

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

CARRERA PROFESIONAL DE MEDICINA

HUMANA



TESIS

Principal indicación de parto por cesárea en el Hospital Las Mercedes de
Chiclayo, periodo de enero a diciembre del 2023

Para obtener el título profesional de Médico Cirujano

AUTOR:

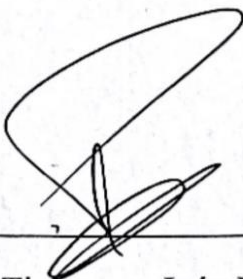
Bach. Delgado Julca, Henry Brand

ASESOR


Dr. Salazar Zuloeta, Jaime

Lambayeque, 2026

APROBADO POR:



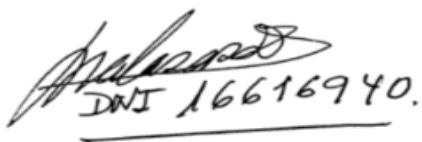
Dr. Pinto Tipismana Iván Randolpho
PRESIDENTE



Dr. Giles Añi Juan Humberto
SECRETARIO



Dr. Anteparra Paredes Gustavo
VOCAL



DNI 16616940.

Dr. Salazar Zuloeta, Jaime Ysrael
ASESOR

ACTA DE SUSTENTACIÓN N° 004-2026-FMH-UNPRG

Siendo las 10 : 10 horas del día 23 de FEBRERO del 2026, se reunieron los miembros los jurado evaluador designados mediante Resolución N° 205-2024-D-FMH-UNPRG; conformada por los siguientes docentes:

Presidente: Dr. PINTO TIPISMANA IVAN RONDOLFO
Secretario: Dr. GILES AÑI JUAN HUMBERTO
Vocal: Dr. ANTEPARRA PAREDES GUSTAVO ENRIQUE

Con la finalidad de evaluar y calificar la sustentación de la tesis titulada:

PRINCIPAL INDICACIÓN DE PARTO POR CESÁREA EN EL HOSPITAL LAS MERCEDES DE CHICLAYO, PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2023", cuyo autor es el Bachiller:

DELGADO JULCA HENRY BRAND

Teniendo como Asesor al DR. SALAZAR ZULOETA JAIME YSRAEL

El acto de sustentación fue autorizado por Resolución N 101-2026-UNPRG/FMH-D. de fecha 20 de febrero del 2026.

Después de la sustentación y absueltas las preguntas y observaciones de los miembros de jurado se procedió a la calificación respectiva otorgándoseles la calificación de 17 (Diecisiete) en escala vigésima y 87 (ochenta y siete) en la escala centesimal, Nivel: BUE NO

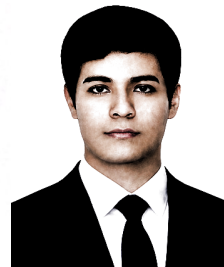
Por lo que quedan APTOS para optar el título profesional de Médico Cirujano de acuerdo con la Ley Universitaria 30220 y la normatividad vigente de la Facultad de Medicina Humana y la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo.

Siendo las 11 : 00 horas se da por concluido el presente acto académico, dándose conformidad al presente, con la firma de los miembros del jurado.

Dr. PINTO TIPISMANA IVAN RONDOLFO
PRESIDENTE

DR. GILES AÑI JUAN HUMBERTO
SECRETARIO

Dr. ANTEPARRA PAREDES GUSTAVO ENRIQUE
VOCAL



CONSTANCIA DE VERIFICACIÓN DE ORIGINALIDAD

Yo, JAI ME YSRAEL SALAZAR ZULOETA usuario revisor de:

Tesis

Trabajo de Suficiencia Profesional

Trabajo Académico

Titulado PRINCIPAL INDICACIÓN DE PARTO POR CESÁREA
EN EL HOSPITAL LAS MERCEDES DE CHICLAYO, PERIODO
DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2023

Cuyo(s) autor(es) es(son):

HENRY BRAND DELGADO JULCA DNI° 71309201

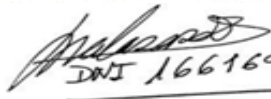
DNI° _____

declaro que la evaluación realizada por el Programa informático, ha arrojado un porcentaje de similitud 18 %, verificables en el Resumen del Reporte Automatizado de similitudes que se acompaña.

El(La/Los/Las) suscrito(a/s/as) analizó y concluyó que cada una de las coincidencias detectadas dentro del porcentaje de similitud permitido no constituyen plagio y que el documento cumple con la integridad científica y con las normas para el uso de citas y referencias establecidas en los protocolos respectivos.

Se cumple con adjuntar el Recibo Digital a efectos de la trazabilidad respectiva del proceso.

Lambayeque, 23 de FEBRERO del 2026


DNI 16616940.

Nombres y Apellidos: JAI ME YSRAEL SALAZAR ZULOETA

DNI°: 16616940

ASESOR

Defina la modalidad con [X]

Adjuntar

- *Reporte Automatizado de similitudes*
- *Recibo Digital*

Principal indicación de parto por cesárea en el Hospital Las Mercedes de Chiclayo, periodo de enero a diciembre del 2023

INFORME DE ORIGINALIDAD

18%

INDICE DE SIMILITUD

18%

FUENTES DE INTERNET

8%

PUBLICACIONES

5%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

hdl.handle.net

Fuente de Internet

3%

2

repositorio.unprg.edu.pe

Fuente de Internet

3%

3

investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe

Fuente de Internet

2%

4

repositorio.unc.edu.pe

Fuente de Internet

1%

5

repositorio.unap.edu.pe

Fuente de Internet

1%

6

repositorio.unfv.edu.pe

Fuente de Internet

1%

7

apirepositorio.unh.edu.pe

Fuente de Internet

1%

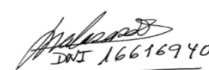
8

repositorio.unjbg.edu.pe

Fuente de Internet

1%

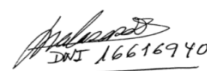
repositorio.ucv.edu.pe



DNI 16616940.

Dr. Salazar Zuloeta, Jaime Ysrael
ASESOR

9	Fuente de Internet	1 %
10	Submitted to Universidad Peruana Los Andes Trabajo del estudiante	<1 %
11	repositorio.unsaac.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
12	apirepositorio.unu.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
13	repositorio.udh.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
14	repositorio.upch.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
15	repositorio.uancv.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
16	repositorio.unjfsc.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
17	www.researchgate.net Fuente de Internet	<1 %
18	Submitted to Universidad Ricardo Palma Trabajo del estudiante	<1 %
19	Submitted to Universidad de San Martín de Porres Trabajo del estudiante	<1 %
20	ginecologiayobstetricia.org.mx Fuente de Internet	


DNI 16616940.

Dr. Salazar Zuloeta, Jaime Ysrael
ASESOR

<1 %

21

Submitted to Universidad Autónoma de Ica
Trabajo del estudiante

<1 %

22

repositorio.unsch.edu.pe
Fuente de Internet

<1 %

23

www.coursehero.com
Fuente de Internet

<1 %

24

repositorioacademico.upc.edu.pe
Fuente de Internet

<1 %

25

Submitted to Higher Education Commission
Pakistan
Trabajo del estudiante

<1 %

26

repositorio.unica.edu.pe
Fuente de Internet

<1 %

27

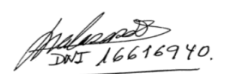
repositorio.unprg.edu.pe:8080
Fuente de Internet

<1 %

28

Inofuente Gutierrez, Walter Yonny. "Factores asociados y comparación del tratamiento con acetazolamida sola versus acetazolamida combinada con genfibrozilo y medroxiprogesterona en pacientes mayores de 60 años con eritrocitosis de altura, Hospital III EsSalud Juliaca 2025", Universidad Nacional del Altiplano de Puno (Peru), 2025
Publicación

<1 %



Dr. Salazar Zuloeta, Jaime Ysrael
ASESOR

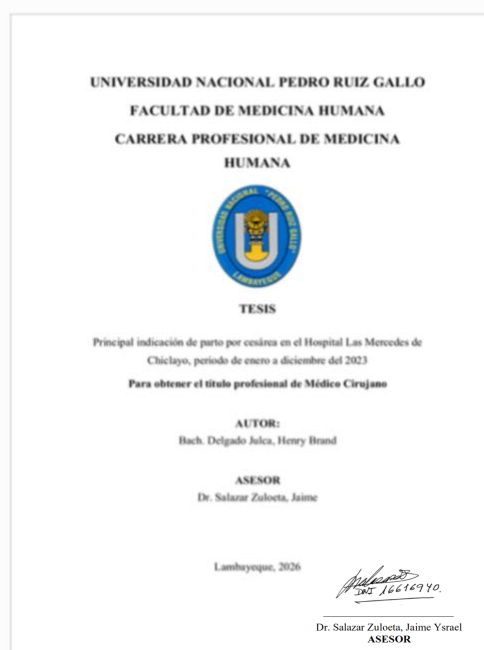


Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por Turnitin. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega: Henry Delgado Julca
Título del ejercicio: Quick Submit
Título de la entrega: Principal indicación de parto por cesárea en el Hospital Las M...
Nombre del archivo: Informe_final_de_tesis_Henry.docx
Tamaño del archivo: 512.4K
Total páginas: 73
Total de palabras: 14,543
Total de caracteres: 84,436
Fecha de entrega: 18-feb-2026 06:59p. m. (UTC-0500)
Identificador de la entrega: 2882740801



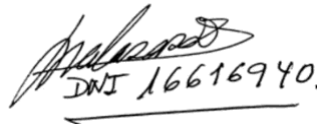
DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Yo, Delgado Julca, Henry Brand investigador principal, y Dr. Salazar Zuloeta, Jaime asesor del trabajo de investigación “PRINCIPAL INDICACIÓN DE PARTO POR CESÁREA EN EL HOSPITAL LAS MERCEDES DE CHICLAYO, PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2023”, declaro bajo juramento que este trabajo no ha sido plagiado, ni contiene datos falsos. En caso se demostrará lo contrario, asumo responsablemente la anulación de este informe y por ende el proceso administrativo a que hubiera lugar. Que puede conducir a la anulación del título o grado emitido como consecuencia de este informe.

Lambayeque, 01/02/2026



Delgado Julca, Henry Brand
INVESTIGADOR PRINCIPAL



Dr. Salazar Zuloeta, Jaime Ysrael
ASESOR

Lambayeque, febrero 2026

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado, de manera especial, a mi madre, Flor, por su ejemplo de fortaleza y perseverancia a lo largo de mi formación profesional; a mi tía, Cristina y a mi hermano Christian, por el apoyo constante y la confianza brindada; a mi pareja, Claudia, por acompañarme en cada etapa de este proceso y compartir conmigo cada triunfo y a mi querida mascota, Kody, por su compañía permanente durante este periodo de esfuerzo y dedicación.

AGRADECIMIENTOS

Expreso mi sincero agradecimiento a mi madre, Flor, por el apoyo permanente brindado a lo largo de toda mi formación profesional; a mi tía Cristina y a mi hermano Christian, por su acompañamiento y respaldo durante el desarrollo de mis estudios universitarios; a mi pareja, Claudia, por su apoyo constante durante todo este proceso, a mi querida mascota, Kody, por su compañía leal y su cariño incondicional, que llenaron de calidez y serenidad cada etapa de este proceso. Asimismo, expreso mi gratitud a los docentes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, por la orientación y apoyo brindados durante mi formación académica y el desarrollo de la presente tesis.

INDICE

INDICE DE TABLAS.....	13
INDICE DE FIGURAS	14
RESUMEN.....	15
ABSTRACT	16
INTRODUCCIÓN.....	17
CAPITULO I: DISEÑO TEÓRICO.....	20
1.1 ANTECEDENTES	20
1.2 BASES TEÓRICAS	25
CAPITULO II: MATERIALES Y MÉTODOS	33
2.1 DISEÑO DE ESTUDIO:.....	33
2.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	33
2.3 DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	35
2.4 PROCEDIMIENTOS	43
2.5 ASPECTOS ÉTICOS	44
2.6 ACTIVIDADES Y RECURSOS.....	46
CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	48
3.1 RESULTADOS	48
3.2 DISCUSIÓN.....	61
CAPITULO IV: CONCLUSIONES.....	64
CAPITULO V: RECOMENDACIONES.....	65
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
ANEXOS.....	71

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Tabla de distribución de las gestantes según tipo de parto en el Hospital Las Mercedes, periodo de enero a diciembre del 2023.	48
Tabla 2: Tabla de distribución de indicación de parto por cesárea totales en el Hospital Las Mercedes, periodo de enero a diciembre del 2023.	49
Tabla 3: Tabla de distribución categórica de indicaciones de parto por cesárea en el Hospital Las Mercedes, periodo de enero a diciembre del 2023.	50
Tabla 4: Tabla de distribución de indicaciones maternas de parto por cesárea en el Hospital Las Mercedes, periodo de enero a diciembre del 2023.	51
Tabla 5: Tabla de distribución de indicaciones fetales de parto por cesárea en el Hospital Las Mercedes, periodo de enero a diciembre del 2023.	52
Tabla 6: Tabla de distribución de indicaciones ovulares anexiales de parto por cesárea en el Hospital Las Mercedes, periodo de enero a diciembre del 2023.	53
Tabla 7: Tabla de distribución de frecuencia de edad en cesareadas en el Hospital Las Mercedes, periodo de enero a diciembre del 2023.	54
Tabla 8: Tabla de distribución de frecuencia de estado civil en cesareadas en el Hospital Las Mercedes, periodo de enero a diciembre del 2023.	55
Tabla 9: Tabla de distribución de frecuencia de grado de instrucción en cesareadas en el Hospital Las Mercedes, periodo de enero a diciembre del 2023.	56
Tabla 10: Tabla de distribución de frecuencia de lugar de residencia en cesareadas en el Hospital Las Mercedes, periodo de enero a diciembre del 2023.	57
Tabla 11: Tabla de distribución de frecuencia de controles prenatales en cesareadas en el Hospital Las Mercedes, periodo de enero a diciembre del 2023.	58
Tabla 12: Tabla de distribución de frecuencia de edad gestacional en cesareadas en el Hospital Las Mercedes, periodo de enero a diciembre del 2023.	59
Tabla 13: Tabla de distribución de frecuencia de paridad en cesareadas en el Hospital Las Mercedes, periodo de enero a diciembre del 2023.	60

INDICE DE FIGURAS

Ilustración 1: Gráfico de distribución de las gestantes según tipo de parto en el Hospital Las Mercedes, periodo de enero a diciembre del 2023.	48
Ilustración 2: Gráfico de distribución de indicación de parto por cesárea totales en el Hospital Las Mercedes, periodo de enero a diciembre del 2023	49
Ilustración 3: Gráfico de distribución categórica de indicaciones de parto por cesárea en el Hospital Las Mercedes, periodo de enero a diciembre del 2023	50
Ilustración 4: Gráfico de distribución de indicaciones maternas de parto por cesárea en el Hospital Las Mercedes, periodo de enero a diciembre del 2023.	51
Ilustración 5: Gráfico de distribución de indicaciones fetales de parto por cesárea en el Hospital Las Mercedes, periodo de enero a diciembre del 2023.	52
Ilustración 6: Gráfico de distribución de indicaciones ovulares anexiales de parto por cesárea en el Hospital Las Mercedes, periodo de enero a diciembre del 2023.	53
Ilustración 7: Gráfico de distribución de frecuencia de edad en cesareadas en el Hospital Las Mercedes, periodo de enero a diciembre del 2023	54
Ilustración 8: Gráfico de distribución de frecuencia de estado civil en cesareadas en el Hospital Las Mercedes, periodo de enero a diciembre del 2023	55
Ilustración 9: Gráfico de distribución de frecuencia de grado de instrucción en cesareadas en el Hospital Las Mercedes, periodo de enero a diciembre del 2023	56
Ilustración 10: Gráfico de distribución de frecuencia de lugar de residencia en cesareadas en el Hospital Las Mercedes, periodo de enero a diciembre del 2023	57
Ilustración 11: Gráfico de distribución de frecuencia de controles prenatales en cesareadas en el Hospital Las Mercedes, periodo de enero a diciembre del 2023	58
Ilustración 12: Gráfico de distribución de frecuencia de edad gestacional en cesareadas en el Hospital Las Mercedes, periodo de enero a diciembre del 2023	59
Ilustración 13: Gráfico de distribución de frecuencia de paridad en cesareadas en el Hospital Las Mercedes, periodo de enero a diciembre del 2023	60

RESUMEN

“Principal indicación de parto por cesárea en el Hospital Las Mercedes de Chiclayo, periodo de enero a diciembre del 2023”

Objetivos:

Determinar la principal indicación de parto por cesárea en el Hospital Las Mercedes de Chiclayo durante el periodo enero–diciembre del 2023, categorizar las indicaciones según su origen materno, fetal y ovular, describir el perfil clínico y epidemiológico de las gestantes sometidas a cesárea y determinar tasa de parto por cesárea en la población de estudio mencionada.

Material y métodos:

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. La población estuvo constituida por todas las gestantes que culminaron su embarazo mediante parto por cesárea en el Hospital Las Mercedes de Chiclayo durante el año 2023. La información se obtuvo a partir de las historias clínicas, considerando variables sociodemográficas y obstétricas. El análisis de datos se efectuó mediante estadística descriptiva, expresándose en frecuencias y porcentajes.

Resultados:

La tasa de parto por cesárea fue de 38,39 %. Las indicaciones de origen materno representaron la mayor proporción (68,10 %), seguidas de las fetales (20,43 %) y ovulares / anexiales (11,47 %). La principal indicación materna fue el antecedente de cesárea previa (50 %), mientras que el estado fetal no tranquilizador predominó entre las indicaciones fetales (38,60 %) y la ruptura prematura de membranas entre las ovulares (59,38 %). La mayoría de las gestantes tuvo entre 20 y 34 años, procedía de zona urbana y contó con seis o más controles prenatales.

Conclusiones:

La principal indicación de parto por cesárea fue el antecedente de cesárea previa, observándose una tasa superior a las recomendaciones internacionales, lo que evidencia la necesidad de optimizar la indicación de esta intervención quirúrgica.

Palabras clave: Cesárea; Trabajo de parto; Salud materna; Atención obstétrica; Perú.

ABSTRACT

“Main Indications for Cesarean Section at Hospital Las Mercedes, Chiclayo, January–December 2023”

Objectives:

To determine the main indication for cesarean section at Hospital Las Mercedes in Chiclayo during January–December 2023, to categorize cesarean indications according to maternal, fetal, and ovular origin, to describe the clinical and epidemiological profile of women who underwent cesarean delivery and determine the rate of cesarean delivery in the aforementioned study population.

Material and methods:

An observational, descriptive, retrospective study was conducted. The study population included all pregnant women who delivered by cesarean section at Hospital Las Mercedes, Chiclayo, during 2023. Data were collected from medical records and included sociodemographic and obstetric variables. Data analysis was performed using descriptive statistics and expressed as frequencies and percentages.

Results:

The cesarean section rate was 38.39%. Maternal indications were the most frequent (68.10%), followed by fetal (20.43%) and ovular indications (11.47%). The most common maternal indication was previous cesarean section (50%). Among fetal indications, non-reassuring fetal status was the leading cause (38.60%), while premature rupture of membranes predominated among ovular indications (59.38%). Most women were aged 20–34 years, lived in urban areas, and had six or more prenatal visits.

Conclusions:

Previous cesarean section was the main indication for cesarean delivery. The cesarean rate exceeded international recommendations, highlighting the need to optimize obstetric practices and clinical decision-making.

Keywords: Cesarean Section; Labor, Obstetric; Maternal Health; Obstetric Care; Peru

INTRODUCCIÓN

La cesárea constituye un procedimiento quirúrgico fundamental dentro de la atención obstétrica moderna, indicado cuando existen condiciones que comprometen la salud materna o fetal. Su adecuada utilización contribuye a la reducción de la morbimortalidad perinatal; sin embargo, su indicación debe basarse en criterios clínicos claramente establecidos y en guías de práctica clínica sustentadas en evidencia científica.

A nivel mundial, se ha evidenciado un incremento sostenido de las tasas de cesárea en las últimas décadas. La Organización Mundial de la Salud (1) ha señalado que, si bien esta intervención resulta esencial en situaciones específicas, su uso excesivo no se asocia con mejores resultados maternos ni neonatales y puede incrementar el riesgo de complicaciones.

En América Latina, las tasas de cesárea se encuentran entre las más elevadas a nivel global, con una marcada heterogeneidad entre países y establecimientos de salud. Investigaciones recientes indican que la indicación de cesárea no depende únicamente de factores clínicos, sino también de aspectos institucionales y contextuales.

Desde el punto de vista teórico, las indicaciones de cesárea se clasifican en maternas, fetales y ovulares. Las indicaciones maternas incluyen el antecedente de cesárea previa, los trastornos hipertensivos del embarazo y la desproporción céfalo-pélvica; las fetales comprenden el estado fetal no tranquilizador, las presentaciones anómalas y la macrosomía; mientras que las ovulares abarcan condiciones como la ruptura prematura de membranas y las alteraciones del líquido amniótico. La identificación adecuada de estas indicaciones permite evaluar la pertinencia del procedimiento y optimizar la práctica obstétrica.

En el contexto nacional, diversos estudios han reportado tasas elevadas de cesárea en hospitales públicos, predominando las indicaciones maternas. No obstante, la información disponible es variable y limitada según el contexto institucional. En el Hospital Las Mercedes de Chiclayo, los datos recientes sobre las principales indicaciones de cesárea son escasos.

Por ello, el presente estudio tiene como objetivo determinar la principal indicación de parto por cesárea en el Hospital Las Mercedes de Chiclayo durante el periodo enero-diciembre de 2023, así como describir su distribución según el origen de la indicación, contribuyendo a la generación de evidencia local que permita evaluar la práctica obstétrica institucional. _____

SÍNTESIS DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

El incremento sostenido y acelerado de los partos por cesárea a escala mundial se ha convertido en un tema de creciente interés y preocupación para la comunidad científica, los profesionales de la salud y los organismos internacionales. De acuerdo con las recomendaciones emitidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la proporción adecuada de nacimientos por cesárea debería situarse entre el 10 % y el 15 % del total de partos (1). No obstante, en numerosos países estas cifras han sido ampliamente superadas, lo que plantea la posibilidad de una utilización excesiva e injustificada de esta intervención quirúrgica. Si bien la cesárea constituye una herramienta fundamental en la atención obstétrica cuando existe una indicación médica claramente establecida, ya que contribuye a reducir la morbilidad materna y perinatal, la evidencia científica disponible no respalda beneficios adicionales en los casos en los que se practica sin una justificación clínica adecuada. Por el contrario, al tratarse de un procedimiento quirúrgico mayor, su uso innecesario se asocia a riesgos y complicaciones potenciales, tanto inmediatas como a largo plazo, que pueden afectar al binomio materno fetal.

En el contexto peruano, las tasas de parto por cesárea han experimentado igualmente un aumento significativo en los últimos años. De acuerdo con la información difundida por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), a través de los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2023, el 37,8 % de los nacimientos a nivel nacional fueron atendidos mediante cesárea. Esta cifra representa un incremento de 1,2 puntos porcentuales en comparación con lo registrado en el año 2022, cuando la proporción alcanzó el 36,6 %, evidenciando una tendencia creciente en el uso de esta vía de finalización del embarazo. (2) Diversos estudios realizados en Perú documentan que las principales indicaciones de cesárea en el país incluyen antecedente de cesárea previa, la desproporción cefalopélvica, el sufrimiento fetal y la presentación anómala del feto. (3) (4) (5) (6)

Actualmente el HLM carece de estudios actualizados al respecto. En virtud de ello, el presente estudio se propone determinar las indicaciones clínicas predominantes de esta intervención, además de caracterizar el perfil epidemiológico de la población obstétrica intervenida durante el ciclo anual de 2023.

Formulación del problema

¿Cuál es la principal indicación de parto por cesárea en el Hospital Las Mercedes de Chiclayo en el periodo de enero a diciembre del año 2023?

OBJETIVOS

Objetivo general

- Determinar la principal indicación de parto por cesárea en el Hospital Las Mercedes de Chiclayo en el periodo de enero a diciembre del 2023.

Objetivos específicos

- Categorizar las indicaciones de parto por cesárea según su origen materno, fetal y ovular en el Hospital Las Mercedes de Chiclayo en el periodo de enero a diciembre del 2023.
- Describir el perfil clínico y epidemiológico de las gestantes sometidas a parto por cesárea en el Hospital Las Mercedes de Chiclayo en el periodo de enero a diciembre del 2023.
- Establecer la tasa de parto por cesárea en el Hospital Las Mercedes de Chiclayo en el periodo de enero a diciembre del 2023.

CAPITULO I: DISEÑO TEÓRICO

1.1 ANTECEDENTES

En Nicaragua, durante el año 2020, Pineda et al. (3) desarrollaron un estudio prospectivo, descriptivo y de diseño transversal, llevado a cabo en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello. La población analizada estuvo conformada por todas las mujeres gestantes sometidas a cesárea primaria. Los resultados evidenciaron que las indicaciones de origen fetal constituyeron el grupo más frecuente, superando a aquellas de causa materna y ovular. Dentro de este conjunto, el compromiso del bienestar fetal, identificado como estado fetal no tranquilizador, se destacó como la indicación fetal de mayor prevalencia para la realización del procedimiento quirúrgico.

Otro estudio desarrollado en México en el año 2023 por Librandi et al. (4) tuvo como propósito analizar la frecuencia de cesáreas como vía de culminación del embarazo en los partos atendidos en el sector privado, correspondientes a la Obra Social de la provincia de Buenos Aires entre el 2017 y 2021. La investigación incluyó el análisis de 13 regiones sanitarias, abarcando un total de 75 244 partos únicos registrados en dicho intervalo. Los hallazgos evidenciaron una tendencia ascendente en la proporción de partos por cesárea a lo largo del periodo evaluado. En el año 2017, la tasa alcanzó el 69,0 %, equivalente a 12 600 cesáreas de un total de 18 258 partos, mientras que para el año 2021 esta proporción se incrementó hasta el 73,6 %, correspondiente a 8 232 cesáreas de 11 180 partos, lo que refleja un aumento sostenido en el uso de esta intervención quirúrgica en el ámbito privado.

En Ecuador, Barros et al. (5) llevaron a cabo en el año 2019 un estudio orientado a establecer la prevalencia de la primera cesárea y los factores relacionados en mujeres primigestas que acudieron a atención en el servicio de Obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso durante dicho periodo. Se evidenció que la frecuencia de la cesárea alcanzó una prevalencia del 38,1 %. Asimismo, si bien se identificó significancia estadística en el análisis de algunas variables, no se demostró una asociación directa entre la realización de la cesárea y factores como el estado fetal no tranquilizador, la distocia de presentación ni los trastornos hipertensivos del embarazo.

En el año 2020, Netto et al. (6) desarrollaron una investigación en un hospital público de Paraguay, específicamente en la ciudad de Pedro Juan Caballero, con el propósito de estimar la incidencia de los partos por cesárea y por vía vaginal, así como identificar las principales indicaciones que motivaron la realización de cesáreas. Los resultados evidenciaron que la proporción de nacimientos por cesárea fue considerablemente alta, alcanzando un 36,28 % en el hospital evaluado, cifra que supera ampliamente el límite recomendado por la OMS, el cual establece un valor deseable de hasta 15 %. Entre las causas más frecuentes asociadas a la indicación de cesárea se identificaron los antecedentes de cesárea previa, la preeclampsia, el desprendimiento prematuro de placenta y la bradicardia fetal, como los motivos predominantes para la resolución quirúrgica del parto.

En México, Ramírez (7) llevó a cabo un estudio monocéntrico con el objetivo de determinar la proporción de cesáreas según la clasificación del Índice de Robson en pacientes atendidas durante un periodo de 09 meses en el Centro de Investigación Materno-Infantil del Grupo de Estudios al Nacimiento. Los resultados mostraron que, de un total de 569 gestantes evaluadas, 228 culminaron el embarazo mediante cesárea, mientras que 341 lo hicieron por vía vaginal, lo que correspondió a una tasa global de cesáreas del 39,9 %. Entre las indicaciones más frecuentes que motivaron la intervención quirúrgica se identificaron el riesgo de compromiso del bienestar fetal (18,9 %), la ausencia de progresión adecuada del trabajo de parto (16,7 %), el fracaso de la inducción del parto (11,1 %), la macrosomía fetal (7,2 %) y un periodo intergenésico corto (7,2 %).

En el contexto peruano, Flores et al. (8) desarrollaron en el año 2021 un estudio de diseño transversal con la finalidad de establecer la prevalencia de la cesárea y describir sus principales indicaciones en gestantes atendidas en el Hospital Domingo Olavegoya de Jauja. Los hallazgos evidenciaron que, dentro de las indicaciones de origen materno, la causa más frecuente para la realización de cesárea fue el antecedente de cesárea previa, con una proporción del 21,7 %, seguida por la preeclampsia (11,9 %) y la pelvis estrecha (11,1 %). En cuanto a las indicaciones de origen fetal, la razón predominante correspondió a la presentación distócica, que representó el 18,7 %, seguida del sufrimiento fetal agudo con un 17,9 %, y la presentación podálica, con una frecuencia del 6 %, reflejando así los principales motivos asociados a la finalización del embarazo por vía abdominal en dicha población.

Un estudio desarrollado en el Perú durante el año 2022, Rivera et al. (9) se propusieron determinar la incidencia y las principales indicaciones de la cesárea en mujeres atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado. De acuerdo con los resultados obtenidos, se evidenció que el 48,28 % del total de partos registrados fueron resueltos mediante cesárea, lo que pone de manifiesto una elevada frecuencia de esta intervención quirúrgica en la población estudiada. En lo que respecta a las indicaciones de origen materno, se identificó que las causas más frecuentes estuvieron relacionadas con la incompatibilidad céfalo-pélvica, presente en el 23,68 % de los casos, así como con el antecedente de cesárea previa, que representó el 26,97 %. Estas condiciones constituyen factores clínicos relevantes que influyen de manera directa en la toma de decisiones obstétricas. Por otra parte, al analizar las indicaciones de carácter fetal, se observó que la macrosomía fetal fue la causa predominante, alcanzando un 43,78 %, seguida de la presentación podálica, reportada en el 16,22 % de los casos. Dichos hallazgos evidencian la importancia de la evaluación fetal oportuna durante el control prenatal y el trabajo de parto. Finalmente, en relación con las indicaciones ovulares, el oligohidramnios se constituyó como la causa más frecuente, con una proporción del 51,22 %, mientras que la placenta previa total fue identificada en el 19,51 % de los casos. En conjunto, estos resultados reflejan la multiplicidad de factores maternos, fetales y ovulares que condicionan la indicación de cesárea, aportando información relevante para el análisis y la planificación de estrategias orientadas a la optimización de la atención obstétrica.

En Lima – Perú, Urrunaga Moreno et al. (10) realizó un estudio durante el año 2022, durante los meses de enero hasta junio en el Hospital Santa Rosa, el cual tuvo como objetivo determinar las características epidemiológicas del parto por cesárea. Fue un estudio netamente de tipo descriptivo, de corte transversal. En el estudio se evaluó una muestra de 174 gestantes atendidas de parto por cesárea. El análisis de las causas maternas reveló que la cicatriz uterina previa fue el determinante principal para la intervención quirúrgica (33.18%), figurando también la edad superior a los 35 años (18.48%) y los cuadros hipertensivos tipo preeclampsia (15.64%) como factores relevantes. En la esfera fetal, destacaron las presentaciones anómalas como la motivación diagnóstica más recurrente (53.52%), además del compromiso del bienestar fetal (29.58%) y el exceso de peso ponderal fetal (14.08%). Respecto a las causas de origen ovular, la mayor proporción correspondió a la ruptura prematura de

membranas (77.78%), mientras que la inserción baja de placenta representó el 22.22% de los casos.

Otro estudio desarrollado en Lima durante el año 2020 por Barrena et al.(11) tuvo como finalidad identificar la proporción de partos resueltos por cesárea y las principales indicaciones asociadas en un hospital público docente de la ciudad. Los hallazgos evidenciaron que la frecuencia de cesáreas alcanzó el 50,2 %, cifra que excede ampliamente el porcentaje sugerido por la OMS. En relación con las causas que motivaron la intervención quirúrgica, la indicación predominante fue el antecedente de cesárea previa, seguida por la desproporción cefalopélvica, consolidándose como los motivos más comunes para la finalización del embarazo por esta vía.

En Perú, durante el año 2020, Carbajar et al. (12) desarrollaron una investigación con el propósito de establecer la frecuencia de cesáreas y las principales causas que motivaron su realización en el Hospital La Caleta de Chimbote. El estudio incluyó una población de 279 gestantes sometidas a parto por vía quirúrgica, encontrándose que la prevalencia de cesárea alcanzó el 58,4 %. En cuanto a las indicaciones más recurrentes, la preeclampsia se posicionó como el motivo predominante, representando el 38,7 %, seguida de la distocia por presentación podálica con 19,7 %, y en tercer lugar el sufrimiento fetal, que correspondió al 18,6 % del total de intervenciones.

En el año 2021, Quesquén et al. (13) llevaron a cabo un estudio en la ciudad de Chiclayo orientado a analizar las características epidemiológicas asociadas a la práctica de la cesárea en el HLM, en el año 2018. Para la obtención de la información se utilizó una ficha estructurada de recolección de datos, mediante la cual se sistematizaron los registros clínicos correspondientes a 177 gestantes sometidas a parto por vía abdominal. Los resultados evidenciaron que la proporción de cesáreas registrada entre enero y diciembre de 2018 fue de 8,2 %, porcentaje que se encuentra dentro de los rangos internacionales sugeridos por la OMS, los cuales establecen un límite óptimo inferior al 10–15 %. En relación con las causas que motivaron la intervención quirúrgica, el sufrimiento fetal agudo se identificó como la indicación predominante, con una frecuencia de 39,8 %, seguido por la desproporción cefalopélvica (24,3 %) y el trabajo de parto disfuncional, que representó el 18 % de los casos evaluados.

Un estudio desarrollado en Lambayeque durante el año 2019 por Cueva et al. (14) tuvo como propósito establecer la incidencia del parto por cesárea y su repercusión en la morbimortalidad neonatal en el Hospital Las Mercedes. Se realizó una revisión de 295 historias clínicas. Los resultados mostraron que la proporción de nacimientos resueltos por cesárea alcanzó el 48 %, cifra que supera ampliamente los porcentajes descritos en otras investigaciones a nivel nacional, así como los valores sugeridos por la OMS. En cuanto a los desenlaces neonatales, se observó que la mayor parte de los recién nacidos presentó dificultad respiratoria de intensidad leve a moderada. Asimismo, se identificó que la sepsis neonatal precoz fue más frecuente en los neonatos nacidos por vía vaginal, en comparación con aquellos obtenidos mediante cesárea.

1.2 BASES TEÓRICAS

Definición

Es un procedimiento de tipo quirúrgico obstétrico que permite el nacimiento del feto mediante una laparotomía y posterior incisión una incisión uterina, la cual es utilizado en situaciones determinadas cuando existan condiciones tanto maternas o fetales que pongan en riesgo la salud de estos mismos. (15)

Tipos de cesárea

Existen diferentes tipos de cesárea en la actualidad, siendo una diferente de otra y cada una de ellas teniendo definiciones específicas para diferenciar una de ellas, así mismo esta clasificación tiene su utilidad en el manejo post procedimiento quirúrgico, de ahí su importancia en saber diferenciar una de otra.

- A. **Cesárea primaria:** Se refiere a la intervención quirúrgica que se practica a una mujer gestante por primera vez, es decir, cuando no existen antecedentes previos de cesárea. Este tipo de procedimiento marca el primer abordaje quirúrgico del útero con fines obstétricos. (15) (16)
- B. **Cesárea Iterativa:** Es aquella que se realiza en una gestante que ya ha tenido una o más cesáreas anteriores. La indicación de este tipo de cesárea suele considerar los antecedentes quirúrgicos, la evolución del embarazo actual y los posibles riesgos asociados a un parto vaginal posterior. (15) (16) (18)
- C. **Cesárea Electiva:** Corresponde a una intervención planificada con anticipación, indicada en mujeres que presentan alguna condición materna o fetal que impide o desaconseja el parto por vía vaginal. Este procedimiento se programa antes del inicio del trabajo de parto y, por lo general, se realiza a partir de la semana 39 de gestación, con el objetivo de disminuir riesgos y optimizar los resultados maternos y neonatales. (16)
- D. **Cesárea en el curso del trabajo de parto:** Es la cesárea que se indica y ejecuta una vez iniciado el trabajo de parto, debido a la aparición de complicaciones que impiden su progreso normal. Entre las causas más frecuentes se encuentran las alteraciones en la dinámica del parto, como la distocia, que comprometen el bienestar de la madre o del feto. (16)

- E. **Cesárea con condición de emergencia:** Se trata de una intervención quirúrgica que se realiza ante una situación aguda y grave, ya sea materna, fetal o ambas, que no permite demoras significativas entre la indicación médica y el inicio del procedimiento. En estos casos, el tiempo de espera no debe superar los 30 minutos, debido al riesgo inmediato para la vida o la salud. (15) (16) (17)
- F. **Cesárea de Urgencia:** Este tipo de cesárea se indica cuando existe una complicación materno-fetal que requiere una resolución rápida, pero que admite un breve margen de tiempo para la preparación quirúrgica. El intervalo entre la indicación y la realización del procedimiento suele ser mayor a 30 minutos y menor de 75 minutos, permitiendo una intervención oportuna sin llegar a una situación crítica extrema. (16) (17)

Finalidad del procedimiento

El nacimiento por vía abdominal tiene como finalidad principal garantizar condiciones óptimas de seguridad y bienestar tanto para la madre como para el recién nacido, especialmente en situaciones clínicas donde el parto vaginal no representa la alternativa más segura. Este procedimiento busca prevenir, reducir o controlar riesgos obstétricos asociados a complicaciones maternas, fetales o mixtas, permitiendo una resolución oportuna del embarazo cuando la continuidad del trabajo de parto podría comprometer la salud o la vida de alguno de los involucrados. Desde una perspectiva integral, su objetivo no se limita únicamente a la extracción del producto de la concepción, sino que también comprende la optimización de los desenlaces materno-fetales, mediante una intervención planificada o indicada con base en criterios clínicos, éticos y de seguridad, acordes con las buenas prácticas obstétricas y la evidencia científica vigente. (15)

Indicaciones Absolutas

- A. Cesárea previa (2 veces a más), entendida como aquella realizada en mujeres con dos o más cesáreas previas, situación que incrementa el riesgo de ruptura uterina y otras complicaciones asociadas a la cicatriz uterina. De igual forma, una cesárea anterior sin condiciones favorables para un parto vaginal, ya sea por características anatómicas, obstétricas o por criterios clínicos establecidos, constituye una indicación relevante para repetir la vía abdominal. (15) (18)
- B. Asimismo, los antecedentes de cirugía uterina previa con apertura de la cavidad endometrial, como miomectomías profundas u otros procedimientos invasivos, representan un factor de alto riesgo durante el trabajo de parto, debido a la posibilidad de dehiscencia o ruptura uterina, lo que justifica la elección de una cesárea programada. (18)
- C. Las alteraciones mecánicas del parto, como la desproporción céfalo-pélvica, especialmente cuando se ha documentado una prueba de trabajo de parto fallida, indican una incompatibilidad entre el tamaño fetal y la pelvis materna, lo que imposibilita el progreso del parto vaginal de manera segura. (17)
- D. En relación con las alteraciones en la presentación y situación fetal, se incluyen la presentación podálica, la situación fetal transversa, la presentación de cara en variedad mento posterior y la presentación de frente en embarazos a término, todas ellas asociadas a un mayor riesgo de trauma materno-fetal y complicaciones durante el parto vaginal, por lo que la vía abdominal resulta la alternativa más segura. (15) (16)
- E. Las patologías placentarias, como la placenta previa centro total o parcial que compromete más del 50% del orificio cervical interno, así como el desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, representan emergencias obstétricas que pueden provocar hemorragias severas y compromiso fetal agudo, requiriendo una resolución inmediata mediante cesárea. (15) (16)
- F. Desde el punto de vista de las enfermedades maternas graves, condiciones como la eclampsia, el síndrome de HELLP y el hígado graso agudo del embarazo constituyen situaciones de alto riesgo vital, en las que la finalización del embarazo por vía abdominal suele ser la opción más adecuada para preservar la vida materna y fetal. (16)

- G. En cuanto a las enfermedades infecciosas, la seropositividad a VIH/SIDA, la infección primaria por virus del herpes simple genital y la infección activa por virus de la hepatitis C pueden representar un riesgo significativo de transmisión vertical durante el parto vaginal, razón por la cual la cesárea se considera una medida preventiva en contextos clínicos específicos. (20)
- H. Las malformaciones congénitas mayores, tales como hidrocefalia, meningocele y fetos siameses, alteran la dinámica normal del parto y aumentan el riesgo de lesiones fetales y maternas, haciendo necesaria la extracción por vía abdominal. (16)
- I. El prolapso del cordón umbilical, al comprometer de manera inmediata la oxigenación fetal, constituye una urgencia obstétrica que generalmente requiere una cesárea inmediata, especialmente cuando no existen condiciones para un parto vaginal expedito. (15)
- J. En los embarazos múltiples, particularmente en casos de gestación gemelar con doble presentación podálica o cuando el primer feto se encuentra en podálica, la cesárea reduce el riesgo de complicaciones intraparto y mejora los resultados perinatales. (17) (18) (19)
- K. Otras indicaciones incluyen la presencia de tumores pélvicos o ginecológicos previos que obstruyen el canal del parto, el cáncer de cuello uterino infiltrante en estadios II o III, así como los antecedentes de cirugía vaginal previa, como la colpoperineoplastia, que pueden alterar la anatomía y funcionalidad del canal vaginal. (15)
- L. El sufrimiento fetal agudo, cuando no existen condiciones para una resolución vaginal inmediata, constituye una indicación clara de cesárea, al igual que la macrosomía fetal, definida como un peso estimado superior a los 4000 gramos, debido al mayor riesgo de distocia de hombros y traumatismo obstétrico. (16)
- M. Finalmente, se contempla como indicación cualquier enfermedad clínica materna asociada o antecedente relevante, que por su repercusión funcional impida un parto vaginal seguro, siempre que dicha condición sea debidamente evaluada y respaldada por el dictamen de una junta médica especializada, garantizando así una decisión basada en criterios clínicos, éticos y científicos. (15)

Indicaciones Relativas

- A. Entre las situaciones obstétricas que pueden justificar la indicación de una cesárea, se incluyen diversos escenarios clínicos en los que la evolución del parto vaginal resulta desfavorable o potencialmente riesgosa, aun cuando inicialmente se haya considerado viable. (15)
- B. Una de estas situaciones corresponde a la desproporción céfalo-pélvica en el contexto de una pelvis límite, especialmente cuando, tras la realización de una prueba de trabajo de parto, no se logra un progreso adecuado ni un descenso efectivo de la presentación fetal. Este hallazgo sugiere una incompatibilidad funcional entre el tamaño fetal y la capacidad pélvica materna, lo que incrementa el riesgo de complicaciones materno-fetales si se insiste en la vía vaginal. (16)
- C. Las alteraciones en la localización placentaria, como la inserción baja de la placenta y la placenta previa marginal, constituyen condiciones que pueden interferir con la dilatación cervical y favorecer episodios hemorrágicos, motivo por el cual requieren una evaluación cuidadosa y, en determinados casos, la resolución del embarazo por vía abdominal. (16) (20)
- D. En el contexto del embarazo gemelar, la presencia de uno o ambos fetos en presentación cefálica no excluye la posibilidad de cesárea, especialmente cuando existen otros factores asociados que incrementan el riesgo intraparto. La decisión debe basarse en una valoración integral que considere la dinámica del parto, el bienestar fetal y la experiencia del equipo obstétrico. (16)
- E. Las distocias dinámicas, caracterizadas por alteraciones en la intensidad, frecuencia o coordinación de las contracciones uterinas, pueden conducir a un trabajo de parto prolongado e ineficaz. Cuando estas anomalías no responden a las medidas terapéuticas habituales, la cesárea se convierte en una alternativa para evitar el agotamiento materno y el compromiso fetal. (16)
- F. Asimismo, las distocias relacionadas con la variedad de presentación, tales como la presentación de cara en variedad mento sacra o la presentación de frente en embarazos pretérmino, dificultan el mecanismo normal del parto y se asocian a un mayor riesgo de trauma obstétrico, lo que justifica la elección de la vía abdominal como método de resolución. (16)
- G. En casos de distocia por alteraciones en la orientación de la presentación fetal, como el asinclitismo, la presentación transversa o la posición posterior persistente, especialmente cuando estas condiciones persisten tras una prueba de trabajo de

parto adecuadamente conducida, la cesárea se indica como medida de seguridad para reducir complicaciones. (16) (18)

- H. La situación fetal oblicua en gestantes multíparas sin inicio de trabajo de parto representa otro escenario en el que la progresión espontánea hacia un parto vaginal resulta improbable, por lo que la cesárea puede ser considerada como opción electiva para evitar riesgos innecesarios. (16) (18)
- I. La rotura prematura de membranas con una evolución superior a 24 horas incrementa el riesgo de infección materna y neonatal. En este contexto, cuando no se logra una evolución favorable del trabajo de parto o existen otros factores asociados, la resolución por cesárea puede resultar la alternativa más segura. (16) (18)
- J. El oligohidramnios, aun cuando las pruebas de bienestar fetal sean aparentemente normales, requiere una vigilancia estrecha, ya que la disminución del líquido amniótico puede comprometer la tolerancia fetal al trabajo de parto, justificando en determinados casos la indicación de cesárea. (19) (20)
- K. En relación con el peso fetal estimado, los valores comprendidos entre 3800 y 4000 gramos se asocian a un mayor riesgo de distocia y traumatismo obstétrico, especialmente en presencia de otros factores predisponentes, lo que puede inclinar la balanza hacia la vía abdominal. (18) (19)
- L. Las circulares del cordón umbilical, cuando se presentan durante el trabajo de parto y se acompañan de alteraciones en el estado de bienestar fetal, representan una indicación relevante de cesárea, debido al riesgo de hipoxia fetal aguda. (15) (17)
- M. Desde una perspectiva integral de la salud materna, ciertos trastornos mentales, como la psicosis, la depresión severa o el retardo mental, pueden limitar la capacidad de la gestante para cooperar durante el trabajo de parto, afectar la adherencia a las indicaciones médicas y comprometer la seguridad del proceso, por lo que la cesárea puede ser considerada en contextos clínicos específicos. (15) (16)
- N. Las enfermedades hipertensivas del embarazo, incluyendo la preeclampsia en sus formas leve y severa, así como la colestasis intrahepática del embarazo, representan condiciones que pueden deteriorar rápidamente el estado materno-fetal, requiriendo una finalización oportuna del embarazo por vía abdominal. (16)

- O. Los casos de restricción del crecimiento fetal severa, reflejados en un peso fetal estimado menor de 1500 gramos, demandan una evaluación individualizada, ya que estos fetos pueden no tolerar adecuadamente el estrés del parto vaginal, haciendo de la cesárea una alternativa más segura. (16) (21)
- P. Finalmente, los embarazos obtenidos mediante técnicas de reproducción asistida, como la fertilización in vitro (FIV) u otros procedimientos similares, suelen considerarse de alto valor reproductivo. En estos casos, la vía de finalización del embarazo se decide con especial cautela, y la cesárea puede ser elegida para maximizar la seguridad materno-fetal, especialmente cuando coexisten otros factores de riesgo obstétrico. (16) (18) (21)

Contraindicaciones

Absolutas:

No se reconocen contraindicaciones absolutas para la realización de una cesárea, excepto la negativa expresa de la paciente a someterse al procedimiento o la falta de otorgamiento del consentimiento informado, situaciones que impiden legal y éticamente su ejecución. (15)

Relativas:

En la práctica clínica actual no se establecen contraindicaciones relativas definidas. Los avances en el manejo anestésico y perioperatorio han permitido realizar la cesárea incluso en pacientes con diversas patologías maternas, aunque en determinados contextos el procedimiento puede implicar un riesgo elevado. En consecuencia, en la actualidad se considera que no existen contraindicaciones absolutas ni relativas estrictas para la cesárea, quedando su indicación sujeta a una evaluación individualizada del riesgo-beneficio. (15)

CAPITULO II: MATERIALES Y MÉTODOS

2.1 DISEÑO DE ESTUDIO:

El presente estudio de investigación se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, dado que se realizó la recolección y análisis estadístico de datos numéricos para medir las variables. Se caracterizó por un diseño observacional, de corte transversal y con carácter retrospectivo, ya que se basó en el análisis sistemático de datos previamente registrados. Este tipo de diseño permitió describir y analizar las variables de interés en un periodo determinado, sin la intervención directa del investigador, lo que facilitó la obtención de información objetiva y medible para la comprensión del fenómeno en estudio.

2.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

Población

Se incluyó a todas las pacientes sometidas a cesárea cuyo procedimiento fue realizado durante el periodo comprendido entre enero y diciembre del año 2023, en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Las Mercedes (HLM) de Chiclayo. De acuerdo con los datos institucionales registrados en el Libro de Registros de Cesáreas y Sala de Partos, durante el año de estudio se registraron 2628 partos en dicho establecimiento de salud, de los cuales 1009 partos correspondieron a partos por vía cesárea, conformando este último grupo la población diana para el análisis de las indicaciones quirúrgicas.

Población: 1009 gestantes cesareadas

Muestra

La muestra fue de tipo probabilística y estuvo constituida por 279 registros de cesáreas que cumplen con los criterios de selección establecidos. Este tamaño muestral permitirá realizar inferencias estadísticas sobre la población total con un nivel de precisión científica adecuado para este tipo de estudio. Para la selección de la muestra se empleará un muestreo aleatorio sistemático con una constante de flujo $K=4$. Se seleccionará aleatoriamente un punto de partida entre los primeros cuatro registros del año y se procederá a seleccionar sistemáticamente cada cuarta unidad hasta completar el tamaño muestral.

Cálculo del tamaño muestral

Se realizó el cálculo de la muestra a partir de la población de estudio considerando en el periodo enero diciembre del 2023 del HLM en el servicio de Ginecología y Obstetricia del “HLM de Chiclayo”. Se utilizó la fórmula para poblaciones finitas considerando. Se consideraron los siguientes parámetros: una población N: 1009, un valor de confianza de Z: 95%, con un error estándar de E: 5% y la probabilidad que ocurra el evento con un p: 0.48.

n =?

N (población total) = 1009

Z (nivel de confianza) = 1.96 (correspondiente a un intervalo de confianza del 95%)

p (prevalencia esperada) = 0.48

q (probabilidad de no ocurrencia): 0.52: (1-p)

E (margen de error) = 0.05

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

$$n = \frac{1009 \times (1.96)(1.96) \times 0.48(1-0.48)}{(1009-1) \times (0.05)(0.05) + (1.96)(1.96) \times (0.48)(1-0.48)}$$

$$n = 279$$

Criterios de inclusión:

Se incluirá las pacientes sometidas a intervención cesárea, de emergencia o electiva, atendidas en el “HLM de Chiclayo” en el periodo enero a diciembre del 2023.

Criterios de exclusión

Serán excluidas del presente estudio aquellos registros que presenten datos incompletos, inconsistentes o de difícil lectura, así como aquellas que no consignen de manera clara y adecuada en el libro de registros de cesáreas y de historias clínicas del

área de Gineco-Obstetricia, debido a que estas limitaciones podrían afectar la validez y confiabilidad de los datos analizados.

2.3 DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable principal: Indicación de parto por cesárea

- **Definición Conceptual:** Condición clínica, obstétrica o fetal debidamente fundamentada que impide o desaconseja el parto por vía vaginal, requiriendo la extracción del feto mediante una intervención quirúrgica abdominal (laparotomía e histerotomía) para preservar la salud y seguridad del binomio madre-niño.
- **Definición Operacional:** Razón principal registrada en la historia clínica materna o reporte operatorio que justificó la decisión médica de realizar la cesárea. Se clasificará según su origen en causa materna, fetal u ovular.

Dimensión: Clínica materna

1. Cesárea Anterior

- **Definición Conceptual:** Antecedente de una o más histerotomías previas, condición que incrementa el riesgo de ruptura uterina durante el trabajo de parto, limitando en muchos casos la posibilidad de un parto vaginal posterior. (23) (26)
- **Definición Operacional:** Registro en la historia clínica del antecedente de parto abdominal previo. Categorizado como: Sí / No.

2. Edad Materna Avanzada (>35 años)

- **Definición Conceptual:** Gestante con edad cronológica igual o superior a los 35 años al momento del parto, considerada de riesgo obstétrico por la mayor asociación con comorbilidades crónicas y distocias dinámicas. (24)
- **Definición Operacional:** Verificación en la ficha de recolección si la paciente cumple el criterio de edad ≥ 35 años. Categorizado como: Sí / No.

3. Infección por VIH

- **Definición Conceptual:** Diagnóstico confirmado de infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana en la gestante, donde la carga viral elevada o el desconocimiento de esta indica la vía abdominal para prevenir la transmisión vertical. (24)
- **Definición Operacional:** Presencia de prueba reactiva o diagnóstico confirmado en la historia clínica. Categorizado como: Sí / No.

4. Herpes Genital

- **Definición Conceptual:** Infección viral activa con presencia de lesiones vesiculares o ulcerativas en el tracto genital o región perineal al momento del inicio del trabajo de parto, lo cual contraindica el paso del feto por el canal vaginal. (24)
- **Definición Operacional:** Constatación clínica de lesiones activas registrada en el examen físico de ingreso. Categorizado como: Sí / No.

5. Pelvis Estrecha

- **Definición Conceptual:** Incongruencia entre las dimensiones de la pelvis ósea materna y el tamaño de la cabeza fetal, impidiendo el descenso y encaje seguro durante el trabajo de parto. (25)
- **Definición Operacional:** Diagnóstico clínico de estrechez pélvica o DCP registrado por el médico tratante. Categorizado como: Sí / No.

6. Periodo Intergenésico Corto (PIG)

- **Definición Conceptual:** Intervalo de tiempo reducido entre la finalización del embarazo anterior (especialmente si fue cesárea) y el inicio de la gestación actual, asociado a un mayor riesgo de dehiscencia de cicatriz uterina. (25)
- **Definición Operacional:** Lapso de tiempo menor a 2 años (o 18 meses según criterio institucional) entre el último parto y el actual. Categorizado como: Sí / No.

7. Preeclampsia / Eclampsia

- **Definición Conceptual:** Trastornos hipertensivos del embarazo caracterizados por hipertensión arterial asociada a proteinuria o daño de órgano blanco (preeclampsia), o la presencia de convulsiones tónico-clónicas generalizadas (eclampsia), que requieren la interrupción del embarazo por criterio de severidad. (27)
- **Definición Operacional:** Diagnóstico médico de trastorno hipertensivo severo en la historia clínica. Categorizado como: Sí / No.

Dimensión: Clínica fetal

8. Embarazo Múltiple

- **Definición Conceptual:** Gestación con presencia de dos o más fetos en la cavidad uterina, cuya resolución vía cesárea depende de factores como la presentación del primer gemelo, la corionicidad o complicaciones asociadas. (28)

- **Definición Operacional:** Diagnóstico ecográfico o clínico de gestación doble o más. Categorizado como: Sí / No.

9. Estado Fetal No Tranquilizador (EFNT)

- **Definición Conceptual:** Alteración en el bienestar fetal evidenciada por patrones anormales en el monitoreo electrónico (categoría II o III) o perfil biofísico, sugiriendo riesgo de hipoxia o acidosis fetal inminente. (28)
- **Definición Operacional:** Registro de "Sufrimiento Fetal Agudo" (SFA) o "Estado Fetal No Tranquilizador" como indicación de la cirugía. Categorizado como: Sí / No.

10. Macrosomía Fetal

- **Definición Conceptual:** Crecimiento fetal excesivo con un peso estimado o real igual o superior a 4000 gramos, lo cual aumenta el riesgo de distocia de hombros y traumatismo obstétrico durante el parto vaginal. (29)
- **Definición Operacional:** Peso del recién nacido registrado ≥ 4000 g o estimación ecográfica que determinó la cirugía. Categorizado como: Sí / No.

11. Presentación Anómala

- **Definición Conceptual:** Situación en la que el polo fetal que se aboca al estrecho superior de la pelvis no es la cabeza (cefálica) o se encuentra en una posición distócica, incluyendo presentación podálica (nalgas), situación transversa o presentación de cara/frente. (30)
- **Definición Operacional:** Hallazgo al examen físico o ecografía de presentación no cefálica vértex. Categorizado como: Sí / No.

Dimensión: Clínica ovular / anexial

12. Desprendimiento Prematuro de Placenta (DPP)

- **Definición Conceptual:** Separación parcial o total de la placenta de su inserción uterina antes del nacimiento del feto, constituyendo una emergencia obstétrica por compromiso vital materno-fetal. (30)
- **Definición Operacional:** Diagnóstico clínico o intraoperatorio de DPP. Categorizado como: Sí / No.

13. Oligohidramnios

- **Definición Conceptual:** Disminución patológica del volumen de líquido amniótico (ILA < 5 cm o pozo mayor < 2 cm), asociado a insuficiencia placentaria o compromiso fetal que puede requerir interrupción del embarazo. (31)
- **Definición Operacional:** Confirmación ecográfica de líquido amniótico disminuido severo registrada en la historia. Categorizado como: Sí / No.

14. Placenta Previa

- **Definición Conceptual:** Implantación anormal de la placenta en el segmento uterino inferior, cubriendo parcial o totalmente el orificio cervical interno, lo que impide el parto vaginal por riesgo de hemorragia masiva. (31)
- **Definición Operacional:** Diagnóstico por ecografía de la ubicación placentaria oclusiva. Categorizado como: Sí / No.

15. Prolapso de Cordón

- **Definición Conceptual:** Descenso del cordón umbilical a través del cuello uterino por delante de la presentación fetal, causando compresión funicular y riesgo inminente de asfixia fetal. (32)
- **Definición Operacional:** Hallazgo al tacto vaginal del cordón umbilical o diagnóstico de emergencia registrado. Categorizado como: Sí / No.

16. Ruptura Prematura de Membranas (RPM)

- **Definición Conceptual:** Solución de continuidad de las membranas corioamnióticas antes del inicio del trabajo de parto, que puede indicar cesárea si se asocia a infección (corioamnionitis), periodo de latencia prolongado o condiciones cervicales desfavorables. (24) (25)
- **Definición Operacional:** Diagnóstico clínico de pérdida de líquido amniótico previo al trabajo de parto. Categorizado como: Sí / No.

Variable: Perfil sociodemográfico y obstétrico

17. Edad Materna

- **Definición Conceptual:** Tiempo de vida transcurrido desde el nacimiento de la gestante hasta el momento de la atención del parto.
- **Definición Operacional:** Número de años cumplidos registrados en la filiación de la paciente. Medido en escala de razón (años).

18. Estado Civil

- **Definición Conceptual:** Situación jurídica o de convivencia de la gestante en relación con una pareja.

- **Definición Operacional:** Condición autoreportada por la paciente: Soltera, Casada, Conviviente, Viuda, Divorciada.

19. Grado de Instrucción

- **Definición Conceptual:** Máximo nivel de estudios académicos alcanzado y concluido por la gestante dentro del sistema educativo formal.

- **Definición Operacional:** Categorías registradas: Sin escolaridad, Primaria, Secundaria, Superior.

20. Lugar de Residencia

- **Definición Conceptual:** Ámbito geográfico donde habita la gestante de manera habitual, clasificado según características poblacionales y de servicios.

- **Definición Operacional:** Clasificación de la procedencia en: Urbano o Rural.

21. Controles Prenatales

- **Definición Conceptual:** Conjunto de atenciones médicas o de obstetricia recibidas por la gestante durante el embarazo para vigilar la evolución de este.

- **Definición Operacional:** Número total de atenciones registradas en el Carné Perinatal. Categorizado en: Insuficiente (<6) o Suficiente (≥ 6).

22. Edad Gestacional

- **Definición Conceptual:** Duración del embarazo calculada desde el primer día de la última menstruación (FUM) o mediante ecografía del primer trimestre.

- **Definición Operacional:** Semanas de amenorrea completas al momento del parto. Categorizada en: Pretérmino (<37 sem), A término (37-41 sem), Postérmino (>41 sem).

23. Paridad

- **Definición Conceptual:** Historial reproductivo de la mujer en función del número de partos previos que hayan alcanzado una edad gestacional viable.

- **Definición Operacional:** Clasificación según antecedentes: Nulípara (0), Primípara (1), Multípara (2-4), Gran multípara (≥ 5).

VARIABLES	DIMENSIÓN	INDICADORES	CRITERIO DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
INDICACIÓN DE PARTO POR CESÁREA	CLINICA MATERNA	Cesárea anterior	Hallazgo registrado en historia clínica	Cualitativa	Nominal
		Edad mayor 35 años	Hallazgo registrado en historia clínica	Cualitativa	Nominal
		Infección por VIH	Hallazgo registrado en historia clínica	Cualitativa	Nominal
		Herpes genital	Hallazgo registrado en historia clínica	Cualitativa	Nominal
		Pelvis estrecha	Hallazgo registrado en historia clínica	Cualitativa	Nominal
		Periodo intergenésico corto	Hallazgo registrado en historia clínica	Cualitativa	Nominal
		Preeclampsia / Eclampsia	Hallazgo registrado en historia clínica	Cualitativa	Nominal
	CLÍNICA FETAL	Embarazo múltiple	Hallazgo registrado en historia clínica	Cualitativa	Nominal
		Estado fetal no tranquilizador	Hallazgo registrado en historia clínica	Cualitativa	Nominal
		Macrosomía fetal	Hallazgo registrado en historia clínica	Cualitativa	Nominal

		Presentación anómala	Hallazgo registrado en historia clínica	Cualitativa	Nominal
	CLÍNICA OVULAR / ANEXIAL	Desprendimiento prematuro de placenta	Hallazgo registrado en historia clínica	Cualitativa	Nominal
		Oligohidramnios	Hallazgo registrado en historia clínica	Cualitativa	Nominal
		Placenta previa	Hallazgo registrado en historia clínica	Cualitativa	Nominal
		Prolapso de cordón	Hallazgo registrado en historia clínica	Cualitativa	Nominal
		Ruptura prematura de membranas	Hallazgo registrado en historia clínica	Cualitativa	Nominal
PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	DEMOGRÁFICO	Edad materna	<20 años 20-34años ≥35 años	Cualitativa	Ordinal
		Estado civil	Soltera Casada Divorciada Conviviente Viuda	Cualitativa	Nominal
		Grado de instrucción	Sin escolaridad Primaria Secundaria Superior	Cualitativa	Ordinal

		Lugar de residencia	Urbano Rural	Cualitativa	Nominal
ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS	OBSTÉTRICA	Controles prenatales	<6 ≥ 6	Cualitativa	Ordinal
		Edad gestacional	<37 semanas 37-41 semanas >41 semanas	Cualitativa	Ordinal
		Paridad	Nulípara Primípara Multípara Gran multípara	Cualitativa	Ordinal

2.4 PROCEDIMIENTOS

Técnicas

Para el desarrollo del presente estudio se empleó como técnica de recolección de datos la revisión documental de historias clínicas y libro de registros de cesáreas, por ser los instrumentos legales y técnicos donde se consolida el diagnóstico definitivo y la indicación quirúrgica inmediata.

Instrumentos de recolección de datos

Como instrumento de recolección de datos se utilizó una ficha de registro, diseñada específicamente para el estudio, en la cual se consignaron los datos extraídos de las historias clínicas y libro de registros de cesáreas. Dichos instrumentos permitieron organizar de manera sistemática la información sociodemográfica, clínica y obstétrica de las pacientes, garantizando la uniformidad, precisión y confiabilidad de los datos recolectados, y facilitando posteriormente su análisis conforme a los objetivos de la investigación.

Ficha de recolección de datos

Se empleó una herramienta destinada a la recopilación sistemática de información poblacional, basada en la muestra seleccionada, con fines exclusivamente investigativos. Toda la información obtenida fue consignada en una ficha de recolección de datos, la cual fue utilizada revisada, ajustada y validada por los investigadores, así como por un equipo de expertos conformado por médicos Ginecólogos-Obstetras, en concordancia con los objetivos planteados en la investigación.

Desarrollo de la investigación

Para la ejecución del presente estudio, se llevó a cabo los procedimientos administrativos correspondientes con el fin de obtener la autorización del Director y el Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación del Hospital “Las Mercedes” Chiclayo, lo que permitió realizar la revisión documental del Libro de Registro de Cesáreas, Libro de Registro de partos e Historias clínicas en el año 2023. La información recopilada mediante la ficha de recolección fue posteriormente digitada y organizada en el programa Microsoft® Excel 2016, versión 16.0. Para el

análisis e interpretación de los resultados, se efectuó inicialmente una depuración de los datos, revisando cada variable de manera individual. Posteriormente, los resultados fueron presentados de forma tabular y gráfica, utilizando gráficos de tablas, columnas y barras para su cálculo en frecuencia y porcentajes, con el propósito de facilitar su comprensión e interpretación.

2.5 ASPECTOS ÉTICOS

El presente estudio se realizó en estricto cumplimiento de las normas éticas internacionales para las investigaciones biomédicas con sujetos humanos establecidas en la Declaración de Helsinki (22). Así mismo, el proyecto fue presentado al Comité de Ética en Investigación del HLM para su evaluación.

El presente proyecto será realizado bajo las siguientes consideraciones éticas:

CONFIDENCIALIDAD: Se garantizó la protección de los datos personales de las pacientes. La información obtenida de los libros de registro e historias clínicas fue codificada en una base de datos anónima, asegurando que la identidad de las gestantes no fuera revelada en ninguna etapa del estudio ni en la publicación de los resultados.

BENEFICENCIA Y NO MALEFICENCIA: Al ser un estudio de corte retrospectivo basado en fuentes documentales, no existió intervención directa sobre los sujetos de estudio, por lo que no hubo riesgos físicos ni psicológicos para las pacientes. La investigación busca un beneficio social al identificar áreas de mejora en la práctica obstétrica institucional.

JUSTICIA: La selección de los registros se realizó de forma equitativa mediante un muestreo probabilístico aleatorio sistemático, asegurando que todos los casos del año 2023 tuvieran la misma oportunidad de formar parte de la muestra.

VERACIDAD: El investigador se comprometió a la transcripción fiel de los datos hallados en los documentos oficiales, sin alteración de los resultados para favorecer hipótesis previas

*Para asegurar la calidad y solidez de los hallazgos, se aplicarán los siguientes criterios de rigor:

VALIDEZ: Asegurada mediante el uso de una ficha de recolección de datos que fue sometida a juicio de expertos (médicos gineco-obstetras) para confirmar que mide lo que realmente pretende medir: las indicaciones de cesárea.

CONFIABILIDAD: El estudio presenta un alto nivel de precisión debido al cálculo de un tamaño muestral representativo y el uso de un margen de error del 5%, lo que permite que los resultados sean consistentes.

OBJETIVIDAD: Se mantuvo la neutralidad en la recolección y análisis de los datos, basándose estrictamente en los registros técnicos y legales del hospital, minimizando el sesgo del observador.

LIMITACIONES: El estudio puede verse limitado por el número de gestantes incluidas, factores socioculturales y económicos.

2.6.2 PRESUPUESTO

CONCEPTO	PRECIO UNITARIO	CANTIDAD	TOTAL
RECURSOS HUMANOS			
Asesor	S/. 5500	1	S/. 5500
Investigadores	S/. 0	2	S/. 0
BIENES			
Papel bond	S/. 0.05	1000	S/. 50.00
Corrector	S/. 3.00	6	S/. 18.00
Lapiceros	S/. 3.00	25	S/. 75.00
Laptop	S/. 1500	2	S/. 3000
Impresora	S/. 1200	1	S/. 1200
Tinta de impresora	S/ 25	8	200
SERVICIOS			
Movilidad (pasajes)	S/. 8.00	150	S/. 1200.00
Internet	S/. 80	2	S/. 160.00
Servicio de estadística	S/. 200	1	S/. 200.00
Servicio de luz	S/. 100	4	S/. 400.00
			S/.12003.00

Fuente de financiamiento

El equipo de investigación cubrirá todos los gastos de la investigación.

CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

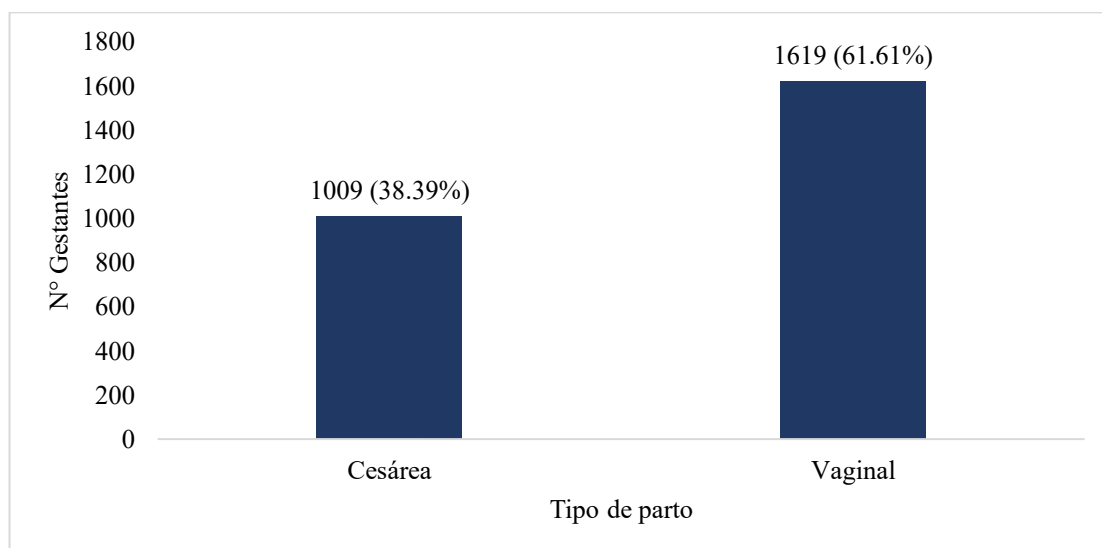
3.1 RESULTADOS

Tabla 1: Tabla de distribución de las gestantes según tipo de parto en el Hospital Las Mercedes, periodo de enero a diciembre del 2023.

Tipo de parto	N° gestantes	%
Cesárea	1009	38.39
Vaginal	1619	61.61
Total	2628	100.00

Fuente propia: Ficha de recolección de datos

Ilustración 1: Gráfico de distribución de las gestantes según tipo de parto en el Hospital Las Mercedes, periodo de enero a diciembre del 2023.



Fuente propia: Ficha de recolección de datos

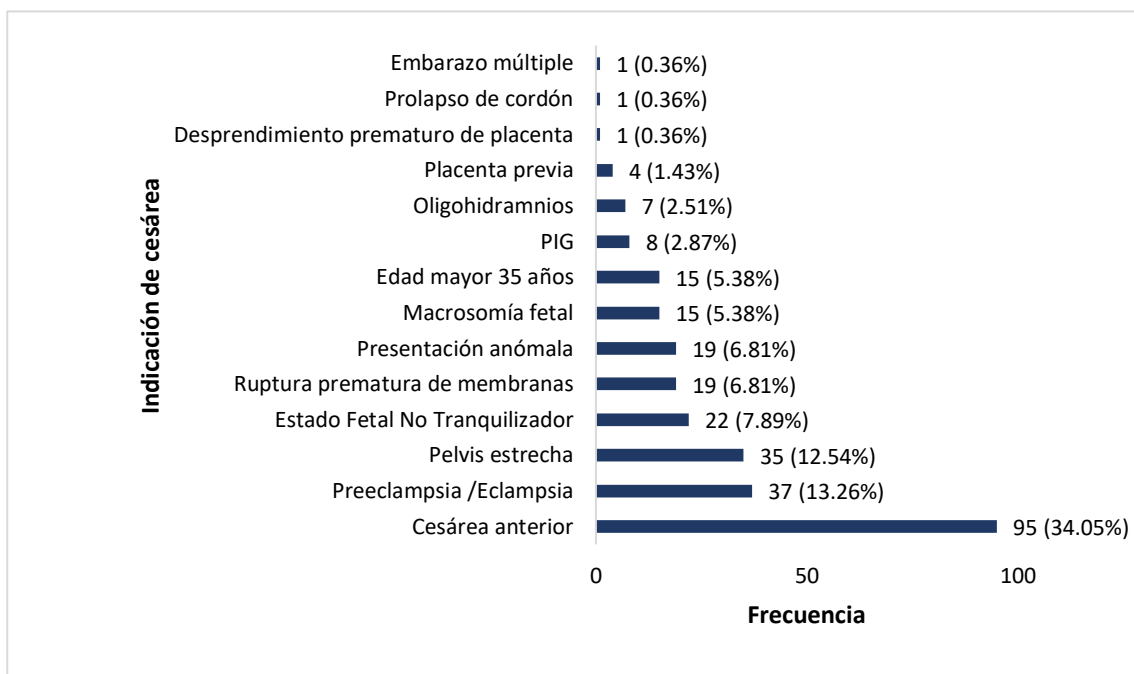
La gráfica muestra que durante el periodo enero–diciembre del 2023, el 38,39 % de los partos fueron resueltos por cesárea, mientras que el 61,61 % correspondió a partos vaginales. Este resultado evidencia una alta proporción de cesáreas en el Hospital Las Mercedes, superando los valores recomendados por la Organización Mundial de la Salud, lo que sugiere una mayor utilización de la vía abdominal como método de culminación del embarazo

Tabla 2: Tabla de distribución de indicación de parto por cesárea totales en el Hospital Las Mercedes, periodo de enero a diciembre del 2023.

Indicación de cesárea	Frecuencia	Porcentaje
Cesárea anterior	95	34.05%
Preeclampsia /Eclampsia	37	13.26%
Pelvis estrecha	35	12.54%
Estado Fetal No Tranquilizador	22	7.89%
Ruptura prematura de membranas	19	6.81%
Presentación anómala	19	6.81%
Macrosomía fetal	15	5.38%
Edad mayor 35 años	15	5.38%
PIG	8	2.87%
Oligohidramnios	7	2.51%
Placenta previa	4	1.43%
Desprendimiento prematuro de placenta	1	0.36%
Prolapso de cordón	1	0.36%
Embarazo múltiple	1	0.36%
Infección por VIH	0	0.00%
Herpes genital	0	0.00%
Total	279	100%

Fuente propia: Ficha de recolección de datos

Ilustración 2: Gráfico de distribución de indicación de parto por cesárea totales en el Hospital Las Mercedes, periodo de enero a diciembre del 2023



Fuente propia: Ficha de recolección de datos

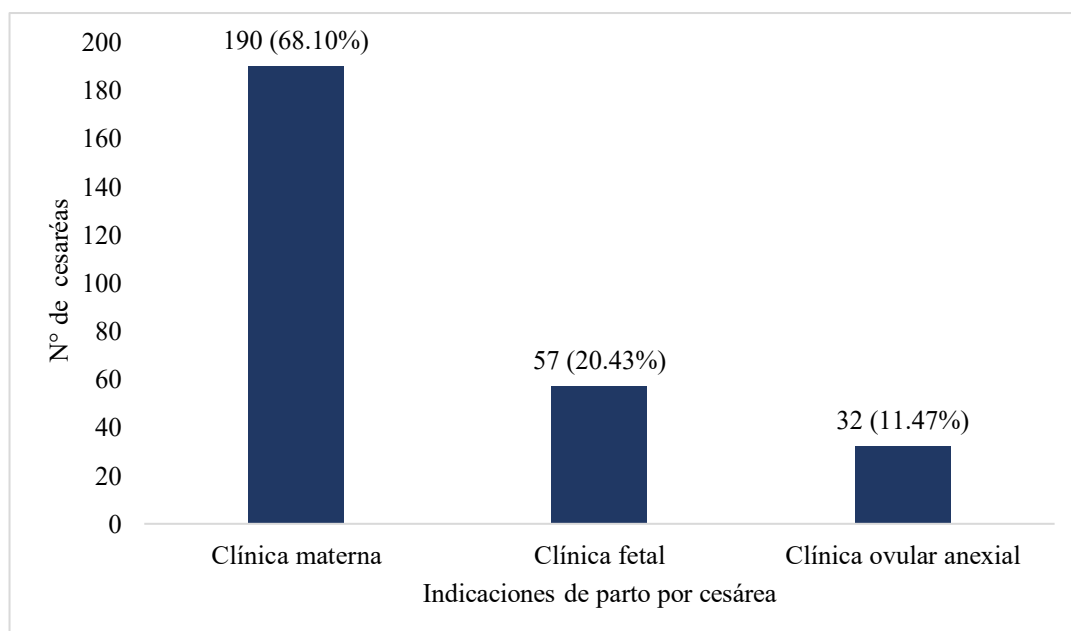
La gráfica muestra que durante el periodo enero–diciembre del 2023, el 34.05% de cesáreas totales fueron por cesárea anterior, seguido de preeclampsia /eclampsia con un 13.26% y pelvis estrecha con un 12.54%.

Tabla 3: Tabla de distribución categórica de indicaciones de parto por cesárea en el Hospital Las Mercedes, periodo de enero a diciembre del 2023.

Indicaciones de parto por cesárea	Frecuencia	%
Clínica materna	190	68.10
Clínica fetal	57	20.43
Clínica ovular anexial	32	11.47
Total	279	100

Fuente propia: Ficha de recolección de datos

Ilustración 3: Gráfico de distribución categórica de indicaciones de parto por cesárea en el Hospital Las Mercedes, periodo de enero a diciembre del 2023



Fuente propia: Ficha de recolección de datos

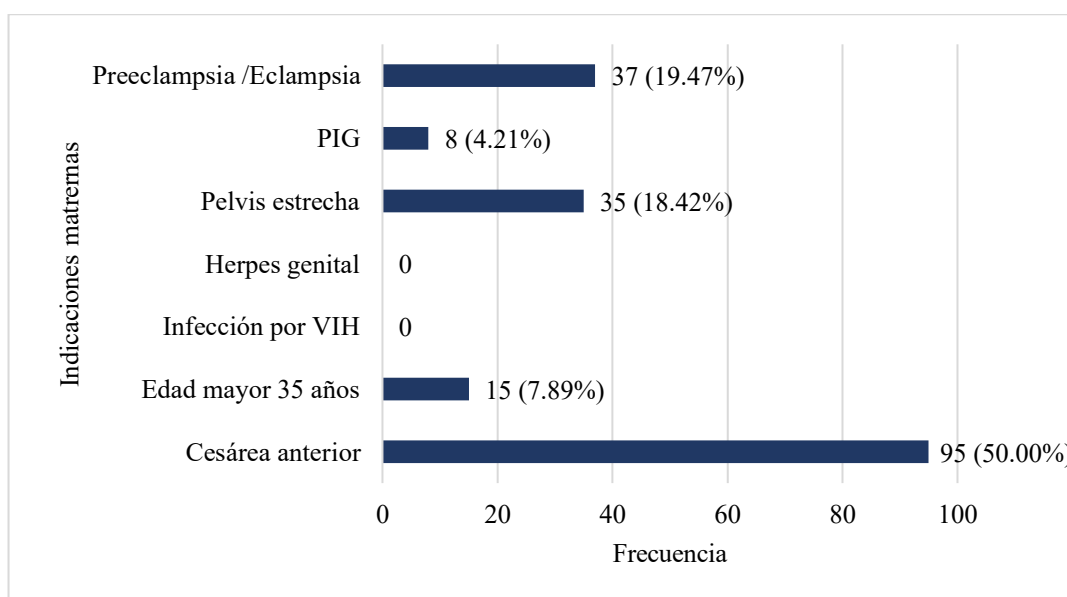
En esta gráfica se observa que las indicaciones de origen materno constituyeron la principal causa de cesárea (68,10 %), seguidas por las indicaciones de origen fetal (20,43 %) y ovular/anexial (11,47 %). Estos hallazgos indican que los factores maternos desempeñan un papel predominante en la decisión de realizar una cesárea en la población estudiada.

Tabla 4: Tabla de distribución de indicaciones maternas de parto por cesárea en el Hospital Las Mercedes, periodo de enero a diciembre del 2023.

Indicación materna de cesárea	Frecuencia	%
Cesárea anterior	95	50.00
Edad mayor 35 años	15	7.89
Infección por VIH	0	0.00
Herpes genital	0	0.00
Pelvis estrecha	35	18.42
PIG	8	4.21
Preeclampsia /Eclampsia	37	19.47
Total	190	100

Fuente propia: Ficha de recolección de datos

Ilustración 4: Gráfico de distribución de indicaciones maternas de parto por cesárea en el Hospital Las Mercedes, periodo de enero a diciembre del 2023.



Fuente propia: Ficha de recolección de datos

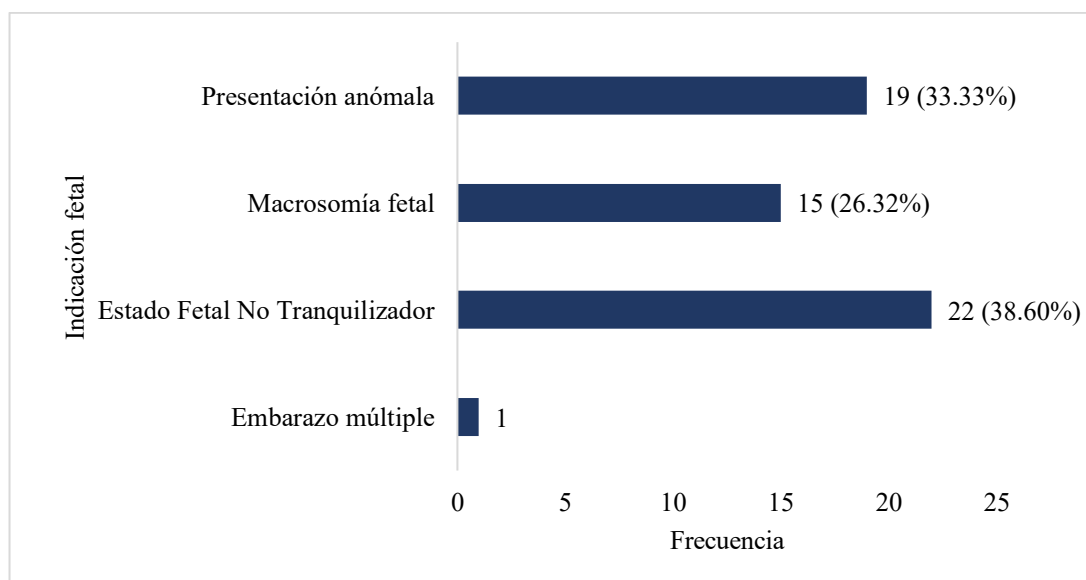
La gráfica evidencia que el antecedente de cesárea anterior fue la indicación materna más frecuente, representando el 50 % de las causas maternas, seguido de la preeclampsia/eclampsia y la pelvis estrecha. Este resultado sugiere que la cesárea previa constituye un determinante importante en la repetición de la intervención quirúrgica.

Tabla 5: Tabla de distribución de indicaciones fetales de parto por cesárea en el Hospital Las Mercedes, periodo de enero a diciembre del 2023.

Indicación fetal de cesárea	Frecuencia	%
Embarazo múltiple	1	1.75
Estado Fetal No Tranquilizador	22	38.60
Macrosomía fetal	15	26.32
Presentación anómala	19	33.33
Total	57	100

Fuente propia: Ficha de recolección de datos

Ilustración 5: Gráfico de distribución de indicaciones fetales de parto por cesárea en el Hospital Las Mercedes, periodo de enero a diciembre del 2023.



Fuente propia: Ficha de recolección de datos

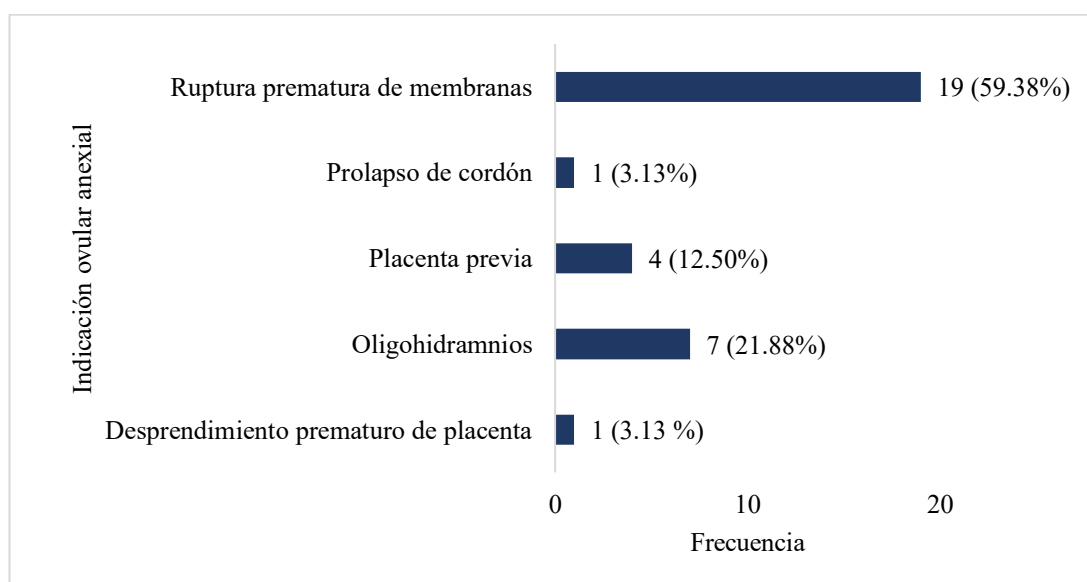
En relación con las indicaciones fetales, el estado fetal no tranquilizador fue la causa más frecuente (38,60 %), seguido de la presentación anómala y la macrosomía fetal. Este hallazgo refleja la relevancia del bienestar fetal en la toma de decisiones obstétricas durante el trabajo de parto

Tabla 6: Tabla de distribución de indicaciones ovulares anexiales de parto por cesárea en el Hospital Las Mercedes, periodo de enero a diciembre del 2023.

Indicación ovular anexial de cesárea	Frecuencia	%
Desprendimiento prematuro de placenta	1	3.13
Oligohidramnios	7	21.88
Placenta previa	4	12.50
Prolapso de cordón	1	3.13
Ruptura prematura de membranas	19	59.38
Total	32	100

Fuente propia: Ficha de recolección de datos

Ilustración 6: Gráfico de distribución de indicaciones ovulares anexiales de parto por cesárea en el Hospital Las Mercedes, periodo de enero a diciembre del 2023.



Fuente propia: Ficha de recolección de datos

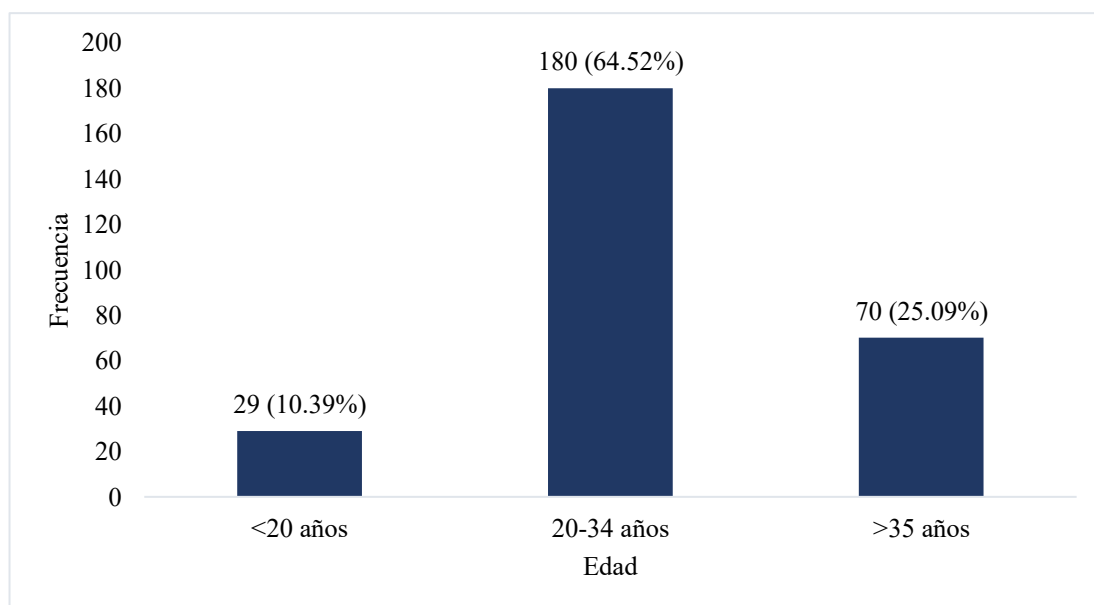
La gráfica muestra que la ruptura prematura de membranas fue la principal indicación ovular/anexial de cesárea (59,38 %), superando ampliamente a otras causas como el oligohidramnios y la placenta previa. Esto sugiere que esta condición representa un motivo frecuente de intervención quirúrgica en el hospital estudiado.

Tabla 7: Tabla de distribución de frecuencia de edad en cesareadas en el Hospital Las Mercedes, periodo de enero a diciembre del 2023

Edad	Frecuencia	%
<20 años	29	10.39
20-34 años	180	64.52
>35 años	70	25.09
Total	279	100

Fuente propia: Ficha de recolección de datos

Ilustración 7: Gráfico de distribución de frecuencia de edad en cesareadas en el Hospital Las Mercedes, periodo de enero a diciembre del 2023



Fuente propia: Ficha de recolección de datos

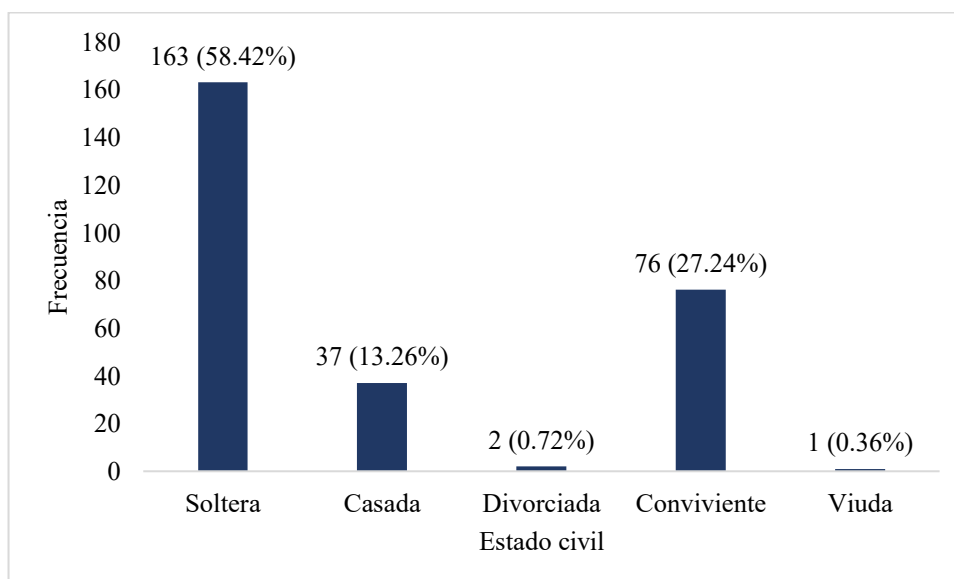
Se observa que la mayor proporción de gestantes cesareadas se concentró en el grupo etario de 20 a 34 años (64,52 %), seguido por las mujeres mayores de 35 años. Este resultado coincide con la etapa de mayor fecundidad y demanda de atención obstétrica, aunque el grupo de edad materna avanzada representa una proporción considerable.

Tabla 8: Tabla de distribución de frecuencia de estado civil en cesareadas en el Hospital Las Mercedes, periodo de enero a diciembre del 2023

Estado civil	Frecuencia	%
Soltera	163	58.42
Casada	37	13.26
Divorciada	2	0.72
Conviviente	76	27.24
Viuda	1	0.36
Total	279	100

Fuente propia: Ficha de recolección de datos

Ilustración 8: Gráfico de distribución de frecuencia de estado civil en cesareadas en el Hospital Las Mercedes, periodo de enero a diciembre del 2023



Fuente propia: Ficha de recolección de datos

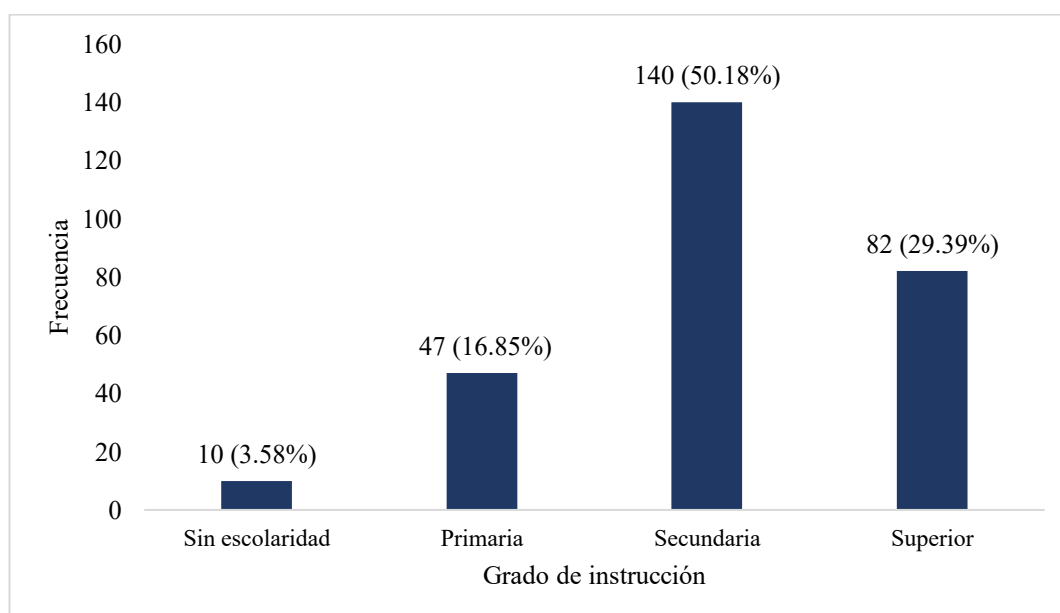
La gráfica evidencia que la mayoría de las gestantes cesareadas fueron solteras (58,42 %) o convivientes (27,24 %). Este hallazgo refleja el perfil sociodemográfico predominante de la población atendida en el Hospital Las Mercedes durante el periodo de estudio.

Tabla 9: Tabla de distribución de frecuencia de grado de instrucción en cesareadas en el Hospital Las Mercedes, periodo de enero a diciembre del 2023

Grado de instrucción	Frecuencia	%
Sin escolaridad	10	3.58
Primaria	47	16.85
Secundaria	140	50.18
Superior	82	29.39
Total	279	100

Fuente propia: Ficha de recolección de datos

Ilustración 9: Gráfico de distribución de frecuencia de grado de instrucción en cesareadas en el Hospital Las Mercedes, periodo de enero a diciembre del 2023



Fuente propia: Ficha de recolección de datos

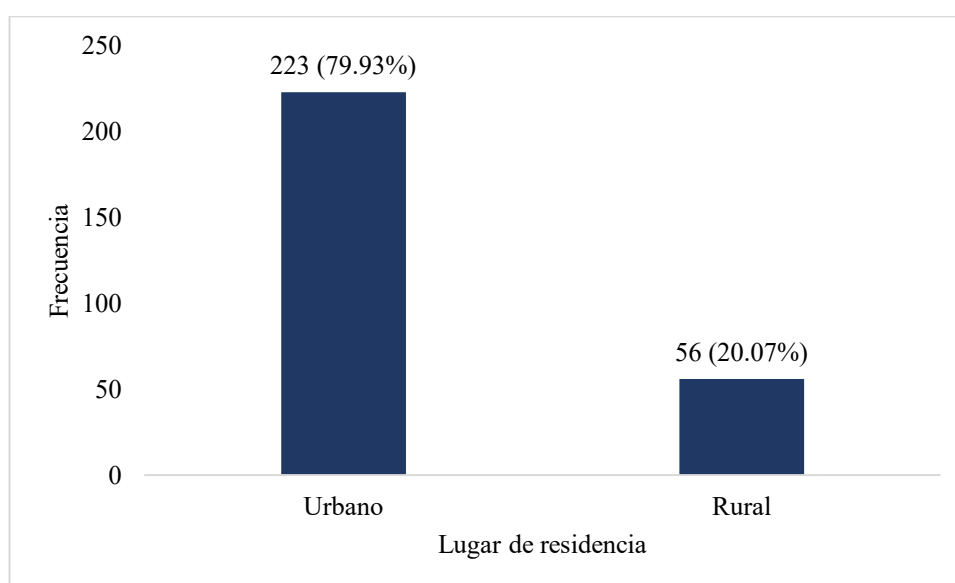
En cuanto al grado de instrucción, se observa que la mayoría de las gestantes cesareadas presentó educación secundaria (50,18 %) y superior (29,39 %). Esto indica que la cesárea no se limita a poblaciones con bajo nivel educativo, sino que ocurre en diversos estratos de formación académica.

Tabla 10: Tabla de distribución de frecuencia de lugar de residencia en cesareadas en el Hospital Las Mercedes, periodo de enero a diciembre del 2023

Lugar de residencia	Frecuencia	%
Urbano	223	79.93
Rural	56	20.07
Total	279	100

Fuente propia: Ficha de recolección de datos

Ilustración 10: Gráfico de distribución de frecuencia de lugar de residencia en cesareadas en el Hospital Las Mercedes, periodo de enero a diciembre del 2023



Fuente propia: Ficha de recolección de datos

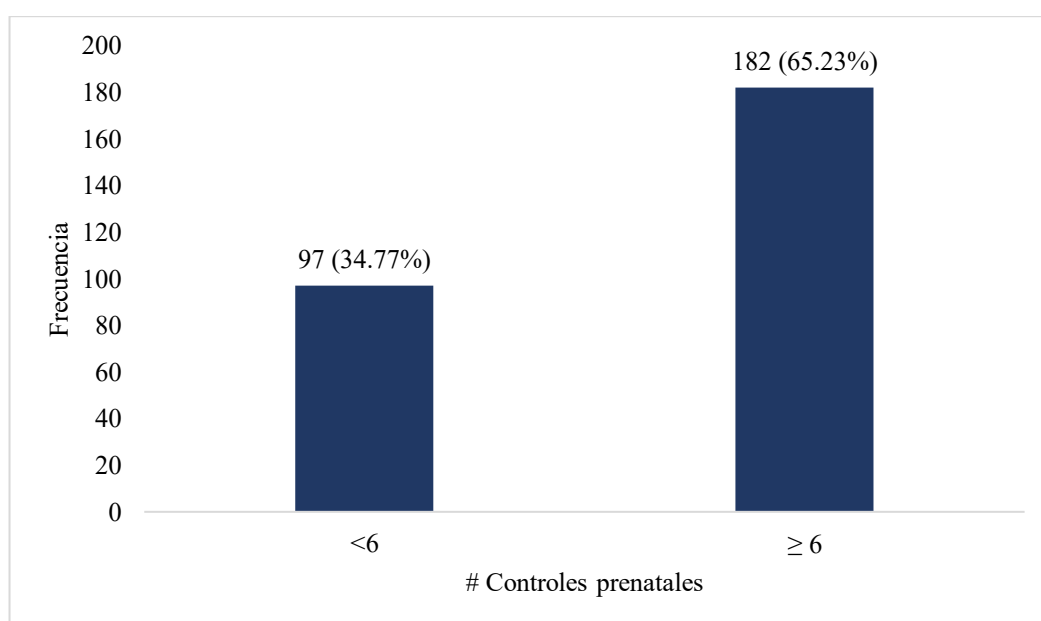
La gráfica muestra que el 79,93 % de las gestantes cesareadas procedía de zonas urbanas, mientras que una menor proporción provenía de áreas rurales. Este resultado podría estar relacionado con una mayor accesibilidad a los servicios de salud especializados en el ámbito urbano.

Tabla 11: Tabla de distribución de frecuencia de controles prenatales en cesareadas en el Hospital Las Mercedes, periodo de enero a diciembre del 2023

CPN	Frecuencia	%
<6	97	34.77
≥ 6	182	65.23
Total	279	100

Fuente propia: Ficha de recolección de datos

Ilustración 11: Gráfico de distribución de frecuencia de controles prenatales en cesareadas en el Hospital Las Mercedes, periodo de enero a diciembre del 2023



Fuente propia: Ficha de recolección de datos

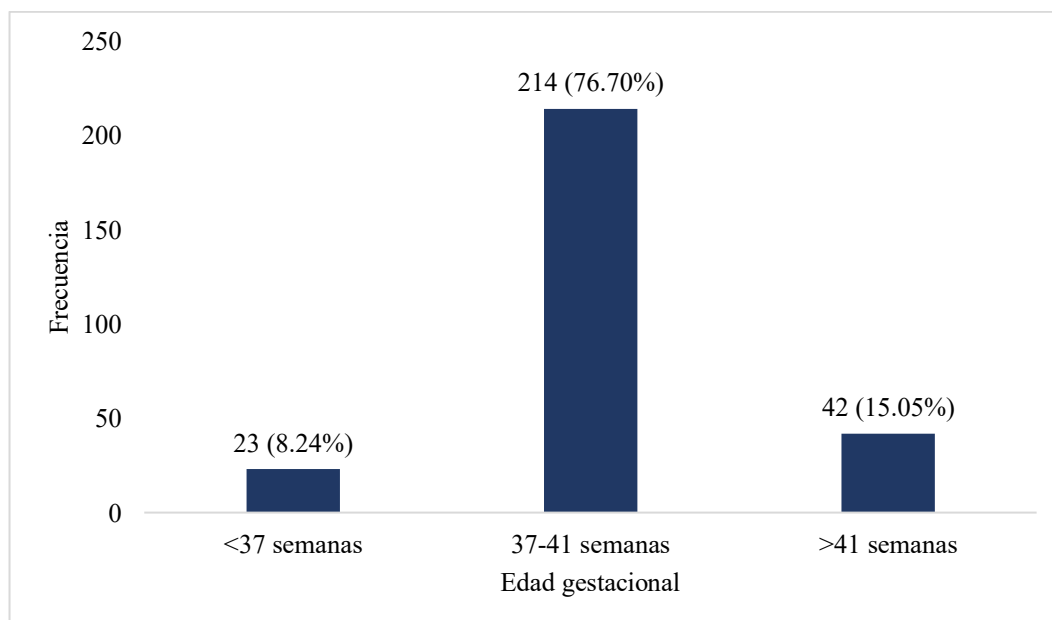
Se evidencia que el 65,23 % de las gestantes cesareadas contó con seis o más controles prenatales, lo que indica una cobertura prenatal adecuada en la mayoría de los casos. Sin embargo, este hecho no se asoció necesariamente a una menor tasa de cesárea

Tabla 12: Tabla de distribución de frecuencia de edad gestacional en cesareadas en el Hospital Las Mercedes, periodo de enero a diciembre del 2023

Edad gestacional	Frecuencia	%
<37 semanas	23	8.24
37-41 semanas	214	76.70
>41 semanas	42	15.05
Total	279	100

Fuente propia: Ficha de recolección de datos

Ilustración 12: Gráfico de distribución de frecuencia de edad gestacional en cesareadas en el Hospital Las Mercedes, periodo de enero a diciembre del 2023



Fuente propia: Ficha de recolección de datos

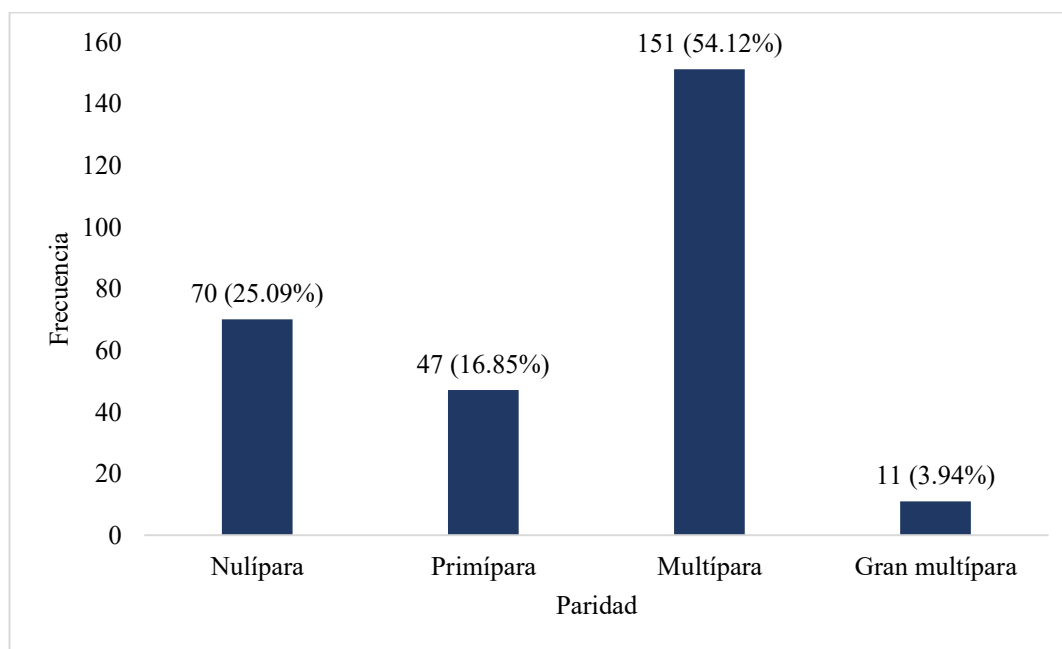
La gráfica muestra que la mayoría de las cesáreas se realizaron en gestantes con embarazos a término (76,70 %), seguidas por embarazos postérmino y, en menor proporción, pretérmino. Esto sugiere que la cesárea fue utilizada principalmente como vía de resolución en gestaciones con edad gestacional adecuada.

Tabla 13: Tabla de distribución de frecuencia de paridad en cesareadas en el Hospital Las Mercedes, periodo de enero a diciembre del 2023

Paridad	Frecuencia	%
Nulípara	70	25.09
Primípara	47	16.85
Múltipara	151	54.12
Gran múltipara	11	3.94
Total	279	100

Fuente propia: Ficha de recolección de datos

Ilustración 13: Gráfico de distribución de frecuencia de paridad en cesareadas en el Hospital Las Mercedes, periodo de enero a diciembre del 2023



Fuente propia: Ficha de recolección de datos

Se observa que la mayor proporción de gestantes cesareadas fue múltipara (54,12 %), seguida de nulíparas y primíparas. Este hallazgo guarda relación con la elevada frecuencia de antecedente de cesárea previa como principal indicación materna.

3.2 DISCUSIÓN

En el presente estudio, la cesárea anterior fue la principal indicación de cesárea (34.05%), hallazgo que es consistente con lo reportado en otras series nacionales donde la cicatriz uterina previa también constituye el motivo predominante. En Urrunaga Moreno et al. (10) describen a la cicatriz uterina previa como primera causa materna con 33,18%, cifra muy cercana a la encontrada en Chiclayo, lo que sugiere un patrón similar de recurrencia de la vía abdominal en gestantes con antecedente quirúrgico. Asimismo, en Flores et al. (8) la cesárea previa fue también la indicación materna más frecuente, aunque con menor proporción (21,7%), y en Rivera et al. (9) alcanzó 26,97%, evidenciando variabilidad entre establecimientos que podría relacionarse con diferencias en el perfil obstétrico, la proporción de gestantes con antecedente de cesárea y los criterios institucionales para ofrecer o no parto vaginal después de cesárea.

Respecto a la clasificación de las indicaciones de cesárea, se observó que las indicaciones de origen materno fueron las más frecuentes (68,10 %), seguidas por las de origen fetal (20,43 %) y ovular/anexial (11,47 %). Este patrón coincide con lo descrito por Flores et al. (8) en Jauja y por Barrera et al. (9) en Lima, quienes también identificaron a las causas maternas como el principal determinante de la intervención quirúrgica. Sin embargo, difiere de lo reportado por Pineda et al. (3) en Nicaragua, donde predominaron las indicaciones fetales, lo que podría explicarse por diferencias en los protocolos institucionales, criterios diagnósticos y perfil obstétrico de las poblaciones estudiadas.

Otras indicaciones maternas relevantes fueron la preeclampsia/eclampsia (19,47 %) y la pelvis estrecha (18,42 %), resultados que concuerdan con los reportes de Rivera et al. (9) y Carbajar et al. (12), quienes identifican a los trastornos hipertensivos del embarazo como una de las principales causas de cesárea en hospitales públicos. Esto refleja la carga persistente de patología hipertensiva en la población obstétrica y subraya la necesidad de fortalecer el control prenatal oportuno y la detección precoz de factores de riesgo.

En relación con las indicaciones de origen fetal, el estado fetal no tranquilizador (38,60 %) fue la causa más frecuente, seguido de la presentación anómala (33,33 %) y la macrosomía fetal (26,32 %). Estos resultados guardan concordancia con los estudios de Ramírez (7) y Quesquén et al. (13), quienes también reportan al compromiso del

bienestar fetal como una de las principales indicaciones fetales de cesárea. Este hallazgo podría estar asociado al uso creciente del monitoreo fetal electrónico continuo que, si bien mejora la detección de alteraciones del bienestar fetal, también puede incrementar la tasa de cesáreas por falsos positivos.

Respecto a las indicaciones ovulares/anexiales, la ruptura prematura de membranas (59,38 %) fue la causa predominante, seguida del oligohidramnios. Este resultado es similar a lo descrito por Urrunaga et al. (10), quienes reportaron a la ruptura prematura de membranas como la principal indicación ovular de cesárea. La elevada frecuencia de esta condición sugiere la necesidad de optimizar los protocolos de manejo expectante y de inducción del parto en casos seleccionados, con el fin de evitar cesáreas innecesarias.

En cuanto al perfil epidemiológico, la mayoría de las gestantes cesareadas se encontró en el grupo etario de 20 a 34 años (64,52 %), lo que coincide con la etapa de mayor fecundidad. Sin embargo, un 25,09 % correspondió a mujeres mayores de 35 años, grupo que se asocia a mayor riesgo obstétrico y mayor probabilidad de intervención quirúrgica. Se observó que el 65,23 % de las gestantes contó con seis o más controles prenatales, lo que indica una cobertura prenatal aceptable; sin embargo, esto no se tradujo necesariamente en una menor tasa de cesárea, lo que sugiere que no solo la cantidad, sino la calidad del control prenatal y la adecuada estratificación del riesgo obstétrico son determinantes clave en la vía de finalización del embarazo.

Finalmente, se evidenció que la tasa de parto por cesárea en el Hospital Las Mercedes (HLM) fue de 38,39 %, cifra que supera ampliamente el rango recomendado por la Organización Mundial de la Salud (10–15 %). Este hallazgo es concordante con lo reportado a nivel nacional por el INEI a través de la ENDES 2023, donde se informa una tasa nacional de cesáreas del 37,8 %, lo que confirma una tendencia creciente y sostenida del uso de esta vía de finalización del embarazo en el Perú. Sin embargo, al comparar nuestro hallazgo con el estudio previo realizado en la misma institución por Quesquén et al. (13), quienes reportaron una tasa de solo 8,2 % para el año 2018, no obstante. No obstante, un estudio posterior realizado en la misma institución en 2019, por Cueva et al. (14), informó una tasa aún mayor (48 %), lo que sugiere la existencia de un incremento abrupto entre 2018 y 2019, seguido de la persistencia de tasas elevadas en los años subsiguientes. Esta evolución no refleja un crecimiento progresivo, sino más bien un cambio marcado en la práctica obstétrica institucional,

con una consolidación de la cesárea como vía frecuente de finalización del embarazo. Este fenómeno no es aislado; estudios en hospitales públicos de similar complejidad, como los de Barrena et al. (11) en Lima (50,2 %) y Carbajar et al. (12) en Chimbote (58,4 %), muestran cifras incluso superiores, sugiriendo que los hospitales nivel II y III están concentrando patología de alto riesgo o adoptando prácticas de medicina defensiva que favorecen la vía abdominal.

CAPITULO IV: CONCLUSIONES

- La principal indicación de parto por cesárea en el Hospital Las Mercedes durante el periodo de enero a diciembre del 2023 fue el antecedente de cesárea previa, constituyendo la causa materna predominante.
- Las indicaciones de cesárea de origen materno representaron la mayor proporción de los casos, seguidas por las fetales y ovulares, evidenciando el predominio de factores clínicos maternos en la decisión quirúrgica.
- El perfil clínico y epidemiológico de las gestantes cesareadas estuvo caracterizado principalmente por mujeres de 20 a 34 años, multíparas, con residencia urbana, nivel de instrucción secundaria y controles prenatales suficientes, lo que sugiere que la indicación de cesárea no depende únicamente de factores sociodemográficos, sino también de criterios clínicos y obstétricos acumulativos.
- La tasa de parto por cesárea en el Hospital Las Mercedes durante el año 2023 fue de 38,39 %, valor que supera las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y refleja una tendencia creciente en el uso de la cesárea como vía de finalización del embarazo en el ámbito hospitalario.

CAPITULO V: RECOMENDACIONES

1. Fortalecer la evaluación clínica y la toma de decisiones en gestantes con antecedente de cesárea previa, promoviendo de manera protocolizada la valoración para parto vaginal después de cesárea (PVDC) en aquellas pacientes que cumplan criterios de seguridad, con el fin de reducir la recurrencia innecesaria de cesáreas iterativas y su impacto en la tasa global institucional.
2. Optimizar los protocolos de manejo del trabajo de parto y del monitoreo fetal intraparto, priorizando una interpretación adecuada del monitoreo fetal electrónico y la correlación clínica, con el objetivo de disminuir cesáreas indicadas por estado fetal no tranquilizador sin criterios claros de compromiso fetal agudo.
3. Reforzar la calidad del control prenatal, no solo en términos de número de atenciones, sino en la identificación oportuna de factores de riesgo maternos y fetales, como trastornos hipertensivos del embarazo, macrosomía fetal y alteraciones en la presentación fetal, permitiendo una planificación adecuada de la vía de parto.
4. Implementar o actualizar guías clínicas institucionales para el manejo de condiciones obstétricas frecuentes asociadas a cesárea, tales como ruptura prematura de membranas, preeclampsia y pelvis límite, fomentando conductas basadas en evidencia científica actual y reduciendo la variabilidad en la práctica médica.
5. Fortalecer las estrategias de educación prenatal dirigidas a las gestantes, brindando información clara y basada en evidencia sobre los beneficios y riesgos del parto vaginal y la cesárea, promoviendo una toma de decisiones informada y disminuyendo la percepción errónea de la cesárea como una vía de parto “más segura” en ausencia de indicación médica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Las tasas de cesárea siguen aumentando en todo el mundo [Internet]. Ginebra: OMS; 16 de jun de 2021 [citado 25 oct 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/16-06-2021-caesarean-section-rates-continue-to-rise-amidst-growing-inequalities-in-access>
2. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES Primer Semestre 2023 [Internet]. Lima: INEI; 2023 [citado 25 oct 2024]. Disponible en: <https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2023>
3. Pineda EA. Indicaciones de cesárea primitiva, resultados maternos y perinatales de pacientes ingresadas a la sala de labor y parto del departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello, octubre 2017 a abril 2019 [Tesis en Internet]. León: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2020 [citado 30 oct 2024]. Disponible en: <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/handle/123456789/7628>
4. Librandi Juan Martín, Fasano María Victoria, Malzone Paula, Giles Homero Federico, Belizán José M, Marin Gina et al . Tendencia de cesáreas en entidades privadas de la provincia de Buenos Aires, Argentina (2017-2021). Ginecol. obstet. Méx. [revista en la Internet]. 2023 [citado 01 nov 2024] ; 91(4): 249-255. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412023000400004
5. Barros JE. Prevalencia y Factores asociados a primera cesárea, Hospital Vicente Corral Moscoso. [Tesis en internet] Cuenca: Universidad de Cuenca; 2019 [citado 01 nov 2024]. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1127796>
6. Franco Netto ROR, Franco Netto J, Botaro HS, Botaro MS, Leal HC, Ferreira-Rodrigues A, et al. Incidencia y características de los partos por cesárea en un hospital público de Paraguay. Rev Int Salud Materno Fetal [Internet]. 2023 [citado 01 nov 2024]; 8(3). Disponible en: <https://ojs.revistamaternofetal.com/index.php/RISMF/article/view/167/200>

7. Ramírez-Flores DA, Ruiz-Cabrera IL, Moreno-López RJ, López-de-Silanes A, Fuentes-Astudillo ZR, Ayala-Yáñez R. Índice de Robson: riesgo de cesárea en un centro de primer nivel en México. *Ginecol Obstet Mex* [Internet]. 2023 [citado 01 nov 2024]; 91(8):570-580. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0300-90412023000800570&script=sci_arttext
8. Flores Martínez Y, Jines Vicente JR. Prevalencia e indicaciones de partos por cesárea en gestantes atendidas en el hospital Domingo Olavegoya de Jauja, 2021 [Tesis en Internet]. Huancavelica: Universidad Nacional de Huancavelica; 2022 [citado 30 oct 2024]. Disponible en: <https://repositorio.unh.edu.pe/items/1a6876bf-636b-49be-981d-e1023f5e6ca7>
9. Rivera Hualpa AL. Incidencia e indicaciones de cesárea en mujeres atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Santa Rosa – Puerto Maldonado, julio – diciembre 2022 [Tesis en Internet]. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2023 [citado 01 nov 2024]. Disponible en: <https://repositorio.unjbg.edu.pe/items/b7d26965-6455-43ee-a6d8-81dccfd50d40>
10. Urrunaga, M. Epidemiología del parto por cesárea en gestantes atendidas en el hospital Santa Rosa, Lima en el periodo enero-junio 2021. [tesis en Internet] Lima: Universidad Nacional Federico Villareal; 2022 [citado 01 nov 2024] Disponible en: <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/6157>
11. Barrena NM, Quispe IP, Flores M, León C. Frecuencia e indicaciones del parto por cesárea en un hospital docente de Lima, Perú. *Rev. Peru. Ginecol. Obstet.* [revista en Internet] Lima 2020 [citado 01 nov 2024]; 66(2): 00004. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-51322020000200004&script=sci_arttext&tlng=pt
12. Carbajal A. Prevalencia e indicaciones de cesárea en gestantes atendidas en el Hospital La Caleta-Chimbote, 2019 [tesis en Internet] Chimbote: Universidad San Pedro; 2019 [citado 01 nov 2024]. Disponible en: <https://repositorio.usanpedro.edu.pe/items/8f59e3a3-2cb2-4f23-a1af-ecc02d7aee28>

13. Quesquen N, Rodriguez D. Características epidemiológicas del parto por cesárea en el Hospital Regional Docente Las Mercedes. 2018 [tesis en Internet] Lambayeque: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; 2021 [citado 01 nov 2024]. Disponible en: <https://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/9226>
14. Cueva L, Monsalve A. Parto por cesárea y morbimortalidad en neonatos del Hospital las Mercedes, marzo a octubre de 2019. REV EXP MED [revista en Internet]. 2020[citado 01 nov 2024] Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9034006>
15. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología 2023 [Internet]. Lima: Ministerio de Salud, Instituto Nacional Materno Perinatal; 2023 [citado 01 nov 2024]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/5116461/Gu%C3%ADas%20de%20Pr%C3%A1ctica%20Cl%C3%ADnica%20y%20de%20Procedimientos%20en%20Obstetricia%20y%20Perinatolog%C3%ADa%202023.pdf>
16. Cunningham FG, Leveno KJ, Dashe JS, Hoffman BL, Spong CY, Casey BM. Williams Obstetricia. 26.^a ed. Ciudad de México: McGraw-Hill Interamericana; 2022.
17. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Caesarean birth: NICE guideline [NG192] [Internet]. Londres: NICE; 2021 [citado 01 dic 2024]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng192>
18. American College of Obstetricians and Gynecologists. Vaginal Birth After Cesarean Delivery: Practice Bulletin No. 205. Obstet Gynecol [Internet]. 2019 [reafirmado 2021; citado 01 dic 2024];133(2):e110-e127. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30681543/>
19. American College of Obstetricians and Gynecologists. Macrosomia: Practice Bulletin No. 216. Obstet Gynecol [Internet]. 2020 [citado 10 dic 2024];135(1):e18-e35. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31856124/>
20. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud de Atención Integral del Adulto con Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH): NTS N°

- 169-MINSA/2020/DGIESP [Internet]. Lima: MINSA; 2020 [citado 10 dic 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/1338870-962-2020-minsa>
21. Hofmeyr GJ, Kulier R, West HM. External cephalic version for breech presentation at term. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2015 [actualizado 2022; citado 10 dic 2024];(4):CD000083. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000083.pub3/full>
 22. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. *Arbor* [Internet]. 2008 [citado 25 ene 2025];184(730):349-352. Disponible en: <https://arbor.revistas.csic.es/index.php/arbor/article/view/183>
 23. Organización Mundial de la Salud. Declaración de la OMS sobre las tasas de cesárea [Internet]. Ginebra: OMS; 2015 [actualizado 2021; citado 10 ene 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-15.02>
 24. Betrán AP, Ye J, Moller AB, Souza JP, Zhang J. Tendencias y proyecciones de las tasas de cesárea: estimaciones globales y regionales. *BMJ Glob Health* [Internet]. 2021 [citado 10 ene 2025];6(6). Disponible en: <https://gh.bmj.com/content/6/6/e005671>
 25. American College of Obstetricians and Gynecologists. Prevención segura de la cesárea primaria. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2020 [citado 10 ene 2025];135(3):e110–127. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32080050/>
 26. Guise JM, Denman MA, Emeis C, et al. Parto vaginal después de cesárea: nuevas perspectivas. *Evid Rep Technol Assess* [Internet]. 2019 [citado 10 ene 2025];191:1–397. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31402715>
 27. Sandall J, Tribe RM, Avery L, et al. Efectos a corto y largo plazo de la cesárea en la salud de las mujeres y los niños. *Lancet* [Internet]. 2018 [evidencia actualizada citada 2021; citado 10 ene 2025];392(10155):1349–1357. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30322585/>

28. Keag OE, Norman JE, Stock SJ. Riesgos y beneficios a largo plazo asociados al parto por cesárea para la madre, el recién nacido y embarazos posteriores. PLoS Med [Internet]. 2018 [revisiones actualizadas citadas 2021; citado 15 ene 2025];15(1):e1002494. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29360829/>
29. Betrán AP, Temmerman M, Kingdon C, et al. Intervenciones para reducir cesáreas innecesarias en mujeres y recién nacidos sanos. Lancet [Internet]. 2018 [aplicaciones actualizadas citadas 2022; citado 15 ene 2025];392(10155):1358–1368. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30322586/>
30. Boerma T, Ronsmans C, Melesse DY, et al. Epidemiología global del uso y las desigualdades en la cesárea. Lancet [Internet]. 2018 [análisis regionales actualizados citados 2021; citado 20 ene 2025];392(10155):1341–1348. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30322584/>
31. National Institute for Health and Care Excellence. Atención intraparto en presentación podálica [Internet]. Londres: NICE; 2021 [citado 20 ene 2025]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk>
32. Souza JP, Gülmezoglu AM, Lumbiganon P, et al. La cesárea sin indicación médica se asocia a un mayor riesgo de resultados maternos adversos a corto plazo. BMC Med [Internet]. 2021 [citado 10 ene 2025];19:135. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34112144/>

ANEXOS

FICHAS BIBLIOGRÁFICAS INTERNACIONALES

Anexo 1:

FICHA BIBLIOGRÁFICA N° 01	
Autores	Pineda, Estela Andrea, Pérez López, Rigoberto, tutor
Título	Indicaciones de cesárea primitiva, resultados maternos y perinatales de pacientes ingresadas a la sala de labor y parto del departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello, octubre 2017 a abril 2019
Repositorio	Repositorio Institucional UNAN-León
Año	2020
País	Nicaragua
Importancia	Se concluyó que las indicaciones fetales fueron las más prevalentes en comparación a la indicaciones maternas y ovulares; el estado fetal inseguro fue el más prevalente de las indicaciones fetales.
Link	http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/handle/123456789/7628

Anexo 2:

FICHA BIBLIOGRÁFICA N° 02	
Autor	Juan Martín Librandi ¹ , María Victoria Fasano, Paula Malzone, Homero Federico Giles, José M Belizán, Gina Marin, Gabriela Cormick
Título	Tendencia de cesáreas en entidades privadas de la provincia de Buenos Aires, Argentina (2017-2021)
Revista	SciELO
Año	2023
País	Argentina
Importancia	Este estudio se centró en evaluar las tasas de cesárea en la finalización de embarazos registrados en el sector privado de la Obra Social de la provincia de Buenos Aires entre los años 2017 a 2021, en la cual se concluyó que en el año 2017 el porcentaje de cesáreas se incrementó de

	69.0% (12,600 cesáreas de 18,258 partos) a 73.6% (8,232 cesáreas de 11,180 partos) en 2021.
Link	https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412023000400004

Anexo 3:

FICHA BIBLIOGRÁFICA N° 03	
Autor	Jenny Elizabeth Barros Cajamarca
Título	Prevalencia y factores asociados a primera cesárea, Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca, 2019
Fuente	Portal Regional da BVS
Año	2019
País	Ecuador
Importancia	La importancia de este estudio es que se determinó que la intervención cesárea tuvo una prevalencia de 38.1%, hubo significancia estadística mas no asociación con estado fetal no tranquilizador, distocia de presentación y estados hipertensivos
Link	https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1127796

Anexo 4:

FICHA BIBLIOGRÁFICA N° 04	
Autor	Raphael Franco-Netto, Juliana Franco-Netto, Henrique da Silva-Botaro, Mayko da Silva-Botaro, Herica de Carvalho-Leal, Aline Ferreira-Rodrigues
Título	Incidencia y características de los partos por cesárea en un hospital Público de Paraguay
Revista	Revista Internacional de Salud Materno Fetal
Año	2023
País	Paraguay

Importancia	La importancia de este estudio es que se pudo determinar que la incidencia de partos por cesárea fue elevado en el Hospital investigado (36,28%), cuando la OMS establece un índice deseado de hasta 15%. Las indicaciones más frecuentes encontradas en este estudio fueron cesárea anterior, preeclampsia , desprendimiento de placenta y bradicardia fetal.
Link	http://ojs.revistamaternofetal.com/index.php/RISMF/article/view/167/200

Anexo 5:

FICHA BIBLIOGRÁFICA N° 05	
Autor	Ramírez DA, Ruiz IL, Moreno RJ, López A, Fuentes ZR, Ayala-Yáñez R
Título	Índice de Robson: riesgo de cesárea en un centro de primer nivel en México
Revista	SciELO
Año	2023
País	México
Importancia	Se obtuvo como resultados que de las 569 pacientes, 228 fueron parto por cesárea y 341 por parto vaginal, lo que representó una tasa de cesáreas del 39.9%. Las principales indicaciones de cesárea fueron: riesgo de pérdida del bienestar fetal (18.9%), falta de progresión del trabajo de parto (16.7%), falla en la inducción del trabajo de parto (11.1%), macrosomía (7.2%) y periodo intergenésico corto (7.2%)
Link	https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0300-90412023000800570&script=sci_arttext

FICHAS BIBLIOGRÁFICAS NACIONALES

Anexo 6:

FICHA BIBLIOGRÁFICA N° 06	
Autores	Flores J, Jines JR
Título	Prevalencia e indicaciones de partos por cesárea en gestantes atendidas en el hospital Domingo Olavegoya de Jauja, 2021

Fuente	Repositorio Nacional de Huancavelica
Año	2021
País	Perú
Importancia	En este estudio se pudo determinar que las indicaciones maternas, la más frecuentes indicación de cesárea fue cesárea previa 21.7%, seguida de preeclampsia 11.9% y pelvis estrecha con un 11.1%, en las indicaciones fetales la principal indicación de cesárea fue presentación distócica 18.7% seguido de sufrimiento fetal agudo 17.9% y presentación podálica 6%.
Link	https://repositorio.unh.edu.pe/items/1a6876bf-636b-49be-981d-e1023f5e6ca7

Anexo 7:

FICHA BIBLIOGRÁFICA N° 07	
Autores	Rivera AL
Título	Incidencia e Indicaciones de cesarea en mujeres atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Santa Rosa- Puerto Maldonado, Julio-Diciembre 2022
Fuente	Repositorio Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann
Año	2023
País	Perú
Importancia	Se determinó que del total de partos el 48.28% fueron por cesárea, entre las indicaciones maternas más frecuentes fueron la incompatibilidad céfalo pélvica (23,68%) y cesárea previa (26,97%), las indicaciones fetales más frecuentes fueron macrosomía fetal (43,78%) y presentación podálica (16,22%) y las indicaciones ovulares más frecuentes fueron oligohidramnios (51,22%) y placenta previa total (19,51%).
Link	https://repositorio.unjbg.edu.pe/items/b7d26965-6455-43ee-a6d8-81dccfd50d40

Anexo 8:

FICHA BIBLIOGRÁFICA N° 08	
Autores	Urrunaga Moreno
Título	Epidemiología del parto por cesárea en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa, Lima en el periodo enero – junio 2021
Revista	Repositorio de la Universidad Nacional Federico Villareal
Año	2022
País	Perú
Importancia	El análisis de las causas maternas reveló que la cicatriz uterina previa fue el determinante principal para la intervención quirúrgica (33.18%), figurando también la edad superior a los 35 años (18.48%) y los cuadros hipertensivos tipo preeclampsia (15.64%) como factores relevantes
Link	https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/6157

Anexo 9:

FICHA BIBLIOGRÁFICA N° 09	
Autores	Barrena NM, Quispe IP, Flores M, León C
Título	Frecuencia e indicaciones del parto por cesárea en un hospital docente de Lima, Perú
Revista	SciELO
Año	2020
País	Perú
Importancia	Resultados dieron una frecuencia de 50.2% en cesáreas, superando la tasa recomendada por la OMS, en las indicaciones de cesárea la más frecuente fue cesárea previa seguida por desproporción cefalopélvica.

Link	http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-51322020000200004&script=sci_arttext&tlng=pt

Anexo 10:

FICHA BIBLIOGRÁFICA N° 10	
Autores	Carbajal A
Título	Prevalencia e indicaciones de cesárea en gestantes atendidas en el Hospital La Caleta-Chimbote, 2019
Fuente	Repositorio Institucional Universidad Nacional San Pedro
Año	2019
País	Perú
Importancia	Se concluyó que la prevalencia de cesárea fue de 58,4%. Entre las principales indicaciones de cesárea tenemos: preeclampsia, con el 38,7%, seguidas de esta la distocia de presentación podálico, con un 19,7%, y en tercer lugar sufrimiento fetal, con un 18,6%.
Link	https://repositorio.usanpedro.edu.pe/items/8f59e3a3-2cb2-4f23-a1af-ecc02d7aee28

FICHAS BIBLIOGRÁFICAS REGIONALES

Anexo 11:

FICHA BIBLIOGRÁFICA N° 11	
Autores	Quesquen N, Rodriguez D
Título	Características epidemiológicas del parto por cesárea en el Hospital Regional Docente Las Mercedes. 2018
Revista	Repositorio Institucional Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo
Año	2021
País	Perú
Importancia	Se concluyó que la frecuencia de cesárea en el Hospital Regional Docente Las Mercedes durante el periodo Enero - Diciembre de 2018 fue del 8.2%,

	y hallándose como indicación más frecuente al sufrimiento fetal agudo 39.8%, seguido de la desproporción cefalopélvica con el 24.3% y el trabajo de parto disfuncional con el 18%.
Link	https://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/9226

Anexo 12:

FICHA BIBLIOGRÁFICA N° 12	
Autor	Ching K, Cueva L, Monsalve A
Título	Parto por cesárea y morbimortalidad en neonatos del Hospital las Mercedes, marzo a octubre de 2019
Revista	Rev. Exp. Med
Año	2019
País	Perú
Importancia	La incidencia de parto por cesárea en el hospital fue de 48%.. La mayoría de los neonatos padeció dificultad respiratoria en un nivel leve o moderado. La sepsis neonatal precoz es más frecuente en nacidos por parto vaginal.
Link	https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9034006

Anexo 13:

FICHA BIBLIOGRÁFICA N° 13	
Autor	Soto Caceres Y.
Título	Costo real en la atención de cesareas asumidos por el Hospital Regional Docente Las Mercedes. Chiclayo
Revista	Rev. Exp. Med
Año	2019
País	Perú
Importancia	Los resultados obtenidos demuestran que el costo directo es mayor en la fase intraoperatoria de una cesárea, tanto sea ésta complicada o no y que

	la diferencia del costo real en cesáreas complicadas asumidas por el hospital es en promedio s/. 299.49 nuevos soles, y en no complicadas 209.74 soles, siendo en total 509,24 nuevos soles, siendo así, se concluye que el mayor costo directo en una cesárea es asumido por el hospital.
Link	https://rem.hrlamb.gob.pe/index.php/REM/article/view/69/64

Anexo 14: Ficha de recolección de datos

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS					
EDAD		CPN	<6	LUGAR DE RESIDENCIA	Urbano
			≥ 6		Rural
ESTADO CIVIL	Soltera	GRADO DE INSTRUCCIÓN	Sin escolaridad	PARIDAD	Nulipara
	Casada		Casada		Primipara
	Divorciada		Divorciada		Multipara
	Conviviente		Conviviente		Gran múltipara
	Viuda		Viuda		
EDAD GESTACIONAL		<37 semanas	37- 41 semanas	>41 semanas	
CLINICA MATERNA	Cesárea anterior	CLINICA FETAL	Estado fetal no tranquilizador	CLINICA OVULAR /ANEXIAL	Desprendimiento prematuro de placenta
	Edad mayor 35 años				
	Infección por VIH				
	Herpes genital		Macrosomía fetal		Oligohidramnios
	Pelvis estrecha				Placenta previa
	Periodo intergenésico corto		Presentacion anomala		Prolapso de cordón
	Preeclampsia / Eclampsia				Ruptura prematura de membranas
	Embarazo múltiple				



N° 001/26

AUTORIZACIÓN


El Director y el Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación del Hospital “Las Mercedes” Chiclayo, Autoriza a:

**DELGADO JULCA
HENRY BRAND**

Para que realicen la Ejecución del Proyecto de Investigación Titulado: *“Principal Indicación de Parto por Cesárea en el Hospital Las Mercedes de Chiclayo, Periodo Enero a Diciembre del 2023”*, debiendo al término remitir las conclusiones respectivas.

Chiclayo, Enero 2026

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LAMBAYEQUE
HOSPITAL LAS MERCEDES - CHICLAYO



Dr. Segundo Zavaleta Gonzales
C.M.P. 38829
DIRECTOR EJECUTIVO

GOBIERNO REGIONAL DE LAMBAYEQUE
DIRECCION REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL LAS MERCEDES CHICLAYO



Dr. Nonny Vargas Vasquez
C.E.P. N° 14181 RNE 41500
JEFE DE LA UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACION