

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



TESIS

**COMPLICACIONES MATERNO FETALES ASOCIADAS A PARTOS
CULMINADOS EN CESÁREA. HOSPITAL DE APOYO CAJABAMBA,
2023**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
OBSTETRA**

Presentado por la bachiller en obstetricia:

MELANY JHENNYT MESTANZA CALDERÓN

Asesora:

M.Cs. Obsta. NANCY NOEMÍ VÁSQUEZ BARDALES

CAJAMARCA- PERÚ

2025

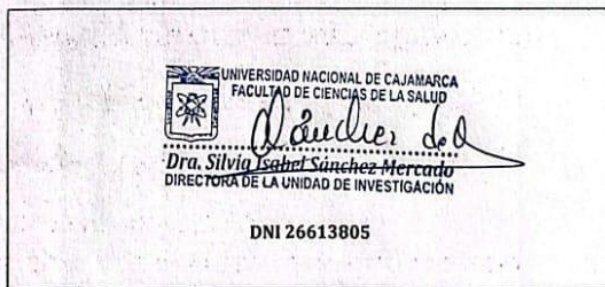


Universidad
Nacional de
Cajamarca
"Núcleo de la Universidad Peruana"

CONSTANCIA DE INFORME DE ORIGINALIDAD

1. Investigador: **Melany Jhennyt Mestanza Calderón**
DNI: **71142524**
Escuela Profesional/Unidad UNC: **ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**
2. Asesor:
Dra. Obstetra NANCY NOEMÍ VÁSQUEZ BARDALES
Facultad/Unidad UNC:
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
3. Grado académico o título profesional al que accede:
☐ Bachiller ☒ Título profesional ☐ Segunda especialidad
☐ Maestro ☐ Doctor
4. Tipo de Investigación:
☒ Tesis ☐ Trabajo de investigación ☐ Trabajo de suficiencia profesional
☐ Trabajo académico
5. Título de Trabajo de Investigación:
**COMPLICACIONES MATERNO FETALES ASOCIADAS A PARTOS CULMINADOS EN CESÁREA.
HOSPITAL DE APOYO CAJABAMBA, 2023**
6. Fecha de evaluación Software antiplagio: **29/10/2025**
7. Software antiplagio: ☒ TURNITIN ☐ URKUND (OURIGINAL) (*)
8. Porcentaje de Informe de Similitud: **9%**
9. Código Documento: **oid:3117:520314056**
10. Resultado de la Evaluación de Similitud:
☒ **APROBADO** ☐ **PARA LEVANTAMIENTO DE OBSERVACIONES O DESAPROBADO**

Cajamarca, 4 de noviembre del 2025



* En caso se realizó la evaluación hasta setiembre de 2023

**Copyright © 2025 by
Melany Jhenny Mestanza Calderón
Todos los derechos reservados**

FICHA CATALOGRÁFICA

Mestanza C. 2025. COMPLICACIONES MATERNO FETALES ASOCIADAS A PARTOS CULMINADOS EN CESÁREA.HOSPITAL DE APOYO CAJABAMBA,2023 /Melany Jhenny Mestanza Calderón/89
ASESORA: M.Cs. Obsta. Nancy Noemí Vásquez Bardales
Disertación para optar por el título profesional de Obstetra UNC 2025



MODALIDAD "A"

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

En Cajamarca, siendo las 8:30 am. del 27 de OCTUBRE del 2025,
los integrantes del Jurado Evaluador para la revisión y sustentación de la tesis,
designados en Consejo de Facultad a propuesta del Departamento Académico,
reunidos en el ambiente 6.E.-205. de la Facultad de Ciencias de la Salud de
la Universidad Nacional de Cajamarca, dan inicio a la sustentación de tesis
denominada:

COMPLICACIONES MATERNO FETALES ASOCIADAS A PARTOS
CULMINADOS EN CESÁREA, HOSPITAL DE APOYO CATA BAMBÁ,
2023.

del (a) Bachiller en Obstetricia:

MELANY JHENNYT MESTANZA CALDERÓN.

Siendo las 10:30 am. del mismo día, se da por finalizado el proceso de
evaluación, el Jurado Evaluador da su veredicto en los siguientes términos:
MUY BUENO, con el calificativo de: 17, con lo cual el (la)
Bachiller en Obstetricia se encuentra APTA para la obtención del
Título Profesional de: **OBSTETRA.**

Miembros Jurado Evaluador Nombres y Apellidos		Firma
Presidente:	Dra. Rebeca Beatriz Aguilar Quiroz	
Secretario(a):	Dra. Rosa del Pilar Uriarte Torres	
Vocal:	MCs. Mercedes Teodora Miranda Rendo	
Accesitaria:		
Asesor (a):	MCs. Nancy Noemí Valsquez Borda les	
Asesor (a):		

Términos de Calificación:
EXCELENTE (19-20)
REGULAR (12-13)

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

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

"Todo lo que se hace por amor, se hace más allá del bien y del mal"
— Friedrich Nietzsche (1886)

DEDICATORIA:

A: Dios; por ser la luz que guió mis pasos y poner en mi camino a cada persona, retos y aprendizajes, le entrego este logro con el corazón lleno de gratitud. Mis amados padres y abuelita, en especial a mi madre, ejemplo de amor, ternura infinita, sacrificio y valentía: todo cuanto soy y logro es por ustedes. Mi mejor amiga, que ahora descansa en el cielo, pero cuya esencia vive en cada recuerdo y en cada uno de mis sueños.

Melany.

AGRADECIMIENTO:

A mis docentes, quienes no solo compartieron su conocimiento, sino también su vocación y su humanidad. Gracias por enseñarme que ser obstetra es más que una profesión: es acompañar vidas, sostener esperanzas y brindar amor en los momentos más sagrados de la existencia. Cada lección ha dejado en mí una huella imborrable.

A mi asesora M.Cs. Obsta. Nancy Noemí Vásquez Bardales por guiarme y apoyarme en este proceso.

Este trabajo de investigación es más que el cierre de una etapa: es el reflejo de mis sueños, luchas y de todas las manos que me sostuvieron en el camino.

Melany.

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
DEDICATORIA:	vii
AGRADECIMIENTO:	viii
ÍNDICE GENERAL	ix
ÍNDICE DE TABLAS	xi
GLOSARIO DE ABREVIATURAS	xii
RESUMEN	xiii
ABSTRACT	xiv
INTRODUCCIÓN	xv
CAPÍTULO I	1
EL PROBLEMA	1
1.1. Definición y delimitación del problema	1
1.2. Formulación del problema	3
1.3. Objetivos	3
1.4. Justificación de la investigación	3
CAPÍTULO II	5
MARCO TEÓRICO	5
2.1. Antecedentes	5
2.2. Bases teóricas	9
2.3. Marco conceptual	24
2.4. Hipótesis	26
2.5. Variables	26
CAPÍTULO III	28
DISEÑO METODOLÓGICO	28

3.1. Diseño y tipo de estudio	28
3.2. Área de estudio y población	29
3.3. Muestra y tipo de muestreo	30
3.4. Unidad de observación.	31
3.5. Criterios de inclusión y exclusión	31
3.6. Consideraciones éticas de la investigación	31
3.7. Procedimientos para la recolección de datos	32
3.8. Técnica e instrumentos de recolección de datos	32
3.9. Descripción del instrumento de recolección de datos.	32
3.10. Validez y confiabilidad	33
3.11. Procesamiento y análisis de datos	34
CAPITULO IV	35
RESULTADOS, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	35
CONCLUSIONES	48
RECOMENDACIONES	49
BIBLIOGRAFÍA	51
ANEXOS	62

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1 Características sociodemográficas de las gestantes cesareadas en el Hospital de Apoyo de Cajabamba, 2023.	35
Tabla 2 Características obstétricas de las gestantes cesareadas en el Hospital de Apoyo de Cajabamba, 2023.	37
Tabla 3 Complicaciones materno fetales en las gestantes cesareadas en el Hospital de Apoyo de Cajabamba, 2023.	39
Tabla 4 Cesárea según el grado de urgencia del Hospital de Apoyo de Cajabamba, 2023.	42
Tabla 5 Asociación entre las complicaciones materno fetales y el tipo de cesárea en las gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo Cajabamba 2023.	43

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

ACOG	: American College of Obstetricians and Gynecologists.
CPR	: Relación cerebro placentaria.
CTG	: Cardiotocografía.
DG	: Diabetes gestacional.
DMG	: Diabetes mellitus gestacional.
DCP	: Desproporción cefalopélvica.
DPP	: Desprendimiento prematuro de placenta.
EGE	: Edad gestacional.
FCF	: Frecuencia cardíaca fetal.
HELLP	: Hemolysis, Elevated Liver enzymes, Low Platelets.
INMP	: Instituto Nacional Materno Perinatal.
IP	: Índice de pulsatilidad.
OR	: Odds Ratio.
PT	: Parto prematuro.
RCIU	: Restricción del crecimiento intrauterino.
RR	: Riesgo relativo.
RPM	: Ruptura prematura de membranas.
THE	: Trastornos hipertensivos del embarazo.
UCIN	: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.
VCE	: Versión cefálica externa.
WAPM-PMF	: Asociación Mundial de Medicina Perinatal y la Fundación de Medicina Perinatal.

RESUMEN

El presente estudio tuvo como **objetivo** determinar la asociación entre complicaciones materno-fetales y el parto por cesárea en una muestra de 197 gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo Cajabamba durante el año 2023. **Materiales y métodos:** enfoque cuantitativo, diseño no experimental, asociativo, transversal y retrospectivo. Se obtuvieron los datos a partir de historias clínicas y se analizó la asociación entre variables mediante la prueba estadística Chi-cuadrado ($p < 0,05$). Los **resultados** evidenciaron que la mayoría de gestantes en su mayoría fueron de 20 a 29 años (37,5 %), el nivel educativo de predominio fue secundaria (46,2 %). Mayormente amas de casa (47,2 %), convivientes (52,3 %) y procedentes de zona urbana (51,3 %). Predominaron multigestas (57,1 %), seguidas de nulíparas (46,4 %). Gran parte inició atención prenatal antes de las 14 semanas (51,8 %), asistió a más de seis controles prenatales (85,1 %), culminó su gestación a término (67,3 %) y sin antecedentes de cesárea previa (67,9 %). Asimismo, las cesáreas no programadas fueron del 58,4%. Encontrándose asociación estadísticamente significativa entre cesárea no programada y RPM ($p = 0,000$), DPP ($p = 0,023$) y pérdida de bienestar fetal ($p = 0,000$). **Conclusión:** las cesáreas programadas tuvieron una asociación significativa con distocias de presentación ($p = 0,026$), ausencia de complicaciones maternas ($p = 0,008$) y fetales ($p = 0,001$). Se evidenció asociación significativa y diferenciada para las cesáreas programadas como no programadas: las no programadas por presencia de complicaciones agudas, mientras que las programadas por factores mecánicos o a un contexto clínico sin complicaciones activas.

Palabras clave: cesárea, cesárea de emergencia, complicaciones del embarazo, factores de riesgo.

ABSTRACT

This study aimed to determine the association between maternal-fetal complications and the type of cesarean section in a sample of 197 pregnant women attended at the Hospital de Apoyo Cajabamba during 2023. A quantitative, non-experimental, associative, and retrospective study was conducted; data were obtained from clinical records and the association between variables was analyzed using the Chi-square statistical test ($p < 0.05$). The results showed that the pregnant women were between 20 and 29 years old (37.5%), had a secondary education level (46.2%), were housewives (47.2%), cohabiting (52.3%), and from an urban area (51.3%). Furthermore, they were characterized as multigravida (57.1%), nulliparous (46.4%), with initiation of ANC < 14 weeks (51.8%), > 6 prenatal check-ups (85.1%), full-term gestational age (67.3%), and without a history of a previous cesarean section (67.9%). There was a predominance of emergency cesarean sections (58.4%). A statistically significant association was identified between emergency cesarean section and premature rupture of membranes ($p = 0.000$), placental abruption ($p = 0.023$), and fetal distress ($p = 0.000$). On the other hand, scheduled cesarean section showed a significant association with presentation dystocia ($p = 0.026$), as well as with the absence of maternal ($p = 0.008$) and fetal ($p = 0.001$) complications. In conclusion, a significant and differentiated association was evidenced: emergency cesarean sections responded to the presence of acute complications, while scheduled procedures were linked to mechanical factors or a clinical context without active complications.

Keywords: cesarean section, emergency cesarean section, pregnancy complications, risk factors.

INTRODUCCIÓN

La cesárea constituye un procedimiento quirúrgico esencial para salvaguardar la salud materna y fetal en contextos de alto riesgo obstétrico. No obstante, su uso ha experimentado un incremento significativo a nivel global, superando ampliamente las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Esta tendencia es particularmente marcada en América Latina y el Caribe, regiones que presentan algunas de las tasas más elevadas del mundo, lo que sugiere una posible sobreutilización del procedimiento. En Perú, esta realidad se replica: el índice de cesáreas ha mostrado un aumento sostenido en los últimos años. En la región de Cajamarca y específicamente en el Hospital de Apoyo de Cajabamba las cifras superan el umbral recomendado, lo que plantea la necesidad de un análisis riguroso de las indicaciones clínicas que justifican su realización.

Dado que la cesárea implica riesgos superiores para la madre y el neonato en comparación con el parto vaginal, la presente investigación se centra en identificar las razones clínicas que motivan su indicación. Los resultados evidenciaron que las gestantes se ubicaron mayoritariamente en el grupo etario de 20 a 29 años (37,5%), con nivel de instrucción secundaria (46,2%), dedicadas al hogar (47,2%), convivientes (52,3%) y residentes en zona urbana (51,3%). Además, se caracterizaron por ser multigestas (57,1%), nulíparas (46,4%), con inicio de atención prenatal antes de las 14 semanas (51,8%), más de seis controles prenatales (85,1%), edad gestacional a término (67,3%) y sin antecedente de cesárea (67,9%).

El análisis clínico reveló que el 58,4% de las cesáreas fueron no programadas, asociándose de manera estadísticamente significativa con ruptura prematura de membranas ($p = 0,000$), desprendimiento prematuro de placenta ($p = 0,023$) y pérdida de bienestar fetal ($p = 0,000$). Por otro lado, las cesáreas programadas mostraron asociación significativa con distocias de presentación ($p = 0,026$), ausencia de complicaciones maternas ($p = 0,008$) y fetales ($p = 0,001$). Estos hallazgos aportan

evidencia relevante sobre las complicaciones obstétricas vinculadas a la intervención quirúrgica, con el objetivo de fortalecer la salud materno-perinatal en la población local.

La información recabada no solo resulta valiosa para la comunidad científica, sino también para el personal de salud del hospital, al facilitar la identificación de factores clínicos asociados a la cesárea y contribuir a la reducción de intervenciones quirúrgicas innecesarias. Asimismo, la investigación aporta elementos para la optimización de recursos, considerando que la cesárea representa un costo económico superior frente al parto vaginal.

La presente investigación se estructura de la siguiente manera:

CAPÍTULO I: planteamiento del problema, justificación, delimitación y objetivos.

CAPÍTULO II: marco teórico, antecedentes, bases teóricas, marco conceptual, definición de términos, hipótesis y operacionalización de variables.

CAPÍTULO III: metodología, diseño, población, muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos y procedimientos de análisis.

CAPÍTULO IV: resultados, discusión, conclusiones, recomendaciones, referencias y anexos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Definición y delimitación del problema

La cesárea es una intervención quirúrgica indicada para reducir riesgos obstétricos elevados; no obstante, conlleva complicaciones sustancialmente mayores a corto y largo plazo en comparación con el parto vaginal (1). En las últimas décadas, su incidencia ha aumentado de manera significativa a nivel global, superando ampliamente los parámetros recomendados por la OMS, que establece una tasa ideal entre el 10% y el 15% del total de nacimientos (2).

En Europa, la tasa promedio se sitúa en torno al 21%, con cifras particularmente elevadas en países como Italia (35%) y España (25%). En Asia, China registra tasas de hasta un 40% (2,3). Esta tendencia se intensifica en América Latina y el Caribe, región que presenta la tasa de cesáreas más alta a nivel mundial (43%) (1,2,4). Brasil lidera este indicador con un promedio nacional del 59%, mientras que en Colombia, Guatemala y México las tasas han oscilado entre el 40% y el 48% (5,6,7).

A nivel nacional, el Perú refleja esta tendencia creciente en la práctica obstétrica. Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar de 2023, la incidencia de cesáreas fue del 38%, lo que representa un incremento sostenido desde el año 2016. Este aumento de 15 puntos porcentuales en menos de una década evidencia una transformación profunda en los patrones de atención del parto. Las regiones de Tumbes y Moquegua presentaron las tasas más elevadas (47%), mientras que Huánuco y Amazonas se mantuvieron por debajo del 21% (8).

Este panorama tiene su réplica en la región Cajamarca, donde la tasa de cesáreas pasó de 13,7% en 2016 a 20,5% en 2022 (8,9). A nivel provincial, Jaén registró la proporción más alta (44%), seguido por Cajamarca (28%) y Cutervo (26%) (10). En este contexto, el Hospital de Apoyo de Cajabamba reportó en el año 2023 una tasa de cesáreas del 25% (n=403), cifra superior a la registrada el año anterior (n=259) y que excede significativamente el umbral máximo recomendado por la OMS.

Si bien la cesárea constituye una intervención quirúrgica indicada ante complicaciones materno fetales que amenazan la salud del binomio madre-hijo, resulta imperativo analizar con rigurosidad sus indicaciones clínicas. Investigaciones previas han identificado como causas frecuentes la ruptura prematura de membranas, la preeclampsia, la diabetes mellitus gestacional, especialmente cuando se asocia a macrosomía, el sufrimiento fetal agudo, la desproporción cefalopélvica y las presentaciones fetales anómalas (11,12,14).

No obstante, esta intervención no está exenta de riesgos. La evidencia científica señala que la mortalidad materna puede ser hasta cinco veces mayor en cesáreas de emergencia en comparación con el parto vaginal (15). Asimismo, se ha documentado un incremento en la morbilidad materna, que incluye infección del sitio quirúrgico, lesiones vesicales, hemorragia posparto y complicaciones en gestaciones futuras, tales como rotura uterina y placenta previa (7,16–20). En el plano neonatal, también se han reportado mayores riesgos de distrés respiratorio y otras patologías con repercusiones a largo plazo (7).

Ante este panorama, fue fundamental determinar las complicaciones materno fetales más frecuentes asociadas a las cesáreas en el Hospital de Apoyo Cajabamba durante el periodo de estudio. Por ello, los hallazgos de este estudio aportan evidencia local esencial para optimizar la práctica clínica, reducir intervenciones innecesarias y contribuir al fortalecimiento de la salud materno-infantil (1).

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la asociación entre las complicaciones materno fetales y los partos culminados por cesárea del Hospital de Apoyo Cajabamba durante el año 2023?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar la asociación entre las complicaciones materno fetales y los partos culminados en cesárea de las gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo Cajabamba durante el año 2023.

1.3.2. Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas de las gestantes.
- Establecer las características obstétricas de las gestantes atendidas por cesárea.
- Identificar las complicaciones materno fetales en las gestantes atendidas por cesárea.
- Determinar el número de partos culminados en cesárea según grado de urgencia.

1.4. Justificación de la investigación

La cesárea representa un procedimiento quirúrgico vital en la atención obstétrica para mitigar riesgos. No obstante, en las últimas décadas, el aumento constante de su uso ha superado considerablemente la tasa máxima del 10% al 15% del total de partos sugerida por la OMS. En el contexto local de Cajamarca, esta tendencia también se evidencia, pues las cesáreas superan el 25% de los nacimientos registrados, lo que sugiere un posible exceso de intervenciones innecesarias. Esta situación podría generar

consecuencias adversas, tanto maternas como perinatales, debido a los riesgos inherentes a una cirugía mayor.

Dada esta problemática, la presente investigación analiza las complicaciones materno-fetales asociadas a los partos por cesárea. Debido a la elevada frecuencia de este procedimiento en el Hospital de Apoyo de Cajabamba, que, según los reportes recientes, excede las recomendaciones de la OMS, este estudio proporciona datos relevantes sobre las complicaciones asociadas a la intervención quirúrgica (cesárea), con el fin de fortalecer la salud materno-perinatal en la población local. Si bien existen investigaciones a nivel nacional sobre este tema, en Cajamarca no se han realizado estudios similares, específicamente en dicho hospital. Esta ausencia de información local precisa constituye una brecha de conocimiento que la presente investigación pretende abordar, en tal sentido, la evidencia recabada no solo es valiosa para la comunidad científica, sino también para el personal de salud del Hospital de Apoyo Cajabamba al facilitar la identificación oportuna de factores obstétricos relacionados con la cesárea con el fin de contribuir a la reducción de intervenciones quirúrgicas innecesarias.

Con este estudio se contará con evidencia que oriente la toma de decisiones clínicas al indicar una cesárea. Asimismo, establece recomendaciones al profesional Obstetra para prevenir intervenciones injustificadas, garantizando y promoviendo la seguridad materno-infantil e impacto positivo en la salud pública local. Esta investigación también contribuye a la optimización de recursos, considerando que la cesárea representa un mayor costo económico al compararlo con el parto vaginal. Finalmente, el estudio aporta un instrumento de recolección de datos, validado y fiable, que podrá ser empleado por la comunidad científica en futuras investigaciones.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes internacionales

Hussein R. y Nasir N. (21) en el año 2025 llevaron a cabo un estudio transversal en Irak con 250 mujeres, con el propósito de examinar la tasa y las indicaciones de las cesáreas. Los resultados revelaron una tasa de cesáreas del 53,6%, con un predominio de las electivas (63,6%). La indicación principal para las electivas fue el antecedente de cesárea previa (75,5%), mientras que en las de emergencia la causa más frecuente fue el sufrimiento fetal (28,6%). Adicionalmente, se identificó una asociación significativa ($p < 0,05$) entre comorbilidades como la hipertensión y la diabetes mellitus y la propensión a una cesárea electiva.

Riyami N. et al. (22) en el año 2023 realizaron un estudio de cohorte retrospectivo en Omán que incluyó 300 mujeres, con el objetivo de comparar las complicaciones maternas y neonatales entre cesáreas de emergencia y electivas. Los hallazgos mostraron que la cesárea previa fue la indicación principal en ambos grupos ($p = 0,002$). No obstante, la pérdida de bienestar fetal (25,3%) y el fracaso del progreso del trabajo de parto (18,7%) fueron las segundas indicaciones más relevantes en las cesáreas de emergencia, mientras que la malpresentación fetal (15,3%) lo fue en el grupo de cesáreas electivas.

Neelofer S. et al. (23) en el año 2023 efectuaron un estudio de caso-control prospectivo en la India con 200 pacientes, con el fin de analizar y comparar los resultados maternos y fetales. Los resultados indicaron que las cesáreas electivas se debieron principalmente

a cesárea previa (73%), desproporción céfalo-pélvica (11%) y malpresentación (9%). Por su parte, las cesáreas de emergencia tuvieron como indicaciones más frecuentes la cesárea previa (33%), el sufrimiento fetal (15%), la preeclampsia (12%) y la ruptura prematura de membranas (RPM) (10%), concluyéndose que estas se asociaron con un número significativamente mayor de complicaciones.

Mohite S. et al. (24) en el año 2022 desarrollaron un estudio prospectivo y comparativo en la India con 600 pacientes, para comparar los resultados feto-maternos de cesáreas programadas versus las de emergencia. Se evidenció una tasa significativamente mayor de complicaciones en las pacientes sometidas a cesáreas de emergencia, cuyas indicaciones más comunes fueron el sufrimiento fetal (24%), la no progresión del trabajo de parto (11,67%) y el fracaso de la inducción (10,33%). En las cesáreas programadas, la cesárea previa (28,67%) fue la indicación principal.

Shwetha N. et al. (25) en el año 2021 ejecutaron un estudio retrospectivo en la India que incluyó 1.432 cesáreas, con el propósito de comparar la frecuencia e indicaciones de las cesáreas de emergencia frente a las electivas. Los resultados evidenciaron una mayor proporción de cesáreas de emergencia (56,15%) sobre las electivas (43,85%). Las indicaciones principales para las emergencias fueron el sufrimiento fetal (31,96%) y el fracaso del progreso del parto (23,88%), mientras que la cesárea previa (64,17%), la desproporción céfalo-pélvica (14,16%) y el oligohidramnios (7,32%) fueron las más frecuentes en las electivas.

Singh N. et al. (26) en el año 2020 realizaron un estudio transversal en la India con 150 mujeres, con el objetivo de identificar las indicaciones y determinantes para la realización de cesáreas. Los resultados mostraron que las indicaciones más frecuentes para cesáreas electivas fueron la cesárea previa (33%) y el sufrimiento fetal (19%), mientras que para las de emergencia, la indicación principal fue el sufrimiento fetal (62%). El estudio concluyó que existía una asociación estadísticamente significativa ($p=0,0001$) entre el antecedente de cesárea previa y la realización de cesáreas electivas.

Abdalmaksod T. e Ibran Z. (27) en el año 2020 llevaron a cabo un estudio retrospectivo en Libia con 600 mujeres, para comparar los resultados maternos y fetales entre cesáreas electivas y de emergencia. Los hallazgos indicaron que las cesáreas electivas se asociaron principalmente con cesárea previa (68,8%) y oligohidramnios (7,1%), mientras que las de emergencia se indicaron mayoritariamente por sufrimiento fetal (34,1%), cesárea previa (18,7%) y fracaso del progreso del parto (16%) ($p < 0,0001$).

2.1.2. Antecedentes nacionales

Talenas E. (28) en el año 2023 ejecutó un estudio analítico, observacional y retrospectivo en Cerro de Pasco con 211 registros, con el propósito de identificar los factores asociados a la cesárea de emergencia. Los resultados mostraron que el antecedente de cesárea ($p=0,000$), la desproporción cefalopélvica ($p=0,024$) y el sufrimiento fetal ($p=0,000$) guardan una relación estadísticamente significativa con la cesárea de emergencia.

Balvin J. (29) en el año 2023 realizó un estudio observacional, retrospectivo y analítico en Huánuco, enfocado en determinar los factores asociados al parto por cesárea. Los resultados indicaron que los factores maternos asociados fueron la desproporción fetopélvica ($p=0,017$) y la preeclampsia severa ($p=0,001$); los factores fetales asociados fueron la situación transversa ($p=0,002$) y la presentación podálica ($p=0,010$); y los factores placentarios significativos fueron la placenta previa ($p=0,041$) y el desprendimiento prematuro de placenta ($p=0,001$).

Gomez M. (30) en el año 2022 llevó a cabo un estudio observacional, analítico y transversal en Lima con 408 gestantes, con el objetivo de identificar los factores asociados a las cesáreas de emergencia. Los resultados mostraron una asociación estadísticamente significativa con los controles prenatales ($p < 0,001$), la preeclampsia ($p < 0,001$), el sufrimiento fetal agudo ($p < 0,001$), el retardo del crecimiento intrauterino ($p < 0,001$) y la edad gestacional pretérmino ($p=0,005$).

Aycaya D. (31) en el año 2022 ejecutó una investigación no experimental, correlacional y retrospectiva en Tacna en 315 gestantes, con el objetivo de determinar los factores asociados a la indicación de cesárea. Los resultados evidenciaron que factores maternos como la cesárea previa ($p=0,000$) y la desproporción cefalopélvica ($p=0,025$); factores fetales como la macrosomía fetal ($p=0,039$) y el sufrimiento fetal agudo ($p=0,045$); y factores ovulares como el oligohidramnios ($p=0,021$) y la RPM ($p=0,006$), se asociaron significativamente con la indicación de cesárea.

Navarro C. (32) en el año 2020 realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal en Lima que incluyó 2.805 casos de cesárea, con el fin de determinar su frecuencia e indicaciones. Los resultados mostraron que el 42,30% de los partos fueron por cesárea, de las cuales 1.461 fueron de emergencia y 1.344 programadas. Los principales factores de indicación identificados fueron el antecedente de cesárea anterior, los partos distócicos, el embarazo gemelar, el sufrimiento fetal agudo y la placenta previa, entre otros.

2.1.3. Antecedentes locales

Herrera B. (19) en el año 2024 llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo **Herrera B.** en Cajamarca que incluyó 187 pacientes, con el objetivo de describir las complicaciones de la cesárea. En este estudio se identificó que las indicaciones preoperatorias más frecuentes fueron la preeclampsia severa (23,6%), la presentación podálica (13,5%), la desproporción cefalopélvica (12,8%), el trabajo de parto disfuncional (12,6%) y el sufrimiento fetal agudo (12,6%), concluyendo que las complicaciones más comunes fueron de tipo hemorrágico (19).

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Complicaciones materno fetales

Afecciones o eventos adversos que surgen durante el embarazo y que ponen en riesgo la salud de la gestante, el feto o ambos. Estas condiciones alteran el desarrollo fisiológico normal de la gestación y a menudo requieren intervenciones médicas específicas para salvaguardar la vida. En situaciones donde el riesgo es alto o inminente, el parto vaginal puede estar contraindicado, lo que convierte a la cesárea en la vía necesaria para finalizar el embarazo.

2.2.1.1. Complicaciones maternas

a. Ruptura prematura de membranas

Se define como la rotura espontánea de las membranas corioamnióticas antes del inicio del trabajo de parto, independientemente de la edad gestacional (33,34). Se estima que la RPM pretérmino (< 37 semanas) complica al 3% de los embarazos, mientras que la RPM a término (\geq 37 semanas) es más frecuente y se presenta entre el 8% y el 10% de los casos (35,36). Al ser una condición de etiología multifactorial, sus factores de riesgo incluyen infecciones del tracto genitourinario, antecedentes de RPM, tabaquismo, polihidramnios e incompetencia cervical (36). Estos factores afectan la resistencia de las membranas y las predisponen a la ruptura antes de que se inicie el trabajo de parto. En condiciones normales, las membranas ovulares deben mantenerse íntegras hasta el parto, ya que cumplen una función protectora contra microorganismos y contribuyen al mantenimiento de la homeostasis del líquido amniótico (36,37).

En casos de gestantes a término con RPM, el 60% inicia el parto dentro de las 24 horas y más del 95% lo hace antes de las 72 horas (38,39). En contraste, la RPM pretérmino tiene como complicación más relevante el parto prematuro, asociado a una elevada morbilidad y mortalidad neonatal. Otras complicaciones incluyen el prolapso del cordón

umbilical, el desprendimiento de placenta, el óbito fetal y afecciones maternas como corioamnionitis y endometritis, las cuales son determinantes para el pronóstico y el manejo clínico (33). Para diagnosticar la RPM, se utilizan métodos como la visualización directa del líquido amniótico, el test de nitrazina, el test de helecho, la valoración ecográfica del volumen de líquido amniótico o tests inmunoquímicos especializados, como AmniSure (40). El manejo clínico de la RPM varía según la edad gestacional y el grado de compromiso materno-fetal, pudiendo requerir hospitalización, antibioticoterapia profiláctica, corticosteroides y, en ciertos casos, la finalización del embarazo por cesárea (37).

La RPM es causa frecuente de cesárea no programada, principalmente por el riesgo de infección materno-fetal, cuya probabilidad aumenta con el tiempo de latencia. Algunas guías, como la del INMP, recomiendan finalizar la gestación cuando la RPM sucede a las 34 semanas, dentro de las 24 horas posteriores al diagnóstico, lo que se ha asociado significativamente con el incremento de las cesáreas (RR: 1,26) (41). En embarazos menores de 24 semanas, hasta el 36,2% concluyen mediante cesárea (42). Además, la pérdida prematura de líquido amniótico puede causar infección intraamniótica, sufrimiento fetal por DPP o compresión del cordón, condiciones que conllevan la realización de una cesárea. Esto se debe a que las anomalías en los patrones de frecuencia cardíaca fetal son más comunes en la RPM (7,9%) que en embarazos con membranas íntegras (1,5%) (43). Asimismo, la muerte fetal complica entre el 1% y el 2% de los casos tratados de manera conservadora (43). Por ello, la RPM exige una vigilancia rigurosa y decisiones clínicas oportunas para reducir las complicaciones maternas y perinatales.

b. Trastornos hipertensivos del embarazo (THE)

Los THE abarcan un espectro de condiciones clínicas que incluyen la hipertensión gestacional, la preeclampsia, la eclampsia, la hipertensión crónica y la preeclampsia sobreagregada a hipertensión crónica (43). Esta patología complica del 5% al 10% de las gestaciones (44) y es responsable del 25% de la mortalidad materna en países en vías de desarrollo y del 16% en países de altos ingresos (45).

Según el ACOG (42), la hipertensión en el embarazo se define como una presión sistólica ≥ 140 mm Hg y/o diastólica ≥ 90 mm Hg en dos mediciones separadas por al menos 4 horas. Se clasifica como severa con valores $\geq 160/110$ mm Hg, y se recomienda verificarla en un lapso de 15 minutos para no retrasar el tratamiento (44).

La preeclampsia se desarrolla después de las 20 semanas de gestación y se presenta con hipertensión, sumada a proteinuria (sin criterios de severidad) o a daño en órganos diana, como trombocitopenia, insuficiencia renal, disfunción hepática, edema pulmonar o síntomas neurológicos (con criterios de severidad). Esta complicación afecta a entre el 2% y el 8% de los embarazos y con frecuencia requiere atención médica de emergencia (44,45,46).

Aunque la fisiopatología de los THE no se comprende por completo, ciertos mecanismos clave están implicados en su desarrollo. Entre ellos, destaca una placentación anormal que conduce a hipoperfusión placentaria y a la subsecuente disfunción endotelial sistémica materna (47). Además, se observan alteraciones hemodinámicas; la hipercoagulabilidad, fisiológica en el embarazo, puede exacerbarse en la preeclampsia debido al aumento en la generación de fibrinógeno y trombina, la disminución de la fibrinólisis, la resistencia a la proteína C activada y la reducción de la proteína S (41). Estas alteraciones favorecen la vasoconstricción, la hipertensión y el compromiso multiorgánico (47).

Entre las complicaciones asociadas se encuentran el síndrome HELLP, la RCIU, el desprendimiento prematuro de placenta, la insuficiencia renal aguda y la muerte fetal, entre otras (43,45). En casos severos de preeclampsia, puede ser necesario finalizar el embarazo mediante una cesárea de emergencia, lo que incrementa el riesgo de prematuridad y bajo peso neonatal (48). Estas condiciones exigen una vigilancia constante y un manejo clínico oportuno.

El manejo de los THE depende de su gravedad y de la edad gestacional. En casos leves, consiste en el control de la presión arterial y la vigilancia ambulatoria. Las formas severas requieren hospitalización, administración de antihipertensivos, sulfato de magnesio y, con frecuencia, la finalización del embarazo, mayoritariamente por vía cesárea (41). Un estudio de Ramos y De Figueiredo evidenció que la tasa de cesáreas en gestantes con THE fue del 60,22%, frente al 31,21% en mujeres sin estos trastornos ($p < 0,001$) (49). Asimismo, se observó mayor frecuencia de prematuridad (21,70%), bajo peso al nacer (24%) y muerte fetal anteparto (1,90%). Aunque la puntuación de Apgar <7 al quinto minuto fue poco frecuente, también se reportó un leve aumento (1,40%) (49). Estos hallazgos refuerzan que los THE son determinantes en la decisión obstétrica, especialmente ante signos de deterioro materno o fetal.

c. Diabetes gestacional

Se define como la hiperglucemia diagnosticada por primera vez durante la gestación y complica hasta al 15% de las embarazadas, usualmente entre las semanas 24 y 28 (50,51). Su fisiopatología se debe a una resistencia progresiva a la insulina, inducida por hormonas del embarazo como la progesterona, el lactógeno placentario humano, la hormona del crecimiento, la prolactina y el estrógeno (50). La DMG incrementa el riesgo de preeclampsia, parto pretérmino, macrosomía fetal y polihidramnios. Las mujeres con DMG tienen un riesgo elevado de parto prematuro (OR: 2,1) y de cesárea (OR: 1,7) (52). Además, en madres con DMG preexistente, la tasa de mortinatos es mayor (OR: 3,67), así como el ingreso a UCIN (OR: 2,21) y la macrosomía (OR: 2,40) (52). También se ha

reportado una mayor frecuencia de hipertensión inducida por el embarazo (36,4%), polihidramnios (27,2%) e infecciones urinarias (39,3%) (52).

Uno de los principales resultados obstétricos relacionados con la DMG es la cesárea, atribuida a complicaciones como la macrosomía, que aumenta el riesgo de distocia de hombros, trauma neonatal y asfixia perinatal. Suwannarat y Punpuckdeekoon reportaron en mujeres con DMG un mayor riesgo de cesárea ($p < 0,001$); la desproporción cefalopélvica fue la principal indicación en ambos grupos, aunque la macrosomía y el fracaso en la inducción fueron más frecuentes en las gestantes con DMG (53). La vía del parto se determina con base en factores como el control glucémico, el peso fetal estimado y la presencia de comorbilidades. Aunque la mayoría de los casos se manejan con dieta y ejercicio, entre un 15% y un 30% requieren tratamiento farmacológico (52). El ACOG sugiere considerar la cesárea electiva cuando el peso fetal estimado supera los 4500 g (53). No obstante, esta decisión debe individualizarse, priorizando la evaluación integral del binomio madre-hijo para prevenir complicaciones y reducir intervenciones innecesarias.

d. Desproporción cefalopélvica

Se define como una condición en la que el tamaño de la cabeza fetal excede la capacidad de la pelvis materna, lo que dificulta o impide el parto vaginal (54). Esta desproporción puede generar un parto obstruido, una situación de alto riesgo para la vida materna y fetal si no se actúa oportunamente (54). La DCP es la causa clínica directa más común de parto obstruido y ocasiona el 8% de las muertes maternas a nivel global (55). Asimismo, constituye una de las razones principales para una cesárea primaria. Los factores de riesgo maternos incluyen estatura baja, pelvis estrecha, obesidad, diabetes mellitus y polihidramnios, mientras que los fetales comprenden macrosomía, hidrocefalia y una edad gestacional >42 semanas (54). En estos casos, el parto suele resolverse por cesárea ante la elevada probabilidad de distocia o sufrimiento fetal secundario a un trabajo de parto prolongado o inefectivo.

Diversos estudios han demostrado que ciertas características materno fetales se asocian con un mayor riesgo de DCP. Por ejemplo, Borsamo et al. encontraron que una disminución de un centímetro en la talla materna triplica el riesgo de DCP, mientras que la diabetes mellitus materna lo eleva 2,8 veces. Del mismo modo, cada gramo adicional en el peso fetal aumenta el riesgo 3,8 veces, y un centímetro adicional en el perímetro cefálico fetal lo duplica (54). Benedicto T. determinó que una circunferencia cefálica fetal $\geq 34,8$ cm se asocia con una alta probabilidad de DCP (sensibilidad: 88%; especificidad: 74%) (56). Wayne et al. describen el arresto del descenso fetal como la interrupción del progreso en el descenso de la presentación fetal durante al menos una hora en la fase activa del trabajo de parto, incluso bajo estimulación con oxitocina. Asimismo, definen el fracaso del descenso como la ausencia total de descenso fetal desde el inicio de la fase activa hasta la dilatación completa. Ambos escenarios se asocian con una alta probabilidad de desproporción cefalopélvica (57).

e. Desprendimiento prematuro de placenta

Es una complicación obstétrica grave que consiste en la separación, total o parcial, de la placenta de su sitio de implantación uterina antes del nacimiento, lo que compromete el intercambio de oxígeno y nutrientes y pone en riesgo la vida materna y fetal (58,59). Clínicamente, se manifiesta mediante la tríada de ginecorragia, dolor abdominal intenso y un monitoreo electrónico fetal alterado. Se estima que complica entre el 0,4% y el 1,0% de los embarazos (60). Los factores de riesgo para el DPP se agrupan en antecedentes médicos, condiciones del embarazo actual y traumatismos; destacan el tabaquismo, el consumo de cocaína, la edad materna >35 años, la hipertensión y los antecedentes de DPP. El riesgo también aumenta con gestaciones múltiples, polihidramnios, descompresión uterina súbita y un cordón umbilical corto (58). El diagnóstico es principalmente clínico, aunque puede apoyarse en la ecografía, la cual no siempre permite visualizar el hematoma retroplacentario (58).

El DPP es una emergencia obstétrica cuya vía de resolución depende de la estabilidad materno-fetal, la edad gestacional y la extensión del desprendimiento. En los casos

moderados a severos, especialmente con pérdida del bienestar fetal, se indica una cesárea inmediata para salvaguardar la vida del feto (58). En situaciones leves o con óbito fetal y sin riesgo materno, puede optarse por el parto vaginal (58). El DPP se asocia con complicaciones como hemorragia posparto, coagulación intravascular diseminada y shock hipovolémico, siendo la cesárea la vía de parto más frecuente. Ngom et al. reportaron que el 79,2% de los casos de DPP culminaron en cesárea, con un peso promedio neonatal de 2058 g. El manejo incluyó transfusiones y cuidados intensivos, realizándose histerectomía en el 6,2% de los casos. Aunque no se registraron muertes maternas, la tasa de mortinatos fue elevada (53,7%) (61). La cesárea, en estos contextos, no solo busca salvar al feto, sino también prevenir desenlaces maternos adversos.

2.2.1.2. Complicaciones fetales

a. Distocias de presentación

Son alteraciones en la posición, situación o actitud fetal que impiden el adecuado descenso por el canal del parto y dificultan el nacimiento por vía vaginal. Se estima que entre el 3% y el 5% de los embarazos únicos a término presentan estas anormalidades, entre las que se incluyen las presentaciones podálica, transversa, oblicua, de cara y de frente. Estas condiciones se asocian a un aumento significativo de complicaciones como trabajo de parto prolongado, pérdida del bienestar fetal y traumatismo obstétrico (43).

La situación axial anómala (transversa, oblicua o inestable) tiene una incidencia del 0,33% a término y del 2% en la semana 32. Factores como la prematuridad, la multiparidad, las anomalías uterinas o fetales y la placentación anómala se asocian con su aparición. Estas situaciones elevan el riesgo de prolapso de cordón, trauma obstétrico y muerte fetal, especialmente si el diagnóstico es tardío. Aunque algunas revierten espontáneamente a presentaciones más favorables, el 45% requieren cesárea, recomendándose realizarla hacia la semana 38 si la versión cefálica externa fracasa (43).

La presentación de cara es una forma rara de distocia que ocurre en aproximadamente 1 de cada 500 nacimientos (0,2%) y se caracteriza por la hiperextensión completa del cuello fetal. Puede asociarse con malformaciones fetales como anencefalia o masas cervicales, así como con pelvis estrecha, presente hasta en el 40% de los casos. Su diagnóstico clínico suele ser tardío y se relaciona con un aumento de la morbilidad perinatal. El desenlace del parto depende de la orientación del mentón: en el 70% al 80% de los casos con mentón anterior es posible el parto vaginal, mientras que las presentaciones con mentón posterior suelen requerir cesárea. Esta vía también se indica si hay macrosomía, sufrimiento fetal o pelvis inadecuada y puede complicarse si la posición fetal exige incisiones uterinas especiales. Además, son frecuentes el parto prolongado y los patrones anormales de frecuencia cardíaca fetal, lo que exige un monitoreo continuo y una decisión quirúrgica oportuna (43).

La presentación de frente representa una actitud intermedia entre la flexión y la extensión del cuello fetal, con una incidencia aproximada de 1 en 1500 partos. Esta distocia se asocia con condiciones como polihidramnios, prematuridad, desproporción cefalopélvica y multiparidad, presentes en más del 60% de los casos. Aunque en algunos embarazos la presentación cambia espontáneamente a vértice o cara, menos del 50% concluye con un parto vaginal exitoso. El trabajo de parto suele ser prolongado (en el 33%-50% de los casos), y la cesárea es la opción preferente, especialmente si la presentación persiste o el feto es grande. Las maniobras manuales o el uso de fórceps están contraindicados debido al alto riesgo de daño fetal. Si bien en ciertos casos con una proporción fetopélvica favorable puede intentarse el parto vaginal, la cesárea representa la vía más segura ante la persistencia de la presentación (43).

La presentación compuesta es una distocia poco frecuente, caracterizada por la aparición simultánea de una extremidad fetal, habitualmente una mano junto con la parte fetal principal (generalmente el vértice). Su incidencia varía entre 1 en 250 y 1 en 1500 partos, y es más común en fetos pequeños o prematuros. Se diagnostica típicamente durante el parto mediante tacto vaginal, aunque hasta el 50% de los casos persistentes no se detectan hasta el período expulsivo. Las complicaciones incluyen prolapso de

cordón (11%-20%) y lesiones en la extremidad fetal. El 75% de las presentaciones vértice-extremidad culminan en parto vaginal espontáneo si no hay signos de sufrimiento fetal. Sin embargo, ante patrones cardiotocográficos no tranquilizadores, detención del parto o prolapso de cordón, está indicada la cesárea, que se requiere en el 2%-25% de los casos (43).

Por otro lado, la presentación de nalgas, que afecta al 4% de los partos a término, puede adoptar una forma pura, completa o incompleta. Está asociada con prematuridad, malformaciones fetales y trastornos genéticos. Aunque el parto vaginal es posible con personal capacitado y en condiciones ideales, entre el 60% y el 80% se resuelven por cesárea. El Term Breech Trial demostró una menor morbilidad perinatal con la cesárea planificada, razón por la cual hoy se prioriza esta vía, especialmente en nalgas no puras o ante signos de compromiso fetal (43).

b. Pérdida de bienestar fetal

Es una condición de riesgo en la que el intercambio materno-fetal se ve alterado, pudiendo progresar rápidamente hacia una alteración de la homeostasis fetal, con consecuencias graves como daño tisular irreversible o muerte perinatal. Se manifiesta clínicamente mediante signos como bradicardia, taquicardia, desaceleraciones tardías, pérdida de la variabilidad de la FCF o presencia de líquido amniótico meconial (62). Esta situación puede presentarse durante el embarazo o el parto y constituye la principal indicación de cesárea de emergencia en la obstetricia moderna.

Para el monitoreo de esta condición, existen diversas pruebas de bienestar fetal, como el conteo de movimientos fetales, la velocimetría Doppler, el perfil biofísico y la cardiotocografía (63). La hipoxia fetal intraparto, causa principal de morbilidad neonatal, es potencialmente prevenible; sin embargo, la interpretación subjetiva de la cardiotocografía puede llevar a intervenciones tardías o innecesarias. Esta inexactitud diagnóstica ha favorecido el aumento de la incidencia de cesáreas, sin una mejora proporcional en los resultados perinatales (64).

En un estudio de Kale et al. sobre 32,338 partos, se encontró que el 40,4% culminaron en cesárea, de las cuales el 11,5% fueron indicadas por sufrimiento fetal. A pesar de esta alta tasa de intervención, el 86,5% de los neonatos presentaron un Apgar ≥ 7 en el primer minuto, y solo el 11,2% requirió ingreso a UCIN. En embarazos de bajo riesgo, el Apgar ≥ 7 se logró en el 93,7%, con una tasa de ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del 2,1% y sin mortalidad perinatal. La presencia de meconio se asoció con una menor puntuación de Apgar y un mayor ingreso a UCIN ($p < 0,001$) (65), lo que refuerza la necesidad de un diagnóstico oportuno y certero.

c. Macrosomía fetal

Es el crecimiento fetal excesivo, definido generalmente por un peso al nacer ≥ 4000 g, aunque algunos autores consideran el umbral de 4500 g, dependiendo del contexto clínico (66). Esta condición representa un riesgo obstétrico considerable por su asociación con complicaciones durante el parto y el puerperio. Se ha reportado que los recién nacidos con pesos entre 4000 y 4499 g tienen mayor probabilidad de sufrir lesiones al nacer, mientras que aquellos que superan los 4500 g presentan un riesgo mucho mayor de distocia de hombros, fracturas óseas, parálisis del plexo braquial y hemorragia posparto (67). La mortalidad fetal intrauterina y la morbilidad asociada a la cesárea también se incrementan significativamente conforme aumenta el peso fetal, alcanzando un punto crítico en neonatos de más de 5000 g (66).

Los factores de riesgo más comunes para la macrosomía abarcan la diabetes mellitus gestacional, una alta ganancia de peso materno, la obesidad materna y el embarazo postérmino. La identificación prenatal de macrosomía se basa en el examen clínico (como una altura uterina mayor a la esperada) y la estimación ecográfica del peso fetal, aunque esta última presenta una sensibilidad limitada (66). La macrosomía se asocia con las cesáreas, sobre todo cuando el parto no progresa (68). Por tanto, el manejo perinatal requiere una evaluación cuidadosa del peso fetal estimado y de las condiciones maternas para reducir los riesgos.

d. Circular de cordón

Complicación en la que el cordón umbilical se enrolla alrededor del cuello fetal una o más veces, aunque también puede rodear otras partes del cuerpo con menor frecuencia (69). Si bien en algunos casos no altera el desenlace perinatal, puede restringir el flujo sanguíneo y la oxigenación, afectando el crecimiento y la tolerancia al trabajo de parto. Se han reportado muertes fetales en las que el único hallazgo patológico ha sido un circular de cordón apretado (70). Su incidencia es del 22%: una vuelta en el 16%, dos en el 3% y tres o más en menos del 1% (71). En el monitoreo intraparto, se asocia con patrones de frecuencia cardíaca fetal no tranquilizadores, como desaceleraciones variables o tardías, lo que incrementa la tasa de cesáreas. Yongqing et al. reportaron una tasa de cesárea del 81% en estos casos, frente al 7,5% en controles ($p < 0,001$), así como una mayor frecuencia de cardiotocografías alteradas (70).

El diagnóstico prenatal se realiza mediante ecografía Doppler desde el segundo trimestre, aunque su detección no siempre predice el impacto clínico, con una sensibilidad diagnóstica del 80,5% y una especificidad del 86,6% (71). Esta patología no es una indicación absoluta de cesárea, ya que muchas gestaciones llegan a término sin complicaciones. Por ello, el manejo debe ser individualizado, basado en el monitoreo continuo del bienestar fetal intraparto para permitir una intervención oportuna en caso de descompensación.

e. Restricción del crecimiento intrauterino

Incapacidad del feto para alcanzar su potencial genético de crecimiento, lo que sitúa su peso por debajo del percentil 10 para la edad gestacional (72,74). Se clasifica en RCIU de inicio temprano (<32 semanas) y tardío (≥ 32 semanas). La forma temprana suele ser más grave y asociarse a alteraciones Doppler de la arteria umbilical, mientras que la tardía, más leve, frecuentemente presenta un Doppler normal (73,74,75). La etiología incluye causas maternas, fetales y placentarias, siendo los trastornos hipertensivos los más comunes (30%-40% de los casos), donde la preeclampsia representa

aproximadamente el 33% (76). La RCIU se asocia con hipoxia crónica, acidosis fetal, alteraciones del neurodesarrollo y un aumento de la morbilidad perinatal (74,75). En contextos de baja complejidad, la medición de la altura uterina se emplea para la sospecha diagnóstica, aunque tiene una especificidad del 87% y una sensibilidad de solo el 58% para detectar pesos fetales por debajo del percentil 10 (74,76,77).

El monitoreo Doppler es esencial para evaluar el estado fetal en la RCIU. Las alteraciones en la onda "a" del ductus venoso, como su inversión, se relacionan con una mortalidad fetal del 40% al 70% (74). En la RCIU tardía, la redistribución del flujo sanguíneo cerebral reflejada por un bajo índice de pulsatilidad (IP) de la arteria cerebral media implica un mayor riesgo de muerte fetal y daño neurológico. El uso del Doppler de la arteria umbilical ha demostrado reducir la mortalidad perinatal (RR: 0,71) (74). Finalmente, Nguyen et al. reportaron que el 68,75% de las gestantes con una relación cerebroplacentaria (CPR) <1 requirieron cesárea de emergencia, frente al 39,65% con CPR >1, lo que confirma su valor predictivo (78). Por tanto, un monitoreo integral y oportuno es clave para reducir los riesgos asociados a la RCIU.

f. Prematuridad

El parto prematuro se define como el inicio de cambios cervicales, como dilatación o borramiento, secundarios a contracciones uterinas regulares que ocurren entre las 20 0/7 y las 36 6/7 semanas de edad gestacional (79). Según el ACOG, puede diagnosticarse en presencia de contracciones regulares y un cérvix dilatado a 2 cm o más antes de las 37 semanas, mientras que la Asociación Mundial de Medicina Perinatal y la Fundación de Medicina Perinatal (WAPM-PMF) sugieren una dilatación de 3 cm para establecer el diagnóstico (79).

Esta condición afecta al 12% de las gestaciones y constituye una de las causas principales de morbilidad neonatal (80). Aproximadamente el 45% de los partos prematuros son espontáneos y se relacionan con complicaciones como sepsis neonatal, enterocolitis necrosante, dificultad respiratoria, hemorragia intraventricular y secuelas a

largo plazo, como parálisis cerebral o trastornos del aprendizaje (80). Entre los factores de riesgo figuran la RPM, la infección intrauterina, el embarazo múltiple, la incompetencia cervical y los antecedentes de parto pretérmino (80).

En el contexto del parto pretérmino, la vía del parto debe individualizarse según la presentación fetal, la edad gestacional, el peso estimado y el estado clínico fetal. Cuando existen condiciones que comprometen la salud materna o fetal, la cesárea puede ser la vía más segura. Saji et al. encontraron que las cesáreas en embarazos prematuros se indicaban principalmente por cesárea previa (31,5%), sufrimiento fetal agudo (30,7%), preeclampsia (8,0%), hemorragia anteparto (7,8%) y presentación anómala (7,6%). En menor proporción, se documentaron placenta acreta (2,7%), embarazo múltiple (2,4%), ruptura prematura de membranas (1,5%) y eclampsia (0,2%) (81). Estos datos reflejan que tanto los antecedentes como las emergencias obstétricas condicionan la indicación de cesárea, especialmente en escenarios pretérmino donde la estabilidad fetal puede estar comprometida. Por tanto, la elección de la vía del parto en estos casos debe basarse en una evaluación clínica integral, orientada a optimizar los resultados perinatales.

2.2.2. Cesárea

2.2.2.1. Definición

La cesárea es un procedimiento quirúrgico que permite extraer el feto, la placenta y las membranas ovulares a través de incisiones en el abdomen (laparotomía) y el útero (histerotomía). Generalmente, está indicada ante riesgos para la salud materna o fetal. La guía del Instituto Nacional Materno Perinatal define la cesárea como todo nacimiento por esta vía de un feto vivo o muerto, con una edad gestacional mínima de 22 semanas. Aunque esta práctica ha sido fundamental para disminuir la morbilidad materno-perinatal en situaciones de riesgo, su empleo injustificado ha generado un aumento de su prevalencia que excede las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (82,83).

2.2.2.2. Clasificación

La cesárea puede clasificarse de diversas maneras, según tipo de incisión, número de intervenciones previas o grado de urgencia. Para esta investigación, solo se tomó en cuenta la clasificación por grado de urgencia, esta distingue dos tipos principales:

- **Cesárea programada:** se realiza cuando existe una indicación clínica identificada antes del inicio del trabajo de parto, ya sea de origen materno o fetal. Esta decisión suele tomarse durante los controles prenatales o al momento de la hospitalización (82).
- **Cesárea no programada:** se realiza cuando surge una complicación inesperada durante el trabajo de parto que compromete la vida de la madre o del feto, lo que requiere una intervención quirúrgica urgente, comúnmente dentro de los 30 minutos siguientes al diagnóstico (82).

2.2.2.3. Indicaciones

Indicaciones absolutas: son aquellas en las que el parto vaginal está completamente contraindicado. Incluyen placenta previa, acretismo placentario, múltiples cesáreas previas, presentaciones anómalas (de frente, transversa, podálica), macrosomía fetal, sufrimiento fetal agudo, desproporción cefalopélvica, infecciones maternas activas (como VIH), tumores que obstruyen el canal de parto y malformaciones fetales severas como hidrocefalia u onfalocele (84).

Indicaciones relativas: situaciones donde el parto vaginal es posible, pero su viabilidad depende del contexto clínico. Entre estas se incluyen el embarazo gemelar, sufrimiento fetal leve, oligoamnios, distocias de presentación, rotura prematura de membranas, hipertensión gestacional, preeclampsia, eclampsia, síndrome HELLP y patologías maternas descompensadas, como insuficiencia cardíaca o trastornos psiquiátricos (84).

2.2.2.4. Contraindicaciones

La cesárea no presenta contraindicaciones absolutas cuando está clínicamente justificada; sin embargo, su indicación debe estar siempre sustentada en criterios médicos. La realización de cesáreas innecesarias acarrea riesgos importantes para la madre y el neonato, por lo que su uso sin una justificación clara debe evitarse (82).

2.2.2.5. Riesgos y complicaciones

A pesar de que la cesárea previene el trauma del canal del parto y del piso pélvico, y disminuye el riesgo de lesiones fetales intraparto, presenta mayores tasas de complicaciones que el parto vaginal (83,84).

- **Morbimortalidad materna:** la mortalidad materna por cesárea es baja (2 por cada 100 000 intervenciones), pero superior a la del parto vaginal (0,2 por cada 100 000). Las complicaciones más frecuentes incluyen hemorragia, atonía uterina, infecciones (endometritis, de la herida quirúrgica y de vías urinarias), tromboembolismo, lesiones vesicoureterales, hematomas y complicaciones anestésicas. Además, incrementa el riesgo de acretismo placentario y rotura uterina en embarazos futuros (83,84) .
- **Morbimortalidad neonatal:** si bien la cesárea reduce la mortalidad neonatal en escenarios de alto riesgo, se asocia igualmente con complicaciones como dificultad respiratoria transitoria, lesiones dérmicas accidentales, cefalohematomas, parálisis del plexo braquial y fracturas óseas (principalmente de clavícula). A largo plazo, se ha observado una mayor incidencia de asma y alergias en neonatos nacidos por cesárea (83,84).

2.3. Marco conceptual

Cesárea: “Intervención quirúrgica que consiste en la extracción del feto a través de una incisión en el abdomen y el útero”. Puede ser programada o no programada, dependiendo de la situación clínica de la maternofetal (1).

Cesárea programada: “También llamada electiva, se planifica antes del comienzo del trabajo de parto debido a condiciones médicas preexistentes, como cesárea anterior, presentación podálica o placenta previa” (2).

Cesárea no programada: “Es la intervención quirúrgica no planificada, indicada durante el trabajo de parto por complicaciones materno-fetales agudas, como sufrimiento fetal o distocia” (3).

Complicaciones maternas: “Alteraciones clínicas o quirúrgicas que afectan a la madre durante o después de una cesárea. Incluyen hemorragia, infección, endometritis, lesión vesical, entre otras” (4).

Complicaciones fetales: “Condiciones adversas que afectan al feto antes, durante o después del parto, como macrosomía, prematuridad, pérdida del bienestar fetal, entre otras” (5).

Pérdida del bienestar fetal: “Situación en la que se evidencia compromiso en el intercambio materno-fetal, reflejado en signos como bradicardia, pérdida de variabilidad o presencia de meconio. Es causa frecuente de cesárea urgente” (6).

Restricción del crecimiento intrauterino: “Condición en la que el feto no alcanza su potencial de crecimiento, situándose por debajo del percentil 10 para su edad gestacional. Se asocia a hipoxia, acidosis y mayor riesgo de muerte perinatal” (7).

Macrosomía fetal: “Peso fetal estimado igual o superior a 4000 g o 4500 g. Se relaciona con distocia de hombros, traumatismo neonatal, hemorragia materna y cesárea” (8).

Prematuridad: “Nacimiento que ocurre antes de las 37 semanas completas de gestación. Es la principal causa de morbilidad y mortalidad neonatal” (9).

Distocias de presentación: “Alteraciones en la actitud, posición o situación fetal, como presentación podálica, transversa o de cara, que dificultan el parto vaginal” (10).

Circular de cordón: “Situación en la que el cordón umbilical se enrolla alrededor del cuello u otra parte fetal, pudiendo generar compresión, hipoxia y aumento de cesáreas” (11).

Trastornos hipertensivos del embarazo: “Grupo de patologías como hipertensión gestacional, preeclampsia y eclampsia, que representan una causa importante de cesáreas por riesgo materno-fetal” (12).

Diabetes gestacional: “Hiperglucemia que aparece por primera vez en el embarazo, y que se relaciona con macrosomía, parto pretérmino, cesárea e hipoglucemia neonatal” (13).

Desproporción cefalopélvica: “Condición en la que la cabeza fetal es demasiado grande para pasar por la pelvis materna, lo que genera trabajo de parto prolongado o detenido, indicando cesárea” (14).

Desprendimiento prematuro de placenta: “Separación parcial o total de la placenta antes del nacimiento. Es una urgencia obstétrica que compromete la vida materna y fetal” (15).

Ruptura prematura de membranas: rotura espontánea de las membranas ovulares antes del inicio del trabajo de parto, a cualquier edad gestacional. Puede desencadenar infecciones y parto prematuro (16).

2.4. Hipótesis

- **H₁:** Existe asociación estadísticamente significativa entre las complicaciones materno fetales y los partos culminados en cesárea en el Hospital de Apoyo Cajabamba durante el año 2023.
- **H₀:** No existe asociación estadísticamente significativa entre las complicaciones materno fetales y los partos culminados en cesárea en el Hospital de Apoyo Cajabamba durante el año 2023.

2.5. Variables

2.5.1. Definición, conceptualización y operacionalización de variables.

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítem	Escala de medición
Variable 1: Complicaciones materno fetales.	Son alteraciones clínicas que se presentan durante el embarazo, trabajo de parto o parto y que pueden afectar a la madre y/o al feto (28).	Conjunto de diagnósticos clínicos registrados en la historia clínica de la gestante, ocurridos antes o durante el parto culminado en cesárea, que serán recogidos mediante la ficha de recolección de datos.	Complicaciones maternas	RPM	— Sí — No	Nominal
				Trastornos hipertensivos		
				Diabetes gestacional		
				Desproporción cefalopélvica		
				Desprendimiento prematuro de placenta		
			Complicaciones fetales	Distocias de presentación	— Sí — No	
				Pérdida de bienestar fetal		
				Macrosomía fetal		
				Circular de cordón		
				RCIU		
				Prematuridad		
Variable 2: Cesárea	“Nacimiento del feto (vivo o muerto) de más de 22 semanas de edad gestacional, placenta y membranas ovulares. mediante incisión quirúrgica en la pared abdominal (laparotomía) y uterina (histerotomía)” (19).	Tipo de cesárea realizada a la gestante según el grado de urgencia.	Cesárea según grado de urgencia	Programada	— Sí — No	Nominal
				No programada		

CAPÍTULO III

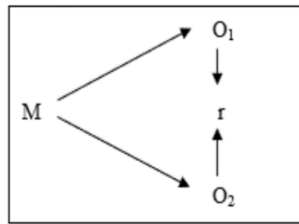
DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Diseño y tipo de estudio

La presente investigación tiene un diseño no experimental, enfoque cuantitativo, nivel asociativo, de corte transversal y retrospectivo. A continuación, se detallan las características de este diseño:

- **No experimental:** los datos se recopilaron sin modificar las condiciones de las variables "complicaciones materno fetales" y "partos culminados por cesárea".
- **Enfoque cuantitativo:** se midieron cuantitativamente las variables "complicaciones materno fetales" y "partos culminados por cesárea" para establecer su asociación.
- **Asociativo:** se determinó la asociación entre las variables "complicaciones materno fetales" y "partos culminados por cesárea" para identificar la magnitud de su relación.
- **Transversal:** la información se recopiló de una sola población en un tiempo definido, sin realizar un seguimiento posterior.
- **De corte retrospectivo:** la información se recopiló de las historias clínicas de los partos culminados en cesárea del año 2023.

Esquema del diseño de tipo asociativo:



Dónde:

- M = Muestra.
- O1 = Complicaciones materno fetales
- O2 = Partos culminados por cesárea
- r = Asociación

3.2. Área de estudio y población

3.2.1. Área de estudio

La presente investigación se desarrolló en el Hospital de Apoyo de Cajabamba, categorizado como un establecimiento de salud de nivel II-1. Dicha institución está ubicada en el jirón Manuel Prado N° 236 del barrio Parubamba, en la ciudad y provincia de Cajabamba, región de Cajamarca.

3.2.2. Población

La población estuvo conformada por todas las gestantes cuyo parto se realizó por cesárea en el "Hospital de Apoyo de Cajabamba" durante el año 2023. De acuerdo con las bases estadísticas de la institución, durante el periodo de estudio se reportó un total de 403 cesáreas.

3.3. Muestra y tipo de muestreo

La magnitud de la muestra se calculó utilizando la fórmula para el muestreo aleatorio simple, con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%. La muestra determinada por el cálculo fue de 197 historias clínicas.

$$n = \frac{NZ^2PQ}{E^2(N-1) + Z^2PQ}$$

Donde:

- **n**: cantidad de la muestra (197)
- **N**: cantidad total de la población (403).
- **Z** = 1.96 (confiabilidad al 95%)
- **P** = 0.5 (proporción estimada de la variable)
- **Q** = 0.5 (complemento P)
- **E** = 0.05 (tolerancia de error en las mediciones).

Cálculo de la muestra:

$$n = \frac{403 \times (1,96)^2 \times 0,5 \times 0,5}{(0,5)^2 \times (403 - 1) + (1,96)^2 \times 0,5 \times 0,5}$$

$$n = \frac{387,16}{1,005 + 0,9604}$$

$$n \approx 196,98$$

$$n = 197$$

3.4. Unidad de observación.

Las unidades de observación fueron las historias clínicas de gestantes que fueron sometidas a cesárea en el área de sala de operaciones del “Hospital de Apoyo de Cajabamba” durante el año 2023.

3.5. Criterios de inclusión y exclusión

3.5.1. Criterios de inclusión

- Historia clínica con datos completos y legibles.
- Historias clínicas de gestantes de cualquier grupo etario del año 2023.
- Historia clínica de gestantes nulíparas y multíparas cuyo parto culminó por cesárea.

3.5.2. Criterios de exclusión

- Historia clínica sin datos completos y legibles.
- Historia clínica de gestante con datos que no contengan las variables de interés.
- Historia clínica de gestantes con edad gestacional menor a 22 semanas.
- Historias clínicas de pacientes ginecológicas.
- Historias clínicas que no correspondan al año 2023.

3.6. Consideraciones éticas de la investigación

El presente estudio se realizó teniendo en cuenta los siguientes principios bioéticos:

- **Beneficencia:** mediante los resultados obtenidos, se buscó beneficiar a la población, específicamente con la meta de contribuir a la disminución de las cesáreas innecesarias.

- **No maleficencia:** los resultados obtenidos fueron utilizados únicamente para cumplir con los objetivos de esta investigación, sin que se perjudicara a ninguna persona participante en el estudio.
- **Justicia:** no se cometieron acciones que faltaran a la integridad y los derechos de reserva de la documentación en estudio.
- **Confidencialidad:** toda la información recolectada se utilizó de manera reservada y se publicó en forma anónima, protegiendo la privacidad de los datos obtenidos de cada historia clínica.

3.7. Procedimientos para la recolección de datos

En primer lugar, se solicitó permiso al director del Hospital de Apoyo de Cajabamba mediante una solicitud (anexo 1). Posteriormente, se buscó en la base de datos del año 2023 el número de las historias clínicas que cumplieran con los criterios de inclusión, para luego aplicar el instrumento y recolectar los datos de interés en aproximadamente 20 minutos por cada una.

3.8. Técnica e instrumentos de recolección de datos

La técnica empleada en el presente estudio fue la observación, y como instrumento de investigación se aplicó una ficha de recolección de datos estructurada, diseñada para registrar de manera sistemática las variables de interés.

3.9. Descripción del instrumento de recolección de datos.

El instrumento para el presente estudio (anexo 2) estuvo dividido en seis partes, que sirvieron para recolectar los datos de las historias clínicas.

- **Parte I:** información relacionada con los datos generales: número de ficha y el número de la historia clínica.
- **Parte II:** datos sociodemográficos: edad, escolaridad, religión, ocupación, y estado civil.
- **Parte III:** características obstétricas como gravidez, paridad, edad gestacional al momento del parto, número de controles prenatales y antecedente de cesárea.
- **Parte IV:** contiene información relacionada con el parto por cesárea: tipo de cesárea (programada y no programada).
- **Parte V:** complicaciones maternas: RPM, trastornos hipertensivos, diabetes gestacional, parto prolongado, desprendimiento prematuro de placenta, otras y ninguna.
- **Parte VI:** complicaciones fetales: Distocias de presentación, pérdida de bienestar fetal, macrosomía fetal, circular de cordón, RCIU, prematuridad, otras y ninguna.

3.10. Validez y confiabilidad

3.10.1. Validez

La ficha de recolección de datos fue validada por cuatro profesionales de obstetricia, expertos en el tema de investigación. Todos ellos contaban con un grado académico mínimo de maestría, lo que garantizó la calidad y la pertinencia del instrumento para el estudio (ver anexo 3). Además el cálculo del coeficiente de validación V de Aiken del instrumento fue 0,99, lo que indica que el instrumento es válido para su aplicación. Ver anexo 4.

3.10.2. Confiabilidad

Para garantizar la fiabilidad del instrumento, se aplicó una prueba piloto a una muestra de 22 historias clínicas del Hospital Simón Bolívar de Cajamarca, cuyas características eran similares a las de la población de estudio. El instrumento obtuvo valores de Alfa de Cronbach de 0,848, lo que indica un rango de fiabilidad bueno. Por lo tanto, se confirmó que el instrumento es confiable para su aplicación en el estudio. Ver anexo 5.

3.11. Procesamiento y análisis de datos

3.11.1. Procesamiento

Una vez obtenidos los datos, se procedió a tabularlos en una base de datos de Excel; posteriormente, se procesaron dichos datos en el programa SPSS. Los resultados obtenidos se presentaron mediante tablas de frecuencia simples. Para hallar el grado de relación estadística de las variables se utilizó la prueba estadística Chi cuadrado.

3.11.2. Análisis de datos

El análisis de los datos se realizó en dos fases:

- **Fase descriptiva:** En esta etapa, se examinaron los resultados estadísticos de cada variable y se contrastaron con las de otras investigaciones importantes. Esto permitió que los datos se contextualizaran y que se formularan conclusiones concretas para cada dimensión analizada en el estudio.
- **Fase inferencial:** Para comprobar la hipótesis, se empleó el valor estadístico del Chi-cuadrado, el cual midió la asociación de ambas variables. Se utilizó un nivel de confianza del 95% y un error máximo tolerable del 5% ($p < 0.05$).

CAPITULO IV

RESULTADOS, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Tabla 1. Características sociodemográficas de las gestantes atendidas por cesárea en el “Hospital de Apoyo de Cajabamba” durante el 2023.

Características sociodemográficas		N°.	%
Edad	10 - 19 años	43	21,8
	20 -29 años	74	37,6
	30 - 39 años	65	33,0
	≥ 40 años	15	7,6
Grado de instrucción	Sin estudios	4	2,0
	Primaria	22	11,2
	Secundaria	91	46,2
	Superior	80	40,6
Religión	Católica	131	66,8
	Evangélica	60	30,6
	Otra	6	2,6
Ocupación	Estudiante	30	15,2
	Empleada	47	23,9
	Independiente.	27	13,7
	Ama de casa	93	47,2
	Soltera	25	12,7
Estado civil	Casada	71	36,0
	Conviviente	101	51,3
	Divorciada	0	0,0
	Viuda	0	0,0
Zona de residencia	Urbano	101	51,3
	Rural	96	48,7
Total		197	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Esta tabla muestra que 37% de las gestantes tenían de 20 a 29 años, característico de la etapa reproductiva activa de la mujer. Este patrón se reporta en diversos estudios: Shwetha N. et al. (80,1%) (25), Balvin J. (45,3%) (29), Navarro C. (31,68% entre 24 y 29 años) (32), Aycaya D. (41,6% entre 20 y 27 años) (31), Mohite S. et al. (media de 24,78 años) (24) y Riyami N. et al. (media de 29,66 años) (22). En contraste, Abdalmaksod T. (49,2% entre 31 y 40 años) (27) reportó una mayor proporción de gestantes adultas, lo que evidencia variabilidad regional en el perfil etario de la población gestante.

Respecto al nivel educativo, predominó la secundaria (46,2%), en concordancia con Aycaya D. (67,6%) (31) y Balvin J. (45,3%) (29). En cuanto a la ocupación, el grupo más frecuente fue el de amas de casa (47,2%), que coincide con Aycaya D. (65,1%) (31), Mohite S. et al. (91,17%) (24) y Hussein R. (83,6%) (21). En relación con el estado civil, el 51,3% de las gestantes eran convivientes. Aycaya D. (74,9%) (31) y Balvin J. (37,3%) (29) también reportaron lo mismo. En conjunto, estos datos reflejan características sociodemográficas similares en todo el país, que pueden influir en la toma de decisiones reproductivas, el acompañamiento prenatal y el tipo de cobertura sanitaria.

En el ámbito religioso, se observó un predominio del catolicismo (66,8%), seguido por un grupo evangélico significativo (30,6%), lo cual resulta coherente con el perfil demográfico tanto de la región de Cajamarca como del país en general. La filiación religiosa es importante en el contexto de la salud reproductiva, dado que puede influir en la planificación familiar y en el uso de métodos anticonceptivos, lo que a su vez podría incidir en un mayor número de gestaciones. Un incremento en la paridad eleva la probabilidad de cesáreas por indicaciones médicas acumuladas a lo largo de sucesivos embarazos. Además, la comunidad religiosa puede impactar en las decisiones de las pacientes, como la elección de un centro de salud o la aceptación de procedimientos médicos.

La zona de residencia mostró una distribución casi equitativa entre el ámbito urbano (51,3%) y rural (48,7%). Este hallazgo difiere con Aycaya D. (92,1% urbana) (31) y Hussein R. (81,6% urbana) (21), pero se aproxima a los resultados de Herrera B. (53% rural) (19) y Singh N. et al. (57,3% urbana) (26). Esta representatividad territorial sugiere una cobertura hospitalaria más inclusiva en Cajabamba y permite inferir que el acceso a cesáreas no está limitado exclusivamente al ámbito urbano.

Tabla 2. Características obstétricas de las gestantes atendidas por cesárea en el “Hospital de Apoyo de Cajabamba” durante el 2023.

Características obstétricas		N°.	%
Gravidez	Primigesta.	85	42,9
	Multigesta.	112	57,1
	Nulípara.	92	46,4
Paridad	Primípara.	41	20,9
	Múltipara	64	32,7
Primera atención prenatal	< 14 semanas	101	51,8
	≥ 14 semanas	96	48,2
	28–32semanas	0	0,0
Edad gestacional a la Cesárea	33–36 semanas	28	14,3
	37–40 semanas	132	67,3
	≥ 40 semanas	37	18,4
Número de controles prenatales	< de 6 controles	29	14,9
	≥ 6 controles	168	85,1
	0 veces	133	67,9
Antecedente de cesárea	1 vez	49	25,0
	2 veces	15	7,1
Total		197	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

La tabla muestra que más de la mitad de las participantes fueron multigestas (57,1%), en concordancia con Shwetha N. et al. (54,5%) (25), Neelofer S. et al. (76%) (23), Mohite S. et al. (71,3%) (24) y Riyami N. et al. (22). La multigestación se ha asociado con complicaciones como macrosomía fetal y distocias de presentación, condiciones que pueden requerir resolución quirúrgica (8). No obstante, Singh N. et al. (26) reportaron que la mayoría de las cesáreas (88,6%) en su estudio se realizaron en mujeres sin experiencia obstétrica previa, lo que evidencia diferencias contextuales posiblemente influenciadas por factores culturales, variaciones en protocolos clínicos o criterios locales de riesgo obstétrico.

Respecto a la paridad, se observó que el 46,4% de las cesáreas se realizaron en mujeres nulíparas. Este hallazgo contrasta con Herrera B. en Cajamarca, donde el 65,5% de las cesáreas se realizaron en múltiparas (19), lo que sugiere que, en Cajabamba, los criterios clínicos utilizados para la indicación de la cesárea no están uniformizados, especialmente en mujeres sin experiencia obstétrica previa.

El 85,1% de las gestantes registraron seis o más controles prenatales. Talenas E. (80,1%) (28) reportó una proporción similar, mientras que Gómez M. (30) y Navarro C. (32) documentaron cifras inferiores. Esta alta frecuencia de seguimiento sugiere que las complicaciones que motivaron la cesárea fueron de aparición aguda o impredecible, a pesar de un control clínico adecuado.

En cuanto a la edad gestacional, el 67,3% de las cesáreas se realizaron entre las 37 y 40 semanas. Esto refleja una práctica clínica orientada a garantizar la madurez fetal antes de la intervención quirúrgica. Este patrón coincide con Abdalmaksod T. (84,3%) (27), Navarro C. (82,32%) (32) y Aycaya D. (82,2%) (31), quienes también reportaron una alta prevalencia de cesáreas a término.

Respecto al antecedente quirúrgico, el 67,9% de las gestantes no había tenido cesáreas previas. Talenas E. (69,7% sin cesárea previa) (28) reportó un hallazgo similar. Este resultado plantea la necesidad de investigar con mayor profundidad las indicaciones clínicas que justifican la realización de cesáreas primarias, especialmente en contextos donde no existen antecedentes quirúrgicos.

En conjunto, los resultados sugieren que las cesáreas en el Hospital de Apoyo de Cajabamba se realizan principalmente en función de criterios clínicos maternos y fetales. Sin embargo, la alta proporción de casos sin complicaciones maternas (29,0%) ni fetales (40,1%) evidencia la complejidad del proceso de decisión médica, en el que pueden influir múltiples factores relativos, así como la experiencia del equipo tratante. Este hallazgo resulta relevante para el diseño de estrategias orientadas a optimizar la calidad de la atención perinatal y reducir la realización de cesáreas innecesarias, garantizando resultados favorables tanto para la madre como para el recién nacido.

Tabla 3. Complicaciones materno fetales en las gestantes atendidas por cesárea en el “Hospital de Apoyo de Cajabamba” durante el 2023.

Complicaciones materno fetales		N°.	%
Complicaciones maternas	Ruptura prematura de membranas	22	11,2
	Trastornos hipertensivos del embarazo:	38	19,3
	Hipertensión crónica	2	1,0
	Hipertensión gestacional	4	2,0
	Preeclampsia leve	6	3,0
	Preeclampsia sobreañadida	2	1,0
	Preeclampsia severa	20	10,2
	Eclampsia	3	1,5
	Síndrome de HELLP	1	0,5
	Diabetes gestacional	13	6,6
	Desproporción cefalopélvica	36	18,3
	Desprendimiento prematuro de placenta	7	3,6
	Otra:	24	12,2
	Condilomatosis	1	0,5
	Embarazo múltiple	2	1,0
	Fractura de pelvis	1	0,5
	Gran múltipara	1	0,5
	Inducción fallida	1	0,5
	Inminencia de ruptura uterina	1	0,5
	Periodo intergenésico corto	2	1,0
	Primigesta añosa	1	0,5
	Prótesis de cadera	1	0,5
	Trabajo de parto disfuncional	13	6,6
Complicaciones fetales	Ninguna	57	28,9
	Distocias de presentación	32	16,2
	Pérdida de bienestar fetal	34	17,3
	Macrosomía fetal	5	2,5
	Circular de cordón	18	9,1
	Retardo del crecimiento intrauterino	11	5,6
	Prematuridad (<37 semanas)	3	1,5
	Otra	15	7,6
	Oligohidramnios	12	6,1
	Postérmino	3	1,5
Ninguna		79	40,1%
Total		197	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Esta tabla muestra las complicaciones maternas, los trastornos hipertensivos del embarazo constituyeron la principal causa de cesárea (19,3%), destacó la preeclampsia severa (10,2%) como la entidad más frecuente dentro de este grupo. Los THE son reconocidos como una causa relevante de morbilidad materna y una de las principales indicaciones para cesáreas de emergencia, como lo demuestran los estudios de Hussein R. (14,4%) (21) y Mohite S. et al. (6,84%) (24), quienes también reportaron alta prevalencia de preeclampsia severa y eclampsia.

La desproporción cefalopélvica fue la segunda causa materna más frecuente (18,3%), en concordancia con su reconocimiento como una de las principales causas de parto obstruido a nivel global. Aycaya D. (26% de prevalencia) (31) reportó una proporción superior, mientras que Herrera B. (12,8%) (19) encontró un valor similar en Cajamarca. Por su parte, la ruptura prematura de membranas representó el 11,2%, cifra cercana a la reportada por Gomez M. (13%) (30), aunque inferior a la de Neelofer S. et al. (23) y Aycaya D. (31), lo que sugiere que la RPM es una condición frecuente que, en determinados casos, requiere resolución quirúrgica.

La diabetes gestacional presentó una prevalencia de 6,6%, inferior a la reportada por Riyami N. et al. (29,3%) (22) y Hussein R. (10,8%) (21). Esta patología se asocia a un mayor riesgo de macrosomía fetal, lo que puede justificar su inclusión como causa de cesárea en diversos contextos clínicos. Dentro del grupo de otras complicaciones (12,2%), el trabajo de parto disfuncional fue el más frecuente (6,6%), en concordancia con los hallazgos de Shwetha N. et al. (13,4%) (25) y Herrera B. (12,6%) (19), quienes también identificaron esta condición como una causa común de cesárea ante la falta de progresión del parto. Cabe destacar que el 29,0% de las gestantes no presentó ninguna complicación materna específica, lo que sugiere que una proporción significativa de las cesáreas podría haber sido motivada por factores fetales o institucionales no documentados en esta categoría.

En cuanto a las complicaciones fetales, la pérdida de bienestar fetal fue la indicación más frecuente (17,3%). Esta condición representa una causa de cesárea de emergencia para prevenir daño tisular o muerte perinatal. Los resultados del presente estudio son coherentes con los de Abdalmaksod T. (18,8%) (27), Shwetha N. et al. (17,9%) (25) y Mohite S. et al. (12%) (24), así como con los reportes nacionales de Aycaya D. (14,9%) (31) y Herrera B. (12,6%) (19). Estudios como los de Singh N. et al. (37,3%) (26) y Gomez M. (25,5%) (30) documentaron prevalencias más elevadas, lo que podría reflejar diferencias en los criterios diagnósticos, el uso de cardiotocografía o los umbrales de intervención establecidos en cada institución.

Las distocias de presentación (16,2%) también fueron una causa relevante, con prevalencias comparables a las de Riyami N. et al. (14,3%) (22), Herrera B. (13,5%) (19) y Mohite S. et al. (11,3%) (24), aunque inferiores al 35% reportado por Navarro C. (32). El circular de cordón (9,1%) fue otra indicación frecuente, similar a la observada por Talenas E. (24,2%) (28), pero superior a la reportada por Singh N. et al. (4,6%) (26) y Navarro C. (1%) (32). Estas condiciones son causas frecuentes de cesáreas, especialmente de emergencia, más aún si se asocian a DCP o pérdida de bienestar fetal.

Finalmente, el 40,1% de los nacimientos no presentó complicaciones fetales específicas, y un 7,6% se clasificó en la categoría de “otras”. Este hallazgo sugiere que una proporción considerable de las cesáreas podría no estar directamente relacionada con una patología materna o fetal única, lo que plantea la necesidad de estudios adicionales que evalúen la influencia de factores clínicos múltiples o del criterio médico como posibles determinantes de la indicación quirúrgica.

En resumen, las cesáreas realizadas en el Hospital de Apoyo de Cajabamba se asociaron principalmente a condiciones de alto riesgo materno y fetal, lo que refuerza la importancia de contar con protocolos de detección y manejo oportuno. No obstante, la elevada proporción de casos sin complicaciones específicas subraya la complejidad del proceso de decisión clínica y la necesidad de una evaluación integral. Estos hallazgos son fundamentales para el diseño de estrategias orientadas a reducir la tasa de cesáreas innecesarias y optimizar la calidad de la atención perinatal, garantizando resultados favorables tanto para la madre como para el recién nacido.

Tabla 4. Cesárea según el grado de urgencia del “Hospital de Apoyo de Cajabamba” en el año 2023.

Cesárea según su grado de urgencia	N°.	%
Programada	82	41,6
No programada	115	58,4
Total	197	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

La tabla evidencia que el 58,4% de las cesáreas realizadas en el Hospital de Apoyo de Cajabamba durante el año 2023 fueron no programadas, frente al 41,6% programadas. Este predominio de cesáreas según grado de urgencia refleja la dinámica asistencial propia de un hospital de referencia que atiende casos de mayor complejidad. Otros estudios también han reportado proporciones elevadas de cesáreas de emergencia: Abdalmaksod T. (55,2%) (27), Shwetha N. et al. (56,1%) (25), Navarro C. (52,1%) (32) y Herrera B. (64,9%) (19), lo que sugiere que esta tendencia se repite en diversos contextos hospitalarios. En contraste, Hussein R. (63,6%) (21) y Singh N. et al. (88,7%) (26) reportaron prevalencias más altas de cesáreas electivas, posiblemente relacionadas con protocolos clínicos más estructurados o con perfiles epidemiológicos que favorecen la planificación quirúrgica. Estas diferencias evidencian la variabilidad institucional en la indicación de la cesárea.

Durante el periodo analizado, la tasa global de cesáreas en el hospital fue del 25%, cifra que supera el rango del 10–15% recomendado por la Organización Mundial de la Salud como óptimo para obtener mejores resultados poblacionales (1). En un hospital de referencia, este valor explica la complejidad clínica de los casos atendidos. No obstante, la combinación de una tasa elevada de cesáreas con un predominio de procedimientos no programados plantea la necesidad de revisar los procesos de atención prenatal, fortalecer la detección temprana de factores de riesgo y optimizar los protocolos de decisión intraparto. En este sentido, sería recomendable que futuros estudios exploren la relación entre el tipo de cesárea y los desenlaces clínicos en este contexto, así como la efectividad de estrategias destinadas a disminuir la frecuencia de cesáreas no programadas en hospitales de referencia.

Tabla 5. Asociación entre las complicaciones materno fetales y cesárea según grado de urgencia en gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo Cajabamba el año 2023.

COMPLICACIONES	Cesárea según grado de urgencia				Chi-cuadrado	
	Programada N = 82		No programada N = 115			
	Nº.	%	Nº.	%	X²	p-valor
Complicaciones maternas						
Ruptura prematura de membranas	0	0,0	22	19,1	17,659	0,000
Trastornos hipertensivos del embarazo	17	20,7	21	18,3	0,188	0,665
Diabetes gestacional	7	8,5	6	5,2	0,856	0,355
Desproporción céfalo-pélvica	18	22,0	18	15,7	1,272	0,259
Desprendimiento prematuro de placenta	0	0,0	7	6,1	5,175	0,023
Otra	8	9,8	16	13,9	0,773	0,379
Ninguna	32	39,0	25	21,7	6,955	0,008
Complicaciones fetales						
Distocias de presentación	19	23,2	13	11,3	4,954	0,026
Pérdida de bienestar fetal	2	2,4	32	27,8	21,604	0,000
Macrosomía fetal	2	2,4	3	2,6	0,006	0,941
Circular de cordón	7	8,5	11	9,6	0,061	0,805
Retardo del crecimiento intrauterino	3	3,7	8	7,0	0,988	0,320
Prematuridad	0	0,0	3	2,6	2,172	0,141
Otra	5	6,1	10	8,7	0,459	0,498
Ninguna	44	53,7	35	30,4	10,748	0,001

Fuente: Instrumento de recolección de datos

En cuanto a las complicaciones maternas, la ruptura prematura de membranas se asoció significativamente con cesáreas no programadas ($p < 0,001$). Este hallazgo coincide con lo reportado por Neelofer S. ($p < 0,01$) y Aycaya D. ($p = 0,006$) (23,31), pero difiere con Riyami N. y Gómez M., quienes no identificaron asociación significativa ($p = 0,246$ y $p = 0,884$, respectivamente) (22,30). Las discrepancias podrían atribuirse a variaciones en protocolos de manejo, criterios diagnósticos y severidad clínica. El uso de la cesárea en casos de RPM suele fundamentarse en protocolos orientados a prevenir la infección materno-fetal y a reducir complicaciones graves, como alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal, prolapso de cordón o desprendimiento prematuro de placenta (36,46).

Respecto a los trastornos hipertensivos del embarazo, no se observó asociación significativa con el tipo de cesárea ($p=0,665$). Resultado consistente con Riyami N. ($p=0,817$) (22), pero contrasta con Mohite S. ($p<0,0001$), Neelofer S. ($p<0,01$), Gómez M. ($p=0,001$) y Aycaya D. ($p=0,034$), quienes reportaron asociación con cesáreas no programadas (24,23,30,31). Hussein R., en cambio, describió una asociación con cesáreas programadas ($p=0,008$) (21). La ausencia de asociación en este estudio podría reflejar un manejo prenatal oportuno y la programación electiva en casos controlados, reduciendo la necesidad de intervenciones urgentes. En contextos con mayor prevalencia de cuadros severos, el manejo suele requerir hospitalización, antihipertensivos y finalización inmediata del embarazo mediante cesárea (44).

En relación con la diabetes gestacional, no se encontró asociación significativa ($p=0,355$), lo que difiere de Mohite S. ($p<0,0001$) y Hussein R. ($p=0,05$), quienes observaron mayor frecuencia en cesáreas programadas (24,21). Estas discrepancias podrían relacionarse con diferencias en criterios diagnósticos, control glucémico y aplicación de guías que recomiendan cesárea electiva cuando el peso fetal estimado supera los 4.500 g (53,56). La ausencia de asociación, junto con la discrepancia entre la prevalencia de DG (6,6%) y la de macrosomía (2,5%), sugiere que otras indicaciones obstétricas también influyeron en la vía de finalización.

En cuanto a la desproporción céfalo pélvica, no se hallaron diferencias significativas según el grado de urgencia ($p=0,259$). En contraste, Aycaya D. ($p=0,025$) y Talenas E. ($p<0,001$) reportaron mayor frecuencia en cesáreas no programadas, mientras que Neelofer S. ($p<0,01$) la encontró más alta en cesáreas programadas (31,28,23). Esta variabilidad podría explicarse por la naturaleza multicausal de la DCP, las diferencias en criterios diagnósticos y el momento de su identificación (prenatal vs. intraparto). La DCP es una causa principal de parto obstruido y se asocia a aproximadamente el 8% de las muertes maternas a nivel global (58); su impacto depende críticamente de la identificación precoz y de la evolución del trabajo de parto.

El desprendimiento prematuro de placenta (DPP) se asoció significativamente con cesáreas no programadas ($p=0,023$), en concordancia con Abdalmaksod T. ($p<0,001$) (27). En contraste, Mohite S. ($p=0,249$), Gómez M. ($p=0,770$) y Aycaya D. ($p=0,260$) no hallaron diferencias significativas (24,30,31). La variabilidad podría explicarse por diferencias en severidad, criterios diagnósticos y oportunidad de la intervención. El DPP es una complicación grave que compromete la vida materna y fetal; su asociación con cesárea de emergencia está clínicamente justificada. Sin embargo, en casos leves, el parto vaginal puede ser viable. Aun así, esta condición presenta una alta probabilidad de resolución por cesárea (79%) y una elevada tasa de mortalidad perinatal (54%) (61,63,64).

En cuanto a las complicaciones fetales, las distocias de presentación se asociaron significativamente con cesáreas programadas ($p=0,026$). Este hallazgo coincide con Singh N. ($p=0,012$) (26) y Balvin J. ($p=0,002$) (29), pero difiere de Abdalmaksod T. ($p<0,001$) (27), Shwetha N. ($p=0,54$) (25), Mohite S. ($p=0,061$) (24), Riyami N. ($p=0,742$) (22), Neelofer S. ($p=0,79$) (23) y Aycaya D. ($p=0,511$) (31), quienes no encontraron asociación. Estas discrepancias se atribuyen a que la mayoría de estas distocias se diagnostican en el control prenatal y motivan la programación de cesárea, mientras que los diagnósticos intraparto suelen resolverse de forma urgente. En particular, la cesárea en presentación de nalgas reduce significativamente la morbilidad perinatal, lo que respalda su indicación.

La pérdida de bienestar fetal mostró asociación significativa con cesáreas no programadas ($p<0,001$), en concordancia con Abdalmaksod T. ($p<0,001$) (27), Mohite S. ($p<0,001$) (24), Neelofer S. ($p=0,01$) (23), Gómez M. ($p=0,001$) (30), Aycaya D. ($p=0,045$) (31) y Talenas E. ($p<0,001$) (28). La mayor frecuencia en cesáreas no programadas es fisiopatológicamente coherente, dado que la pérdida de bienestar fetal suele ser un evento agudo intraparto, generalmente secundario a hipoxia o acidemia, lo que obliga a una resolución inmediata. No obstante, la interpretación subjetiva de la CTG puede conducir a intervenciones innecesarias o tardías; algunos estudios han reportado hasta

un 99% de falsos positivos en el monitoreo electrónico fetal (67), lo que podría contribuir al aumento de cesáreas sin un beneficio proporcional en los resultados perinatales.

En relación con la macrosomía fetal, no se evidenció asociación significativa ($p=0,941$). Sin embargo, Aycaya D. ($p=0,039$) (31) y Balvin J. ($p=0,026$) (29) la identificaron como indicación de cesárea. Estas discrepancias podrían deberse a diferencias en criterios diagnósticos (peso al nacer vs. estimado), prevalencia de diabetes gestacional y políticas institucionales. La ausencia de asociación podría reflejar su baja prevalencia y distribución equilibrada, aunque la falta de evaluación de factores de riesgo y desenlaces perinatales limita la interpretación y sugiere la necesidad de estudios con mayor poder estadístico.

El circular de cordón tampoco mostró asociación significativa ($p=0,805$), en concordancia con Singh N. (6% vs. 3%; $p=0,115$) (26) y Navarro C. (1,71% en cesáreas de emergencia vs. 1,0% en programadas) (32). No obstante, Talenas E. reportó mayor frecuencia en cesáreas no programadas (20,9%; $p=0,000$) (28). La falta de asociación es clínicamente esperable, ya que el circular de cordón suele ser un hallazgo bien tolerado, salvo que provoque compresión severa o compromiso hemodinámico fetal, en cuyo caso la cesárea urgente es necesaria.

El retardo del crecimiento intrauterino no mostró asociación significativa con el tipo de cesárea ($p=0,320$). Sin embargo, Abdalmaksod T. (3,6%; $p=0,0001$) (27), Mohite S. (8,7%; $p=0,0003$) (24) y Gómez M. (6,4%; $p=0,001$) (30) sí encontraron asociación con las cesáreas no programadas. Estas diferencias pueden relacionarse con el momento del diagnóstico y la oportunidad de la intervención. El RCIU, como manifestación de insuficiencia placentaria crónica, tiende a motivar la programación de la cesárea cuando se detecta y monitoriza de forma oportuna. No obstante, ante un deterioro agudo del estado fetal, esta condición puede requerir una cesárea de emergencia.

Finalmente, en el caso de la prematuridad, no se encontró asociación estadísticamente significativa con el tipo de cesárea ($p=0,141$). Aunque no se identificaron estudios que reporten ausencia de asociación, Gómez M. sí encontró una diferencia significativa hacia las no programadas ($p=0,001$) (30). La vía del parto en estos casos debe individualizarse según la presentación fetal, la edad gestacional, el peso estimado y el estado clínico fetal. Cuando existen condiciones que comprometen la salud materna o fetal, la cesárea puede ser la vía más segura. Esto sugiere que la relación entre la prematuridad y el tipo de cesárea depende más de la causa subyacente que de la edad gestacional en sí misma. En este sentido, el manejo de la prematuridad no se limita a un tipo de cesárea, sino que constituye una decisión clínica compleja orientada a optimizar los resultados maternos y neonatales.

CONCLUSIONES

Después de realizar el estudio en las gestantes atendidas por cesárea en el Hospital de Apoyo de Cajabamba, se llega a las siguientes conclusiones:

1. Las gestantes en estudio se caracterizaron, en su mayoría, por tener entre 20 y 29 años (37,5%), contar con nivel de instrucción secundaria (46,2%), dedicarse a las labores del hogar (47,2%), convivir con su pareja (52,3%) y residir en la zona urbana (51,3%).
2. Las características obstétricas más frecuentes en las gestantes en estudio fueron: multigestas (57,1%), nulíparas (46,4%), con inicio de APN <14 semanas (51,8%), controles prenatales > 6 (85,1%), edad gestacional a término (67,3%) y sin antecedente de cesárea (67,9%).
3. Las complicaciones maternas más frecuentes fueron: trastornos hipertensivos del embarazo (18,3%), desproporción cefalopélvica (18,3%) y ruptura prematura de membranas (11,2%). Las complicaciones fetales de mayor ocurrencia fueron: la pérdida de bienestar fetal (17,3%), las distocias de presentación (16,2%) y el circular de cordón (9,1%). Sin embargo 29% de las gestantes y 40,1% de los fetos no presentaron ninguna complicación.
4. Los partos culminados por cesárea en el Hospital de Apoyo de Cajabamba durante el año 2023 fueron predominantemente a través de una cesárea no programada (58,4%).
5. Finalmente esta investigación determinó una asociación significativa entre complicaciones materno fetales y el tipo de cesárea en el Hospital de Apoyo de Cajabamba. Las complicaciones asociadas a la cesárea no programada fueron: ruptura prematura de membranas ($p=0,000$), desprendimiento prematuro de placenta ($p=0,023$) y pérdida de bienestar fetal ($p=0,000$). La cesárea programada mostró asociación significativa con las distocias de presentación ($p=0,026$) y la ausencia de complicaciones maternas ($p=0,008$) y fetales ($p=0,001$).

RECOMENDACIONES

Al Director de la Red de Salud Cajabamba

- Fortalecer el seguimiento al personal de salud en el diagnóstico y derivación oportuna de gestantes a servicios especializados. Además, implementar áreas de psicoprofilaxis obstétrica diferenciadas para gestantes adolescentes y añosas, a fin de mejorar su salud y disminuir las cesáreas de emergencia en establecimientos I-4 y hospitales.

Al Director del Hospital de Apoyo de Cajabamba

- Establecer un sistema de auditoría a las historias clínicas para el 100 % de las cesáreas realizadas, con especial énfasis en aquellas que no presentan complicaciones maternas o fetales claramente documentadas. Los resultados deben ser socializados periódicamente con el personal involucrado en la atención obstétrica.
- Contar con guías clínicas actualizadas y capacitar al personal médico y obstétrico en el manejo activo del parto, la interpretación adecuada del partograma y la monitorización fetal, promoviendo decisiones clínicas fundamentadas.
- Coordinar con los niveles correspondientes la creación de un espacio específico para psicoprofilaxis obstétrica, asignando personal especializado en esta área.

A las futuras investigaciones

- Desarrollar estudios de casos y controles que permitan explorar a profundidad la relación causal entre tipo de cesárea y las complicaciones maternas y fetales, aportando evidencia para la mejora de protocolos clínicos.

A la Escuela Académico Profesional de Obstetricia

- Reforzar la capacitación en seguimiento oportuno de gestantes y promover el uso de herramientas digitales fomentando acciones de promoción de la salud para el autocuidado del binomio madre-niño y la importancia de un control prenatal de calidad que permita detectar a tiempo alguna complicación que pueda desencadenar en un parto por cesárea.

BIBLIOGRAFÍA

1. Carlos Schnapp S, Eduardo Sepúlveda S. Operación cesárea. Rev Médica Clínica Las Condes. 1 de noviembre de 2019;25(6):987-92. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-operacion-cesarea-S0716864014706480>
2. OMS. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. [citado 23 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/Item/WHO-RHR-15.02>
3. Tacca M, Torres G, Aleyandru S. Determinación de factores asociados al parto por cesárea en gestantes atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital III EsSalud Juliaca, enero 2019 - agosto 2022 [Tesis para optar el título profesional de Obstetra]. [Huancayo, Perú]: Universidad Continental; 2023 [citado 23 de junio de 2025]. Disponible en: https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/12860/4/IV_FCS_502_TE_Tacca_Torres_Vargaya_2023.pdf
4. Infosalus. Un informe de la OMS muestra un incremento de las cesáreas en todo el mundo. [citado 23 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.infosalus.com/mujer/noticia-informe-oms-muestra-incremento-cesareas-todo-mundo-20210616172803.html>
5. Perner MS, Ortigoza A, Trotta A, Yamada G, Braverman Bronstein A, Friche AA, et al. Cesarean sections and social inequalities in 305 cities of Latin America. SSM - Popul Health. 27 de septiembre de 2022 [citado 15 de mayo de 2025];19:101239. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9529579/>
6. Angolile CM, Max BL, Mushemba J, Mashauri HL. Global increased cesarean section rates and public health implications: A call to action. Health Sci Rep. 2023 [citado 14 de mayo de 2025];6(5):e1274. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hsr2.1274>
7. OMS. Las tasas de cesáreas siguen aumentando, en medio de crecientes desigualdades en el acceso. 2021 [citado 14 de mayo de 2025]. Disponible en:

<https://www.who.int/News/Ítem/16-06-2021-Caesarean-Section-Rates-Continue-To-Rise-Amid-Growing-Inequalities-In-Access>

8. INEI. El 37,8% de los nacimientos registrados se dieron mediante cesárea en el año 2023. 2024 [citado 23 de junio de 2025]; Disponible en: <https://m.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/noticias/nota-de-prensa-n-077-2024-inei.pdf>
9. INEI. Cajamarca compendio estadístico 2023. INEI; 2023 [citado 23 de junio de 2025]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/6073235/5377908-compendio-estadistico-cajamarca-2023.pdf>
10. Quezada-Pinedo HG, Cajachagua-Torres KN, Guzman-Vilca WC, Tarazona-Meza C, Carrillo-Larco RM, Huicho L. Flat trend of high caesarean section rates in Peru: A pooled analysis of 3,376,062 births from the national birth registry, 2012 to 2020. Lancet Reg Health – Am. 1 de agosto de 2022 [citado 15 de mayo de 2025];12. Disponible en: <https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X%2822%2900110-7/fulltext>
11. Geron Y, Rozner Negrin N, Matot R, Hendin N, Danieli-Gruber S, Shmueli A, et al. Uncertain prelabor rupture of membranes at term and associated delivery outcomes. Int J Gynecol Obstet. noviembre de 2024 [citado 21 de agosto de 2025];167(2):773-8. Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijgo.15735>
12. Xavier IM, Simões ACZ, Oliveira R de, Barros YE, Sarmento ACA, Medeiros KS de, et al. Maternal-fetal outcomes of women with hypertensive disorders of pregnancy. Rev Assoc Medica Bras 1992. 2023;69(6):e20230060.
13. Ye W, Luo C, Huang J, Li C, Liu Z, Liu F. Gestational diabetes mellitus and adverse pregnancy outcomes: systematic review and meta-analysis. BMJ. 25 de mayo de 2022;377:e067946.
14. Akhter R, Latif T, Yasmin H, Dhar S, Jahan U, Komola N, et al. Indication and Post-operative Complication of Primary Caesarean Section in Multiparous Women in A Tertiary Level Hospital. Mymensingh Med J. 2024 [citado 23 de junio de 2025];33(3):716-23. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38944712/>

15. Hurtado M, Pérez D, Revelles L, Puertas A. Incremento de la morbilidad y la mortalidad materna en la cesárea. Rev Lat Perinat. 2021 [citado 15 de mayo de 2025];24(4):331. Disponible en: <https://revistaflamp.com/wp-content/uploads/2024/01/ART-REVISION-INCREMENTO-MORBILIDAD-Y-MORTALIDAD-MATERNA-EN-CESAREA.pdf>
16. Farid Mojtahedi M, Sepidarkish M, Almukhtar M, Eslami Y, Mohammadianamiri F, Behzad Moghadam K, et al. Global incidence of surgical site infections following caesarean section: a systematic review and meta-analysis. J Hosp Infect. septiembre de 2023;139:82-92.
17. Wei G, Harley F, O'Callaghan M, Adshead J, Hennessey D, Kinnear N. Systematic review of urological injury during caesarean section and hysterectomy. Int Urogynecology J. 1 de febrero de 2023 [citado 14 de mayo de 2025];34(2):371-89. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00192-022-05339-7>
18. Torloni MR, Siaulys M, Riera R, Martimbianco ALC, Pacheco RL, Latorraca C de OC, et al. Timing of oxytocin administration to prevent post-partum hemorrhage in women delivered by cesarean section: A systematic review and metanalysis. PLOS ONE. 3 de junio de 2021 [citado 14 de mayo de 2025];16(6):e0252491. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0252491>
19. Herrera Flores BJJ. Complicaciones maternas intraoperatorias y postoperatorias por cesárea en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, junio 2021 - junio 2023. Univ Nac Cajamarca. 2024 [citado 16 de mayo de 2025]; Disponible en: <http://repositorio.unc.edu.pe/handle/20.500.14074/6474>
20. Chen I, Opiyo N, Tavender E, Mortazhejri S, Rader T, Petkovic J, et al. Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section. Cochrane Database Syst Rev. 28 de septiembre de 2018 [citado 14 de mayo de 2025];2018(9):CD005528. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6513634/>
21. Singh N, Pradeep Y, Jauhari S. Indications and Determinants of Cesarean Section: A Cross-Sectional Study. Int J Appl Basic Med Res. 2020 [citado 16 de agosto de 2025];10(4):280-5. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7758786/>

22. Abdalmaksod T, Ibran Z. Maternal and Fetal Outcomes in Elective and Emergency Caesarean Section at Ali Omar Asker Hospital, 2016. Revista Médica Tripolitana. 4 de abril de 2025 [citado 16 de agosto de 2025];9(1):12-8. Disponible en: <https://uot.edu.ly/journals/index.php/tmj/article/view/1771>
23. Shwetha N, Harish KM, Kumar GP, Chandhan TS, Reddy CS, Reddy GS. "Comparison of Rate and indications of emergency and elective caesarean section: a retrospective Study". Obs Gyne Rev J Obstet Gynecol. 2021 [citado 16 de agosto de 2025];7(6):57-63. Disponible en: <https://obstetrics.medresearch.in/index.php/joog/article/view/148>
24. Mohite S, Anurag A, Narshetty J, Kumar S. Comparison of foeto-maternal outcomes of planned verses emergency caesarean section. Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol. 28 de octubre de 2022 [citado 24 de junio de 2025];11(11):3171-7. Disponible en: <https://www.ijrcog.org/index.php/ijrcog/article/view/12261>
25. Riyami NMA, Shereiqa SSA, Pillai SA. Comparative analysis of maternal and neonatal outcomes between elective and emergency caesarean section at a single tertiary hospital: a retrospective COHORT study. Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol. 29 de agosto de 2023 [citado 16 de agosto de 2025];12(9):2611-7. Disponible en: <https://www.ijrcog.org/index.php/ijrcog/article/view/13350>
26. Neelofer S, Aparna J, Jyothirmayee. A comparison of maternal and fetal outcomes in emergency over elective lower segment cesarean section. Int J Acad Med Pharm. 2023 [citado 16 de agosto de 2025];5(3):2196-201. Disponible en: [https://www.academicmed.org/Uploads/Volume5Issue3/432.%20\[875.%20JAMP_Jafar\]%202196-2201.pdf](https://www.academicmed.org/Uploads/Volume5Issue3/432.%20[875.%20JAMP_Jafar]%202196-2201.pdf)
27. Hussein RK, Nasir NA. Indications and Rate of Cesarean Section in Al-Yarmouk Teaching Hospital 2022. IRAQI J COMMUNITY Med. diciembre de 2025 [citado 16 de agosto de 2025];38(2):117. Disponible en: https://journals.lww.com/ircm/fulltext/2025/07000/indications_and_rate_of_cesarean_section_in.6.aspx
28. Navarro C. Frecuencia e indicaciones de las cesáreas programadas y de emergencias en el Hospital Nacional Hipólito Unanue 2019 [Tesis para optar el título

- profesional de Médico Cirujano]. [Lima, Perú]: Universidad Privada San Juan Bautista; 2020.
29. Gomez M. Factores asociados a cesáreas de emergencia en el Hospital Dos de Mayo. Enero – agosto, 2021. [Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano]. [Lima, Perú]: Universidad Ricardo Palma; 2022 [citado 16 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/server/api/core/bitstreams/05eb9deb-b0c3-45ec-8fda-f4d9572d5e5f/content>
 30. Aycaya D. Factores asociados a la indicación de cesárea en el servicio de gineco obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019 [Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano]. [Tacna, Perú]: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2022 [citado 16 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.unjbg.edu.pe/server/api/core/bitstreams/54a23dda-0d97-488c-9d70-bdbce27a370f/content>
 31. Talenas E. Factores asociados al parto por cesárea en gestantes atendidas en el Hospital de Tingo María – Huánuco, 2019 [Tesis para optar grado de especialidad en Emergencias Obstétricas]. [Huánuco]: Universidad Nacional Hermilio Valdizan; 2023.
 32. Balvin Chacón J. Factores asociados a parto por cesárea de emergencia en gestantes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Daniel Alcides Carrión – Pasco 2023 [Tesis para optar el título profesional de Obstetra]. [Cerro de Pasco, Perú]: Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión; 2023 [citado 16 de agosto de 2025]. Disponible en: http://repositorio.undac.edu.pe/bitstream/undac/3717/1/T026_71054110_T.pdf
 33. INMP. Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología instituto nacional materno perinatal. 2.a ed. Lima: BIBLIOTECA NACIONAL DEL PERÚ; 2018.
 34. William Obstetricia. 25a ed. México: McGraw-Hill; 2019.
 35. Quintana Pantaleón C. La cesárea: ¿cuándo, cómo y por qué? 1st ed. Cantabria: Editorial de la Universidad de Cantabria; 2021. 1 p.

36. Delorme P, Lorthé E, Sibiude J, Kayem G. Preterm and term prelabour rupture of membranes: A review of timing and methods of labour induction. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 1 de noviembre de 2021 [citado 24 de junio de 2025];77:27-41. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521693421001231>
37. Battarbee AN, Osmundson SS, McCarthy AM, Louis JM. Society for Maternal-Fetal Medicine Consult Series #71: Management of previable and perivable preterm prelabor rupture of membranes. *Am J Obstet Gynecol*. 1 de octubre de 2024 [citado 24 de junio de 2025];231(4):B2-15. Disponible en: [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(24\)00759-2/fulltext](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(24)00759-2/fulltext)
38. Ramirez-Montesinos L, Downe S, Ramsden A. Systematic review on the management of term prelabour rupture of membranes. *BMC Pregnancy Childbirth*. 8 de septiembre de 2023 [citado 24 de junio de 2025];23(1):650. Disponible en: <https://doi.org/10.1166/s12884-023-05878-x>
39. ACOG. Prelabor Rupture of Membranes. 2020 [citado 24 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-bulletin/articles/2020/03/prelabor-rupture-of-membranes>
40. Rimsza R. Premature Rupture of Membranes. *Medscape*. 19 de junio de 2025 [citado 25 de junio de 2025]; Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/261137-overview#a6>
41. Bachar G, Shemesh ,Doron, Farago ,Naama, Siegler ,Yoav, Khatib ,Nizar, Ginsberg ,Yuval, et al. The optimal induction timing in prelabor rupture of membranes: a retrospective study. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 31 de diciembre de 2023 [citado 25 de junio de 2025];36(1):2215997. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/14767058.2023.2215997>
42. Zutshi V, Bachani S, Goel S, Arora R, Tiwari S. Prelabour rupture of membranes at term prospective study of expectant management versus induction of labour. *Int J Basic Clin Pharmacol*. 2016 [citado 25 de junio de 2025];5(4):1408-12. Disponible en: <https://www.ijbcp.com/index.php/ijbcp/article/view/514>
43. Araujo-Vargas K, León-Villavicencio L, Villegas-Márquez C. Rotura prematura de membranas: diagnóstico y manejo. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2024;84(1):59-72.

44. INMP. Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología. Lima; 2023.
45. Dayal S, Jenkins SM, Hong PL. Preterm and Term Prelabor Rupture of Membranes (PPROM and PROM). En: StatPearls. StatPearls Publishing; 2024 [citado 25 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532888/>
46. Landon. Gabbe. Obstetricia: Embarazos Normales Y De Riesgo. Elsevier.
47. Khedagi AM, Bello NA. Hypertensive Disorders of Pregnancy. Cardiol Clin. febrero de 2021 [citado 25 de junio de 2025];39(1):77-90. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7720658/>
48. Poon LC, Nguyen-Hoang L, Smith GN, Bergman L, O'Brien P, Hod M, et al. Hypertensive disorders of pregnancy and long-term cardiovascular health: FIGO Best Practice Advice. Int J Gynecol Obstet. 2023 [citado 25 de junio de 2025];160(S1):22-34. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/ijgo.14540>
49. ACOG. Gestational Hypertension and Preeclampsia. 2020 [citado 25 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-bulletin/articles/2020/06/gestational-hypertension-and-preeclampsia>
50. Kornacki J, Olejniczak O, Sibiak R, Gutaj P, Wender-Ożegowska E. Pathophysiology of Pre-Eclampsia—Two Theories of the Development of the Disease. Int J Mol Sci. 25 de diciembre de 2023 [citado 25 de junio de 2025];25(1):307. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10779413/>
51. Wu P, Green M, Myers JE. Hypertensive disorders of pregnancy. BMJ. 30 de junio de 2023 [citado 25 de junio de 2025];381:e071653. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/381/bmj-2022-071653>
52. Ramos Filho FL, Antunes CM de F. Hypertensive Disorders: Prevalence, Perinatal Outcomes and Cesarean Section Rates in Pregnant Women Hospitalized for Delivery. RBGO Gynecol Obstet. noviembre de 2020 [citado 25 de junio de 2025];42(11):690-6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10309246/>
53. Rodriguez BSQ, Vadakekut ES, Mahdy H. Gestational Diabetes. En: StatPearls. StatPearls Publishing; 2024 [citado 25 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK545196/>

54. Hospital TRW. The Royal Women's Hospital. [citado 25 de junio de 2025]. Diabetes gestacional | El Hospital Real de Mujeres. Disponible en: <https://www.thewomens.org.au/health-information/pregnancy-and-birth/pregnancy-problems/pregnancy-problems-in-later-pregnancy/gestational-diabetes>
55. Torres WPR, Juez AEM, González JLG. Diabetes gestacional: fisiopatología, diagnóstico, tratamiento y nuevas perspectivas. 2018;37.
56. Suwannarat N, Punpuckdeekoon P. Factors Associated with Cesarean Operations of Gestational Diabetic Mellitus and Diabetes Complications. J Med Assoc Thai. 15 de septiembre de 2023 [citado 25 de junio de 2025];106(9):837-42. Disponible en: <http://www.jmatonline.com/index.php/jmat/article/view/13757>
57. Maharaj D. Assessing cephalopelvic disproportion: back to the basics. Obstet Gynecol Surv. junio de 2010;65(6):387-95.
58. Borsamo A, Ermias D, Asmare Y, Kifile K. Prevalence, and Associated Factors of Cephalopelvic Disproportion Among Pregnant Women Attending Delivery Services at Wachemo University, Nigist Elleni Mohammed Memorial Referral Hospital, Southern Ethiopia. Research Square; 2024 [citado 25 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.researchsquare.com/article/rs-4849671/v1>
59. Adeyanju BT, Aduloju OP, Okunola TO, Ojo IO. Head circumference, as predictor of cephalopelvic disproportion: A prospective analysis of cases of spontaneous vaginal delivery and caesarean section in Ekiti State, Nigeria. Afr J Reprod Health. junio de 2023;27(6s):154-9.
60. Cohen WR, Friedman EA. The second stage of labor. Am J Obstet Gynecol. 1 de marzo de 2024 [citado 25 de junio de 2025];230(3):S865-75. Disponible en: [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(22\)00460-4/fulltext](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(22)00460-4/fulltext)
61. Schmidt P, Skelly CL, Raines DA. Placental Abruption. En: StatPearls. StatPearls Publishing; 2022 [citado 25 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482335/>
62. Brandt JS, Ananth CV. Placental abruption at near-term and term gestations: pathophysiology, epidemiology, diagnosis, and management. Am J Obstet Gynecol. mayo de 2023;228(5S):S1313-29.

63. Schneider E, Kinzler WL. Placental Abruption: Pathophysiology, Diagnosis, and Management. Clin Obstet Gynecol. marzo de 2025 [citado 25 de junio de 2025];68(1):98. Disponible en: https://journals.lww.com/clinicalobgyn/abstract/2025/03000/placental_abruption_pathophysiology_diagnosis.17.aspx
64. Ngom PM, Edouard FM, Fatou GY, Aya SM, Ndew TM, Amine IM, et al. Management and Maternal-Fetal Prognosis of Placental Abruption: A Retrospective Study of 130 Cases. Open J Obstet Gynecol. 12 de julio de 2022 [citado 25 de junio de 2025];12(7):590-8. Disponible en: <https://www.scirp.org/journal/paperinformation?paperid=118464>
65. Medina Tolentino MI. Riesgo de perdida de bienestar fetal en gestante atendida en el hospital María Auxiliadora – San Juan de Miraflores 2020. 4 de agosto de 2022 [citado 25 de junio de 2025]; Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13053/7410>
66. Godoy P, Acuña C, Caicedo A, Rosas D, Paba S. Monitoreo fetal: principios fisiopatológicos y actualizaciones. Archivos de Ginecología y Obstetricia. 2022 [citado 25 de junio de 2025];60(1):1-92. Disponible en: <https://ago.uy/publicacion/1/numeros/16/articulo/monitoreo-fetal-principios-fisiopatologicos-y-actualizaciones>
67. Bhatia SS, Burgess WH, Skinner JR. Fetal Tachycardia in the Delivery Room: Fetal Distress, Supraventricular Tachycardia, or Both? AJP Rep. octubre de 2020 [citado 25 de junio de 2025];10(4):e380-5. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7669433/>
68. Kale I. Does continuous cardiotocography during labor cause excessive fetal distress diagnosis and unnecessary cesarean sections? J Matern Fetal Neonatal Med. 19 de marzo de 2022 [citado 25 de junio de 2025];35(6):1017-22. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/14767058.2021.1906220>
69. Akanmode AM, Mahdy H. Macrosomia. En: StatPearls. StatPearls Publishing; 2025 [citado 25 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557577/>
70. Boulvain M, Thornton JG. Induction of labour at or near term for suspected fetal macrosomia. Cochrane Database Syst Rev. 8 de marzo de 2023 [citado 25 de junio

- de 2025];2023(3):CD000938. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9995561/>
71. Beta J, Khan N, Fiolna M, Khalil A, Ramadan G, Akolekar R. Maternal and neonatal complications of fetal macrosomia: cohort study. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2019 [citado 25 de junio de 2025];54(3):319-25. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/uog.20278>
 72. Ramos-Rincón A, Cruz-Utrilla A. Manejo de las circulares de cordón en el expulsivo. *Matronas Prof*. 2015;16(3):103-7.
 73. Zhang et al. A clinical retrospective study on 160 cases of multiple umbilical cord around the neck. *PLOS ONE*. 17 de abril de 2018 [citado 25 de junio de 2025];98(15):1166-70. Disponible en: <https://rs.yiigle.com/cmaid/1036187>
 74. Hayes DJL, Warland J, Parast MM, Bendon RW, Hasegawa J, Banks J, et al. Umbilical cord characteristics and their association with adverse pregnancy outcomes: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*. 24 de septiembre de 2020 [citado 25 de junio de 2025];15(9):e0239630. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0239630>
 75. Valenti E, Avila N, Amenabar S, Zanuttini E, Crespo H. Actualización de Consenso de Obstetricia FASGO 2017: “RCIU (Restricción del Crecimiento intrauterino)”. FASGO; 2017 [citado 26 de junio de 2025]. Disponible en: https://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Actualizacion_consenso_RCIU_FASGO_2017.pdf
 76. Kingdom J, Ashwal E, Lausman A, Liauw J, Soliman N, Figueiro-Filho E, et al. Guideline No. 442: Fetal Growth Restriction: Screening, Diagnosis, and Management in Singleton Pregnancies. *J Obstet Gynaecol Can*. 1 de octubre de 2023 [citado 26 de junio de 2025];45(10). Disponible en: [https://www.jogc.com/article/S1701-2163\(23\)00396-1/abstract](https://www.jogc.com/article/S1701-2163(23)00396-1/abstract)
 77. Lees CC, Romero R, Stampalija T, Dall'Asta A, DeVore GA, Prefumo F, et al. Clinical Opinion: The diagnosis and management of suspected fetal growth restriction: an evidence-based approach. *Am J Obstet Gynecol*. marzo de 2022 [citado 26 de junio de 2025];226(3):366-78. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9125563/>

78. Melamed N, Baschat A, Yinon Y, Athanasiadis A, Mecacci F, Figueras F, et al. FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics) initiative on fetal growth: Best practice advice for screening, diagnosis, and management of fetal growth restriction. *Int J Gynaecol Obstet.* marzo de 2021 [citado 26 de junio de 2025];152(Suppl 1):3-57. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8252743/>
79. Reyes KFM, Peralta FDA, Ríos EG, Asmat CC, Figueroa AML. Prevalencia y factores obstétricos asociados a restricción del crecimiento fetal intrauterino. *Rev Peru Investig Materno Perinat.* 4 de abril de 2022 [citado 26 de junio de 2025];10(4):36-43. Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/259>
80. Nowakowska BA, Pankiewicz K, Nowacka U, Niemiec M, Kozłowski S, Issat T. Genetic Background of Fetal Growth Restriction. *Int J Mol Sci.* enero de 2022 [citado 26 de junio de 2025];23(1):36. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1422-0067/23/1/36>
81. Nguyen TTN, Vo VD, Cao NT. Evaluation of correlation between cerebroplacental ratio and adverse outcomes in intrauterine growth restriction. *J Med Pharm.* junio de 2018 [citado 26 de junio de 2025];8(3):82-9. Disponible en: http://jmp.huemed-univ.edu.vn/View.aspx?idbb=tim_hieu_moi_lien_quan_giua_chi_so_nao_ron_va_ke_t_cuc_thai_ky_trong_thai_kem_phat_trien-10061
82. Jenkins SM, Mikes BA. Preterm Labor. En: *StatPearls.* Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [citado 26 de junio de 2025]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536939/>
83. Da Fonseca EB, Damião R, Moreira DA. Preterm birth prevention. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* noviembre de 2020;69:40-9.
84. Saji J. Indications and Fetomaternal Outcomes of Preterm Cesarean Sections. *Int J Pharm Clin Res.* 63(4):50-9.

ANEXOS

ANEXO 1. SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN



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



"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

Cajamarca, 17 de julio del 2025.

OFICIO N°00432-2025-EAPOB-FCS-UNC

Señor:

Obstetra: Claudio Tafur Tacilla

Director del Hospital de Apoyo Cajabamba

GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CAJAMARCA
RED DE SALUD CAJABAMBA
HOSPITAL DE APOYO CAJABAMBA
RIPSA DE PARTES

21 JUL. 2025

N° Folios: 01 N° Registro: 2944
Fecha: 17/07/2025 Hora: 10:43

PRESENTE

Asunto: Solicito acceso a la información registrada en las historias clínicas

Referencia: Solicitud de estudiante

Presente. -

De mi especial consideración:

Me es grato dirigirme a usted para expresarle mi cordial saludo y al mismo tiempo; solicitar el trámite ante quien corresponda para otorgar el permiso correspondiente, a la Bachiller; **Melany Jhenny Mestanza Calderón**, para recoger la información necesaria de las historias clínicas, para la realización de trabajo de investigación titulado: **"Complicaciones materno-fetales asociadas a partos culminados en cesárea. Hospital de apoyo Cajabamba 2023"**. El cual se trabajará mediante una ficha de recolección de datos, de las púerperas que reúnan los requisitos necesarios, atendidas durante el año 2023, en la Institución que usted tan dignamente dirige.

Por lo que solicito su gentil apoyo y comprensión para la realización de la referida investigación.

Hago propicia la oportunidad para reiterarle las muestras de mi especial estima personal.



Atentamente,

Julia E. Quispe Oliva
Doctora Julia E. Quispe Oliva
Directora

Escuela Académico Profesional de Obstetricia
Universidad Nacional de Cajamarca

Autorización
C-21/07/25

GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
UNIDAD EJECUTORA 812 1744
RED INTEGRADA DE SALUD CAJABAMBA

Obsta. CLAUDIO TAFUR TACILLA
COE 13704 ESF 4297
DIRECTOR HOSPITAL DE APOYO CAJABAMBA

ANEXO 2. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
"Norte de la Universidad Peruana"
 Fundada por Ley 14015 del 13 de febrero de 1962
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS: COMPLICACIONES MATERNO FETALES Y TIPO DE CESÁREA.

Parte I. Datos generales			
Número de ficha:		N°. de HCL	

Instrucciones: A continuación, marque con una equis el espacio dentro de los corchetes [X] según corresponda:

Parte II. Características sociodemográficas		
1.	Edad:	10 - 19 años [] 20 -29 años [] 30 - 39 años [] ≥ 40 años []
2.	Escolaridad	Sin estudios []
		Primaria []
		Secundaria []
		Superior []
3.	Religión	Católica []
		Evangélica []
		Otra (especificar):
4.	Ocupación	Estudiante []
		Empleada []
		Independiente []
		Ama de casa []
5.	Estado civil.	Soltera []
		Casada []
		Conviviente []
		Divorciada []
		Viuda []
6.	Zona de residencia.	Urbano []
		Rural []

Parte III. Características obstétricas.

7. Gravidéz.	Primigesta	[]
	Multigesta.	[]

8. Paridad.	Nulípara.		[]
	Primípara.		
	Multípara		
9. Primera atención prenatal	< 14 semanas		[]
	≥ 14 semanas		[]
10. Edad gestacional.	< 28 semanas		[]
	28–32semanas		[]
	33–36 semanas		[]
	37–40 semanas		[]
	≥ 40 semanas		[]
11. Número de controles prenatales	< de 6 controles		[]
	≥ 6 controles		[]
Parte IV. Parto por cesárea			
12. Tipo de cesárea.	Programada		[]
	No programada		[]
Parte V. Complicaciones maternas:			
13. Ruptura prematura de membranas (RPM).			[]
14. Trastornos hipertensivos del embarazo:			
Hipertensión Crónica	[]	Preeclampsia severa	[]
Hipertensión gestacional	[]	Eclampsia	[]
Preeclampsia leve	[]	Sind. HELLP	[]
Preeclampsia sobreañadida	[]		
15. Diabetes gestacional (DG)			[]
16. Desproporción cefalopélvica (DCP)			[]
17. Desprendimiento prematuro de placenta (DPP)			[]
18. Otra:.....			[]
19. Ninguna			[]
Parte VI: Complicaciones fetales			
20. Distocias de presentación			[]
21. Pérdida de bienestar fetal			[]
22. Macrosomía fetal			[]
23. Circular de cordón			[]
24. Retardo del crecimiento intrauterino (RCIU)			[]
25. Prematuridad (<37 semanas)			[]
25.Otra:.....			[]
26. Ninguna			[]

ANEXO 3. JUICIO DE EXPERTOS



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
"Norte de la Universidad Peruana"
 Fundada por Ley 14015 13 de febrero de 1962

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



Estimado profesional, usted ha sido invitado a participar en el proceso de evaluación de un instrumento de investigación. En razón a ello se le alcanza el instrumento motivo de evaluación y el presente formato que servirá para que usted pueda hacernos llegar sus apreciaciones para cada ítem del instrumento de investigación.

- Agradecemos de antemano sus aportes que permitirán validar el instrumento y obtener información válida, criterio requerido para toda investigación

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

Título: Complicaciones materno-fetales asociadas a partos culminados en cesárea. Hospital de apoyo Cajabamba, 2023.							
Objetivo General:							
Autora: Bach. Melany Jhennyt Mestanza Calderón.							
Asesora: M. Cs. Obsta. Nancy Noemy Vásquez Bardales							
ITEM	¹ Pertinencia		² Relevancia		³ Claridad		OBSERVACIONES
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
Parte II. Características sociodemográficas							
1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Parte III. Características obstétricas.							
7	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	<input checked="" type="checkbox"/>						
11	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Parte IV. Parto por cesárea							
12	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Parte V. Complicaciones maternas:							
13	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Parte VI: Complicaciones fetales						
19	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observaciones (precisar si hay ⁴ Suficiencia):

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable** ☒ **Aplicable después de corregir** ☐ **No aplicable** ☐

Apellidos y Nombres del Juez Becerra Goicochea Lorena .

Profesión Obstetra

Título y/o grado académico Doctor

Especialidad Alto Riesgo

Institución donde labora Hospital Regional Docente de Cajamarca

N.º de DNI 41737025

N.º de teléfono 976193419

¹ **Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.


² **Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³ **Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

⁴ **Suficiencia,** se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

Fecha: 04 de julio del 2025

Firma del experto informante:



LORENA J. BECERRA GOICOCHEA
RNE 943401 COP 25117



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
"Norte de la Universidad Peruana"
 Fundada por Ley 14015 13 de febrero de 1962

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA




Estimado profesional, usted ha sido invitado a participar en el proceso de evaluación de un instrumento de investigación. En razón a ello se le alcanza el instrumento motivo de evaluación y el presente formato que servirá para que usted pueda hacernos llegar sus apreciaciones para cada ítem del instrumento de investigación.

- Agradecemos de antemano sus aportes que permitirán validar el instrumento y obtener información válida, criterio requerido para toda investigación

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

Título: Complicaciones materno fetales asociadas a partos culminados en cesárea. Hospital de apoyo Cajabamba, 2023.							
Objetivo General:							
Autora: Bach. Melany Jhenny Mestanza Calderón.							
Asesora: M. Cs. Obsta. Nancy Noemy Vásquez Bardales							
ITEM	¹ Pertinencia		² Relevancia		³ Claridad		OBSERVACIONES
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
Parte II. Características sociodemográficas							
1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Parte III. Características obstétricas.							
7	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Parte IV. Parto por cesárea							
12	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Parte V. Complicaciones maternas:							
13	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Parte VI: Complicaciones fetales						
19	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observaciones (precisar si hay ⁴ Suficiencia): <u>SI</u>						
Opinión de aplicabilidad: Aplicable <input checked="" type="checkbox"/> Aplicable después de corregir <input type="checkbox"/> No aplicable <input type="checkbox"/>						
Apellidos y Nombres del Juez				ALAYO PEREZ ITALIA MERLY		
Profesión				Obstetra		
Título y/o grado académico				M. CS		
Especialidad				OBSTETRICIA		
Institución donde labora				HOSPITAL DE APOYO CAJABAMBA		
N.º de DNI				43451960		
N.º de teléfono				942 156915		
<p>¹ Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.</p> <p>² Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo</p> <p>³ Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo</p> <p>⁴ Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión</p>				<p>Fecha: <u>Cajabamba</u> <u>10</u> de <u>Julio</u> del 2025</p> <p>Firma del experto informante:</p> <p> Nataly Merly Alayo Pérez OBSTETRA COP: 27684</p>		



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
"Norte de la Universidad Peruana"
 Fundada por Ley 14015 13 de febrero de 1962



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

Estimado profesional, usted ha sido invitado a participar en el proceso de evaluación de un instrumento de investigación. En razón a ello se le alcanza el instrumento motivo de evaluación y el presente formato que servirá para que usted pueda hacernos llegar sus apreciaciones para cada ítem del instrumento de investigación.

- Agradecemos de antemano sus aportes que permitirán validar el instrumento y obtener información válida, criterio requerido para toda investigación

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

Título: Complicaciones materno-fetales asociadas a partos culminados en cesárea. Hospital de apoyo Cajabamba, 2023.							
Objetivo General:							
Autora: Bach. Melany Jhennt Mestanza Calderón.							
Asesora: M. Cs. Obsta. Nancy Noemy Vásquez Bardales							
ITEM	¹ Pertinencia		² Relevancia		³ Claridad		OBSERVACIONES
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
Parte II. Características sociodemográficas							
1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Parte III. Características obstétricas.							
7	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	<input checked="" type="checkbox"/>						
11	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Parte IV. Parto por cesárea							
12	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Parte V. Complicaciones maternas:							
13	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Parte VI: Complicaciones fetales							
19	[x]	[]	[x]	[]	[x]	[]	
20	[x]	[]	[x]	[]	[x]	[]	
21	[x]	[]	[x]	[]	[x]	[]	
21	[x]	[]	[x]	[]	[x]	[]	
23	[x]	[]	[x]	[]	[x]	[]	
24	[x]	[]	[x]	[]	[x]	[]	
25	[x]	[]	[x]	[]	[x]	[]	
Observaciones (precisar si hay ⁴ Suficiencia): <i>S</i>							
Opinión de aplicabilidad:		Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []					
Apellidos y Nombres del Juez		LEZAMA TORRES Marieta Marlene					
Profesión		Obstetra					
Título y/o grado académico		MAESTRO					
Especialidad		ALTO RIESGO OBSTETRICO					
Institución donde labora		HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CAJAMARCA					
N.º de DNI		26718383					
N.º de teléfono		976 22 5164					
¹ Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado. ² Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo ³ Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo ⁴ Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión		Fecha: <u>DOS</u> de <u>Julio</u> del 2025 Firma del experto informante:  					



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
"Norte de la Universidad Peruana"
Fundada por Ley 14015 13 de febrero de 1962





FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

Estimado profesional, usted ha sido invitado a participar en el proceso de evaluación de un instrumento de investigación. En razón a ello se le alcanza el instrumento motivo de evaluación y el presente formato que servirá para que usted pueda hacernos llegar sus apreciaciones para cada ítem del instrumento de investigación.

- Agradecemos de antemano sus aportes que permitirán validar el instrumento y obtener información válida, criterio requerido para toda investigación

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

Título: Complicaciones materno-fetales asociadas a partos culminados en cesárea. Hospital de apoyo Cajabamba, 2023.							
Objetivo General: Determinar la asociación entre complicaciones M-F y el tipo de C.							
Autora: Bach. Melany Jhennt Mestanza Calderón.							
Asesora: M. Cs. Obsta. Nancy Noemy Vásquez Bardales							
ITEM	¹ Pertinencia		² Relevancia		³ Claridad		OBSERVACIONES
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
Parte II. Características sociodemográficas							
1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sugiero colocar al b) c) etc. a cada dimensión del instrumento Sugiero retirar no aporta relevancia
2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Parte III. Características obstétricas.							
7	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sugiere inicio de APN corregir intervalos ym: 33-36
8	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Parte IV. Parto por cesárea							
12	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Parte V. Complicaciones maternas:							
13	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se sugiere a cada ítem colocar si o no
14	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Parte VI: Complicaciones fetales							
19	[X]	[]	[X]	[]	[X]	[]	Se sugiere colocar si o no según su presencia
20	[X]	[]	[X]	[]	[X]	[]	
21	[X]	[]	[X]	[]	[X]	[]	
21	[X]	[]	[X]	[]	[X]	[]	
23	[X]	[]	[X]	[]	[X]	[]	
24	[X]	[]	[X]	[]	[X]	[]	
25	[X]	[]	[X]	[]	[X]	[]	
Observaciones (precisar si hay ⁴ Suficiencia): SI -							
Opinión de aplicabilidad:		Aplicable <input checked="" type="checkbox"/> Aplicable después de corregir [] No aplicable []					
Apellidos y Nombres del Juez		CARBAJAL GUTIÉRREZ ROSA LUZ					
Profesión		Obstetra					
Título y/o grado académico		DRA. EN SALUD.					
Especialidad		Obstetricia					
Institución donde labora		Hospital Regional Docente de Cajamarca					
N.º de DNI		26923961					
N.º de teléfono		951645599					
¹ Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado. ² Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo ³ Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo ⁴ Suficiencia: se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión		Fecha: <u>Cajamarca 04</u> de <u>Julio</u> del 2025 Firma del experto informante:  					

ANEXO 4. Validez del contenido del instrumento

ÍTEM	Criterio	Media	DS	V DE AIKEN	Límite inferior	Límite superior
Ítem 1	Pertinencia	1.00	0.00	1.00	0.51	1.00
	Relevancia	1.00	0.00	1.00	0.51	1.00
	Claridad	1.00	0.00	1.00	0.51	1.00
Ítem 2	Pertinencia	1.00	0.00	1.00	0.51	1.00
	Relevancia	1.00	0.00	1.00	0.51	1.00
	Claridad	1.00	0.00	1.00	0.51	1.00
Ítem 3	Pertinencia	0.75	0.43	0.75	0.30	0.95
	Relevancia	0.75	0.43	0.75	0.30	0.95
	Claridad	1.00	0.00	1.00	0.51	1.00
Ítem 4	Pertinencia	1.00	0.00	1.00	0.51	1.00
	Relevancia	1.00	0.00	1.00	0.51	1.00
	Claridad	1.00	0.00	1.00	0.51	1.00
Ítem 5	Pertinencia	1.00	0.00	1.00	0.51	1.00
	Relevancia	1.00	0.00	1.00	0.51	1.00
	Claridad	1.00	0.00	1.00	0.51	1.00
Ítem 6	Pertinencia	1.00	0.00	1.00	0.51	1.00
	Relevancia	1.00	0.00	1.00	0.51	1.00
	Claridad	1.00	0.00	1.00	0.51	1.00
Ítem 7	Pertinencia	1.00	0.00	1.00	0.51	1.00
	Relevancia	1.00	0.00	1.00	0.51	1.00
	Claridad	1.00	0.00	1.00	0.51	1.00
Ítem 8	Pertinencia	1.00	0.00	1.00	0.51	1.00
	Relevancia	1.00	0.00	1.00	0.51	1.00
	Claridad	1.00	0.00	1.00	0.51	1.00
Ítem 9	Pertinencia	1.00	0.00	1.00	0.51	1.00
	Relevancia	1.00	0.00	1.00	0.51	1.00
	Claridad	1.00	0.00	1.00	0.51	1.00
Ítem 10	Pertinencia	1.00	0.00	1.00	0.51	1.00
	Relevancia	1.00	0.00	1.00	0.51	1.00
	Claridad	1.00	0.00	1.00	0.51	1.00
Ítem 11	Pertinencia	1.00	0.00	1.00	0.51	1.00
	Relevancia	1.00	0.00	1.00	0.51	1.00
	Claridad	1.00	0.00	1.00	0.51	1.00
Ítem 12	Pertinencia	1.00	0.00	1.00	0.51	1.00
	Relevancia	1.00	0.00	1.00	0.51	1.00
	Claridad	1.00	0.00	1.00	0.51	1.00
Ítem 13	Pertinencia	1.00	0.00	1.00	0.51	1.00
	Relevancia	1.00	0.00	1.00	0.51	1.00
	Claridad	1.00	0.00	1.00	0.51	1.00
Ítem 14	Pertinencia	1.00	0.00	1.00	0.51	1.00
	Relevancia	1.00	0.00	1.00	0.51	1.00

	Claridad	1.00	0.00	1.00	0.51	1.00
Ítem 15	Pertinencia	1.00	0.00	1.00	0.51	1.00
	Relevancia	1.00	0.00	1.00	0.51	1.00
	Claridad	1.00	0.00	1.00	0.51	1.00
Ítem 16	Pertinencia	1.00	0.00	1.00	0.51	1.00
	Relevancia	1.00	0.00	1.00	0.51	1.00
	Claridad	1.00	0.00	1.00	0.51	1.00
Ítem 17	Pertinencia	1.00	0.00	1.00	0.51	1.00
	Relevancia	1.00	0.00	1.00	0.51	1.00
	Claridad	1.00	0.00	1.00	0.51	1.00
Ítem 18	Pertinencia	1.00	0.00	1.00	0.51	1.00
	Relevancia	1.00	0.00	1.00	0.51	1.00
	Claridad	1.00	0.00	1.00	0.51	1.00
Ítem 19	Pertinencia	1.00	0.00	1.00	0.51	1.00
	Relevancia	1.00	0.00	1.00	0.51	1.00
	Claridad	1.00	0.00	1.00	0.51	1.00
Ítem 20	Pertinencia	1.00	0.00	1.00	0.51	1.00
	Relevancia	1.00	0.00	1.00	0.51	1.00
	Claridad	1.00	0.00	1.00	0.51	1.00
Ítem 21	Pertinencia	1.00	0.00	1.00	0.51	1.00
	Relevancia	1.00	0.00	1.00	0.51	1.00
	Claridad	1.00	0.00	1.00	0.51	1.00
Ítem 22	Pertinencia	1.00	0.00	1.00	0.51	1.00
	Relevancia	1.00	0.00	1.00	0.51	1.00
	Claridad	1.00	0.00	1.00	0.51	1.00
Ítem 23	Pertinencia	1.00	0.00	1.00	0.51	1.00
	Relevancia	1.00	0.00	1.00	0.51	1.00
	Claridad	1.00	0.00	1.00	0.51	1.00
Ítem 24	Pertinencia	1.00	0.00	1.00	0.51	1.00
	Relevancia	1.00	0.00	1.00	0.51	1.00
	Claridad	1.00	0.00	1.00	0.51	1.00
Ítem 25	Pertinencia	1.00	0.00	1.00	0.51	1.00
	Relevancia	1.00	0.00	1.00	0.51	1.00
	Claridad	1.00	0.00	1.00	0.51	1.00
V de Aiken total del instrumento				0.99	0.50	1.00

El instrumento de recolección de datos denominado “COMPLICACIONES MATERNO FETALES Y TIPO DE CESÁREA ”, obtuvo un Coeficiente de validación V de Aiken de 0,99, lo que indica que el instrumento es válido para su aplicación.

ANEXO 5. CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS (PRUEBA PILOTO)

1. Ficha de recolección de datos “Complicaciones materno fetales y tipo de cesárea”.

Resumen de procesamiento de casos			
		N	%
Casos	Válido	22	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	22	100,0

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

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	0,848
N de elementos	26

La confiabilidad del instrumento de medición para la ficha de recolección de datos COMPLICACIONES MATERNOFETALES Y TIPO DE CESÁREA, presenta un Alfa de Cronbach de 0,848 lo que indica que el instrumento rango de fiabilidad buena, por tanto es confiable para su aplicación.

1. Evaluación del coeficiente alfa de Cronbach

El coeficiente Alfa de Cronbach sirve para determinar qué tan consistente es un conjunto de preguntas o ítems dentro de una escala. Si el valor de este coeficiente se acerca a 1, significa que la confiabilidad de los ítems es alta. Es esencial calcular este valor con los datos de cada estudio para garantizar que la herramienta de medición es confiable (39):

- Excelente: un valor de Alfa de Cronbach superior a 0.9.
- Bueno: un valor superior a 0.8.
- Aceptable: un valor superior a 0.7.
- Cuestionable: un valor superior a 0.6.
- Pobre: un valor superior a 0.5.
- Inaceptable: un valor inferior a 0.5.

ANEXO 6. CONSTANCIA DE PROCESAMIENTO DE DATOS

CONSTANCIA DE PROCESO DE DATOS

COMPLICACIONES MATERNO FETALES ASOCIADAS A PARTOS CULMINADOS EN CESÁREA. HOSPITAL DE APOYO CAJAMBAMBA, 2023

Tesista: Melany Jhenny Mestanza Calderón

Tabla 1: Características sociodemográficas de las gestantes atendidas por cesárea en el “Hospital de Apoyo de Cajabamba” durante el 2023.

Tabla 2: Características obstétricas de las gestantes atendidas por cesárea en el “Hospital de Apoyo de Cajabamba” durante el 2023.

Tabla 3: Complicaciones materno fetales en las gestantes atendidas por cesárea en el “Hospital de Apoyo de Cajabamba” durante el 2023.

Tabla 4: Tipo de cesárea en las gestantes atendidas por cesárea en el “Hospital de Apoyo de Cajabamba” durante el 2023.

Tabla 5: Asociación entre las complicaciones materno fetales y el tipo de cesárea en las gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo Cajabamba el año 2023.

Contrastación de hipótesis: Prueba de Chi-cuadrado.

Validación de instrumento: Cálculo de V de Aiken del instrumento Complicaciones maternofetales y tipo de cesárea.

Fiabilidad de instrumento: Cálculo del índice de confiabilidad (alfa de Cronbach) del instrumento Complicaciones maternofetales y tipo de cesárea.

Cajamarca, 15 de agosto de 2025



Mg. Jorge Ponce González
COSPE 933
DNI 17931143

ANEXO 7. APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS




ANEXO 8




Página 1 de 95 - Portada

Identificador de la entrega trn:oid::3117:520314056

FINAL TESIS MELANY JHENNYT MESTANZA CALDERÓN.docx

 MELANY JHENNYT MESTANZA CALDERÓN

 MELANY JHENNYT MESTANZA CALDERÓN

 Universidad Nacional de Cajamarca

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid::3117:520314056

Fecha de entrega

29 oct 2025, 11:25 p.m. GMT-5

Fecha de descarga

29 oct 2025, 11:33 p.m. GMT-5

Nombre del archivo

FINAL TESIS MELANY JHENNYT MESTANZA CALDERÓN.docx

Tamaño del archivo

18.4 MB

89 páginas

18.443 palabras

107.062 caracteres



Página 1 de 95 - Portada

Identificador de la entrega trn:oid::3117:520314056