



**UNIVERSIDAD ANDINA**  
**NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LAS COMPLICACIONES  
POSQUIRÚRGICAS EN PACIENTES CESAREADAS  
HOSPITAL III ESSALUD RED ASISTENCIAL  
JULIACA 2024**

TESIS PRESENTADA POR:

**Bach. BETSABE SARA SANCA TURPO**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:  
**MÉDICO CIRUJANO**

JULIACA – PERÚ

2025



**UNIVERSIDAD ANDINA**

**NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LAS COMPLICACIONES  
POSQUIRÚRGICAS EN PACIENTES CESAREADAS  
HOSPITAL III ESSALUD RED ASISTENCIAL  
JULIACA 2024**

**TESIS PRESENTADA POR:**

**Bach. BETSABE SARA SANCA TURPO**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:**

**MÉDICO CIRUJANO**

**APROBADA POR EL JURADO REVISOR:**

**PRESIDENTE**

:   
Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA

**PRIMER MIEMBRO**

:   
M. Sc. MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ

**SEGUNDO MIEMBRO**

:   
Dra. MARIA CONCEPCIÓN FIGUEROA VILCA

**ASESOR DE TESIS**

:   
Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN**

: MEDICINA HUMANA - P09

**RESOLUCIÓN DECANAL N° 863 -2025-D-FCS-UANCV**

Juliaca, 02 de Octubre del 2025

**VISTOS:**

El Expediente N° 2025 – 8065 en el cual solicita fecha y hora para Sustentación de Tesis y el Dictamen de Aprobación, emitido por el Jurado Evaluador del trabajo de investigación titulado: **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LAS COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS EN PACIENTES CESAREADAS HOSPITAL III ESSALUD RED ASISTENCIAL JULIACA 2024**

**CONSIDERANDO:**

Que, es necesario dar cumplimiento a la Ley 30220, al Estatuto Universitario y al Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad y de la Facultad de Ciencias de la Salud, para la fijación de fecha y hora para la sustentación de tesis.

En uso de las atribuciones conferidas a la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud y, estando al informe de la Comisión de Grados y Títulos de la Facultad.

**SE RESUELVE:**

**PRIMERO:** Ratificar a los jurados para la Sustentación de Tesis para optar el Título Profesional de: **MÉDICO CIRUJANO** del (la) bachiller: **SANCA TURPO BETSABE SARA** habiéndose designado por sorteo a los siguientes docentes;

- \* **Presidente** : **Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA**
- \* **1er. Miembro** : **M .Sc. MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ**
- \* **2do. Miembro** : **Dra. MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA**
  
- \* **Asesor (a)** : **Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE**

**SEGUNDO:** Fijar la programación de Sustentación de Tesis para el:

**DIA** : **VIERNES 03 DE OCTUBRE DEL 2025**  
**HORA** : **15:00 HORAS**  
**LOCAL** : **Salón de Grados de la Facultad de Ciencias de la Salud**

**TERCERO:** Realizado la Sustentación, el Jurado levantará el Acta en el libro respectivo, donde indicará el resultado obtenido por el Bachiller sustentante.

**CUARTO:** La Dirección de la Escuela Profesional de Medicina Humana Comisión de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud y el jurado, quedan encargados de dar cumplimiento a la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese y Cúmplase.



**DISTRIBUCIÓN:**  
- Jurados (3)  
- Interesado (1)  
- Asesor de Tesis (1)  
- Archivo FCS 2025(1)



**RESOLUCIÓN N° 027-2025-UI-FCS-UANCV-J**

Juliaca, 19 de agosto del 2025

**Visto:** el Expediente oficio N° 224-UI-2025 de fecha 25 de julio del 2025, Presentado Por el Bach. **SANCA TURPO BETSABE SARA**, quien solicita Revisión de Informe Final de la Investigación (Borrador de Tesis) titulado: **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LAS COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS EN PACIENTES CESAREADAS HOSPITAL III ESSALUD RED ASISTENCIAL JULIACA 2024**, por los jurados de la Facultad de Ciencias de la Salud Escuela Profesional de **MEDICINA HUMANA**

**CONSIDERANDO:**

**Que**, la Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento a la Resolución N° 0294-2023-UANCV-CU-R, y con la aprobación del informe final por los siguientes miembros de jurado y asesor:

- \* **Presidente** : Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA
- \* **1er. Miembro** : M.Sc. MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ
- \* **2do. Miembro** : Dra. MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA
- \* **Asesor** : Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE

Estando, la opinión favorable de los miembros del jurado, en concordancia con el Reglamento Interno de Trabajo de Investigación Conducente a Grados y Títulos Resolución N° 0294-2023-UANCV-CU-R, de conformidad a lo que establece la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y Modificatoria N° 24661 y el Estatuto de la UANCV, que confiere facultades a la unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud; asimismo fue aprobado para su ejecución de informe final con **RESOLUCIÓN N° 306-2025-D-FCS-UANCV-J**, conducente para optar el Título profesional de **MÉDICO CIRUJANO**

**SE RESUELVE:**

**ARTÍCULO PRIMERO:** APROBAR EL INFORME FINAL DE LA INVESTIGACIÓN para la REVISIÓN DE SIMILITUD TURNITIN, del tema **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LAS COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS EN PACIENTES CESAREADAS HOSPITAL III ESSALUD RED ASISTENCIAL JULIACA 2024**, presentado por el (la) Bach. **SANCA TURPO BETSABE SARA**, para optar el Título profesional de **MÉDICO CIRUJANO**, en virtud de los considerandos expuestos.

**ARTÍCULO SEGUNDO:** RATIFICAR como ASESOR(a) a la: **Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE**

**ARTICULO TERCERO.** - **DISPONER** que, La Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud y secretaria académica de la Facultad de ciencias de la Salud, quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.

**DISTRIBUCIÓN:**

- Interesados (1)
- Archivo (1)



UNIVERSIDAD ANDINA "NESTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

*[Firma]*  
Dra. María Concepción Figueroa Vilca  
DIRECTORA  
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN FCS



## "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"

RESOLUCIÓN DECANAL N° 306 -2025-D-FCS-UANCV

Juliaca, 14 de mayo del 2025

**VISTOS:**

El Informe N° 026 -2025-UI-FCS-UANCV-J emitido por la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, y la copia del acta de Registro de propuesta de Investigación de fecha 09 de mayo de la E.P, de Medicina Humana a folio 000084;

**CONSIDERANDO:**

Que, el (la) egresado (a) **SANCA TURPO BETSABE SARA** ha presentado y solicitado la aprobación de la propuesta de Investigación titulado: **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LAS COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS EN PACIENTES CESAREADAS HOSPITAL III ESSALUD RED ASISTENCIAL JULIACA 2024** correspondiente a la línea de investigación **MEDICINA HUMANA**

Que, la Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento a la Resolución N° 102-2023-CF-FCS-UANCV comunico que el **Comité de Investigación** para la evaluación de la propuesta de Investigación está conformado por los siguientes docentes:

- \* **Presidente** : **Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATACORA**
- \* **1er. Miembro** : **Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO**
- \* **2do. Miembro** : **Dra. MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ**

Que, la Directora de la Unidad de Investigación ha emitido la Opinión Técnica N° 645-2025-UANCV-FCS-UI-CI sobre la evaluación de la propuesta de investigación, emitiendo opinión favorable para que se emita la resolución de aprobación de la propuesta de investigación;

Estando opinión técnica favorable de la Unidad de Investigación, en concordancia con el Reglamento de la Unidad de Investigación de Ciencias de la Salud y en uso de las atribuciones que le confiere la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria, Resolución de Institucionalización 1287-92 D.L. N° 739 y el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

**SE RESUELVE:**

**ARTICULO PRIMERO.- APROBAR**, la **PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN**, presentado por el (la) egresado (a) **SANCA TURPO BETSABE SARA** para optar el Título Profesional de **MÉDICO CIRUJANO** : titulado. **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LAS COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS EN PACIENTES CESAREADAS HOSPITAL III ESSALUD RED ASISTENCIAL JULIACA 2024**

La Propuesta de Investigación deberá **ejecutarse** de acuerdo a lo establecido en el Reglamento de la Unidad de Investigación con fines de obtención de Grados Académicos y Títulos Profesionales, y el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud.

**ARTICULO SEGUNDO.- RECONOCER**, como **ASESOR(A) DE LA PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN** al(la) Docente Ordinario(a) de la Facultad de Ciencias de la Salud, **Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE**

**ARTICULO TERCERO.- DISPONER** que, La Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud y la Directora de la Escuela Profesional de Medicina Humana a quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese, Archívese.



Distribución: Decanato, EP: MH Secretaría Académica, Archivo.



## FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LAS COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS EN PACIENTES CESAREADAS HOSPITAL III ESSALUD RED ASISTENCIAL JULIACA 2024

### INFORME DE ORIGINALIDAD

19%

INDICE DE SIMILITUD

17%

FUENTES DE INTERNET

6%

PUBLICACIONES

11%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE


### FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez Trabajo del estudiante	8%
2	<a href="http://hdl.handle.net">hdl.handle.net</a> Fuente de Internet	3%
3	<a href="http://repositorio.uancv.edu.pe">repositorio.uancv.edu.pe</a> Fuente de Internet	1%
4	Balcon Pinto, Hezhe Jessica. "Factores asociados a trastornos neurocognitivos en adultos mayores sometidos a anestesia para cirugía no cardiaca hospital III ESSALUD Juliaca 2019.", Universidad Nacional del Altiplano de Puno (Peru) Publicación	1%
5	<a href="http://repositorio.upsjb.edu.pe">repositorio.upsjb.edu.pe</a> Fuente de Internet	1%
6	<a href="http://repositorio.unap.edu.pe">repositorio.unap.edu.pe</a> Fuente de Internet	<1%



## METADATOS COMPLEMENTARIOS

Título de la Tesis	
<b>FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LAS COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS EN PACIENTES CESAREADAS HOSPITAL III ESSALUD RED ASISTENCIAL JULIACA 2024</b>	
Datos de autor	
Nombres y apellidos	BETSABE SARA SANCA TURPO
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	73545705
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0009-0000-3120-2340">https://orcid.org/0009-0000-3120-2340</a>
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	29344129
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0000-0002-4559-141X">https://orcid.org/0000-0002-4559-141X</a>
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	01297921
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	M.Sc. MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02064784
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	Dra. MARIA CONCEPCIÓN FIGUEROA VILCA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02401506

<b>Datos de investigación</b>	
Línea de investigación	MEDICINA HUMANA - P09
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento
Ubicación geográfica de la investigación	<p><b>Hospital III EsSalud Red Asistencial Juliaca</b>  <b>Clasificación:</b> Asistencia sanitaria  <b>País:</b> Perú  <b>Departamento:</b> Puno  <b>Provincia:</b> San Román  <b>Distrito:</b> Juliaca  <b>Dirección:</b> Avenida José Santos Chocano.  <b>Coordenadas:</b>  <b>Longitud:</b> -15.49353  <b>Latitud:</b> .70.16381  <b>URL Maps</b>  <a href="https://www.google.com/maps/d/u/0/edit?mid=1D6tSxXd78lxaIZt2F4Hm9fMZa-4cqDo&amp;usp=sharing">https://www.google.com/maps/d/u/0/edit?mid=1D6tSxXd78lxaIZt2F4Hm9fMZa-4cqDo&amp;usp=sharing</a></p> 
Año o rango de años en que se realizó la investigación	Enero 2024 - Diciembre 2024
URL de disciplinas OCDE <a href="https://concytec-pe.github.io/Peru-CRIS/vocabularios/ocde_ford.html">https://concytec-pe.github.io/Peru-CRIS/vocabularios/ocde_ford.html</a> - Librería	<p><b>Ciencias de la salud</b>  <a href="https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.00">https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.00</a></p> <p><b>Medicina clínica</b>  <a href="https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.00">https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.00</a></p> <p><b>Obstetricia, Ginecología</b>  <a href="https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.02">https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.02</a></p>



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CUSCO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

*Dra. María Concepción Figueroa Vilca*  
DIRECTORA  
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN FCS



## DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo BETSABE SARA SANCA TURPO, identificado con DNI  
Nro. 73545705, en mi condición de egresado de:

- Escuela Profesional**  
 **Programa de Segunda Especialidad,**  
 **Programa de Maestría o Doctorado**

MEDICINA HUMANA

informo que he elaborado el/la  Tesis o  Trabajo de Investigación,  Trabajo Académico  
denominada:

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LAS COMPLICACIONES  
POSQUIRÚRGICAS EN PACIENTES CESAREADAS HOSPITAL III ESSALUD RED  
ASISTENCIAL JULIACA 2024

Asesorado por: Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE

Es un tema original.

Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y **no existe plagio/copia** de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

El incumplimiento de lo declarado da lugar a responsabilidad del declarante, en consecuencia; a través del presente documento asumo frente a terceros, la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez y/o la Administración Pública toda responsabilidad que pueda derivarse por el trabajo final presentado. Lo señalado incluye responsabilidad pecuniaria incluido el pago de multas u otros por los daños y perjuicios que se ocasionen.

Juliaca 10 de OCTUBRE del 2025



Firma del Asesor  
(obligatoria)



Firma del Estudiante  
(obligatoria)



Huella



## DEDICATORIA

Con cariño a mi papá Alex y mamá Sara por todo el apoyo, el amor que me brindan, por motivarme a lograr mis sueños; a mi querido hermano Alex por acompañarme. Igualmente, a mis abuelos María Antonieta y Domingo Guzmán por sus buenos consejos que me inspiraron a ser mejor persona.



## AGRADECIMIENTO

A los docentes de la carrera de Medicina Humana,  
por guiarme y brindarme todos los conocimientos.

A mi asesora por su paciencia y orientación  
durante este proceso de investigación.

Al director del Hospital III EsSalud Red Asistencial  
Juliaca por permitirme realizar esta investigación  
en el área de gineco obstetricia, por las facilidades  
que me brindaron para la recolección de datos.



## ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO .....	iv
ÍNDICE GENERAL.....	v
ÍNDICE DE TABLAS .....	viii
ÍNDICE DE FIGURAS .....	x
RESUMEN.....	xii
ABSTRACT .....	xiii

## CAPÍTULO I

### ASPECTOS GENERALES

<b>1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>1</b>
1.1.1. Problema general .....	4
1.1.2. Problemas específicos.....	4
<b>1.2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO .....</b>	<b>5</b>
1.2.1. Justificación teórica .....	5
1.2.2. Justificación practica.....	5
1.2.3. Justificación metodológica .....	6
<b>1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>6</b>
1.3.1. Objetivo general.....	6
1.3.2. Objetivos específicos.....	6
<b>1.4. HIPÓTESIS .....</b>	<b>7</b>
1.4.1. Hipótesis general.....	7



1.4.2. Hipótesis específicas.....	7
<b>1.5. VARIABLES.....</b>	<b>7</b>
<b>1.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....</b>	<b>8</b>

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

<b>2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>9</b>
2.1.1. A nivel internacional.....	9
2.1.2. A nivel nacional.....	16
2.1.3. A nivel regional .....	22
<b>2.2. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>25</b>
<b>2.3. MARCO CONCEPTUAL.....</b>	<b>46</b>

## CAPÍTULO III

### PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	48
3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN .....	48
3.3. MÉTODOS APLICADOS A LA INVESTIGACIÓN .....	49
3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	49
3.4.1. Población.....	49
3.4.2. Muestra.....	49
3.5. TÉCNICAS, FUENTES E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN.....	50
3.5.1. Técnicas .....	50
3.5.2. Instrumentos.....	51



3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS..... 51

3.7. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS ..... 51

3.8. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO..... 52

    3.8.1. Validez..... 52

    3.8.2. Confiabilidad..... 52

**CAPÍTULO IV**

**RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

4.1. RESULTADOS Y DISCUSIÓN..... 54

CONCLUSIONES ..... 88

RECOMENDACIONES ..... 90

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 92

A N E X O S ..... 98

ANEXO 1: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS ..... 99

ANEXO 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA ..... 106

ANEXO 3: INSTRUMENTOS..... 108

ANEXO 4: VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO ..... 111

ANEXO 5: AUTORIZACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO..... 114



ÍNDICE DE TABLAS

**Tabla 1.** Edad asociada a las complicaciones posquirúrgicas en pacientes cesareadas Hospital III EsSalud Red Asistencial Juliaca 2024..... 55

**Tabla 2.** Grado de instrucción asociado a las complicaciones posquirúrgicas en pacientes cesareadas Hospital III EsSalud Red Asistencial Juliaca 2024..... 58

**Tabla 3.** Paridad asociada a las complicaciones posquirúrgicas en pacientes cesareadas Hospital III EsSalud Red Asistencial Juliaca 2024..... 61

**Tabla 4.** Cesárea previa asociado a las complicaciones posquirúrgicas en pacientes cesareadas Hospital III EsSalud Red Asistencial Juliaca 2024..... 64

**Tabla 5.** Edad gestacional asociado a las complicaciones posquirúrgicas en pacientes cesareadas Hospital III EsSalud Red Asistencial Juliaca 2024..... 67

**Tabla 6.** Antecedente de aborto asociado a las complicaciones posquirúrgicas en pacientes cesareadas Hospital III EsSalud Red Asistencial Juliaca 2024..... 70

**Tabla 7.** Controles prenatales asociado a las complicaciones posquirúrgicas en pacientes cesareadas Hospital III EsSalud Red Asistencial Juliaca 2024..... 73

**Tabla 8.** Motivo de cesárea asociado a las complicaciones posquirúrgicas en pacientes cesareadas Hospital III EsSalud Red Asistencial Juliaca 2024..... 76



<b>Tabla 9.</b>	Nivel de hemoglobina asociado a las complicaciones posquirúrgicas en pacientes cesareadas Hospital III EsSalud Red Asistencial Juliaca 2024.....	79
<b>Tabla 10.</b>	Índice de masa corporal asociado a las complicaciones posquirúrgicas en pacientes cesareadas Hospital III EsSalud Red Asistencial Juliaca 2024.....	82
<b>Tabla 11.</b>	Complicaciones posquirúrgicas en pacientes cesareadas hospital Hospital III EsSalud Red Asistencial Juliaca 2024. ...	85



## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b>	Edad asociada a las complicaciones posquirúrgicas en pacientes cesareadas Hospital III EsSalud Red Asistencial Juliaca 2024.....	56
<b>Figura 2.</b>	Grado de instrucción asociado a las complicaciones posquirúrgicas en pacientes cesareadas Hospital III EsSalud Red Asistencial Juliaca 2024.....	59
<b>Figura 3.</b>	Paridad asociada a las complicaciones posquirúrgicas en pacientes cesareadas Hospital III EsSalud Red Asistencial Juliaca 2024.....	62
<b>Figura 4.</b>	Cesárea previa asociado a las complicaciones posquirúrgicas en pacientes cesareadas Hospital III EsSalud Red Asistencial Juliaca 2024.....	65
<b>Figura 5.</b>	Edad gestacional asociado a las complicaciones posquirúrgicas en pacientes cesareadas Hospital III EsSalud Red Asistencial Juliaca 2024.....	68
<b>Figura 6.</b>	Antecedente de aborto asociado a las complicaciones posquirúrgicas en pacientes cesareadas Hospital III EsSalud Red Asistencial Juliaca 2024.....	71
<b>Figura 7.</b>	Controles prenatales asociado a las complicaciones posquirúrgicas en pacientes cesareadas Hospital III EsSalud Red Asistencial Juliaca 2024.....	74
<b>Figura 8.</b>	Motivo de cesárea asociado a las complicaciones posquirúrgicas en pacientes cesareadas Hospital III EsSalud Red Asistencial Juliaca 2024.....	77



<b>Figura 9.</b>	Nivel de hemoglobina asociado a las complicaciones posquirúrgicas en pacientes cesareadas Hospital III EsSalud Red Asistencial Juliaca 2024.....	80
<b>Figura 10.</b>	Índice de masa corporal asociado a las complicaciones posquirúrgicas en pacientes cesareadas Hospital III EsSalud Red Asistencial Juliaca 2024.....	83
<b>Figura 11.</b>	Complicaciones posquirúrgicas en pacientes cesareadas Hospital III EsSalud Red Asistencial Juliaca 2024.....	86



## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar los factores de riesgo asociados a las complicaciones posquirúrgicas en pacientes cesareadas Hospital III EsSalud Red Asistencial Juliaca 2024. **Metodología:** Es de diseño no experimental, tipo básico, nivel correlacional de corte transversal, la población de este trabajo está constituida por 483 pacientes cesareadas atendidas en el establecimiento de salud antes mencionado con una muestra de 168 pacientes cesareadas. La técnica fue análisis documental y se utilizó 2 fichas de recolección de datos para ambas variables. **Resultados:** Se identificó los factores demográficos, entre ellos tenemos: El 57,7% tienen entre las edades de 19 a 34 años (P:0,002), el 84,5% el grado de instrucción superior (P: 0.000). Se describió los factores obstétricos entre los cuales tenemos el 60,1% de las pacientes fueron multíparas(P:0.05), el 63.7% no tuvieron cesárea previa (P:0.05); el 89,3% la edad gestacional fue de 37 a 41 semanas 6 días (P:0.000), el 57,7% no tuvieron antecedentes de aborto (P:0.002), el 87.5% los controles prenatales fueron adecuados (P:0.05) y el 78,6% las cesáreas fueron de emergencia (P:0.000). Se determinó los factores maternos asociados a las complicaciones posquirúrgicas en pacientes cesareadas, por tanto, tenemos el 76,2% de las pacientes no tienen anemia y el 60,1% tenían sobrepeso. Se identificó las complicaciones posquirúrgicas en pacientes cesareadas en la cual tenemos el 82,1% de las pacientes no tuvieron complicaciones, el 7.7% presentaron hemorragia, el 3,6% infección del sitio operatorio, el 2,4% dehiscencia, el 1,8% endometritis puerperal, el 1.2% presentaron hematomas y sepsis. **Conclusión:** Se determinó los factores de riesgo asociados a las complicaciones posquirúrgicas en pacientes cesareadas Hospital III EsSalud Red Asistencial Juliaca 2024 los cuales son los factores demográficos, obstétricos y maternos todas las tablas tienen valores de  $p < 0,05$ , aceptando las hipótesis planteadas.

**Palabras clave:** Complicaciones, factores, posquirúrgicas, cesareadas.



## ABSTRACT

**Objective:** To determine the risk factors associated with postoperative complications in cesarean section patients at Hospital III EsSalud Red Asistencial Juliaca 2024. **Methodology:** It is of non-experimental design, basic type, cross-sectional correlational level, the population of this work is made up of 483 cesarean patients treated at the health facility with a sample of 168 cesarean patients. The technique was documentary analysis, and 2 data collection forms were used for both variables. **Results:** Demographic factors were identified, including: 57.7% were between 19 and 34 years of age (P: 0.002), 84.5% had a higher education level (P: 0.000). Obstetric factors were described, including: 60.1% of patients were multiparous (P: 0.05), 63.7% had no previous cesarean section (P: 0.05); 89.3% had a gestational age of 37 to 41 weeks 6 days (P: 0.000), 57.7% had no history of abortion (P: 0.002), 87.5% had adequate prenatal care (P: 0.05), and 78.6% had emergency cesarean sections (P: 0.000). Maternal factors associated with postoperative complications in cesarean section patients were determined. 76.2% of patients did not have anemia, and 60.1% were overweight. Postoperative complications in cesarean section patients were identified: 82.1% had no complications, 7.7% had hemorrhage, 3.6% had surgical site infection, 2.4% had dehiscence, 1.8% had puerperal endometritis, and 1.2% had hematomas and sepsis. **Conclusion:** Risk factors were analyzed and their association with postoperative complications in cesarean section patients at Hospital III EsSalud Juliaca 2024. All indicators were significant with a p-value <0.05, accepting the proposed hypotheses.

**Keywords:** Complications, factors, postoperative, cesarean section.



## INTRODUCCIÓN

La cesárea es una de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes en todo el mundo, utilizado como una alternativa al parto vaginal cuando existen riesgos para la madre o el feto. Aunque en muchos casos este procedimiento resulta seguro, no está exento de complicaciones posquirúrgicas que pueden afectar la salud de la paciente. Entre estas complicaciones se incluyen hemorragias, infección de sitio operatorio, endometritis, sepsis, entre otros. Diversos factores pueden influir en la aparición de estas complicaciones, como las condiciones médicas preexistentes de la paciente, el tipo de cesárea, el nivel de atención médica recibido, y aspectos relacionados con el entorno hospitalario. Identificar los factores de riesgo es fundamental para desarrollar estrategias de prevención, mejorar la calidad de la atención obstétrica y reducir la morbilidad materna. (1)

De acuerdo con la normativa establecida se consideró en el **capítulo I** se aborda los aspectos generales, planteamiento del problema, justificación, objetivos, hipótesis, variables y operacionalización de estas, **capítulo II**, está el marco teórico, antecedentes y se establece un marco conceptual, **capítulo III** está el procedimiento metodológico, en el **capítulo IV**, se exponen los resultados, la discusión, conclusiones y recomendaciones.



## CAPÍTULO I

### ASPECTOS GENERALES

#### 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La intervención quirúrgica más frecuente en ginecología y obstetricia a nivel mundial es la cesárea, pueden salvar vidas cuando los partos vaginales presenta riesgo para la paciente y/o el feto sin embargo no está libre de presentar complicaciones. (1)

Entre los problemas más frecuentes que pueden surgir tras una cesárea son las hemorragias, infección de herida postoperatoria, dehiscencia, lesiones de los órganos viscerales. Las mujeres que tuvieron cesárea durante la segunda fase del parto presentan un mayor riesgo de morbilidad. Por ello, estas mujeres necesitan una atención medica más cuidadosa y especializada. (2) Es posible conseguir que el periodo entre la decisión de realizar la cirugía y la intervención no supere los treinta minutos, que es una de las estrategias que se abordan en la bibliografía como medio de mejorar los resultados maternos perinatales. Existe una reducción significativa de la morbimortalidad materna y fetal cuando se realiza una cesárea, por otro lado, para planificar adecuadamente nuestros procedimientos, debemos ser conscientes de los problemas que pueden ser más graves y producirse con mayor frecuencia durante la fase expulsiva. (2)



## Descripción del problema

### A nivel internacional

A nivel internacional, la cesárea se ha convertido en una de las intervenciones quirúrgicas más practicadas en el ámbito obstétrico. Según la OMS, las tasas de cesárea se han incrementado en las últimas décadas, superando en muchos países el 30% de los nacimientos, muy por encima del 10-15% recomendado. Este incremento no siempre está justificado por razones médicas, lo que ha generado una preocupación global por las consecuencias que puede tener este procedimiento cuando se realiza sin indicación clínica adecuada. (3)

Si bien la cesárea puede salvar vidas en situaciones de emergencia, también conlleva riesgos inherentes a cualquier cirugía mayor. Las complicaciones posquirúrgicas como infecciones del sitio quirúrgico, hemorragias, tromboembolismo venoso, adherencias pélvicas, y complicaciones respiratorias, continúan siendo una causa importante de morbilidad materna, especialmente en contextos con recursos limitados o sistemas de salud con fallas estructurales. (3)

A nivel internacional, las tasas de infección puerperal pueden variar entre el tres y el veinte por ciento, siendo la norma el nueve por ciento. Las tasas en Brasil oscilan entre el 1 y el 7,2%, lo que es inferior a las tasas observadas en otros países; sin embargo, esto representa grandes gastos para el hospital, así como pérdidas para los pacientes en varios niveles, incluidos el físico, el psicológico, el social y el espiritual. la prevalencia de las infecciones operatorias es cada vez mayor, y ello incluso cuando se dispone de métodos más modernos de esterilización. (4)



A lo largo de los años, las mujeres que volvían a la institución con problemas posparto, sobre todo infecciones, eran ingresadas de nuevo en el hospital y aisladas de sus hijos y otros miembros de sus familias, no solo angustia psicológica, sino también sufrimiento físico, y varias de las mujeres fallecieron como consecuencia de ello, lo que provocó el colapso de sus familias. Otras mujeres tuvieron que someterse a intervenciones quirúrgicas importantes, como histerectomía y salpingectomía, además de las secuelas emocionales provocadas por el procedimiento. Al mismo tiempo, la incidencia de infecciones sigue aumentando, a pesar de que se han realizado avances técnicos en los centros quirúrgicos y de que existe una mayor conciencia de las variables que aumentan la probabilidad de adquirir una infección en un entorno hospitalario. (4)

### **A nivel nacional**

En el Perú, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) el porcentaje de cesáreas se elevó en los últimos años, en el 2024, los partos fueron por cesárea fueron un 38,2% de todos los nacimientos. (5)

La prevalencia de los partos por cesárea electiva se ha incrementado no solo por indicaciones médicas, el crecimiento también se vea afectado por opiniones sociales, culturales. Las complicaciones no solo incrementan posibilidad morbimortalidad materno fetal sino también aumenta estancia hospitalaria y costos en el sistema de salud. (6)

### **A nivel local**

En la región de Puno, se enfrentan realidades particulares que pueden incidir en la ocurrencia de complicaciones posquirúrgicas en pacientes sometidas a cesárea. Algunas de estas realidades, según datos del INEI y



estudios locales, son en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón en Puno, correspondiente al periodo marzo 2023 - febrero 2024, encontró que la tasa de cesáreas fue de 34,03 %. También, otro estudio realizado en el Hospital EsSalud III de Puno (2018) señala que aproximadamente 31,87 % de las cesáreas registradas ese año fueron catalogadas como injustificadas, y esas cesáreas se encontraron correlacionadas con complicaciones materno-perinatales. Aunque la proporción de cesáreas en Puno es relativamente alta, una parte importante de ellas podría no estar justificadas médicamente, lo cual puede incrementar innecesariamente el riesgo de complicaciones posquirúrgicas para la madre y el neonato. (7)

## **Formulación del problema**

### **1.1.1. Problema general**

**PG.** ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a las complicaciones posquirúrgicas en pacientes cesareadas Hospital III EsSalud Red Asistencial Juliaca 2024?

### **1.1.2. Problemas específicos**

**PE1.** ¿Cuáles son los factores demográficos asociados a las complicaciones posquirúrgicas en pacientes cesareadas Hospital III EsSalud?

**PE2.** ¿Cuáles son los factores obstétricos asociados a las complicaciones posquirúrgicas en pacientes cesareadas Hospital III EsSalud?

**PE3.** ¿Cuáles son los factores maternos asociados a las complicaciones posquirúrgicas en pacientes cesareadas Hospital III EsSalud?



**PE4.** ¿Cuáles son las complicaciones posquirúrgicas en pacientes cesareadas Hospital III EsSalud?

## **1.2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO**

### **1.2.1. Justificación teórica**

Como se indicó anteriormente, las tasas mundiales, latinoamericanas y nacionales de cesáreas van en aumento, por lo que la región Puno no es ajena a este incremento en el número de cesáreas, existe la posibilidad de que surjan dificultades para la madre y el neonato, que podrían evitarse si la cesárea se realiza de forma adecuada. El Hospital III EsSalud de Juliaca, por otro lado, no cuenta con un estudio que pueda determinar la tasa de cesáreas en el año 2024, ni tampoco tenemos información sobre las dificultades maternas perinatales que se están presentando en este hospital durante ese año. Los resultados de la investigación se presentarán a la administración del hospital para que los tenga en cuenta a la hora de desarrollar estrategias de intervención para evitar las cesáreas innecesarias, utilizando los datos de que ya dispone el hospital; la investigación actual servirá de base para más estudios comparables a éste, ya sea en el mismo hospital o en otros hospitales situados en la misma zona o en todo el país.

### **1.2.2. Justificación practica**

Beneficia a las pacientes cesareadas Hospital III EsSalud, Juliaca, siendo un tema de gran implicancia, y al no existir investigaciones en dicho nosocomio, los beneficios del estudios al respecto nos permitiría tomar como base para trabajos futuros que clarifiquen el contexto actual sobre la problemática, siendo la cesárea un procedimiento que se justifica

médicamente cuando existen riesgos para la madre o el bebé, es fundamental saber los factores que influyen en la tendencia creciente de cesáreas y sus complicaciones. Los resultados ayudarán a mejorar la calidad de la atención y también optimizará el uso de los recursos sanitarios.

### **1.2.3. Justificación metodológica**

Los instrumentos que usamos para la recogida de datos hayan sido verificados y hayan demostrado ser fiables, además de ser valiosos como marco de referencia para futuras investigaciones, es la base sobre la que se construye esta idea, los instrumentos utilizados han sido verificados.

## **1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.3.1. Objetivo general**

**OG.** Determinar los factores de riesgo asociados a las complicaciones posquirúrgicas en pacientes cesareadas Hospital III EsSalud Red Asistencial Juliaca 2024.

### **1.3.2. Objetivos específicos**

**OE1.** Identificar los factores demográficos asociados a las complicaciones posquirúrgicas en pacientes cesareadas Hospital III EsSalud.

**OE2.** Describir los factores obstétricos asociados a las complicaciones posquirúrgicas en pacientes cesareadas Hospital III EsSalud.

**OE3.** Analizar los factores maternos asociados a las complicaciones posquirúrgicas en pacientes cesareadas Hospital III EsSalud.

**OE4.** Identificar las complicaciones posquirúrgicas en pacientes cesareadas Hospital III EsSalud.



## 1.4. HIPÓTESIS

### 1.4.1. Hipótesis general

**HG.** Los factores de riesgo asociados a las complicaciones posquirúrgicas en pacientes cesareadas Hospital III EsSalud Red Asistencial Juliaca son: Los factores demográficos, obstétricos y maternos.

### 1.4.2. Hipótesis específicas

**HE1.** Los factores demográficos asociados a las complicaciones posquirúrgicas en pacientes cesareadas Hospital III EsSalud son:  
La edad y grado de instrucción.

**HE2.** Los factores obstétricos asociados a las complicaciones posquirúrgicas en pacientes cesareadas Hospital III EsSalud son:  
La paridad, cesárea previa, edad gestacional, antecedente de aborto, controles perinatales y motivo de cesárea.

**HE3.** Los factores maternos asociados a las complicaciones posquirúrgicas en pacientes cesareadas Hospital III EsSalud son:  
Nivel de hemoglobina e índice de masa corporal.

**HE4.** Las complicaciones posquirúrgicas más frecuentes en pacientes cesareadas Hospital III EsSalud son las hemorragias.

## 1.5. VARIABLES

**Variable 1:** Factores de riesgo

**Variable 2:** Complicaciones posquirúrgicas

## 1.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE VALORES
Variable 1 1. Factores de riesgo	1.1 Factores demográficos	1.1.1 Edad	a. Adolescente < 19 años b. Adulto joven 19 a 34 años c. Edad materna avanzada $\geq$ 35 años
		1.1.2 Grado de instrucción	a. Primaria b. Secundaria c. Superior
	1.2 Factores obstétricos	1.2.1 Paridad	a. Primípara b. Multípara
		1.2.2 Cesárea previa	a. Si b. No
		1.2.3 Edad gestacional	a. < 37 semanas b. 37 a 41 semanas con 6 días c. $\geq$ 42 semanas
		1.2.4 Antecedente de aborto	a. Si b. No
		1.2.5 Controles prenatales	a. $\geq$ 6 controles prenatales b. < 6 controles prenatales
		1.2.6 Motivo de cesárea	a. Emergencia b. Programada
	1.3 Factores maternos	1.3.1 Nivel de hemoglobina (g/dL)	a. Valor normal $\geq$ 11.0 g/dL b. Anemia leve 10.0 – 10.9 g/dL c. Anemia moderada 7.0 - 9.9 g/dL d. Anemia severa < 7.0 g/dL
		1.3.2 Índice de masa corporal	a. Delgadez Menos 18,5 b. Normal 18.5 – 24.9 c. Sobrepeso 25.0 – 29.9 d. Obesidad $\geq$ 30.0
Variable 2 2. Complicaciones posquirúrgicas en pacientes cesareadas	<b>Indicador</b> 2.1 Tipos de complicaciones		a. Sin complicaciones b. Hemorragia c. Hematoma d. Dehiscencia de herida operatoria e. Infección de sitio operatorio. f. Endometritis puerperal g. Sepsis



## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

##### 2.1.1. A nivel internacional

**Nucamendi, et al. (8) en su artículo sobre Prevención de hemorragia posparto durante la cesárea mediante ligadura de las arterias uterinas en pacientes con factores de riesgo México 2024.** El **Objetivo:** Evaluar la eficacia preventiva de la ligadura bilateral de las arterias uterinas en pacientes con factores de riesgo de hemorragia posparto. **Materiales y métodos:** investigación prospectiva, experimental, aleatoria, no probabilística, aleatorizada, de conveniencia, de casos y controles. Se establecieron dos grupos: el grupo experimental, que utilizó el método de ligadura bilateral de la arteria uterina, y que sólo participó en el procedimiento de cesárea. Durante la operación quirúrgica, se midieron los parámetros de pérdida de sangre, hemoglobina, hematocrito antes y después de la intervención, luego se compararon con los del grupo de control. **Resultados:** El grupo experimental estaba formado por 45 pacientes, mientras que 46 pacientes se sometieron exclusivamente a cesárea. En total, se examinó a 91 pacientes. El grupo experimental tiene una diferencia significativa en la pérdida de sangre ( $345,56 \pm 64,69$  mL), hemoglobina ( $11:13 \pm 1,62$  g/dL:  $10,49 \pm 1,32$  g/dL,



$p = 0,037$ ) y hematocrito (33,86%; grupo de control: 31,87%;  $p = 0,017$ ).

**Conclusión:** Cuando las personas que presentan factores de riesgo de hemorragia poscesárea se someten a una ligadura bilateral de las arterias uterinas, este procedimiento preventivo eficaz y ayuda a reducir al mínimo la cantidad de sangre que sale del cuerpo. Cuando se utiliza con uterotónicos, es para reducir la cantidad de hemorragia que se produce.

**Chávez, et al. (9) en su artículo sobre Factores de riesgo relacionados con infección del sitio quirúrgico post cesárea. revisión bibliográfica, Ecuador 2024. Objetivo** analizar los factores de riesgo asociados a la incidencia de ISQ después de una cesárea, para mejorar las prácticas clínicas y los resultados de salud en mujeres post cesáreas.

**Método:** Para lograr este objetivo, es un estudio bibliográfico con un enfoque cualitativo. El estudio se centró en artículos publicados entre los años 2019 y 2023 e incluyó bases de datos como PubMed y Scielo. Los factores de riesgo del ISQ tras una cesárea incluyen el sobrepeso, la edad avanzada, tener un gran número de hijos y padecer comorbilidades como anemia, diabetes e hipertensión. **Resultados**, que indican que los factores de riesgo son amplios. Otros indicadores que se han encontrado son la duración de la intervención, la falta de cuidados prenatales suficientes y antecedentes de cesáreas en el pasado. La investigación indica que es esencial adoptar un enfoque integral de la gestión en los factores de riesgo y tener una salud materna buena. Pone de manifiesto la necesidad de una preparación quirúrgica suficiente, una buena profilaxis antibiótica y una gestión eficaz del tiempo de intervención.



También subraya la importancia de realizar un seguimiento exhaustivo y de cumplir normas quirúrgicas estrictas en el entorno obstétrico para evitar estas infecciones.

**Sierra. (10) en su artículo publicado sobre caracterización de los factores de riesgo de las puérperas cesareadas con complicaciones quirúrgicas Cuba 2024. Objetivo:** Identificar factores de riesgo en las puérperas con cesárea complicada. **Métodos:** Es descriptivo y retrospectivo en mujeres puérperas que habían sido a las que se les había realizado una cesárea. La población estaba formada por 36 puérperas con cesárea complicada y la muestra por 29 mujeres. **Resultados:** Se demostró que, entre los 15 y los 20 años, los factores de riesgo anteparto de la preeclampsia estaban presentes en el 37,9% de los casos, la infección cervicovaginal en el 20,7% de los casos y la anemia durante el embarazo en el 13,8% de los casos. En los casos en que las circunstancias para el parto son adversas, la edad gestacional < a 36 semanas, el peso fetal supera el rango normal y el parto se prolonga, el 17,2% de los casos se consideran anormales. Se practicaron cesáreas primitivas en el 69% de los casos, mientras que las cesáreas de urgencia se practicaron en el 100% de los casos. **Conclusiones:** La edad de la mujer, es de 15 y 20 años, los factores de riesgo como la preeclampsia, la infección cervicovaginal y la anemia son variables que aumentan la probabilidad de que tenga dificultades tras una cesárea después del parto.

**Del Valle. (11) en su artículo publicado sobre cicatrización por segunda intención de heridas quirúrgicas obstétricas y**



**ginecológicas complicadas con absceso de pared abdominal, Venezuela 2024. Objetivo:** Evaluar la cicatrización por segunda intención en las heridas quirúrgicas obstétricas y ginecológicas complicadas con absceso de pared abdominal. **Métodos:** Una investigación de carácter prospectivo, descriptivo, analítico y observacional, con un total de 38 pacientes que presentaban abscesos de la pared abdominal tras someterse a una intervención quirúrgica ginecológica o a una cesárea y recibir curación de heridas por segunda intención. Toda la información recopilada se presentó en forma de números absolutos, porcentajes y la media más la desviación estándar. **Resultados:** La edad era de  $29,66 \pm 10,65$  años, el peso de  $72,18 \pm 14,21$  kg, la estatura de  $1,62 \pm 0,05$  metros y el IMC de  $27,62 \pm 4,58$  kg/m<sup>2</sup>. Las operaciones abdominales previas representan el 44,74% de los factores de riesgo, mientras que las infecciones urinarias suponen el 21,05%, el flujo vaginal el 28,95%, la rotura prematura de membranas el 18,42%, la hipertensión arterial el 39,57%, la diabetes el 5,26%, la obesidad el 31,58% y el tabaquismo el 10,53%. El microorganismo más visto es *Staphylococcus aureus* (35,14 %). Se requirió un cambio de antibiótico en el 52,63 % de los casos. Se utilizaron apósitos en el 55,26% de los casos. El cierre de la herida duró una media de  $31,30 \pm 8,40$  días. Los pacientes fueron hospitalizados durante  $12,61 \pm 5,78$  días. **Conclusiones:** El uso de apósitos no aceleró la cicatrización de la herida, a pesar de que tuvo éxito tanto en términos de aspecto como de funcionalidad.

**Monterubio. (12) en su investigación sobre cirugía de control de daños en pacientes obstétricas del Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer, Tabasco 2023 México. Objetivo:** Conocer los resultados de la cirugía de control de daños en pacientes obstétricas en el Hospital Regional de alta especialidad de la mujer. **Métodos:** Es observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal en pacientes obstétricas tratadas con cirugía de control de daños. **Resultados:** Se incluyeron a 25 pacientes, con edad media de 27 años, mediana de gestas fueron 4 (24%), el 56% sin partos, la comorbilidad asociada más frecuente fueron las anomalías de la inserción placentaria con 28% (n=7), el 20% presentaron placenta previa total y el 8% acretismo placentario. Se comparó la hemoglobina de ingreso y egreso encontrándose diferencia estadísticamente significativa ( $p=0.028$ ). **Conclusiones:** La cirugía de control de daños en obstetricia se observó efectiva en ocho de cada diez pacientes, siendo principalmente usada en pacientes dentro de la tercera década de la vida, con hemorragia obstétrica promedio de 3,876 siendo de vital importancia realizarse dentro del primer evento quirúrgico con el fin de prevenir la triada letal y mejorar el pronóstico de la paciente.

**Cuellar. (13) en su artículo sobre complicaciones de la anestesia raquídea en pacientes sometidas a cesárea segmentaria trans peritoneal Guatemala 2024. Objetivo:** Establecer las complicaciones frecuentes de la anestesia raquídea en pacientes sometidas a cesárea segmentaria trans peritoneal. **Método:** En la muestra de este estudio descriptivo transversal se incluyeron 207 personas que tuvieron una

cesárea transperitoneal segmentaria bajo anestesia raquídea.

**Resultados:** La edad de las pacientes a las que se practicó una cesárea segmentaria transperitoneal fue el más frecuente, entre los 15 y los 20 años (36%), el motivo obstétrico más frecuente fue la presencia de líquido amniótico anormal (34%), tras la aplicación de anestesia raquídea, la hipotensión resultó ser la consecuencia transoperatoria más frecuente, con un 49% de los casos. Sin embargo, se observó que el 81% de los pacientes no presentaron ningún problema postoperatorio. Se determinó que la administración de soluciones intravenosas fue el método más eficaz para gestionar las dificultades que se produjeron durante la operación (49%), y que el 81% de los pacientes no necesitaron terapia durante el postoperatorio, no tuvieron ningún problema. **Conclusión:** En relación con la investigación, se descubrió que la hipotensión era la complicación más frecuente que se producía como resultado del uso de anestesia raquídea en las que se practicaba una cesárea segmentaria transperitoneal, así ocurrió en el 42% de las pacientes.

**Carbonnel y Brot. (14) en su artículo publicado sobre factores de riesgo de complicaciones de la herida después de una cesárea Latinoamérica 2021. Objetivo:** fue determinar los factores de riesgo de todas las complicaciones de la herida incluyendo infección, ruptura y recolección de líquido después de la cesárea y describir su evolución después del tratamiento. **Metodología:** Es descriptivo de corte transversal. Las complicaciones de la herida, como la infección superficial, la separación y la acumulación de líquido, hematoma, son comunes y



afectan del 3 al 15 % de los casos. **Resultados:** Este riesgo ha disminuido significativamente en la última década, debido principalmente a mejoras en las condiciones de higiene y a la profilaxis antibiótica. Otras complicaciones de las heridas son la disrupción y la acumulación de líquido (hematomas y seromas). Estas complicaciones están relacionadas. Los hematomas suelen ser consecuencia de una falla en la hemostasia primaria o de un aumento del sangrado inducido por la terapia anticoagulante. Los hematomas o seromas de las heridas se describen en el 2-5 % de las mujeres tras una cesárea. Causan dehiscencia de la herida en el 2-7 % de los casos y actúan como promotores del desarrollo de la infección de la herida. Varios estudios se centraron en las ISQ, los independientes reportados en estudios en los cuales se realizó análisis multivariado fueron edad joven, obesidad, hipertensión o preeclampsia, diabetes mellitus, corioamnionitis, nuliparidad, aumento en la pérdida de sangre operatoria, menos de siete visitas prenatales, ruptura prolongada de membranas al tiempo del parto, parto por cesárea de emergencia, falta de profilaxis antibiótica apropiada, aumento en el tiempo quirúrgico y partos gemelares.

**Cruz y Díaz. (15) en su artículo publicado sobre el acretismo placentario como factor asociado a hemorragia postparto en gestantes atendidas en el Hospital General María Auxiliadora Ecuador 2025. Objetivo:** Esta relación entre el acretismo placentario y la hemorragia postparto puede requerir intervenciones médicas urgentes, como la histerectomía, para evitar complicaciones graves que afecten la



salud de la madre. **Método:** Es cuantitativo, descriptivo, observacional, no experimental, transversal y retrospectivo. **Resultados:** El 70.83% de la muestra estudiada experimentó hemorragia postparto. A la vez, que la hemorragia postparto más frecuente en sentido de la afectación hemodinámica, fue la leve (1000 - 1500 ml de pérdidas de sangre) con un 33.33%, del total. En nuestra investigación se observó una variedad de enfoques médicos empleados, donde el 66.67% requirió intervenciones quirúrgicas especiales como la histerectomía subtotal y total. **Conclusiones:** Se destacó la asociación entre el acretismo placentario y la hemorragia postparto, con un porcentaje significativo del total de la muestra. Además, se observa una diversidad de enfoques médicos utilizados, que requirieron intervenciones quirúrgicas, como la histerectomía. Estos hallazgos subrayan la necesidad de un enfoque multidisciplinario, que pueda ofrecer respuestas rápidas y eficientes para abordar esta complicación gineco-obstétrica.

### 2.1.2. A nivel nacional

**Roldan y Aragón. (16) en su artículo publicado sobre factores asociados a partos por cesárea en un hospital peruano, Lima 2020.**

**Objetivo:** Determinar los factores asociados al parto por cesárea en pacientes atendidas en el Servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Militar Central **Métodos:** Investigación caso-control analítica, retrospectiva y retrospectiva; la población son mujeres que habían sido sometidas a cesáreas o partos vaginales entre los años 2014 y 2018. Se utilizó un muestreo sistemático y el número total de partos incluidos en la muestra



fue de 988, y solo 329 fueron cesáreas. **Resultados:** En las mujeres embarazadas, una cesárea previa se correlacionó ( $OR=1,55$ ;  $=1,12-2,15$ ); la edad gestacional y la atención prenatal no se relacionaron con el parto por cesárea ( $p>0,05$ ). El nivel educativo no se correlacionó con las tasas de cesárea; sin embargo, sí lo hizo el número de hijos ( $OR=0,83$ ;  $=0,72-0,95$ ). **Conclusiones:** Había características significativas relacionadas con el parto por cesárea, como tener antecedentes de cesáreas y tener un número reducido de hijos.

**Gutiérrez y García. (17) en su artículo sobre factores asociados a complicaciones postoperatorias en pacientes sometidas a cesárea, Chincha 2024. Método:** Es estudio descriptivo, retrospectivo y transversal. La muestra consiste de 287 pacientes sometidas a cesárea. **Resultados,** el 77% de las pacientes habían terminado la enseñanza secundaria; había una mayor incidencia de mujeres multíparas, con el 52% de los casos; y el 52% de las cesáreas se practicaron de urgencia. La presentación podálica fue el motivo más frecuente de cesárea (20,9%), el 62% de los recién nacidos eran mujeres, el 59,9% que estaban hospitalizadas entre 3 y 5 días, el 47,4% no presentaban antecedentes patológicos significativos, el 7,7% de las cesáreas presentaron la corioamnionitis la complicación más frecuente. Es fundamental destacar estos hechos. La primiparidad, el feto transversal y los antecedentes de infecciones urinarias y síndrome premenstrual fueron dos de las variables que se relacionaron con problemas postoperatorios en las personas que se habían sometido a cesárea.

**Arbulu y Ramírez. (18) en la investigación titulada factores de riesgo asociados a complicaciones postoperatorias en gestantes cesareadas con anestesia epidural y raquídea en el Hospital Regional Lambayeque, 2023. Objetivo:** Determinar los factores de riesgo asociados a complicaciones postoperatorias en gestantes cesareadas con anestesia epidural y raquídea. **Métodos:** Es cuantitativa, observacional y con diseño analítico de cohortes en un total de 140 pacientes a las que se había practicado una cesárea, 70 de ellas con anestesia raquídea y las otras 70 con anestesia epidural. **Resultados:** Tras comparar los grupos a los que se aplicó anestesia raquídea y epidural, se observó que había una diferencia notable en el número de embarazos previos, diagnóstico de preeclampsia grave y los problemas postoperatorios como náuseas, vómitos y cefalea. Es significativa ( $p < 0,01$ ). En pacientes con preeclampsia grave, con problemas postoperatorios para ambos tipos de anestesia mostraron que la anestesia epidural tiene un factor protector ( $RR = 0,17$ ; IC del 95% = 0,04 a 0,65). En pacientes con preeclampsia grave, los resultados de un estudio de regresión logística binaria sobre la relación entre el diagnóstico al ingreso y los problemas postoperatorios para ambos tipos de anestesia mostraron que la anestesia epidural es un factor protector (riesgo relativo = 0,17; = 0,04 a 0,65). En concreto, se descubrió que la anestesia epidural se asociaba a una menor incidencia de lumbalgia ( $RR=0,13$ ; 0,02 - 0,66), escalofríos ( $RR=0,20$ , 0,04 - 0,97) y cefalea ( $RR=0,04$ ; 0,01 - 0,23). **Conclusiones:** Un factor protector en la preeclampsia grave es la anestesia epidural, que reduce el riesgo de problemas postoperatorios

como molestias lumbares, escalofríos y dolores de cabeza. Esto contrasta con la anestesia raquídea, que aumenta el riesgo de estos problemas.

**Herrera. (19) en su tesis sobre complicaciones maternas intraoperatorias y postoperatorias por cesárea en el Hospital**

**Regional Docente de Cajamarca 2023. Objetivo:** Describir las

complicaciones maternas intraoperatorias y postoperatorias por cesárea

**Material y métodos:** Es la observación. Los métodos de diseño incluyen

descriptivo, transversal y retrospectivo. Para calcular la muestra, se utilizó

EPIDAT 4.2. Se decidió utilizar Excel 2021 con el fin de crear tablas fáciles

de comparar, así como gráficos de barras y circulares. **Resultados:** Las

complicaciones hemorrágicas son el tipo más frecuente de

complicaciones maternas intraoperatorias. Estos problemas incluyen

hipotensión uterina (10, o el 6,7 % de los casos), shock hipovolémico (8,

o el 5,4 % de los casos), atonía uterina (7, o el 4,7 % de los casos) y

complicaciones diversas (5, o el 3,4 % de los casos). Por otro lado, las

dificultades maternas postoperatorias incluyen anemia posparto con un

nivel de hemoglobina < a 10 g/dl (14,8 %), necesidad de transfusión

sanguínea (8,8 %), ingreso en la unidad de cuidados intensivos o

neonatales (6 %), infección del tracto urinario (4 %), hemorragia

postoperatoria inmediata (5/146; 3,38 %) y problemas adicionales (12; 8,1

%). En las personas que han tenido una cesárea, la incidencia de

problemas postoperatorios es del 16,2 % del total de la población. El

porcentaje de pacientes que tienen problemas durante la cirugía es del

12,8 %. Se observaron complicaciones intraoperatorias, incluida la



hipotensión uterina, en las cesáreas electivas (tres de cincuenta y dos; 5,8 %), en contraste con las cesáreas de urgencia (siete de noventa y seis; 7,3 %). Además, la complicación posoperatoria de anemia posparto con hemoglobina de < a 10 g/dl se observó en más cesáreas electivas (4 de 52; 7,7 %) que en cesáreas de urgencia (18 de 148; 12,1 %).

**Conclusiones:** Las complicaciones hemorrágicas son el tipo de problema más frecuente que se produce tanto durante como después de la cirugía. A menudo, se asocian más problemas a las cesáreas de urgencia.

**Sosa. (20) en su tesis sobre los pacientes con antecedentes de cesárea y complicaciones materno perinatales en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2021. Objetivo:** Determinar la relación entre el parto vaginal en pacientes con antecedente tanto de cesárea como de complicaciones maternas y perinatales. **Material y métodos:** Es analítico, transversal y retrospectiva, realizado en 84 gestantes con cesárea previa.

**Resultados:** La fase expulsiva del parto duró menos de veinte minutos (89,2 % de todos los partos), el 72,6 % de todos los partos fueron asistidos y el 27,4 % de todos los partos duraron quince minutos o más. Schultze, al igual que Duncan, fue el tipo de parto que se recibió. En el momento del parto, el 65,6 % de las mujeres presentaban un sangrado de poco más de 200 cc. De media, los bebés pesaban entre 3501 y 4000 gramos, tenían una edad gestacional de 38 y 41 semanas y una puntuación de Apgar de 7-10 al minuto, con un 95,2 % de ellos dentro de ese rango. Los problemas que se produjeron fueron desgarros perineales de primer grado y retención de membranas en el 16,7 % de las personas



examinadas. **Conclusión:** Aunque existe una correlación entre las personas con antecedentes de cesáreas previas y los problemas tras el parto vaginal, esta correlación no es estadísticamente significativa. El 83,3 % de las pacientes no experimentó ningún problema. Por otro lado, solo el 16,7 % de las pacientes desarrolló desgarros de primer grado y complicaciones por retención de membranas.

**Dextre y Iriarte. (21) en su tesis sobre factores asociados a complicaciones posquirúrgicas en pacientes cesareadas del Hospital Domingo Olavegoya Jauja, 2023. Objetivo** es determinar los factores asociados a complicaciones posquirúrgicas en pacientes cesareadas. **Materiales y métodos,** es observacional, no experimental, transversal. La población es de 278 gestantes cesareadas. Los **resultados** El análisis estadístico reveló que el factor de riesgo demográfico del nivel educativo estaba asociado estadísticamente con complicaciones posquirúrgicas (OR = 0,461; IC del 95 %: 0,231-0,921). Además, los factores obstétricos de edad gestacional menor a 36 semanas (OR: 5,268, IC del 95 %: 2,270-12,221), antecedentes de aborto (OR: 2,589, IC del 95 %: 1,393-4,809) y cesárea de emergencia/urgente (OR: 3,6; IC del 95 %: 1,890-6,856) con una asociación con las complicaciones posoperatorias. Se demostró que las siguientes variables de riesgo materno tenían una asociación con la aparición de complicaciones posoperatorias: anemia, obesidad y la existencia de problemas médicos (intervalo de confianza: 95 %, 2091-126 255). La **conclusión** que se puede extraer es que la presencia de complicaciones



posoperatorias está asociada con el factor de riesgo demográfico, así como todos los factores materno.

### 2.1.3. A nivel regional

**Apaza. (22) en su tesis sobre factores asociados a cesáreas injustificadas y su relación con complicaciones materno neonatales en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca 2020. Objetivo:** Determinar los factores asociados a cesáreas injustificadas y su relación con complicaciones materno neonatales. **Metodología:** Es observacional y retrospectivo; la población estuvo compuesta por 950 cesáreas y la muestra por 250 cesáreas. **Resultados:** El 34 % de todas las cesáreas se realizaron sin una razón válida. El estado civil ( $p: 0,002$ , odds ratio: 6, intervalo de confianza: 1,7-23,3), la paridad ( $p: 0,00009$ , odds ratio: 3,2, intervalo de confianza: 1,7-5,8), indicación relativa para la cesárea ( $p: 0,00000001$ , odds ratio: 34,2, intervalo de confianza: 13,2-93,9), cesárea previa ( $p: 0,0008$ , odds ratio: 0,2,6; intervalo de confianza: 1,5-4,7) y preeclampsia grave ( $p: 0,0004$ ; odds ratio: 7,1; intervalo de confianza: 2,07-26,9) fueron algunos de los factores asociados con cesáreas injustificadas. **Conclusiones:** El estado civil soltero, la paridad, el motivo relativo de la cesárea, la cesárea previa y la preeclampsia grave fueron todos factores que se consideraron relacionados con las cesáreas innecesarias.

**Quispe. (23) en su investigación sobre factores de riesgo gineco obstétricos asociados a la mortalidad perinatal en el Hospital Carlos Monje Medrano Juliaca, 2021. Objetivo:** Demostrar la asociación de los



factores de riesgo gineco-obstétricos y la mortalidad perinatal.

**Metodología:** Investigación retrospectiva, analítica y de casos y controles. Se usó el software IBM SPSS 26.0 para analizar los datos obtenidos de los registros médicos. El estudio incluyó 62 casos y 124 controles, que se sometieron a pruebas de chi cuadrado y odds ratios con una confianza del 95 %. **Resultados:** El 40,3 % de los casos se clasificaron como prioritarios para la salud materna y se descubrió un TMP de 1,875 x 1000 NV. El valor P para la edad materna avanzada fue de 0,047, que se encontraba entre los factores ginecológicos y obstétricos; embarazo en adolescencia, P de 0,019; multiparidad con P de 0,001; antecedente de aborto, con valor P de 0,002; CPN inadecuado, P de 0,001 ( $p < 0,05$ ); parto por cesárea, valor P de 0,1; embarazo múltiple, P de 0,04; sufrimiento fetal, P de 0,001 con parto pretérmino, P de 0,001; preeclampsia, P de 0,03; ITU, P de 0,002 ( $p < 0,05$ ). **Conclusiones:** La mortalidad perinatal está relacionada con factores de riesgo ginecológicos y obstétricos.

**Choque. (24) en su tesis sobre complicaciones del puerperio inmediato y su relación con la vía del parto en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano 2023. Objetivo:** Determinar las complicaciones del puerperio inmediato y su relación con el tipo de parto en pacientes. **Metodología:** Diseño descriptivo correlacional transversal, cuantitativo, científico, población aproximada de 106 pacientes, con una muestra (finita) de 83 pacientes. **Resultados:** Se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alternativa, con  $p < 5\%$  ( $1,5\% < 5\%$ ). El chi-cuadrado



sugiere que el parto vaginal está asociado de manera significativa con complicaciones posparto inmediatas, como hemorragia, infecciones del tracto urinario, hipertensión y edad reproductiva extrema, los investigadores indican que las dificultades en el posparto temprano, como el sangrado, ITU, la hipertensión y la edad reproductiva excesiva, están sustancialmente relacionadas con el parto vaginal.

**Laura. (25) en su tesis sobre factores de riesgo relacionados a partos por cesárea en pacientes atendidos en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro 2021. Objetivo:** Identificar los factores de riesgo que están relacionados a partos por cesárea en pacientes atendidos. **Material y métodos:** Es observacional, retrospectivo y transversal, de nivel correlacional, población de 88 pacientes que tuvieron cesárea, la muestra fue de 72 pacientes. Los pasos que se siguieron para generar la siguiente información consistieron en revisar los historiales médicos y transferir la información a un formulario de recopilación de datos, con el SPSS versión 25. **Resultados:** Edad de las pacientes entre 20 y 29 años (54,2 %), gestación a término (91,7 %), primiparidad (52,8 %), parto en el 55,6 %, cesárea previa en el 51,3 %, sufrimiento fetal agudo en el 50,0 %, desproporción cefalopélvica en el 45,5 % y rotura prematura de membranas en el 45,5 % son los factores de riesgo asociados a la cesárea. Además, el 88,9 % se sometieron a una cesárea de urgencia y el 11,1 % de las pacientes fueron cesáreas electivas. **Conclusión:** Una cesárea previa fue el factor más significativo para



determinar si se realizaría o no una cesárea durante el mes de julio y diciembre de 2021.

## **2.2. MARCO TEÓRICO**

### **1. FACTORES DE RIESGO.**

Se dice que una persona tiene un factor de riesgo que presenta alguna característica que aumenta la posibilidad de que padezca un problema de salud. Estos factores pueden ser modificables o no modificables y, a menudo, actúan en combinación para aumentar el riesgo. (26)

#### **1.1. Factores demográficos**

Los factores demográficos son características para describir, analizar a una población, la edad, el género, la raza, el nivel educativo, el estado civil, el lugar de residencia, el ingreso familiar, la situación laboral, entre otros. Estos factores son utilizados para comprender la composición y dinámica de una población, y tienen implicaciones en diversos ámbitos como la salud pública, la formulación de políticas y la investigación. (27)

##### **1.1.1. Edad**

Antes de los 19 años, así como después de los 35, existe una correlación entre el embarazo y un riesgo elevado para la madre y el bebé. Además del mayor riesgo biológico que conlleva, el embarazo en mujeres menor de 19 años, conocido a menudo como embarazo adolescente, crea una situación de riesgo social, es una problemática de salud pública. Existe una correlación entre la gestación en mujeres de 35 años o más y un mayor riesgo de padecer diversos trastornos relacionados con el embarazo. Además, menor fertilidad y la mayor



probabilidad de trastornos genéticos en los hijos de madres mayores, edad materna avanzada de 35 años o más. El hecho de que las mujeres alcanzaran esta edad fue la base para establecer esta restricción. Estas complicaciones incluyen aborto espontáneo, embarazo ectópico, anomalías cromosómicas y malformaciones. (28)

### **1.1.2. Grado de instrucción**

Son los niveles más alto de estudios completados por una persona dentro del sistema educativo formal. Es decir, indica el máximo nivel educativo alcanzado, certificado mediante un título o diploma. En términos más sencillos, es el título o grado académico más alto que una persona ha obtenido. Este indicador es esencial para evaluar el capital humano de una población, su desarrollo social y el acceso a oportunidades laborales. Su principal utilidad radica en permitir la comparación y el análisis de la correlación entre la educación y otras variables socioeconómicas y de salud. Generalmente se registra el último año o grado aprobado, incluso si la persona no obtuvo una titulación final completa, reflejando así el caudal de conocimientos adquiridos. Por ejemplo, si alguien ha terminado la educación secundaria y ha aprobado un curso técnico, su grado de instrucción sería técnico completo o secundaria completa, según el contexto. (29)

### **1.2. Factores obstétricos**

Son las condiciones del embarazo, parto o historia ginecológica que justifican la cirugía y, a su vez, aumentan el riesgo de morbilidad postquirúrgica. Estos incluyen la cesárea previa (principal factor), el trabajo de parto prolongado o detenido (Distocia), la presencia de

infección intraamniótica, la ruptura prematura de membranas, y las patologías como la Placenta Previa o el Desprendimiento Prematuro de Placenta.

Son características o circunstancias relacionadas con el embarazo, parto y puerperio como por ejemplo la paridad, cesárea previa, antecedente de aborto, número de controles prenatales presentados, es importante identificar estos factores en los primeros controles prenatales para prevenir posibles complicaciones tanto maternas como fetales en pacientes, realizar seguimiento y manejo oportuno, son: (30)

- Una diferencia que se ha encontrado entre la pelvis y el feto antes de que empiece el parto. Además de una situación y posición extrañas que no incluyen alteraciones ni tumores malignos que hayan aparecido en el pasado.
- La existencia de una placenta previa, marginal, parcial o central en relación con la aparición de sangrado.
- Un sufrimiento fetal agudo.
- La presencia de una patología causada por la madre que impide que se produzca un parto eutócico. (30)

### 1.2.1. Paridad

En la salud de la mujer en Perú, la paridad sí es un factor de riesgo, especialmente en relación al exceso de peso y otras complicaciones obstétricas. La paridad es un factor que puede aumentar el riesgo de obesidad y complicaciones obstétricas, especialmente en mujeres con mayor número de embarazos previos y en ciertas regiones del país.

Es importante que las mujeres reciban una atención médica adecuada y que se tomen en cuenta estos factores de riesgo durante su embarazo. (31)

Esta variable se correlaciona directamente con el riesgo de complicaciones en pacientes cesareadas. A mayor paridad, y especialmente con el historial de cesáreas iterativas, aumenta significativamente el riesgo de morbilidad postquirúrgica. Las principales complicaciones son de índole hemorrágica (principalmente por atonía uterina o placenta acreta), infecciosa (endometritis, infección de herida quirúrgica) y riesgos asociados a la cirugía en sí misma, como el riesgo de lesión a órganos adyacentes (vejiga) y la ruptura uterina en embarazos futuros. Así, la paridad funciona como un predictor de riesgo que exige una vigilancia más estricta en el postoperatorio de la cesárea.

### **1.2.2. Cesárea previa**

Se vio un aumento notable de cesáreas realizadas. Esto puede deberse a diversas causas, entre ellas variables económicas, sociales y culturales; un aumento en el número de demandas presentadas contra los profesionales de la salud; cambios en las características de las y cuestiones médicas exclusivamente. Según la OMS, la tasa nacional adecuada de cesáreas primarias no debería superar el 10-15 %. (32)

La presencia de cicatrices uterinas, conocida como cesárea iterativa, aumenta progresivamente el riesgo de complicaciones graves en las siguientes gestaciones y cirugías. Estas complicaciones incluyen,



principalmente, anomalías de la placentación como la placenta previa y el temido acretismo placentario, donde la placenta se adhiere anormalmente al útero, conllevando un alto riesgo de hemorragia masiva y la necesidad de histerectomía obstétrica. Además, el riesgo de ruptura uterina durante un intento de parto vaginal (PVDC) y las dificultades técnicas por adherencias intraabdominales se incrementan con cada cesárea, haciendo del historial quirúrgico un determinante crítico de la morbilidad materna.

### 1.2.3. Edad gestacional

Es el tiempo de la gestación en semanas se calcula por la fecha de última regla o también ecográficamente, es un reflejo del desarrollo que se produce dentro del útero. El momento del parto, que depende del funcionamiento de varios sistemas reguladores a lo largo del embarazo. En caso de que todo vaya según lo previsto, es razonable anticipar que el feto alcanzará a término completo a las 37 semanas de gestación, lo que debería garantizar un parto con un bebé sano y vivo. En caso de que estos sistemas reguladores no funcionen correctamente, el feto puede anticipar o retrasar la expulsión durante un tiempo excesivo, lo cual no es un resultado deseable. Como consecuencia de ello, el tiempo que el resultado de la concepción permanece en el útero está estrechamente relacionado con el peso del niño. (33)

En contraste, las cesáreas programadas electivamente antes de las 39 semanas en embarazos de término se asocian con mayor morbilidad respiratoria neonatal. Para la madre, un parto prematuro a



menudo es resultado de una patología aguda (como preeclampsia grave o infección), que intrínsecamente aumenta las tasas de complicaciones maternas (infección, hemorragia) independientemente del acto quirúrgico. Por lo tanto, el momento de la extracción, dictado por la edad gestacional, equilibra el riesgo de la prematuridad fetal con el riesgo materno de la patología subyacente.

#### **1.2.4. Antecedente de aborto**

Un antecedente de aborto se refiere a la historia de uno o más abortos previos que una mujer ha tenido. Esto incluye tanto abortos espontáneos (naturales) como abortos inducidos (provocados). La presencia de antecedentes de aborto puede influir en embarazos futuros y es un factor importante a considerar en la atención médica prenatal. El aborto, en general, se refiere al proceso de interrumpir el embarazo. Esta interrupción puede ser espontánea (aborto espontáneo) o provocada (aborto inducido). (34)

El antecedente de aborto, especialmente si fue resuelto mediante legrado o aspiración, introduce una instrumentación uterina que puede dañar la capa basal del endometrio. Este daño previo, al combinarse con la cicatriz de una cesárea, aumenta significativamente el riesgo de implantación anómala de la placenta en gestaciones futuras, dando lugar a placenta previa y, más gravemente, al espectro de placenta acreta (acretismo, incretismo o percretismo).

#### **1.2.5. Controles prenatales**

Los controles prenatales son cruciales para asegurar un embarazo saludable. Permiten detectar y tratar a tiempo posibles



complicaciones, promoviendo un desarrollo adecuado del feto y del parto. Los controles prenatales permiten identificar a tiempo problemas de salud en la madre o el feto, como infecciones, enfermedades crónicas, o complicaciones del embarazo como la preeclampsia o la diabetes gestacional. (35)

Los controles prenatales en pacientes con cesárea previa son cruciales para el manejo del embarazo de alto riesgo. El principal objetivo es la detección temprana de complicaciones asociadas a la cicatriz uterina, como la placenta previa y, más alarmante, el espectro de placenta acreta (invasión placentaria), cuyo riesgo aumenta con cada cesárea. El control debe incluir ecografías seriadas para evaluar la implantación placentaria, especialmente si está cerca o sobre la cicatriz, y el grosor del segmento uterino inferior. Esto permite la planificación del momento y la vía del parto más seguros, ofreciendo consejería sobre el parto vaginal después de cesárea (PVDC) o la cesárea electiva de repetición.

### **1.2.6. Motivo de cesárea**

Durante el embarazo y el parto pueden surgir complicaciones, y es fundamental actuar con rapidez en caso de emergencia. Por ello, es crucial que el obstetra mantenga una comunicación eficaz con la mujer embarazada, ya que las mujeres suelen expresar su insatisfacción por la falta de información que reciben. Los riesgos que pueden surgir, las formas en que se pueden manejar y la evolución del parto son aspectos que las mujeres embarazadas deben conocer. Durante las



visitas prenatales, se debe proporcionar a las mujeres toda la información esencial y los documentos de consentimiento informado debidamente preparados para cualquier procedimiento potencial y, lo que es más importante, para las cesáreas, independientemente de si están programadas o se realizan en una situación de emergencia. En los hospitales, el tiempo es fundamental. Obviamente, hay ciertos casos, el paciente y sus familiares serán los únicos que recibirán información verbal para garantizar que sean conscientes de lo que está a punto de suceder. (36)

### 1.3. Factores maternos

En el contexto del embarazo, los factores maternos se refieren a condiciones, características o situaciones de la madre que influyen en el desarrollo del embarazo la salud de la mamá y el neonato. Estos factores pueden ser biológicos, sociales, ambientales o el estilo de vida de la madre. (37)

Biológicamente, la obesidad y la edad avanzada aumentan la complejidad quirúrgica y el riesgo de infección. Las comorbilidades como la diabetes y la hipertensión comprometen la cicatrización y la estabilidad hemodinámica. En el ámbito social y de estilo de vida, el tabaquismo y el consumo de sustancias perjudican la oxigenación de los tejidos y la recuperación postoperatoria. La falta de apoyo social o el bajo nivel socioeconómico suelen traducirse en un acceso deficiente a los cuidados prenatales y postparto, dejando condiciones como la anemia sin tratar.

### 1.3.1. Nivel de hemoglobina

La hemoglobina se encuentra en los eritrocitos, que transporta oxígeno a los tejidos del cuerpo. En el embarazo surge un aumento del volumen sanguíneo en el organismo, así como un aumento de la cantidad de hierro necesaria. Para garantizar que el bebé reciba suficiente oxígeno, el cuerpo usa el hierro para que haga más sangre. Para aumentar la hemoglobina durante el embarazo, es fundamental consumir alimentos ricos en hierro y, en algunos casos, suplementos recetados por un médico. Además, es importante asegurar una buena absorción de hierro a través de la vitamina C. (38)

Dentro de los factores de riesgo a nivel de hemoglobina tenemos la anemia por deficiencia de hierro es la más común y no debe subestimarse, ya que debilita el sistema inmune materno y aumenta el riesgo de mortalidad materna. Además, la anemia grave se vincula con resultados perinatales adversos, como parto prematuro, bajo peso al nacer y un desarrollo subóptimo del recién nacido. Por tanto, el tamizaje y la suplementación profiláctica u oportuna con hierro y ácido fólico son pilares del control prenatal para prevenir estas complicaciones.

### 1.3.2. Índice de masa corporal (IMC)

El IMC de la madre antes del embarazo influye en la salud de la madre tanto durante como después del embarazo. Un IMC elevado está relacionado con un mayor riesgo de diabetes gestacional, preeclampsia y mortalidad fetal. Un IMC bajo antes del embarazo se

asocia con la probabilidad de sufrir un aborto espontáneo, tener un bebé con bajo peso o que este nazca prematuramente. (39)

En el posparto, el IMC pregestacional y la ganancia de peso excesiva son los factores más importantes para la retención de peso a largo plazo. Esta retención aumenta el riesgo de obesidad persistente y sus comorbilidades crónicas (diabetes tipo 2, hipertensión). Además, un IMC muy alto puede retrasar la lactogénesis y dificultar el inicio de la lactancia materna. Un control nutricional riguroso es esencial para mitigar estos riesgos a corto y largo plazo.

## **2. COMPLICACIONES POST QUIRÚRGICAS EN PACIENTES CESAREADAS**

Las complicaciones pueden incluir infecciones del sitio quirúrgico, hemorragia, necesidad de transfusión de sangre, problemas con la anestesia, y complicaciones relacionadas con embarazos futuros, como placenta previa y ruptura uterina. (40)

La cesárea desde el punto de vista lingüístico proviene de la palabra latina *sacare*, que significa cortar, anteriormente, se consideraba un procedimiento aterrador debido a que provocaba altas tasas de morbilidad y mortalidad materna y fetal. Este fue el primer caso conocido de este tratamiento en el que tanto la madre como el bebé sobrevivieron. Sin embargo, estas tasas han disminuido gracias al uso de antibióticos, la mejora de las técnicas quirúrgicas, la administración de anestesia y analgesia, y la creación de bancos de sangre, lo que ha convertido este procedimiento en una intervención quirúrgica beneficiosa y muy valorada.

(34)

Durante una cesárea, el uso de un bisturí durante la histerotomía aumenta en un 1,9 % la probabilidad de cortar al feto. Esto puede tener graves consecuencias tanto para el sistema médico como para el judicial. Además, la existencia del síndrome de dificultad respiratoria es lo que tiene mayor importancia. También se reconoce que el parto por cesárea desempeña un papel clave en esta etiología, especialmente en bebés prematuros y en los trastornos relacionados en fetos maduros. Este es específicamente el caso de los bebés prematuros. En caso de que la mujer entre en trabajo de parto antes de que se realice la cesárea, este peligro se minimiza significativamente. También existen otros peligros, como la precipitación, que aumenta la probabilidad de parto prematuro; ambos factores contribuyen a la enfermedad y la muerte de los recién nacidos. Por ello, debe existir una indicación adecuada para evitar cualquier tipo de implicación médica o legal. (34)

### **Tipos de cesáreas**

**Categoría 1. Cesárea urgente de realización inmediata:** cuando la salud de la madre o del feto están en gran amenaza. Es la máxima clasificación de urgencia para una cesárea y conceptualiza una situación crítica donde existe un peligro inminente y grave para la vida de la madre y/o el feto. Esta indicación exige la extracción fetal inmediata, idealmente en un plazo de pocos minutos (generalmente se establece un objetivo de 30 minutos desde la decisión hasta el nacimiento, aunque el tiempo real varía según la capacidad hospitalaria). Se aplica ante eventos catastróficos como el prolapso de cordón umbilical, la sospecha de rotura uterina, la bradicardia fetal grave y persistente (que indica sufrimiento fetal

agudo) o un desprendimiento prematuro de placenta con compromiso vital masivo, priorizando la celeridad por encima de otros protocolos.

**Categoría 2. Cesárea urgente de realización no inmediata:** Existe un peligro ineludible, y la probabilidad de que se produzca aumentará a medida que pase el tiempo. Es necesario realizar la intervención quirúrgica en un momento adecuado y oportuno para evitar el empeoramiento gradual de la salud de la madre o del feto cuando existe indicación de cesárea.

Esto incluye la correcta administración de anestesia regional (epidural/raquídea) y el consentimiento informado, priorizando la seguridad del procedimiento. Las indicaciones típicas son la detención del trabajo de parto (distocia) o signos de pérdida de bienestar fetal moderada. El tiempo de espera es generalmente controlado y limitado (entre 10 y 75 minutos, según protocolos) y es crucial para evitar la progresión a una emergencia de Categoría I. En esencia, se busca intervenir de forma rápida, pero organizada, para un mejor resultado materno-fetal.

**Categoría 3. Cesárea no urgente (programada) que comienza el parto antes de la fecha prevista normalmente.** Debido al inicio temprano inesperado, no hay necesidad de urgencia; sin embargo, si la indicación continúa, el tratamiento debe realizarse en cuestión de horas y siempre debe llevarse a cabo el mismo día o día laborable en que la paciente sea hospitalizada. Cualquier otro día sería inaceptable. (12)

Permite un tiempo de espera amplio, generalmente de varias horas (que puede extenderse hasta 24 horas) para planificar, preparar y coordinar al

equipo. Se utiliza cuando una cesárea programada (Categoría IV) se convierte en urgente porque la paciente ha iniciado espontáneamente el trabajo de parto antes de la fecha fijada, o cuando se detectan indicaciones estables, como una presentación pélvica a término con contracciones leves. Su principal objetivo es garantizar el nacimiento con el menor riesgo posible, permitiendo la adecuada preparación de la paciente para la anestesia regional.

**Categoría 4. Cesárea programada:** No hay absolutamente ninguna urgencia. Aunque actualmente se considera una práctica relativamente poco común, la denominada cesárea a petición es una variante de la cesárea programada.

Se conceptualiza como una intervención planificada con antelación, que se realiza en una fecha predeterminada y fuera del trabajo de parto. Existe una indicación médica conocida (ej. placenta previa, cesárea previa iterativa o macrosomía fetal) que desaconseja el parto vaginal, pero la condición clínica no presenta riesgo inminente ni deterioro materno-fetal. El procedimiento se coordina para realizarse en horario laboral, con pleno control de recursos, personal y anestesia, priorizando la seguridad total sobre la rapidez. Se programa idealmente a partir de las 39 semanas para minimizar el riesgo de distrés respiratorio neonatal.

**Complicaciones inmediatas:**

- **Infección del sitio quirúrgico:** se presenta en la herida operatoria de la cesárea generalmente en cuadro a siete días después de la intervención se manifiesta clínicamente por dolor, ardor, enrojecimiento, presencia de secreción purulenta, fiebre. A la altura



de la incisión realizada durante la cesárea, se trata de una infección que puede desarrollarse en cualquier nivel del tejido subcutáneo. Esta infección se localiza en la zona de la herida quirúrgica. También es posible que esta enfermedad se extienda al tracto intestinal. Entre los factores más importantes tenemos cesárea de emergencia, obesidad, corioamnionitis, transfusión sanguínea, así como el nivel de experiencia que posee el cirujano, contribuyen a un aumento en la ocurrencia de esta complejidad.

- **Hemorragia:** La incisión uterina es la principal fuente de sangrado, seguida por el lecho placentario; esto puede reducirse administrando oxitocina y sellando inmediatamente la incisión realizada en el útero. La tasa de transfusión varía entre el uno y el seis por ciento. Los procedimientos quirúrgicos o las hemorragias accidentales pueden ser la causa de hemorragias más graves. Primera causa de muerte materna mundialmente, se define hemorragia post parto vaginal a una pérdida mayor de 500 ml y en una cesárea mayor a 1000 ml, siendo la incisión uterina la principal causa de hemorragia, seguida de la hemorragia del lecho placentario, que puede reducirse con la administración de oxitocina y el cierre rápido de la incisión en el útero. Las complicaciones por hemorragia post parto no son debidas específicamente a la hemorragia sino al inadecuado control del sangrado. Para un control definitivo se realiza histerectomía obstétrica, técnicas más conservadoras será la ligadura de arterias uterinas, ováricas, tubáricas internas, suturas compresivas.



- **Reacciones a la anestesia:** Cualquier tipo de reacción adversa a la anestesia administrada. La reacción principal es la hipotensión arterial materna, causada por la anestesia neuroaxial (epidural o raquídea), que puede comprometer la perfusión placentaria y causar sufrimiento fetal. Otra complicación es la depresión respiratoria o la apnea, si la anestesia espinal asciende demasiado (bloqueo espinal alto o total), afectando los nervios que controlan la respiración. También se presenta la aspiración pulmonar de contenido gástrico (Síndrome de Mendelson), un riesgo grave al usar anestesia general, debido al retraso en el vaciamiento gástrico en el embarazo.
- **Coágulos sanguíneos:** La inmovilización prolongada durante la cirugía y el puerperio, sumada a la dilatación de las venas, incrementa el riesgo de trombosis venosa profunda (TVP), especialmente en las piernas. Si este coágulo se desprende, puede viajar a los pulmones y causar una embolia pulmonar (EP), una emergencia potencialmente mortal que provoca disnea súbita y colapso cardiovascular. El riesgo de tromboembolismo pulmonar es significativamente mayor después de una cesárea que de un parto vaginal, por lo que la prevención con movilización temprana y, en casos de alto riesgo, el uso de heparina de bajo peso molecular, es fundamental.
- **Lesiones viscerales:** son complicaciones quirúrgicas inmediatas raras, pero graves, que pueden ocurrir durante una cesárea, especialmente en casos de urgencia o cirugías previas. La más frecuente es la lesión accidental de la vejiga urinaria, debido a que



el útero suele estar adherido a ella por cicatrices previas (cesárea iterativa). Menos comunes son las lesiones intestinales, que generalmente involucran el intestino delgado y son resultado de adherencias densas entre el útero y otras estructuras abdominales. Estas lesiones requieren un reconocimiento y reparación inmediata en el mismo acto quirúrgico por parte de un cirujano experimentado.

- **Coagulopatías:** Se conceptualizan como los trastornos de la coagulación que se manifiestan durante o inmediatamente después de la cirugía. Pueden ser por consumo de factores de coagulación debido a una hemorragia masiva (coagulopatía de consumo) o por dilución a causa de la transfusión de grandes volúmenes de líquidos. La coagulopatía impide que el cuerpo forme coágulos efectivos, perpetuando la hemorragia incontrolable y aumentando drásticamente la morbilidad y mortalidad materna.
- **Tromboembolismo:** Este riesgo se conceptualiza por la formación de coágulos de sangre anormales (trombos) en el sistema venoso, a pesar del sangrado quirúrgico. El embarazo es un estado fisiológicamente protrombótico (hipercoagulable), lo que, sumado a la lesión endotelial (por la cirugía) y la estasis venosa (por la inmovilización operatoria), constituye la tríada de Virchow. El riesgo se manifiesta como Trombosis Venosa Profunda (TVP), generalmente en las piernas, o, más gravemente, como Embolia Pulmonar (EP), donde un coágulo migra a los pulmones, siendo una emergencia con alta mortalidad. La cesárea, por ser una cirugía,

eleva el riesgo de tromboembolismo en comparación con el parto vaginal.

#### **Complicaciones tardías:**

- **Complicaciones en embarazos futuros:** Aumento del riesgo de placenta previa, placenta adherida y ruptura uterina en embarazos posteriores.

La secuela más grave es la rotura uterina, que ocurre durante el trabajo de parto o el parto en un intento de Parto Vaginal Después de Cesárea (PVDC), y que es una emergencia obstétrica catastrófica. Otra complicación significativa es la placentación anómala (trastornos del espectro de la placenta acreta), donde la placenta se implanta de manera anormal sobre la cicatriz, pudiendo adherirse o penetrar la pared uterina, lo que conlleva un riesgo elevado de hemorragia masiva y la necesidad de histerectomía en el siguiente parto.

- **Endometritis:** Infección del revestimiento del útero, con síntomas como fiebre, dolor abdominal, flujo vaginal anormal y sangrado abundante. Es la complicación infecciosa más frecuente que se produce tras una cesárea, con una frecuencia que oscila entre el 20 y el 40 % en ausencia de antibióticos, aunque el porcentaje exacto varía en función del caso concreto. Es posible reducir el porcentaje al 5 % utilizando antibióticos como medida preventiva. Este tipo concreto de infección suele estar provocada por una población polimicrobiana asociada al tracto genital inferior, y los síntomas suelen manifestarse entre uno y dos días después de la cirugía.



Existe la posibilidad de que estas situaciones se compliquen debido a la existencia o el desarrollo de abscesos pélvicos, tromboflebitis pélvica y shock séptico. En tales casos, es necesario seguir las pautas de tratamiento reconocidas.

- **Adherencias:** Formación de tejido cicatricial que puede causar problemas en el futuro. Se conceptualizan como bandas de tejido fibroso cicatricial que se forman anormalmente entre los órganos y superficies dentro de la cavidad abdominal y pélvica, uniéndolos entre sí, por ejemplo, el útero con el intestino o la pared abdominal. Si bien pueden ser asintomáticas, estas adherencias pueden causar dolor pélvico crónico y, a largo plazo, son una de las principales causas de obstrucción intestinal, que es una emergencia médica que requiere cirugía inmediata.
- **Fístulas:** Formación de conexiones anormales entre órganos. La más común es la fístula vesicouterina o vesicocervical, uniendo la vejiga con el útero o el cérvix, lo que se manifiesta típicamente por la salida de orina a través de la vagina (incontinencia urinaria), a veces mezclada con sangre (hematuria), a partir del posparto inmediato o tardío. También pueden ocurrir fístulas rectovaginales. Estas condiciones requieren una cirugía reconstructiva compleja, a menudo retrasada varios meses para permitir la resolución de la inflamación.
- **Eventraciones:** Debilidad de la pared abdominal que puede provocar la salida de órganos. Son una complicación tardía frecuente después de una cesárea, conceptualizadas como el

defecto o debilidad en la pared abdominal por donde protruyen los tejidos o vísceras internas (como el intestino o grasa). Surgen debido a una cicatrización deficiente o a un cierre incompleto o tenso de la fascia abdominal durante la cesárea, lo cual es exacerbado por el aumento de la presión intraabdominal (tos, ejercicio, o esfuerzo). Se manifiestan como un bulto o abultamiento en el sitio de la cicatriz de la laparotomía, que se hace más evidente al estar de pie o realizar esfuerzos.

- **Cicatrización Anormal:** El defecto de cicatrización en el útero puede llevar a la formación de un "nicho" o ismocele (una indentación o bolsa en la zona de la histerotomía), que puede causar sangrado intermenstrual o dificultar la implantación en el futuro. A nivel cutáneo, una cicatriz puede convertirse en un queloide (crecimiento excesivo y desorganizado del tejido fibroso), lo que es principalmente un problema cosmético, pero puede ser doloroso.

#### **Factores de riesgo:**

- **Anemia:**

Un bajo nivel de hemoglobina antes de la cirugía reduce la tolerancia de la madre a la pérdida sanguínea esperada (aunque sea mínima) durante la cesárea. Esto significa que la paciente anémica puede entrar rápidamente en choque hipovolémico o requerir una transfusión de sangre urgente con pérdidas que serían insignificantes para una paciente no anémica. Además, la anemia compromete la cicatrización de heridas y la recuperación inmunológica postquirúrgica. Por ello, la corrección de la anemia



preoperatoria es una prioridad en el manejo quirúrgico obstétrico para asegurar la seguridad materna durante y después del procedimiento.

- **Obesidad:**

En pacientes con obesidad es necesario realizar incisiones quirúrgicas más amplias, es un riesgo para las infecciones del sitio quirúrgico. Además, los pacientes obesos requieren procedimientos quirúrgicos más prolongados y el tejido subcutáneo de estos pacientes está mal vascularizado. Ambos factores contribuyen a retrasar los procedimientos quirúrgicos, debido a la relación entre la malnutrición y la disminución de anticuerpos, así como al retraso en el proceso de cicatrización, las personas malnutridas son más propensas a desarrollar infecciones en el lugar de la cirugía.

- **Enfermedades médicas:**

La presencia de enfermedades preexistentes puede aumentar la probabilidad de complicaciones.

Patologías como la diabetes mellitus, la hipertensión crónica, la cardiopatía o la obesidad mórbida aumentan el riesgo quirúrgico basal. La diabetes dificulta la cicatrización y eleva el riesgo de infección del sitio quirúrgico. Las cardiopatías y la hipertensión incrementan el riesgo de inestabilidad hemodinámica durante la anestesia y la cirugía. Además, estas enfermedades suelen asociarse con una recuperación postoperatoria más prolongada y



una mayor probabilidad de desarrollar complicaciones como la tromboembolia o la necesidad de ingreso en UCI.

- **Infección intrauterina:** Es un factor de riesgo crucial en la cesárea, conceptualizado como un estado infeccioso preexistente que afecta directamente el pronóstico postquirúrgico. Su presencia aumenta significativamente la probabilidad de complicaciones infecciosas maternas inmediatas. El tejido uterino contaminado compromete la cicatrización y facilita la proliferación bacteriana en la herida abdominal, elevando el riesgo de infección del sitio quirúrgico (ISQ). Es el principal precursor de la endometritis postparto, ya que los microorganismos se alojan en el revestimiento uterino. Además, la infección puede causar atonía uterina, incrementando el riesgo de hemorragia postparto.
- **Técnica Quirúrgica Complicada:** Es un factor de riesgo en la cesárea, conceptualizada por las dificultades operatorias que prolongan el tiempo de cirugía y aumentan la morbilidad. Estas complicaciones surgen por la presencia de adherencias densas de cirugías previas, lo que obliga a una disección difícil e incrementa la probabilidad de lesiones viscerales (vejiga, intestino). Una técnica laboriosa a menudo resulta en mayor pérdida sanguínea, elevando el riesgo de anemia postquirúrgica y transfusión. La prolongación del tiempo quirúrgico también se asocia a un mayor riesgo de infección de la herida y trombosis venosa profunda (TVP). Finalmente, un cierre realizado bajo tensión o dificultad técnica

puede predisponer a eventraciones (hernias incisiones) y a defectos en la cicatriz uterina (nicho) a largo plazo.

## 2.3. MARCO CONCEPTUAL

### **Cesárea**

Es una intervención quirúrgica que consiste en realizar una incisión en el abdomen y el útero de la mamá para extraer al feto, mediante una incisión en la pared abdominal (también conocida como laparotomía) o en la pared uterina (también conocida como histerectomía). Este procedimiento se realiza en situaciones en las que la madre o el feto están en peligro, o cuando no es posible dar a luz al feto por vía vaginal. (41)

### **Complicaciones posquirúrgicas**

Son eventos adversos que pueden ocurrir después de una cirugía, retrasando la recuperación o poniendo en riesgo la salud del paciente. Estas complicaciones pueden ser generales, como fiebre, infección de la herida, o específicas del tipo de cirugía realizada. (41)

### **Controles prenatales**

Durante el embarazo, estas son las actividades y procedimientos que tienen el objetivo de prevenir complicaciones y promover un embarazo saludable. (42)

### **Factores de riesgo**

En otras palabras, se refiere a cualquier rasgo, acontecimiento que aumenta la probabilidad que tenga una enfermedad, sufra una lesión o tenga un problema de salud. (43)



## **Motivo de cesárea**

Las razones por las que se realiza una cesárea pueden ser problemas con el trabajo de parto, la posición del bebé, complicaciones con la placenta, o problemas de salud. (43)

## **Paridad**

El número de partos de una mujer, el número de veces que ha llevado cada embarazo a una edad gestacional viable, también conocido como su paridad. (43)

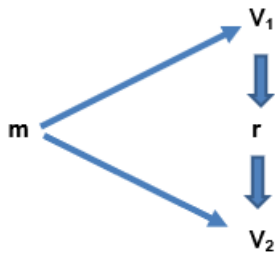
## CAPÍTULO III

### PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

#### 3.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Es no experimental en la cual se ven los acontecimientos tal y como sucedieron en su contexto natural, para después analizarlos. (44)

**Diseño:**



Donde:

M = Muestra

V1= Factores de riesgo

V2= Complicaciones posquirúrgicas en pacientes cesareadas

R = Correlación de las variables

#### 3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

De tipo básico teniendo en cuenta que contribuye a la ampliación del conocimiento y sirve de base para futuras investigaciones aplicadas. Es correlacional, porque se estableció una relación entre las variables. (45)

Es transversal porque se realizó en un periodo determinado y retrospectivo porque el estudio inicio después de los hechos. (45)

**Enfoque:** El trabajo de tesis tiene un enfoque cuantitativo que se distingue por la recopilación y el examen de datos numéricos con el fin de determinar patrones, conexiones o interacciones entre variables; esta es la esencia del análisis estadístico. (45)

### 3.3. MÉTODOS APLICADOS A LA INVESTIGACIÓN

Se usó el método hipotético deductivo el cual consiste en la formulación de una hipótesis que luego es verificada mediante la recolección y análisis de datos. (44)

### 3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

#### 3.4.1. Población

Está constituida por 483 pacientes cesareadas que fueron atendidas en el Hospital III EsSalud Red Asistencial Juliaca en el año 2024.

#### 3.4.2. Muestra

Según la formula estadística tenemos 168 pacientes cesareadas.

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N-1) + Z_{1-\alpha}^2 * p * q}$$

Tamaño de la población	N	<b>483</b>
Error Alfa	$\alpha$	0.05
Nivel de Confianza	$1-\alpha$	0.95
Z de (1- $\alpha$ )	Z (1- $\alpha$ )	1.96
Prevalencia de la Enfermedad	p	<b>0.40</b>
Complemento de p	q	0.60
Precisión	d	<b>0.06</b>
Tamaño de la muestra	n	<b>168</b>

$$n = \frac{483 \quad 3.8416 \quad 0.40 \quad 0.60}{0.0036 \quad 482 \quad + \quad 3.842 \quad 0.40 \quad 0.60}$$

$$n = \frac{445.31}{1.7352 \quad + \quad 0.922}$$

$$n = \frac{445.31}{2.6572}$$

$$n = 167.58$$

$$n = 168$$

### **Criterios de inclusión**

- Historias clínicas de pacientes cesareadas con y sin complicaciones post quirúrgicas atendidas en el Hospital III EsSalud Red Asistencial Juliaca.
- Pacientes cesareadas con y sin complicaciones post quirúrgicas cuyas historias clínicas están legibles y tengan sus datos completos.

### **Criterios de exclusión**

- Historias clínicas de pacientes cesareadas con complicaciones post quirúrgicas que no fueron atendidas en el Hospital III EsSalud Red Asistencial Juliaca.
- Pacientes cesareadas con complicaciones post quirúrgicas cuyas historias clínicas están ilegibles y no tengan sus datos completos.
- Historias clínicas de pacientes cuyos partos fueron vaginales.

## **3.5. TÉCNICAS, FUENTES E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN**

### **3.5.1. Técnicas**

**Variable 1:** Análisis documental

**Variable 2:** Análisis documental



### 3.5.2. Instrumentos

**Variable 1:** Fue una ficha de recolección de datos.

El instrumento consta de 3 dimensiones, el primero son los factores demográficos el cual incluye 2 indicadores; el segundo los factores obstétricos el cual contiene 6 indicadores y finalmente los factores maternos en el cual se consideró 2 indicadores.

**Variable 2:** Se utilizó una ficha de recolección de datos.

La matriz de operacionalización de las variables sirvió de base para la elaboración del formulario de recopilación de datos cuando se creó. Posteriormente, fue confirmado por tres jueces o especialistas independientes.

**La fuente:** Historias clínicas

### 3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

**El proceso tuvo los siguientes pasos:**

Primero se solicitó autorización del Hospital III EsSalud Red Asistencial Juliaca, para el acceso a las historias clínicas, dicho proceso se realizó una vez que nos aprobaron la propuesta con resolución.

Después de la recopilación de datos, la información se organizó y se introdujo al programa SPSS y se crearon tablas, que sirvieron para su análisis e interpretación.

Estadísticamente se usó una confianza (IC) del 95%, un valor de  $p < 0.05$ , es significativo.

### 3.7. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

Es el proceso de evaluar si una hipótesis es cierta o no mediante el análisis de la probabilidad de que se produzca y la medición de la probabilidad de

que se produzca. La prueba estadística Chi-cuadrado ( $X^2$ ), junto con otras pruebas relacionadas con ella, se utilizó en el proceso de procesamiento, clasificación y análisis de los datos obtenidos. Que es significancia con un valor  $p < 0.05$ .

**Formula:**

$$x^2 = \sum \frac{(o_i - e_i)^2}{e_i}$$

**Donde:**

$X^2$ : Chi cuadrado

$e_i$ : frecuencia esperada

$o_i$ : frecuencia observada

### 3.8. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

#### 3.8.1. Validez

Con el fin de garantizar la fiabilidad de los instrumentos, tres expertos se encargaron de validarlos. Esto se hizo tanto para la variable 1 como para la variable 2.

#### 3.8.2. Confiabilidad

Se ha obtenido una confiabilidad alta de los instrumentos, con un valor global de 0,804; determinando que los instrumentos eran confiables para medir las dimensiones.

**Se calcula así:**

$$\alpha = \left[ \frac{k}{k-1} \right] \left[ 1 - \frac{\sum_{i=1}^k S_i^2}{S_t^2} \right]$$



**Donde:**

K: El número de ítems

$S_i^2$ : Sumatoria de Varianzas de los Ítems

$S^2$ : Varianza de la suma de los Ítems

$\alpha$ : Coeficiente de Alfa de Cronbach

**Estadísticas de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de elementos
,804	11



## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

#### 4.1. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Objetivo general: Determinar los factores de riesgo asociados a las complicaciones posquirúrgicas en pacientes cesareadas Hospital III EsSalud Red Asistencial Juliaca 2024, se presenta 11 tablas estadísticas. Tras completar el procesamiento de los datos, se encontró una conexión estadística entre las variables. Los resultados de esta relación se muestran en los párrafos siguientes.

**TABLA 1. EDAD ASOCIADA A LAS COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS EN PACIENTES CESAREADAS HOSPITAL III ESSALUD RED ASISTENCIAL JULIACA 2024.**

Edad	Tipos de complicaciones														Total	
	Sin complicaciones		Hemorragia		Hematoma		Dehiscencia		Infección de sitio operatorio		Endometritis puerperal		Sepsis			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
<b>Adolescente &lt;19 años</b>	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,6	0	0,0	0	0,0	1	0,6
<b>Adulto joven 19 a 34 años</b>	81	48,2	8	4,7	1	0,6	3	1,8	1	0,6	2	1,2	1	0,6	97	57,7
<b>Edad materna avanzada ≥35 años</b>	57	33,9	5	3,0	1	0,6	1	0,6	4	2,4	1	0,6	1	0,6	70	41,7
<b>Total</b>	138	82,1	13	7,7	2	1,2	4	2,4	6	3,6	3	1,8	2	1,2	168	100,0

Fuente: Fichas de recolección de datos

$$X^2_{cal}=30,416$$

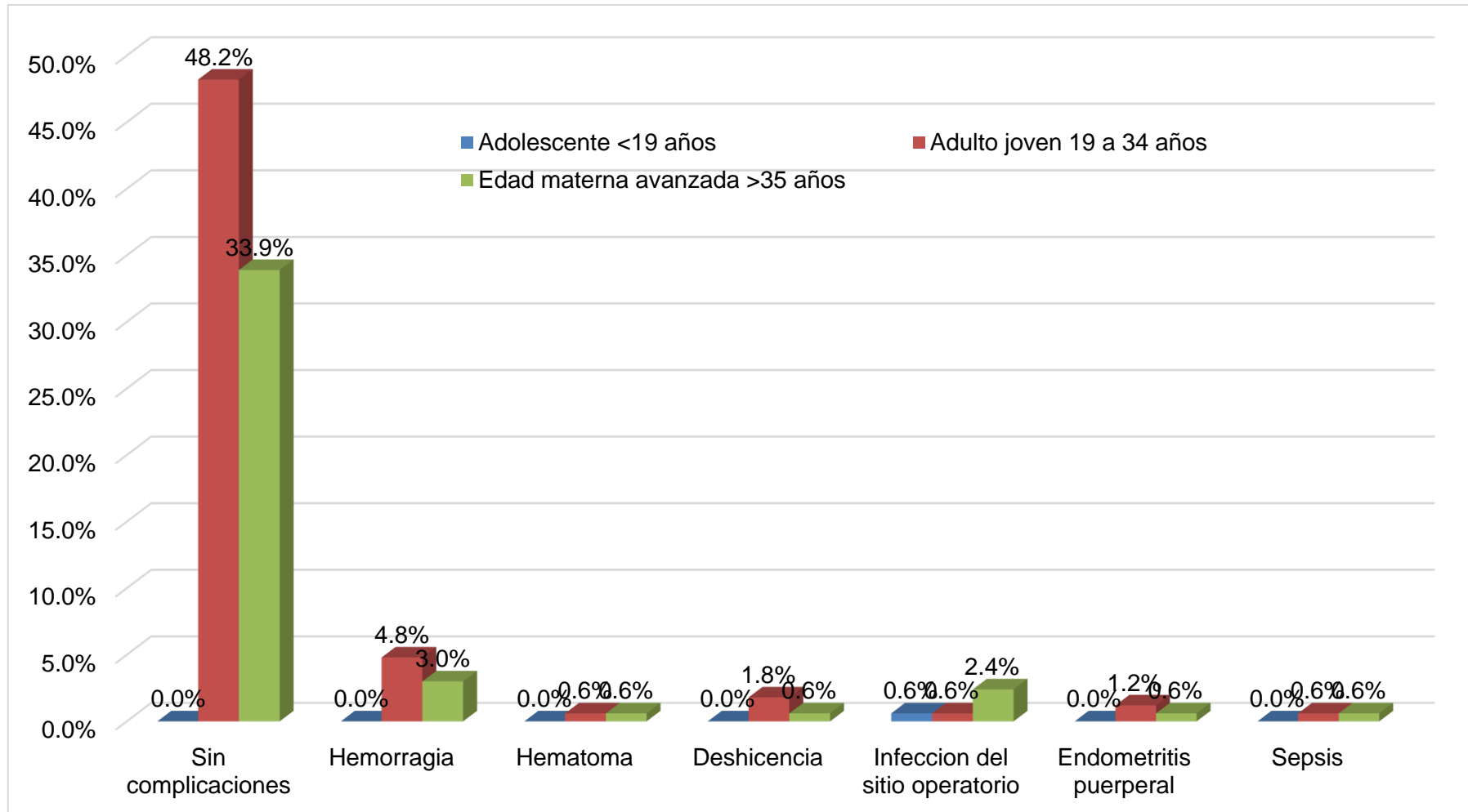
$$P=0,002$$

ES SIGNIFICATIVA

$$X^2_{tab}=21,026$$

$$Gf=12$$

**FIGURA 1. EDAD ASOCIADA A LAS COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS EN PACIENTES CESAREADAS HOSPITAL III ESSALUD RED ASISTENCIAL JULIACA 2024.**



Fuente: Tabla 1.

El primer objetivo específico es: Identificar los factores demográficos asociados a las complicaciones posquirúrgicas en pacientes cesareadas Hospital III EsSalud, por lo cual tenemos se tiene 2 tablas:

En la tabla 1, la edad asociada a las complicaciones posquirúrgicas en pacientes cesareadas, en la cual se observa que el 57,7% tienen de 19 a 34 años, el 41,7% mayor y/o igual de 35 años y el 0.6% tiene menos de 19 años.

El grupo de pacientes cesareadas **sin complicaciones** posquirúrgicas el 48.2% tenían entre 19 a 34 años, aquellas pacientes que presentaron **hemorragia** el 4,7% también son del mismo grupo etario, las que tuvieron **infección del sitio operatorio** el 2,4% tenían mayor y/o igual de 35 años, las pacientes que presentaron **dehiscencia** el 1.8% tenían entre 19 a 34 años, las que presentaron **endometritis puerperal** el 1,2% tenían entre 19 a 34 años, en el caso de pacientes con **sepsis y hematoma** el 0,6% tenían mayor y/o igual de 35 años.

Al examinar las estadísticas tenemos la  $X^2_{cal}=30,416$  mayor a  $X^2_{tab}=21,026$ , con  $Gl=12$  y  $P=0,002$  es significativo; edad asociado a las complicaciones posquirúrgicas.

Según la investigación **Nucamendi**. (8) resalto que la edad sí se asocia en un 69,8% con mayores complicaciones posquirúrgicas en pacientes sometidas a cesárea, aunque no es el único factor. Si bien la edad avanzada puede aumentar el riesgo en un 78,9%, otros factores como la edad gestacional, comorbilidades preexistentes, y el tipo de cesárea (emergencia vs. programada) también influyen. En este trabajo de tesis se halló que el 48.2% de pacientes cesareadas no presentaron complicaciones y tienen de 19 a 34 años.

**TABLA 2. GRADO DE INSTRUCCIÓN ASOCIADO A LAS COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS EN PACIENTES CESAREADAS HOSPITAL III ESSALUD RED ASISTENCIAL JULIACA 2024.**

Grado de instrucción	Tipos de complicaciones														Total	
	Sin complicaciones		Hemorragia		Hematoma		Dehiscencia		Infección de sitio operatorio		Endometritis puerperal		Sepsis			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
<b>Primaria</b>	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,2	0	0,0	0	0,0	2	1,2
<b>Secundaria</b>	16	9,5	3	1,7	0	0,0	2	1,2	2	1,2	1	0,6	0	0,0	24	14,3
<b>Superior</b>	122	72,6	10	6,0	2	1,2	2	1,2	2	1,2	2	1,2	2	1,2	142	84,5
<b>Total</b>	138	82,1	13	7,7	2	1,2	4	2,4	6	3,6	3	1,8	2	1,2	168	100,0

**Fuente:** Fichas de recolección de datos

$$X^2_{cal}=64,817$$

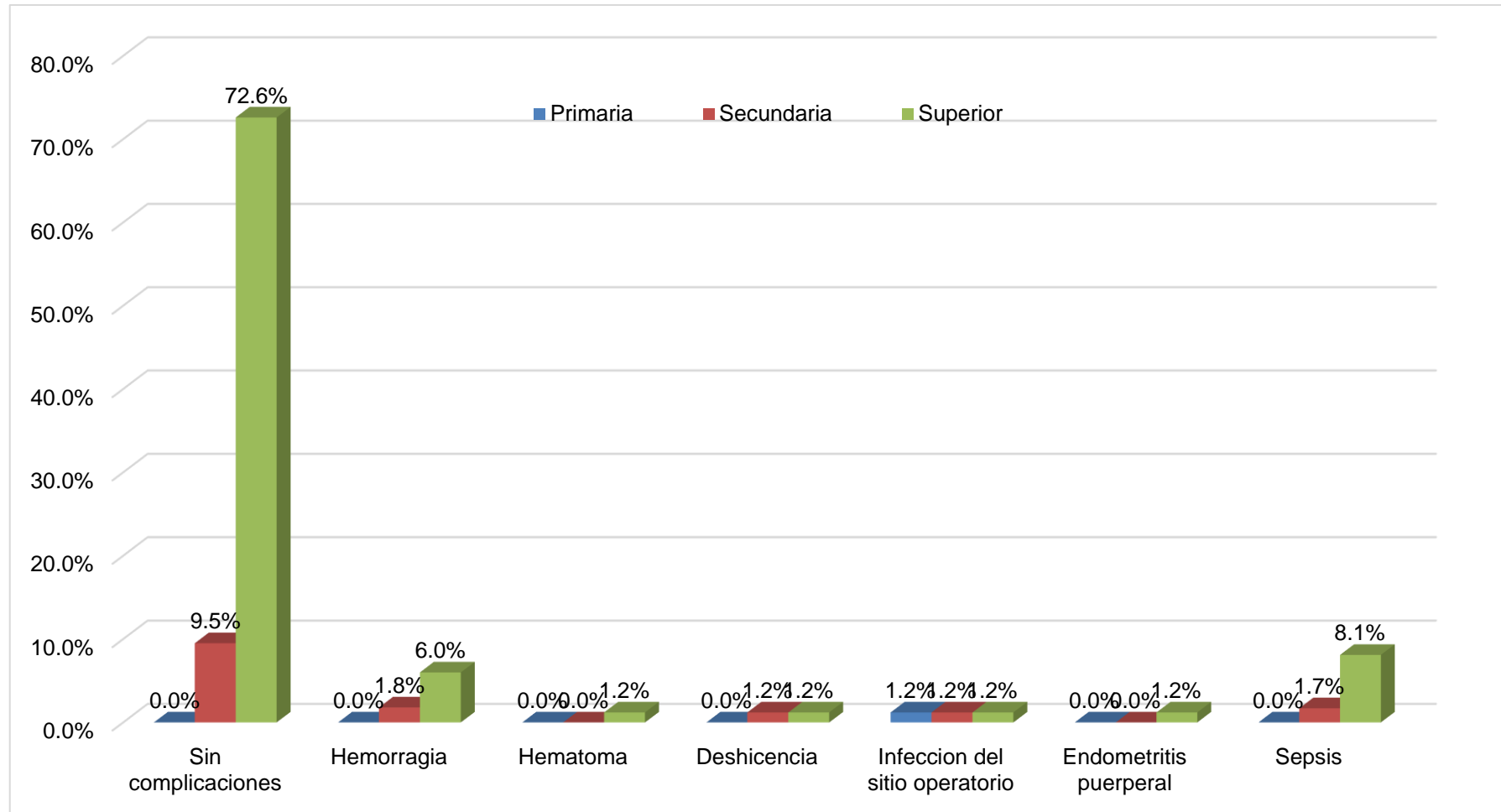
$$P=0,000$$

*ES SIGNIFICATIVA*

$$X^2_{tab}=21,026$$

$$Gl=12$$

**FIGURA 2. GRADO DE INSTRUCCIÓN ASOCIADO A LAS COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS EN PACIENTES CESAREADAS HOSPITAL III ESSALUD RED ASISTENCIAL JULIACA 2024.**



Fuente: Tabla 2.

En la tabla 2, grado de instrucción asociado a las complicaciones posquirúrgicas en pacientes cesareadas, en la cual se observa que el 84,5% tienen un nivel de instrucción superior, el 14,3% secundaria y el 1,2% primaria.

El grupo de pacientes cesareadas **sin complicaciones** posquirúrgicas el 72,6% el grado de instrucción es superior, aquellas pacientes que presentaron **hemorragia** el 6.0 % también, las que tuvieron **infección del sitio operatorio** el 1,2% nivel primario, las pacientes que presentaron **dehiscencia** el 1.2% nivel secundario, las que presentaron **endometritis puerperal** el 1,2% nivel superior, en el caso de pacientes con **sepsis y hematoma** el 1,2% nivel superior.

Al examinar las estadísticas tenemos la  $X^2_{cal}=64,817$  mayor a  $X^2_{tab}=21,026$ , con  $Gl=12$  y  $P=0,000$ , siendo significativo el grado de instrucción asociado a las complicaciones posquirúrgicos.

Según **Chávez**. (9) en su investigación halló que sí, existe una relación entre el nivel educativo y las complicaciones posquirúrgicas en pacientes con cesárea. Varios estudios han investigado que el nivel de educación o grado de instrucción aparece como un factor relevante, en esta investigación encontramos que el 1,2% de las pacientes que tienen solo estudios de nivel primario tuvieron infección del sitio operatorio y el 72.6% de pacientes sin complicaciones tienen nivel de instrucción superior

**TABLA 3. PARIDAD ASOCIADA A LAS COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS EN PACIENTES CESAREADAS HOSPITAL III ESSALUD RED ASISTENCIAL JULIACA 2024.**

Paridad	Tipos de complicaciones															
	Sin complicaciones		Hemorragia		Hematoma		Dehiscencia		Infección de sitio operatorio		Endometritis puerperal		Sepsis		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
<b>Primípara</b>	57	33,9	4	2,4	0	0,0	2	1,2	3	1,8	0	0,0	1	0,6	67	39,9
<b>Múltipara</b>	81	48,2	9	5,3	2	1,2	2	1,2	3	1,8	3	1,8	1	0,6	101	60,1
<b>Total</b>	138	82,1	13	7,7	2	1,2	4	2,4	6	3,6	3	1,8	2	1,2	168	100,0

**Fuente:** Fichas de recolección de datos

$X^2_{ca}=17,416$

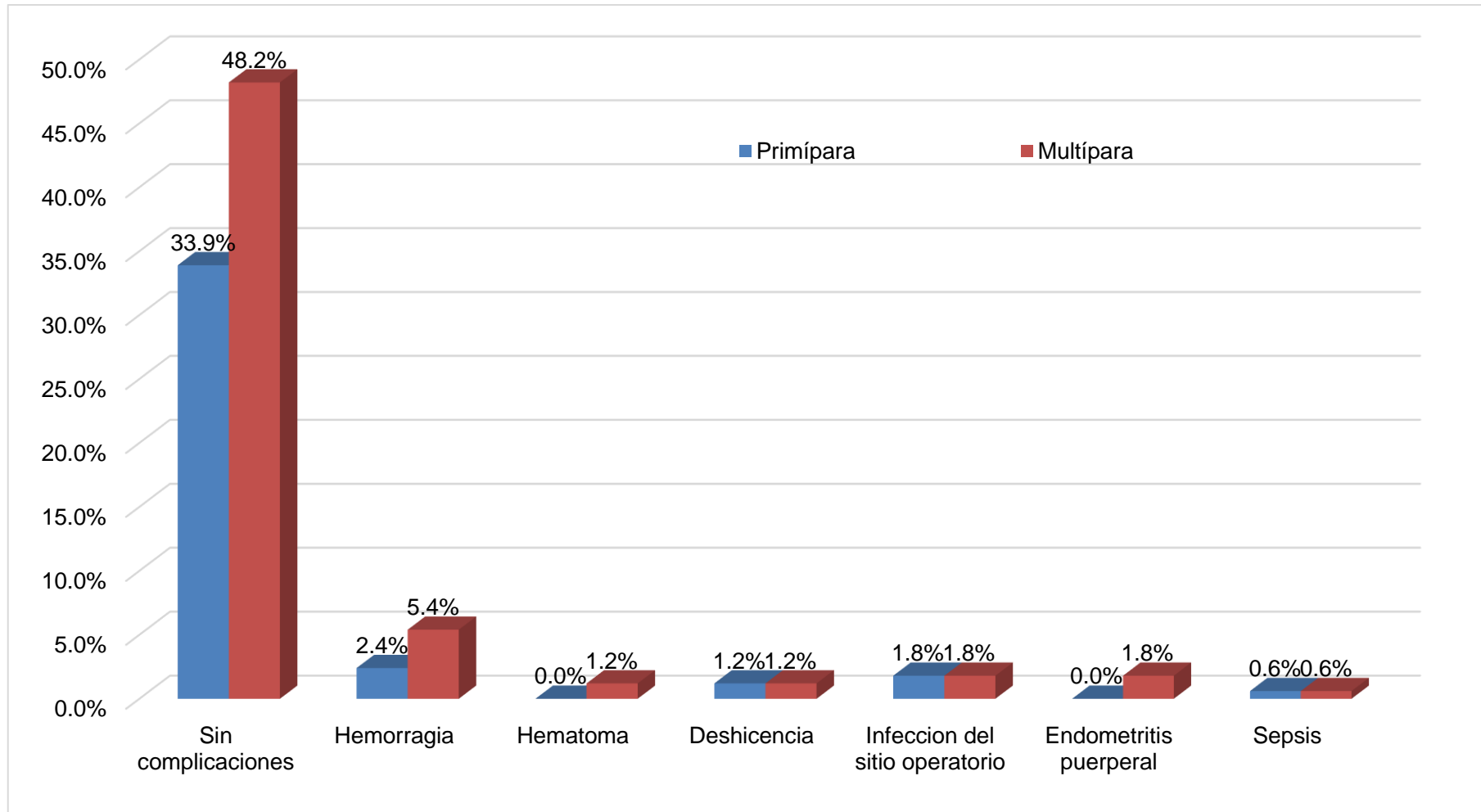
$P=0,05$

*ES SIGNIFICATIVA*

$X^2_{tab}=12,592$

$Gf=6$

**FIGURA 3. PARIDAD ASOCIADA A LAS COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS EN PACIENTES CESAREADAS HOSPITAL III ESSALUD RED ASISTENCIAL JULIACA 2024.**



Fuente: Tabla 3.

En el segundo objetivo específico el cual es: Describir los factores obstétricos asociados a las complicaciones posquirúrgicas en pacientes cesareadas Hospital III EsSalud, para esta parte tenemos 6 tablas estadísticas.

En la tabla 3, paridad asociada a las complicaciones posquirúrgicas en pacientes cesareadas, en la cual se observa que el 60,1% son multíparas y el 39,9% primíparas.

El grupo de pacientes cesareadas **sin complicaciones** posquirúrgicas el 48.2% eran multíparas, aquellas pacientes que presentaron **hemorragia** el 5,3% también, las que tuvieron **infección del sitio operatorio** el 1,8% fueron primíparas, las pacientes que presentaron **dehiscencia** el 1.2% también, las que presentaron **endometritis puerperal** el 1,8% de igual manera, en el caso de pacientes con **sepsis** el 0.6%. también eran primíparas.

Al análisis estadístico tenemos la  $X^2_{cal}=17,416$  mayor a  $X^2_{tab}=12,592$ , con  $Gl=12$  y  $P=0,05$ , es significativo la paridad asociado a las complicaciones posquirúrgicos.

Según **Sierra**. (10) se menciona en su trabajo de investigación que la paridad, o el número de embarazos previos en un 56.9% puede influir en las complicaciones posquirúrgicas. Un mayor número de partos previos se ha asociado con las hemorragias, infecciones y problemas con la cicatrización, aunque también se han encontrado estudios que no muestran una relación significativa. En este trabajo hallamos que el 48,2% de pacientes que son multíparas no presentaron complicaciones.

**TABLA 4. CESÁREA PREVIA ASOCIADO A LAS COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS EN PACIENTES CESAREADAS HOSPITAL III ESSALUD RED ASISTENCIAL JULIACA 2024.**

Cesárea previa	Tipos de complicaciones															
	Sin complicaciones		Hemorragia		Hematoma		Dehiscencia		Infección de sitio operatorio		Endometritis puerperal		Sepsis		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
<b>Si</b>	46	27,4	7	4,2	2	1,2	1	0,6	2	1,2	3	1,8	0	0,0	61	36,3
<b>No</b>	92	54,7	6	3,6	0	0,0	3	1,8	4	2,4	0	0,0	2	1,2	107	63,7
<b>Total</b>	138	82,1	13	7,7	2	1,2	4	2,4	6	3,6	3	1,8	2	1,2	168	100,0

**Fuente:** Fichas de recolección de datos

$$X^2_{cal}=14,412$$

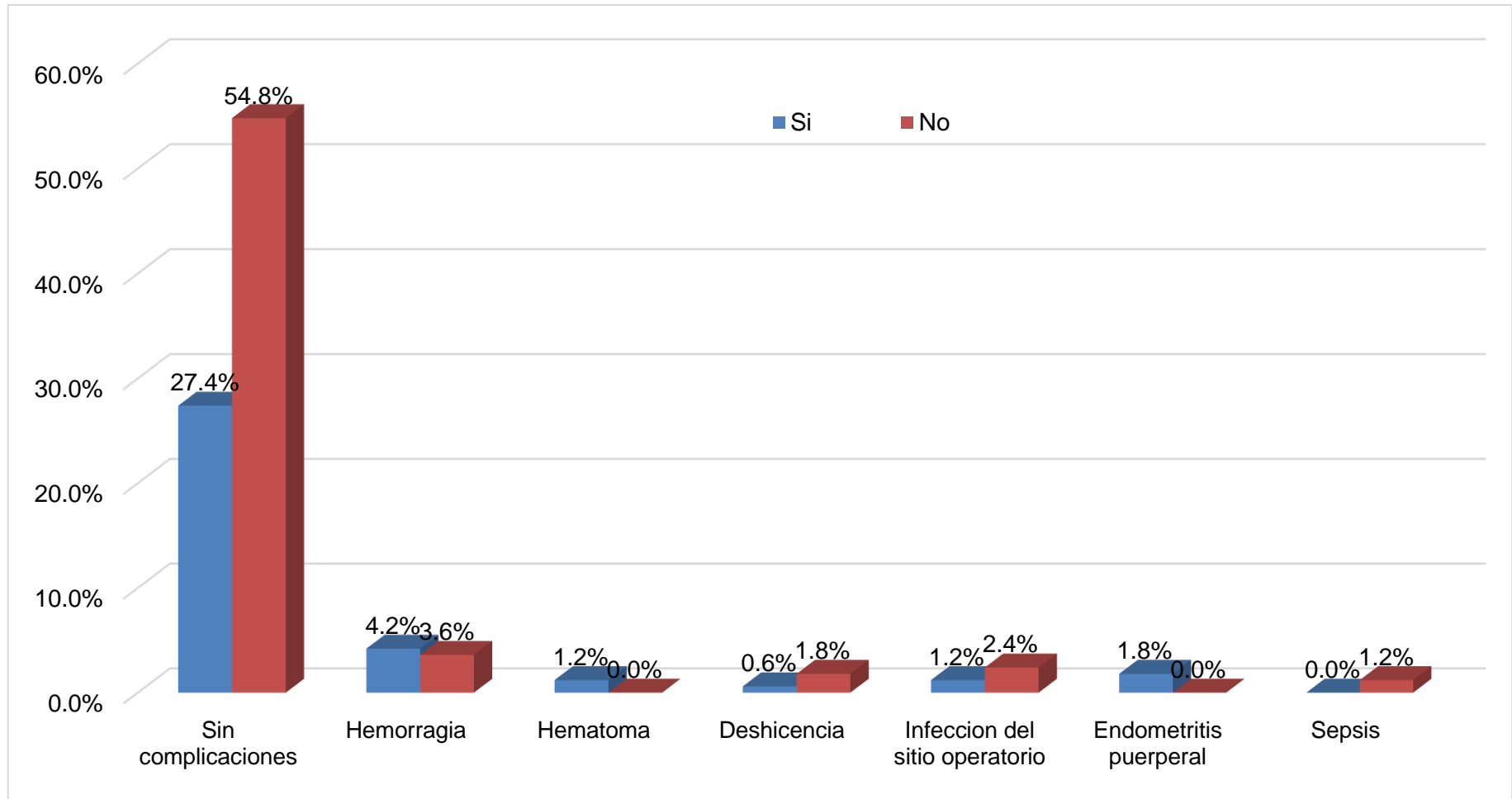
$$P=0,05$$

*ES SIGNIFICATIVA*

$$X^2_{tab}=12,592$$

$$Gl=6$$

**FIGURA 4. CESÁREA PREVIA ASOCIADO A LAS COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS EN PACIENTES CESAREADAS HOSPITAL III ESSALUD RED ASISTENCIAL JULIACA 2024.**



Fuente: Tabla 4.



En la tabla 4, cesárea previa asociada a las complicaciones posquirúrgicas en pacientes cesareadas, en la cual se observa que el 63,7% no les hicieron cesárea anteriormente y el 36.3% sí.

El grupo de pacientes cesareadas **sin complicaciones** posquirúrgicas el 54,7% tenían el antecedente de cesárea previa, aquellas pacientes que presentaron **hemorragia** el 4,2%, las que tuvieron **infección del sitio operatorio** el 2,4% no presentaban cesárea previa, las pacientes que presentaron **dehiscencia** el 1.8% no, las que presentaron **endometritis puerperal** el 1,8% si les hicieron cesárea previa, en el caso de pacientes con **sepsis el 1,2%** si y **hematoma** el 1,2% no.

Al análisis estadístico tenemos la  $X^2_{cal}=14,412$  mayor a  $X^2_{tab}=12,592$  con  $Gl=6$  y  $P=0,05$ , es significativo la cesárea previa asociada a las complicaciones posquirúrgicos.

Según **Del Valle**. (11) se menciona en su trabajo de investigación que la cesárea previa se asocia con un aumento del riesgo de complicaciones postquirúrgicas en pacientes sometidas a cesáreas subsecuentes. Estas complicaciones pueden incluir infección de herida, hemorragia, problemas urinarios, lesión de órganos adyacentes y complicaciones como la adherencia anormal de la placenta (placenta accreta). En esta tesis hallamos que solo el 8,9% de pacientes tuvieron cesáreas previas y presentaron complicaciones.

**TABLA 5. EDAD GESTACIONAL ASOCIADO A LAS COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS EN PACIENTES CESAREADAS HOSPITAL III ESSALUD RED ASISTENCIAL JULIACA 2024.**

Edad gestacional	Tipos de complicaciones														Total	
	Sin complicaciones		Hemorragia		Hematoma		Dehiscencia		Infección de sitio operatorio		Endometritis puerpera		Sepsis			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
< 37 semanas	10	5,9	5	3,0	0	0,0	0	0,0	1	0,6	1	0,6	0	0,0	17	10,1
37 a 41 semanas 6 días	128	76,2	8	4,7	2	1,2	4	2,4	4	2,4	2	1,2	2	1,2	150	89,3
≥ 42 semanas	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,6	0	0,0	0	0,0	1	0,6
<b>Total</b>	<b>138</b>	<b>82,1</b>	<b>13</b>	<b>7,7</b>	<b>2</b>	<b>1,2</b>	<b>4</b>	<b>2,4</b>	<b>6</b>	<b>3,6</b>	<b>3</b>	<b>1,8</b>	<b>2</b>	<b>1,2</b>	<b>168</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Fichas de recolección de datos

$$X^2_{cal}=43,032$$

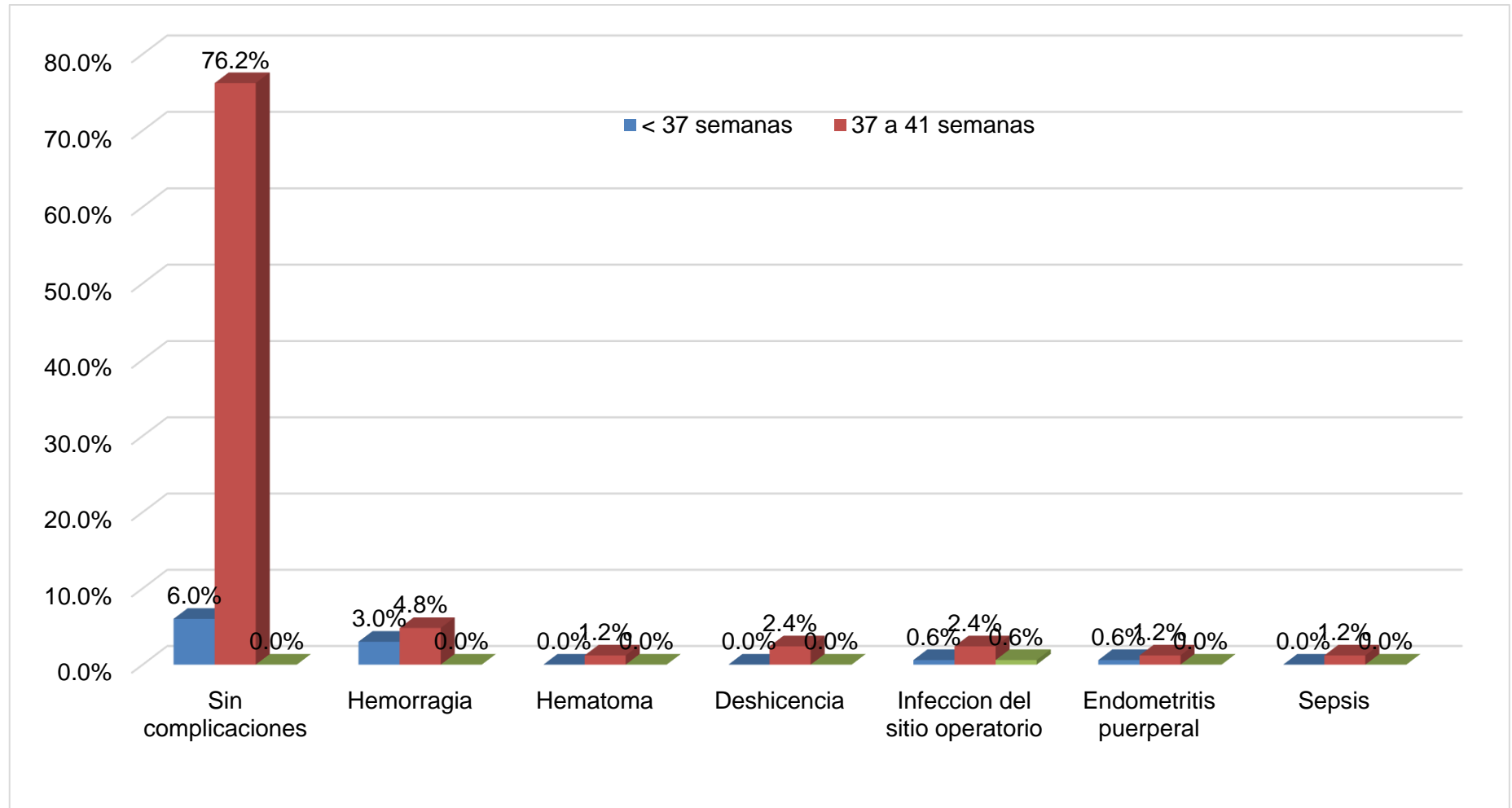
$$P=0,000$$

ES SIGNIFICATIVA

$$X^2_{tab}=21,026$$

$$GI=12$$

**FIGURA 5. EDAD GESTACIONAL ASOCIADO A LAS COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS EN PACIENTES CESAREADAS HOSPITAL III ESSALUD RED ASISTENCIAL JULIACA 2024.**



Fuente: Tabla 5.

En la tabla 5, tenemos la edad gestacional asociada a las complicaciones posquirúrgicas en pacientes cesareadas, en la cual se observa que el 89.3% la edad gestacional que tuvieron fue 37 a 41 semanas 6 días, el 10.1% menor de 37 semanas y el 0.6% mayor y/o igual de 42 semanas.

El grupo de pacientes cesareadas **sin complicaciones** posquirúrgicas el 76,2% la edad gestacional fue de 37 a 41 semanas 6 días, aquellas pacientes que presentaron **hemorragia** el 4,7% también, las que tuvieron **infección del sitio operatorio y dehiscencia** el 2,4% de igual manera, las que presentaron **endometritis puerperal** el 1,2% también 37 a 41 semanas con 6 días, en el caso de pacientes con **sepsis el 1,2%** también.

Al examinar las estadísticas tenemos la  $X^2_{cal}=43,032$  mayor a  $X^2_{tab}=21,026$  con  $Gl=12$  y  $P=0,053$ , es significativo el indicador edad gestacional asociada a las complicaciones posquirúrgicos.

Según **Monterrubio**. (12) en su investigación hallo que la edad gestacional es un factor importante a considerar en relación con las complicaciones postquirúrgicas en pacientes sometidas a cesáreas. Estudios han demostrado que menor a 36 semanas se asocia a un riesgo de complicaciones postoperatorias en comparación con gestaciones a término. Además, la edad materna también puede influir, con mujeres más jóvenes (15-20 años) y mayores de 35 años mostrando un mayor riesgo. En esta investigación se halló que el 76,2% con edad gestacional de 37 a 41 semanas con 6 días no presentaron complicaciones, pero si aquellas que tenían una edad gestacional menor a 37 semanas.

**TABLA 6. ANTECEDENTE DE ABORTO ASOCIADO A LAS COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS EN PACIENTES CESAREADAS HOSPITAL III ESSALUD RED ASISTENCIAL JULIACA 2024.**

Antecedente de aborto	Tipos de complicaciones															
	Sin complicaciones		Hemorragia		Hematoma		Dehiscencia		Infección de sitio operatorio		Endometritis puerperal		Sepsis		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
<b>Si</b>	56	33,3	7	4,2	0	0,0	1	0,6	3	1,8	3	1,8	1	0,6	71	42,3
<b>No</b>	82	48,8	6	3,5	2	1,2	3	1,8	3	1,8	0	0,0	1	0,6	97	57,7
<b>Total</b>	138	82,1	13	7,7	2	1,2	4	2,4	6	3,6	3	1,8	2	1,2	168	100,0

Fuente: Fichas de registro

$$X^2_{cal}=21,698$$

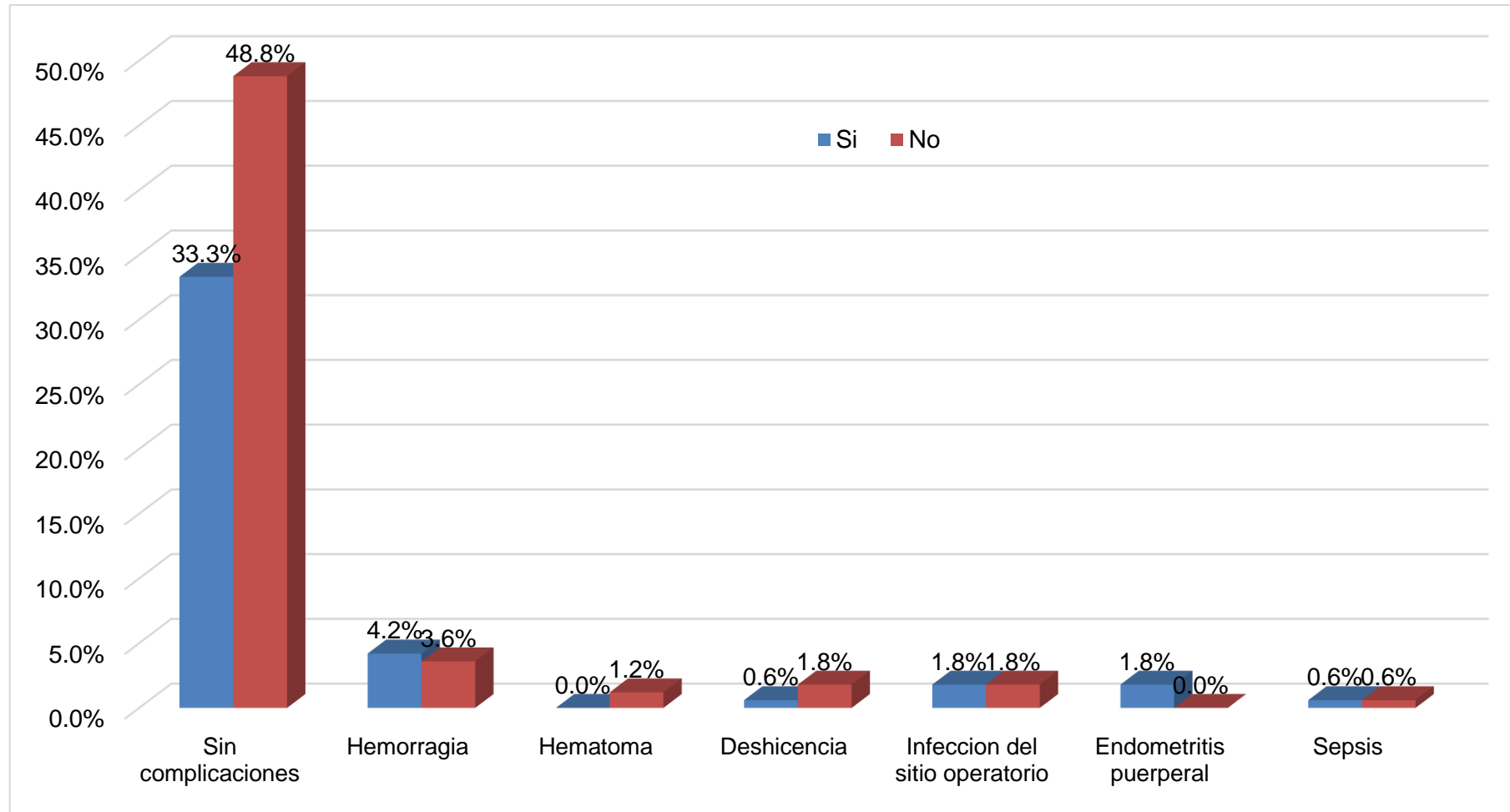
$$P=0,002$$

ES SIGNIFICATIVA

$$X^2_{tab}=12,592$$

$$Gl=6$$

**FIGURA 6. ANTECEDENTE DE ABORTO ASOCIADO A LAS COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS EN PACIENTES CESAREADAS HOSPITAL III ESSALUD RED ASISTENCIAL JULIACA 2024.**



Fuente: Tabla 6.



En la tabla 6, tenemos el indicador antecedente de aborto asociado a las complicaciones posquirúrgicas en pacientes cesareadas, en la cual se observa que el 57,7% no tenían antecedentes de aborto y el 42,3% sí.

El grupo de pacientes cesareadas **sin complicaciones** posquirúrgicas el 48,8% si tenían antecedentes de abortos, aquellas pacientes que presentaron **hemorragia** el 4,2% también, las que tuvieron **infección del sitio operatorio** el 1,8% no, las pacientes que presentaron **dehiscencia** el 1,8% no, las que presentaron **endometritis puerperal** el 1,8% si, en el caso de pacientes con **sepsis** el 0,6% si y **hematoma** el 1,2% no tenían antecedentes de aborto.

Al análisis estadísticos tenemos la  $X^2_{cal}=21,698$  mayor a  $X^2_{tab}=12,592$  con  $Gl=6$  y  $P=0,002$ , es significativo el antecedente de aborto asociado a las complicaciones posquirúrgicos.

Según **Cuellar** (13) en su investigación hallo que un antecedente de aborto puede influir en las complicaciones postquirúrgicas en pacientes sometidas a cesárea. Si bien no hay una relación directa establecida, tanto el aborto como la cesárea pueden aumentar el riesgo de complicaciones infecciosas y hemorrágicas, así como problemas de cicatrización y adherencias. Además, antecedentes de aborto, tanto espontáneo como inducido, asociado con un mayor riesgo de complicaciones en embarazos posteriores, como la placenta previa, que a su vez puede requerir una cesárea y aumentar el riesgo de complicaciones. En esta tesis se halló que el 33,3% de las pacientes si tuvieron antecedentes de aborto, pero no presentaron complicaciones posquirúrgicas.

**TABLA 7. CONTROLES PRENATALES ASOCIADO A LAS COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS EN PACIENTES CESAREADAS HOSPITAL III ESSALUD RED ASISTENCIAL JULIACA 2024.**

Controles prenatales	Tipos de complicaciones															
	Sin complicaciones		Hemorragia		Hematoma		Dehiscencia		Infección de sitio operatorio		Endometritis puerperal		Sepsis		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
<b>≥ 6</b>	127	75,6	10	5,9	1	0,6	3	1,8	2	1,2	3	1,8	1	0,6	147	87,5
<b>&lt; 6</b>	11	6,5	3	1,8	1	0,6	1	0,6	4	2,4	0	0,0	1	0,6	21	12,5
<b>Total</b>	138	82,1	13	7,7	2	1,2	4	2,4	6	3,6	3	1,8	2	1,2	168	100,0

Fuente: Fichas de recolección de datos

$$X^2_{cal}=26,156$$

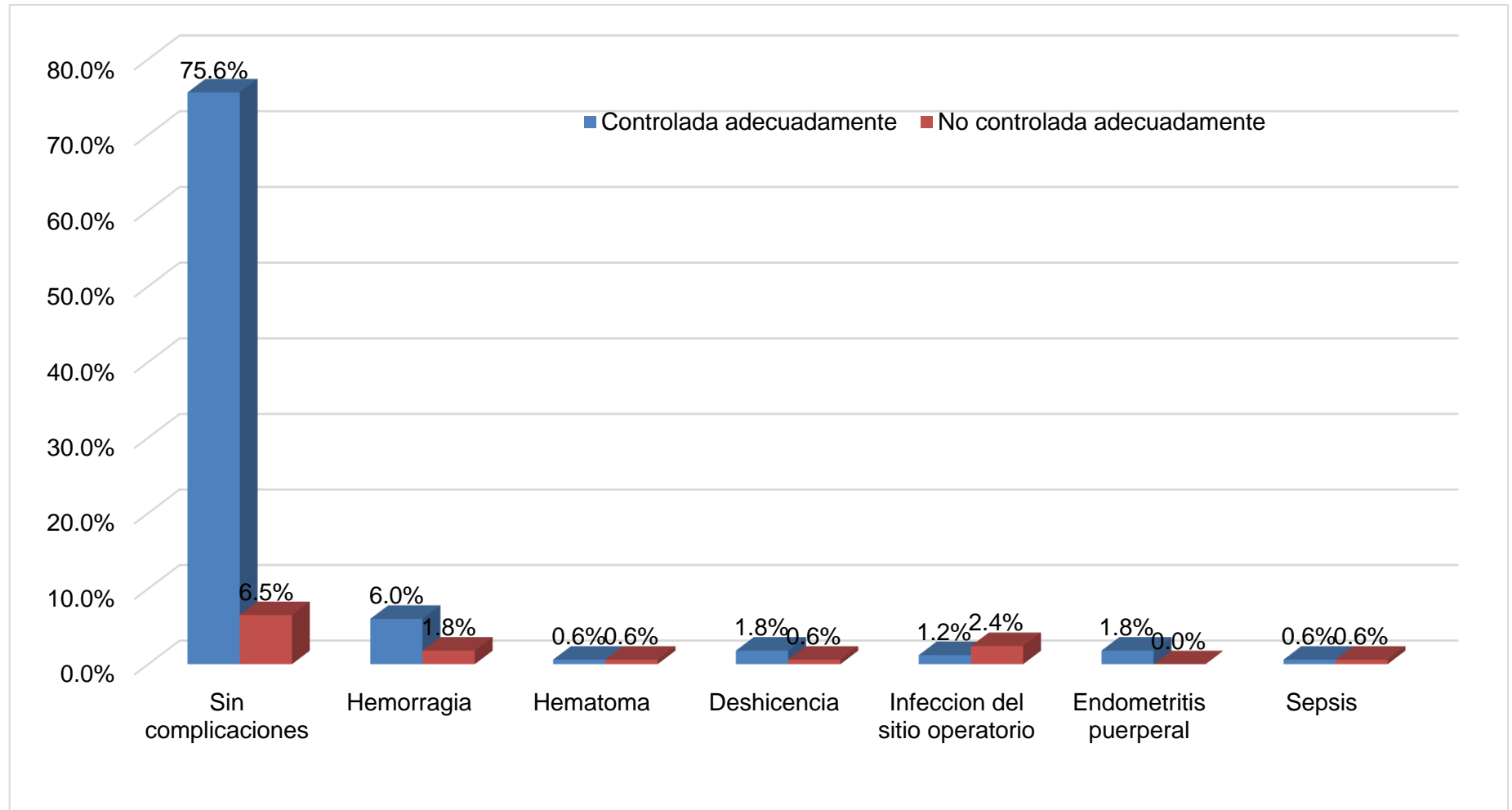
$$P=0,000$$

ES SIGNIFICATIVA

$$X^2_{tab}=12,592$$

$$Gf=6$$

**FIGURA 7. CONTROLES PRENATALES ASOCIADO A LAS COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS EN PACIENTES CESAREADAS HOSPITAL III ESSALUD RED ASISTENCIAL JULIACA 2024.**



Fuente: Tabla 7.

En la tabla 7, controles prenatales asociado a las complicaciones posquirúrgicas en pacientes cesareadas, en la cual se observa que el 87,5% presentaba  $\geq 6$  controles prenatales y el 12,5%  $< 6$  controles prenatales.

El grupo de pacientes cesareadas **sin complicaciones posquirúrgicas** el 75,6% tenían sus controles completos, aquellas pacientes que presentaron **hemorragia** el 5.9% también, las que tuvieron **infección del sitio operatorio** el 2,4%  $< 6$  controles prenatales, las pacientes que presentaron **dehiscencia** el 1.8% si tenían más de 6 controles, las que presentaron **endometritis puerperal** el 1,8% también, en el caso de pacientes con **sepsis** el 1,2% si y **hematoma** el 1,2% no.

Al análisis estadísticos tenemos la  $X^2_{cal}=26,156$  mayor a  $X^2_{tab}=12,592$  con  $Gl=6$  y  $P=0,000$ , es significativo los controles prenatales asociada a las complicaciones posquirúrgicos.

Según **Carbonet y Brot.** (14) en su investigación hallo que, los controles prenatales adecuados son cruciales para la salud materna y fetal, y pueden ayudar a reducir las complicaciones postquirúrgicas en pacientes sometidas a cesárea. Una atención prenatal completa y oportuna permite identificar y manejar factores de riesgo como la preeclampsia, la diabetes gestacional y la hipertensión, que pueden aumentar las complicaciones durante y después de la cesárea. Mientras que en nuestra investigación encontramos que el 75.6% de pacientes  $\geq 6$  controles prenatales no presentan ninguna complicación posquirúrgica

**TABLA 8. MOTIVO DE CESÁREA ASOCIADO A LAS COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS EN PACIENTES CESAREADAS HOSPITAL III ESSALUD RED ASISTENCIAL JULIACA 2024.**

Motivo de cesárea	Tipos de complicaciones															
	Sin complicaciones		Hemorragia		Hematoma		Dehiscencia		Infección de sitio operatorio		Endometritis puerperal		Sepsis		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
<b>Emergencia</b>	106	63,1	12	7,1	1	0,6	4	2,4	4	2,4	3	1,8	2	1,2	132	78.6
<b>Programada</b>	32	19,0	1	0,6	1	0,6	0	0,0	2	1,2	0	0,0	0	0,0	36	21,4
<b>Total</b>	138	82,1	13	7,7	2	1,2	4	2,4	6	3,6	3	1,8	2	1,2	168	100,0

Fuente: Fichas de recolección de datos

$X^2_{cal}=14.369$

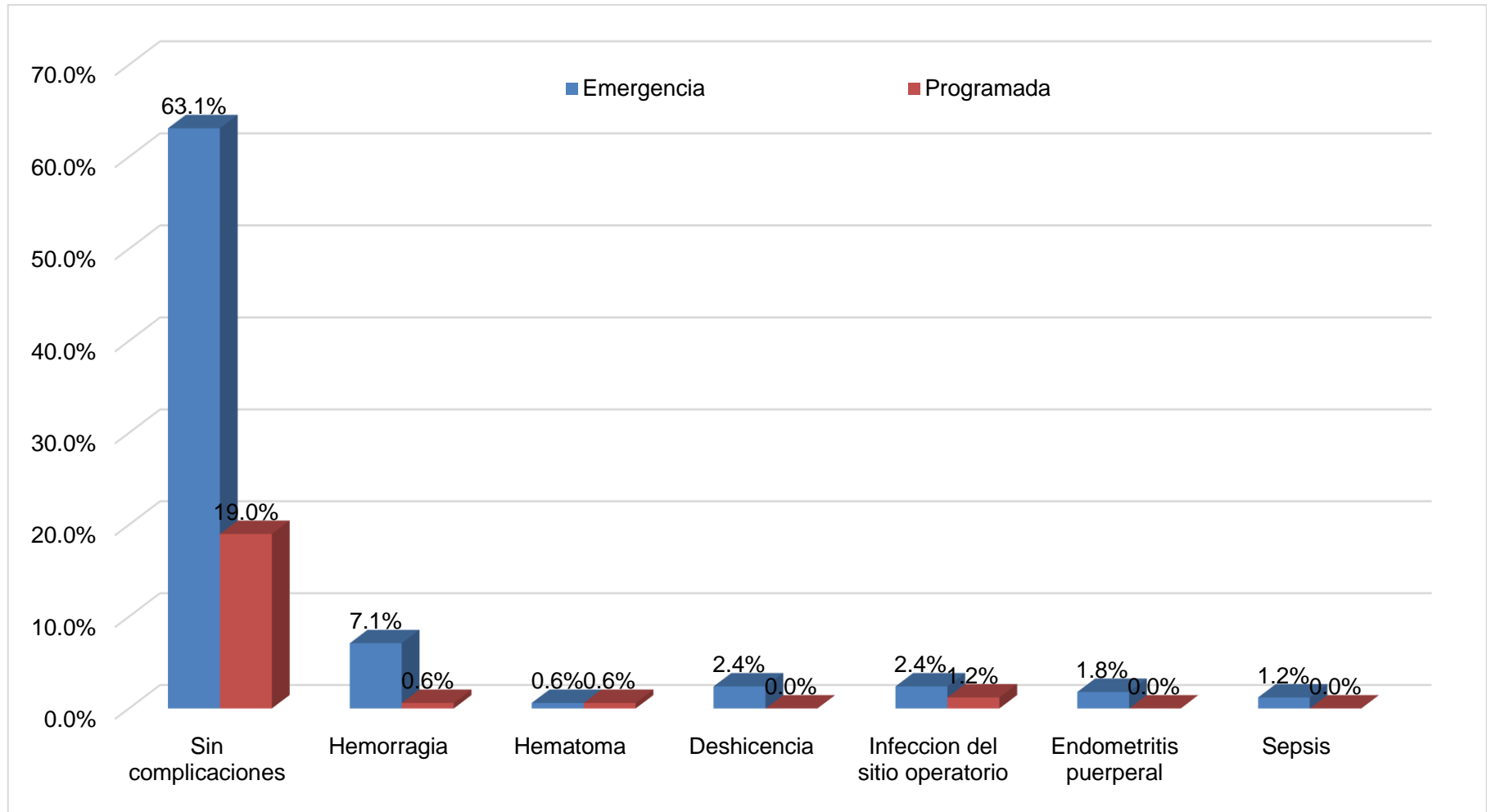
$P=0,05$

ES SIGNIFICATIVA

$X^2_{tab}=12.592$

$Gf=6$

**FIGURA 8. MOTIVO DE CESÁREA ASOCIADO A LAS COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS EN PACIENTES CESAREADAS HOSPITAL III ESSALUD RED ASISTENCIAL JULIACA 2024.**



Fuente: Tabla 8.



En la tabla 8 tenemos el motivo de cesárea asociado a las complicaciones posquirúrgicas en pacientes, en la cual se observa que el 78,6% fue de emergencia y el 21,4% era cesárea programada.

El grupo de pacientes cesareadas **sin complicaciones** posquirúrgicas el 63.1% el motivo de la cesárea fue por emergencia, aquellas pacientes que presentaron **hemorragia** el 7.1% también, las que tuvieron **infección del sitio operatorio** el 2,4% fue por emergencia, las pacientes que presentaron **dehiscencia** el 2.4% también, las que presentaron **endometritis puerperal** el 1,8% de igual manera, en el caso de pacientes con **sepsis el 1,2%** fue por emergencia **y hematoma** el 0.6% estuvo programada.

Al análisis estadístico tenemos la  $X^2_{cal}=14.369$  mayor a  $X^2_{tab}=12,592$  con  $Gl=6$  y  $P=0,05$ , es significativo el motivo de cesárea asociada a las complicaciones posquirúrgicos.

Según **Cruz y Diaz.** (15) en su investigación hallo que, la cesárea, aunque es un procedimiento seguro, puede asociarse a complicaciones posquirúrgicas. En los factores de riesgo esta la edad materna, el número de cesáreas previas, y complicaciones obstétricas como la presentación fetal podálica, la desproporción cefalopélvica, el sufrimiento fetal y el trabajo de parto prolongado. Estas complicaciones pueden manifestarse como infecciones de la herida quirúrgica, endometritis, infecciones urinarias o respiratorias, tromboflebitis, entre otras. Mientras que en nuestra investigación tenemos que en el 63.1% de las pacientes la cesárea fue por emergencia sin embargo a posterior no presentaron complicaciones.

**TABLA 9. NIVEL DE HEMOGLOBINA ASOCIADO A LAS COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS EN PACIENTES CESAREADAS HOSPITAL III ESSALUD RED ASISTENCIAL JULIACA 2024.**

Nivel de hemoglobina (g/dl)	Tipos de complicaciones														Total	
	Sin complicaciones		Hemorragia		Hematoma		Dehiscencia		Infección de sitio operatorio		Endometritis puerperal		Sepsis			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
<b>Valor normal <math>\geq 11.0</math> g/dL</b>	113	67,3	4	2,3	2	1,2	3	1,8	2	1,2	2	1,2	2	1,2	128	76,2
<b>Anemia leve 10.0 – 10.9 g/dL</b>	25	14,8	2	1,2	0	0,0	1	0,6	1	0,6	1	0,6	0	0,0	30	17,8
<b>Anemia moderada 7.0 – 9.9 g/dL</b>	0	0,0	7	4,2	0	0,0	0	0,0	3	1,8	0	0,0	0	0,0	10	6,0
<b>Total</b>	138	82,1	13	7,7	2	1,2	4	2,4	6	3,6	3	1,8	2	1,2	168	100,0

**Fuente:** Fichas de recolección de datos

$X^2_{ca} = 85,696$

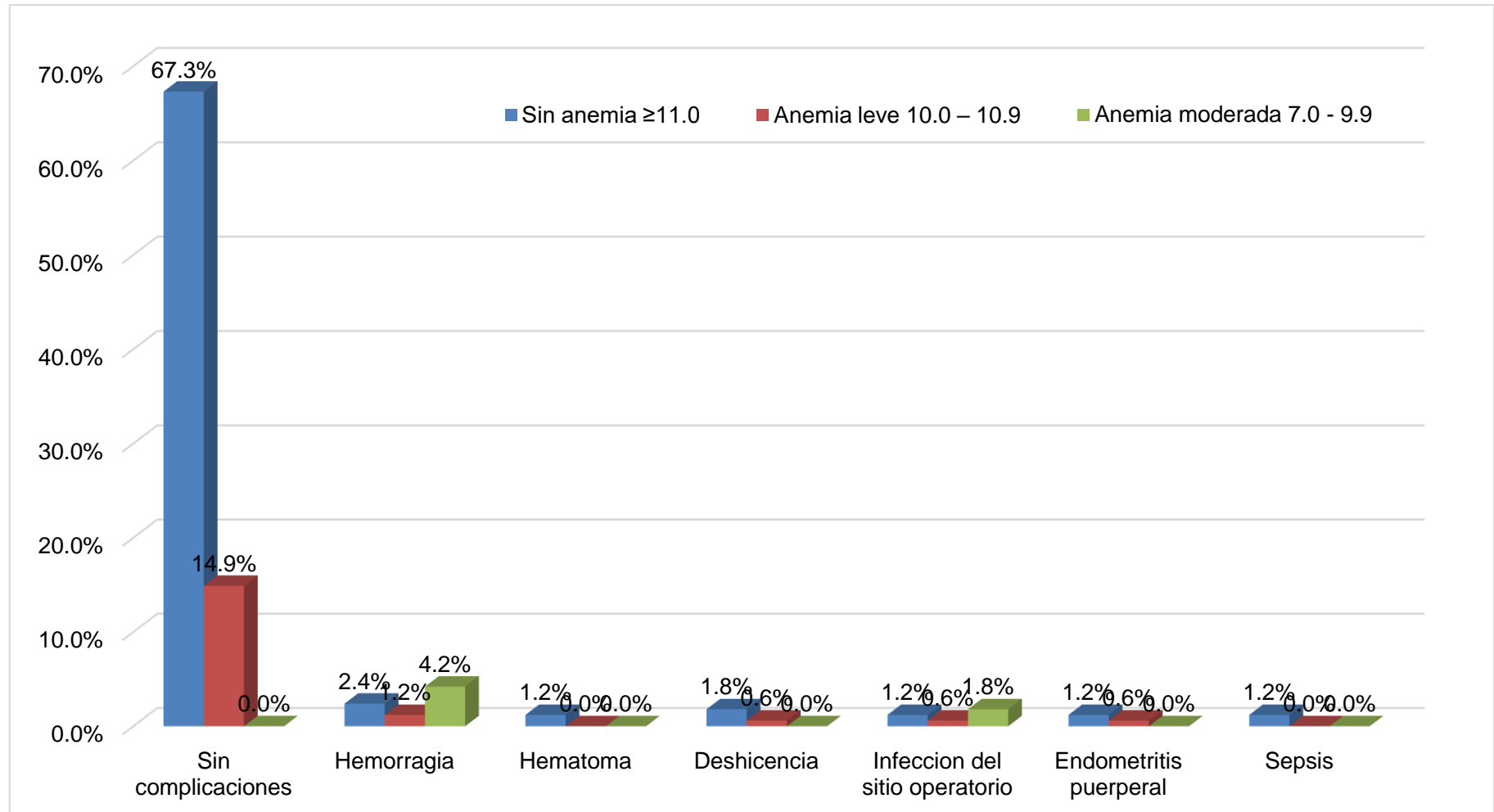
$P = 0,000$

*ES SIGNIFICATIVA*

$X^2_{tab} = 12,592$

$G/I = 12$

**FIGURA 9. NIVEL DE HEMOGLOBINA ASOCIADO A LAS COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS EN PACIENTES CESAREADAS HOSPITAL III ESSALUD RED ASISTENCIAL JULIACA 2024.**



Fuente: Tabla 9.



En concordancia con el tercer objetivo específico es: Determinar los factores maternos asociados a las complicaciones posquirúrgicas en pacientes cesareadas Hospital III EsSalud., se presenta 2 tablas estadísticas:

En la tabla 9, nivel de hemoglobina asociado a las complicaciones posquirúrgicas en pacientes cesareadas, en la cual se observa que el 76,2% no tenían anemia, el 17,8% tuvieron anemia leve y el 6.0% anemia moderada.

El grupo de pacientes cesareadas **sin complicaciones** posquirúrgicas el 67,3% no tenían anemia, aquellas pacientes que presentaron **hemorragia** el 2,3% tampoco, las que tuvieron **infección del sitio operatorio** el 1.8% tenían anemia moderada, las pacientes que presentaron **dehiscencia** el 1.8% sin anemia, las que presentaron **endometritis puerperal** el 1,2% no tenían anemia, en el caso de pacientes con **sepsis y hematoma** el 1,2% sin anemia.

Al análisis estadístico tenemos la  $X^2_{cal}=85,696$  mayor a  $X^2_{tab}=12,592$  con  $Gl=6$  y  $P=0,000$ , es significativo el nivel de hemoglobina asociado a las complicaciones posquirúrgicos.

Según **Roldan y Aragón**. (18) en su investigación halló que, la anemia, definida por niveles bajos de hemoglobina, puede aumentar el riesgo de complicaciones posquirúrgicas de la cesárea. La pérdida de sangre durante la cesárea y la anemia preexistente son factores que contribuyen a la aparición de infecciones del sitio quirúrgico, necesidad de transfusiones y retraso en la cicatrización. En este trabajo de investigación encontramos que el 67,3% de las pacientes no tuvieron anemia y por consiguiente no presentaron complicaciones.

**TABLA 10. ÍNDICE DE MASA CORPORAL ASOCIADO A LAS COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS EN PACIENTES CESAREADAS HOSPITAL III ESSALUD RED ASISTENCIAL JULIACA 2024.**

Índice de masa corporal	Tipos de complicaciones														Total	
	Sin complicaciones		Hemorragia		Hematoma		Dehiscencia		Infección de sitio operatorio		Endometritis puerperal		Sepsis			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
<b>Normal 18.5 – 24.9</b>	50	29.8	0	0,0	0	0,0	1	0,6	0	0,0	0	0,0	1	0,6	52	31.0
<b>Sobrepeso 25.0 – 29.9</b>	84	50,0	7	4,1	2	1,2	2	1.2	5	3,0	1	0,6	0	0,0	101	60.1
<b>Obesidad ≥30.0</b>	4	2,3	6	3,6	0	0,0	1	0,6	1	0,6	2	1,2	1	0,6	15	8,9
<b>Total</b>	138	82,1	13	7,7	2	1,2	4	2,4	6	3,6	3	1,8	2	1,2	168	100,0

**Fuente:** Fichas de recolección de datos

$$X^2_{cal}=54,259$$

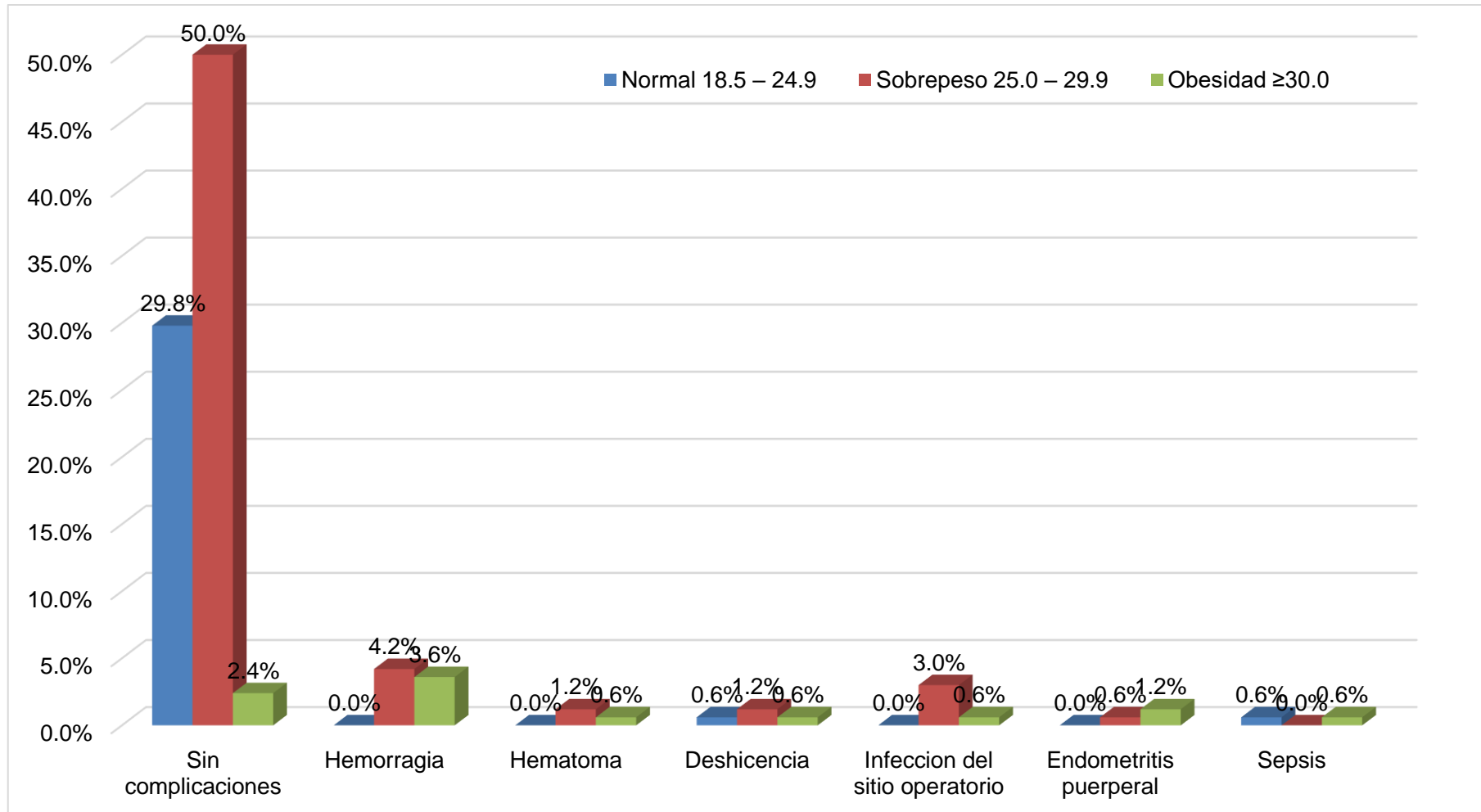
$$P=0,000$$

*ES SIGNIFICATIVA*

$$X^2_{tab}=21,026$$

$$Gl=12$$

**FIGURA 10. ÍNDICE DE MASA CORPORAL ASOCIADO A LAS COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS EN PACIENTES CESAREADAS HOSPITAL III ESSALUD RED ASISTENCIAL JULIACA 2024.**



Fuente: Tabla 10.



En la tabla 10, tenemos el índice de masa corporal asociado a las complicaciones posquirúrgicas en pacientes cesareadas, en la cual se observa que el 60,1% tuvieron sobrepeso, el 31,0% el IMC fue normal y el 8,9% tuvieron obesidad.

El grupo de pacientes cesareadas **sin complicaciones** posquirúrgicas el 50.0% el resultado del IMC fue sobrepeso, aquellas pacientes que presentaron **hemorragia** el 1,2% también, las que tuvieron **infección del sitio operatorio** el 3,0% de igual manera, las pacientes que presentaron **dehiscencia** el 1.2% también, las que presentaron **endometritis puerperal** el 1,2% tuvieron obesidad, en el caso de pacientes con **sepsis el 1,2%** también y en el caso de las presentaron **hematoma** el 1,2% tuvieron sobrepeso.

Al examinar las estadísticas tenemos la  $X^2_{cal}=54,259$  mayor a  $X^2_{tab}=21,026$  con  $Gl=12$  y  $P=0,053$ , siendo significativo el índice de masa corporal asociado a las complicaciones posquirúrgicos.

Según **Arbulu y Ramírez**. (18) en su investigación hallo que el IMC está asociado con complicaciones postquirúrgicas en pacientes sometidas a cesáreas. Un IMC elevado, especialmente en casos de obesidad mórbida, se relaciona con un mayor riesgo de complicaciones como infecciones del sitio quirúrgico, retraso en la cicatrización, hemorragias y necesidad de transfusiones. Mientras que en nuestra investigación encontramos que el 29,8% de pacientes tuvieron un IMC normal y no presentaron complicaciones posquirúrgicas.

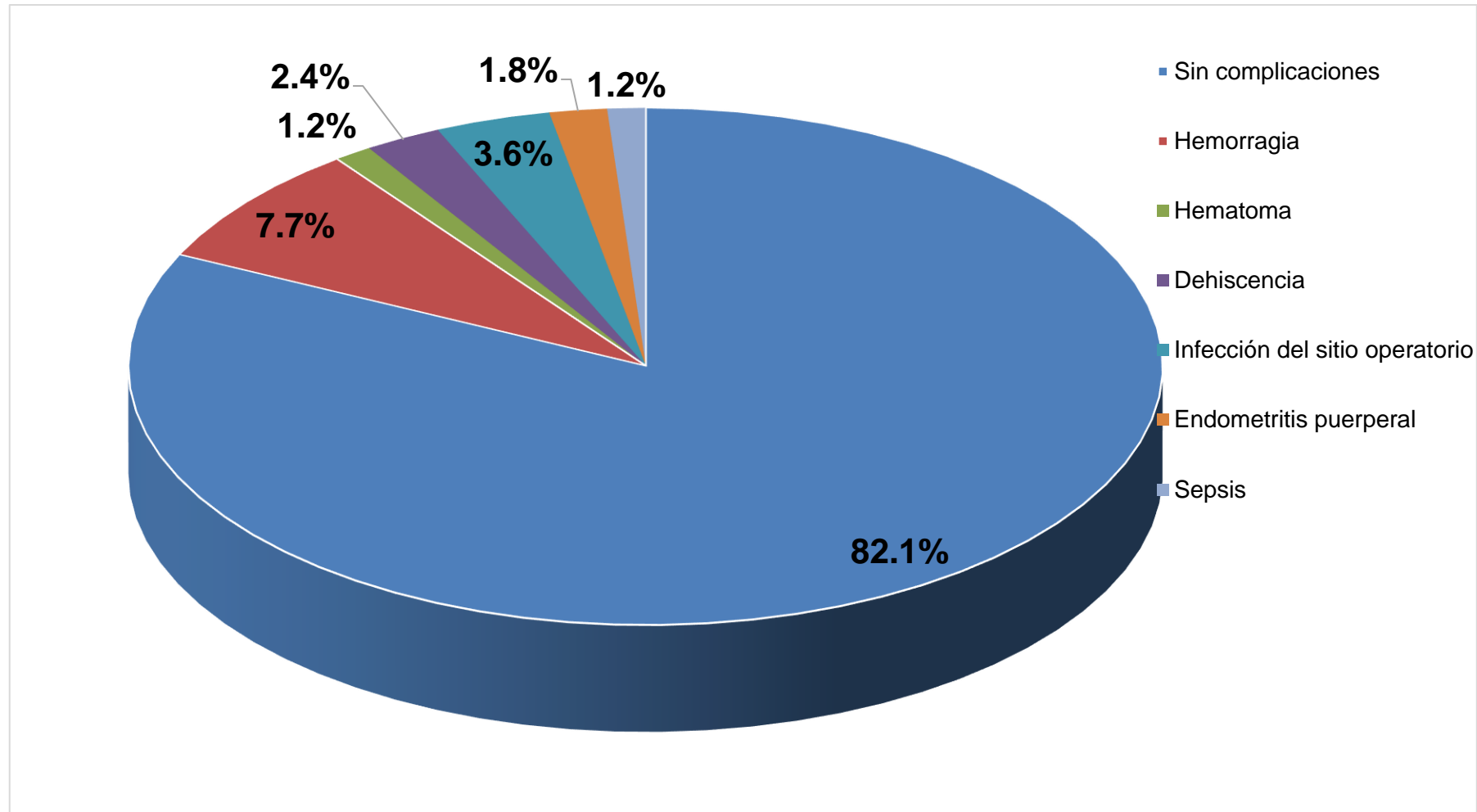


**TABLA 11. COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS EN PACIENTES CESAREADAS HOSPITAL HOSPITAL III ESSALUD RED ASISTENCIAL JULIACA 2024.**

<b>Complicaciones</b>	<b>fi</b>	<b>%</b>
<b>Sin complicaciones</b>	138	82,1
<b>Hemorragia</b>	13	7,7
<b>Hematoma</b>	2	1,2
<b>Dehiscencia</b>	4	2,4
<b>Infección del sitio operatorio</b>	6	3,6
<b>Endometritis puerperal</b>	3	1,8
<b>Sepsis</b>	2	1,2
<b>Total</b>	<b>168</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Fichas de recolección de datos

**FIGURA 11. COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS EN PACIENTES CESAREADAS HOSPITAL III ESSALUD RED ASISTENCIAL JULIACA 2024.**



Fuente: Tabla 11.



En concordancia con el cuarto objetivo específico es: Identificar las complicaciones posquirúrgicas en pacientes cesareadas Hospital III EsSalud, se presenta 1 tabla estadística de frecuencia simple:

El grupo de pacientes cesareadas sin complicaciones posquirúrgicas fueron un total de 82,1%, aquellas pacientes que presentaron hemorragia eran 7,7%, el 3,6% presentaron infección del sitio operatorio, el 2,4% dehiscencia, el 1,8% endometritis puerperal y finalmente el 1,2% tuvieron sepsis y hematoma.

Según **Herrera**. (19) las complicaciones posquirúrgicas en pacientes sometidas a cesárea pueden incluir infecciones, sangrado excesivo, reacciones a la anestesia, coágulos sanguíneos y lesiones quirúrgicas. También existe un mayor riesgo de complicaciones en embarazos futuros, como placenta previa y placenta adherida. Es crucial buscar atención médica si se presentan signos de infección, como enrojecimiento, inflamación en el sitio de la incisión, fiebre, es este trabajo hallamos que el 82,1% no presentaron complicaciones y el 17,9% si presentaron varias complicaciones tal como se plasma en la tabla 11.

## CONCLUSIONES

**PRIMERA:** Se determinó los factores de riesgo asociados a las complicaciones posquirúrgicas en pacientes cesareadas Hospital III EsSalud Red Asistencial Juliaca 2024 que son los factores demográficos, obstétricos y maternos, todas las tablas tienen valores de  $p < 0,05$ , aceptando las hipótesis planteadas.

**SEGUNDA:** Se identificó los factores demográficos asociados a las complicaciones posquirúrgicas en pacientes cesareadas, es así que el 57,7% fueron adultas jóvenes comprendidas entre las edades de 19 a 34 años ( $P: 0,002$ ) y el 84,5% el grado de instrucción es nivel superior ( $P: 0,000$ ). Los datos son significativos con valores de  $p < 0,05$ , aceptando las hipótesis planteadas.

**TERCERA:** Se describió los factores obstétricos asociados a las complicaciones posquirúrgicas en pacientes cesareadas, tenemos el 60,1% fueron multíparas ( $P: 0,05$ ), el 63,7% no tuvieron cesárea previa ( $P: 0,05$ ), el 89,3% de los casos la edad gestacional al momento de la cesárea fue 37 a 41 semanas 6 días ( $P: 0,000$ ), el 57,7% no tuvieron antecedentes de aborto ( $P: 0,002$ ), el 87,5% los controles prenatales fueron  $\geq 6$  ( $P: 0,05$ ) y el 78,6% las cesáreas fueron de emergencia ( $P: 0,000$ ). Los datos son significativos con valores de  $p < 0,05$ , aceptando las hipótesis planteadas.

**CUARTA:** Se analizó los factores maternos asociados a las complicaciones posquirúrgicas en pacientes cesareadas, por tanto, tenemos el 76,2% de las pacientes no tenían anemia ( $P: 0,000$ ) y el 60,1%



presentaban sobrepeso (P:0.000). Los datos son significativos con valores de  $p < 0,05$ , aceptando las hipótesis planteadas.

**QUINTA:** Se identificó las complicaciones posquirúrgicas en pacientes cesareadas Hospital III EsSalud, por lo cual tenemos el 82,1% del total no tuvieron complicaciones, el 7.7% presentaron hemorragia, el 3,6% infección del sitio operatorio, el 2,4% dehiscencia, el 1,8% endometritis puerperal y el 1.2% presentaron hematomas y sepsis, por tanto, podemos indicar que se acepta la hipótesis planteada.



## RECOMENDACIONES

- PRIMERA:** Al gerente médico del Hospital III EsSalud Juliaca, estandarizar protocolos médicos, quirúrgicos y educativos con todos los profesionales involucrados, médicos, obstetras, odontólogos, enfermería y nutrición que incentiven el cumplimiento de medidas preventivas promocionales de la población en edad reproductiva evitando factores de riesgo por lo tanto disminuyendo complicaciones, igualmente mejorar la organización, distribución de los recursos humanos y materiales, para garantizar la calidad de atención en nuestras pacientes.
- SEGUNDA:** Al jefe del departamento materno infantil del Hospital III EsSalud Juliaca en conjunto con los profesionales que laboran, estandarizar guías de atención, mejorar técnicas quirúrgicas, realizar capacitación permanente, actualización de personal, ajustar las estrategias de manejo para mejorar los resultados del paciente.
- TERCERA:** A los ginecólogos obstetras del Hospital III EsSalud Juliaca Realizar controles prenatales de manera precoz, adecuados y seguimientos oportunos de las gestantes, poniendo énfasis al inicio de la gestación, identificando factores de riesgo obstétricos, demográficos y maternos, como también educar sobre los signos de alarma, así como en el puerperio con la finalidad de disminuir las complicaciones.
- CUARTA:** Al jefe del Servicio de Centro Quirúrgico del Hospital III EsSalud fortalecer la coordinación con el equipo de médicos anestesiólogos



para garantizar un monitoreo adecuado y continuo de las pacientes durante la intervención quirúrgica de la cesárea. Asimismo, el personal de enfermería tiene que cumplir rigurosamente con los protocolos establecidos en la central de esterilización, a fin de prevenir infecciones y otras complicaciones. Del mismo modo, se debe asegurar una coordinación oportuna con el banco de sangre y la Unidad de Cuidados Intensivos de nuestro establecimiento u otras instituciones con el objetivo de brindar una respuesta inmediata ante cualquier eventualidad, reduciendo así el riesgo de complicaciones posquirúrgicas.

**QUINTA:** Al presidente del comité de investigación del Hospital III EsSalud Juliaca incentivar y promover trabajos de investigación en el personal asistencial como médicos internos, residentes, asistentes, sobre las complicaciones posquirúrgicas en cesáreas, hemorragias, infección de herida postoperatoria, dehiscencia, lesiones de los órganos viscerales. Esto permitirá observar cambios en los factores de riesgo, evaluar la efectividad de las intervenciones implementadas y generar evidencia útil para mejorar la calidad de atención materna en los próximos años.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aguilar L, Viera L. Infección de herida operatoria tras cesárea en un hospital público de fortaleza. Scielo. 2020 Junio; 10(3).
2. Puma J. Complicaciones maternas de la cesárea en gestantes a término en periodo expulsivo en un hospital general de Lima, Perú. Scielo. 2021 Febrero; 5(14).
3. Mendoza I. Infección de herida operatoria tras cesárea en un hospital público de Fortaleza. Scielo. 2021 Marzo; 21(1).
4. Ceballos M. Fisioterapia en las secuelas del parto por cesárea. Una revisión sistemática. Scielo. 2024 Marzo; 3(4).
5. Dextre F, Iriarte H. Factores asociados a complicaciones posquirúrgicas en pacientes cesareadas del Hospital Domingo Olavegoya. Tesis de pregrado. Huancayo: Universidad Continental, Facultad Ciencias de la salud; 2019 Octubre.
6. Soriano. Factores asociados a la estancia hospitalaria prolongada en neonatos. Tesis de pregrado. Lima:, Facultad Ciencias de la Salud; 2025.
7. Gutierrez Y. Cuidados en pacientes post cesareada. Tesis de pre grado. Puno: Universidad Peruana Union, Facultad de Enfermería; 2021.
8. Nucamendi E, Chavez J, Long N. Prevención de hemorragia posparto durante la cesárea mediante ligadura de las arterias uterinas en pacientes con factores de riesgo México 2024.. Scielo. 2024 Mayo; 92(2).



9. Chavez M, Garcia R, Becerra X. Factores de riesgo relacionados con infección del sitio quirúrgico post cesárea. revisión bibliográfica, Ecuador 2024.. Scielo. 2024 Marzo; 8(1).
10. Sierra V. Caracterización de los factores de riesgo de las puérperas cesareadas con complicaciones quirúrgicas Cuba 2024.. Rv. Cm Habana. 2024 Febrero; 31(1): p. 45.
11. Del Valle M. Cicatrización por segunda intención de heridas quirúrgicas obstétricas y ginecológicas complicadas con absceso de pared abdominal. Scielo. 2024 Marzo; 84(2).
12. Monterrubio L. Cirugía de control de daños en pacientes obstétricas del Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer, Tabasco en el periodo de enero 2019 a mayo 2023. Tesis de grado. Tabasco: Universidad Juarez Autonoma de Tabasco, División Académica de Ciencias de la Salud; 2023 Enero. Report No.: 200-500-12107.
13. Cuellar S. Complicaciones de la anestesia raquídea en pacientes sometidas a cesárea segmentaria transperitoneal Guatemala 2024. Revista Ciencia Multidisciplinaria. 2024 Enero; 8(2).
14. Carbonnel M, Brot D. Factores de riesgo de complicaciones de la herida después de una cesárea Latinoamérica 2021. Scielo. 2021 Setiembre; 50(7).
15. Cruz V, Diaz J. El acretismo placentario como factor asociado a hemorragia postparto en gestantes atendidas en el HGMS durante el periodo de enero del 2021 a diciembre del 2023, Ecuador 2025. Revista



- Ecuatoriana de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud Pública. 2025  
Abril; 9(28).
16. Roldan L, Aragon P. Factores asociados a partos por cesárea en un hospital peruano, Lima 2020. Scielo. 2020 Setiembre; 20(10): p. 118.
  17. Gutierrez E, Garcia A. Factores Asociados a Complicaciones Postoperatorias en Pacientes Sometidas a Cesárea, Chincha 2024. Revista Vitalia. 2024 Agosto; 5(3): p. 69.
  18. Arbulu A, Ramirez A. Factores de riesgo asociados a complicaciones postoperatorias en gestantes cesareadas con anestesia epidural y raquídea en el Hospital Regional Lambayeque, 2023.. Tesis de grado. Lima: Universidad San Martin de Porres, Facultad de Medicina Humana; 2023. Report No.: 20-500-12727.
  19. Herrera B. Complicaciones maternas intraoperatorias y postoperatorias por cesárea en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, junio 2021 - junio 2023.. Tesis de grado. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca, Facultad de Ciencias de la Salud; 2023 Diciembre.
  20. Sosa F. Parto vaginal en pacientes con antecedentes de cesárea y complicaciones materno-perinatales en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2021. Revista Médica del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. 2021 Abril; 23(2): p. 101.
  21. Dexter F, Iriarte H. Factores asociados a complicaciones posquirúrgicas en pacientes cesareadas del Hospital Domingo Olavegoya. Tesis de grado. Jauja: Universidad Continental, Facultad de Medicina; 2023.



22. Apaza A. Factores asociados a cesáreas injustificadas y su relación con complicaciones materno neonatales en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca en el año 2020. Tesis de Grado. Puno: Universidad Nacional del Altiplano , Facultad de Medicina Humana; 2020.
23. Quispe E. Factores de riesgo gineco-obstetricos asociados a la mortalidad perinatal en el Hospital Carlos Monje Medrano-Juliaca, 2021. Tesis de Grado. Puno: Universidad Nacional del Altiplano, Facultad de Medicina; 2021.
24. Choque A. Complicaciones del puerperio inmediato y su relación con la vía del parto en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano - 2023. Tesis de Grado. Juliaca: Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez, Escuela Profesional de Obstetricia; 2024.
25. Laura E. Factores de riesgo relacionados a partos por cesárea en pacientes atendidos en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro de julio a diciembre del 2021.. Tesis de Grado. Lima: Universidad Privada San Juan Bautista, Escuela Profesional de Medicina Humana; 2022.
26. Senado J. Los factores de riesgo. Scielo. 2022; 15(4).
27. Castellon J. Cambios demográficos en la sociedad global. Scielo. 2022; 14(57).
28. Enrique J, Carbajal C. La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. Scielo. 2020 Febrero; 142(2).



29. Silva E. Nivel de instrucción. Rev Latino-am Enfermagem. 2023 Noviembre; 91(9).
30. Cabrera S. Complicaciones obstétricas y edad materna avanzada. Scielo. 2023 Octubre; 69(3).
31. Agüero O, Avilán J. Edad, paridad, embarazo y parto. Scielo. 2021; 61(3).
32. Barrena M, Saravia P. Frecuencia e indicaciones del parto por cesárea en un hospital docente de Lima, Perú. Scielo. 2020 Junio; 66(2).
33. Herrera L, Martínez A. Peso, edad gestacional e historia genésica previa de la gestante. Scielo. 2007 Diciembre; 33(4).
34. Guevara E. Interrupción del embarazo. Scielo. 2016 Marzo; 62(1).
35. Alarcón M, Gallo D. Controles prenatales. Scielo. 2020 Febrero; 92(1).
36. Uzcátegui O, Cabrera C. Aspectos bioéticos de la cesárea. Scielo. 2010 Marzo; 70(1).
37. Rodríguez R, Velásquez M. Estudio de factores maternos. Scielo. 2025 Setiembre; 9(17).
38. González G, Olavegoya P. Fisiopatología de la anemia durante el embarazo. Scielo. 2019 Diciembre; 65(4).
39. Borja G, Caparros R. Índice de masa corporal pregestacional relacionado con el estado psicológico y físico de la madre durante todo el embarazo? Scielo. 2018 Abril; 35(2).
40. Puma J, Díaz J. Complicaciones maternas de la cesárea en gestantes a término en periodo expulsivo en un hospital general de Lima, Perú. Scielo. 2015 Enero; 26(1).



41. Ruiz J, Espino S. Cesárea: Tendencias y resultados. Scielo. 2024; 28(1).
42. Corzo C, Zarate J. Adherencia a la atención prenatal en el contexto sociocultural de países subdesarrollados: una revisión narrativa. Scielo. 2023; 23(4).
43. Camargo A, Estrada S. Factores de riesgo de complicaciones perinatales en el embarazo de adolescentes. Scielo. 2022 Diciembre; 90(6).
44. Leyva J, Guerra Y. Objeto de investigación y campo de acción: componentes del diseño de una investigación científica. Scielo. 2020; 12(3).
45. Morles V. Sobre la metodología como ciencia y el método científico: un espacio polémico. Scielo. 2002 Enero ; 23(66).



# ANEXOS

## ANEXO 1: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS

BASE DE DATOS SARA final (1).sav 03.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

114 : complicacionesp... Visible: 11 de 1

	edad	gradoinstruccion	paridad	cesareapre- via	edadgestac- ional	anteceda- borto	controlesprenatales	tipocesar- ea	nivelhemoglobina	imc	complicacionesposetquirurgicas
1	Edad materna avanzada ≥ 35 a...	Primaria	Primípara	No	37 semanas...	Si	Controles inadecuados ...	Programada	Anemia leve 10.0 - 10.9	Obesidad ...	Infección de sitio operatorio.
2	Edad materna avanzada ≥ 35 a...	Superior	Primípara	No	37 semanas...	No	Controles inadecuados ...	Programada	Anemia moderada 7.0 - 9.9	Sobrepeso...	Infección de sitio operatorio.
3	Edad materna avanzada ≥ 35 a...	Superior	Multipara	Si	37 semanas...	No	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥11.0	Sobrepeso...	hematoma
4	Adulto joven19 a 34 años	Superior	Multipara	Si	37 semanas...	No	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥11.0	Sobrepeso...	dehiscencia
5	Edad materna avanzada ≥ 35 a...	Superior	Multipara	Si	< 37 semanas	Si	Controles inadecuados ...	Emergencia	Anemia moderada 7.0 - 9.9	Sobrepeso...	hemorragia
6	Adulto joven19 a 34 años	Superior	Multipara	No	< 37 semanas	Si	Controles adecuados (...)	Emergencia	Anemia moderada 7.0 - 9.9	Obesidad ...	hemorragia
7	Edad materna avanzada ≥ 35 a...	Superior	Multipara	No	37 semanas...	Si	Controles inadecuados ...	Emergencia	Anemia moderada 7.0 - 9.9	Sobrepeso...	hemorragia
8	Edad materna avanzada ≥ 35 a...	Superior	Multipara	Si	< 37 semanas	Si	Controles inadecuados ...	Emergencia	Anemia moderada 7.0 - 9.9	Sobrepeso...	hemorragia
9	Adulto joven19 a 34 años	Superior	Multipara	Si	37 semanas...	No	Controles inadecuados ...	Programada	Sin anemia ≥11.0	Sobrepeso...	hematoma
10	Adulto joven19 a 34 años	Secundaria	Multipara	Si	37 semanas...	No	Controles adecuados (...)	Programada	Anemia leve 10.0 - 10.9	Obesidad ...	hemorragia
11	Adulto joven19 a 34 años	Secundaria	Multipara	Si	< 37 semanas	Si	Controles adecuados (...)	Emergencia	Anemia leve 10.0 - 10.9	Obesidad ...	Endometritis puerperal
12	Adulto joven19 a 34 años	Superior	Primípara	No	37 semanas...	No	Controles adecuados (...)	Emergencia	Anemia leve 10.0 - 10.9	Obesidad ...	hemorragia
13	Adulto joven19 a 34 años	Superior	Multipara	Si	37 semanas...	Si	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥11.0	Obesidad ...	Endometritis puerperal
14	Edad materna avanzada ≥ 35 a...	Superior	Primípara	No	< 37 semanas	No	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥11.0	Sobrepeso...	hemorragia
15	Edad materna avanzada ≥ 35 a...	Primaria	Multipara	Si	37 semanas...	No	Controles inadecuados ...	Emergencia	Anemia moderada 7.0 - 9.9	Sobrepeso...	Infección de sitio operatorio.
16	Adulto joven19 a 34 años	Superior	Multipara	Si	37 semanas...	No	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥11.0	Obesidad ...	hemorragia
17	Adulto joven19 a 34 años	Secundaria	Primípara	No	37 semanas...	Si	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥11.0	Normal 18...	dehiscencia
18	Adulto joven19 a 34 años	Secundaria	Primípara	No	37 semanas...	No	Controles adecuados (...)	Emergencia	Anemia moderada 7.0 - 9.9	Sobrepeso...	hemorragia
19	Edad materna avanzada ≥ 35 a...	Superior	Multipara	Si	37 semanas...	Si	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥11.0	Sobrepeso...	Endometritis puerperal
20	Adulto joven19 a 34 años	Superior	Primípara	No	37 semanas...	No	Controles inadecuados ...	Emergencia	Sin anemia ≥11.0	Sobrepeso...	dehiscencia
21	Adulto joven19 a 34 años	Superior	Multipara	Si	37 semanas...	Si	Controles adecuados (...)	Emergencia	Anemia moderada 7.0 - 9.9	Obesidad ...	hemorragia
22	Adulto joven19 a 34 años	Superior	Multipara	Si	37 semanas...	Si	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥11.0	Obesidad ...	hemorragia
23	Adolescente <19 años	Secundaria	Primípara	No	> 42 semanas	No	Controles inadecuados ...	Emergencia	Sin anemia ≥11.0	Sobrepeso...	Infección de sitio operatorio.
24	Edad materna avanzada ≥ 35 a...	Secundaria	Multipara	No	37 semanas...	No	Controles adecuados (...)	Emergencia	Anemia leve 10.0 - 10.9	Obesidad ...	dehiscencia
25	Adulto joven19 a 34 años	Secundaria	Multipara	Si	< 37 semanas	Si	Controles adecuados (...)	Emergencia	Anemia moderada 7.0 - 9.9	Sobrepeso...	Infección de sitio operatorio.
26	Edad materna avanzada ≥ 35 a...	Superior	Primípara	No	< 37 semanas	No	Controles adecuados (...)	Emergencia	Anemia moderada 7.0 - 9.9	Sobrepeso...	hemorragia



BASE DE DATOS SARA final (1).sav 03.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

114 : complicacionesp... Visible: 11 de

	edad	gradoinstruccion	paridad	cesareapr evia	edadgestac ional	anteceda borto	controlesprenatales	tipocesar ea	nivelhemoglobina	imc	complicacionesposetquirurgias
27	Edad materna avanzada ≥ 35 a...	Superior	Multipara	No	37 semanas...	Si	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥ 11.0	Sobrepeso...	Infección de sitio operatorio.
28	Adulto joven19 a 34 años	Secundaria	Multipara	Si	37 semanas...	Si	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥ 11.0	Sobrepeso...	hemorragia
29	Edad materna avanzada ≥ 35 a...	Superior	Primipara	No	37 semanas...	No	Controles inadecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥ 11.0	Normal 18...	Sepsis
30	Adulto joven19 a 34 años	Superior	Multipara	No	37 semanas...	Si	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥ 11.0	Obesidad ...	Sepsis
31	Adulto joven19 a 34 años	Secundaria	Primipara	No	37 semanas...	No	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥ 11.0	Sobrepeso...	sin complicaciones
32	Edad materna avanzada ≥ 35 a...	Superior	Primipara	Si	37 semanas...	Si	Controles adecuados (...)	Programada	Anemia leve 10.0 - 10.9	Sobrepeso...	sin complicaciones
33	Adulto joven19 a 34 años	Superior	Primipara	No	37 semanas...	No	Controles adecuados (...)	Emergencia	Anemia leve 10.0 - 10.9	Sobrepeso...	sin complicaciones
34	Adulto joven19 a 34 años	Superior	Primipara	No	37 semanas...	No	Controles adecuados (...)	Emergencia	Anemia leve 10.0 - 10.9	Sobrepeso...	sin complicaciones
35	Adulto joven19 a 34 años	Secundaria	Multipara	No	37 semanas...	No	Controles adecuados (...)	Programada	Sin anemia ≥ 11.0	Normal 18...	sin complicaciones
36	Edad materna avanzada ≥ 35 a...	Secundaria	Multipara	Si	37 semanas...	No	Controles adecuados (...)	Programada	Sin anemia ≥ 11.0	Sobrepeso...	sin complicaciones
37	Edad materna avanzada ≥ 35 a...	Superior	Multipara	Si	37 semanas...	Si	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥ 11.0	Sobrepeso...	sin complicaciones
38	Adulto joven19 a 34 años	Superior	Primipara	No	37 semanas...	No	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥ 11.0	Normal 18...	sin complicaciones
39	Adulto joven19 a 34 años	Superior	Multipara	Si	< 37 semanas	Si	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥ 11.0	Normal 18...	sin complicaciones
40	Edad materna avanzada ≥ 35 a...	Secundaria	Primipara	No	37 semanas...	No	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥ 11.0	Sobrepeso...	sin complicaciones
41	Adulto joven19 a 34 años	Superior	Multipara	Si	37 semanas...	Si	Controles adecuados (...)	Programada	Sin anemia ≥ 11.0	Sobrepeso...	sin complicaciones
42	Adulto joven19 a 34 años	Superior	Primipara	No	37 semanas...	No	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥ 11.0	Sobrepeso...	sin complicaciones
43	Edad materna avanzada ≥ 35 a...	Superior	Multipara	Si	37 semanas...	Si	Controles adecuados (...)	Programada	Sin anemia ≥ 11.0	Sobrepeso...	sin complicaciones
44	Adulto joven19 a 34 años	Superior	Primipara	No	37 semanas...	No	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥ 11.0	Sobrepeso...	sin complicaciones
45	Adulto joven19 a 34 años	Superior	Primipara	Si	37 semanas...	Si	Controles adecuados (...)	Emergencia	Anemia leve 10.0 - 10.9	Sobrepeso...	sin complicaciones
46	Adulto joven19 a 34 años	Superior	Multipara	No	37 semanas...	No	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥ 11.0	Sobrepeso...	sin complicaciones
47	Edad materna avanzada ≥ 35 a...	Superior	Multipara	No	37 semanas...	No	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥ 11.0	Sobrepeso...	sin complicaciones
48	Edad materna avanzada ≥ 35 a...	Superior	Multipara	No	37 semanas...	No	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥ 11.0	Normal 18...	sin complicaciones
49	Adulto joven19 a 34 años	Superior	Multipara	No	37 semanas...	No	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥ 11.0	Sobrepeso...	sin complicaciones
50	Edad materna avanzada ≥ 35 a...	Superior	Multipara	No	37 semanas...	No	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥ 11.0	Sobrepeso...	sin complicaciones
51	Adulto joven19 a 34 años	Superior	Primipara	No	37 semanas...	Si	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥ 11.0	Normal 18...	sin complicaciones
52	Adulto joven19 a 34 años	Superior	Multipara	No	37 semanas...	No	Controles adecuados (...)	Programada	Sin anemia ≥ 11.0	Sobrepeso...	sin complicaciones



BASE DE DATOS SARA final (1).sav 03.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

114 : complicacionesp... Visible: 11 de

	edad	gradoinstruccion	paridad	cesareapr... evia	edadgestac... ional	anteceda... borto	controlesprenatales	tipocesar... ea	nivelhemoglobina	imc	complicacionesposetquirugicas
53	Adulto joven19 a 34 años	Superior	Múltipara	No	37 semanas...	No	Controles adecuados (...)	Programada	Sin anemia ≥11.0	Sobrepeso...	sin complicaciones
54	Edad materna avanzada ≥ 35 a...	Superior	Múltipara	No	37 semanas...	No	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥11.0	Normal 18....	sin complicaciones
55	Adulto joven19 a 34 años	Superior	Múltipara	Si	37 semanas...	Si	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥11.0	Normal 18....	sin complicaciones
56	Adulto joven19 a 34 años	Superior	Primípara	No	37 semanas...	No	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥11.0	Sobrepeso...	sin complicaciones
57	Edad materna avanzada ≥ 35 a...	Superior	Primípara	Si	37 semanas...	Si	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥11.0	Normal 18....	sin complicaciones
58	Adulto joven19 a 34 años	Superior	Primípara	Si	37 semanas...	Si	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥11.0	Normal 18....	sin complicaciones
59	Adulto joven19 a 34 años	Superior	Primípara	No	37 semanas...	No	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥11.0	Normal 18....	sin complicaciones
60	Adulto joven19 a 34 años	Superior	Múltipara	No	37 semanas...	No	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥11.0	Normal 18....	sin complicaciones
61	Adulto joven19 a 34 años	Superior	Primípara	No	37 semanas...	No	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥11.0	Sobrepeso...	sin complicaciones
62	Adulto joven19 a 34 años	Superior	Primípara	No	37 semanas...	Si	Controles inadecuados ...	Emergencia	Sin anemia ≥11.0	Sobrepeso...	sin complicaciones
63	Edad materna avanzada ≥ 35 a...	Superior	Múltipara	Si	37 semanas...	Si	Controles inadecuados ...	Emergencia	Sin anemia ≥11.0	Sobrepeso...	sin complicaciones
64	Adulto joven19 a 34 años	Secundaria	Primípara	No	37 semanas...	No	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥11.0	Sobrepeso...	sin complicaciones
65	Adulto joven19 a 34 años	Superior	Múltipara	No	< 37 semanas	No	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥11.0	Sobrepeso...	sin complicaciones
66	Adulto joven19 a 34 años	Superior	Primípara	No	37 semanas...	No	Controles adecuados (...)	Emergencia	Anemia leve 10.0 - 10.9	Sobrepeso...	sin complicaciones
67	Adulto joven19 a 34 años	Superior	Primípara	No	37 semanas...	No	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥11.0	Normal 18....	sin complicaciones
68	Edad materna avanzada ≥ 35 a...	Superior	Múltipara	No	37 semanas...	No	Controles adecuados (...)	Programada	Sin anemia ≥11.0	Sobrepeso...	sin complicaciones
69	Adulto joven19 a 34 años	Superior	Primípara	Si	37 semanas...	Si	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥11.0	Sobrepeso...	sin complicaciones
70	Adulto joven19 a 34 años	Superior	Múltipara	Si	37 semanas...	Si	Controles adecuados (...)	Programada	Sin anemia ≥11.0	Normal 18....	sin complicaciones
71	Adulto joven19 a 34 años	Superior	Primípara	No	37 semanas...	No	Controles adecuados (...)	Programada	Anemia leve 10.0 - 10.9	Normal 18....	sin complicaciones
72	Edad materna avanzada ≥ 35 a...	Secundaria	Múltipara	No	37 semanas...	No	Controles inadecuados ...	Programada	Anemia leve 10.0 - 10.9	Sobrepeso...	sin complicaciones
73	Edad materna avanzada ≥ 35 a...	Superior	Múltipara	Si	< 37 semanas	Si	Controles adecuados (...)	Programada	Sin anemia ≥11.0	Sobrepeso...	sin complicaciones
74	Adulto joven19 a 34 años	Superior	Múltipara	No	37 semanas...	No	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥11.0	Normal 18....	sin complicaciones
75	Adulto joven19 a 34 años	Superior	Primípara	No	37 semanas...	Si	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥11.0	Normal 18....	sin complicaciones
76	Adulto joven19 a 34 años	Superior	Múltipara	Si	37 semanas...	Si	Controles adecuados (...)	Emergencia	Anemia leve 10.0 - 10.9	Normal 18....	sin complicaciones
77	Edad materna avanzada ≥ 35 a...	Secundaria	Múltipara	No	37 semanas...	Si	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥11.0	Sobrepeso...	sin complicaciones
78	Adulto joven19 a 34 años	Superior	Primípara	No	37 semanas...	No	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥11.0	Sobrepeso...	sin complicaciones



BASE DE DATOS SARA final (1).sav 03.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

114 : complicacionesp... ,0 Visible: 11 de

	edad	gradoinstrucccion	paridad	cesareapre via	edadgestac ional	anteceda borto	controlesprenatales	tipocesar ea	nivelhemoglobina	imc	complicacionesp osetquirugicas
79	Edad materna avanzada ≥ 35 a...	Superior	Multipara	No	37 semanas...	Si	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥11.0	Sobrepeso...	sin complicaciones
80	Edad materna avanzada ≥ 35 a...	Superior	Multipara	No	37 semanas...	No	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥11.0	Normal 18...	sin complicaciones
81	Adulto joven19 a 34 años	Superior	Primipara	No	< 37 semanas	No	Controles inadecuados (...)	Programada	Sin anemia ≥11.0	Normal 18...	sin complicaciones
82	Edad materna avanzada ≥ 35 a...	Superior	Multipara	No	37 semanas...	No	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥11.0	Sobrepeso...	sin complicaciones
83	Edad materna avanzada ≥ 35 a...	Superior	Multipara	No	37 semanas...	Si	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥11.0	Normal 18...	sin complicaciones
84	Adulto joven19 a 34 años	Superior	Multipara	No	37 semanas...	No	Controles adecuados (...)	Programada	Sin anemia ≥11.0	Normal 18...	sin complicaciones
85	Adulto joven19 a 34 años	Superior	Multipara	Si	37 semanas...	No	Controles adecuados (...)	Programada	Sin anemia ≥11.0	Normal 18...	sin complicaciones
86	Edad materna avanzada ≥ 35 a...	Superior	Multipara	Si	37 semanas...	No	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥11.0	Normal 18...	sin complicaciones
87	Edad materna avanzada ≥ 35 a...	Superior	Primipara	No	37 semanas...	Si	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥11.0	Obesidad ...	sin complicaciones
88	Adulto joven19 a 34 años	Superior	Primipara	No	37 semanas...	No	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥11.0	Normal 18...	sin complicaciones
89	Edad materna avanzada ≥ 35 a...	Superior	Multipara	Si	37 semanas...	Si	Controles adecuados (...)	Emergencia	Anemia leve 10.0 - 10.9	Sobrepeso...	sin complicaciones
90	Edad materna avanzada ≥ 35 a...	Superior	Multipara	Si	37 semanas...	Si	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥11.0	Sobrepeso...	sin complicaciones
91	Edad materna avanzada ≥ 35 a...	Superior	Multipara	No	37 semanas...	Si	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥11.0	Sobrepeso...	sin complicaciones
92	Edad materna avanzada ≥ 35 a...	Superior	Primipara	No	37 semanas...	Si	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥11.0	Sobrepeso...	sin complicaciones
93	Adulto joven19 a 34 años	Superior	Multipara	Si	37 semanas...	Si	Controles adecuados (...)	Programada	Sin anemia ≥11.0	Sobrepeso...	sin complicaciones
94	Adulto joven19 a 34 años	Superior	Primipara	No	37 semanas...	Si	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥11.0	Sobrepeso...	sin complicaciones
95	Adulto joven19 a 34 años	Superior	Multipara	No	37 semanas...	Si	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥11.0	Sobrepeso...	sin complicaciones
96	Adulto joven19 a 34 años	Superior	Primipara	No	37 semanas...	Si	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥11.0	Obesidad ...	sin complicaciones
97	Edad materna avanzada ≥ 35 a...	Superior	Multipara	Si	37 semanas...	No	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥11.0	Sobrepeso...	sin complicaciones
98	Edad materna avanzada ≥ 35 a...	Secundaria	Primipara	No	37 semanas...	No	Controles adecuados (...)	Programada	Sin anemia ≥11.0	Sobrepeso...	sin complicaciones
99	Adulto joven19 a 34 años	Superior	Primipara	No	37 semanas...	No	Controles adecuados (...)	Programada	Sin anemia ≥11.0	Normal 18...	sin complicaciones
100	Adulto joven19 a 34 años	Superior	Multipara	No	37 semanas...	Si	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥11.0	Normal 18...	sin complicaciones
101	Adulto joven19 a 34 años	Superior	Multipara	No	37 semanas...	No	Controles adecuados (...)	Emergencia	Anemia leve 10.0 - 10.9	Normal 18...	sin complicaciones
102	Adulto joven19 a 34 años	Secundaria	Multipara	Si	< 37 semanas	No	Controles adecuados (...)	Emergencia	Anemia leve 10.0 - 10.9	Sobrepeso...	sin complicaciones
103	Adulto joven19 a 34 años	Superior	Multipara	Si	37 semanas...	No	Controles adecuados (...)	Programada	Anemia leve 10.0 - 10.9	Sobrepeso...	sin complicaciones
104	Adulto joven19 a 34 años	Superior	Multipara	Si	37 semanas...	No	Controles adecuados (...)	Programada	Sin anemia ≥11.0	Sobrepeso...	sin complicaciones



BASE DE DATOS SARA final (1).sav 03.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

121: Visible:

	edad	gradoinstruccion	paridad	cesareapr evia	edadgestac ional	anteceda borto	controlesprenatales	tipocesar ea	nivelhemoglobina	imc	complicacionesposetquirugi
105	Adulto joven19 a 34 años	Superior	Múltipara	No	37 semanas...	No	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥11.0	Normal 18...	sin complicacio
106	Edad materna avanzada ≥ 35 a...	Superior	Primípara	No	37 semanas...	Si	Controles adecuados (...)	Programada	Anemia leve 10.0 - 10.9	Sobrepeso...	sin complicacio
107	Edad materna avanzada ≥ 35 a...	Superior	Primípara	No	37 semanas...	No	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥11.0	Normal 18...	sin complicacio
108	Adulto joven19 a 34 años	Superior	Múltipara	No	37 semanas...	Si	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥11.0	Sobrepeso...	sin complicacio
109	Adulto joven19 a 34 años	Superior	Múltipara	No	37 semanas...	No	Controles adecuados (...)	Programada	Sin anemia ≥11.0	Sobrepeso...	sin complicacio
110	Edad materna avanzada ≥ 35 a...	Superior	Múltipara	Si	37 semanas...	No	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥11.0	Sobrepeso...	sin complicacio
111	Adulto joven19 a 34 años	Superior	Múltipara	No	37 semanas...	No	Controles adecuados (...)	Programada	Sin anemia ≥11.0	Sobrepeso...	sin complicacio
112	Adulto joven19 a 34 años	Superior	Primípara	No	37 semanas...	No	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥11.0	Sobrepeso...	sin complicacio
113	Adulto joven19 a 34 años	Secundaria	Primípara	No	37 semanas...	Si	Controles adecuados (...)	Emergencia	Anemia leve 10.0 - 10.9	Normal 18...	sin complicacio
114	Edad materna avanzada ≥ 35 a...	Superior	Primípara	No	< 37 semanas	No	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥11.0	Normal 18...	sin complicacio
115	Edad materna avanzada ≥ 35 a...	Superior	Múltipara	Si	37 semanas...	Si	Controles adecuados (...)	Programada	Sin anemia ≥11.0	Sobrepeso...	sin complicacio
116	Edad materna avanzada ≥ 35 a...	Superior	Múltipara	Si	37 semanas...	Si	Controles adecuados (...)	Programada	Sin anemia ≥11.0	Sobrepeso...	sin complicacio
117	Edad materna avanzada ≥ 35 a...	Superior	Múltipara	No	37 semanas...	Si	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥11.0	Normal 18...	sin complicacio
118	Adulto joven19 a 34 años	Superior	Primípara	No	37 semanas...	Si	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥11.0	Sobrepeso...	sin complicacio
119	Adulto joven19 a 34 años	Superior	Múltipara	No	37 semanas...	Si	Controles adecuados (...)	Programada	Sin anemia ≥11.0	Sobrepeso...	sin complicacio
120	Edad materna avanzada ≥ 35 a...	Superior	Múltipara	Si	37 semanas...	Si	Controles adecuados (...)	Programada	Anemia leve 10.0 - 10.9	Sobrepeso...	sin complicacio
121	Edad materna avanzada ≥ 35 a...	Superior	Múltipara	No	< 37 semanas	Si	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥11.0	Sobrepeso...	sin complicacio
122	Adulto joven19 a 34 años	Superior	Primípara	No	37 semanas...	No	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥11.0	Sobrepeso...	sin complicacio
123	Adulto joven19 a 34 años	Superior	Múltipara	Si	37 semanas...	No	Controles adecuados (...)	Emergencia	Anemia leve 10.0 - 10.9	Sobrepeso...	sin complicacio
124	Edad materna avanzada ≥ 35 a...	Superior	Múltipara	No	37 semanas...	Si	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥11.0	Sobrepeso...	sin complicacio
125	Edad materna avanzada ≥ 35 a...	Superior	Múltipara	Si	37 semanas...	No	Controles adecuados (...)	Programada	Sin anemia ≥11.0	Obesidad ...	sin complicacio
126	Adulto joven19 a 34 años	Superior	Primípara	No	37 semanas...	No	Controles adecuados (...)	Emergencia	Anemia leve 10.0 - 10.9	Normal 18...	sin complicacio
127	Adulto joven19 a 34 años	Superior	Primípara	No	< 37 semanas	No	Controles inadecuados ...	Emergencia	Anemia leve 10.0 - 10.9	Sobrepeso...	sin complicacio
128	Edad materna avanzada ≥ 35 a...	Superior	Múltipara	Si	37 semanas...	No	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥11.0	Sobrepeso...	sin complicacio
129	Edad materna avanzada ≥ 35 a...	Secundaria	Múltipara	Si	< 37 semanas	Si	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥11.0	Normal 18...	sin complicacio
130	Adulto joven19 a 34 años	Secundaria	Múltipara	No	37 semanas...	No	Controles inadecuados ...	Emergencia	Sin anemia ≥11.0	Sobrepeso...	sin complicacio



BASE DE DATOS SARA final (1).sav 03.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

121 : Visible: 11 (

	edad	gradoinstruccion	paridad	cesareapr evia	edadgestac ional	anteceda borto	controlesprenatales	tipocesar ea	nivelhemoglobina	imc	complicacionesposetquirugicas
131	Adulto joven19 a 34 años	Superior	Primípara	No	37 semanas...	Si	Controles inadecuados ...	Emergencia	Sin anemia ≥11.0	Normal 18...	sin complicaciones
132	Adulto joven19 a 34 años	Superior	Primípara	No	37 semanas...	No	Controles adecuados (...)	Emergencia	Anemia leve 10.0 - 10.9	Sobrepeso...	sin complicaciones
133	Edad materna avanzada ≥ 35 a...	Superior	Múltipara	No	37 semanas...	No	Controles inadecuados ...	Emergencia	Sin anemia ≥11.0	Sobrepeso...	sin complicaciones
134	Edad materna avanzada ≥ 35 a...	Superior	Múltipara	No	< 37 semanas	No	Controles inadecuados ...	Emergencia	Anemia leve 10.0 - 10.9	Normal 18...	sin complicaciones
135	Adulto joven19 a 34 años	Superior	Primípara	No	37 semanas...	No	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥11.0	Sobrepeso...	sin complicaciones
136	Adulto joven19 a 34 años	Superior	Primípara	Si	37 semanas...	Si	Controles adecuados (...)	Emergencia	Anemia leve 10.0 - 10.9	Normal 18...	sin complicaciones
137	Adulto joven19 a 34 años	Superior	Múltipara	Si	37 semanas...	No	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥11.0	Sobrepeso...	sin complicaciones
138	Edad materna avanzada ≥ 35 a...	Superior	Múltipara	Si	37 semanas...	Si	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥11.0	Sobrepeso...	sin complicaciones
139	Edad materna avanzada ≥ 35 a...	Superior	Múltipara	Si	37 semanas...	No	Controles adecuados (...)	Emergencia	Anemia leve 10.0 - 10.9	Sobrepeso...	sin complicaciones
140	Edad materna avanzada ≥ 35 a...	Superior	Múltipara	Si	37 semanas...	No	Controles adecuados (...)	Programada	Sin anemia ≥11.0	Normal 18...	sin complicaciones
141	Edad materna avanzada ≥ 35 a...	Superior	Múltipara	Si	37 semanas...	No	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥11.0	Sobrepeso...	sin complicaciones
142	Edad materna avanzada ≥ 35 a...	Superior	Múltipara	Si	37 semanas...	No	Controles inadecuados ...	Emergencia	Sin anemia ≥11.0	Sobrepeso...	sin complicaciones
143	Adulto joven19 a 34 años	Superior	Múltipara	No	37 semanas...	No	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥11.0	Sobrepeso...	sin complicaciones
144	Adulto joven19 a 34 años	Secundaria	Primípara	No	37 semanas...	No	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥11.0	Sobrepeso...	sin complicaciones
145	Edad materna avanzada ≥ 35 a...	Superior	Primípara	Si	37 semanas...	No	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥11.0	Sobrepeso...	sin complicaciones
146	Adulto joven19 a 34 años	Superior	Primípara	Si	37 semanas...	No	Controles adecuados (...)	Programada	Sin anemia ≥11.0	Sobrepeso...	sin complicaciones
147	Adulto joven19 a 34 años	Secundaria	Primípara	No	37 semanas...	No	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥11.0	Normal 18...	sin complicaciones
148	Edad materna avanzada ≥ 35 a...	Secundaria	Primípara	No	37 semanas...	Si	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥11.0	Sobrepeso...	sin complicaciones
149	Adulto joven19 a 34 años	Superior	Múltipara	No	37 semanas...	Si	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥11.0	Normal 18...	sin complicaciones
150	Adulto joven19 a 34 años	Superior	Múltipara	Si	37 semanas...	No	Controles adecuados (...)	Programada	Sin anemia ≥11.0	Normal 18...	sin complicaciones
151	Adulto joven19 a 34 años	Superior	Primípara	No	37 semanas...	Si	Controles adecuados (...)	Programada	Sin anemia ≥11.0	Normal 18...	sin complicaciones
152	Adulto joven19 a 34 años	Superior	Primípara	No	37 semanas...	No	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥11.0	Sobrepeso...	sin complicaciones
153	Edad materna avanzada ≥ 35 a...	Superior	Múltipara	No	37 semanas...	No	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥11.0	Obesidad ...	sin complicaciones
154	Adulto joven19 a 34 años	Superior	Primípara	No	37 semanas...	Si	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥11.0	Sobrepeso...	sin complicaciones
155	Adulto joven19 a 34 años	Superior	Primípara	No	37 semanas...	No	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥11.0	Sobrepeso...	sin complicaciones
156	Adulto joven19 a 34 años	Secundaria	Múltipara	No	37 semanas...	No	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥11.0	Normal 18...	sin complicaciones



BASE DE DATOS SARA final (1).sav 03.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

121 : Visible: 11 de

	edad	gradoinstruccion	paridad	cesareaprevia	edadgestacional	antecedenteborto	controlesprenatales	tipocesareea	nivelhemoglobina	imc	complicacionesposetquirurgicas
157	Edad materna avanzada ≥ 35 a...	Superior	Multipara	No	37 semanas...	No	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥11.0	Sobrepeso...	sin complicaciones
158	Adulto joven19 a 34 años	Superior	Primipara	No	37 semanas...	No	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥11.0	Normal 18...	sin complicaciones
159	Adulto joven19 a 34 años	Superior	Multipara	Si	37 semanas...	No	Controles adecuados (...)	Emergencia	Anemia leve 10.0 - 10.9	Sobrepeso...	sin complicaciones
160	Edad materna avanzada ≥ 35 a...	Superior	Multipara	No	37 semanas...	Si	Controles adecuados (...)	Emergencia	Anemia leve 10.0 - 10.9	Sobrepeso...	sin complicaciones
161	Edad materna avanzada ≥ 35 a...	Superior	Primipara	No	37 semanas...	No	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥11.0	Sobrepeso...	sin complicaciones
162	Edad materna avanzada ≥ 35 a...	Superior	Primipara	No	37 semanas...	Si	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥11.0	Normal 18...	sin complicaciones
163	Adulto joven19 a 34 años	Superior	Primipara	No	37 semanas...	Si	Controles inadecuados ...	Emergencia	Anemia leve 10.0 - 10.9	Normal 18...	sin complicaciones
164	Edad materna avanzada ≥ 35 a...	Superior	Multipara	No	37 semanas...	Si	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥11.0	Normal 18...	sin complicaciones
165	Edad materna avanzada ≥ 35 a...	Superior	Multipara	No	37 semanas...	Si	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥11.0	Normal 18...	sin complicaciones
166	Adulto joven19 a 34 años	Superior	Multipara	Si	37 semanas...	No	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥11.0	Normal 18...	sin complicaciones
167	Edad materna avanzada ≥ 35 a...	Superior	Multipara	Si	37 semanas...	Si	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥11.0	Normal 18...	sin complicaciones
168	Adulto joven19 a 34 años	Superior	Multipara	Si	37 semanas...	Si	Controles adecuados (...)	Emergencia	Sin anemia ≥11.0	Sobrepeso...	sin complicaciones
169											
170											
171											
172											
173											
174											
175											
176											
177											
178											
179											
180											
181											
182											

**ANEXO 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA**

**TITULO:** FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LAS COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS EN PACIENTES CESAREADAS HOSPITAL III ESSALUD RED ASISTENCIAL JULIACA 2024.

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONESE	INDICADORES	ESCALA DE VALORES	METODOLOGIA
<p><b>PROBLEMA GENERAL</b></p> <p>PG. ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a las complicaciones posquirúrgicas en pacientes cesareadas Hospital III EsSalud Red Asistencial Juliaca 2024?</p> <p><b>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</b></p> <p>PE1. ¿Cuáles son los factores demográficos asociados a las complicaciones posquirúrgicas en pacientes cesareadas</p>	<p><b>OBJETIVO GENERAL</b></p> <p>OG. Determinar los factores de riesgo asociados a las complicaciones posquirúrgicas en pacientes cesareadas Hospital III EsSalud Red Asistencial Juliaca 2024.</p> <p><b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b></p> <p>OE1. Identificar los factores demográficos asociados a las complicaciones posquirúrgicas en pacientes cesareadas Hospital III EsSalud.</p>	<p><b>HIPÓTESIS GENERAL</b></p> <p>HG. Los factores de riesgo asociados a las complicaciones posquirúrgicas en pacientes cesareadas Hospital III EsSalud Red Asistencial Juliaca son: Los factores demográficos, obstétricos y maternos.</p> <p><b>HIPÓTESIS ESPECIFICAS</b></p> <p>HE1. Los factores demográficos asociados a las complicaciones posquirúrgicas en pacientes cesareadas Hospital III EsSalud son: La edad y grado de instrucción.</p> <p>HE2. Los factores obstétricos asociados</p>	<p><b>Variable 1</b></p> <p>1. Factores de riesgo</p>	1.1 Factores demográficos	1.1.1 Edad	a. Adolescente <19 años b. Adulto joven 19 a 34 años c. Eda materna avanzada ≥35 años	<p><b>1. Diseño:</b> No experimental</p> <p><b>2. Tipo de investigación:</b> Es de tipo básico, retrospectivo</p> <p><b>3. Enfoque:</b> Cuantitativo</p> <p><b>4. Población:</b> por 483 pacientes cesareadas con complicaciones post quirúrgicas atendidas en el Hospital III EsSalud Red Asistencial Juliaca 2024.</p> <p><b>5. Muestreo:</b> 168 pacientes cesareadas</p> <p><b>4. Técnicas:</b></p>
				1.1.2 Grado de instrucción	a. Primaria b. Secundaria c. Superior		
				1.2 Factores obstétricos	1.2.1 Paridad	a. Primípara b. Multípara	
					1.2.2 Cesárea previa	a. Si b. No	
				1.2.3 Edad gestacional	a. < 37 semanas b. 37 a 41 semanas 6 días c. ≥ 42 semanas		
				1.2.4 Antecedentes de aborto	a. Si b. No		
				1.2.5 Controles prenatales	a. ≥ 6 controles prenatales b. < 6 controles prenatales		
1.2.6 Motivo de cesárea	a. Emergencia b. Programada						



<p>Hospital III EsSalud?</p> <p>PE2. ¿Cuáles son los factores obstétricos asociados a las complicaciones posquirúrgicas en pacientes cesareadas Hospital III EsSalud?</p> <p>PE3. ¿Cuáles son los factores maternos asociados a las complicaciones posquirúrgicas en pacientes cesareadas Hospital III EsSalud?</p> <p>PE4. ¿Cuáles son las complicaciones posquirúrgicas en pacientes cesareadas Hospital III EsSalud?</p>	<p>OE2. Describir los factores obstétricos asociados a las complicaciones posquirúrgicas en pacientes cesareadas Hospital III EsSalud.</p> <p>OE3. Analizar los factores maternos asociados a las complicaciones posquirúrgicas en pacientes cesareadas Hospital III EsSalud.</p> <p>OE4. Identificar las complicaciones posquirúrgicas en pacientes cesareadas Hospital III EsSalud.</p>	<p>a las complicaciones posquirúrgicas en pacientes cesareadas Hospital III EsSalud son: La paridad, cesárea previa, edad gestacional, antecedente de aborto, controles perinatales y motivo de cesárea.</p> <p>HE3. Los factores maternos asociados a las complicaciones posquirúrgicas en pacientes cesareadas Hospital III EsSalud son: Nivel de hemoglobina e índice de masa corporal.</p> <p>HE4. Las complicaciones posquirúrgicas más frecuentes en pacientes cesareadas Hospital III EsSalud son las hemorragias.</p>	<p><b>Variable 2</b></p> <p>Complicaciones posquirúrgicas en pacientes cesareadas</p>	<p><b>Indicador</b></p> <p>2.1 Tipos de complicaciones</p>	<p><b>Escala de valores</b></p> <p>a. Sin complicaciones b. Hemorragia c. Hematoma d. Dehiscencia de herida operatoria e. Infección de sitio operatorio. f. Endometritis puerperal g. Sepsis</p>	<p><b>1.3.1 Nivel de hemoglobina (g/dL)</b></p> <p>a. Valor normal <math>\geq 11.0</math> g/dL b. Anemia leve 10.0 – 10.9 g/dL c. Anemia moderada 7.0 – 9.9 g/dL d. Anemia severa <math>&lt; 7</math> g/dL</p> <p><b>1.3.2 Índice de masa corporal</b></p> <p>a. Delgadez Menos 18,5 b. Normal 18.5 – 24.9 c. Sobrepeso 25.0 – 29.9 d. Obesidad <math>\geq 30.0</math></p> <p><b>Variable 1:</b> Registro documental</p> <p><b>Para la variable 2:</b> Registro documental</p> <p><b>5. Instrumentos:</b></p> <p><b>Variable 1:</b> Ficha de recolección de datos sobre factores de riesgo.</p> <p><b>Variable 2:</b> Ficha de recolección de datos sobre complicaciones posquirúrgicas en pacientes cesareadas.</p>
---	---	---	---	--	--	--



### ANEXO 3: INSTRUMENTOS

#### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Ficha N°:.....

##### A. Factores demográficos

1. Edad:
  - a. Adolescente <19 años
  - c. Adulto joven 19 a 34 años
  - d. Edad materna avanzada  $\geq 35$  años
2. Grado de instrucción:
  - a. Primaria
  - b. Secundaria
  - c. Superior

##### B. Factores obstétricos

1. Paridad:
  - a. Primípara
  - b. Multípara
2. Cesárea previa:
  - a. Si
  - b. No
3. Edad gestacional:
  - a. < 37 semanas de gestación
  - b. 37 a 41 semanas 6 días de gestación
  - c.  $\geq 42$  semanas de gestación
4. Antecedente de aborto:
  - a. Si
  - b. No
5. Controles prenatales:
  - a.  $\geq 6$  controles prenatales
  - b. < 6 controles prenatales



6. Motivo de cesárea:

- a. Emergencia
- b. Programada

**C. Factores maternos**

- 1. Nivel de hemoglobina
  - a. Valor normal  $\geq 11.0$  g/dL
  - b. Anemia leve 10.0 – 10.9 g/dL
  - c. Anemia moderada 7.0 - 9.9 g/dL
  - d. Anemia severa  $< 7.0$  g/dL
- 2. Índice de masa corporal
  - a. Delgadez Menos 18,5
  - b. Normal 18.5 – 24.9
  - c. Sobrepeso 25.0 – 29.9
  - d. Obesidad  $\geq 30.0$



**FICHA DE FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS  
SOBRE LAS COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS EN PACIENTES  
CESAREADAS**

<b>Complicaciones</b>	<b>Marque según corresponda</b>
Sin complicaciones	
Hemorragia	
Hematoma	
Dehiscencia	
Infección de sitio operatorio	
Endometritis puerperal	
Sepsis	

## ANEXO 4: VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

### VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS

#### I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y nombres del experto: Apaza Pérez Ronald Fidel
- 1.2 Actividad laboral del experto: Médico ginecólogo obstetra
- 1.3 Nombre de los instrumentos: 2 Fichas de recolección de datos.

CRITERIOS DE EVALUACION	MD	D	R	B	MB
	0.0	0.5	1.0	1.5	2.0
1. <b>CLARIDAD:</b> Está escrito en lenguaje científico de fácil comprensión y es apropiado para el tipo de investigación que se pretende realizar.					X
2. <b>OBJETIVIDAD:</b> Esta expresado en forma de indicadores observables o medibles.					X
3. <b>ACTUALIDAD:</b> Los ítems corresponden a las formas actuales de formación de instrumentos de investigación.					X
4. <b>ORGANIZACIÓN:</b> La formulación de los ítems tiene una secuencia lógica según el tipo de investigación que se pretende realizar.					X
5. <b>COHERENCIA ESTRUCTURAL:</b> La cantidad de ítems corresponde a los indicadores que se pretende medir.					X
6. <b>COHERENCIA SEMANTICA:</b> Los ítems del instrumento van a permitir responder al planteamiento del problema general y específicos.					X
7. <b>PERTINENCIA:</b> El instrumento es coherente					
8. <b>CONSISTENCIA TEORICA:</b> Los ítems se sustenta en el marco teórico que se desarrolla y se asume en la investigación.				X	
9. <b>ESTRUCTURA FORMAL:</b> El instrumento contienen todos los elementos estructurales básicos.				X	
10. <b>ORIGINALIDAD:</b> Este instrumento es una elaboración propia con todos los criterios metodológicos básicos. De lo contrario mencione la fuente.					X
<b>TOTAL</b>				3	14

#### II. DECISIÓN DEL EXPERTO:

DESCRIPCIÓN	PUNTAJE	DECISIÓN
El instrumento debe ser reformulado	01 -10 puntos	
El instrumento requiere de algunos ajustes	11 -15 puntos	
El instrumento es adecuado	16 -18 puntos	17 PUNTOS
El instrumento es excelente	19 -20 puntos	

Dr. APAZA PEREZ Ronald F.  
MÉDICO GINECO - OBSTETRA  
CMP. 58642 RNE. 33069

## VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS


## I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y nombres del experto: Lupaca Huichi Joel Enrique  
1.2 Actividad laboral del experto: Médico ginecólogo obstetra  
1.3 Nombre de los instrumentos: 2 Fichas de recolección de datos.

CRITERIOS DE EVALUACION	MD	D	R	B	MB
	0.0	0.5	1.0	1.5	2.0
1. CLARIDAD: Está escrito en lenguaje científico de fácil comprensión y es apropiado para el tipo de investigación que se pretende realizar.					X
2. OBJETIVIDAD: Esta expresado en forma de indicadores observables o medibles.					X
3. ACTUALIDAD: Los ítems corresponden a las formas actuales de formación de instrumentos de investigación.					X
4. ORGANIZACIÓN: La formulación de los ítems tiene una secuencia lógica según el tipo de investigación que se pretende realizar.					X
5. COHERENCIA ESTRUCTURAL: La cantidad de ítems corresponde a los indicadores que se pretende medir.					X
6. COHERENCIA SEMANTICA: Los ítems del instrumento van a permitir responder al planteamiento del problema general y específicos.					X
7. PERTINENCIA: El instrumento es coherente					
8. CONSISTENCIA TEORICA: Los ítems se sustenta en el marco teórico que se desarrolla y se asume en la investigación.				X	
9. ESTRUCTURA FORMAL: El instrumento contienen todos los elementos estructurales básicos.				X	
10. ORIGINALIDAD: Este instrumento es una elaboración propia con todos los criterios metodológicos básicos. De lo contrario mencione la fuente.					X
<b>TOTAL</b>				<b>3</b>	<b>14</b>

## II. DECISIÓN DEL EXPERTO:

DESCRIPCIÓN	PUNTAJE	DECISIÓN
El instrumento debe ser reformulado	01 -10 puntos	
El instrumento requiere de algunos ajustes	11 -15 puntos	
El instrumento es adecuado	16 -18 puntos	17 PUNTOS
El instrumento es excelente	19 -20 puntos	

  
Dr. Joel E. Lupaca Huichi  
MEDICO CIRUJANO # 80100  
GINECOLOGO Y OBSTETRA RNE: 32879

## VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS

### I. DATOS GENERALES

- 1.1 Apellidos y nombres del experto: Apaza Mamani Percy Rolando  
 1.2 Actividad laboral del experto: Jefe de servicio de ginecoobstetricia  
 1.3 Nombre de los instrumentos: 2 Fichas de recolección de datos.

CRITERIOS DE EVALUACION	MD	D	R	B	MB
	0.0	0.5	1.0	1.5	2.0
1. CLARIDAD: Está escrito en lenguaje científico de fácil comprensión y es apropiado para el tipo de investigación que se pretende realizar.					X
2. OBJETIVIDAD: Esta expresado en forma de indicadores observables o medibles.					X
3. ACTUALIDAD: Los ítems corresponden a las formas actuales de formación de instrumentos de investigación.					X
4. ORGANIZACIÓN: La formulación de los ítems tiene una secuencia lógica según el tipo de investigación que se pretende realizar.					X
5. COHERENCIA ESTRUCTURAL: La cantidad de ítems corresponde a los indicadores que se pretende medir.					X
6. COHERENCIA SEMANTICA: Los ítems del instrumento van a permitir responder al planteamiento del problema general y específicos.					X
7. PERTINENCIA: El instrumento es coherente					
8. CONSISTENCIA TEORICA: Los ítems se sustenta en el marco teórico que se desarrolla y se asume en la investigación.				X	
9. ESTRUCTURA FORMAL: El instrumento contienen todos los elementos estructurales básicos.				X	
10. ORIGINALIDAD: Este instrumento es una elaboración propia con todos los criterios metodológicos básicos. De lo contrario mencione la fuente.					X
<b>TOTAL</b>				<b>3</b>	<b>14</b>

### II. DECISIÓN DEL EXPERTO:

DESCRIPCIÓN	PUNTAJE	DECISIÓN
El instrumento debe ser reformulado	01 -10 puntos	
El instrumento requiere de algunos ajustes	11 -15 puntos	
El instrumento es adecuado	16 -18 puntos	17 PUNTOS
El instrumento es excelente	19 -20 puntos	

Dr. Percy Rolando Apaza Mamani  
 JEFE DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA  
 CMP 43027 N.E. 19579

APAZA Salud

## ANEXO 5: AUTORIZACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO



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

**MEMORANDUM N° 000035-DHIII-RAJUL**

**PARA** : DR. PERCY ROLANDO APAZA MAMANI  
Jefe del servicio de Gineco – obstetricia  
**DE** : DR. EDER LENNART SAIRITUPA FLORES  
Director del Hospital III EsSalud Juliaca  
**ASUNTO** : Autoriza realizar proyecto de investigación  
**FECHA** : Juliaca, 03 de junio de 2025.

Por intermedio del presente le hago llegar afectuosos saludos, visto el informe del comité institucional de ética e investigación del hospital III EsSalud red asistencial Juliaca quien informa luego de haber revisado el proyecto de investigación "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LAS COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS EN PACIENTES CESAREADAS HOSPITAL III ESSALUD RED ASISTENCIAL JULIACA 2024", presentado por la Bach. BETSABE SARA SANCA TURPO de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez, se autoriza ejecutar el proyecto de investigación en el servicio de Gineco Obstetricia.

Así mismo sírvese a brindar todas las facilidades del caso para el logro de sus objetivos profesionales.

Atentamente,



EDER L. SAIRITUPA FLORES  
DIRECTOR  
Hospital Base III Juliaca  
RED ASISTENCIAL JULIACA  
EsSalud



ANEXO 6: POBLACIÓN



POBLACIÓN DE PACIENTES CESAREADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III ESSALUD RED ASISTENCIAL JULIACA 2024

<b>TOTAL</b>
<b>483</b>

Dr. Percy Rolando Apaza Mamani  
JEFE DEL SERVICIO DE GINECOGINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA  
CHAP. 19979  
EsSalud



ANEXO 1  
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

AUTORIZACIÓN PARA LA INCORPORACIÓN DE LOS  
TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN  
EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UANCV

Formato digital

Fecha de entrega: 10/10/2025

1. Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos: BETSABE SARA SANCA TURPO

Dirección: Jr. Anjollani Mz. B. It 5 Urb. Residencial Collasuyo - Juliaca

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: 73545705

Teléfono: 957727041 email: sarasanca09@gmail.com

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

Facultad y/o Escuela de Posgrado: CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional o Mención: MEDICINA HUMANA

Título o Grado Académico a optar: MÉDICO CIRUJANO

Asesor: Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE

Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones:

Trabajo de Investigación  Tesis  Trabajo de Suficiencia Profesional  Trabajo Académico

Título: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LAS COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS EN PACIENTES CESAREADAS HOSPITAL III ESSALUD RED ASISTENCIAL JULIACA 2024

Palabras claves, (3 a 5 términos): Complicaciones, factores, posquirúrgicas, cesareadas

¿Esta obra se desarrolló en la UANCV <sup>1,2</sup>?

2

<sup>1</sup> Indicar si su producción intelectual ha empleado recursos tales como, instalaciones, laboratorios, insumos, equipos, bases de datos, asesoría técnica por parte del personal de la UANCV, financiamiento, entre otros relacionados.

<sup>2</sup> Si su producción intelectual se desarrolló en la UANCV totalmente o parcialmente, deberá autorizar el depósito en el Repositorio de manera obligatoria.



2. Referencia de tesis:

Bachiller  Titulo  2da Especialidad  Maestría  Doctorado

3. Licencias:

a) Licencia estándar:

**Bajo los siguientes términos, autorizo el depósito de mi tesis en el Repositorio Digital de la UANCV.**

Con la autorización de depósito de mi producción Intelectual, otorgo a la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" una licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar al público, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público mi producción intelectual (incluido el resumen), en formato físico o digital, en cualquier medio, conocido o por conocerse, a través de los diversos servicios por la Universidad, creados o por crearse, tales como el Repositorio Digital de tesis UANCV, colección de producción intelectual, entre otros, en el Perú y en el extranjero por el tiempo y veces que considere necesarias, y libres de remuneraciones.

En virtud de dicha licencia, la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" podrá reproducir mi producción intelectual en cualquier tipo de soporte y en más de un ejemplar, sin modificar su contenido, solo con propósitos de seguridad, respaldo y preservación.

Declaro que la producción intelectual es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, coautoría con titularidad compartida, y me encuentro facultado a conceder la presente licencia y, asimismo, garantizo que dicha producción intelectual no infringe derechos de autor de terceras personas.

La Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" consignará el nombre del y/o los autor(es) de la producción intelectual, y no le hará ninguna modificación más que la permitida en la licencia.

**Autorizo su publicación (marque con una X)**

Sí, autorizo que se deposite inmediatamente.  
 Sí, autorizo que se deposite a partir de la fecha (d/m/a): \_\_\_\_\_  
 No autorizo.

b) Licencia CREATIVE COMMONS 4.0 INTERNACIONAL:

Si usted concede una licencia CREATIVE COMMONS sobre su producción intelectual, mantiene la titularidad de los derechos de autor de esta y, a la vez, permite que otras personas puedan reproducirla, comunicarla al público y distribuir ejemplares de esta, bajo las condiciones siguientes:

**¿Quiere permitir usos comerciales de su producción intelectual?**

**Sí:** significa que usted permite la reproducción, distribución y comunicación pública de la producción intelectual incluso con fines comerciales.

**No:** significa que usted permite la reproducción, y comunicación pública de la producción intelectual, pero sin fines comerciales.

Sí autorizo  
 No autorizo



**Jurisdicción de su Licencia**

Todas las licencias CREATIVE COMMONS son de ámbito mundial, sin embargo, usted puede elegir entre la opción "internacional" o una adaptada a su jurisdicción, como para el caso peruano.

La opción "internacional" emplea el lenguaje y la terminología de los tratados internacionales; en cambio, la adaptada a su jurisdicción, recoge las particularidades de la legislación peruana.

En consecuencia, **la opción "internacional" goza de una mayor eficacia a nivel mundial, gracias a que tiene jurisdicción neutral.** Mientras que la opción adaptada a la jurisdicción del Perú goza de una mayor eficacia ante los tribunales peruanos.

Internacional

Nacional

Línea de investigación: MEDICINA HUMANA - P09

Firma de Autor



huella digital

10 - OCTUBRE - 2025

Fecha