar los factores maternos, obstétricos y sociodemográficos relacionados con la probabilidad de parto por cesárea. La investigación adoptó un diseño analítico, retrospectivo, de casos y controles, incluyendo una muestra de 988 partos, de los cuales 329 correspondieron a cesáreas. Entre los hallazgos, se observó que contar con cesáreas previas constituía un factor significativamente asociado al parto por cesárea (OR=1,55; IC95%=1,12–2,15). En contraste, la edad materna, la edad gestacional y los controles prenatales no mostraron asociación significativa ($p > 0,05$). Asimismo, el número de hijos se relacionó inversamente con la cesárea (OR=0,83; IC95%=0,72–0,95), mientras que el nivel educativo no presentó una relación significativa. En sus conclusiones, los autores destacaron que los antecedentes de cesáreas previas y un menor número de hijos fueron los factores más asociados al parto por cesárea,

recomendando que estos elementos sean considerados en la planificación y manejo obstétrico.

En Lima, en el año 2020, Barrena M. et al. (19), desarrolló un estudio en el Hospital Docente de Lima, con el objetivo de determinar la prevalencia de cesáreas y las causas más frecuentes en un hospital público docente de Lima. Se aplicó una metodología descriptiva, tipo serie de casos, incluyendo a todas las pacientes sometidas a cesáreas, ya fueran electivas o de emergencia, desde enero de 2013 hasta diciembre de 2017. Los resultados indicaron que la frecuencia de cesárea fue del 50,2%, siendo las indicaciones más frecuentes la cesárea previa y la desproporción céfalo-pélvica. En sus conclusiones, los autores señalaron que la tasa de cesáreas superó los valores recomendados por la Organización Mundial de la Salud (15%), destacando que la cesárea previa constituyó la indicación más recurrente durante el período estudiado

En Lima, en el año 2020, Soto E. (20), desarrolló un estudio con información del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) del Perú, con el objetivo fue determinar los factores sociodemográficos y obstétricos que se relacionan con la probabilidad de que las primíparas tengan un parto por cesárea. Se aplicó una metodología observacional, analítica y transversal, considerando la información recolectada en la ENDES 2018. Entre los resultados, se reportó una prevalencia ponderada de parto por cesárea del 35,6%. Los factores sociodemográficos significativamente asociados incluyeron edad entre 35 y 49 años (OR: 5,87; IC95%: 4,26–8,08), educación superior (OR: 1,30; IC95%: 1,12–1,52) y residencia en área urbana (OR: 1,17; IC95%: 1,01–1,37). Entre los factores obstétricos se identificaron: atención prenatal en entidades privadas (OR: 1,77; IC95%: 1,55–2,03), parto en hospital del sector privado (OR: 1,77; IC95%: 1,55–2,03) y presencia de complicaciones durante el parto (OR: 1,78; IC95%: 1,57–2,03). En sus conclusiones, el autor señaló que la prevalencia de parto por cesárea en primíparas del Perú es elevada y que los factores asociados incluyen edad avanzada, nivel educativo superior, residencia urbana, atención prenatal o parto en instituciones privadas y complicaciones durante el

parto, recomendando estrategias de salud pública orientadas a un manejo adecuado de estos partos.

2.1.3. ANTECEDENTES LOCALES

En Tingo María, Huánuco, en el año 2022, Espinoza M. (21), desarrolló un estudio en el Hospital de Tingo María con objetivo de determinar los principales factores maternos, fetales y ovulares asociados a la cesárea en las gestantes atendidas durante el año 2022. Se aplicó una metodología observacional, descriptiva y retrospectiva, incluyendo a todas las gestantes que tuvieron parto por cesárea en el hospital durante ese período. Entre los resultados, se encontró que la mayor prevalencia correspondió a gestantes de 20 a 30 años (45%), con estado civil conviviente (55%) y procedencia urbana (78%). La escolaridad más frecuente fue secundaria (54%) y la ocupación predominante amas de casa (48%). El 75% tuvo edad gestacional a término, el 53% fueron multíparas y el 66% recibió entre 6 y 9 controles prenatales. Además, el 57% presentó cesáreas previas. Entre las causas de cesárea, las maternas más frecuentes fueron la desproporción céfalo-pélvica (37%), las fetales la distocia del producto (58%) y las ovulares el oligohidramnios (33%). En el resumen general, de 188 cesáreas (54%) fueron por causas maternas, 93 (27%) por causas fetales y 19 (19%) por causas ovulares. En sus conclusiones, el autor indicó que la cesárea en este hospital estuvo influenciada principalmente por factores maternos, seguidos por factores fetales y ovulares, destacando la importancia de una atención prenatal adecuada y un manejo clínico integral para reducir la frecuencia de cesáreas innecesarias.

En Tingo María, en el año 2019, Flores M. (22), desarrolló un estudio en el Hospital de Tingo María con el objetivo de identificar los factores maternos, fetales y uteroplacentarios que influyen en la realización de cesáreas en gestantes atendidas en el hospital. Para ello, se aplicó una metodología cuantitativa, observacional, transversal, tipo casos y controles, incluyendo una muestra de 140 gestantes, de las cuales 70 tuvieron parto por cesárea (casos) y 70 parto vaginal (controles). Entre los resultados, se observó que la edad media de las gestantes fue de 26 años en los casos y 25 años en los controles,

predominando el nivel educativo secundario en ambos grupos. Entre los factores maternos, el 24,3% presentó desproporción cefalorraquídea, el 14,3% preeclampsia y el 64,3% patologías asociadas. En cuanto a factores fetales, el 12,9% tuvo presentación de nalgas, 17,1% macrosomía fetal y 12,9% angustia fetal. Entre los factores uteroplacentarios, se identificó placenta previa en el 1,4% de los casos. Los factores asociados significativamente a la cesárea incluyeron desproporción cefalorraquídea (OR=2,3; $p=0,000$), preeclampsia (OR=2,1; $p=0,000$), patologías maternas asociadas (OR=2,5; $p=0,007$), presentación de nalgas (OR=2,1; $p=0,006$), macrosomía fetal (OR=2,3; $p=0,000$) y angustia fetal (OR=2,1; $p=0,006$), mientras que la placenta previa no mostró significancia estadística (OR=2). En sus conclusiones, el autor indicó que la incidencia de cesáreas en el hospital estuvo determinada principalmente por factores maternos y fetales, destacando la importancia de una adecuada evaluación clínica para reducir cesáreas innecesarias.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. TEORÍA DEL RIESGO OBSTÉTRICO

Planteada por Carroli y Mignin (23) quienes sostienen que ciertas características maternas, fetales y ovulares incrementan la probabilidad de complicaciones durante el parto, lo que justifica la realización de intervenciones como la cesárea. Entre los factores maternos se incluyen la edad avanzada, la nuliparidad, antecedentes de cesárea y la presencia de comorbilidades, mientras que los factores fetales comprenden macrosomía, presentación podálica o sufrimiento fetal, y los factores ovulares incluyen desproporción céfalo-pélvica o anomalías uteroplacentarias.

La identificación temprana de estos factores permite al equipo de salud tomar decisiones clínicas fundamentadas, optimizando la seguridad de la madre y el recién nacido. Esta teoría se convierte en un marco explicativo para comprender por qué ciertos partos requieren cesárea, ya que los riesgos obstétricos evaluados de forma integral reducen complicaciones graves como hemorragias, sufrimiento fetal, infección o mortalidad perinatal. Asimismo, respalda la importancia de

una valoración obstétrica completa, incluyendo historia clínica, exploración física y estudios complementarios, para determinar la vía de parto más adecuada y segura.

2.2.2. MODELO DE ATENCIÓN CENTRADA EN LA MUJER

Planteada por la World Health Organization (24), quien sostiene que la decisión sobre la vía de parto no depende únicamente de factores clínicos, sino también de aspectos psicosociales, culturales y educativos de la gestante, así como de la relación médico-paciente. Este enfoque enfatiza la importancia del consentimiento informado, la comunicación efectiva y la participación activa de la mujer en la toma de decisiones obstétricas, considerando sus preferencias, expectativas y derechos durante el proceso de parto.

Desde esta perspectiva, la decisión de realizar una cesárea debe integrarse con el contexto individual y social de la gestante, evaluando no solo el riesgo obstétrico, sino también factores como edad, nivel educativo, entorno familiar, creencias culturales y acceso a información de calidad. Este modelo teórico fundamenta la investigación al mostrar que los factores asociados a la indicación de cesárea no son únicamente clínicos, sino también influenciados por elementos socioculturales y educativos, reforzando la necesidad de estrategias de atención prenatal integrales que promuevan la seguridad materna y neonatal y respeten la autonomía de la mujer.

2.2.3. TEORÍA DEL COMPORTAMIENTO DE LA SALUD

Planteada por Rosenstock (25) quien sostiene que la conducta de los individuos frente a riesgos y decisiones médicas está influida por creencias, percepciones de riesgo y experiencias previas. En el contexto obstétrico, esta teoría permite comprender cómo la percepción del riesgo materno o fetal puede motivar la indicación de cesárea, incluso en situaciones donde no existe una contraindicación médica estricta.

El modelo propone que la decisión clínica no solo responde a criterios objetivos, sino también a cómo la gestante y el equipo de salud interpretan la información disponible, los posibles riesgos y los beneficios del procedimiento. Así, factores como temor al sufrimiento fetal, antecedentes obstétricos o experiencias previas negativas pueden influir

en la elección de la vía de parto. Esta teoría fundamenta la investigación, al mostrar que los factores psicosociales y perceptivos interactúan con los factores clínicos, contribuyendo a la comprensión integral de las decisiones que llevan a la cesárea y reforzando la necesidad de estrategias de comunicación efectiva y educación prenatal.

2.2.4. MODELO BIOECOLÓGICO DE BRONFENBRENNER

Planteado por Bronfenbrenner (26), quien considera que el desarrollo y la conducta del individuo se ven influenciados por la interacción dinámica entre distintos niveles del entorno. En el contexto obstétrico, estos niveles incluyen: el microsistema (gestante y profesional de salud), el mesosistema (hospital, familia), el exosistema (políticas de salud, protocolos clínicos) y el macrosistema (normas culturales, creencias sociales y prácticas tradicionales).

Este modelo explica cómo los factores individuales, clínicos, familiares y sociales interactúan para influir en la decisión de realizar una cesárea. Por ejemplo, la gestante puede estar afectada por su experiencia previa o por su percepción del riesgo, mientras que el equipo de salud actúa dentro de protocolos y regulaciones institucionales, y al mismo tiempo se ve influido por normas culturales y políticas de salud locales. La teoría sustenta la investigación al mostrar que la indicación de cesárea no depende únicamente de factores médicos objetivos, sino que también resulta de la interacción de múltiples contextos, permitiendo un análisis integral de los factores asociados a la vía de parto.

2.2.5. DEFINICIÓN DE CESÁREA

La cesárea se entiende actualmente como una intervención quirúrgica obstétrica cuya finalidad es lograr el nacimiento de un feto a partir de las 22 semanas de gestación, ya sea vivo o muerto, mediante la extracción del mismo junto con la placenta y sus membranas a través de una incisión practicada en la pared abdominal de la madre y posteriormente en el útero, procedimiento conocido como histerotomía. Se trata de una práctica que ha evolucionado de manera significativa con el paso del tiempo, pasando de ser una medida desesperada a constituir en la actualidad una de las cirugías más frecuentes y seguras en el ámbito obstétrico (27).

El término cesárea proviene del verbo latino *caedere*, que significa cortar, y hace referencia de manera literal al nacimiento de un niño mediante un corte en el vientre materno. Durante siglos se ha sostenido la creencia popular de que el origen del término está relacionado con el nacimiento de Julio César; sin embargo, los historiadores coinciden en que su madre sobrevivió al parto, lo que hace improbable que este haya sido el caso. Lo que sí se sabe es que en la antigua Roma existía la denominada *Lex Cesárea*, una disposición legal que obligaba a extraer el feto del útero de la madre fallecida con fines religiosos o rituales, práctica que se considera uno de los antecedentes históricos de la cesárea (28).

A lo largo de la historia, el concepto de cesárea ha ido transformándose. En la antigüedad, el procedimiento se realizaba casi exclusivamente en mujeres muertas o moribundas, con el fin de salvar la vida del feto o cumplir mandatos religiosos. En la Edad Media y el Renacimiento comenzaron a intentarse cesáreas en mujeres vivas, aunque con resultados catastróficos debido a la falta de conocimientos quirúrgicos, ausencia de anestesia y carencia de medidas antisépticas, lo que elevaba la mortalidad materna de manera considerable. Fue recién en el siglo XIX cuando, gracias al desarrollo de la anestesia, la antisepsia y la técnica de la sutura uterina, la cesárea empezó a consolidarse como un procedimiento viable y con mayores probabilidades de éxito para madre e hijo (28).

En la actualidad, la cesárea se ha convertido en una práctica habitual y segura, utilizada tanto de forma programada como de urgencia, dependiendo de la evolución del embarazo o del trabajo de parto. Puede estar indicada por razones maternas, como la placenta previa o la desproporción céfalo-pélvica, o por razones fetales, como el sufrimiento fetal agudo o las presentaciones anómalas. Según la técnica empleada, se distingue la cesárea clásica, caracterizada por una incisión vertical en el cuerpo uterino, y la cesárea segmentaria transversal, que es la más común y segura en la práctica moderna (28).

De este modo, la cesárea ha pasado de ser un recurso limitado y cargado de riesgos a una cirugía de rutina que garantiza la supervivencia

de madre e hijo en múltiples situaciones donde el parto vaginal se torna imposible o peligroso, constituyendo uno de los mayores avances de la obstetricia moderna (28).

2.2.6. EPIDEMIOLOGIA

La cesárea se ha convertido en la intervención quirúrgica de mayor frecuencia a nivel mundial, y el Perú refleja claramente esta tendencia. En las últimas décadas, el parto por cesárea ha dejado de ser un recurso excepcional para transformarse en un procedimiento cada vez más común, especialmente en las ciudades, donde el nacimiento se encuentra casi en su totalidad institucionalizado. Esta transición hacia un modelo de atención hospitalaria ha permitido un mayor control médico del proceso reproductivo, pero también ha abierto un debate en torno a la frecuencia con la que se recurre a esta cirugía (28).

Los datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del año 2020 ponen en evidencia este fenómeno: más de un tercio de los partos ocurridos en los cinco años previos a la encuesta fueron por cesárea, alcanzando un 36,3%. Si se compara esta cifra con la de 2015, cuando la proporción se situaba en 31,6%, se aprecia un incremento sostenido de 4,7 puntos porcentuales en apenas cinco años. Este crecimiento, lejos de ser uniforme, está condicionado por variables sociodemográficas y clínicas que influyen en la probabilidad de que una mujer llegue al nacimiento mediante cirugía (28).

Entre los factores que marcan diferencias destaca la edad materna. A medida que la mujer posterga la maternidad hacia edades más avanzadas, se incrementan también las posibilidades de que existan complicaciones que hagan necesaria la intervención quirúrgica. De manera opuesta, la frecuencia de cesáreas tiende a disminuir conforme aumenta el número de hijos previos, lo que indica que las mujeres con experiencia en partos vaginales suelen tener menores probabilidades de requerir una cirugía en gestaciones posteriores.

El panorama actual revela, por lo tanto, una dinámica compleja en la que confluyen razones médicas, institucionales y sociales. Por un lado, el mayor acceso a establecimientos de salud y la capacitación del personal especializado han hecho de la cesárea una opción segura y

disponible, contribuyendo a reducir riesgos asociados al embarazo y al parto. Pero, al mismo tiempo, su incremento también refleja transformaciones en las expectativas de las familias y en la propia cultura médica, donde en ocasiones la cesárea se asocia a mayor control, comodidad o rapidez frente a la incertidumbre del parto natural (28).

En el caso peruano, este crecimiento plantea la necesidad de reflexionar sobre cómo equilibrar la atención obstétrica, garantizando que la cesárea se utilice en los casos en los que realmente es indispensable, sin que pierda de vista la importancia de promover el parto vaginal como un proceso fisiológico seguro y beneficioso para la madre y el recién nacido cuando no existen riesgos (28).

2.2.7. TIPOS DE CESÁREA

Dentro de la práctica obstétrica, las cesáreas no son procedimientos homogéneos, sino que se clasifican en distintos tipos de acuerdo con el momento de su indicación, la urgencia con que se llevan a cabo y las condiciones clínicas que las motivan. Entre las categorías más reconocidas se encuentran la cesárea electiva y la cesárea de emergencia, cada una con características particulares que las distinguen.

La cesárea electiva se refiere a aquella intervención programada y planificada con antelación. Se realiza antes de que se inicie el trabajo de parto y responde a situaciones en las que, desde la etapa prenatal, ya se ha identificado una condición materna o fetal que impide o contraindica el nacimiento por vía vaginal. Ejemplos de estas situaciones pueden ser la placenta previa central, ciertos casos de desproporción céfalo-pélvica diagnosticada antes del parto, algunas malformaciones fetales, o antecedentes de cesárea complicada que elevan el riesgo de ruptura uterina. También puede indicarse en mujeres hospitalizadas cuya evolución clínica sugiere que la espera pondría en riesgo el bienestar materno o fetal. La cesárea electiva ofrece la ventaja de ser un procedimiento planificado, lo que permite preparar al equipo médico, a la gestante y a su familia, además de reducir complicaciones propias de la urgencia (29).

En contraste, la cesárea de emergencia es aquella que se decide de manera imprevisible, ante la aparición súbita de una condición obstétrica que no permite un margen de espera prolongado. En estos casos, el intervalo entre la indicación y el inicio de la cirugía no debe superar los treinta minutos, puesto que la finalidad es responder con rapidez a situaciones que amenazan la vida de la madre, del feto o de ambos. Entre las causas más frecuentes se encuentran el sufrimiento fetal agudo, el desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, la rotura uterina o la hemorragia obstétrica severa. Aunque la urgencia obliga a una actuación inmediata, siempre se procura respetar los protocolos básicos de seguridad antes de ingresar a la paciente a la sala de operaciones (29).

Ambos tipos de cesárea, la electiva y la de emergencia, ilustran cómo esta intervención quirúrgica puede responder a contextos muy distintos: en un caso, como una medida preventiva y cuidadosamente planificada; en el otro, como una respuesta inmediata frente a una situación crítica. Esta diferenciación es clave para comprender no solo la práctica clínica, sino también los indicadores de salud materna y perinatal, ya que la proporción entre cesáreas programadas y de urgencia refleja, en gran medida, la calidad de la atención obstétrica brindada en cada sistema de salud (29)

2.2.8. INDICACIONES DE CESÁREA

Las indicaciones de la cesárea constituyen un aspecto fundamental de la práctica obstétrica, pues delimitan los escenarios clínicos en los que esta intervención quirúrgica no solo es recomendable, sino en muchos casos imprescindible para preservar la vida y la salud tanto de la madre como del recién nacido. Estas indicaciones se dividen generalmente en absolutas y relativas, según el grado de necesidad y la ausencia o presencia de alternativas seguras al nacimiento quirúrgico.

Las indicaciones absolutas corresponden a aquellas situaciones en las que el parto vaginal está completamente contraindicado, de modo que la única vía segura para culminar el embarazo es la cesárea. En este grupo se incluyen condiciones como la placenta previa, ya sea total o parcial, que impide el paso del feto por el canal del parto y se asocia a

riesgo severo de hemorragia. También se encuentra el acretismo placentario, identificado mediante estudios de imagen como el eco Doppler, que compromete la normal separación de la placenta y hace necesaria la intervención quirúrgica planificada. Las cesáreas previas en dos o más ocasiones, o aquellas en que la cicatriz uterina no cumple criterios de seguridad para un parto vaginal posterior, constituyen igualmente indicaciones absolutas debido al riesgo de ruptura uterina (29).

Otras presentaciones fetales anómalas también se consideran motivos indiscutibles para una cesárea. Tal es el caso de la presentación podálica, especialmente en embarazos gemelares donde el primer feto se encuentra en esa posición, o la presentación de cara en mentopúbica y la presentación de frente en el feto a término, ambas incompatibles con un parto vaginal seguro. De igual modo, el prolapso o procúbito del cordón umbilical representa una urgencia obstétrica en la que la rápida extracción fetal por vía abdominal es vital para evitar la hipoxia y muerte intrauterina.

Existen además condiciones fetales específicas como la macrosomía, es decir, un feto con un peso estimado superior a 4.500 gramos en mujeres sin antecedentes de partos previos con recién nacidos de tamaño similar, lo cual se asocia a un riesgo elevado de traumatismo obstétrico y desproporción céfalo-pélvica. En la misma línea, el sufrimiento fetal agudo sin condiciones para un parto inminente, la incompatibilidad céfalo-pélvica y la situación transversa persistente del feto obligan a realizar una cesárea inmediata. Asimismo, la presencia de infecciones activas de transmisión sexual, como el virus del herpes simple genital, el virus de la hepatitis C o la infección por VIH/SIDA, constituyen indicaciones absolutas en muchos contextos clínicos, debido al riesgo de transmisión vertical durante el parto vaginal. Finalmente, también se incluyen como indicaciones absolutas la presencia de tumores pélvicos obstructivos, antecedentes de cirugía uterina compleja o plastias vaginales, embarazos múltiples de tres o más fetos, embarazos logrados mediante técnicas de reproducción asistida y diversas anomalías fetales graves como hidrocefalia, mielomeningocele,

siameses, gastrosquisis, onfalocele gigante o síndrome de Dandy-Walker (29).

Por otra parte, las indicaciones relativas se refieren a situaciones en las que la cesárea no es absolutamente obligatoria, pero puede ser necesaria dependiendo de la evolución del trabajo de parto, las condiciones maternas y fetales, o la respuesta a intervenciones previas. En este grupo se incluyen casos de sufrimiento fetal agudo, siempre que exista posibilidad de evaluar si el parto vaginal puede resolverse de manera inmediata. También se contemplan ciertas anomalías fetales que, sin ser una contraindicación absoluta para el parto vaginal, pueden hacerlo riesgoso. En los embarazos múltiples, cuando ambos fetos se encuentran en presentación cefálica, la vía vaginal podría ser posible, pero factores como la asimetría pélvica pueden convertir la cesárea en la opción más segura (29).

La desproporción pélvica relativa, diagnosticada tras una prueba de trabajo de parto fallida, representa otra de las indicaciones relativas más frecuentes, así como las distocias de presentación, en las que el feto adopta posiciones anómalas, como el asinclitismo o la presentación transversa persistente, después de un intento de parto vaginal. La rotura prematura de membranas prolongada, cuando supera las 24 horas, y el oligoamnios acompañado de pruebas de bienestar fetal desfavorables, también justifican la indicación de cesárea en determinados escenarios.

Asimismo, existen factores maternos que pueden inclinar la decisión hacia la cirugía. Entre ellos se encuentran condiciones psiquiátricas graves como la psicosis, el retraso mental severo o alteraciones del estado de conciencia que impiden la colaboración activa durante el parto. Del mismo modo, complicaciones como la preeclampsia severa, la eclampsia o el síndrome HELLP, así como enfermedades que comprometen el sistema cardiorrespiratorio, hacen aconsejable recurrir a la cesárea por el alto riesgo de complicaciones. En algunos casos, patologías oftalmológicas como la miopía magna (superior a seis dioptrías) o los antecedentes de desprendimiento de retina también son consideradas como indicaciones relativas, dado que el esfuerzo expulsivo puede comprometer la visión de manera irreversible (29).

En síntesis, las indicaciones de la cesárea, tanto absolutas como relativas, reflejan la diversidad de situaciones clínicas que pueden presentarse en la práctica obstétrica. Mientras que las absolutas constituyen escenarios donde la cirugía es la única alternativa viable para proteger la vida materno-fetal, las relativas suponen un espacio de decisión clínica en el que se valoran los riesgos y beneficios de continuar con el parto vaginal o recurrir a la intervención quirúrgica. Esta diferenciación resulta esencial para garantizar una atención obstétrica segura, racional y adaptada a las necesidades de cada gestante.

2.2.9. TECNICAS OPERATIVAS REALIZADAS EN LA CESÁREA

Las técnicas operatorias empleadas en la cesárea constituyen una secuencia de procedimientos quirúrgicos diseñados para permitir un acceso seguro al útero, la extracción del feto y la placenta, y finalmente el cierre cuidadoso de los tejidos comprometidos. Cada una de estas etapas responde a principios quirúrgicos precisos que buscan reducir al mínimo el riesgo de complicaciones maternas y fetales, al mismo tiempo que garantizan una adecuada recuperación postoperatoria.

La primera fase corresponde a la laparotomía, que es la incisión practicada en la pared abdominal para acceder a la cavidad peritoneal. Entre las diferentes modalidades, la incisión de Pfannenstiel es la más utilizada y aceptada en la práctica obstétrica contemporánea. Esta técnica consiste en realizar una incisión transversal, de aproximadamente 10 centímetros de longitud, ubicada justo por encima del pubis. El corte se efectúa atravesando el tejido celular subcutáneo y la aponeurosis en sentido transversal, para luego continuar con la separación de los músculos rectos abdominales en dirección vertical. Este abordaje ofrece importantes ventajas: resulta estéticamente más aceptable, se asocia con menor dolor postoperatorio y reduce el riesgo de complicaciones herniarias, además de brindar una recuperación funcional más rápida en comparación con las incisiones verticales clásicas. Durante esta fase, el cirujano debe prestar especial atención a la hemostasia de los vasos perforantes, ya que un adecuado control del sangrado es esencial para evitar pérdidas hemáticas significativas. Una vez separados los planos musculares, se identifica el peritoneo parietal

y se ingresa cuidadosamente en la cavidad abdominal, exponiendo el segmento uterino inferior (28).

Superada la laparotomía, se procede a la histerotomía, es decir, la incisión del útero para permitir la extracción fetal. La modalidad más empleada en la actualidad es la incisión transversa baja, debido a que se asocia a menor pérdida sanguínea y ofrece un riesgo reducido de ruptura uterina en embarazos posteriores, en comparación con la incisión corporal vertical utilizada en el pasado. El procedimiento comienza con la apertura del peritoneo visceral, seguido del descenso de la vejiga para evitar lesiones. Posteriormente, se realiza una incisión transversal sobre el segmento uterino inferior hasta exponer las membranas amnióticas. Una vez abierto el amnios, se facilita la extracción fetal, cuyas maniobras varían según el tipo de presentación. En casos de presentación cefálica, la extracción se realiza con relativa facilidad, mientras que en presentaciones podálicas o transversas pueden requerirse maniobras adicionales para la correcta liberación del feto. Esta etapa es crítica, pues combina la rapidez necesaria para garantizar la vitalidad neonatal con la precisión quirúrgica que evita daños en los tejidos uterinos (28).

Finalmente, una vez concluida la extracción del feto y de la placenta, se lleva a cabo la histerorrafia, que consiste en el cierre cuidadoso de la incisión uterina. A lo largo de los años se han propuesto distintas técnicas, aunque la más utilizada es la sutura continua en uno o dos planos, con material reabsorbible como catgut crómico o vicryl número 0 o 1. En algunos casos se emplean suturas con puntos separados e invaginantes, especialmente cuando se busca reforzar la hemostasia o disminuir la tensión sobre los bordes de la herida. El cierre del peritoneo visceral es un paso opcional: algunos cirujanos lo omiten para reducir el tiempo quirúrgico y la formación de adherencias, mientras que otros lo realizan con sutura corrida o con puntos separados, dependiendo de la valoración intraoperatoria. Tras concluir la reparación uterina, se revisa meticulosamente la hemostasia y se inspeccionan los anexos. Se procede luego al cierre por planos: el peritoneo parietal, el afrontamiento de los músculos rectos, el cierre de la aponeurosis y,

finalmente, el tejido celular subcutáneo, que suele aproximarse con sutura reabsorbible en puntos separados. La piel se cierra generalmente con sutura intradérmica continua utilizando material no reabsorbible, el cual se retira entre siete y diez días después de la cirugía (28).

En conjunto, la laparotomía, la histerotomía y la histerorrafia representan los pilares técnicos de la cesárea. La precisión en cada uno de estos pasos determina no solo el éxito inmediato de la intervención, sino también las condiciones de salud materna en el puerperio y la seguridad de futuros embarazos. Por ello, la evolución de las técnicas operatorias en cesárea ha estado marcada por la búsqueda constante de métodos menos invasivos, más seguros y con mejores resultados funcionales y estéticos para la mujer.

2.2.10. FACTORES ASOCIADOS A INDICACIÓN DE CESÁREA

Factores maternos, las enfermedades hipertensivas del embarazo son uno de los principales motivos que conducen a la cesárea. La hipertensión gestacional, que aparece después de la mitad de la gestación, puede resolverse tras el parto, pero también convertirse en una condición persistente que exige vigilancia y, en ocasiones, una interrupción quirúrgica del embarazo. Más grave aún es la preeclampsia, donde a la presión elevada se suma la afectación renal y, en sus formas severas, el riesgo de daño a órganos vitales. En este contexto, la cesárea se vuelve la vía más segura para evitar complicaciones mayores.

La hipertensión crónica preexistente en la mujer, así como la que se complica con preeclampsia durante el embarazo, representan un desafío clínico. Estos casos suelen requerir cesárea programada, pues el riesgo de deterioro súbito tanto para la madre como para el feto es elevado (20).

El antecedente de múltiples cesáreas constituye otro factor decisivo. Con cada intervención quirúrgica previa, la pared uterina acumula cicatrices que, en embarazos posteriores, aumentan la probabilidad de ruptura durante un trabajo de parto. Por ello, las mujeres

con dos o más cesáreas suelen ser candidatas directas a un nuevo procedimiento quirúrgico.

La desproporción céfalo-pélvica es otro motivo clásico: cuando el tamaño de la pelvis materna es insuficiente, o el feto presenta un perímetro cefálico mayor al esperado, el paso por el canal de parto resulta inviable. En estas circunstancias, incluso tras intentos de trabajo de parto, se recurre a la cesárea como medida definitiva (28).

Otras condiciones maternas también conducen a la intervención: embarazos con intervalos cortos tras una cesárea previa, gestaciones que se prolongan más allá de las 42 semanas, intentos fallidos de inducción del parto, infecciones virales como VIH que aumentan el riesgo de transmisión vertical, o la presencia de miomas que obstruyen la salida fetal. En todas estas situaciones, el bisturí reemplaza al parto vaginal como recurso protector.

Factores fetales, Las características del feto pueden obligar a modificar el plan de parto. La macrosomía, definida por un peso fetal superior a los 4 kilos, incrementa el riesgo de lesiones tanto para la madre como para el recién nacido. En especial, la distocia de hombros puede poner en peligro inmediato la vida del bebé, razón por la cual la cesárea es la mejor opción preventiva (28).

El sufrimiento fetal agudo es otra indicación absoluta. Cuando el monitoreo revela alteraciones de la frecuencia cardíaca que sugieren hipoxia o acidosis, no hay margen de espera: la extracción rápida mediante cesárea puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte.

Las presentaciones anómalas, como la posición podálica o transversal, dificultan de manera significativa el parto vaginal. Aunque en algunos casos se intenta la versión externa, la cesárea sigue siendo la vía más segura. Lo mismo ocurre en embarazos múltiples, donde la situación del segundo gemelo o las complicaciones en la dinámica uterina pueden convertir la cirugía en la mejor estrategia (28).

El retardo del crecimiento intrauterino, especialmente cuando se acompaña de alteraciones en los estudios de bienestar fetal, también justifica la intervención, pues el feto se encuentra en condiciones frágiles que no tolerarían un parto prolongado. Incluso en el desafortunado

escenario de un óbito fetal, la cesárea puede ser necesaria cuando hay condiciones que impiden el parto vaginal, como placenta previa o posiciones transversas (28).

Factores ovulares, las membranas y estructuras anexas que envuelven al feto también influyen en la vía del parto. La corioamnionitis, infección de las membranas y la cavidad amniótica, representa un riesgo para ambos y muchas veces conduce a la decisión quirúrgica. De igual modo, la ruptura prematura de membranas antes del inicio del trabajo de parto expone al feto a infecciones y complicaciones, lo que puede precipitar la indicación de cesárea, especialmente si la dinámica uterina no progresa o el bienestar fetal está comprometido (28).

Alteraciones del líquido amniótico, el líquido que rodea al feto es fundamental para su desarrollo y protección. Cuando existe un exceso, conocido como polihidramnios, aumentan las probabilidades de presentaciones anómalas y complicaciones en el trabajo de parto. En cambio, cuando el líquido es escaso, situación denominada oligohidramnios, se compromete el movimiento fetal y la oxigenación, incrementando el riesgo de sufrimiento fetal. En ambos escenarios, la cesárea puede representar la alternativa más prudente (29).

Patologías placentarias, la placenta, órgano vital en la gestación, también puede volverse protagonista de las decisiones quirúrgicas. El acretismo placentario, donde la placenta invade de manera anormal la pared uterina, impide su desprendimiento normal y suele requerir cesárea programada, en ocasiones acompañada de histerectomía (30).

El desprendimiento prematuro de placenta es una de las emergencias obstétricas más graves: la madre puede presentar sangrado intenso, dolor abdominal y alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal. En tales casos, la cesárea inmediata es indispensable para salvar al feto y evitar complicaciones maternas mayores (30).

La placenta previa, en cualquiera de sus formas, es otra indicación absoluta. Cuando la placenta se inserta en el segmento inferior del útero, obstruye parcial o totalmente la salida, imposibilitando el parto vaginal. En sus formas oclusivas, la cesárea es la única vía posible, mientras

que, en casos de sangrado recurrente o cuello desfavorable, la cirugía se convierte igualmente en la opción más segura.

2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES

2.3.1. PARTO POR CESÁREA

Intervención quirúrgica mediante la cual se permite el nacimiento de un feto, junto con la placenta y sus membranas, a través de una incisión en el útero de la madre por vía abdominal (31).

2.3.2. FACTORES MATERNAS

Condiciones o enfermedades de la madre que hacen necesario recurrir a una cesárea.

2.3.3. FACTORES FETALES

Situaciones o patologías relacionadas con el feto que determinan la indicación de una cesárea.

2.3.4. FACTORES OVULARES

Problemas específicos de las membranas ovulares o de la placenta que requieren la realización de una cesárea.

2.3.5. GESTANTE

Mujer que lleva en su útero un feto hasta el momento del parto.

2.4. HIPÓTESIS

2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL

Hi: Existen factores maternos, fetales y ovulares que se asocian significativamente a la indicación de cesárea en gestantes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Tingo María, 2024.

Ho: No existe asociación significativa entre los factores maternos, fetales, ovulares y la indicación de cesárea en gestantes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Tingo María, 2024.

2.5. VARIABLES

2.5.1. VARIABLE INDEPENDIENTE

Factores maternos

Factores fetales

Factores ovulares

2.5.2. VARIABLE DEPENDIENTE

Indicación de Cesárea

2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIONES	TIPO DE VARIABLE	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Factores maternos	Edad		- Edad materna - N° de gestaciones/partos - Antecedentes de cesárea - Patologías previas		
	Paridad				
	Enfermedades				
Factores fetales	Presentación	Variable Independiente	- Presentación fetal - Sufrimiento fetal - Edad gestacional	Nominal	Ficha de Recolección de Datos
	Estado fetal				

Factores ovulares	Líquido amniótico				
			- Oligohidramnios / polihidramnios - Placenta previa - DPPNI - Prolapso de cordón		
	Placenta				
V. 2 Indicación de cesárea	Clínica				
	Obstétrica	Variable Dependiente	- Desproporción céfalo-pélvica - Sufrimiento fetal agudo - Cesárea anterior - Preeclamsiagg	Nominal	Ficha de Recolección de Datos
	Fetal				

CAPITULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

3.1.1. ENFOQUE

El enfoque fue del tipo cuantitativo, la variable fue medida en un nivel numérico y así contribuir en la solución del problema.

3.1.2. ALCANCE O NIVEL

El análisis y alcance de los resultados, el estudio fue de nivel relacional. Según el periodo y secuencia del estudio; el tipo de estudio fue transversal por lo que fueron estudiados las variables en un solo periodo de tiempo; según la planificación de la toma de datos fue retrospectivo, porque los datos que se han obtenido ya fueron registrados y, según el número de variables fue analítico, porque se busca establecer relaciones entre variables.

3.1.3. DISEÑO

La investigación realizada de la investigación es no experimental, de nivel relacional el cual ha seguido el siguiente esquema.



Donde:

M: Muestra en estudio

X: La variable dependiente

Y: Variable independientes

R : Relación probable entre las variables

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. POBLACIÓN

La población estuvo conformada por todas las pacientes post cesareadas que fueron sometidas a cesárea y atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Tingo María durante el año 2024, totalizando 320 casos.

3.2.2. MUESTRA

Se ha empleado un muestreo probabilístico aleatorio simple, ya que se ha tenido acceso a los registros completos de todas las pacientes con cesárea.

Fórmula para el cálculo del tamaño de la muestra (población finita):

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

Donde:

$N = 320$ (tamaño de la población)

$Z = 1.96$ (valor para un 95% de nivel de confianza)

$p = 0.5$ (proporción esperada de éxito)

$q = 0.5$ ($1 - p$)

$d = 0.05$ (margen de error)

Se aplicó un muestreo probabilístico aleatorio simple, considerando un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%. Utilizando la fórmula para poblaciones finitas, se determinó un tamaño de muestra de 175 pacientes post cesareadas.

Esta muestra fue seleccionada aleatoriamente a partir del total de historias clínicas disponibles, garantizando la representatividad y validez de los datos recolectados.

Criterios de inclusión

- Estuvieron incluidas las pacientes que tuvieron parto por cesárea, ya sea electiva o atendida por emergencia durante el periodo de 2024, con indicación obstétrica, materna o fetal.

Criterios de exclusión

- Fueron excluidas las pacientes con las historias clínicas o registro operatorio que tengan la información incompleta sobre la cesárea.
- Se ha excluido a todas las pacientes con enfermedades crónicas, o recomendación de cesárea por otra especialidad

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

La técnica empleada en este estudio fue la revisión documental, debido a que los datos se obtendrán directamente de las historias clínicas de las pacientes post cesareadas.

- **Revisión documental:** Se utilizó para extraer información registrada en las historias clínicas de las pacientes post cesareadas. **(Anexo 2)**

3.3.1. PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Una vez recolectado los datos, se procedió a elaborar una base de datos en SPSS versión 25 y asimismo se utilizó el Excel 2010, del entorno Windows.

3.3.2. PARA LA PRESENTACIÓN DE DATOS

Se llevo a cabo un análisis estadístico descriptivo, presentando las medias y desviaciones estándar para las variables cuantitativas, así como frecuencias y porcentajes para las variables categóricas. Para el análisis bivariado, se empleará la prueba de Chi-cuadrado con el fin de evaluar posibles asociaciones, complementada con el cálculo del Odds Ratio (OR) y sus intervalos de confianza al 95% para determinar el riesgo correspondiente.

3.3.3. PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Para el análisis de los datos, se utilizó la estadística descriptiva a través de promedios, y la información se presentará a través de tablas y gráficos, los cuales se realizarán en el SPSS y EXCEL.

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1. PROCESAMIENTO DE DATOS

4.1.1. VARIABLE: FACTORES MATERNOS

Tabla 1. Factores Socioculturales asociados a la indicación de cesárea en gestantes atendidas en el Hospital Tingo Maria, 2024

FACTORES SOCIOCULTURALES	Frecuencia	Porcentaje
Total	175	100
Edad materna		
12 a 17 años	13	7.4
18 a 29 años	98	56.0
30 a 49 años	64	36.6
Estado civil		
soltera	16	9.1
casada	47	26.9
conviviente	64	36.6
otro	48	27.4
Grado de instrucción		
primaria	28	16.0
secundaria	50	28.6
técnico	51	29.1
superior	46	26.3
Control pre natal		
adecuado (>6 controles)	136	680
inadecuado (<6 controles)	39	195

Fuente. Revision documental (Anexo 02)

De acuerdo a la tabla 1, la mayoría de las gestantes se encuentran en el grupo etareo de 18 a 29 años (56.0%) lo que representa la etapa reproductiva más activa, la condición de conviviente es la más frecuente (36.6%), la mayoría de las gestantes cuenta con un nivel educativo de técnico (29.1%), y una alta proporción de gestantes (77.7%) que tuvieron un control prenatal adecuado.

Tabla 2. Numero de gestaciones de pacientes con indicación de cesárea atendidas en el Hospital Tingo Maria, 2024

	Ítems	Frecuencia	Porcentaje
Número de Gestaciones	Uno	83	47.4
	Dos	79	45.1
	Mayor a 3	13	7.4
	Total	175	100.0

Fuente. Revisión documental (Anexo 02)

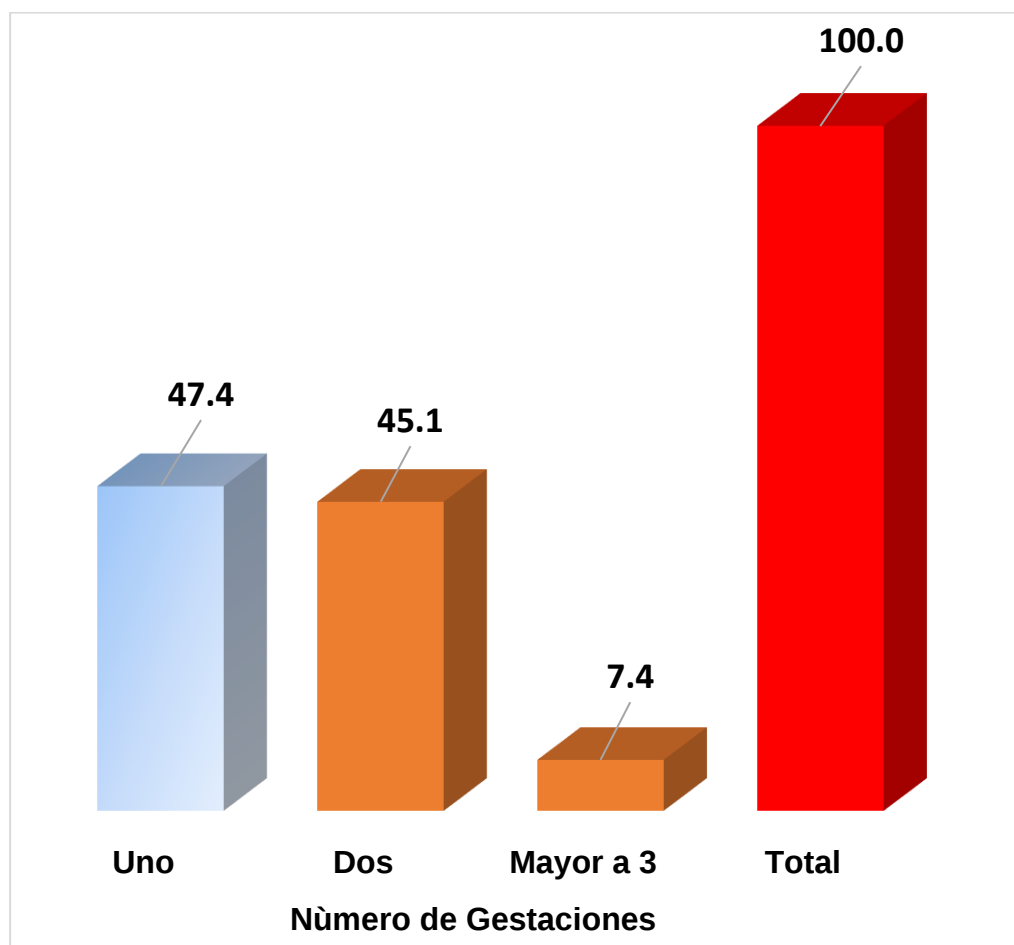


Figura 1. Numero de gestaciones de pacientes con indicación de cesárea atendidas en el Hospital Tingo Maria, 2024

De acuerdo a la tabla 2, la mayoría de las gestantes ha tenido una sola gestación (47.4%), lo que indica una población mayoritariamente primigesta, un 45.1% ha tenido dos gestaciones, lo que representa a gestantes con experiencia previa de embarazo, solo el 7.4% ha tenido más de tres gestaciones, lo que muestra que las gestantes multíparas (de alta paridad) son minoría en esta muestra.

Tabla 3. Numero de partos de pacientes con indicación de cesárea atendidas en el Hospital Tingo Maria, 2024

	Ítems	Frecuencia	Porcentaje
Número de Partos	Uno	85	48.6
	Dos	77	44.0
	> 3	13	7.4
	Total	175	100.0

Fuente. Revisión documental (Anexo 02)

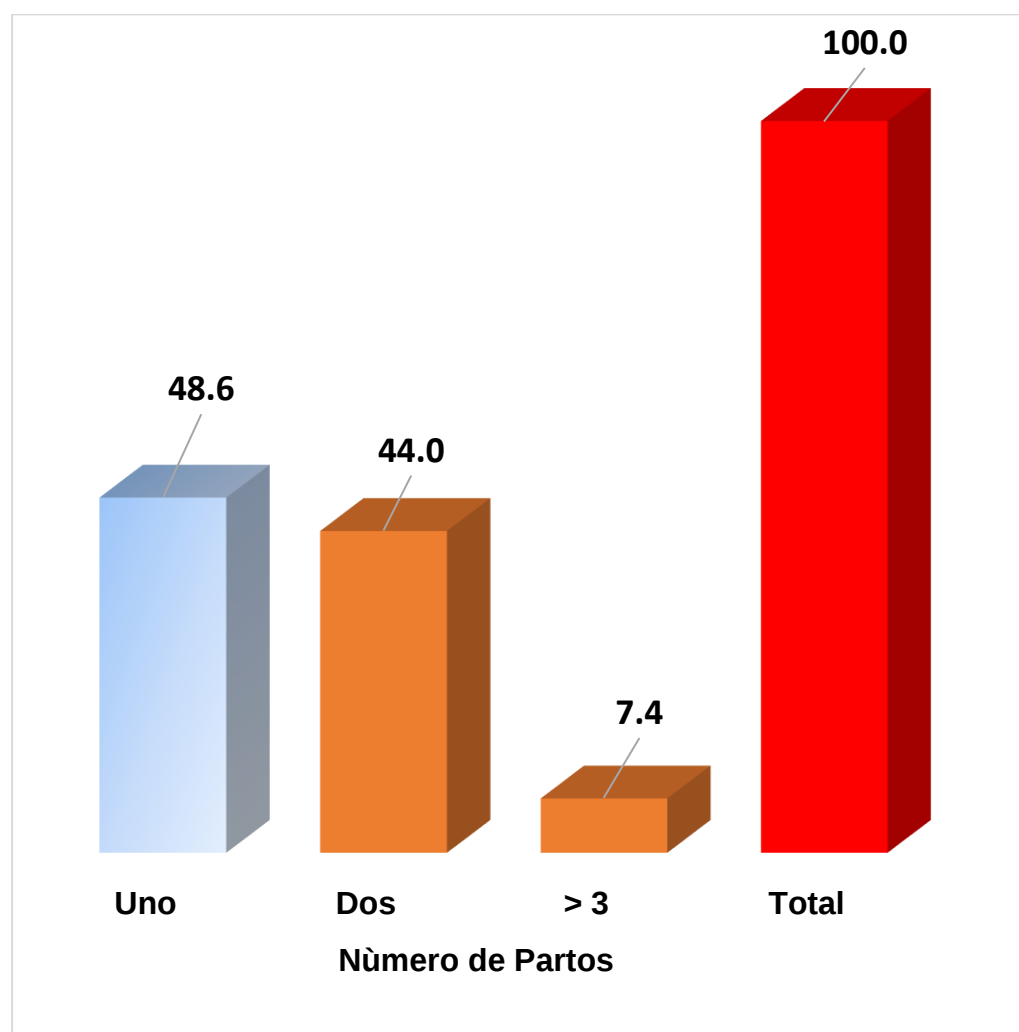


Figura 2. Numero de partos de pacientes con indicación de cesárea atendidas en el Hospital Tingo Maria, 2024

De acuerdo a la tabla 3, la mayoría de gestantes ha tenido un solo parto (48.6%), seguido por aquellas con dos partos (44%), solo un pequeño grupo, el 7.4%, ha tenido más de tres partos, lo que indica una baja proporción de mujeres multíparas.

Tabla 4. Gestantes con antecedentes de Cesárea atendidas en el Hospital Tingo Maria, 2024

	Ítems	Frecuencia	Porcentaje
Antecedentes de Cesárea	SI	36	20.6
	NO	139	79.4
	Total	175	100.0

Fuente. Revisión documental (Anexo 02)

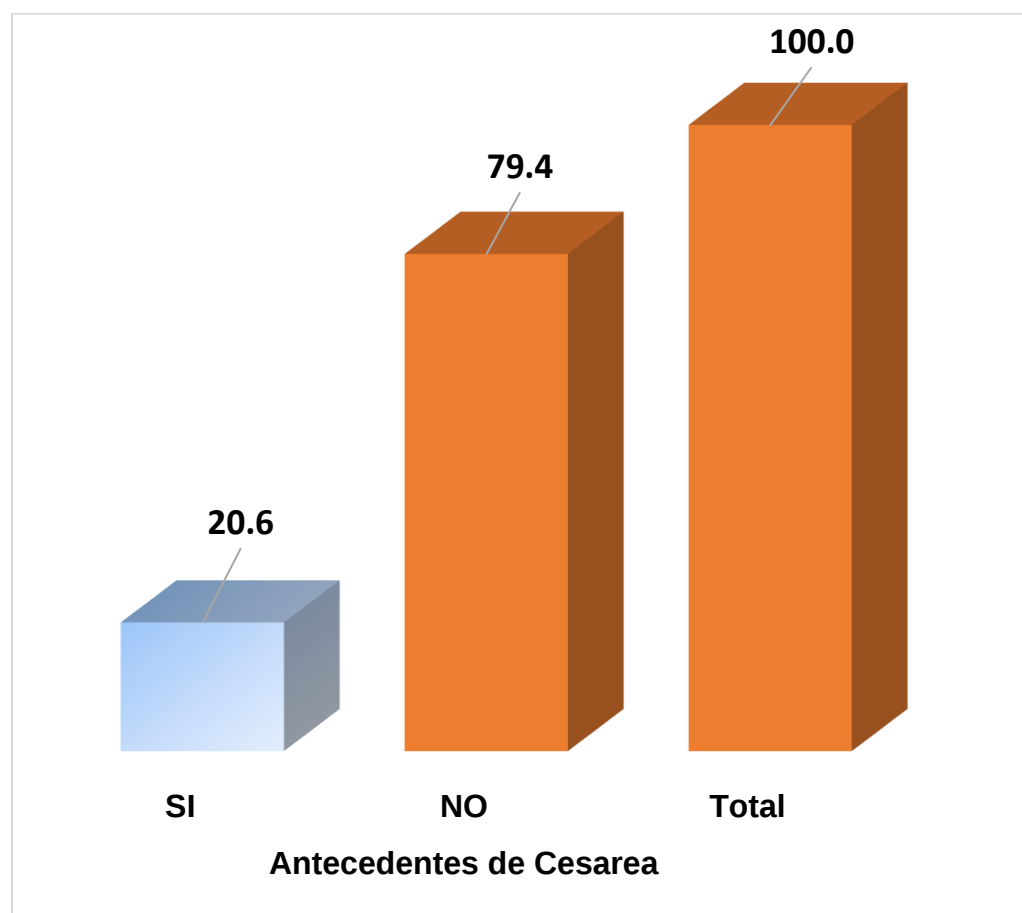


Figura 3. Gestante con antecedentes de Cesárea atendidas en el Hospital Tingo Maria, 2024

De acuerdo a la tabla 4, el 20.6% de las gestantes tiene antecedentes de al menos una cesárea previa, la mayoría, el 79.4%, no ha tenido cesáreas anteriores, lo que indica que son candidatas potenciales a parto vaginal si no hay otras complicaciones.

Tabla 5. Enfermedades maternas preexistentes de pacientes con indicación de cesárea atendidas en el Hospital Tingo Maria, 2024

	Ítems	Frecuencia	Porcentaje
Enfermedades Maternas Preexistentes	HTA	37	21.1
	Diabetes Mellitus	13	7.4
	Anemia	22	12.6
	Otras	56	32.0
	Ninguna	47	26.9
	Total	175	100.0

Fuente. Revisión Documental (Anexo 02)

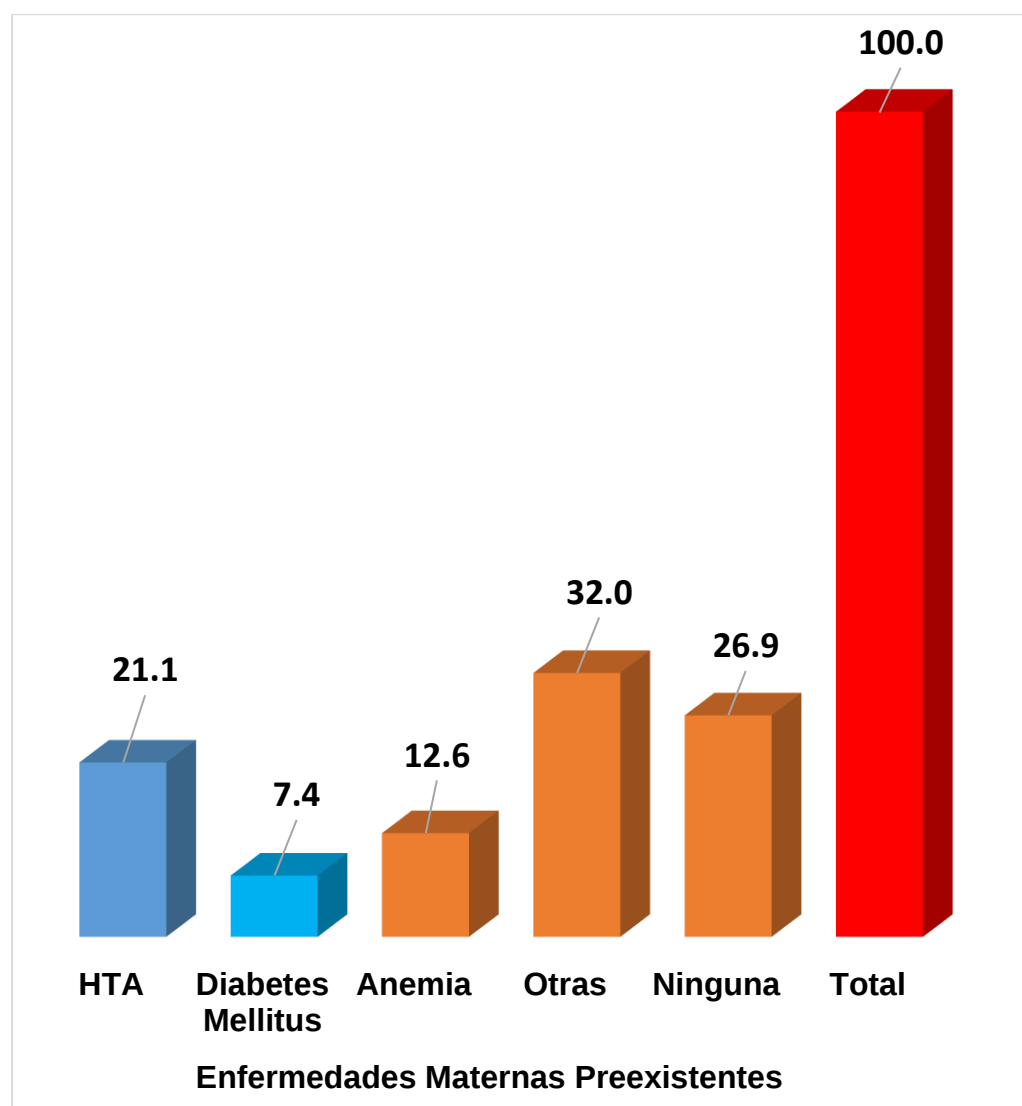


Figura 4. Enfermedades maternas preexistentes de pacientes con indicación de cesárea atendidas en el Hospital Tingo Maria, 2024

De acuerdo a la tabla 5, el 32% de las gestantes presentó otras enfermedades preexistentes, lo que podría incluir patologías como infecciones crónicas, enfermedades autoinmunes, renales, etc, la

hipertensión arterial (HTA) fue la condición específica más frecuente, afectando al 21.1% de las gestantes, la anemia estuvo presente en un 12.6%, lo cual es relevante dado su impacto sobre el desarrollo fetal y el riesgo hemorrágico durante el parto, la diabetes mellitus se presentó en el 7.4% de los casos, condición que suele estar asociada a un mayor riesgo de cesárea por macrosomía o sufrimiento fetal, un 26.9% de las gestantes no presentó ninguna enfermedad preexistente, lo cual representa al grupo de menor riesgo clínico.

4.1.2. VARIABLE: FACTORES FETALES

Tabla 6. Edad gestacional en semanas de pacientes con indicación de cesárea atendidas en el Hospital Tingo Maria, 2024

	Ítems	Nº de Casos	Porcentaje
Edad Gestacional (semanas)	34 a 36	15	8.6
	37 a 40	93	53.1
	41 a mas	67	38.3
	Total	175	100.0

Fuente. Revisión Documental (Anexo 02)

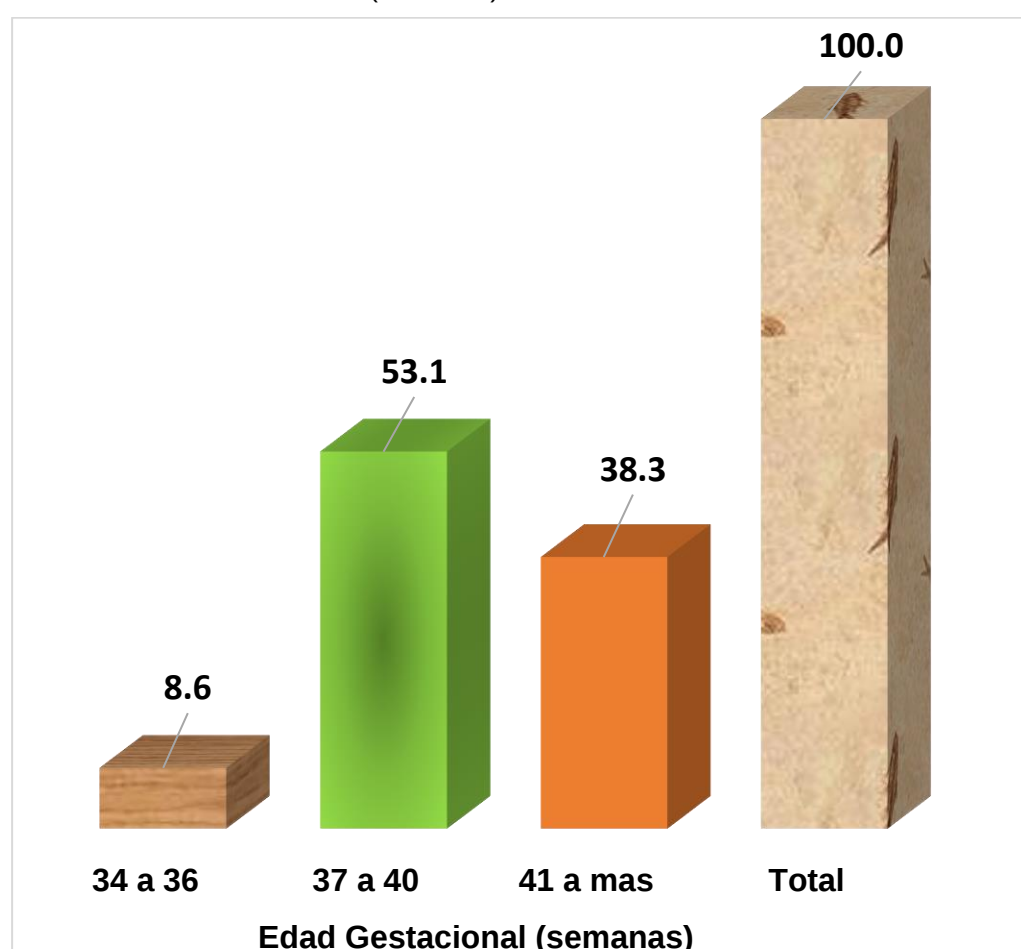


Figura 5. Edad gestacional en semanas de pacientes con indicación de cesárea atendidas en el Hospital Tingo Maria, 2024

De acuerdo a la tabla 6, la mayoría de gestantes (53.1%) tuvo el parto en una edad gestacional dentro del término normal (37 a 40 semanas), lo que indica un curso gestacional adecuado en más de la mitad de los casos, un 38.3% tuvo parto a partir de la semana 41 o más, lo que se considera embarazo postérmino. Este grupo puede tener

mayor riesgo de complicaciones como sufrimiento fetal agudo, líquido amniótico meconial o macrosomía fetal, que suelen ser causas frecuentes de cesárea, el 8.6% tuvo parto entre 34 y 36 semanas, lo que se considera prematuro tardío. Estos casos pueden estar relacionados con patologías maternas o fetales que indicaron la interrupción temprana del embarazo.

Tabla 7. Presentación fetal en pacientes con indicación de cesárea atendidas en el Hospital Tingo Maria, 2024

	Ítems	Nº de Casos	Porcentaje
Presentación Fetal	Cefálica	68	38.9
	Podálica	58	33.1
	Transversa	49	28.0
	Total	175	100.0

Fuente. Revisión Documental (Anexo 02)

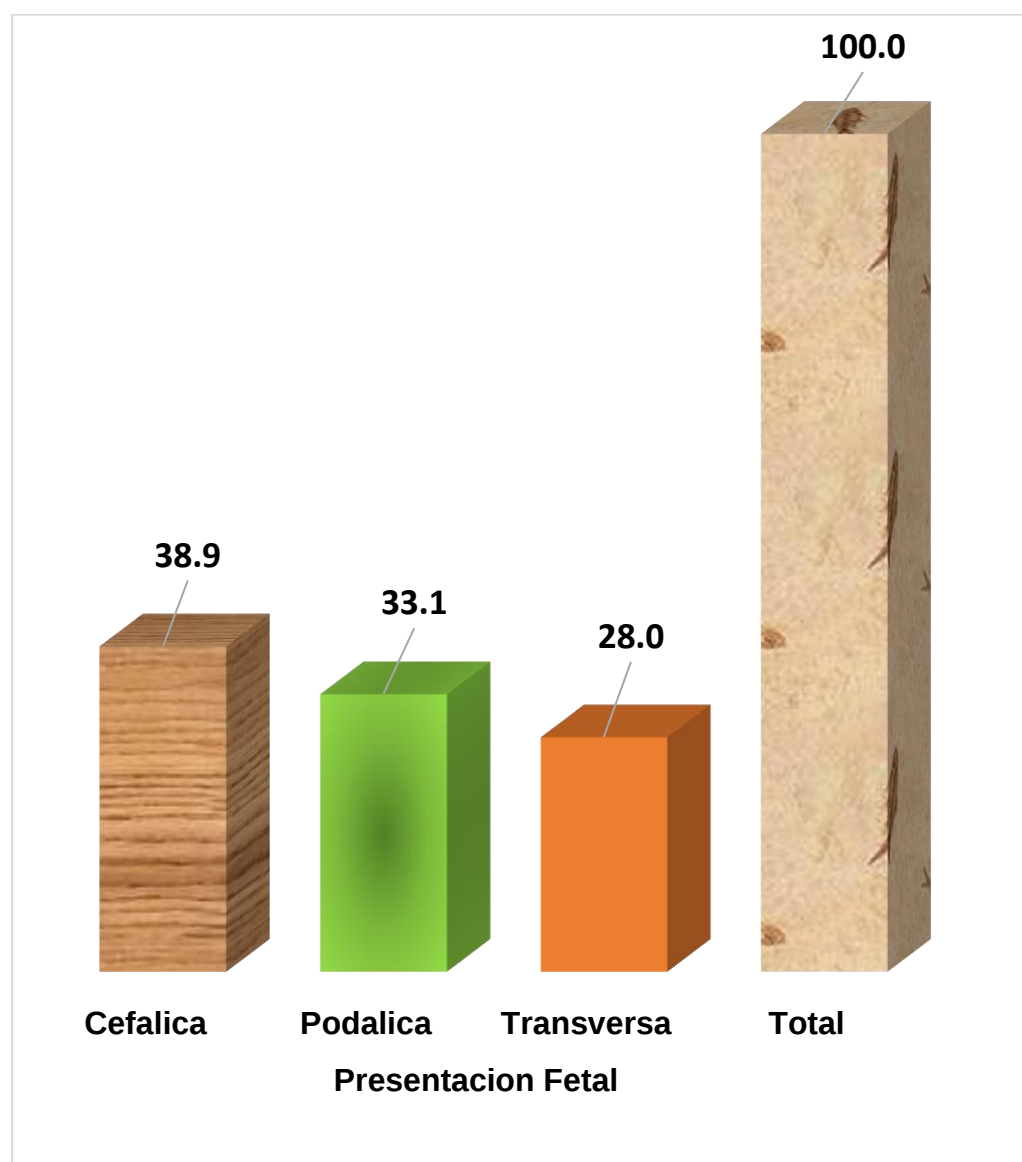


Figura 6. Presentación Fetal en pacientes con indicación de cesárea atendidas en el Hospital Tingo Maria, 2024

De acuerdo a la tabla 7, la presentación cefálica, considerada la presentación fetal normal para parto vaginal, se observó en el 38.9% de

los casos. Aunque es la más frecuente, sigue siendo bastante baja respecto a lo esperado en población general (que suele superar el 90%), la presentación podálica (de nalgas) representó un 33.1%, lo cual es una cifra alta y generalmente está asociada a mayor indicación de cesárea, ya que implica riesgo durante el parto vaginal, la presentación transversa, que impide completamente el parto vaginal, se presentó en el 28% de los casos y suele ser indicación absoluta de cesárea.

Tabla 8. Sufrimiento Fetal Agudo en gestantes con indicación de cesárea atendidas en el Hospital Tingo Maria, 2024

	Ítems	Nº de Casos	Porcentaje
Sufrimiento Fetal Agudo	Si	78	44.6
	No	97	55.4
	Total	175	100.0

Fuente. Revisión Documental (Anexo 02)

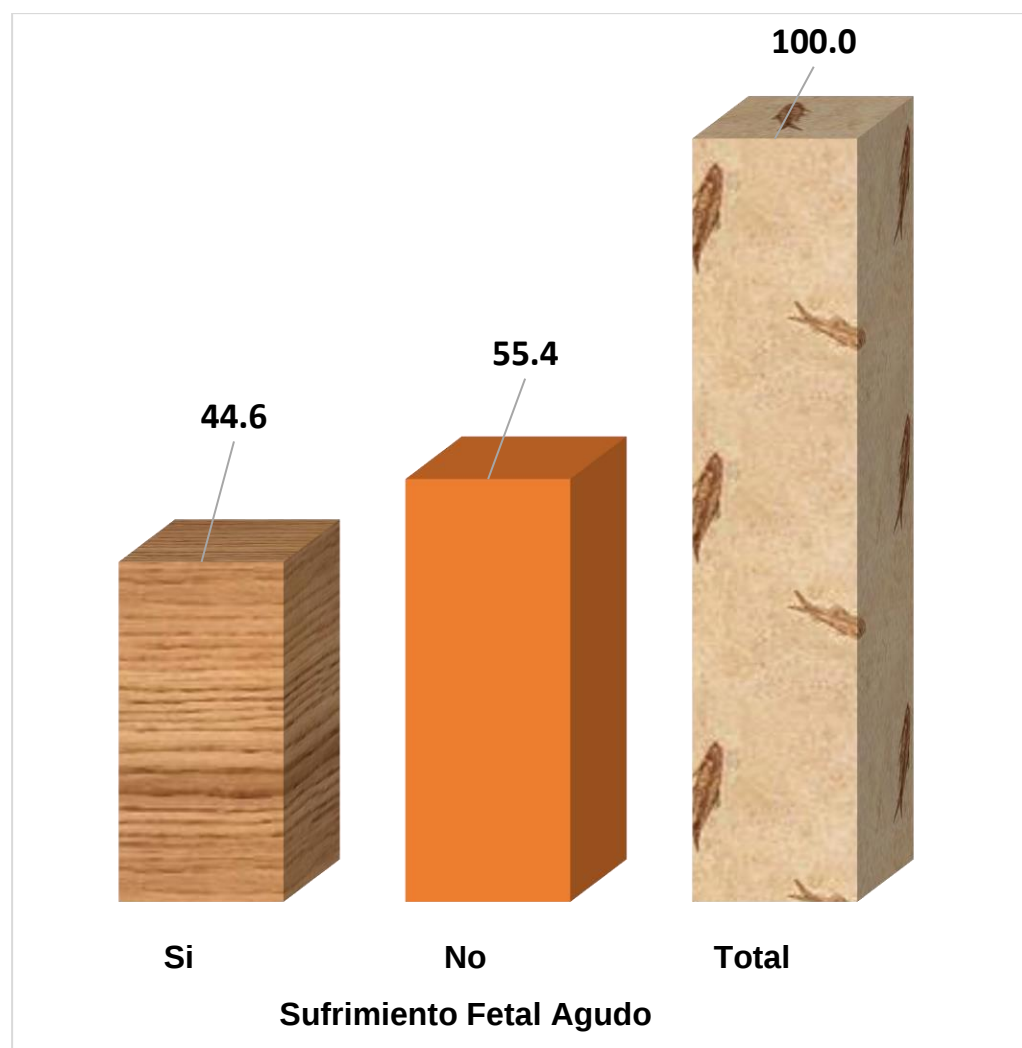


Figura 7. Sufrimiento Fetal Agudo en gestantes con indicación de cesárea atendidas en el Hospital Tingo Maria, 2024

De acuerdo a la tabla 8, el 44.6% de las gestantes presentó sufrimiento fetal agudo (SFA) durante el trabajo de parto. Esta cifra es considerablemente alta y representa casi la mitad de los casos estudiados, el 55.4% no presentó signos de SFA, lo que representa un grupo de evolución fetal normal durante el proceso de parto.

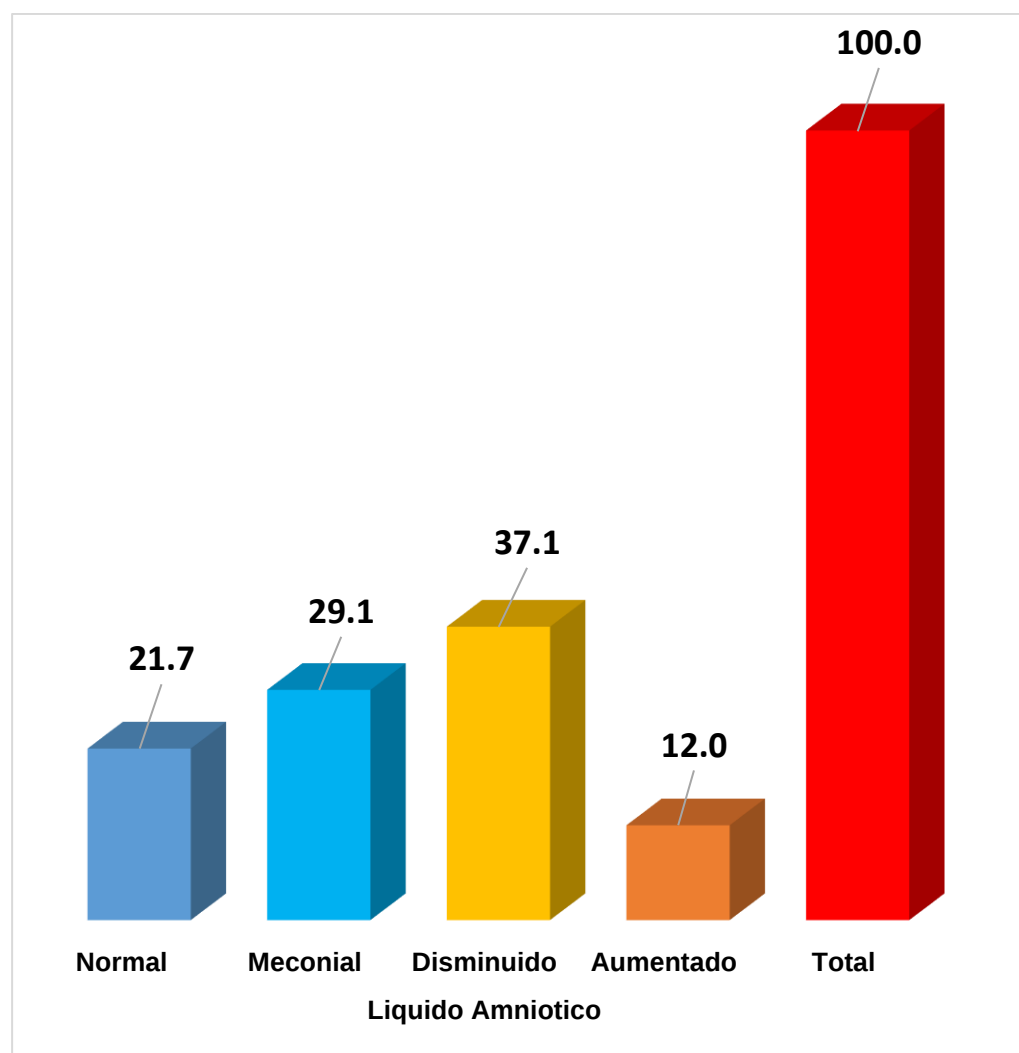
4.1.3. VARIABLE: FACTORES OVULARES

Tabla 09. Características del Líquido Amniótico en gestantes con indicación de cesárea atendidas en el Hospital Tingo Maria, 2024

	Ítems	Frecuencia	Porcentaje
Líquido Amniótico	Normal	38	21.7
	Meconial	51	29.1
	Disminuido	65	37.1
	Aumentado	21	12.0
	Total	175	100.0

Fuente. Revisión Documental (Anexo 02)

Figura 8. Características del Líquido Amniótico en gestantes con indicación de cesárea atendidas en el Hospital Tingo Maria, 2024



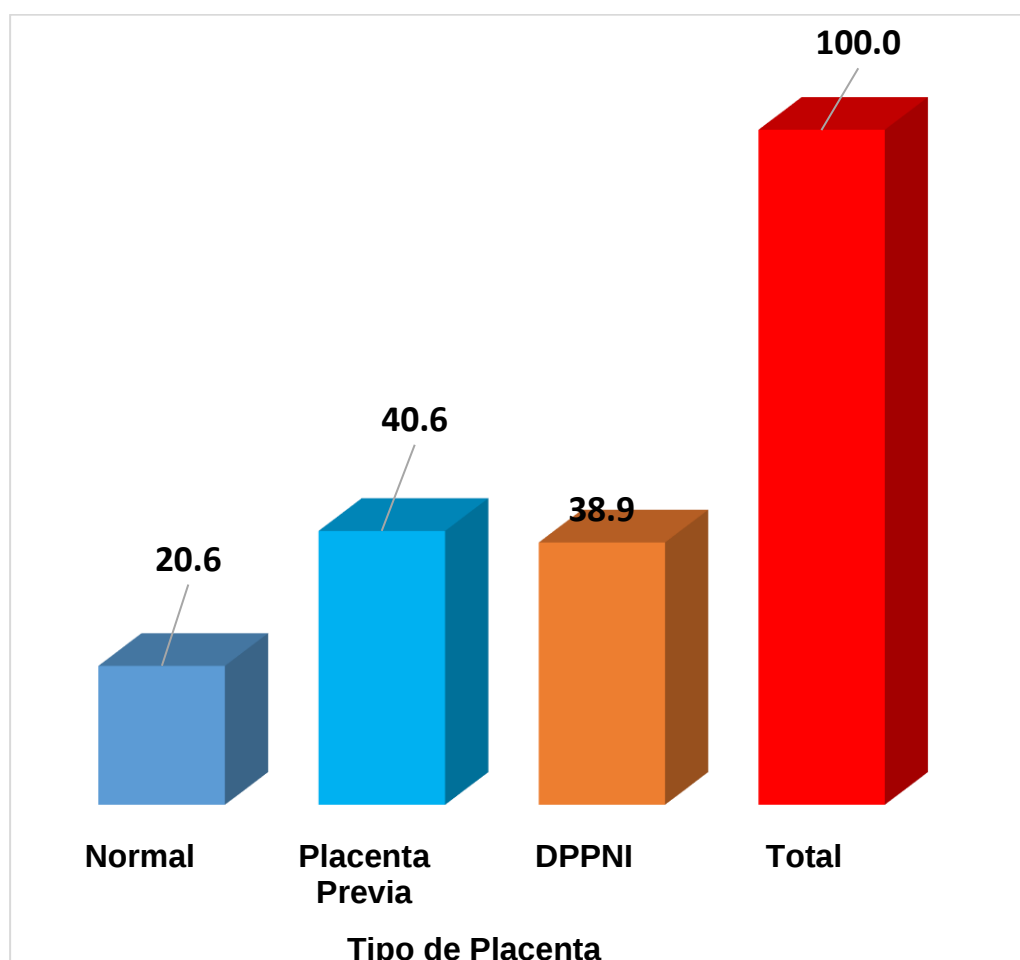
De acuerdo a la tabla 09, solo el 21.7% de las gestantes presentó líquido amniótico normal, lo cual representa un bajo porcentaje y refleja

un perfil clínico con complicaciones, el líquido disminuido (oligoamnios) fue el más frecuente, afectando al 37.1% de los casos. Esta condición puede estar asociada a restricción del crecimiento fetal, insuficiencia placentaria, o embarazo postérmino, el líquido meconial (29.1%) indica sufrimiento fetal crónico o agudo, y es una importante causa de cesárea de emergencia debido al riesgo de aspiración meconial, el aumento del líquido amniótico (polihidramnios), observado en el 12.0%, puede estar relacionado con diabetes gestacional, malformaciones fetales o embarazos múltiples.

Tabla 10. Características del Líquido Amniótico en gestantes con indicación de cesárea atendidas en el Hospital Tingo Maria, 2024

	Ítems	Frecuencia	Porcentaje
Tipo de Placenta	Normal	36	20.6
	Placenta Previa	71	40.6
	DPPNI	68	38.9
	Total	175	100.0

Figura 9. Tipo de Placenta que presentaron las gestantes con indicación de cesárea atendidas en el Hospital Tingo Maria, 2024



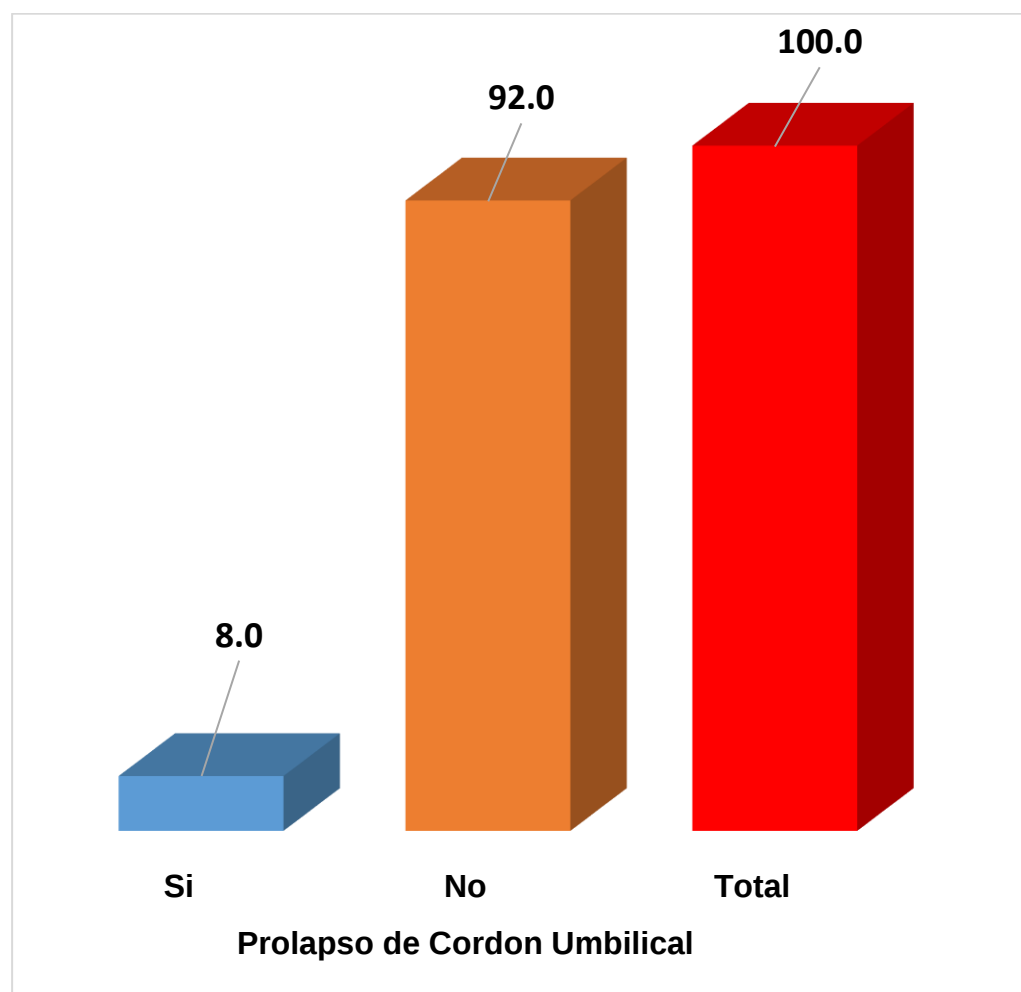
De acuerdo a la tabla 10, el 20.6% de las gestantes presentó una placenta de inserción normal, lo cual indica que la gran mayoría tuvo complicaciones placentarias, la placenta previa fue el diagnóstico más frecuente (40.6%) y representa una indicación absoluta de cesárea, ya que la inserción anómala en el segmento inferior del útero obstruye el canal del parto, el DPPNI (desprendimiento prematuro de placenta

normoinsera), que afecta al 38.9%, es una emergencia obstétrica grave asociada con hemorragia, sufrimiento fetal agudo y necesidad inmediata de cesárea.

Tabla 11. Gestantes con indicación de cesárea que presentaron prolapso de cordón umbilical atendidas en el Hospital Tingo Maria, 2024

	Ítems	Frecuencia	Porcentaje
Prolapso de Cordón Umbilical	Si	14	8.0
	No	161	92.0
	Total	175	100.0

Figura 10. Gestantes con indicación de cesárea que presentaron prolapso de cordón umbilical atendidas en el Hospital Tingo Maria, 2024



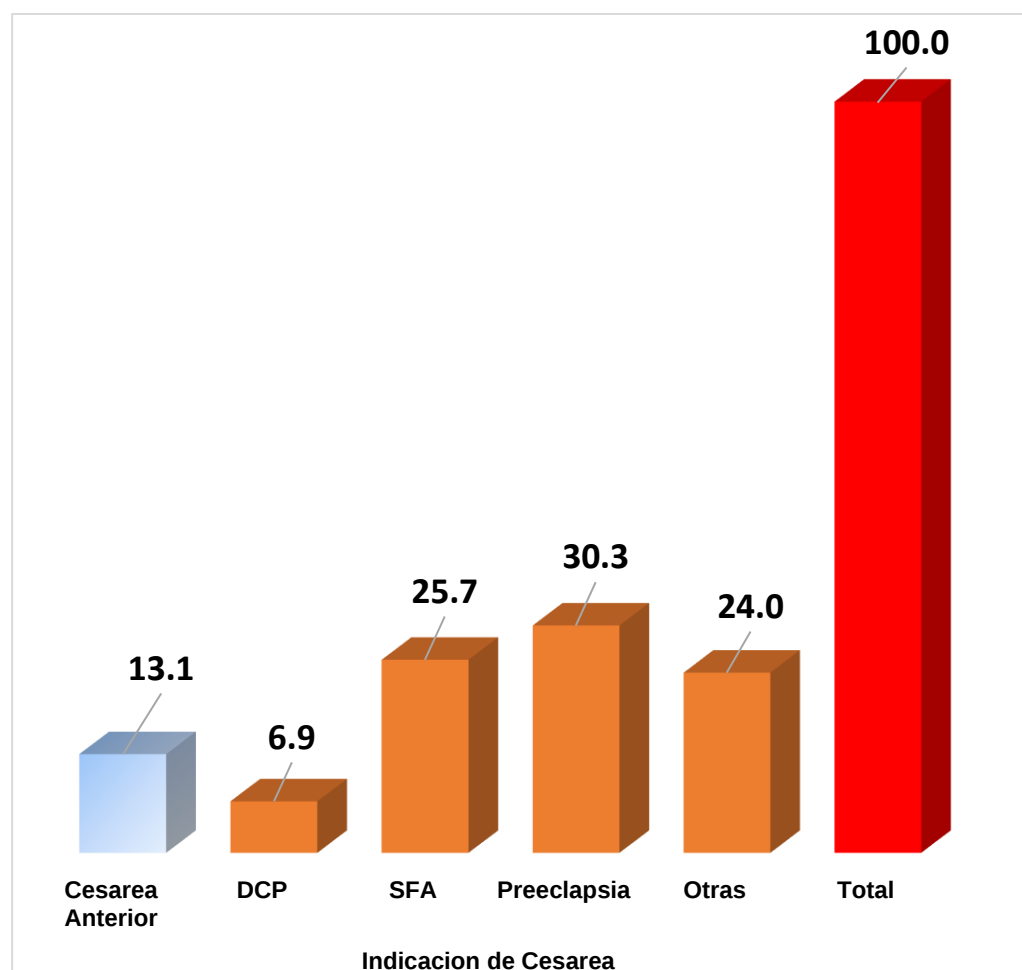
De acuerdo a la tabla 11, el prolapso del cordón umbilical se presentó en el 8.0% de los casos. Aunque su frecuencia es baja, esta condición es crítica y de alta emergencia obstétrica, el 92.0% de las gestantes no presentó esta complicación.

4.1.4. VARIABLE: INDICACIÓN DE CESÁREA

Tabla 12. Indicación de Cesárea en gestantes atendidas en el Hospital Tingo Maria, 2024

	Ítems	Frecuencia	Porcentaje
Indicación de Cesárea	Cesárea Anterior	23	13.1
	DCP	12	6.9
	SFA	45	25.7
	Preeclampsia	53	30.3
	Otras	42	24.0
	Total	175	100.0

Figura 11. Indicación de Cesárea en gestantes atendidas en el Hospital Tingo Maria, 2024



De acuerdo a la tabla 13, la principal indicación de cesárea fue la preeclampsia con un 30.3%, lo que evidencia la alta prevalencia de

complicaciones hipertensivas del embarazo en esta población, le sigue el sufrimiento fetal agudo (SFA) con 25.7%, lo cual coincide con otras variables ya analizadas como líquido meconial, DPPNI o presentaciones anómalas, las otras causas (24.0%) podrían incluir rotura prematura de membranas, infecciones, macrosomía, entre otras condiciones clínicas que deben ser detalladas en el capítulo de discusión, la cesárea anterior representó el 13.1%, lo cual refleja una práctica conservadora ante antecedentes de cirugía uterina, la DCP (desproporción céfalo-pélvica) es la causa menos frecuente (6.9%), posiblemente asociada a primigestas o a diagnósticos clínicos intraparto.

4.2. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS Y PRUEBA DE HIPÓTESIS

Tabla 13. Factores Maternos, Fetales y Ovulares asociados a la indicación de cesárea en gestantes atendidas en el Hospital Tingo Maria, 2024

Variable	Categoría	Tipo de Parto Cesárea n (%)	Tipo de Parto Vaginal n (%)	X ²	p	Asociación
Edad Materna	12–17	12	1	2.9	0.087	No significativa
	18–29	74	24			
	30–49	42	22			
Estado Civil	Soltera	10	6	2.3	0.128	No significativa
	Casada	30	17			
	Conviviente	52	12			
	Otro	36	12			
Grado de Instrucción	Primaria	24	4	2.8	0.105	No significativa
	Secundaria	36	14			
	Técnico	37	14			
	Superior	31	15			
Control Prenatal	Adecuado	95	41	4.5	0.034	Significativa
	Inadecuado	33	6			
Numero de Gestaciones	Uno	62	21	31.1	0	No significativa
	Dos	56	23			
	Mayor a 3	9	4			
Número de Partos	1	75	10	34.2	0	Significativa
	2	48	29			
	>3	5	8			
Antecedente de Cesárea	Sí	36 (100%)	0 (0%)	19.8	0.00006	Significativa
	No	92(66.2%)	47(33.8%)			
Enfermedad Materna Preexistente	HTA	32	5	11.7	0.019	Significativa
	DM	10	3			
	Anemia	19	3			
	Otras	43	13			
	Ninguna	24	23			
Edad Gestacional (semanas)	34–36	15	0	14.1	0.001	Significativa
	37–40	70	23			
	≥41	43	24			
Presentación Fetal	Cefálica	25	43	72.4	0	Significativa
	Podálica	51	7			
	Transversa	49	0			
Sufrimiento Fetal Agudo	Sí	78 (100%)	0 (0%)	38.9	0	Significativa
	No	50(51.5%)	47(48.5%)			
Líquido Amniótico	Normal	11	27	30.5	0	Significativa
	Meconial	46	5			
	Disminuido	57	8			
	Aumentado	14	7			
Tipo de Placenta	Normal	21	15	49.2	0	Significativa
	Previa	71	0			
	DPPNI	36	32			
Prolapso de Cordón Umbilical	Sí	14 (100%)	0 (0%)	7.9	0.005	Significativa
	No	114(70.8%)	47(29.2%)			

Luego de aplicar el análisis estadístico bivariado con la prueba de Chi-cuadrado, se ha demostrado que múltiples factores maternos (antecedente de

cesárea, sufrimiento fetal agudo, preeclampsia), fetales (presentación podálica y transversa, edad gestacional ≥ 41 semanas), y ovulares (placenta previa, DPPNI, líquido amniótico anormal) están significativamente asociados con la vía del parto por cesárea ($p < 0.05$).

Conclusion: La hipótesis general se acepta, dado que existe una relación estadísticamente significativa entre la mayoría de los factores evaluados y la indicación de cesárea.

CAPITULO V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

5.1. PRESENTAR LA CONTRASTACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

En este estudio se observó que el 73,1% de las gestantes atendidas en el Hospital de Tingo María durante el año 2024 fueron sometidas a cesárea. Esta proporción supera ampliamente el rango recomendado por la Organización Mundial de la Salud, que establece una tasa óptima de entre el 10% y el 15%. Este resultado refleja una tendencia similar a la registrada en otros hospitales de referencia tanto en el Perú como en distintos países de América Latina, donde se ha documentado un incremento constante de cesáreas, particularmente en entornos urbanos y en centros hospitalarios de alta capacidad resolutiva (19).

Factores maternos, el antecedente de cesárea se identificó como uno de los factores más relevantes asociados a la vía quirúrgica, observándose que el 100% de las mujeres con cesárea previa repitieron este tipo de parto. Este hallazgo coincide con lo reportado por Valdivia (16), en un estudio realizado en Lima, donde se evidenció que el antecedente de cesárea previa constituye un predictor independiente de una nueva intervención quirúrgica, debido a la preferencia institucional de evitar el riesgo de ruptura uterina durante un trabajo de parto después de cesárea (TPD).

De igual manera, la presencia de preeclampsia y otras comorbilidades maternas, como hipertensión arterial, anemia y diabetes, mostró una asociación significativa con la indicación de cesárea. Estos resultados se alinean con los hallazgos de Lozano (15), en Cusco, quienes señalaron que las enfermedades maternas crónicas o propias del embarazo representan causas clínicas frecuentes para la interrupción del parto por vía quirúrgica, con el fin de prevenir complicaciones perinatales.

Asimismo, el control prenatal insuficiente, definido como menos de seis consultas, se relacionó con una mayor frecuencia de cesáreas. Esta situación refleja que una atención prenatal deficiente dificulta la detección oportuna de factores de riesgo, lo que conduce a decisiones clínicas urgentes al momento del parto, tal como se observa en el estudio de Valdivia en Lima.

Factores fetales, en relación con los factores fetales, la presentación anómala del feto, ya sea podálica o transversa, se identificó como una de las causas más frecuentes de cesárea. Esta situación se considera una indicación absoluta para la intervención quirúrgica, ya sea de manera electiva o de urgencia, debido al alto riesgo de distocia y compromiso fetal, tal como señalan Hana et al (12).

El sufrimiento fetal agudo (SFA) también se presentó como un factor determinante, dado que todos los casos diagnosticados culminaron en cesárea, reafirmando su carácter de urgencia obstétrica. Estudios previos, como el realizado por Suarez (17), evidencian que el SFA constituye una de las causas principales para la realización inmediata de cesáreas.

Asimismo, el prolapso del cordón umbilical, aunque con una frecuencia menor (8%), mostró una asociación significativa con la vía quirúrgica, ya que compromete de manera inmediata la oxigenación fetal y requiere intervención urgente. Este hallazgo coincide con lo descrito por Orozco (11), quien recomienda la cesárea inmediata ante esta complicación para garantizar la seguridad del neonato.

Factores ovulares, en relación con los factores ovulares, el estudio evidenció que las características de la placenta influyeron de manera significativa en la decisión de optar por cesárea. Particularmente, los casos de placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta no insertan (DPPNI) representaron indicaciones absolutas debido al elevado riesgo de hemorragia y la alta morbilidad materno-fetal asociada.

De igual forma, se identificó una asociación relevante entre la cesárea y las alteraciones del líquido amniótico, incluyendo la presencia de meconio, así como niveles disminuidos o excesivos de líquido. Estos hallazgos coinciden con lo descrito por Suarez (17), quien señala que las anomalías en el líquido amniótico son un indicador de posible compromiso fetal, justificando la intervención quirúrgica para prevenir complicaciones neonatales.

Análisis general, los resultados del análisis bivariado mediante la prueba de Chi-cuadrado permitieron confirmar las hipótesis planteadas. La mayoría de los factores maternos, fetales y ovulares evaluados mostraron asociación estadísticamente significativa con la indicación de cesárea. En conjunto, estos hallazgos reflejan que la decisión de realizar cesárea no

obedece a un único factor, sino a una confluencia de condiciones clínicas, obstétricas y anatómicas que requieren una evaluación integral por parte del equipo médico.

CONCLUSIONES

Alta frecuencia de cesáreas

Durante el año 2024, en el Hospital de Tingo María, el 73.1% de las gestantes finalizaron su embarazo mediante cesárea, mientras que únicamente el 26.9% lo hizo por vía vaginal. Estos datos evidencian una marcada preferencia por la intervención quirúrgica, situación que merece un análisis detallado desde los enfoques clínico, institucional y epidemiológico.

Factores maternos significativamente asociados a la cesárea

- ✓ El análisis reveló una asociación estadísticamente significativa entre la realización de cesárea y diversos factores maternos, entre los que destacan:
- ✓ Antecedente de cesárea, presentando una recurrencia del 100%.
- ✓ Presencia de preeclampsia y otras comorbilidades como hipertensión arterial, anemia y diabetes.
- ✓ Número de partos, con mayor incidencia de cesárea en primigestas.
- ✓ Control prenatal insuficiente, definido como menos de seis consultas.
- ✓ Estos resultados subrayan la importancia de fortalecer la atención prenatal, implementar estrategias preventivas en salud materna y garantizar la detección temprana de factores de riesgo que puedan condicionar la vía de parto.

Factores fetales con asociación estadísticamente significativa

- ✓ El análisis identificó una relación significativa entre la cesárea y determinados factores fetales, entre los que se incluyen:
- ✓ Presentación fetal anómala, como podálica o transversa.
- ✓ Prolapso del cordón umbilical.
- ✓ Edad gestacional igual o superior a 41 semanas.
- ✓ Todos estos factores mostraron significancia estadística ($p < 0.05$) y representan situaciones que comprometen directamente la seguridad del feto, justificando de manera clínica la elección de la vía quirúrgica.

Factores ovulares y patología placentera relacionados con la indicación de cesárea

Se encontró una asociación significativa entre la cesárea y ciertas condiciones ovulares y placentarias, entre las cuales destacan: Tipo de

placenta, especialmente en casos de placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta no inducido (DPPNI), alteraciones del líquido amniótico, como la presencia de meconio o disminución del volumen, prolapso del cordón umbilical.

Estas situaciones constituyen indicaciones absolutas o relativas para la cesárea, dado que representan un riesgo elevado de complicaciones materno-fetales y requieren intervención quirúrgica para garantizar la seguridad del feto y la madre.

Afectan el entorno intrauterino del feto y ponen en riesgo su bienestar.

El análisis bivariado realizado mediante la prueba de Chi-cuadrado evidenció que los factores maternos, fetales y ovulares evaluados presentan una asociación estadísticamente significativa con la indicación de cesárea. En consecuencia, se aceptan tanto la hipótesis general como todas las hipótesis específicas del estudio.

Necesidad de estrategias preventivas y de seguimiento: Los hallazgos del estudio subrayan la relevancia de reforzar el control prenatal, optimizar la identificación temprana de factores de riesgo y aplicar protocolos clínicos actualizados. La implementación de estas estrategias contribuirá a disminuir la realización de cesáreas innecesarias y a favorecer mejores resultados maternos y perinatales.

RECOMENDACIONES

1. Fortalecer el control prenatal integral y oportuno: Garantizar que todas las gestantes accedan a un mínimo de seis controles prenatales de calidad, según la normativa del MINSA, permitirá la detección temprana de factores de riesgo maternos, fetales u ovulares, disminuyendo así la necesidad de cesáreas de urgencia.
2. Implementar protocolos clínicos actualizados: Establecer criterios claros para la evaluación y manejo del trabajo de parto, incluyendo situaciones como presentación podálica, macrosomía, sufrimiento fetal agudo y prolapso de cordón, facilitará decisiones basadas en evidencia y reducirá la realización de cesáreas innecesarias.
3. Desarrollar programas de educación prenatal: Dirigidos a gestantes y familias, estos programas deben enfatizar la importancia del parto fisiológico, el reconocimiento de signos de alarma durante el embarazo y la preparación para un parto seguro, especialmente en mujeres con antecedentes de cesárea.
4. Capacitar al personal de salud de manera continua: Mejorar las competencias en manejo de emergencias obstétricas y en la evaluación de indicación de cesárea reforzará la capacidad de determinar cuándo la cesárea es clínicamente justificada y cuándo puede intentarse un parto vaginal seguro.
5. Realizar auditorías periódicas de cesáreas: Analizar casos, brindar retroalimentación y promover discusiones clínicas permitirá mejorar la calidad de la atención, reducir la variabilidad en las decisiones médicas y garantizar que la cesárea se indique únicamente cuando sea estrictamente necesaria.
6. Optimizar el registro clínico y la sistematización de datos: Contar con información perinatal completa y organizada permitirá una vigilancia epidemiológica más efectiva, así como un mejor análisis institucional y planificación de políticas en salud materno-infantil.
7. Fomentar estudios comparativos en otras regiones: Generar evidencia local sobre tasas, causas y factores asociados a la cesárea permitirá desarrollar

estrategias regionales para la reducción de intervenciones quirúrgicas
innecesarias

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bobadilla, L. En torno a las cesáreas en el Perú: ¿solo un problema de cifras? Rev. Peru Ginecol. Obstet. 2017;63(4):659-660.
2. Instituto Nacional de Estadística e Información. Perú. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2020 [Internet]. Perú; 2021 [citado 08 de setiembre de 2021]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1795/
3. Betran AP, Ye J, Moller AB, Souza JP, Zhang J. Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates. BMJ Glob Health. junio de 2021;6(6): e005671. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/352426194_Trends_and_projections_of_caesarean_section_rates_Global_and_regional_estimates.
4. La República.com. En 10% se incrementaron los casos de cesáreas en los últimos 6 años. [Online].; 2015 [cited 2015 febrero 21. Disponible en: <http://www.larepublica.pe/12-05-2014/en-10-6-anos>
5. Faundes A. La evolución histórica de la tasa de la cesárea: de una excepción en la antigüedad a un exceso en la actualidad. Rev. Perú Ginecol Obstet. 2021; 67(1). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2304
6. Euronews. Cesáreas innecesarias en América Latina: ¿cuáles son los países más afectados? Nota de prensa. 2019. Disponible en: <https://es.euronews.com/2019/04/09/cesareas-innecesarias-en-america-latina-cuales-son-los-paises-mas-afectados>
7. Faundes A. La evolución histórica de la tasa de la cesárea: de una excepción en la antigüedad a un exceso en la actualidad. Rev. Peru Ginecol Obstet. 2021; 67(1). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2304
8. Tecnología apropiada para el parto. Lancet 1985, 326:436–437.
9. Gómez H, Fonge Y. Factores predictivos asociados con el parto por cesárea no planificado después de la inducción del trabajo de parto a término combinada con catéter de Foley y misoprostol. American Journal of Obstetrics & Gynecology Supplement to JANUARY 2022. [Consultado

- el 01 de febrero del 2022]. Disponible en:
<https://www.ajog.org/article/S0002-9378>.
10. Fernandes do Prado Ivanete: Factores asociados a la ocurrencia de cesárea en Brasil: 2021
 11. Orozco Gaguancela Nilo Israel: Factores de riesgo asociados a cesárea en mujeres nulíparas. Hospital Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Riobamba, 2020, Riobamba, Ecuador. 2021
 12. Hana L, Semarya L, Jembere D. Incidencia de infección del sitio quirúrgico y factores asociados entre partos por cesárea en hospitales gubernamentales seleccionados en Addis Abeba, Etiopía. *Obstetrics and Gynecology International*. 2020: 2 (9) 2020: 8. [Consultado el 01 de febrero del 2022]. Disponible en:
<https://www.hindawi.com/journals/ogi/2020/9714640/>
 13. Portela Buelvas Katherin: Factores clínicos asociados a parto por cesárea en gestantes adolescentes atendidas en la E.S.E Clínica de Maternidad Rafael Calvo de la ciudad de Cartagena en el año 2019.
 14. Cruzado Rodríguez, Miyuki Isamar. Factores asociados al parto por cesárea en gestantes del Hospital Belén de Trujillo 2022.
 15. Lozano López, Andreina Dona. Factores asociados a la indicación de cesáreas en embarazadas atendidas por el servicio de Ginecoobstetricia del Hospital María Auxiliadora, durante el periodo de octubre del 2020 a abril del 2021. Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano, Facultad de Medicina Hipólito Unanue. Universidad Federico Villarreal. Lima, Perú 2021.
 16. Valdivia De Rossi, Liz Jackeline. Factores maternos asociados al parto por cesárea, en mujeres de 12 a 49 años del Perú, entrevistadas en la endes 2019. Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano, Facultad de Medicina Humana. Universidad Ricardo Palma. Lima, Perú 2021.
 17. Suarez Morón, Gretty Evelyn. Frecuencia, causas, complicaciones y factores asociados de cesáreas injustificadas en el hospital III de Es salud Juliaca en el año 2018. Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano, Facultad de Medicina Humana. Universidad Nacional del Altiplano de Puno. Perú 2021.

18. Sinchitullo-Castillo Ángel E., Roldán-Arbieto Luis, Arango-Ochante Pedro M. Factores asociados a partos por cesárea en un hospital peruano. Rev. Fac. Med. Hum. [Internet]. 2020 jul [citado 2021 Sep. 04]; 20(3): 444-451. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312020000300444&lng=es. <http://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v20i3.3049>.
19. Barrena Neyra Mayra, Quispe Saravia Ildelfonso Pierina, Flores Noriega Mónica, León Rabanal Cristian. Frecuencia e indicaciones del parto por cesárea en un hospital docente de Lima, Perú. Rev. Perú. ginecol. obstet. [Internet]. 2020 abr [citado 2021 ago. 25]; 66(2): 00004. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322020000200004&lng=es. <http://dx.doi.org/10.31403/rpgo.v66i2246>.
20. Soto E. Prevalencia de parto por cesárea en primíparas en el Perú y factores asociados: análisis de la ENDES 2018 [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Medicina Humana; 2020.
21. Espinoza M. “Factores asociados al parto por cesárea en gestantes atendidas en el Hospital de Tingo María, 2022 - Huánuco” [Tesis]. Universidad de Huánuco. Escuela post grado, 2022
22. Flores M. Factors that determine the incidence of caesarean sections in the Tingo María Hospital – Huánuco (thesis to opt for the Master's degree in Public Health and university teaching). University of Huánuco; 2019.
23. Carroli G, Mignini L. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. Cochrane Database Syst Rev. 2016;CD000331.
24. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: WHO; 2018.
25. Rosenstock IM. Historical origins of the Health Belief Model. Health Educ Monogr. 1974;2(4):328–35.
26. Bronfenbrenner U. The Ecology of Human Development. Cambridge: Harvard University Press; 1979.
27. American College of Obstetricians and Gynecologists. (2015). Cesarean birth (C-section). FAQ006. Obtenido el 20 de agosto del 2021 en <https://www.acog.org/womens-health/faqs/cesarean-birth>

28. Operación cesárea [Internet]. Elsevier.es. [citado el 20 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864014706480>
29. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología [Internet]. Lima, 2018. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/uploads/file/Revistas/Guias>.
30. Siles Levy, Osmar. Indicaciones y complicaciones inmediatas de cesáreas realizadas a pacientes que acuden al servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Nuevo Amanecer del municipio de Bilwi durante el período de febrero a Julio del año 2016. [Tesis]. Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Facultad De Ciencias Médicas. Nicaragua, 2018. Disponible en: <https://repositorio.unan.edu.ni/10490/1/99372.pdf>
31. Whitridge Williams J. Parto por cesárea e histerectomía periparto. In: F. Gary Cunningham, Kenneth J. Leveno, Steven L. Bloom, Jodi S. Dashe, Barbara L. Hoffman, Brian M. Casey, Catherine Y. Spong, editor. Williams Obstetricia [Internet]. México: McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES; 2019. p. 567–90. Available from: <https://booksmedicos.org/williams-obstetricia-25a-edicion/>
32. IETSI. Reporte de Evidencias N°1, Recomendaciones para la pertinencia y seguridad de la cesárea. Perú, febrero 2018.
33. Zelada Lázaro, Viviana. Factores Maternos, Fetales y Ovulares asociados a partos por Cesárea en gestantes atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia. Hospital PNP Luis N. Sáenz. Junio 2017 – junio 2018. [Tesis]. Lima: Universidad Ricardo Palma, Facultad De Medicina Humana. Perú, 2019.
34. Zúñiga Monje, Nuria. Factores asociados a la indicación de Cesárea en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna de Enero a diciembre del 2018. [Tesis]. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Medicina Humana. Perú, 2019.
35. Martínez-Salazar G, Grimaldo Valenzuela PM, Vázquez-Peña G, et al. Operación cesárea. Una visión histórica, epidemiológica y ética para disminuir su incidencia. Rev. Med Inst Mex Seguro Soc. 2015;53(5):608-615.

COMO CITAR ESTE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Inga K. Factores asociados a la indicación de cesárea en gestantes atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Tingo María, 2024 [Internet] Huánuco: Universidad de Huánuco; 2025 [Consultado]. Disponible en: <http://...>

ANEXOS

ANEXO 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

FACTORES ASOCIADOS A LA INDICACION DE CESAREA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DE TINGO MARIA, 2024

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES E INDICADORES	POBLACION /MUESTRA	DISEÑO METODOLOGICO	INSTRUMENTOS RECOLECCION DE DATOS
¿Cuáles son los factores asociados a la indicación de cesárea en gestantes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Tingo María 2024?	GENERAL Determinar los factores asociados a la indicación de cesárea en gestantes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Tingo María 2024 ESPECÍFICOS - Identificar la frecuencia de gestantes sometidas a cesárea - Identificar las causas maternas que se asocian a la indicación de cesárea - Determinar los problemas fetales	Ha: Las causas maternas, problemas fetales y ovulares son factores asociados a la indicación de cesárea en gestantes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Tingo María 2024. Ho: Las causas maternas, problemas fetales y ovulares no son factores asociados a la indicación de cesárea en gestantes atendidas en el servicio de Gineco-	Variable Dependiente Indicación de Cesárea Variable Independientes Edad materna Controles Pre Natales Indicaciones maternas de cesárea Indicación fetal de cesárea Indicación ovular de cesárea	Población o Universo La población va estar constituida por todas las pacientes que tuvieron la indicación de cesárea en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Tingo María, 2024. Muestra: La muestra estará conformada por 60 pacientes que fueron sometidas a cesárea entre enero a mayo del 2024.	Tipo de estudio: Observacional retrospectivo transversal y analítico Diseño: Relacional	TÉCNICA: Revisión Documentaria INSTRUMENTO: Ficha de Recolección de Datos

	asociados a la indicación de cesárea • Identificar los problemas ovulares asociados a la indicación de cesárea	Obstetricia del Hospital Tingo María 2024.				
--	--	--	--	--	--	--

ANEXO 2

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Estudio: Factores asociados a la indicación de cesárea en gestantes atendidas en el Hospital de Tingo María, 2024

Tipo de instrumento: Ficha estructurada (registro de datos secundarios)

Unidad de análisis: Historia clínica de gestantes que tuvieron parto por cesárea o parto vaginal

I.- DATOS GENERALES

1 . Código de historia clínica Numérico

2 . Edad materna _____ años

3 . Estado civil a: Soltera b: Conviviente c: Casada d: Otro

4 . Grado de instrucción a: Primaria b: Secundaria c: Técnica d: Superior

5 . Control prenatal a: Adecuado (≥ 6 controles) b: Inadecuado (< 6)

II.- FACTORES MATERNOS

6 . Número de gestaciones _____

7 . Número de partos _____

8 . Antecedente de cesárea a: Sí b: No

9 . Enfermedad materna preexistente

a: Ninguna

b: HTA

c: DM

d: Anemia

e: Otras

III.- FACTORES FETALES

10 . Edad gestacional _____ semanas

11 . Presentación fetal a: Cefálica b: Podálica c: Transversa

12 . Peso fetal estimado (ecografía) _____ gramos

13 . Sufrimiento fetal agudo a: Sí b: No

IV.- FACTORES OVULARES

14 . Líquido amniótico a: Normal b: Meconial c: Disminuido d: Aumentado

15 . Tipo de placenta a: Normal b: Placenta previa c: Desprendimiento prematuro d: placenta

16 . Prolapso de cordón a: Sí b: No

V.- INDICACION DE CESAREA

17. Tipo de parto a: Cesárea b: Parto vaginal

18. Indicación de cesárea (si aplica) a: Cesárea anterior b: DCP c: SFA d: Preeclampsia e: Otras

ANEXO 3

CONSTANCIAS DE VALIDACIÓN



FICHA DE VALIDACION DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION

Título de Investigación:

"FACTORES ASOCIADOS A LA INDICACION DE CESAREA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL
SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DE TINGO MARIA, 2024"

DATOS DEL EXPERTO VALIDADOR

Apellidos nombres : Roddy Villanueva Herrera
 Cargo o institución donde labora : E.E.S.S. BOLAYNA - obstetricia Asistencial
 Nombre del instrumento de Evaluación : Cuestionario
 Teléfono : 984415134
 Lugar y Fecha : UOH - 23/04/24
 Autor del instrumento : Kreilin Detsi Inga pelaez

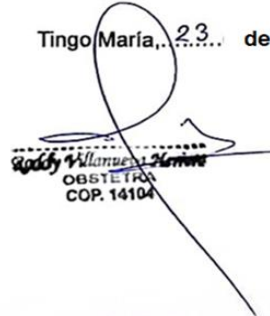
I. ASPECTOS DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS:

INDICADORES	CRITERIOS	VALORACION	
		SI	NO
Claridad	Los indicadores están formulados con un lenguaje apropiado y claro.	✓	
Objetividad	Los indicadores que se están midiendo están expresados en conductas expresables.	✓	
Contextualización	El problema que se esta investigando esta adecuada al avance de la ciencia y tecnología.	✓	
Organización	Los Items guardan un criterio de organización lógica.	✓	
Cobertura	Abarca todos los aspectos en cantidad y calidad.	✓	
Intencionalidad	Sus instrumentos son adecuados para valorar aspectos de las estrategias.	✓	
Consistencia	Sus dimensiones e indicadores est ^{te} teórico científicos. Abril del 2024	✓	
Coherencia	erencia entre los indicadores y las dimensiones de su	✓	
Metologia	La estrategia que se esta utilizando responde al propósito de la investigación.	✓	
Oportunidad	El instrumento será aplicado en el momento oportuno o más adecuado.	✓	

II. OPINIÓN GENERAL DEL EXPERTO ACERCA DE LOS INSTRUMENTOS

III. RECOMENDACIONES

Tingo María, 23 de Abril del 2024


 Roddy Villanueva Herrera
 OBSTETRA
 COP. 14104

FICHA DE VALIDACION DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION

Título de Investigación:

"FACTORES ASOCIADOS A LA INDICACION DE CESAREA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DE TINGO MARIA, 2024"

DATOS DEL EXPERTO VALIDADOR

Apellidos nombres : Yesenia Contreras Joaquin
 Cargo o institución donde labora : HTH - obstetra Asistencial
 Nombre del instrumento de Evaluación : Cuestionario
 Teléfono : 937774188
 Lugar y Fecha : HTH - 23-04-24
 Autor del instrumento : Krellin Deysi Inga pelaez

I. ASPECTOS DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS:

INDICADORES	CRITERIOS	VALORACION	
		SI	NO
Claridad	Los indicadores están formulados con un lenguaje apropiado y claro.	✓	
Objetividad	Los indicadores que se están midiendo están expresados en conductas expresables.	✓	
Contextualización	El problema que se esta investigando esta adecuada al avance de la ciencia y tecnología.	✓	
Organización	Los ítems guardan un criterio de organización lógica.	✓	
Cobertura	Abarca todos los aspectos en cantidad y calidad.	✓	
Intencionalidad	Sus instrumentos son adecuados para valorar aspectos de las estrategias.	✓	
Consistencia	Sus dimensiones e indicadores están basado en aspectos teórico científicos.	✓	
Coherencia	Coherencia entre los indicadores y las dimensiones de su	✓	
Metología	La estrategia que se esta utilizando responde al propósito de la investigación.	✓	
Oportunidad	El instrumento será aplicado en el momento oportuno o más adecuado.	✓	

II. OPINIÓN GENERAL DEL EXPERTO ACERCA DE LOS INSTRUMENTOS

III. RECOMENDACIONES

tingo maria , 23 de abril del 2024


 Yesenia E. Contreras Joaquin
 OBSTETRA
 C.O.P. 31002

FICHA DE VALIDACION DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION

Título de Investigación:

"FACTORES ASOCIADOS A LA INDICACION DE CESAREA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DE TINGO MARIA, 2024"

DATOS DEL EXPERTO VALIDADOR

Apellidos nombres : Ayde Ubaldo Carbajal
 Cargo o institución donde labora : HTH-obstetra Asistencial
 Nombre del instrumento de Evaluación : Cuestionario
 Teléfono : 94 5325429
 Lugar y Fecha : HTH-23/04/24
 Autor del instrumento : Krellin Dersing Pelaez

I. ASPECTOS DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS:

INDICADORES	CRITERIOS	VALORACION	
		SI	NO
Claridad	Los indicadores están formulados con un lenguaje apropiado y claro.	✓	
Objetividad	Los indicadores que se están midiendo están expresados en conductas expresables.	✓	
Contextualización	El problema que se está investigando esta adecuada al avance de la ciencia y tecnología.	✓	
Organización	Los ítems guardan un criterio de organización lógica.	✓	
Cobertura	Abarca todos los aspectos en cantidad y calidad.	✓	
Intencionalidad	Sus instrumentos son adecuados para valorar aspectos de las estrategias.	✓	
Consistencia	Sus dimensiones e indicadores están basado en aspectos teórico científicos.	✓	
Coherencia	Coherencia entre los indicadores y las dimensiones de su	✓	
Metología	La estrategia que se esta utilizando responde al propósito de la investigación.	✓	
Oportunidad	El instrumento será aplicado en el momento oportuno o más adecuado.	✓	

II. OPINIÓN GENERAL DEL EXPERTO ACERCA DE LOS INSTRUMENTOS

III. RECOMENDACIONES

tingo maria, 23 de abril del 2024


 Ayde N. Ubaldo Carbajal
 OBSTETRA
 COP. 38437

ANEXO 4

AUTORIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN Y/O PERSONAS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS



GOBIERNO REGIONAL
HUÁNUCO

HOSPITAL
TINGO MARÍA

UNIDAD DE APOYO A LA
DOCENCIA E INVESTIGACION



"AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACION DE NUESTRA INDEPENDENCIA Y DE LA CONMEMORACION DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNIN Y AYACUCHO"

Tingo Maria, 30 de Setiembre del 2024.

CARTA DE AUTORIZACION N° 0077 - 2024-GRH-GRDS-DIRESA-HTM/UADI.

Srta.

Kreilin Deysi, Inga Pelaez.

Presente.-

ASUNTO : AUTORIZACION PARA EJECUCION DE TRABAJO DE INVESTIGACION.

Por medio del presente me dirijo a usted para saludarle, el motivo de la presente es para comunicarle que mediante proveido N° 0073-2024-GRH-DRSH-HTM da viabilidad a su solicitud, por lo que la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación, **AUTORIZA** la recolección de datos para Trabajo de Investigación, Titulado **"FACTORES ASOCIADOS A LA INDICACION DE CESAREA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DE TINGO MARIA, 2024"**.

Asimismo, deberá contar con su equipo de protección personal a la hora de ingresar a nuestro establecimiento de salud por su seguridad bajo responsabilidad; reportar sus hallazgos de recolección de datos obtenidos al término de su Investigación.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente,

UNION REGIONAL DE SALUD HUÁNUCO
U.S. HOS. TINGO MARIA
Lic. Eny Jhon G. Guevara Laurencio.
Jefe Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación



JZGL/clpc
C.c.Archivo

Reg. Doc.	05177085
Reg. Exp.	03095569

Hospital de Tingo María - Unidad Ejecutora 401