



UNIVERSIDAD ANDINA

NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A ROTURA DE
ÚTERO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
CARLOS CORNEJO ROSELLO VIZCARDO
AZÁNGARO 2023 - 2024**

TESIS PRESENTADA POR:

Bach. ELVIS MAMANI MAMANI

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

JULIACA – PERÚ

2026



UNIVERSIDAD ANDINA

NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

**FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A ROTURA DE
ÚTERO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
CARLOS CORNEJO ROSELLO VIZCARDO
AZÁNGARO 2023 - 2024**

TESIS PRESENTADA POR:

Bach. ELVIS MAMANI MAMANI

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

APROBADA POR EL JURADO REVISOR:

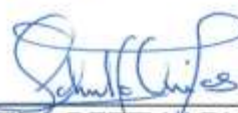
PRESIDENTE

: 
Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA

PRIMER MIEMBRO

: 
Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO

SEGUNDO MIEMBRO

: 
Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE

ASESOR DE TESIS

: 
Dra. MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN : MEDICINA HUMANA - P09



RESOLUCIÓN DECANAL N° 208-2026-D-FCS-UANCV

Juliaca, 28 de Abril del 2026

VISTOS:

El Expediente N° 1828-2026 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 RELACIONADOS A ROTURA DE ÚTERO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLO VIZCARDO AZÁNGARO 2023 – 2024** por los jurados de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Escuela Profesional de Medicina Humana

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: **MAMANI MAMANI ELVIS** designado por sorteo a los siguientes docentes:

- | | |
|------------------|--|
| * Presidente : | Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA |
| * 1er. Miembro : | Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO |
| * 2do. Miembro : | Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE |
| * Asesor (a) : | Dra. MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA |

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

DIA :	Jueves 30 de Abril del 2026
HORA :	14:00 Horas
LOCAL :	Auditorio 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 la 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 2026 (1)



RESOLUCIÓN DECANAL N° 1458 2025-D-FCS-UANCV

Juliaca, 29 de diciembre del 2025

VISTOS:

El Expediente N° 13551-2025 de fecha 16 de diciembre del 2025, presentado por el Bachiller: **MAMANI MAMANI ELVIS** quien solicita la revisión de Informe Final de investigación (Borrador de Tesis) Titulado: **FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A ROTURA DE ÚTERO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLO VIZCARDO AZÁNGARO 2023 – 2024** Por los jurados de la Facultad de Ciencias de la Salud de la 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° 102-2023-CF-FCS-UANCV y con la aprobación del informe final por los siguientes miembros de jurado y asesor:

- * **Presidente** : **Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA**
- * **1er. Miembro** : **Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO**
- * **2do. Miembro** : **Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE**

- * **Asesor (a)** : **Dra. MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA**

Estando en 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° 094-2023-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;

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- APROBAR, el **INFORME FINAL** de **INVESTIGACIÓN (BORRADOR DE TESIS)** para la **REVISION** de **SIMILITUD TURNITIN**, presentado por el (la) bachiller: **MAMANI MAMANI ELVIS** para optar el título profesional de: **MÉDICO CIRUJANO** con el tema: **FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A ROTURA DE ÚTERO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLO VIZCARDO AZÁNGARO 2023 – 2024** correspondiente a la línea de investigación **MEDICINA HUMANA**

- * **ARTICULO SEGUNDO.- RATIFICAR** como **ASESOR (A) DE INVESTIGACIÓN** a la: **Dra. MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA**

* **ARTICULO TERCERO.- DISPONER** que la Unidad de Investigación, de la Facultad de Ciencias de la Salud y Secretaria Académica quedan encargadas del cumplimiento de la presente resolución

Regístrese, Comuníquese, y Archívese.



Distribución: interesado Archivo.



RESOLUCIÓN DECANAL N° 758-2025-D-FCS-UANCV

Juliaca, 18 de Setiembre del 2025

VISTOS: El Informe N° 002 -2025-UI-FCS-UANCV-J emitido por la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, para la resolución de aprobación de la propuesta de Investigación de fecha 16 de setiembre de la E.P. de Medicina Humana.

CONSIDERANDO:

Que, el (la) Bachiller (a) **MAMANI MAMANI ELVIS** quien solicita la revisión y aprobación de la propuesta de Investigación titulado: **FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A ROTURA DE ÚTERO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLO VISCARDO AZÁNGARO 2023 -2024** para optar el título profesional de **MÉDICO CIRUJANO**.

Que al haberse cumplido con los requisitos exigidos por el reglamento interno de trabajo de investigación conducente a Grados y Títulos plasmado en la Resolución N° 0294-2023-UANCV – CU –R.

Que es requisito indispensable contar con un asesor Docente ordinario de la Facultad de Ciencias de la Salud, con mínimo de 5 años de Docencia, grado de doctor o magister y experiencia en la línea a investigar

Estando en la opinión favorable de la Unidad de Investigación, en concordancia del Comité de investigación de la Facultad de Ciencias de la salud, y en concordancia con el Reglamento interno de la Unidad de Investigación conducente a Grados y Títulos aprobado con la Resolución N° 294-2023-UANCV –CU –R y en uso de las atribuciones que le concede a la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación la UANCV N°23738 Y modificado N°24661, y el Estatuto de la UANCV la Decana y la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud.

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- APROBAR, la PROPUESTA de INVESTIGACIÓN, presentado por el (la) egresado (a)) **MAMANI MAMANI ELVIS** para optar el Título Profesional de: **MÉDICO CIRUJANO** con el tema titulado: **FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A ROTURA DE ÚTERO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLO VISCARDO AZÁNGARO 2023 -2024** correspondiente a la línea de investigación **MEDICINA HUMANA**

La misma que deberá proceder con la ejecución de la Propuesta de Investigación aprobado de acuerdo a lo establecido en el Reglamento Interno de Trabajo de Investigación a grados y Títulos con fines de obtención de Grados y Títulos Profesionales s

ARTICULO SEGUNDO.- RECONOCER, como **ASESOR(A) DE LA PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN** a l(la) Docente Ordinario (a) de la Facultad de Ciencias de la Salud Dra. **MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA**

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 quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese, Archívese



UNIVERSIDAD ANDINA
"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"
Dra. Gabriela Betty Arias Loque
DECANA (e)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Distribución: Decanato EP-MH Secretaria Académica Archivo



ELVIS MAMANI MAMANI

FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A ROTURA DE ÚTERO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS CORN...

 Trabajos de tesis para ingreso a repositorio

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::13016:598607455

Fecha de entrega

8 jun 2026, 22:33 GMT-5

Fecha de descarga

9 jun 2026, 9:53 GMT-5

Nombre del archivo

T036_70313804_T.docx

Tamaño del archivo

13.2 MB

121 páginas

17.838 palabras

99.757 caracteres



TESIS UANCV

20% Similitud general

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

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 15%  Fuentes de Internet
- 4%  Publicaciones
- 18%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.



METADATOS COMPLEMENTARIOS

Título de la tesis	
FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A ROTURA DE ÚTERO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLO VIZCARDI AZÁNGARO 2023 - 2024	
Datos de autor	
Nombres y apellidos	ELVIS MAMANI MAMANI
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	70313804
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0003-0646-3823
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	02401506
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-4252-5265
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	01297921
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	01309221
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	29344129



Datos de investigación	
Línea de investigación	MEDICINA HUMANA - P09
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento
Ubicación geográfica de la investigación	País: Perú Departamento: Puno Provincia: Azángaro Distrito: Azángaro Coordenadas: Latitud: -14.904040407359282 Longitud: -70.19931636375257 URL: https://maps.app.goo.gl/HCT2RUyysXmT33R98 
Año o rango de años en que se realizó la investigación	Setiembre 2025 – Abril 2026
URL de disciplinas OCDE https://concytec-pe.github.io/Peru-CRIS/vocabularios/ocde_ford.html	Ciencias médicas, Ciencias de la salud https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.00.00 Obstetricia, Ginecología https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.02



PROFESOR VICERECTOR LACRÉS VELÁSQUEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Dr. María Concepción Figueroa Vilca
DIRECTORA
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN FCS



DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo ELVIS MAMANI MAMANI, identificado con DNI

Nro. 70313804 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 RELACIONADOS A ROTURA DE ÚTERO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLO VIZCARDI AZÁNGARO 2023 - 2024

Asesorado por: Dra. MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA

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 11 de Mayo del 2026


Firma del Asesor
(obligatoria)



FIRMA (obligatoria)



Huella



DEDICATORIA

A Dios, por la fuerza que me da en cada etapa de mi vida. A mi madre y mi familia, cuyo amor, sacrificio y apoyo constante hicieron posible este camino. Este es el resultado de mi gratitud a quienes creyeron en mí y me animaron a seguir adelante, incluso en las dificultades.



AGRADECIMIENTOS

A los profesores de la Universidad Andina
Néstor Cáceres Velásquez por mi educación,
y a mi asesora por su ayuda constante.
Agradezco al Hospital Carlos Cornejo Rosello
Vizcardo por facilitarme la obtención de la
información que necesitaba para el presente
estudio.



ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	III
AGRADECIMIENTOS	IV
ÍNDICE GENERAL	V
ÍNDICE DE TABLAS	VIII
ÍNDICE DE FIGURAS	X
RESUMEN	XII
ABSTRACT	XIII
INTRODUCCIÓN	XIV

CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	4
1.2.1. Problema general.....	4
1.2.2. Problemas específicos:	4
1.3. JUSTIFICACIÓN.....	5
1.3.1. Justificación teórica.....	5
1.3.2. Justificación practica	5
1.3.3. Justificación metodológica.....	6
1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	6
1.4.1. Objetivo general	6
1.4.2. Objetivos específicos	6
1.5. HIPÓTESIS.....	8
1.5.1. Hipótesis general	8
1.5.2. Hipótesis específicas	8



1.6.	VARIABLES.....	8
1.7.	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	9

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1.	ANTECEDENTES.....	10
2.1.1.	A nivel internacional.....	10
2.1.2.	A nivel nacional.....	14
2.1.3.	A nivel regional.....	18
2.1.	MARCO TEÓRICO.....	23
2.1.1.	Factores maternos.....	23
2.1.2.	Factores fetales.....	26
2.1.3.	Factor placentario.....	28
2.1.4.	Rotura uterina.....	28
2.2.	MARCO CONCEPTUAL.....	29

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA Y RESULTADOS

3.1.	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	34
3.2.	TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	35
3.3.	MÉTODO APLICADO A LA INVESTIGACIÓN.....	35
3.4.	POBLACIÓN Y MUESTRA.....	35
3.4.1.	Población:.....	35
3.4.2.	Muestra:.....	36
3.5.	MÉTODOS Y TÉCNICAS DE RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN.....	37
3.5.1.	Técnica:.....	37
3.5.2.	Instrumentos.....	37



3.5.3. Fuente	38
3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS	38
3.7. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS.....	38
3.8. VALIDACIÓN Y CONFIABILIDAD	38
3.8.1. Validación	38
3.8.2. Confiabilidad	39

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 RESULTADOS Y DISCUSIÓN	40
CONCLUSIONES.....	72
RECOMENDACIONES	74
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76
ANEXOS	83
ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	84
ANEXO 2: INSTRUMENTOS	86
ANEXO 3: VALIDEZ DE INSTRUMENTOS	87
ANEXO 4: TRATAMIENTO DE DATOS.....	88



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Relación entre la edad materna y el tipo de ruptura uterina en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo, 2023–2024.....	43
Tabla 2.	Relación entre el nivel de instrucción y el tipo de ruptura uterina en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo, 2023–2024.....	46
Tabla 3.	Relación entre el número de gestaciones y el tipo de ruptura uterina en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo, 2023–2024.....	49
Tabla 4.	Relación entre la paridad y el tipo de ruptura uterina en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo, 2023–2024.	52
Tabla 5.	Relación entre el antecedente de intervención quirúrgica y el tipo de ruptura uterina en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo, 2023–2024.	55
Tabla 6.	Relación entre la desproporción feto-pélvica y el tipo de ruptura uterina en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo, 2023–2024.....	58
Tabla 7.	Relación entre la situación fetal y el tipo de ruptura uterina en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo, 2023–2024.....	61
Tabla 8.	Relación entre la macrosomía fetal y el tipo de ruptura uterina en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo, 2023–2024.....	64



Tabla 9. Relación entre el acretismo placentario y el tipo de ruptura uterina en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo, 2023–2024.....	67
Tabla 10. Frecuencia del tipo de ruptura uterina en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo, 2023–2024.	70



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.	Relación entre la edad materna y el tipo de rotura de útero en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo, 2023–2024.....	34
Figura 2.	Relación entre el nivel de instrucción y el tipo de rotura de útero en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo, 2023–2024.....	37
Figura 3.	Relación entre el número de gestaciones y el tipo de rotura de útero en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo, 2023–2024.....	40
Figura 4.	Relación entre la paridad y el tipo de rotura de útero en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo, 2023–2024.....	43
Figura 5.	Relación entre el antecedente de intervención quirúrgica y el tipo de rotura de útero en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo, 2023–2024.....	46
Figura 6.	Relación entre la desproporción feto-pélvica y el tipo de rotura de útero en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo, 2023–2024.....	49
Figura 7.	Relación entre la situación fetal y el tipo de rotura de útero en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo, 2023–2024.....	52
Figura 8.	Relación entre la macrosomía fetal y el tipo de rotura de útero en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo, 2023–2024.....	55



Figura 9.	Relación entre el acretismo placentario y el tipo de rotura de útero en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo, 2023–2024.....	58
Figura 10.	Frecuencia del tipo de rotura de útero en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo, 2023–2024..	61



RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores de riesgo relacionados a la rotura de útero en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro durante 2023–2024. **Materiales y método:** Estudio básico, no experimental, transversal y correlacional. Se trabajó con 50 gestantes con diagnóstico de rotura uterina mediante análisis documental de historias clínicas y una ficha estructurada. El análisis se realizó con estadística descriptiva y prueba de chi-cuadrado, con un nivel de significancia de 0,05. **Resultados:** Se encontró relación significativa entre la edad materna $p=0,031$, donde el 42,0% tenía más de 34 años; y la paridad $p=0,025$, siendo primíparas el 48,0%, grupo que concentró el 18,0% de roturas completas. También se halló asociación con antecedentes de cirugía uterina $p=0,044$, presentes en el 58,0% de las pacientes; con la desproporción feto-pélvica $p=0,028$, registrada en el 66,0% de los casos; con la situación fetal $p=0,033$, predominando presentaciones transversa y oblicua 42,0% cada una; y con el acretismo placentario $p=0,035$, identificado en el 60,0%. La rotura uterina incompleta fue la más frecuente 68,0%. **Conclusión:** Los principales factores asociados a la rotura uterina fueron la edad materna avanzada, la paridad, la cirugía uterina previa, la desproporción feto-pélvica, las presentaciones fetales anómalas y el acretismo placentario.

Palabras clave: Rotura uterina, factores de riesgo, gestantes, desproporción feto-pélvica, acretismo placentario.



ABSTRACT

Objective: To determine the risk factors associated with uterine rupture in pregnant women treated at the Carlos Cornejo Rosello Vizcardo Hospital in Azángaro during 2023–2024. **Materials and methods:** A basic, non-experimental, cross-sectional, and correlational study was conducted. Fifty pregnant women diagnosed with uterine rupture were included in the study, with data collected through a review of medical records and a structured data collection form. Descriptive statistics and the chi-square test were used for data analysis, with a significance level of 0.05.

Results: A significant relationship was found between maternal age ($p=0.031$), with 42.0% of women being over 34 years old, and parity ($p=0.025$), with 48.0% being primiparous, a group that accounted for 18.0% of complete ruptures. An association was also found with a history of uterine surgery ($p=0.044$), present in 58.0% of patients; with cephalopelvic disproportion ($p=0.028$), recorded in 66.0% of cases; with fetal lie ($p=0.033$), with transverse and oblique presentations predominating at 42.0% each; and with placenta accreta ($p=0.035$), identified in 60.0%. Incomplete uterine rupture was the most frequent (68.0%). **Conclusion:** The main factors associated with uterine rupture were advanced maternal age, parity, previous uterine surgery, cephalopelvic disproportion, abnormal fetal presentations, and placenta accreta.

Keywords: Uterine rupture, risk factors, pregnant women, cephalopelvic disproportion, placenta accreta.



INTRODUCCIÓN

La rotura uterina es una de las complicaciones más temidas en obstetricia. Ocurre cuando la pared del útero se desgarrar, ya sea de forma parcial o total, y cuando eso sucede, tanto la vida de la madre como la del bebé quedan en riesgo inmediato. No es una complicación frecuente, pero cuando aparece, el tiempo que se tarda en reconocerla y actuar puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte. La situación se agrava en pocas horas, a veces en minutos, y las consecuencias que deja pueden ser permanentes e irreversibles.

Dentro del Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro, esta emergencia no es un caso aislado ni un tema menor. Es una realidad que el personal de salud enfrenta y que merece ser estudiada con seriedad, porque entender cómo ocurre, en qué pacientes y bajo qué circunstancias es el primer paso para prevenirla. Este hospital atiende a una población con características particulares, muchas veces con acceso limitado a controles prenatales regulares y con dificultades para llegar a tiempo ante una emergencia, lo que hace que la vigilancia obstétrica sea todavía más importante.

La literatura médica ha identificado con bastante claridad que hay ciertos factores que aumentan el riesgo de que una mujer sufra una rotura uterina. La edad de la madre es uno de ellos, tanto las muy jóvenes como las de mayor edad tienen mayor vulnerabilidad. La cantidad de partos previos también importa, porque cada embarazo deja una huella en el útero. Las mujeres que han tenido cirugías uterinas anteriores, como una cesárea, cargan con una cicatriz que puede ceder bajo la presión del trabajo de parto. A eso se suman situaciones como la desproporción entre el tamaño del bebé y la pelvis de la madre, las posiciones anómalas del feto que dificultan el parto natural, y el acretismo placentario, que es cuando la placenta



se adhiere de manera anormal a la pared uterina y no se desprende con facilidad. Todos estos factores, solos o combinados, pueden alterar el curso normal del parto y generar una tensión en el útero que termina en ruptura, sobre todo en entornos donde no siempre se cuenta con todos los recursos diagnósticos ni con la posibilidad de actuar de inmediato.

Por eso, este estudio busca analizar esas variables de forma ordenada y con datos reales de pacientes atendidas en este hospital, con el objetivo de identificar cuáles de esos factores tienen una relación más clara con la rotura uterina y cuál es el tipo de rotura que se presenta con mayor frecuencia en esta población. No se trata solo de un ejercicio académico, sino de un aporte concreto para mejorar la forma en que se vigila y atiende el embarazo en esta zona.

La investigación está organizada en cuatro capítulos. El primero presenta el problema, explica por qué vale la pena estudiarlo, plantea los objetivos que guían la investigación, formula la hipótesis y define las variables que se van a analizar. El segundo capítulo desarrolla el marco teórico y conceptual, es decir, todo lo que la medicina ya sabe sobre la rotura uterina y sobre los factores que la producen, apoyándose en estudios previos y en la evidencia científica disponible. El tercer capítulo explica cómo se hizo la investigación: qué tipo de diseño se usó, quiénes conforman la población estudiada, cómo se recolectaron los datos y qué instrumentos se utilizaron para analizarlos. Finalmente, el cuarto capítulo presenta los resultados obtenidos, los analiza estadísticamente, saca conclusiones concretas y propone recomendaciones que puedan ser útiles para el hospital y para quienes trabajan en la atención obstétrica de la región.



CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A nivel internacional

La Organización Mundial de la Salud lleva años insistiendo en algo que parece obvio pero que en la práctica no siempre se cumple: las mujeres embarazadas necesitan atención de calidad, especialmente cuando algo sale mal. Y dentro de las complicaciones que pueden presentarse durante el embarazo y el parto, la rotura uterina es una de las más graves y de las que menos margen de error permiten. Hablamos de una situación en la que la pared del útero se desgarrar por completo, y cuando eso ocurre, la madre y el bebé están en peligro real e inmediato. No hay tiempo para dudar ni para improvisar.

Por eso la OMS ha insistido durante años en que los países, especialmente los de ingresos bajos y medios, cuenten con protocolos claros para inducir el parto de forma segura, para manejar las complicaciones cuando aparecen y para garantizar que las mujeres puedan acceder a atención de emergencia a tiempo. Porque muchas de estas muertes y secuelas no ocurren por falta de solución médica, sino por falta de acceso a ella.

En cuanto a los números, la diferencia entre países ricos y países pobres es enorme y dice mucho sobre las desigualdades en salud que siguen



existiendo en el mundo. En países con sistemas de salud bien desarrollados, la rotura uterina ocurre aproximadamente en uno de cada 8,400 partos. En cambio, en países en desarrollo esa cifra puede ser hasta ocho veces mayor, llegando a uno de cada 920 partos. Esa brecha no es casualidad, refleja las diferencias en acceso a controles prenatales, en la calidad de la atención durante el parto y en la capacidad de respuesta ante las emergencias. Y si hablamos específicamente de mujeres que ya tuvieron una cesárea anterior, el riesgo sube todavía más, con una incidencia cercana a uno de cada 300 partos. Esa cicatriz que dejó la cirugía previa es un factor que nunca debe ignorarse durante el seguimiento del embarazo, porque bajo ciertas condiciones puede ceder y desencadenar una catástrofe obstétrica.

A nivel nacional

En el Perú, el Ministerio de Salud reconoce la rotura uterina como una emergencia obstétrica grave y ha trabajado en establecer protocolos para que los establecimientos de salud, desde los más grandes hasta los más pequeños, sepan cómo actuar ante ella. El foco está puesto en la prevención y en la detección temprana, porque actuar antes de que ocurra la rotura siempre es mejor que intentar controlar el daño después. Una hemorragia masiva dentro del abdomen no espera.

Si bien no es una complicación que se vea todos los días, cuando aparece las consecuencias pueden ser devastadoras para la madre, para el bebé y para la familia entera. La OMS calcula que a nivel mundial ocurre en aproximadamente 5.3 de cada 10,000 partos. Pero esa cifra global no refleja la realidad de todos los contextos por igual. En zonas rurales o en establecimientos con menos recursos, la probabilidad de que una rotura



uterina termine en tragedia es mucho mayor que en hospitales bien equipados de las grandes ciudades.

En el caso particular de mujeres peruanas que ya tuvieron una cesárea y luego intentan un parto vaginal, el riesgo de sufrir una rotura uterina puede estar entre el 2 y el 9%, dependiendo de varios factores: el tiempo transcurrido desde la cirugía anterior, la cantidad de cesáreas previas, cómo progresa el trabajo de parto y si hubo alguna complicación en el embarazo actual. Por eso, en estos casos, el seguimiento debe ser especialmente cuidadoso y la decisión sobre la vía del parto tiene que tomarse con toda la información disponible.

A nivel local

Desde el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, el jefe de epidemiología ha señalado que la rotura uterina es una realidad que no puede tomarse a la ligera en esta zona. Y tiene razón. Juliaca es una ciudad grande, con una población que crece rápido y con una demanda de servicios de salud que no siempre puede cubrirse como se quisiera. Las mujeres que llegan a parir ahí vienen muchas veces de comunidades alejadas, con pocos o ningún control prenatal, y en algunos casos con factores de riesgo que no fueron identificados a tiempo.

La rotura uterina, en ese contexto, representa un desafío doble: por un lado, hay que saber reconocerla rápido, porque los síntomas pueden confundirse con otras situaciones propias del trabajo de parto y cada minuto que pasa sin actuar aumenta el riesgo de muerte. Por otro lado, hay que tener los recursos y el personal entrenado para responder de inmediato una vez que

se detecta, porque esta complicación no da segundas oportunidades si no se actúa con rapidez y decisión.

La incidencia estimada a nivel mundial, según la OMS, es de 5.3 casos por cada 10,000 partos. Un número que, visto así, puede parecer pequeño. Pero cuando se traduce en una mujer concreta, en una familia que pierde a una madre o a un bebé que podría haberse salvado con mejor atención, esa estadística deja de ser un número y se convierte en una urgencia. Por eso estudiar esta complicación dentro del Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro no es solo un ejercicio académico, es una forma concreta de contribuir a que esas historias no se repitan.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema general

PG.- ¿Cuáles son los factores de riesgo relacionados a la rotura de útero en las gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo Azángaro 2023- 2024?

1.2.2. Problemas específicos:

PE1.- ¿Cuáles son los factores maternos relacionados a la rotura de útero en las gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro?

PE2.- ¿Cuáles son los factores fetales relacionados a la rotura de útero en las gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro?

PE3.- ¿Cuál es el factor placentario de riesgo relacionado a la rotura de útero en las gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro?



PE4.- ¿Cuál es el grado de rotura uterina que con mayor frecuencia se presenta en las gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro?

1.3. JUSTIFICACIÓN

1.3.1. Justificación teórica

Una de las urgencias obstétricas más complicadas es la ruptura uterina, caracterizada por su alta morbilidad y mortalidad tanto materna como fetal. Este fenómeno debe ser estudiado a fondo para identificar mejor los factores de riesgo que favorecen su aparición, muchos de los cuales no son plenamente reconocidos en la práctica clínica habitual. El presente estudio ofrece datos actualizados sobre los factores fetales, maternos y placentarios que inciden en la ruptura uterina, lo que enriquece el marco teórico actual y permite comparar los hallazgos internacionales con la realidad del Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro. Además, los descubrimientos obtenidos amplían el entendimiento científico de la causa, los mecanismos y las condiciones clínicas que propician este evento obstétrico, resultandos vitales para su prevención y tratamiento oportuno.

1.3.2. Justificación practica

Este estudio es muy importante para la práctica profesional porque ayuda a reconocer los factores de riesgo más frecuentes en las mujeres embarazadas que sufren ruptura uterina, facilitando su diagnóstico precoz en el control prenatal y el manejo del parto. Las evidencias alladas refuerzan la toma de decisiones clínicas, optimizan los protocolos de vigilancia obstétrica y ayudan a reducir las tasas de morbimortalidad materna y perinatal. Además, la información obtenida beneficia directamente al

establecimiento de salud, ya que permite una mejor planificación de recursos, orienta las capacitaciones del personal médico y favorece intervenciones más oportunas en mujeres gestantes con alto riesgo de complicaciones.

1.3.3. Justificación metodológica

Desde el punto de vista metodológico, esta investigación es válida porque utiliza un enfoque cuantitativo, no experimental y de corte transversal, el cual es adecuado para describir y analizar los factores de riesgo relacionados con un evento poco frecuente como la rotura uterina. El análisis exhaustivo de historias clínicas ofrece datos objetivos, accesibles y validados, asegurando así la fiabilidad de la información conseguida. El análisis de las relaciones entre los factores maternos, fetales y placentarios con la rotura uterina, además, permite mediante técnicas estadísticas apropiadas, identificar asociaciones relevantes, asegurando la validez científica del estudio y estableciendo una base sólida para investigaciones posteriores.

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. Objetivo general

OG. – Determinar los factores de riesgo relacionados a la rotura de útero en las gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro durante el periodo 2023–2024.

1.4.2. Objetivos específicos

OE1.- Identificar los factores maternos relacionados a la rotura de útero en las gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro.



OE2.- Establecer los factores fetales relacionados a la rotura de útero en las gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro.

OE3.- Analizar el factor placentario de riesgo relacionado a la rotura de útero en las gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro.

OE4.- Describir el grado y características de la rotura de útero que con mayor frecuencia se presentan en las gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro.



1.5. HIPÓTESIS

1.5.1. Hipótesis general

HG.- Los factores de riesgo maternos, fetales y placentarios están relacionados con la rotura de útero en las gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro durante los años 2023–2024.

1.5.2. Hipótesis específicas

HE1.- Los factores maternos están relacionados significativamente con la rotura de útero en las gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro.

HE2.- Los factores fetales están relacionados significativamente con la rotura de útero en las gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro.

HE3.- El factor placentario está relacionado significativamente con la rotura de útero en las gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro.

HE4.- La rotura uterina incompleta es el tipo que se presenta con mayor frecuencia en las gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro.

1.6. VARIABLES

Variable 1: Factores de riesgo.

Variable 2: Rotura de útero.



1.7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE VALORES
1. Factores de riesgo	1.1. Factores maternos	1.1.1. Edad	a) Menor de 18 años b) De 18 a 34 años c) Mayor de 34 años
		1.1.2. Nivel de instrucción	A) Ninguna B) Primaria c) Secundaria d) Superior
		1.1.3. Numero de gestaciones	a) Primigesta b) Multigesta c) Gran multigesta
		1.1.4. Paridad	a) Primípara b) Multípara c) Gran multípara
		1.1.5. Antecedentes de intervención quirúrgica	a) Sí b) No
	1.2. Factores fetales	1.2.1. Desproporción feto pélvica	a) Sí b) No
		1.2.2. Situación fetal	a) Longitudinal b) Transversa c) Oblicua
		1.2.3. Macrosomía fetal	a) Sí b) No
	1.3. Factor placentario	1.3.1. Acretismo placentario	a) Sí b) No
2. Rotura de útero.	2.1. Tipo de rotura uterina		a) Rotura uterina completa b) Rotura uterina incompleta



CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

2.1.1. A nivel internacional

Peñañiel. (4) La rotura uterina es una complicación que aparece principalmente en los momentos más críticos del embarazo: cerca del final de la gestación, durante el trabajo de parto o justo antes de que este comience. Sin embargo, hay casos excepcionales donde ocurre mucho antes, incluso en el segundo trimestre, lo que la hace todavía más impredecible y peligrosa. Se calcula que afecta aproximadamente a 5.9 de cada 10,000 embarazos, y entre los factores que más la favorecen están las cirugías uterinas anteriores y los problemas en la inserción de la placenta. Para entender mejor esta complicación, Peñañiel presenta el caso de una paciente embarazada de apenas 25 semanas que además cursaba con COVID-19 y un shock séptico. Su cuadro clínico se fue complicando durante aproximadamente 45 días hasta que, en una tomografía, se pudo ver algo que pocas veces se observa: el feto había pasado a la cavidad abdominal tras una rotura uterina completa en la cara anterior del útero. La paciente fue intervenida quirúrgicamente y, afortunadamente, su recuperación fue favorable. Este caso deja en claro que la rotura uterina puede presentarse en circunstancias muy distintas a las habituales y que las infecciones graves



durante el embarazo pueden ser un factor desencadenante que no siempre se considera con suficiente atención.

Ordoñez. (5) La rotura uterina no es frecuente, pero cuando ocurre, el cuerpo médico entra en una carrera contra el tiempo. Se trata del desgarro total de la pared del útero, una situación que casi siempre viene acompañada de sufrimiento fetal agudo, sangrado abundante y la necesidad urgente de una cesárea de emergencia. Dependiendo de cómo se encuentre el útero al momento de la cirugía, el médico puede intentar repararlo o verse obligado a extirparlo por completo para salvar la vida de la madre. En muchos casos, el bebé o la placenta terminan dentro de la cavidad abdominal, lo que agrava enormemente el riesgo tanto para la madre como para el recién nacido.

Este tipo de complicación ocurre con mayor frecuencia durante el segundo y tercer trimestre del embarazo, y tiene una relación muy estrecha con las cirugías uterinas previas, especialmente las cesáreas. La cicatriz que deja una cesárea anterior es un punto débil en el útero que bajo ciertas condiciones puede ceder, y por eso cada embarazo posterior en una mujer con ese antecedente debe manejarse con especial cuidado.

Ordoñez presenta el caso de una mujer de 37 años, con 29 semanas de embarazo y una cicatriz uterina previa, que sufrió una rotura uterina espontánea. Lo que hace especialmente importante este caso es que al inicio los síntomas fueron muy pocos, casi imperceptibles, lo que dificultó el diagnóstico temprano. Fue durante la cirugía exploratoria que se confirmó la rotura y se encontró al feto, ya sin vida, dentro de la cavidad abdominal. Este desenlace trágico lleva al autor a subrayar algo fundamental: el control



prenatal riguroso y el diagnóstico oportuno no son formalidades, son la diferencia entre salvar una vida o lamentarla.

Di Pietro. (6) describe un evento clínico excepcional de ruptura uterina ocurrido en la gestación a las 19 semanas, localizado en el sitio de una cicatriz de cesárea practicada dos años antes. Al momento del diagnóstico, el feto aún presentaba actividad vital, pero falleció minutos después como consecuencia de su extrema inmadurez. El manejo quirúrgico permitió conservar el útero, recomendándose de manera estricta a la paciente evitar futuras gestaciones y considerarse la ligadura tubárica como método definitivo. El trabajo revisa la evidencia científica relacionada con la ruptura uterina posterior a cesárea, analizando especialmente la utilidad de la ecografía para estimar el riesgo de este evento. Asimismo, el autor desarrolla un análisis ético desde la doctrina moral católica, cuestionando la legitimidad de la histerectomía en determinadas circunstancias clínicas. Se enfatiza que toda esterilización directa es moralmente inaceptable; no obstante, se aclara que algunas intervenciones quirúrgicas no constituyen esterilización directa cuando existe certeza moral de que el útero, debido a su condición patológica, no es capaz de sostener un embarazo hasta la viabilidad fetal. En tales situaciones, la intervención no se considera antiprocreativa, ya que el aparato reproductor ha perdido su función fisiológica.

Redondo. (7) destaca que la ruptura uterina es una complicación obstétrica poco frecuente, con una incidencia de aproximadamente el 0,7 %, pero de consecuencias clínicas graves. El hecho de haber tenido una cesárea previa es el principal factor que predispone a este catastrófico evento, cuya presentación espontánea es excepcional, con una frecuencia estimada entre



1 por cada 8.000 y 15.000 partos. El autor narra el caso de una mujer gestante de 28 años con antecedente de cesárea, cinco años atrás, por placenta previa, quien comenzó su trabajo de parto de forma espontánea y se le dio solución luego de la aplicación de presión fúndica, maniobra conocida como Kristeller. Horas después del parto, la paciente presentó dolor abdominal, malestar general y salida de orina con contenido hemático. La evaluación ecográfica evidenció una alteración de la continuidad anatómica en la región posterior de la vejiga, por lo que se indicó laparotomía exploradora. Durante la cirugía se confirmó una ruptura uterina completa a nivel cérvico-vaginal asociada a desgarró vesical posterior, realizándose la reparación quirúrgica correspondiente con evolución favorable. El estudio concluye que la presión fúndica puede desencadenar ruptura uterina incluso en úteros sin cicatrices, por lo que debe evitarse, especialmente en pacientes con antecedentes de cesárea.

Varela. (8) la ruptura uterina se describe como una complicación obstétrica de gravedad extrema que conlleva una alta morbilidad materno-fetal. Ello suele ocurrir en el segmento uterino, donde la pared es más delgada y susceptible a la sobre distensión, siendo excepcional la ruptura en la cara posterior. La incidencia de ruptura de útero sin cicatrices previas es muy baja, oscilando entre 1 en cada 8.000 y 17.000 nacimientos, con una tasa reportada de 0,006 %. Se trata de una paciente de 38 años multigesta, con tres partos previos y antecedentes de preeclampsia en gestaciones anteriores, adicta al cristal y la marihuana desde hace tres años. Durante su embarazo a las 40 semanas de gestación ingresa con diagnóstico de pródromos de trabajo de parto y preeclampsia leve. Después de la inducción

del parto con prostaglandinas y un episodio de bradicardia fetal, se decidió hacer una cesárea. En la cirugía se encontró un hemoperitoneo de 200 cc y una rotura uterina en cara posterior a nivel de los uterosacros con hematoma retroperitoneal. La paciente tuvo que ser intervenida con una histerectomía obstétrica, debido a una pérdida hemática total de 2.000 cc. El estudio destaca tres hallazgos poco frecuentes: la rotura uterina en ausencia de cicatriz previa, su localización en la cara posterior, y su relación con el abuso de cristal, habiendo sido estos reportados en la literatura solo en dos ocasiones. La ausencia de datos sobre la etiología de la rotura uterina en estos casos subraya la necesidad de reconocer los factores de riesgo relacionados, a fin de prevenir diagnósticos tardíos y complicaciones graves.

2.1.2. A nivel nacional

Gonzales. (9) realizó un estudio dirigido a determinar la cesárea previa y otros factores asociados como determinantes de ruptura uterina en gestantes atendidas en el Hospital II-2 Santa Rosa de Piura, durante el periodo 2010–2019. Se realizó un estudio analítico, observacional, retrospectivo, de casos y controles, basado en la población del servicio de gineco-obstetricia del hospital. La muestra estuvo formada por 43 casos de ruptura uterina y 172 controles, obteniéndose los datos de historias clínicas, procesándose mediante Microsoft Excel y el programa SPSS versión 23.0. Los resultados demostraron que el antecedente de cesárea previa se asoció significativamente con mayor riesgo de ruptura uterina, observándose un incremento del riesgo sobre todo en gestantes con tres o más cesáreas previas. En contraste, no hubo asociación estadísticamente significativa con el uso de uterotónicos, la multiparidad, ni con el antecedente de parto



vaginal. El estudio concluye que el porcentaje de ruptura uterina en la población estudiada fue bajo, pero confirma que la cesárea previa, sobre todo cuando se trata de múltiples, es el principal factor de riesgo para este grave acontecimiento obstétrico.

Reyna. (10) hable de la hemorragia posparto, una de las complicaciones obstétricas más graves y potencialmente mortales, y las técnicas utilizadas para controlarla, como la sutura compresiva uterina (técnica de B-Lynch), que se emplea en casos de atonía uterina para disminuir la pérdida de sangre y preservar la fertilidad. Si bien los reportes de complicaciones de este procedimiento son limitados, se han descrito efectos adversos tales como necrosis, piometra, ruptura uterina e incluso invasión anómala de la placenta, conocida como acretismo placentario, en embarazos posteriores. Este último fenómeno se asocia a una implantación excesiva de la placenta en la pared uterina, lo que puede generar complicaciones graves. En este sentido, el autor presenta un caso clínico de ruptura uterina en segundo trimestre del embarazo, en una paciente con antecedente de sutura compresiva uterina previa que desarrolló acretismo placentario en el embarazo subsiguiente. Se resalta la necesidad de informar a las pacientes acerca de los riesgos que conllevan estas intervenciones y la importancia de un estricto seguimiento postoperatorio para detectar a tiempo posibles complicaciones.

Torres. (11) presenta un caso clínico de rotura uterina complicada con hemorragia posparto en gestante de alto riesgo atendida en hospital de nivel III de Lima. Se trata de una mujer de 44 años multigesta que ingresa al servicio de emergencia con dinámica uterina activa y disminución de los



movimientos fetales. Al ingreso se diagnosticó ecográficamente embarazo de 39 semanas, trabajo de parto en fase activa, dilatación cervical de 9 cm, borramiento del 90 %, presentación alta y deflexión de 3° con cara. Ante este cuadro se indicó cesárea de urgencia. Durante el acto quirúrgico se evidenció la rotura uterina asociada a sangrado abundante; sin embargo, se produjo una demora en la realización de la histerectomía, lo que condicionó un incremento de la hemorragia vaginal y la aparición de anemia moderada. La mujer reunía múltiples factores de riesgo para la hemorragia posparto: edad materna avanzada, multiparidad, alteraciones nutricionales y presencia de miomas uterinos. Como manejo definitivo se realizó histerectomía, considerando que la paciente había completado su etapa reproductiva. Recibió transfusión de dos paquetes globulares y evolucionó favorablemente tras una hospitalización aproximada de siete días.

Guevara. (12) señala que la ruptura uterina asociada al espectro de placenta acreta constituye una situación obstétrica de alta complejidad, con repercusiones severas sobre la salud materna y fetal, lo que exige un alto índice de sospecha clínica. La identificación temprana y el manejo oportuno de las gestantes con factores de riesgo, como antecedentes de cesáreas previas y placenta previa, son determinantes para evitar complicaciones mayores. Se presenta el caso de una paciente de 36 años con antecedente de dos cesáreas que se presentó a las 30 semanas de gestación por dolor abdominal súbito. La evaluación clínica y por imágenes mostró placenta previa con infiltración de la placenta en asociación con hemoperitoneo. En la laparotomía exploradora se encontró una ruptura uterina y se realizó una cesárea corporal seguida de una histerectomía. Esta conducta permitió el



control de la hemorragia, con una evolución materna favorable y con la supervivencia del recién nacido. El reporte enfatiza la necesidad de contar con protocolos estandarizados en establecimientos de alta complejidad, así como de implementar estrategias preventivas dirigidas a disminuir la morbilidad materna y perinatal, especialmente en pacientes con antecedentes de cirugías uterinas previas.

Cruzado. (13) Se describió la rotura uterina como una complicación rara pero potencialmente mortal que puede ocurrir durante el parto o, en casos excepcionales, durante el embarazo. Aunque es poco frecuente que ocurra en el útero intacto, existen varios factores de riesgo prevalentes, tales como la distocia de presentación, multiparidad, macrosomía fetal, uso de oxitocina, trauma obstétrico, partos podálicos, maniobras como las versiones fetales, anomalías uterinas y el uso inapropiado de prostaglandinas. Se trata del caso clínico de una mujer de 44 años, multípara, sin antecedentes de cicatrices uterinas, con 38 semanas de embarazo que llegó a la fase activa del parto con hipodinamia uterina y palpación del fondo uterino. Tenía una deflexión de tercer grado y una presentación de cara con bradicardia fetal. Una evaluación inmediata determinó que debía efectuarse una cesárea y se pudo extraer una recién nacida con puntuación de Apgar normal. En la cirugía se confirmó una rotura uterina completa en cara posterior del útero a la altura del segmento uterino, por lo que se procedió a una cesárea-histerectomía total con salpingo-ooforectomía unilateral derecha. La paciente tuvo una evolución favorable, por lo que se le dio el alta médica al séptimo día postoperatorio, acompañada de su recién nacida.

2.1.3. A nivel regional

Sobrino. (14) Sobrino llevó a cabo una investigación en el Hospital de Apoyo Yunguyo durante el año 2023, con el propósito de entender qué tanto tienen que ver los partos que ocurren muy rápido con la hemorragia después del parto. Para eso trabajó con 122 gestantes, revisando sus historias clínicas de manera retrospectiva y aplicando la prueba de correlación de Pearson para analizar la relación entre las variables. Los hallazgos fueron bastante reveladores. El 40% de las gestantes tenía bebés con peso excesivo y el 60% presentaba exceso de líquido amniótico, y entre ambas condiciones había una correlación fuerte. También se encontró que casi la mitad de las pacientes había tenido rotura prematura de membranas y más de la mitad tenía antecedentes de infecciones vaginales, otra combinación que mostró una relación significativa. El agotamiento muscular junto con contracciones muy intensas y seguidas también apareció como un factor asociado importante. Mirando los antecedentes, el 75% de las pacientes con abortos provocados previos y el 55% con cesárea anterior por preeclampsia severa mostraron factores de riesgo relacionados con el sangrado postparto. En cuanto a los desgarros durante el parto, más de la mitad sufrió desgarros de segundo grado, que fue la categoría con la correlación más alta de todo el estudio. Además, se detectó una alta presencia de problemas de coagulación, con un 35% de casos de trombocitopenia y un 65% de coagulopatías congénitas. Un dato que también llamó la atención fue que el 60% de los partos duró apenas dos horas, lo que confirma la velocidad del proceso como un elemento central del problema. La conclusión fue clara:



existe una relación fuerte y significativa entre el parto precipitado y la hemorragia postparto en ese hospital..

Ccalla. (15) Ccalla realizó su investigación en un hospital de Juliaca, entre julio y diciembre de 2022, buscando identificar qué factores, tanto individuales como obstétricos, están relacionados con la hemorragia postparto causada específicamente por desgarro uterino. El estudio tuvo un enfoque cuantitativo y correlacional, y utilizó un cuestionario de 13 preguntas organizadas en tres bloques: factores individuales, factores obstétricos y hemorragia postparto.

Los resultados mostraron algo interesante y que vale la pena destacar: no todo lo que uno podría suponer que influye, realmente influye. Por ejemplo, la edad de la paciente y sus condiciones de salud previas no mostraron una relación estadísticamente significativa con la hemorragia postparto. Tampoco la influyeron de forma relevante la atención prenatal recibida, el tipo de parto, la cantidad de partos anteriores ni la presencia de anemia. Todos esos factores, que muchas veces se mencionan como de riesgo, en esta población no marcaron una diferencia estadística clara.

Sin embargo, hubo factores que sí mostraron una relación directa y significativa con la hemorragia: el tipo de trabajo de parto, la retención de restos de placenta dentro del útero, la atonía uterina, que es cuando el útero no se contrae bien después del parto, y los desgarros genitales. Todos estos factores tuvieron valores estadísticos que confirman su impacto real sobre la aparición del sangrado postparto. Este estudio deja una lección importante: en la práctica clínica, hay que prestar especial atención a lo que ocurre



durante y justo después del parto, porque es ahí donde se concentran los factores que realmente pueden desencadenar una hemorragia grave.

Lindblaadad. (16) reporta un caso de rotura uterina ocurrida durante un parto a término en una paciente sin antecedentes de cesárea ni legrado uterino, asociada al uso de oxitocina y a la detención de la segunda etapa del trabajo de parto. Se describe a una mujer de 34 años, multigesta, con cinco gestaciones y tres partos previos, cuyo embarazo había cursado sin complicaciones y con un peso fetal estimado cercano a los 4000 gramos. La paciente no presentaba antecedentes de enfermedades del tejido conectivo ni uso previo de esteroides. Durante el trabajo de parto se administró oxitocina conforme al protocolo institucional; sin embargo, el progreso se vio complicado por la falta de descenso fetal en la segunda etapa, lo que motivó la indicación de cesárea. Durante la intervención quirúrgica se evidenció una rotura uterina extensa, que comprometía el cuerpo uterino izquierdo y se prolongaba hasta el segmento inferior, acompañada de un hemoperitoneo aproximado de 500 ml y hematoma difuso del tejido uterino. El caso demuestra que, aunque la rotura uterina es más frecuente en pacientes con cicatriz uterina previa, también puede presentarse en úteros íntegros, especialmente en contextos de uso de oxitocina y alteraciones de la dinámica del parto.

Bellido. (17) Bellido desarrolló su investigación en el Hospital Regional de Puno con un objetivo claro: entender qué factores están detrás de los partos que ocurren antes de tiempo. Para eso trabajó con una muestra de 298 gestantes, seleccionadas de una población total de 1,320, revisando



historias clínicas, resultados de laboratorio y haciendo seguimiento del estado nutricional de cada paciente a lo largo del embarazo.

Los resultados mostraron que varios factores del entorno social y personal de la mujer tienen más peso del que a veces se reconoce. El estado civil y el nivel educativo mostraron una asociación moderada con el parto pretérmino, lo que sugiere que las condiciones de vida influyen en cómo transcurre el embarazo. La edad también apareció como un factor relevante, pero de forma inversa: a mayor edad, menor riesgo de parto prematuro dentro de la muestra estudiada. El índice de masa corporal tuvo una relación alta, y algo que llamó especialmente la atención fue que el consumo adecuado de micronutrientes mostró una relación inversa fuerte, es decir, las mujeres que tomaban sus suplementos tenían menos probabilidades de parir antes de tiempo. Ese es un mensaje directo y práctico para la atención prenatal.

Entre los factores obstétricos, el antecedente de amenaza de aborto fue el que mostró la asociación más fuerte de todo el estudio, casi determinante. El intervalo entre embarazos y la cantidad de partos previos también influyeron, aunque en menor medida. Y una vez más, los controles prenatales aparecieron como un factor protector importante.

Pero si hay algo que este estudio dejó muy claro es que los factores inflamatorios son los que más pesan. Las infecciones urinarias, las infecciones vaginales, la rotura prematura de membranas, la preeclampsia y la placenta previa mostraron todas asociaciones estadísticamente significativas y elevadas con el parto pretérmino. La conclusión fue contundente: la infección e inflamación durante el embarazo es el principal



motor del parto prematuro, y por tanto, detectarla y tratarla a tiempo debería ser una prioridad absoluta en la atención de toda gestante..

Laqui. (18) Laqui llevó a cabo su estudio en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca, analizando los casos de 100 pacientes que durante el parto desarrollaron complicaciones que obligaron a una intervención quirúrgica. El objetivo era entender qué tipo de complicaciones son las que con más frecuencia terminan en una cirugía y qué procedimientos se utilizan para resolverlas.

Los números fueron bastante elocuentes. En el 86% de los casos, la complicación se resolvió mediante cesárea, mientras que en el 14% restante fue necesario llegar a una histerectomía, es decir, extirpar el útero. Ese 14% no es un porcentaje menor si consideramos lo que implica para una mujer perder la posibilidad de tener más hijos.

Mirando las causas por el lado del bebé, el sufrimiento fetal agudo fue la complicación más frecuente, presente en el 26% de los casos, seguida por las presentaciones anómalas, donde el bebé no viene en la posición adecuada para nacer, con un 22%, y la muerte fetal intrauterina con un 10%. Cada una de estas situaciones, por sí sola, ya representa una emergencia que justifica la decisión quirúrgica.

Por el lado de la madre, la hiperdinamia, que son contracciones demasiado intensas y seguidas, fue la complicación más común con un 38%, seguida por la hemorragia durante el parto con un 16%, la hipodinamia con un 14% y el parto prolongado con un 8%. A eso se suman las complicaciones relacionadas con el cordón umbilical: en el 13% de los casos se encontraron

circulares de cordón alrededor del cuello del bebé, y en el 1% hubo prolapso de cordón, una emergencia que requiere actuar en cuestión de minutos.

La conclusión de Laqui fue directa: cuando durante el parto aparecen complicaciones del lado del bebé, de la madre o del cordón umbilical, la resolución quirúrgica deja de ser una opción y se convierte en una necesidad. Este estudio refuerza la importancia de tener equipos bien preparados y quirófanos disponibles en todo momento durante la atención del parto..

2.1. MARCO TEÓRICO

2.1.1. Factores maternos

a) Edad materna

La edad materna en los extremos de la vida reproductiva (mujeres menores de 18 años o mayores de 34 años) se relaciona con un mayor riesgo de presentar complicaciones durante el embarazo y el parto. En las gestantes adolescentes, la falta de madurez del aparato pélvico y del sistema reproductor puede condicionar dificultades mecánicas durante el trabajo de parto. En contraste, las mujeres de mayor edad suelen presentar menor elasticidad de los tejidos uterinos y una mayor probabilidad de haber sido sometidas a procedimientos quirúrgicos previos, factores que incrementan el riesgo obstétrico (19).

Desde el punto de vista fisiopatológico, la edad materna es un factor biológico clave que influye en la integridad y resistencia del útero. En adolescentes, la inmadurez del complejo osteomuscular pélvico y del aparato genital puede alterar la dinámica normal del parto, favoreciendo distocias y prolongación del trabajo de parto. En mujeres mayores de 34 años, se ha descrito una reducción progresiva de la elasticidad del

miometrio, mayor frecuencia de cambios fibróticos y un aumento de antecedentes obstétricos invasivos, lo que disminuye la capacidad del útero para soportar adecuadamente las fuerzas mecánicas propias del trabajo de parto (20).

b) Nivel de instrucción

El nivel educativo de la embarazada es importante para utilizar adecuadamente los servicios de salud durante su embarazo y para detectar a tiempo cualquier posible complicación. Varios estudios nacionales señalan que las mujeres con menor grado de instrucción acuden a un menor número de controles prenatales o los realizan tarde, lo que propicia la detección tardía de signos de alarma obstétrica y aumenta el riesgo de presentar desenlaces adversos (21).

Desde una perspectiva clínica y preventiva, el grado de instrucción materna influye de manera indirecta en la aparición de complicaciones obstétricas, ya que condiciona el acceso oportuno, la adherencia y la comprensión de la importancia del control prenatal. Las gestantes con bajo nivel educativo suelen presentar limitaciones para reconocer síntomas de riesgo y para cumplir adecuadamente las indicaciones médicas, lo que dificulta la detección temprana de alteraciones como presentaciones fetales anómalas, desproporción feto-pélvica o trastornos placentarios, incrementando la probabilidad de complicaciones durante la gestación y el parto (22).

c) Número de gestaciones y paridad

La multiparidad y, con mayor énfasis, la gran multiparidad ha sido reconocidas de forma clásica como factores asociados a la rotura uterina,

debido al deterioro progresivo de la resistencia del miometrio. La evidencia clínica señala una mayor frecuencia de este evento en mujeres con más de tres gestaciones previas, incluso en aquellas sin antecedentes de cicatriz uterina, lo que sugiere un efecto acumulativo del número de embarazos sobre la integridad estructural del útero (23).

Desde el punto de vista funcional y anatómico, el incremento del número de gestaciones condiciona modificaciones progresivas en el útero. En mujeres multíparas y gran multíparas, la distensión repetida del miometrio puede generar pérdida de tonicidad, disminución de la capacidad contráctil y alteraciones en la respuesta uterina durante el trabajo de parto. Estos cambios favorecen la aparición de distocias, trabajo de parto prolongado y aumentan el riesgo de complicaciones obstétricas, incluida la rotura uterina (24).

d) Antecedentes de intervención quirúrgica uterina

El antecedente de cesárea previa es considerado el factor de riesgo más importante y ampliamente descrito para la rotura uterina. Diversos estudios reportan que el riesgo de presentar esta complicación durante un parto vaginal posterior oscila entre 2 % y 9 %, incrementándose de manera significativa en mujeres con dos o más cesáreas previas, debido a la menor resistencia del segmento uterino cicatrizado frente al estrés del trabajo de parto (25).

De igual manera, otras intervenciones gineco-obstétricas, como los legrados uterinos, las miomectomías o el uso de suturas compresivas tipo B-Lynch, pueden generar zonas de debilidad en la pared uterina. Estas cicatrices alteran la integridad estructural del miometrio y aumentan la

susceptibilidad a la rotura uterina en gestaciones y trabajos de parto posteriores (26).

2.1.2. Factores fetales

Los factores fetales se relacionan con las condiciones del feto que aumentan la presión sobre el útero, afectando el proceso del parto.

a) Desproporción feto-pélvica

La desproporción feto-pélvica se presenta cuando existe incompatibilidad entre el tamaño del feto y los diámetros de la pelvis materna, lo que provoca obstrucción del trabajo de parto y dificulta la progresión normal del mismo. Esta condición genera un incremento sostenido de la presión intrauterina, contracciones prolongadas y un mayor esfuerzo mecánico sobre el segmento uterino inferior, favoreciendo la isquemia, el adelgazamiento y el debilitamiento progresivo del miometrio (27,28).

En este contexto, el uso de uterotónicos o la aplicación de maniobras obstétricas inadecuadas pueden intensificar la hiperestimulación uterina, aumentando significativamente el riesgo de rotura uterina. Cuando no se identifica ni se interviene oportunamente, la desproporción feto-pélvica se convierte en un factor determinante en la génesis de esta complicación, especialmente en escenarios con atención obstétrica limitada. Por ello, su reconocimiento oportuno resulta fundamental para comprender los mecanismos mecánicos implicados en la rotura uterina y prevenir desenlaces maternos y perinatales adversos (29).

b) Situación fetal

Las presentaciones fetales transversa u oblicua dificultan el desarrollo normal del trabajo de parto y pueden provocar una distensión excesiva del



segmento inferior del útero. Diversos estudios señalan que estas posiciones anormales del feto pueden actuar como factores desencadenantes inmediatos de rotura uterina, incluso en mujeres sin cicatriz uterina previa (30).

Cuando una posición fetal inadecuada se mantiene durante el trabajo de parto, aumenta el riesgo de contracciones uterinas intensas y desordenadas, cansancio del músculo uterino y debilitamiento progresivo de sus fibras. Esta situación favorece la rotura del útero, sobre todo en pacientes con antecedentes de cirugías uterinas o con alteración estructural de la pared uterina (31).

c) Macrosomía fetal

Es definida como un peso igual o mayor a 4 000 gramos, incrementa el riesgo de un parto difícil, prolongado y con mayor posibilidad de traumatismos. Estudios realizados en la región han demostrado que la macrosomía se asocia a complicaciones como contracciones uterinas excesivas, sobreestiramiento del útero y daño del canal del parto, situaciones que aumentan la probabilidad de rotura uterina (32).

No obstante, la macrosomía por sí sola pocas veces es la causa directa de la rotura uterina. Por lo general, actúa como factor que empeora otros problemas mecánicos u obstétricos ya existentes, aumentando el riesgo cuando se asocia con situaciones tales como la desproporción pélvica-fetal o antecedentes de debilidad uterina (33).

2.1.3. Factor placentario

a) Acretismo placentario

El acretismo placentario, que comprende las formas acreta, increta y percreta, se caracteriza por una adhesión anormal de la placenta a la pared uterina. Esta alteración produce invasión del tejido uterino y debilita el miometrio, lo que incrementa de manera importante el riesgo de rotura uterina espontánea, incluso antes de que se inicie el trabajo de parto (34). La evidencia descrita en la literatura señala que el acretismo placentario se asocia con mayor frecuencia a antecedentes de cesáreas, placenta previa y procedimientos quirúrgicos sobre el útero, convirtiéndose en un factor determinante en la aparición de rotura uterina durante el segundo y tercer trimestre del embarazo (35).

2.1.4. Rotura uterina

La rotura uterina se define como la ruptura parcial o total de la pared del útero, comprometiendo el músculo uterino y, en algunos casos, extendiéndose al peritoneo. Esta condición provoca sangrado intenso y representa un grave riesgo tanto para la madre como para el feto. Se considera una de las emergencias obstétricas más severas, ya que puede evolucionar rápidamente hacia un shock por pérdida de sangre, muerte fetal y la necesidad de realizar una histerectomía de urgencia (36).

La frecuencia de la rotura uterina varía de acuerdo con el contexto sanitario y los factores de riesgo presentes. En países desarrollados se presenta aproximadamente en 1 de cada 8 000 partos; sin embargo, en regiones con limitado acceso a una atención obstétrica segura, su incidencia puede ser

hasta ocho veces mayor, especialmente en mujeres con antecedentes de cesárea (37).

Desde el punto de vista clínico, la rotura uterina se tipifica en dos tipos principales:

a) Rotura uterina completa

Existe solución de continuidad de todas las capas del útero, con salida de contenido fetal o placentario hacia la cavidad abdominal. Es el diagnóstico más grave y de mayor mortalidad (38).

b) Rotura uterina incompleta

Compromete el miometrio, pero respeta el peritoneo; suele presentar clínica menos abrupta y puede diagnosticarse intraoperatoriamente (38).

2.2. MARCO CONCEPTUAL

Rotura uterina

La rotura uterina es una de las complicaciones más temidas en toda la obstetricia, y con razón. Ocurre cuando la pared del útero se desgarrar, pudiendo ser ese desgarro parcial, afectando solo algunas capas del músculo, o total, cuando la ruptura atraviesa toda la pared y deja el interior del útero comunicado directamente con la cavidad abdominal. Puede presentarse durante el embarazo, aunque es más frecuente durante el trabajo de parto, que es precisamente cuando el útero está sometido a su mayor esfuerzo.

Lo que hace tan peligrosa a esta complicación es la velocidad con la que se desarrolla y la magnitud del daño que provoca. En cuestión de minutos, una rotura uterina puede desencadenar una hemorragia masiva, comprometer el flujo de sangre hacia el bebé y poner en riesgo la vida de ambos. No hay

margen para la demora. El equipo de salud que atiende el parto debe reconocerla rápido, tomar decisiones inmediatas y actuar con todos los recursos disponibles. Cuando la respuesta llega tarde, las consecuencias pueden ser irreversibles: la muerte materna, la muerte fetal o secuelas graves que acompañan a la familia para siempre.

Por todo eso, la rotura uterina no es solo una emergencia clínica, es también un indicador de cómo funciona el sistema de salud. Donde hay buenos controles prenatales, personal capacitado y equipos disponibles, esta complicación se detecta antes o se previene. Donde esas condiciones faltan, el desenlace suele ser mucho peor.

Multiparidad

La multiparidad se refiere a la condición de una mujer que ha tenido dos o más partos anteriores. A primera vista podría pensarse que tener experiencia en el parto es una ventaja, y en ciertos aspectos lo es, pero desde el punto de vista del músculo uterino, cada parto deja una huella. Con cada embarazo y cada parto, el útero se estira, se contrae y se recupera, pero ese proceso repetido va generando cambios en la estructura del músculo que con el tiempo pueden reducir su resistencia y elasticidad.

Una mujer que llega a su cuarto, quinto o sexto parto tiene un útero que ha trabajado mucho. Esa pared muscular, aunque puede verse aparentemente normal, puede haber perdido parte de su capacidad para soportar la presión del trabajo de parto sin ceder. Por eso, la multiparidad es un factor de riesgo que los profesionales de salud deben tener siempre presente, especialmente en zonas donde las mujeres tienen muchos hijos y los controles prenatales no siempre son regulares ni completos. No significa que toda mujer con



varios partos vaya a tener una complicación, pero sí que merece una vigilancia más estrecha durante todo el proceso.

Macrosomía fetal

Se habla de macrosomía fetal cuando el bebé pesa 4,000 gramos o más al momento del nacimiento. Es un bebé grande, más grande de lo que el cuerpo de la madre puede manejar con facilidad durante el parto, y esa diferencia de tamaño tiene consecuencias reales y serias sobre cómo transcurre el trabajo de parto.

Un bebé con ese peso necesita más espacio para descender por el canal del parto, genera más resistencia al avance y obliga al útero a hacer un esfuerzo mucho mayor para expulsarlo. Ese sobreesfuerzo se traduce en contracciones más intensas, un trabajo de parto más prolongado y una presión sostenida sobre el segmento uterino inferior, que es la parte más delgada y vulnerable del útero. Si esa presión supera lo que la pared puede tolerar, el riesgo de rotura aumenta considerablemente.

Además, la macrosomía fetal muchas veces está asociada a otras condiciones como la diabetes gestacional o el exceso de peso de la madre durante el embarazo, lo que hace que el cuadro clínico sea más complejo de manejar. Por eso, cuando durante los controles prenatales se detecta que el bebé viene grande, es fundamental planificar con anticipación la forma en que se va a atender el parto y estar preparados para intervenir quirúrgicamente si el proceso no avanza de manera segura.

Acretismo placentario

El acretismo placentario es una alteración en la forma en que la placenta se une al útero. En condiciones normales, la placenta se adhiere a una capa especial del útero llamada decidua basal, que actúa como una especie de barrera que facilita el desprendimiento natural de la placenta después del parto. Cuando esa capa está ausente o es insuficiente, la placenta se adhiere directamente al músculo uterino, y en los casos más graves, llega a atravesarlo por completo.

Según el grado de invasión, se distinguen tres formas: la placenta acreta, que es la más frecuente y donde la placenta se adhiere superficialmente al músculo; la placenta increta, donde penetra más profundamente dentro del músculo; y la placenta percreta, la más grave de todas, donde la placenta llega a atravesar toda la pared uterina y puede comprometer órganos vecinos como la vejiga.

Esta condición es especialmente peligrosa porque cuando llega el momento del alumbramiento, la placenta no se desprende como debería. Eso provoca hemorragias que pueden ser masivas y muy difíciles de controlar. Además, el proceso de invasión placentaria va debilitando progresivamente la pared del útero, dejándola más frágil y más propensa a desgarrarse bajo la presión del trabajo de parto. El acretismo placentario se ha vuelto más frecuente en los últimos años, en parte por el aumento en la tasa de cesáreas, ya que la cicatriz que deja una cesárea anterior es uno de los factores que más favorece esta condición.

Desproporción feto-pélvica



La desproporción feto-pélvica ocurre cuando hay una incompatibilidad entre el tamaño del bebé y el espacio que ofrece la pelvis de la madre para que el parto pueda avanzar. En otras palabras, el bebé es demasiado grande, o la pelvis de la madre es demasiado estrecha, o ambas cosas a la vez, y esa combinación hace que el parto vaginal no pueda progresar de forma normal y segura.

Cuando el bebé no puede descender por el canal del parto, el cuerpo de la madre no lo sabe de inmediato. El útero sigue contrayéndose con fuerza, una y otra vez, intentando empujar al bebé hacia afuera. Pero si hay un obstáculo que impide ese avance, toda esa fuerza se acumula sobre la pared uterina, especialmente sobre el segmento inferior, que es la zona más delgada. Si esa situación se prolonga sin que nadie intervenga, la pared puede terminar cediendo y producirse la rotura.

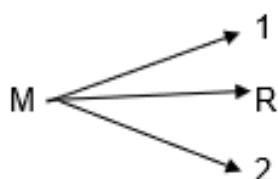
Lo más importante frente a la desproporción feto-pélvica es identificarla a tiempo, idealmente antes de que el trabajo de parto esté en pleno desarrollo. Una evaluación cuidadosa de las medidas pélvicas de la madre y una estimación del peso del bebé durante los controles prenatales pueden dar señales de alerta que permitan planificar una cesárea programada y evitar llegar a una situación de emergencia. Cuando se llega tarde al diagnóstico, el margen para actuar se reduce drásticamente y el riesgo para la madre y el bebé se multiplica.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA Y RESULTADOS

3.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio adoptó un diseño no experimental, relacional y de corte transversal. Se denomina no experimental porque en ningún momento se manipularon las variables ni se intervino sobre las condiciones de las pacientes; simplemente se observó y registró la información tal como se encontraba en los archivos clínicos del hospital. Es relacional porque el propósito central fue determinar si existe una asociación estadísticamente significativa entre los factores de riesgo identificados y la presencia de rotura uterina en las gestantes estudiadas. Finalmente, es transversal porque toda la recolección de datos se realizó en un único momento, sin seguimiento longitudinal de las pacientes en el tiempo..



Donde:

M: Muestra

1: Variable 1: Factores de riesgo.

R: Tipo y grado de relación existente

2: Variable 2: Rotura de útero.



3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación fue de tipo básico, orientada a generar conocimiento científico sobre los factores de riesgo asociados a la rotura uterina en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro. No tuvo como finalidad inmediata aplicar una intervención clínica, sino comprender mejor un fenómeno que representa una emergencia obstétrica grave en la región.

El nivel correspondió a un estudio correlacional, en tanto se buscó establecer asociaciones entre las variables sin establecer relaciones de causalidad. El enfoque fue cuantitativo, dado que la información recolectada fue expresada en términos numéricos y sometida a análisis estadístico para la verificación de las hipótesis planteadas..

3.3. MÉTODO APLICADO A LA INVESTIGACIÓN

Se empleó el método hipotético-deductivo. A partir de la revisión de la literatura científica y de la observación de la realidad clínica del hospital, se formularon hipótesis sobre la posible relación entre determinados factores de riesgo y la rotura uterina. Estas hipótesis fueron contrastadas posteriormente con la evidencia empírica obtenida mediante el análisis de las historias clínicas, permitiendo confirmar o descartar las asociaciones planteadas con base en datos objetivos y pruebas estadísticas. (2)

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.4.1. Población:

La población estuvo constituida por 50 pacientes con diagnóstico confirmado de rotura uterina, atendidas en el servicio de Obstetricia del Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro durante el periodo 2023-2024. La

información fue obtenida de los registros oficiales de la Unidad de Estadística e Informática de dicho establecimiento de salud..

Fuente: Archivos de la Unidad de Estadística e Informática del Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo Azángaro 2023- 2024.

3.4.2. Muestra:

Dado el tamaño reducido de la población, se optó por trabajar con el total de los casos disponibles, es decir, se consideró el 100% de la población como muestra de estudio, conformada por las mismas 50 pacientes. Esta decisión garantizó la representatividad absoluta de los datos y eliminó cualquier sesgo derivado de un proceso de muestreo..

Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico confirmado de rotura uterina atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo Azángaro 2023- 2024.

Criterios de exclusión

- Pacientes sin diagnóstico confirmado de rotura uterina atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo Azángaro 2023- 2024.

Ámbito de estudio:

El estudio se desarrolló en el servicio de Obstetricia, del Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo Azángaro 2023 2024, una vez aprobada la ejecución de la propuesta se ejecutó en 60 días calendario hasta terminar el informe.



3.5. MÉTODOS Y TÉCNICAS DE RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN

3.5.1. Técnica:

Se empleó la técnica de análisis documental, consistente en la revisión sistemática de las historias clínicas de las pacientes con diagnóstico de rotura uterina, con el fin de recolectar los datos necesarios para el estudio.

- **Variable 1:** se aplicó el análisis documental para identificar los factores maternos, fetales y placentarios asociados a la rotura uterina.
- **Variable 2:** se utilizó el análisis documental para clasificar los casos según el tipo de rotura uterina (completa o incompleta).

3.5.2. Instrumentos

El instrumento utilizado fue una ficha de recolección de datos estructurada, elaborada específicamente para esta investigación en función de las variables, dimensiones e indicadores definidos en la operacionalización. La ficha fue aplicada directamente sobre cada historia clínica seleccionada, registrando datos como edad materna, nivel educativo, número de gestaciones previas, paridad, antecedentes quirúrgicos uterinos, características fetales y hallazgos placentarios, así como el tipo de rotura uterina diagnosticada..

Variable 1: el instrumento utilizado fue la ficha de recolección de datos, que permitió registrar la información sobre edad, nivel de instrucción, numero de gestaciones, paridad, etc.

Variable 2: el instrumento utilizado fue la ficha de recolección de datos, que permitió clasificar los casos según el tipo de rotura uterina, conforme a la información consignada en las historias clínicas.

3.5.3. Fuente

Secundarias: Historias clínicas de pacientes con rotura uterina en el hospital.

3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Se gestionó la autorización institucional para acceder a la documentación clínica. Posteriormente, se realizó la recolección sistemática de datos en un periodo de 60 días calendario. La información fue codificada manualmente en una base de datos en Excel, y luego procesada estadísticamente utilizando el software SPSS. Se aplicó estadística descriptiva (frecuencias y porcentajes) y prueba de chi-cuadrado para el análisis de relaciones entre variables.

3.7. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

La contrastación de las hipótesis se realizó mediante la prueba estadística de chi-cuadrado (X^2) con un nivel de significancia de $\alpha = 0.05$. Se evaluó la relación entre los factores de riesgo (maternos, fetales y placentarios) y la presencia de los distintos tipos de rotura uterina.

3.8. VALIDACIÓN Y CONFIABILIDAD

3.8.1. Validación

La validez del instrumento fue establecida mediante el juicio de expertos. Tres especialistas en Ginecología y Obstetricia del Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro evaluaron la ficha de recolección de datos utilizando una escala estructurada de ocho criterios, con opciones de respuesta de acuerdo (1) o en desacuerdo (2) para cada uno de ellos. Los puntajes obtenidos por los tres evaluadores fueron de 15, 14 y 15 puntos respectivamente, con un promedio de 14.7 puntos. De acuerdo con la escala



de valoración utilizada, un puntaje ubicado entre 14 y 16 puntos corresponde a una validez alta. En consecuencia, el instrumento fue considerado pertinente, coherente y adecuado para su aplicación en la presente investigación..

3.8.2. Confiabilidad

La confiabilidad del instrumento fue estimada mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, obteniéndose un valor de 0.78. Este resultado se ubica dentro del rango de confiabilidad aceptable para estudios de investigación científica, lo que indica que el instrumento presenta consistencia interna suficiente y que los datos recogidos a través de él son confiables para los fines del presente estudio..



CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El objetivo general del presente estudio fue analizar los factores de riesgo relacionados con la ruptura uterina en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro durante el periodo 2023-2024. A partir del análisis estadístico realizado, se obtuvieron hallazgos que permiten responder a ese objetivo con base en evidencia concreta recogida de las historias clínicas de las 50 pacientes que conformaron la muestra.

En primer lugar, los resultados confirmaron la existencia de una relación estadísticamente significativa entre el tipo de ruptura uterina y varios factores de riesgo estudiados, con un valor p menor a 0.005. Entre los factores que mostraron asociación significativa se encuentran la edad materna, la multiparidad, los antecedentes de intervenciones quirúrgicas uterinas previas, la desproporción feto-pélvica, la situación fetal anómala y el acretismo placentario. Estos hallazgos indican que ninguno de estos factores actúa de forma aislada, sino que cada uno de ellos representa una condición que compromete la integridad de la pared uterina y que, en determinadas circunstancias, puede desencadenar la ruptura.

La edad materna resultó ser un factor relevante, lo cual es consistente con lo que reporta la literatura: tanto las mujeres muy jóvenes, cuyo organismo aún



no ha alcanzado plena madurez reproductiva, como las de mayor edad, cuyo útero puede haber perdido elasticidad con el paso de los años y los embarazos, presentan mayor vulnerabilidad frente a esta complicación. Por su parte, la multiparidad también mostró asociación significativa, lo que refuerza la idea de que cada parto previo deja cambios estructurales en el músculo uterino que van reduciendo su capacidad de resistencia frente a las demandas del trabajo de parto.

Los antecedentes de cirugía uterina previa, especialmente la cesárea, aparecieron igualmente como un factor determinante. La cicatriz que deja toda intervención quirúrgica sobre el útero representa un punto de menor resistencia que bajo la presión de las contracciones puede ceder con mayor facilidad que el tejido uterino sano. La desproporción feto-pélvica y la situación fetal anómala actuaron en una dirección similar: cuando el bebé no puede avanzar por el canal del parto de forma adecuada, el útero continúa contrayéndose sin lograr progreso, acumulando una presión que finalmente puede terminar en ruptura. El acretismo placentario, por su parte, contribuye al debilitamiento progresivo de la pared uterina por la invasión anormal de la placenta sobre el músculo, lo que la vuelve más frágil y susceptible de desgarrarse.

En cuanto al tipo de ruptura uterina, los resultados mostraron que la ruptura incompleta fue la más frecuente, presentándose en el 68% de los casos. Este dato tiene una explicación clínica clara: el debilitamiento de la pared uterina o la presión excesiva sobre ella no siempre llega a producir una solución de continuidad total. En muchos casos, las capas más externas del útero permanecen íntegras mientras las internas ya han cedido, lo que puede dificultar el diagnóstico oportuno porque los signos clínicos suelen ser menos



dramáticos que en una ruptura completa. Esto subraya la importancia de mantener una vigilancia estrecha durante el trabajo de parto, especialmente en pacientes con factores de riesgo conocidos, porque una ruptura incompleta no detectada a tiempo puede progresar rápidamente hacia una ruptura total con consecuencias mucho más graves.

Por otro lado, no todos los factores estudiados mostraron asociación estadísticamente significativa con la ruptura uterina. El nivel de instrucción de las pacientes, el número total de gestaciones y la macrosomía fetal presentaron valores de p mayores a 0.05, lo que indica que en esta población y durante el periodo estudiado, estas variables no tuvieron una influencia determinante sobre la aparición de la complicación. Si bien la macrosomía fetal es reconocida en la literatura como un factor que aumenta la dificultad del trabajo de parto, los datos obtenidos en este estudio sugieren que su efecto podría estar mediado por otras condiciones presentes de forma simultánea, o que en esta muestra particular su peso relativo fue menor comparado con otros factores. Estos resultados no invalidan la importancia clínica de estas variables, pero sí invitan a interpretarlas con cautela dentro del contexto específico de esta población..



Tabla 1. Relación entre la edad materna y el tipo de ruptura uterina en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo
Rosello Vizcardo, 2023–2024

Edad Materna	Tipo de Rotura Uterina				Total	
	Completa		Incompleta			
	fi	%	fi	%	fi	%
Menor de 18 años	5	10.0	2	4.0	7	14.0
De 18 a 34 años	4	8.0	18	36.0	22	44.0
Mayor de 34 años	7	14.0	14	28.0	21	42.0
Total	16	32.0	34	68.0	50	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

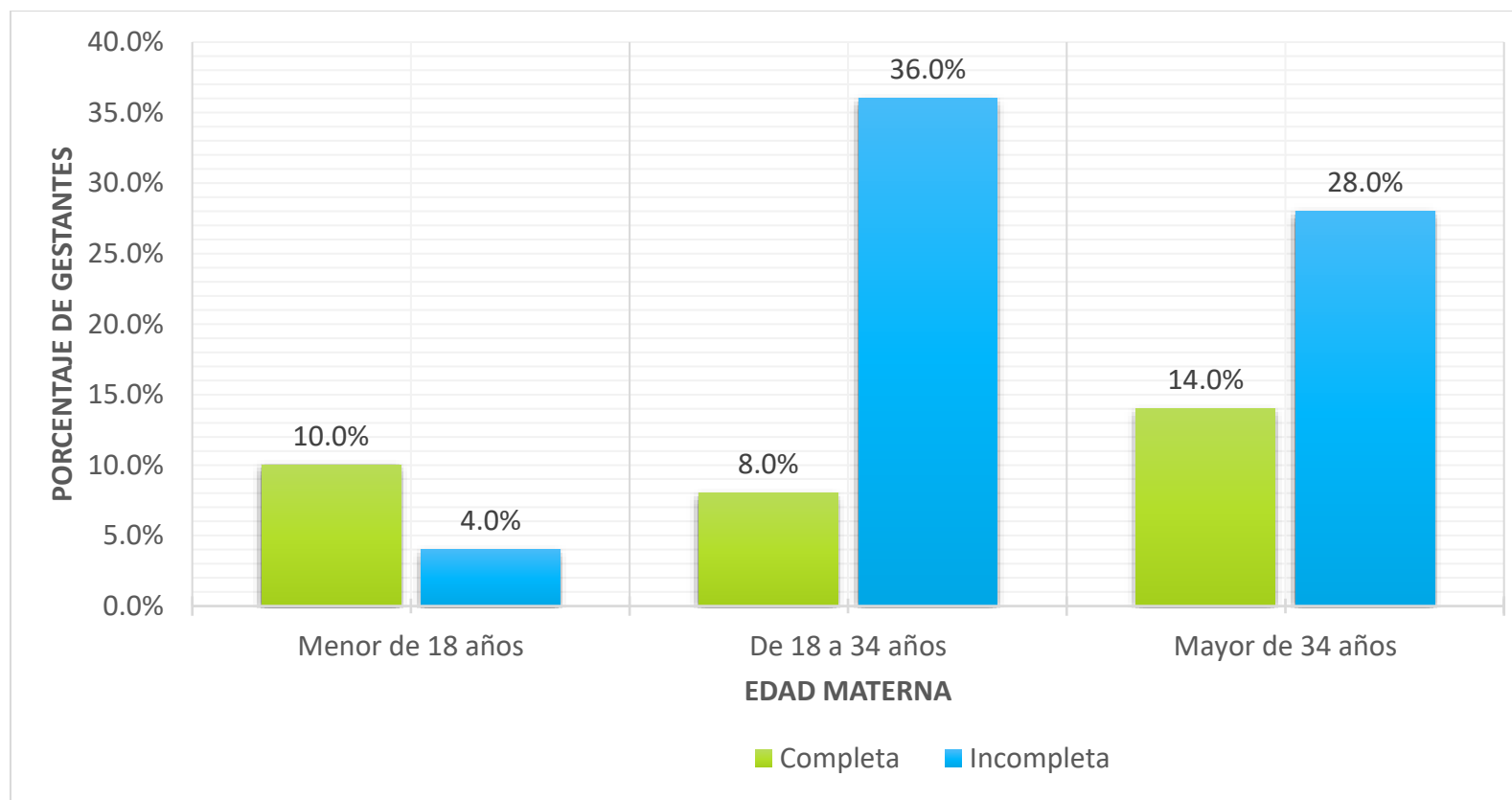
$X^2_{cal}= 6,949$
 $X^2_{tab}= 5,99$

$Ns= 0,031$
 $G/= 2$

$ES SIGNIFICATIVA$

Figura 1. Relación entre la edad materna y el tipo de ruptura uterina en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo

Rosello Vizcardo, 2023–2024



Fuente: Tabla 1

En la tabla y figura 1 se analizó la relación entre la edad materna y el tipo de rotura uterina. Se encontró que el 44.0% tenían entre 18 y 34 años, el 42.0% se ubicó en 34 años y el 14.0% tenía menos de 18 años.

Respecto al tipo de rotura, en las menores de 18 años el 10.0% presentó rotura completa y el 4.0% incompleta; entre las gestantes de 18 a 34 años el 8.0% presentó rotura completa y el 36.0% incompleta; mientras que en las mayores de 34 años el 14.0% presentó rotura completa y el 28.0% incompleta.

Se aplicó la prueba de chi cuadrado para comprobar la hipótesis, con un nivel de significancia del 5%, obteniendo $X^2_{cal}=6,949$ mayor que $X^2_{tab}=5,99$, $gl=2$, y $P\text{-valor}=0,031$ es significativa, por lo que la edad materna es significativa con el tipo de rotura uterina.

Según **Figueroa, Negrín y Garcell** (19), las edades extremas particularmente mayores de 34 años predisponen a complicaciones obstétricas debido a la disminución de la elasticidad uterina y mayor frecuencia de intervenciones previas. Del mismo modo, **Dioses, Corzo y Zárate** (20) señalan que en gestantes con menor adherencia al control prenatal pueden identificarse tardíamente signos de riesgo que afectan el desarrollo del parto.

Estos hallazgos confirman que, en esta muestra, la edad avanzada constituye un factor que incrementa la probabilidad de rotura uterina, lo cual concuerda con la evidencia que describe mayor vulnerabilidad del útero en estas edades.



Tabla 2. Relación entre el nivel de instrucción y el tipo de ruptura uterina en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo, 2023–2024

Nivel de Instrucción	Tipo de Rotura Uterina				Total	
	Completa		Incompleta			
	fi	%	fi	%	fi	%
No tiene	1	2.0	2	4.0	3	6.0
Primaria	4	8.0	16	32.0	20	40.0
Secundaria	8	16.0	11	22.0	19	38.0
Superior	3	6.0	5	10.0	8	16.0
Total	16	32.0	34	68.0	50	100.0

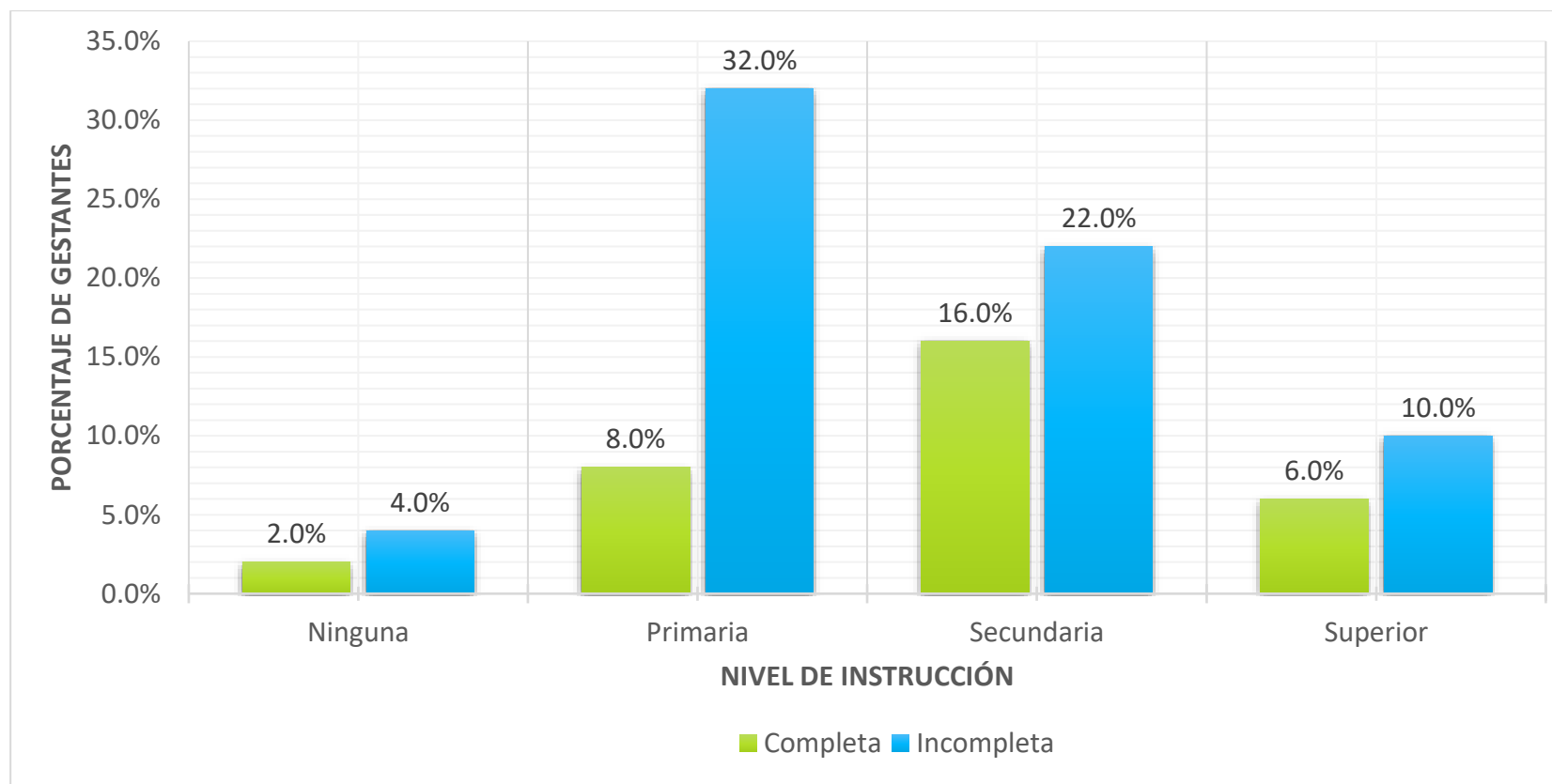
Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2_{cal}= 2,329$ $Ns= 0,507$ $NO ES SIGNIFICATIVA$

$X^2_{tab}= 7,82$ $G/= 3$

Figura 2. Relación entre el nivel de instrucción y el tipo de ruptura uterina en gestantes atendidas en el Hospital Carlos

Cornejo Rosello Vizcardo, 2023–2024



Fuente: Tabla 2

En la tabla y figura 2 se analizó la relación entre el nivel de instrucción y el tipo de rotura uterina. Se encontró que el 6.0% de las pacientes no tenía instrucción, el 40.0% tenía primaria, el 38.0% secundaria y el 16.0% estudios superiores.

Respecto al tipo de rotura, en el grupo sin instrucción el 2.0% presentó rotura completa y el 4.0% incompleta; en primaria el 8.0% presentó rotura completa y el 32.0% incompleta; en secundaria el 16.0% presentó rotura completa y el 22.0% incompleta; mientras que en superior el 6.0% presentó rotura completa y el 10.0% incompleta.

Se aplicó la prueba de chi cuadrado para comprobar la hipótesis, con un nivel de significancia del 5%, obteniendo $X^2_{cal}=2,329$ mayor que $X^2_{tab}=7,82$, $gl=3$, y $P\text{-valor}=0,507$ no es significativa, lo que demuestra que el nivel de instrucción no se relaciona con el tipo de rotura uterina.

De acuerdo con **Gonzales** (9), no todos los factores sociodemográficos muestran asociación estadística directa con la rotura uterina, siendo los factores clínicos como cesáreas previas, distocias o acretismo los más determinantes. Asimismo, **Peñañiel** (4) describe que la rotura uterina puede ocurrir independientemente del nivel educativo, predominando las condiciones patológicas o quirúrgicas del útero. Este hallazgo sugiere que, en esta muestra, el nivel de instrucción no influye en el tipo de rotura uterina, corroborando la idea de que son los factores anatómicos y obstétricos los que poseen mayor peso etiológico.



Tabla 3. Relación entre el número de gestaciones y el tipo de ruptura uterina en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo, 2023–2024

Número de Gestaciones	Tipo de Rotura Uterina				Total	
	Completa		Incompleta			
	fi	%	fi	%	fi	%
Primigesta	3	6.0	3	6.0	6	12.0
Multigesta	6	12.0	21	42.0	27	54.0
Gran Multigesta	7	14.0	10	20.0	17	34.0
Total	16	32.0	34	68.0	50	100.0

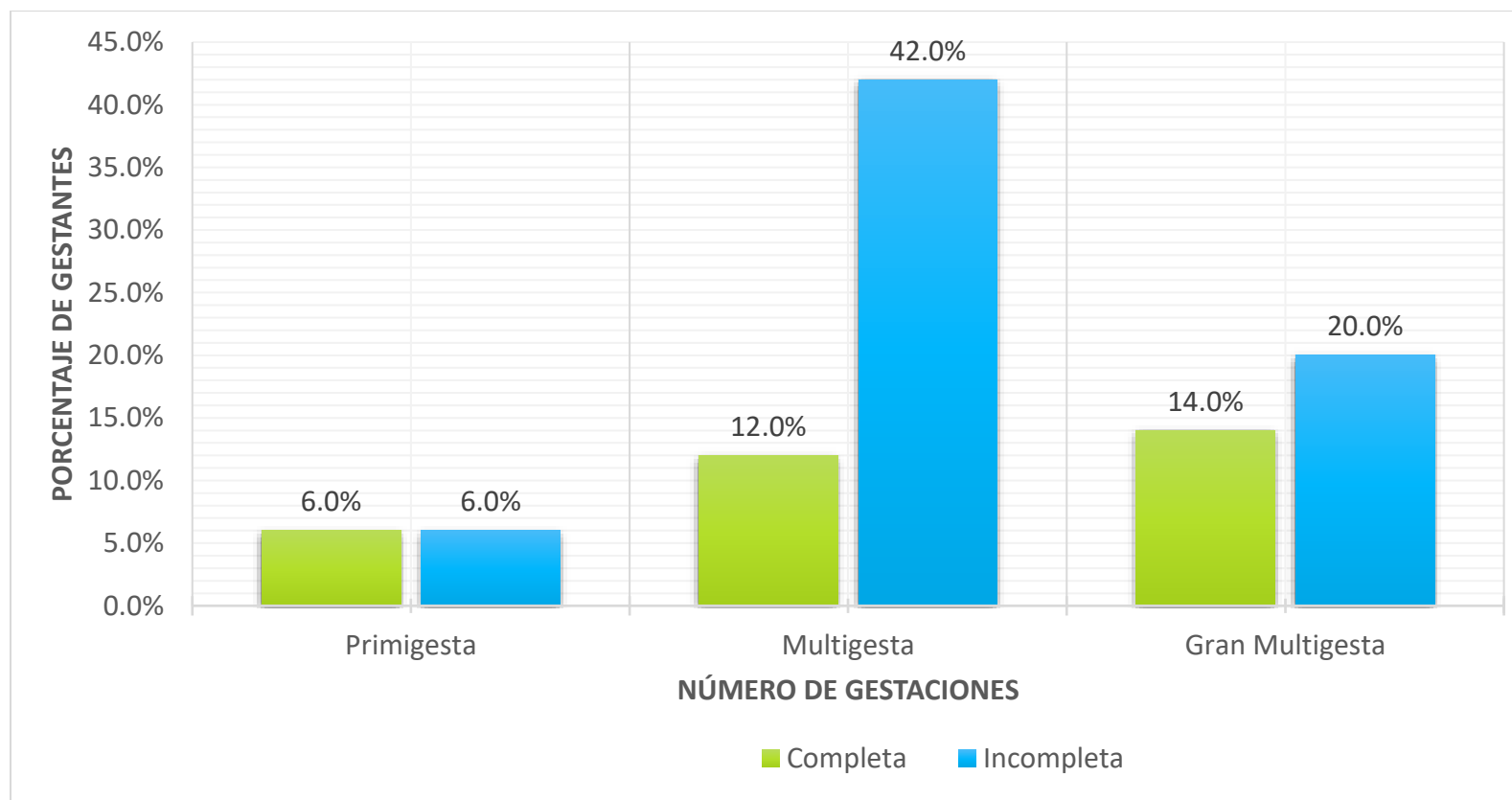
Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2_{cal}= 2,738$ $Ns= 0,254$ $NO ES SIGNIFICATIVA$

$X^2_{tab}= 5,99$ $G/= 2$

Figura 3. Relación entre el número de gestaciones y el tipo de ruptura uterina en gestantes atendidas en el Hospital Carlos

Cornejo Rosello Vizcardo, 2023–2024



Fuente: Tabla 3

En la tabla y figura 3 se analizó la relación entre el número de gestaciones y el tipo de rotura uterina. Se observó que el 12.0% era primigesta, el 54.0% multigesta y el 34.0% gran multigesta.

Sobre el tipo de rotura, en primigestas el 6.0% presentó rotura completa y el 6.0% incompleta; en multigestas el 12.0% presentó rotura completa y el 42.0% incompleta; mientras que en gran multigestas el 14.0% presentó rotura completa y el 20.0% incompleta.

Se aplicó la prueba de chi cuadrado para comprobar la hipótesis, con un nivel de significancia del 5%, obteniendo $X^2_{cal}=2,738$ mayor que $X^2_{tab}=5,99$, $gl=2$, y $P\text{-valor}=0,254$ no es significativa, indicando que el número de gestaciones no se relaciona con el tipo de rotura uterina.

Según lo señalado por **Cruzado** (13), la rotura uterina puede presentarse tanto en mujeres con pocas como con múltiples gestaciones, debido a que factores como presentaciones anómalas, hiperdinamia uterina o cicatrices previas tienen mayor impacto que el número de embarazos. Por su parte, **Redondo** (7) señala que incluso úteros sin cicatriz pueden romperse ante condiciones obstétricas desfavorables, independientemente de la gestación previa.

Estos hallazgos sugieren que, en esta muestra, la cantidad de gestaciones no constituye un factor determinante en la aparición de un tipo específico de rotura, coincidiendo con la evidencia que resalta que la mecánica del parto y las condiciones uterinas tienen un papel más relevante.



Tabla 4. Relación entre la paridad y el tipo de ruptura uterina en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo, 2023–2024

Paridad	Tipo de Rotura Uterina				Total	
	Completa		Incompleta			
	fi	%	fi	%	fi	%
Primípara	9	18.0	15	30.0	24	48.0
Múltipara	2	4.0	16	32.0	18	36.0
Gran Múltipara	5	10.0	3	6.0	8	16.0
Total	16	32.	34	68.0	50	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

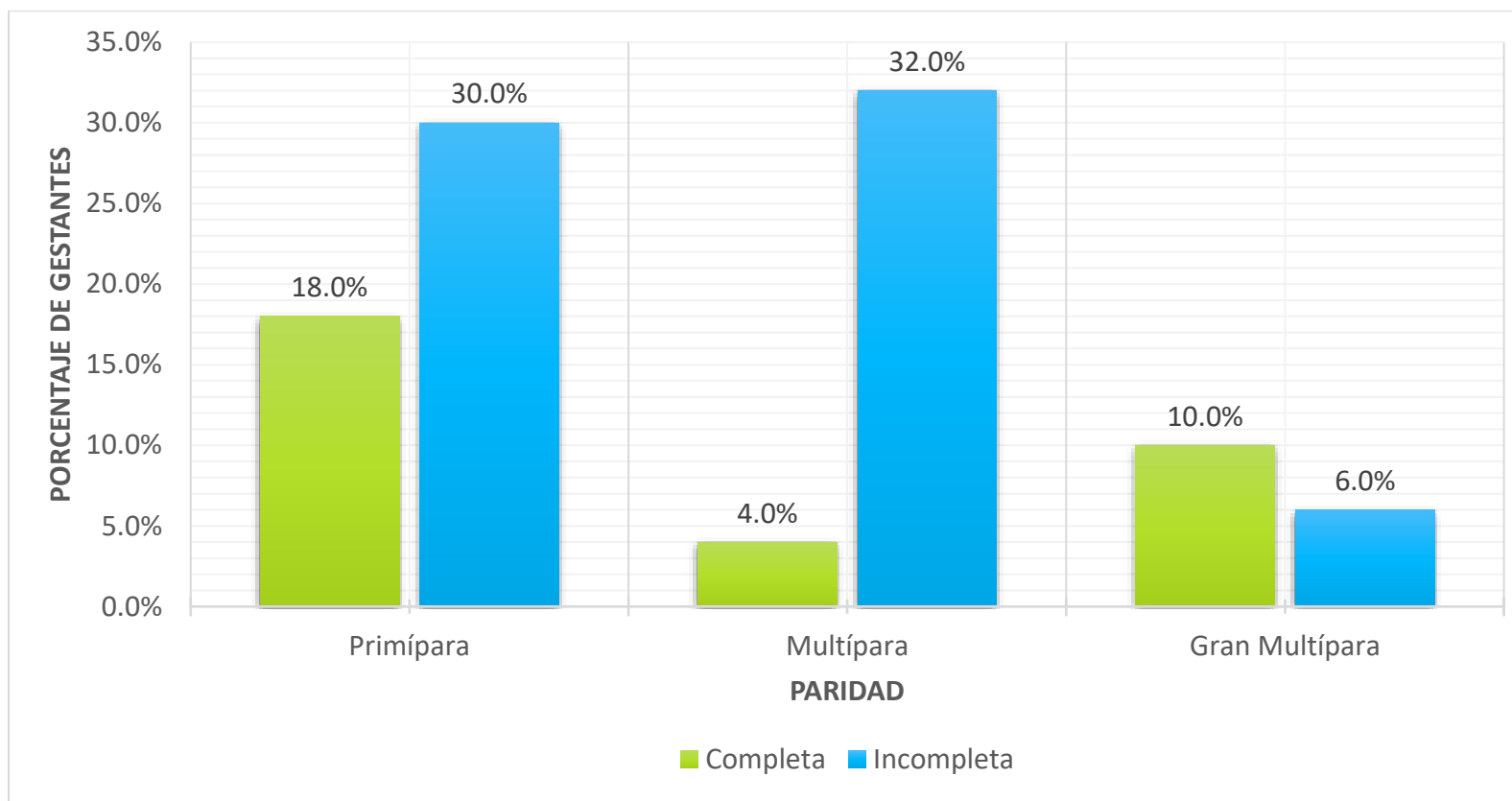
$X^2_{cal}= 7,363$
 $X^2_{tab}= 5,99$

$Ns= 0,025$
 $G/= 2$

$ES SIGNIFICATIVA$

Figura 4. Relación entre la paridad y el tipo de ruptura uterina en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello

Vizcardo, 2023–2024



Fuente: Tabla 4

En la tabla y figura 4 se analizó la relación entre la paridad y el tipo de rotura uterina en las gestantes atendidas. Se encontró que el 48.0% era primípara, el 36.0% multípara y el 16.0% gran multípara.

Respecto al tipo de rotura, en las primíparas el 18.0% presentó rotura completa y el 30.0% incompleta; en las multíparas el 4.0% presentó rotura completa y el 32.0% incompleta; mientras que en las gran multíparas el 10.0% presentó rotura completa y el 6.0% incompleta.

Se aplicó la prueba de chi cuadrado para comprobar la hipótesis, con un nivel de significancia del 5%, obteniendo $X^2_{cal}=7,363$ mayor que $X^2_{tab}=5,99$, $gl=2$, y $P\text{-valor}=0,025$ es significativa, lo que indica que la paridad es significativa con el tipo de rotura uterina en la población estudiada.

Según lo reportado por **Dave y Medina** (33), la gran multiparidad se asocia a un mayor desgaste y debilitamiento progresivo del miometrio, lo que predispone a la pared uterina a rupturas durante el trabajo de parto. Del mismo modo, **Cruzado** (13) señala que la multiparidad incrementa la probabilidad de distocias, hiperdinamia uterina y alteraciones del mecanismo de parto, factores que pueden desencadenar la rotura uterina, especialmente cuando se combinan con presentaciones fetales anómalas o uso de uterotónicos.

Estos hallazgos confirman que, en esta muestra, la paridad constituye un factor relevante asociado al tipo de rotura uterina, reforzando la evidencia de que el aumento del número de partos previos puede comprometer la resistencia del tejido uterino y favorecer roturas más amplias o completas.

Tabla 5. Relación entre el antecedente de intervención quirúrgica y el tipo de ruptura uterina en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo, 2023–2024

Antecedente de Intervención Quirúrgica	Tipo de Rotura Uterina				Total	
	Completa		Incompleta			
	fi	%	fi	%	fi	%
Sí	6	12.0	23	46.0	29	58.0
No	10	20.0	11	22.0	21	42.0
Total	16	32.0	34	68.0	50	100.0

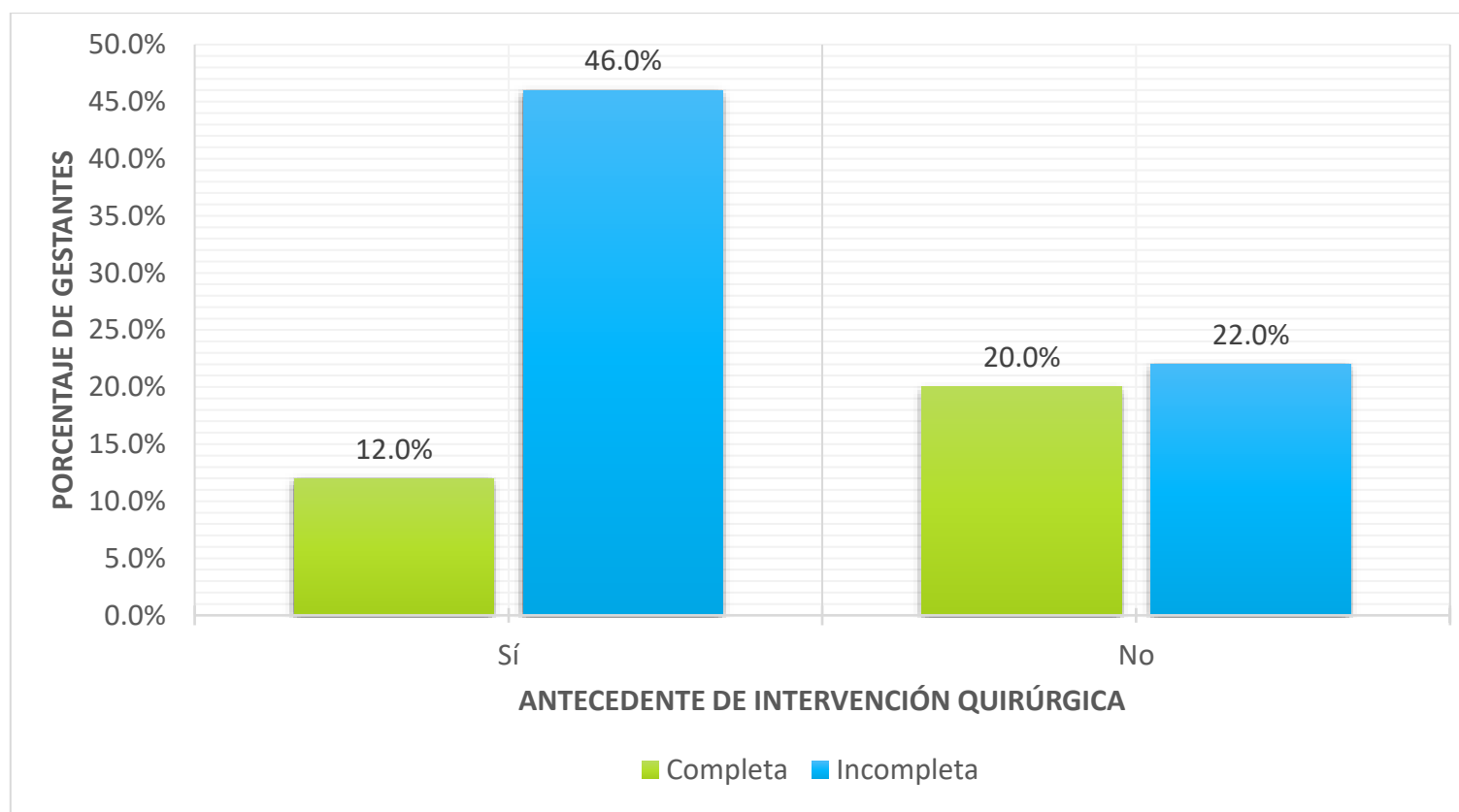
Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2_{cal}= 4,059$
 $X^2_{tab}= 3,84$

$Ns= 0,044$
 $G/= 1$

$ES SIGNIFICATIVA$

Figura 5. Relación entre el antecedente de intervención quirúrgica y el tipo de ruptura uterina en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo, 2023–2024



Fuente: Tabla 5



En la tabla y figura 5 se analizó la relación entre el antecedente de intervención quirúrgica uterina y el tipo de rotura de útero. Se observó que el 58.0% de las pacientes presentaba antecedente de cirugía uterina previa, mientras que el 42.0% no tenía dicho antecedente.

Respecto al tipo de rotura, entre las gestantes con antecedente quirúrgico el 12.0% presentó rotura completa y el 46.0% incompleta; mientras que en el grupo sin antecedentes el 20.0% presentó rotura completa y el 22.0% incompleta.

Se aplicó la prueba de chi cuadrado para comprobar la hipótesis, con un nivel de significancia del 5%, obteniendo $X^2_{cal}=4,059$ mayor que $X^2_{tab}=3,84$, $gl=1$, y $P\text{-valor}=0,044$ es significativa, lo que indica que el antecedente de intervención quirúrgica se relaciona con el tipo de rotura de útero en las gestantes atendidas.

De acuerdo con lo señalado por la **Sociedad Iberoamericana de Información Científica** (22), las cicatrices uterinas secundarias a cesáreas o miomectomías incrementan la vulnerabilidad del segmento uterino, favoreciendo rupturas durante el trabajo de parto, especialmente si existen contracciones intensas o uso de uterotónicos. Asimismo, **Cruzado** (13) describe que cicatrices uterinas previas representan uno de los factores de riesgo más consistentes para roturas completas, dado que la integridad anatómica del miometrio se ve comprometida.

Estos hallazgos confirman que, en esta muestra, la presencia de cirugía uterina previa constituye un factor crítico asociado al tipo de rotura, sustentando el consenso clínico que establece a la cesárea previa como uno de los principales determinantes en la aparición de roturas uterinas.

Tabla 6. Relación entre la desproporción feto-pélvica y el tipo de ruptura uterina en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo, 2023–2024

Desproporción Feto-Pélvica	Tipo de Rotura Uterina				Total	
	Completa		Incompleta			
	fi	%	fi	%	fi	%
Sí	14	28.0	19	38.0	33	66.0
No	2	4.0	15	30.0	17	34.0
Total	16	32.0	34	68.0	50	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

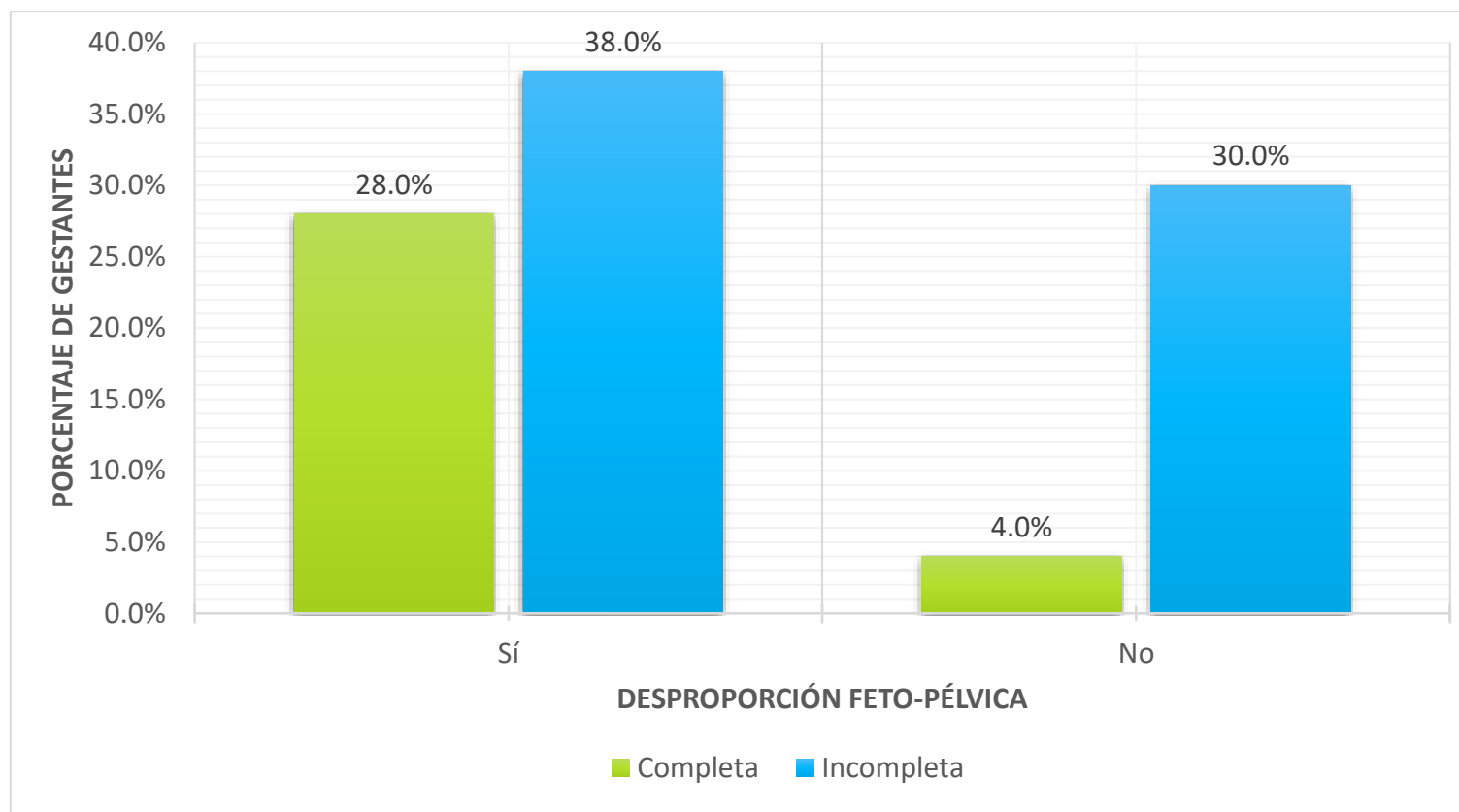
$X^2_{cal}= 4,847$
 $X^2_{tab}= 3,84$

$Ns= 0,028$
 $G/= 1$

$ES SIGNIFICATIVA$

Figura 6. Relación entre la desproporción feto-pélvica y el tipo de ruptura uterina en gestantes atendidas en el Hospital

Carlos Cornejo Rosello Vizcardo, 2023–2024



Fuente: Tabla 6

En la tabla y figura 6 se analizó la relación entre la desproporción feto–pélvica y el tipo de rotura uterina en las gestantes atendidas. Se observó que el 66.0% de las pacientes presentó desproporción feto–pélvica, mientras que el 34.0% no la presentó.

Respecto al tipo de rotura, entre las gestantes con desproporción el 28.0% presentó rotura completa y el 38.0% incompleta; mientras que entre las que no presentaron desproporción el 4.0% tuvo rotura completa y el 30.0% incompleta.

Se aplicó la prueba de chi cuadrado para comprobar la hipótesis, con un nivel de significancia del 5%, obteniendo $X^2_{cal}=4,847$ mayor que $X^2_{tab}=3,84$, $gl=1$, y $P\text{-valor}=0,028$ es significativa, lo que indica que la desproporción feto–pélvica sí se relaciona con el tipo de rotura de útero en la población estudiada.

Según lo descrito por **Piñango, Rodríguez y Fajardo** (24), la incompatibilidad entre el tamaño fetal y el diámetro pélvico genera obstrucción del trabajo de parto, favoreciendo la hiperdinamia uterina y aumentando la tensión sobre el segmento uterino. Del mismo modo, **Ruíz** (36) afirma que la obstrucción del parto por desproporción cefalopélvica constituye una de las causas principales de complicaciones graves, incluida la rotura uterina, especialmente cuando se prolonga la fase activa.

Estos hallazgos confirman que, en esta muestra, la desproporción feto–pélvica representa un factor clínico importante asociado al tipo de rotura uterina, respaldando la evidencia que señala que el trabajo de parto obstruido incrementa el riesgo de rupturas extensas debido al esfuerzo mecánico sostenido sobre el útero.



Tabla 7. Relación entre la situación fetal y el tipo de ruptura uterina en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo
Rosello Vizcardo, 2023–2024

Situación Fetal	Tipo de Rotura Uterina				Total	
	Completa		Incompleta			
	fi	%	fi	%	fi	%
Longitudinal	5	10.0	3	6.0	8	16.0
Transversa	3	6.0	18	36.0	21	42.0
Oblicua	8	16.0	13	26.0	21	42.0
Total	16	32.0	34	68.0	50	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

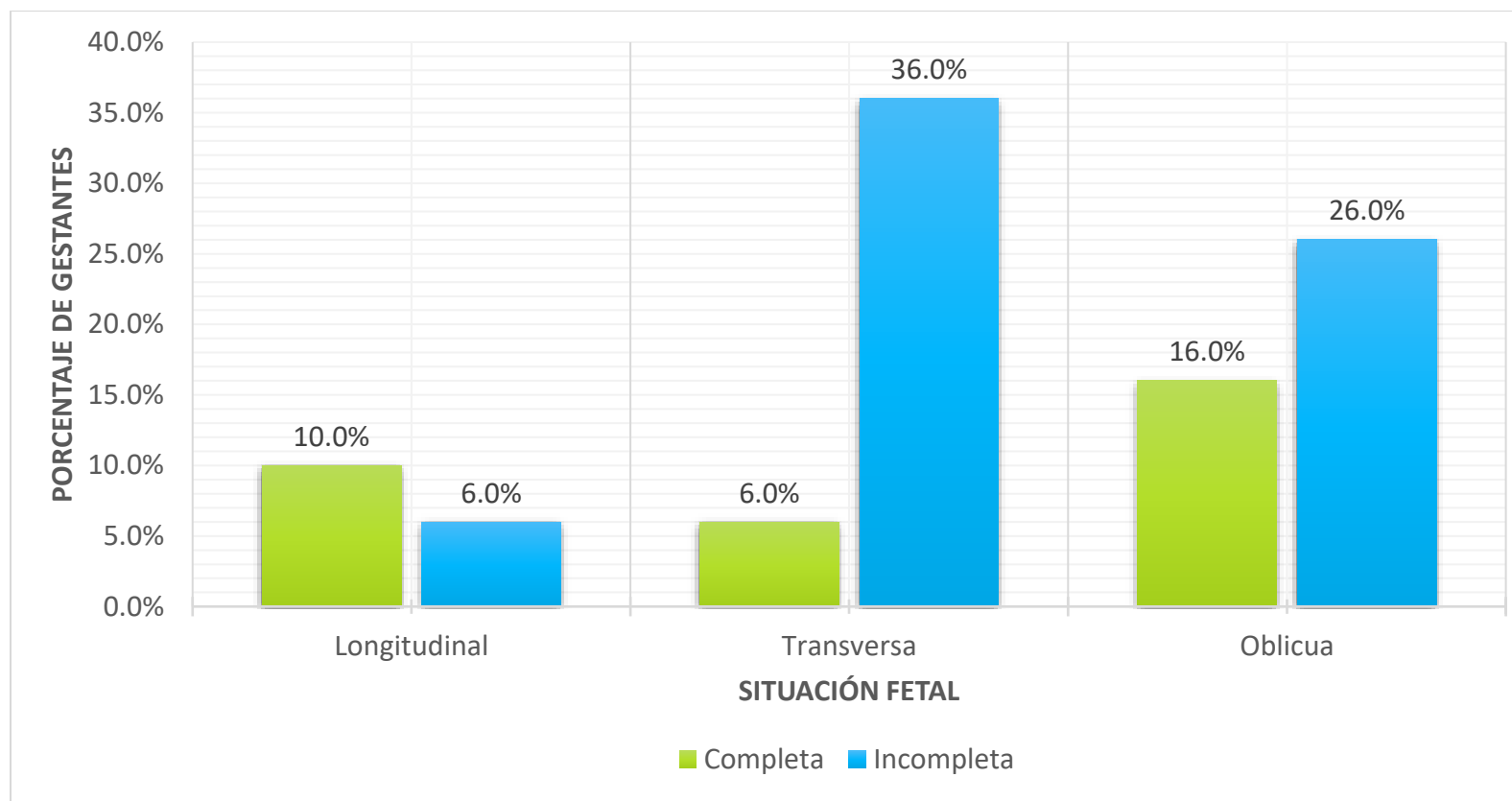
$X^2_{cal}= 6,807$
 $X^2_{tab}= 5,99$

$Ns= 0,033$
 $G/= 2$

$ES SIGNIFICATIVA$

Figura 7. Relación entre la situación fetal y el tipo de ruptura uterina en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo

Rosello Vizcardo, 2023–2024



Fuente: Tabla 7

En la tabla y figura 7 se analizó la relación entre la situación fetal y el tipo de rotura uterina en las gestantes atendidas. Se encontró que el 16.0% de los fetos se presentó en situación longitudinal, el 42.0% en situación transversa y el 42.0% en situación oblicua.

Respecto al tipo de rotura, en la situación longitudinal el 10.0% presentó rotura completa y el 6.0% incompleta; en la situación transversa el 6.0% presentó rotura completa y el 36.0% incompleta; mientras que en la situación oblicua el 16.0% presentó rotura completa y el 26.0% incompleta.

Se aplicó la prueba de chi cuadrado para comprobar la hipótesis, con un nivel de significancia del 5%, obteniendo $X^2_{cal}=6,807$ mayor que $X^2_{tab}=5,99$, $gl=2$, y $P\text{-valor}=0,033$ es significativa, lo que indica que la situación fetal sí se relaciona con el tipo de rotura uterina en esta población.

Según **Riethmuller, Ramanah y Mottet** (25), las presentaciones fetales transversas y oblicuas generan distensión excesiva del segmento uterino debido a la falta de alineación adecuada del feto con el canal del parto, produciendo obstrucción del trabajo de parto y mayor riesgo de hiperdinamia. Del mismo modo, **Cruzado** (13) describe que las presentaciones anómalas son factores de riesgo frecuentes de rotura uterina por el incremento de presión y tracción sobre las capas musculares del útero, especialmente durante la fase activa del parto.

Estos hallazgos confirman que, en esta muestra, la situación fetal anómala constituye un factor relevante asociado al tipo de rotura uterina, respaldando la evidencia que señala que las presentaciones transversas y oblicuas alteran la mecánica del parto y pueden desencadenar rupturas uterinas más severas.

Tabla 8. Relación entre la macrosomía fetal y el tipo de ruptura uterina en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo, 2023–2024

Macrosomía Fetal	Tipo de Rotura Uterina				Total	
	Completa		Incompleta			
	fi	%	fi	%	fi	%
Sí	9	18.0	10	20.0	19	38.0
No	7	14.0	24	48.0	31	62.0
Total	16	32.0	34	68.0	50	100.0

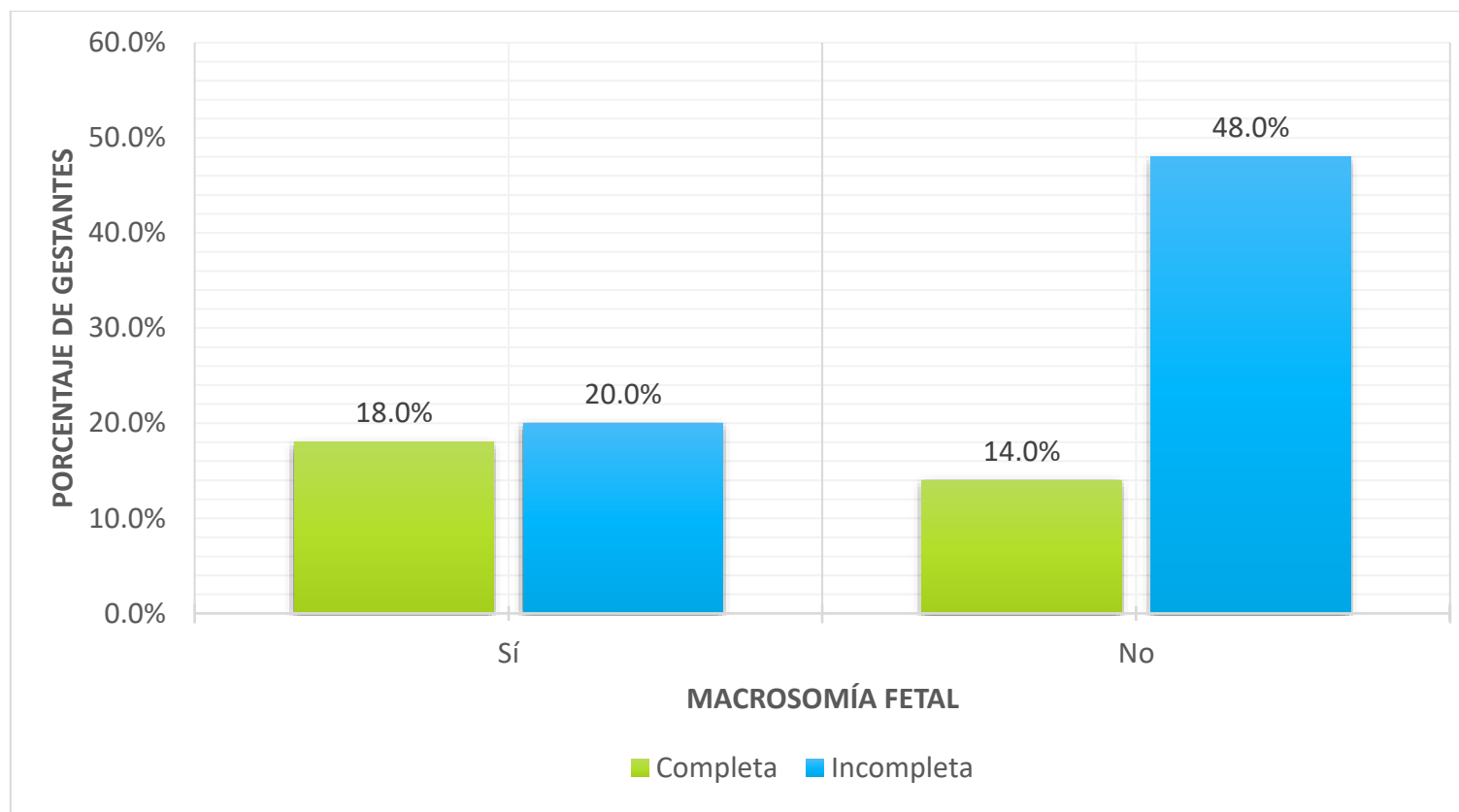
Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2_{cal}= 3,326$
 $X^2_{tab}= 3,84$

$Ns= 0,068$
 $G/ = 1$

NO ES SIGNIFICATIVA

Figura 8. Relación entre la macrosomía fetal y el tipo de ruptura uterina en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo, 2023–2024



Fuente: Tabla 8

En la tabla y figura 8 se analizó la relación entre la macrosomía fetal y el tipo de rotura uterina en las gestantes atendidas. Se encontró que el 38.0% de las pacientes presentó macrosomía fetal, mientras que el 62.0% no la presentó.

Respecto al tipo de rotura, entre las gestantes con macrosomía el 18.0% presentó rotura completa y el 20.0% incompleta; mientras que entre las gestantes sin macrosomía el 14.0% presentó rotura completa y el 48.0% incompleta.

Se aplicó la prueba de chi cuadrado para comprobar la hipótesis, con un nivel de significancia del 5%, obteniendo $X^2_{cal}=3,326$ mayor que $X^2_{tab}=3,84$, $gl=1$, y $P\text{-valor}=0,068$ no es significativa, lo que indica que la macrosomía fetal no se relaciona con el tipo de rotura uterina en esta población.

Sin embargo, según **Angulo** (26), la macrosomía fetal incrementa la probabilidad de parto obstruido, hiperdinamia uterina y distensión excesiva del segmento uterino, condiciones que pueden predisponer a la rotura uterina. De igual manera, **Huacachi y Correa** (34) describen que el peso fetal elevado suele asociarse a complicaciones del trabajo de parto debido a la desproporción feto–pelviana, lo que incrementa las tensiones mecánicas sobre la pared uterina.

A pesar de ello, en esta muestra los resultados sugieren que la macrosomía no alcanzó un nivel suficiente de asociación estadística con el tipo de rotura uterina, posiblemente debido a la influencia de otros factores clínicos predominantes, como presentaciones fetales anómalas, cicatrices uterinas previas o acretismo placentario.



Tabla 9. Relación entre el acretismo placentario y el tipo de ruptura uterina en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo, 2023–2024

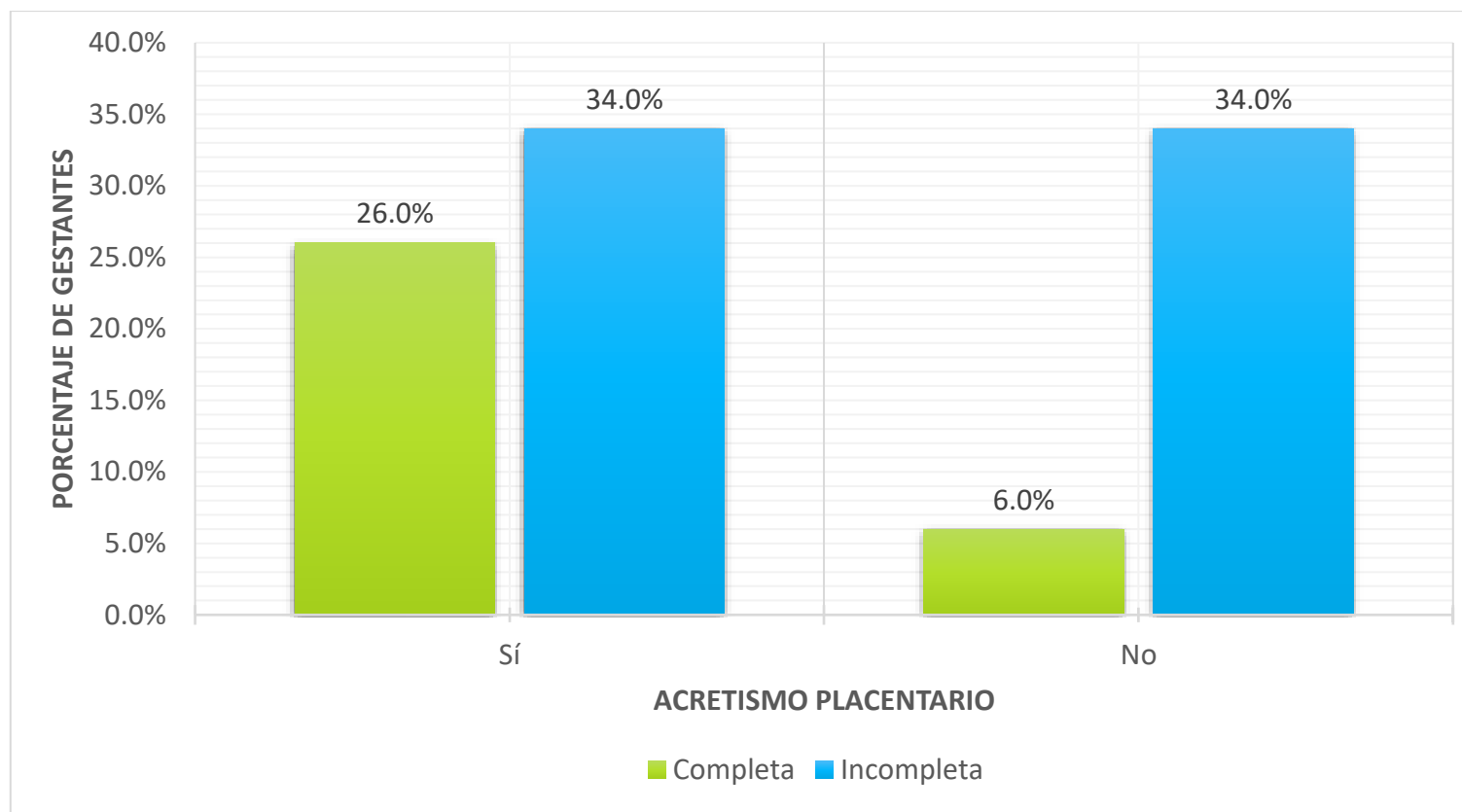
Acretismo Placentario	Grado de Rotura Uterina				Total	
	Completa		Incompleta			
	fi	%	fi	%	fi	%
Sí	13	26.0	17	34.0	30	60.0
No	3	6.0	17	34.0	20	40.0
Total	16	32.0	34	68.0	50	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

$X^2_{cal}= 4,427$ $Ns= 0,035$ *ES SIGNIFICATIVA*

$X^2_{tab}= 3,84$ $Gl= 1$

Figura 9. Relación entre el acretismo placentario y el tipo de ruptura uterina en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo, 2023–2024



Fuente: Tabla 9

En la tabla y figura 9 se analizó la relación entre el acretismo placentario y el tipo de rotura uterina. Se observó que el 60.0% de las pacientes presentó acretismo placentario, mientras que el 40.0% no presentó esta condición.

Respecto al tipo de rotura, entre las gestantes con acretismo el 26.0% presentó rotura completa y el 34.0% incompleta; mientras que entre las gestantes sin acretismo el 6.0% presentó rotura completa y el 34.0% incompleta.

Se aplicó la prueba de chi cuadrado para comprobar la hipótesis, con un nivel de significancia del 5%, obteniendo $X^2_{cal}=4,427$ mayor que $X^2_{tab}=3,84$, $gl=1$, y $P\text{-valor}=0,035$ es significativa, lo que indica que el acretismo placentario sí se relaciona con el tipo de rotura de útero en las gestantes atendidas durante el periodo estudiado.

Según lo señalado por Colmenares, **D'Ambrosio y Paredes** (27), la adherencia anormal de la placenta al miometrio genera invasión profunda del tejido uterino, lo que debilita la estructura del útero y aumenta el riesgo de rotura espontánea, incluso antes del trabajo de parto. Asimismo, **Flores-Rosas et al.** (28) describen casos en los que el acretismo placentario ha provocado hemorragias severas y roturas uterinas debido al compromiso directo de la integridad miometrial.

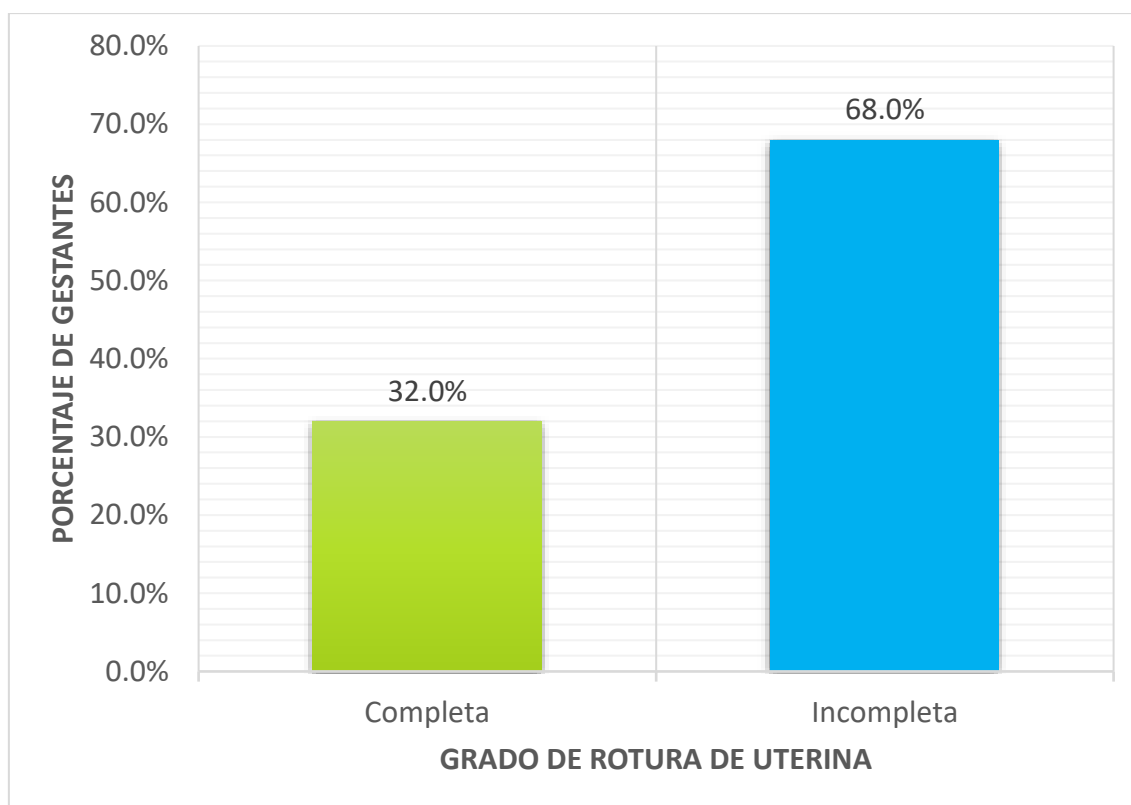
Estos hallazgos confirman que, en esta muestra, el acretismo placentario representa un factor crítico asociado al tipo de rotura uterina, respaldando la literatura que indica que la invasión placentaria profunda afecta la resistencia del útero y favorece la aparición de rupturas más amplias o completas.

Tabla 10. Frecuencia del tipo de ruptura uterina en gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo, 2023–2024

Tipo de Rotura Uterina	fi	%
Completa	16	32.0
Incompleta	34	68.0
Total	50	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos

Figura 10. Frecuencia del tipo de ruptura uterina en gestantes atendidas en el hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo, 2023–2024



Fuente: Tabla 10



En la tabla y figura 10 se presenta la distribución de frecuencia del tipo de rotura uterina en las gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo durante el periodo 2023–2024. Se observó que el 32.0% de los casos correspondió a rotura uterina completa, mientras que el 68.0% correspondió a rotura uterina incompleta, siendo esta última la forma más frecuente en la población estudiada.

Según lo descrito por **Villarroel** (29), la rotura incompleta es más frecuente debido a que el proceso de debilitamiento o presión excesiva sobre la pared uterina no siempre progresa hasta la solución de continuidad total. Asimismo, **Herrera, Peña y Martínez** (31) indican que la rotura completa suele asociarse a factores de mayor gravedad como cicatrices uterinas debilitadas, acretismo placentario o hiperdinamia intensa, mientras que la incompleta puede aparecer en contextos de trabajo de parto obstruido o distensión uterina gradual.

Estos hallazgos sugieren que en esta muestra la rotura incompleta ocurre con mayor frecuencia, coincidiendo con lo reportado en la literatura, donde se menciona que la integridad parcial del peritoneo suele preservarse en la mayoría de los casos antes de evolucionar a una rotura total. Esto también pone de relieve la importancia del diagnóstico precoz y de la intervención oportuna para evitar la progresión a roturas completas, que conllevan mayor riesgo materno-fetal.

CONCLUSIONES

PRIMERA: Se determinó que los factores predisponentes guardaron relación significativa con el tipo de ruptura uterina en las gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo durante los años 2023–2024, por lo que las hipótesis planteadas se aceptan de manera parcial, a excepción de la relación entre el nivel de instrucción materna, el número de gestaciones y la macrosomía fetal con el tipo de ruptura uterina

SEGUNDA: Se identificó que, entre los factores maternos evaluados, la edad materna y la paridad mostraron relación significativa con el tipo de ruptura uterina. La edad presentó un p-valor de 0,031 y la paridad un p-valor de 0,025. Se observó que el 18% ($p > 0.05$) de las pacientes fue primípara, grupo en el cual se registró el mayor porcentaje de ruptura completa 18.0%, mientras que el 42.0% tenía más de 34 años, lo que sugiere que estas condiciones maternas influyen directamente en la severidad de la ruptura uterina.

TERCERA: Se estableció la relación significativa entre los factores fetales, la desproporción feto-pélvica y la situación fetal con el tipo de ruptura uterina. La desproporción presentó un p-valor de 0,028 y estuvo presente en el 66.0% de las pacientes, mientras que la situación fetal obtuvo un p-valor de 0,033, destacando que el 42.0% ($p > 0.05$) de los fetos se presentó en situación transversa y otro 42.0% en situación oblicua. Por el contrario, la macrosomía fetal no mostró relación significativa $p\text{-valor}=0,068$, pese a presentarse en el 38.0% de los casos.



CUARTA: Se analizó el factor placentario y se determinó que el acretismo placentario sí guarda relación significativa con el tipo de rotura uterina, con un p-valor de 0,035. Esta condición se presentó en el 60.0% de las gestantes, observándose que el 26.0% ($p > 0.05$) de ellas presentó rotura completa, lo que evidencia que la adherencia anormal de la placenta compromete la integridad del miometrio y aumenta el riesgo de ruptura.

QUINTA: Se describió que la ruptura uterina incompleta fue la forma más frecuente en la población estudiada, representando el 68.0% de los casos, mientras que el 32.0% correspondió a ruptura completa. Este hallazgo refleja que la mayoría de las pacientes presentó lesiones uterinas que no alcanzaron la ruptura total, lo que destaca la importancia del diagnóstico oportuno para evitar progresiones hacia roturas completas, asociadas a mayor riesgo materno-fetal.



RECOMENDACIONES

PRIMERA: Al director del Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo, coordinar con el jefe del servicio de obstetricia la implementación de un protocolo de tamizaje obligatorio para identificar oportunamente los factores que demostraron asociación significativa con la ruptura uterina, tales como edad materna avanzada, paridad, antecedente quirúrgico, desproporción feto-pélvica y acretismo placentario. La aplicación sistemática de este tamizaje permitirá clasificar a las gestantes según su nivel de riesgo y fortalecer la vigilancia clínica, reduciendo la probabilidad de rupturas uterinas severas y mejorando la seguridad materna y fetal.

SEGUNDA: Al coordinador del área de obstetricia, coordinar con las obstetras responsables del control prenatal el fortalecimiento del monitoreo clínico de las gestantes con factores maternos identificados como significativos, especialmente aquellas mayores de 34 años y las primíparas con patrones de riesgo. Reforzar la educación prenatal y la valoración oportuna permitirá detectar precozmente alteraciones que incrementen la probabilidad de ruptura uterina, disminuyendo complicaciones en el trabajo de parto.

TERCERA: Al jefe del centro obstétrico, coordinar con el personal médico y obstétrico la vigilancia estricta de los factores fetales asociados, como la desproporción feto-pélvica y las presentaciones transversas u oblicuas. Se sugiere reforzar el uso de ecografía intraparto y la reevaluación periódica de la dinámica uterina para prevenir trabajo de parto obstruido. Esta medida permitirá intervenir de manera temprana,



evitando tensiones excesivas sobre el útero y reduciendo el riesgo de rotura así evitando la morbilidad materno perinatal.

CUARTA: El jefe del servicio de ginecología y obstetricia debe coordinar con los especialistas en medicina materno-fetal la creación de una ruta de atención prioritaria para gestantes con sospecha o diagnóstico de acretismo placentario. Este circuito deberá incluir ecografía especializada, referencia inmediata y disponibilidad quirúrgica anticipada. Implementar esta ruta permitirá disminuir la progresión hacia roturas completas, ya que el manejo precoz del acretismo reduce considerablemente el daño sobre el miometrio.

QUINTA: Al coordinador de calidad y seguridad del paciente, coordinar con el personal asistencial la actualización permanente de los protocolos sobre atención del trabajo de parto y manejo de complicaciones relacionadas con rotura uterina, enfatizando el reconocimiento temprano de signos clínicos.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Pregnant women must be able to access the right care at the right time, says WHO [Internet]. Ginebra: OMS; 2016 [citado 12 abr 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>
2. Ministerio de Salud del Perú. La ruptura uterina en gestantes en Perú [Internet]. Lima: MINSA; 2024 [citado 8 abr 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/minsa>
3. Hospital Carlos Monge Medrano. Entrevista al Dr. Elmer Huanca Quiroz, jefe de la Oficina de Salud de Epidemiología: La ruptura uterina en gestantes en Juliaca [Internet]. Juliaca: HCMM; 2025 [citado 2 abr 2025]. Disponible en: <https://www.facebook.com/HospitalCarlosMongeMedrano.Oficial/videos/-envivoahora-entrevista-al-dr-elmer-huanca-quiroz-jefe-de-la-oficina-de-salud-de/708185105310668/>
4. Peñafiel A. Rotura uterina en el segundo trimestre con licuefacción fetal post sepsis: reporte de caso clínico. Rev Clínica Guayaquil [Internet]. 2022 [citado 3 abr 2022]. Disponible en: <https://revistaclinicaguayaquil.org/index.php/revclinicaguaya/article/view/93>
5. Ordoñez W. Rotura uterina, a propósito de un caso. Rev Med [Internet]. 2022 [citado 15 jun 2022]. Disponible en: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/medi/article/view/1820>
6. Di Pietro M. Un caso de rotura uterina durante el embarazo. Istituto di Sanità Pubblica, Università Cattolica del Sacro Cuore [Internet]. Roma: Italia; 2019



- [citado 10 jun 2019]. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/journal/875/87558347007/html/>
7. Redondo R. Rotura uterina en gestante con cesárea anterior tras maniobra de Kristeller: reporte de caso. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2014 [citado 11 jun 2014];79(2). Disponible en:
https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262014000200008
8. Varela V. Ruptura uterina sin cicatriz previa en multigesta con antecedente de abuso de cristal: reporte de caso y revisión de la literatura. Rev FASGO [Internet]. 2023 [citado 20 jun 2025]. Disponible en:
<https://www.fasgo.org.ar/index.php/home-revista/137-revista-fasgo/n-17-2023/2798-ruptura-uterina-sin-cicatriz-previa-en-multigesta-con-antecedente-de-abuso-de-cristal-reporte-de-caso-y-revision-de-la-literatura>
9. Gonzales A. Factores de riesgo de rotura uterina en gestantes del Hospital Santa Rosa [Internet]. Piura: Universidad Privada Antenor Orrego; 2019 [citado 21 jun 2019]. Disponible en:
https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UPAO_1477dccf1f9b35b440052d77ca427859
10. Reyna E. Rotura uterina en el segundo trimestre por acretismo placentario, en gestante con sutura compresiva uterina previa. Rev Peru Investig Matern Perinat [Internet]. 2019 [citado 25 jul 2019]. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322019000400018



11. Torres O. Rotura uterina en gestante de alto riesgo en un Hospital de III Nivel [Internet]. Lima: Universidad José Carlos Mariátegui; 2017 [citado 2 jul 2017]. Disponible en: <https://repositorio.ujcm.edu.pe/handle/20.500.12819/338>
12. Guevara E. Rotura uterina en espectro de la placenta ácreta: reporte de caso. Rev Peru Investig Matern Perinat [Internet]. 2024 [citado 20 jul 2024]. Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/422>
13. Cruzado D. Rotura uterina intraparto ocurrida en una múltipara atendida en el Instituto Nacional Materno Perinatal [Internet]. Lima: CONCYTEC; 2017 [citado 22 jul 2017]. Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UWIE_25bdf9e0c11c5797b46156f26b1f4057
14. Sobrino K. Hemorragia post parto y su relación con el parto precipitado en el Hospital de Apoyo Yunguyo [Internet]. Puno: Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez; 2023 [citado 20 jul 2023]. Disponible en: <https://repositorio.uancv.edu.pe/items/6d9c9a55-7b58-4498-8abe-c2955441be68>
15. Ccalla R, Arizaca S. Factores individuales y obstétricos asociados a hemorragia posparto por desgarro uterino en mujeres atendidas en un Hospital de Juliaca [Internet]. Ica: Universidad Autónoma de Ica; 2023 [citado 12 jul 2023]. Disponible en: <https://repositorio.autonomadeica.edu.pe/bitstream/20.500.14441/2793/1/36.CALLA%20FLORES-ARIZACA%20SONCCO.pdf>



16. Lindblad J. Parto a término complicado por rotura uterina sin antecedentes de cesárea o legrado uterino tras el uso de oxitocina: informe de un caso. PMC [Internet]. 2023 [citado 10 jul 2023]. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10367936/>
17. Bellido A. Factores de riesgo del parto pretérmino por riesgo de rotura uterina en gestantes atendidas en el departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Regional de Puno [Internet]. Puno; 2017 [citado 11 jul 2017]. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/616995358.pdf>
18. Laqui N. Complicaciones intraparto y su relación con la indicación de cirugía uterina en pacientes atendidas en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca [Internet]. Juliaca; 2018 [citado 18 jul 2018]. Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UANT_ece1474b5442d03a7fcb784211add2e9
19. Figueroa DA, Negrin VA, Garcell ET. Riesgos y complicaciones asociados al embarazo en la adolescencia. Rev Cienc Médicas Pinar Río [Internet]. 2021 [citado 1 dic 2025];25(5). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942021000500025
20. Dioses DL, Corzo CA, Zarate JJ. Adherencia a la atención prenatal en el contexto sociocultural de países subdesarrollados: una revisión narrativa. Horiz Méd [Internet]. 2023 [citado 1 dic 2025];23(4):e2252. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2023000400013
21. Távara A, Núñez M, Tresierra MÁ. Factores asociados a atonía uterina. Rev Peru Ginecol Obstet [Internet]. 2022 [citado 1 dic 2025];68(2). Disponible en:



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

51322022000200005

22. Centro de Medicina Fetal. Control gestacional en gestantes con cesárea anterior [Internet]. Barcelona: Fetal Medicine Barcelona; 2024 [citado 1 dic 2025]. Disponible en: <https://fetalmedicinebarcelona.org/wp-content/uploads/2024/02/Control-gestacional-en-gestantes-con-cesarea-anterior.pdf>
23. Sociedad Iberoamericana de Información Científica. Cesárea anterior y riesgo de rotura uterina [Internet]. Buenos Aires: SIIC; [citado 1 dic 2025]. Disponible en: <https://www.siicsalud.com/des/insiiccompleto.php/26233>
24. Piñango P, Rodríguez A, Fajardo JF, Bello F. Desproporción fetopélvica: diagnóstico ecosonográfico. Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]. 2006 [citado 1 dic 2025];66(1):55–7. Disponible en: https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322006000100003
25. Riethmuller D, Ramanah R, Mottet N. Presentaciones transversas y oblicuas. EMC Ginecol Obstet [Internet]. 2020 [citado 1 dic 2025]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/337015807_Presentaciones_transversas_y_oblicuas
26. Angulo E. Factores de riesgo y complicaciones materno fetales de la macrosomía fetal durante el parto en un Hospital Nivel II [Internet]. Lima: CONCYTEC; 2017 [citado 1 dic 2025]. Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UJCM_662482e7823335840d103783098f1ed0



27. Colmenares LR, D'Ambrosio AC, Di Guglielmo MJ, Paredes AM. De placenta previa a placenta pércreta, desafío diagnóstico y terapéutico. Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]. 2025 [citado 1 dic 2025];85(3):479–85. Disponible en: https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322025000300479
28. Flores-Rosas EM, Blancas-Camacho DE, Casillas-Barrera M, Solórzano-Aguilar M, Hernández-Hernández VY, Ramírez-Urbe RD. Acretismo placentario en el primer trimestre del embarazo como causa de choque hipovolémico: reporte de un caso. Ginecol Obstet Mex [Internet]. 2021 [citado 1 dic 2025];89(11):913–917. Disponible en: <https://doi.org/10.24245/gom.v89i11.5584>
29. Villarroel NAF. Rotura uterina [Internet]. Santiago: Universidad de Chile; [citado 1 dic 2025]. Disponible en: <https://sintesis.med.uchile.cl/condiciones-clinicas/obstetricia-y-ginecologia/obstetricia-y-ginecologia-situaciones-clinicas-de-urgencia/11290-rotura-uterina>
30. Casavant M. Uterine rupture risk: Hidden dangers [Internet]. Southlake OBGYN & Advanced Surgery; 2025 [citado 1 dic 2025]. Disponible en: <https://southlakeobgyn.net/2025/08/19/uterine-rupture-risk/>
31. Herrera B, Pena C, Martínez R. Actuación y plan de cuidados ante una emergencia obstétrica: la rotura uterina [Internet]. Madrid: Enfermería de Urgencias; [citado 1 dic 2025]. Disponible en: <https://enfermeriadeurgencias.org/wp-content/uploads/rotura-uterina-emergencia-obstetrica.pdf>
32. Ballesteros JP, Almeida NA. Reporte de caso: ruptura uterina durante trabajo de parto, en útero sin cicatriz previa. Rev Médicas UIS [Internet]. 2021 [citado



1 dic 2025];34(1):107–12. Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-03192021000100011

33. Dave MLA, Medina López AD. Gran multiparidad como factor de riesgo para complicaciones materno perinatales en un hospital nivel III-1 de Trujillo [Internet]. Trujillo: CONCYTEC; 2025 [citado 1 dic 2025]. Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/index.php/Record/UPAO_b85f608343871485a29fd97a218bd977
34. Huacachi-Trejo K, Correa-López LE. Características maternas asociadas al diagnóstico de macrosomía fetal en un hospital III-1 de la capital de Perú. Rev Fac Med Humana [Internet]. 2020 [citado 1 dic 2025];20(1):76–81. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312020000100076
35. Davis A, Sánchez LM, Rubio JA. Acretismo placentario en el Instituto Materno Infantil (IMI) 1994-1999. Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]. 2002 [citado 1 dic 2025];53(4):327–34. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342002000400004
36. Ruiz C. La desproporción cefalopélvica: causa de cesárea [Internet]. Natalben; 2023 [citado 1 dic 2025]. Disponible en: <https://www.natalben.com/parto/parto-por-cesarea/desproporcion-cefalopelvica-causa-cesarea>



ANEXOS



ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A ROTURA DE ÚTERO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
CARLOS CORNEJO ROSELLO VIZCARDÓ AZÁNGARO 2023- 2024

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS GENERAL	VARIABLES	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	METODOLOGIA
PG.- ¿Cuáles son los factores de riesgo relacionados a la rotura de útero en las gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo Azángaro 2023- 2024?	OG.- Determinar los factores de riesgo relacionados a la rotura de útero en las gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro durante el periodo 2023–2024.	HG.- Los factores de riesgo maternos, fetales y placentarios están relacionados con la rotura de útero en las gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro durante los años 2023–2024.	1. Factores de riesgo	1.1. Factores maternos	1.1.1. Edad	a. Menor de 18 años b. De 18 a 34 años c. Mayor de 34 años	1.- DISEÑO DE INVESTIGACIÓN: No experimental. 2.- TIPO DE INVESTIGACIÓN: Es una investigación básica, de nivel correlacional, de tipo transversal y retrospectiva. 3.- ENFOQUE: Cuantitativo. 4.- POBLACIÓN: 50, pacientes con diagnóstico confirmado de rotura uterina. 5.- MUESTRA: Total, de la población. 6.- TÉCNICA:
					1.1.2. Nivel de instrucción	a. Ninguna b. Primaria c. Secundaria d. Superior	
					1.1.3. Numero de gestaciones	a. Primigesta b. Multigesta c. Gran multigesta	
					1.1.4. Paridad	a. Primípara b. Multípara c. Gran multípara	
					1.1.5. Antecedentes de intervención quirúrgica	a. Sí b. No	
PROBLEMAS ESPECÍFICOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS ESPECÍFICAS		1.2. Factores fetales	1.2.1. Desproporción feto pélvica	a. Sí b. No	
PE1.- ¿Cuáles son los factores maternos relacionados a la rotura de útero en las gestantes atendidas en el Hospital Carlos	OE1.- Identificar los factores maternos relacionados a la rotura de útero en las gestantes atendidas en el Hospital Carlos	HE1.- Los factores maternos están relacionados con la rotura de útero en las gestantes atendidas en el Hospital Carlos			1.2.2. Situación fetal	a. Longitudinal b. Transversa c. Oblicua	
Cornejo Rosello	Cornejo Rosello	Cornejo Rosello					



Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro?	Rosello de	Vizcardo de Azángaro.	de	Vizcardo de Azángaro.			1.2.3. Macrosomía fetal	a. Sí b. No	Variable 1: Análisis documental
							1.3. Factor placentario	1.3.1. Acretismo placentario	a. Sí b. No
PE2.- ¿Cuáles son los factores fetales relacionados a la rotura de útero en las gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro?		OE2.- Establecer relacion entre los factores fetales y la rotura de útero en las gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro.		HE2.- Los factores fetales están relacionados con la rotura de útero en las gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro.	2. Rotura de útero.	2.1. Tipo de rotura uterina		a. Rotura uterina completa b. Rotura uterina incompleta	7.- INSTRUMENTOS
PE3.- ¿Cuál es el factor placentario de riesgo relacionado a la rotura de útero en las gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro?		OE3.- Analizar el factor placentario de riesgo relacionado a la rotura de útero en las gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro.		HE3.- El factor placentario está relacionado con la rotura de útero en las gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro.					Variable 1.- Ficha de recolección de datos
PE4.- ¿Cuál es el grado de rotura uterina que con mayor frecuencia se presenta en las gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro?		OE4.- Describir el grado y características de la rotura de útero que con mayor frecuencia se presentan en las gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro.		HE4.- La rotura uterina incompleta es el tipo que se presenta con mayor frecuencia en las gestantes atendidas en el Hospital Carlos Cornejo Rosello Vizcardo de Azángaro.					Variable 2.- Ficha de recolección de datos

ANEXO 2: INSTRUMENTOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CÓDIGO DEL PACIENTE		DIAGNOSTICO	
1.- FACTORES DE RIESGO			
1.1. Factores maternos	1.1.1. Edad	a. Menor de 18 años b. De 18 a 34 años c. Mayor de 34 años	() () ()
	1.1.2. Nivel de instrucción	a. Ninguna b. Primaria c. Secundaria d. Superior	() () () ()
	1.1.3. Numero de gestaciones	a. Primigesta b. Multigesta c. Gran multigesta	() () ()
	1.1.4. Paridad	a. Primípara b. Multípara c. Gran multípara	() () ()
	1.1.5. Antecedentes de intervención quirúrgica	a. Sí b. No	() ()
1.2. Factores fetales	1.2.1. Desproporción feto pélvica	a. Sí b. No	() ()
	1.2.2. Situación fetal	a. Longitudinal b. Transversa c. Oblicua	() () ()
	1.2.3. Macrosomía fetal	a. Sí b. No	() ()
1.3. Factor placentario	1.3.1. Acretismo placentario	a. Sí b. No	() ()
2.- ROTURA DE ÚTERO.			
2.1. Tipo de rotura uterina		a. Rotura uterina completa b. Rotura uterina incompleta	() ()



ANEXO 3: VALIDEZ DE INSTRUMENTOS

TÍTULO DE LA TESIS: FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A ROTURA DE ÚTERO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLO VIZCARDO AZÁNGARO 2023- 2024

NOMBRE DEL JUEZ:

ESPECIALIDAD:

COLEGIATURA:**FECHA:**.....

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	PUNTAJE
El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	
El instrumento propuesto corresponde a los objetivos propuestos en el estudio	
La estructura del instrumento es el adecuado	
Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable	
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	
Los ítems son claros y entendibles	
El número de ítems es adecuado para su aplicación	
*se deben eliminar algunos ítems	
TOTAL	

- De acuerdo: 1 (Si)
- En desacuerdo: 2 (No)
-

ESCALA DE VALIDACIÓN

Baja	Regular	Alta
8 – 12 puntos	12 – 14 puntos	14 – 16 puntos
El instrumento de investigación esta observado	El instrumento de investigación requiere reajustes para su aplicación	El instrumento de investigación esta apto para su aplicación

CONSTANCIA DE JUICIO DE EXPERTO:

El que suscribe.....

identificado con DNI N°..... y CMP N°.....

certifico que realice el juicio de experto al instrumento diseñado por la estudiante

Bach. ELVIS MAMANI MAMANI

Juliaca de del 2025



ANEXO 4: TRATAMIENTO DE DATOS

*BD_Rotura-incompleta.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 10 de 10 variables

	Edad	Instruccion	Gestaciones	Paridad	Antecedentes	Desproporcion	Situacion_fetal	Macroso mia	Acretismo	Tipo_rotura
1	Mayor de 34 años	Secundaria	Multigesta	Multipara	Sí	Sí	Oblicua	Sí	No	Completa
2	De 18 a 34 años	Secundaria	Multigesta	Primípara	No	Sí	Longitudinal	No	No	Completa
3	De 18 a 34 años	Primaria	Multigesta	Primípara	Sí	No	Longitudinal	No	No	Incompleta
4	De 18 a 34 años	Primaria	Multigesta	Multipara	No	Sí	Oblicua	No	No	Incompleta
5	Mayor de 34 años	Primaria	Multigesta	Multipara	Sí	No	Transversa	No	No	Incompleta
6	De 18 a 34 años	Superior	Multigesta	Primípara	No	No	Transversa	No	No	Incompleta
7	De 18 a 34 años	Secundaria	Multigesta	Primípara	Sí	No	Oblicua	No	No	Incompleta
8	Menor de 18 años	Secundaria	Primigesta	Primípara	No	Sí	Longitudinal	No	Sí	Completa
9	Mayor de 34 años	Superior	Multigesta	Multipara	Sí	No	Oblicua	No	No	Incompleta
10	Mayor de 34 años	Secundaria	Gran multigesta	Gran multipara	Sí	Sí	Oblicua	Sí	Sí	Completa
11	Menor de 18 años	Secundaria	Primigesta	Primípara	No	Sí	Transversa	No	No	Incompleta
12	Mayor de 34 años	Superior	Gran multigesta	Gran multipara	Sí	Sí	Oblicua	Sí	Sí	Completa
13	Menor de 18 años	Primaria	Multigesta	Primípara	Sí	Sí	Transversa	Sí	Sí	Incompleta
14	Mayor de 34 años	Ninguna	Gran multigesta	Multipara	No	No	Oblicua	No	Sí	Incompleta
15	Mayor de 34 años	Primaria	Multigesta	Multipara	No	No	Transversa	No	Sí	Incompleta
16	Menor de 18 años	Secundaria	Multigesta	Primípara	No	Sí	Transversa	Sí	Sí	Completa
17	De 18 a 34 años	Superior	Gran multigesta	Gran multipara	Sí	Sí	Oblicua	No	Sí	Incompleta
18	De 18 a 34 años	Primaria	Multigesta	Multipara	No	Sí	Transversa	No	No	Incompleta
19	Mayor de 34 años	Primaria	Gran multigesta	Gran multipara	No	No	Transversa	No	No	Incompleta
20	De 18 a 34 años	Primaria	Multigesta	Primípara	Sí	No	Oblicua	Sí	Sí	Incompleta
21	Menor de 18 años	Secundaria	Primigesta	Primípara	No	Sí	Oblicua	No	Sí	Completa
22	De 18 a 34 años	Secundaria	Gran multigesta	Multipara	Sí	No	Transversa	No	Sí	Incompleta

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON



*BD_Rotura-incompleta.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 10 de 10 variables

	Edad	Instruccion	Gestaciones	Paridad	Antecedentes	Desproporcion	Situacion_fetal	Macroso mia	Acretismo	Tipo_rotura
19	Mayor de 34 años	Primaria	Gran multigesta	Gran multipara	No	No	Transversa	No	No	Incompleta
20	De 18 a 34 años	Primaria	Multigesta	Primipara	Sí	No	Oblicua	Sí	Sí	Incompleta
21	Menor de 18 años	Secundaria	Primigesta	Primipara	No	Sí	Oblicua	No	Sí	Completa
22	De 18 a 34 años	Secundaria	Gran multigesta	Multipara	Sí	No	Transversa	No	Sí	Incompleta
23	De 18 a 34 años	Primaria	Multigesta	Primipara	No	Sí	Oblicua	No	No	Completa
24	De 18 a 34 años	Secundaria	Gran multigesta	Gran multipara	Sí	No	Transversa	No	Sí	Completa
25	Mayor de 34 años	Primaria	Multigesta	Multipara	Sí	Sí	Longitudinal	No	No	Incompleta
26	Menor de 18 años	Primaria	Primigesta	Primipara	No	Sí	Longitudinal	Sí	Sí	Completa
27	Menor de 18 años	Primaria	Multigesta	Primipara	No	Sí	Oblicua	No	Sí	Completa
28	Mayor de 34 años	Ninguna	Multigesta	Primipara	No	Sí	Transversa	Sí	Sí	Completa
29	Mayor de 34 años	Secundaria	Gran multigesta	Primipara	Sí	Sí	Oblicua	No	Sí	Incompleta
30	De 18 a 34 años	Superior	Multigesta	Multipara	Sí	No	Transversa	No	No	Incompleta
31	Mayor de 34 años	Primaria	Gran multigesta	Multipara	Sí	Sí	Transversa	Sí	Sí	Incompleta
32	De 18 a 34 años	Secundaria	Multigesta	Primipara	Sí	Sí	Transversa	Sí	Sí	Incompleta
33	Mayor de 34 años	Superior	Gran multigesta	Multipara	No	Sí	Oblicua	Sí	Sí	Completa
34	Mayor de 34 años	Ninguna	Multigesta	Primipara	Sí	Sí	Transversa	No	Sí	Incompleta
35	Mayor de 34 años	Primaria	Gran multigesta	Gran multipara	Sí	No	Longitudinal	No	Sí	Completa
36	Mayor de 34 años	Superior	Multigesta	Multipara	Sí	Sí	Longitudinal	Sí	No	Incompleta
37	De 18 a 34 años	Secundaria	Multigesta	Primipara	Sí	No	Oblicua	Sí	Sí	Incompleta
38	De 18 a 34 años	Primaria	Primigesta	Primipara	No	Sí	Oblicua	No	No	Incompleta
39	Mayor de 34 años	Primaria	Gran multigesta	Gran multipara	Sí	Sí	Transversa	No	Sí	Incompleta
40	Mayor de 34 años	Secundaria	Primigesta	Primipara	No	Sí	Oblicua	Sí	Sí	Incompleta

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode: ON



*BD_Rotura-incompleta.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 10 de 10 variables

	Edad	Instruccion	Gestaciones	Paridad	Antecedentes	Desproporcion	Situacion_fetal	Macroso mia	Acretismo	Tipo_rotura
31	Mayor de 34 años	Primaria	Gran multigesta	Multipara	Sí	Sí	Transversa	Sí	Sí	Incompleta
32	De 18 a 34 años	Secundaria	Multigesta	Primipara	Sí	Sí	Transversa	Sí	Sí	Incompleta
33	Mayor de 34 años	Superior	Gran multigesta	Multipara	No	Sí	Oblicua	Sí	Sí	Completa
34	Mayor de 34 años	Ninguna	Multigesta	Primipara	Sí	Sí	Transversa	No	Sí	Incompleta
35	Mayor de 34 años	Primaria	Gran multigesta	Gran multipara	Sí	No	Longitudinal	No	Sí	Completa
36	Mayor de 34 años	Superior	Multigesta	Multipara	Sí	Sí	Longitudinal	Sí	No	Incompleta
37	De 18 a 34 años	Secundaria	Multigesta	Primipara	Sí	No	Oblicua	Sí	Sí	Incompleta
38	De 18 a 34 años	Primaria	Primigesta	Primipara	No	Sí	Oblicua	No	No	Incompleta
39	Mayor de 34 años	Primaria	Gran multigesta	Gran multipara	Sí	Sí	Transversa	No	Sí	Incompleta
40	Mayor de 34 años	Secundaria	Primigesta	Primipara	No	Sí	Oblicua	Sí	Sí	Incompleta
41	De 18 a 34 años	Primaria	Gran multigesta	Multipara	Sí	No	Transversa	Sí	No	Incompleta
42	De 18 a 34 años	Secundaria	Multigesta	Primipara	Sí	Sí	Transversa	Sí	Sí	Incompleta
43	Mayor de 34 años	Primaria	Multigesta	Multipara	Sí	Sí	Oblicua	No	No	Incompleta
44	Mayor de 34 años	Primaria	Gran multigesta	Primipara	Sí	Sí	Oblicua	No	No	Incompleta
45	De 18 a 34 años	Secundaria	Multigesta	Multipara	No	Sí	Transversa	Sí	Sí	Incompleta
46	De 18 a 34 años	Secundaria	Gran multigesta	Gran multipara	Sí	Sí	Oblicua	Sí	Sí	Completa
47	Mayor de 34 años	Superior	Gran multigesta	Primipara	No	Sí	Longitudinal	Sí	Sí	Completa
48	De 18 a 34 años	Secundaria	Multigesta	Multipara	Sí	No	Transversa	No	Sí	Incompleta
49	De 18 a 34 años	Primaria	Gran multigesta	Multipara	Sí	Sí	Transversa	No	No	Incompleta
50	De 18 a 34 años	Secundaria	Multigesta	Primipara	No	No	Oblicua	No	Sí	Incompleta
51										
52										

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON



Ministerio de Salud
Gobierno Regional
Puno

DIRECCION REGIONAL
DE SALUD DE PUNO

RED DE SALUD
AZANGARO

Azángaro 04 de Mayo del 2026.

CONSTANCIA

EL DIRECTOR DEL HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLO VIZCARDO
DE LA RED DE SALUD AZANGARO.

HACE CONSTAR:

Que, el Señor ELVIS MAMANI MAMANI, identificado con DNI 70313804, con domicilio en la Urbanización Caceres Velasques de Juliaca. Estudiante de Medicina Humana de la Universidad Néstor Caceres Velasquez. Se le ha accedido información, para revisar y recolectar las Historias clínicas para la elaboración de TESIS DENOMINADO "Factores de Riesgo Relacionado en ruptura uterina en gestantes atendidos en el Hospital Carlos Cornejo Rosselló Vizcardo de la Red Azángaro 2023. 2024".

Se le accede a solicitud del interesado.

Atentamente.



Edson Mael Manzano Quispe
MEDICO CIRUJANO
DIRECTOR DEL HOSPITAL
CORY -AZANGARO



ANEXO 3:

VALIDACIÓN DE LA FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

JUICIO DE EXPERTOS

TÍTULO DE LA TESIS: FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A ROTURA DE ÚTERO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLO VISCARDO AZANGARO 2023- 2024

NOMBRE DEL JUEZ: Sandra Beitha Huaita Jelea

ESPECIALIDAD: Gineco-Obstetricia

COLEGIATURA: 18023 **FECHA:** 10/11/2025

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	PUNTAJE
El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	1
El instrumento propuesto corresponde a los objetivos propuestos en el estudio	2
La estructura del instrumento es el adecuado	2
Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable	2
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	2
Los ítems son claros y entendibles	2
El número de ítems es adecuado para su aplicación	2
*se deben eliminar algunos ítems	2
TOTAL	

- De acuerdo: 1 (Si)
- En desacuerdo: 2 (No)



ESCALA DE VALIDACIÓN

Baja	Regular	Alta
8 – 12 puntos	12 – 14 puntos	14 – 16 puntos
El instrumento de investigación esta observado	El instrumento de investigación requiere reajustes para su aplicación	El instrumento de investigación esta apto para su aplicación

CONSTANCIA DE JUICIO DE EXPERTO:

El que suscribe Sandra Bertha Hurtado Vilca
identificado con DNI N° 06434473 y CMP N° 18023
certifico que realice el juicio de experto al instrumento diseñado por la estudiante
Bach. ELVIS MAMANI MAMANI

Juliaca 10 de 11 del 2025

Sandra Hurtado Vilca
GINECOLOGÍA - OBSTETRICIA
CMP.18023 RNE: 12737



ANEXO 3:

VALIDACIÓN DE LA FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

JUICIO DE EXPERTOS

TÍTULO DE LA TESIS: FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A ROTURA DE ÚTERO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLO VISCARDO AZANGARO 2023- 2024

NOMBRE DEL JUEZ: Walter V. Flores Corla

ESPECIALIDAD: Gineco - Obstetra

COLEGIATURA: 48608 **FECHA:** 10-11-25

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	PUNTAJE
El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	2
El instrumento propuesto corresponde a los objetivos propuestos en el estudio	2
La estructura del instrumento es el adecuado	2
Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable	2
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	2
Los ítems son claros y entendibles	2
El número de ítems es adecuado para su aplicación	1
*se deben eliminar algunos ítems	2
TOTAL	

- De acuerdo: 1 (Si)
- En desacuerdo: 2 (No)



ESCALA DE VALIDACIÓN

Baja	Regular	Alta
8 – 12 puntos	12 – 14 puntos	14 – 16 puntos
El instrumento de investigación esta observado	El instrumento de investigación requiere reajustes para su aplicación	El instrumento de investigación esta apto para su aplicación

CONSTANCIA DE JUICIO DE EXPERTO:

El que suscribe Walter V. Flores Coila
identificado con DNI N° y CMP N° 48608
certifico que realice el juicio de experto al instrumento diseñado por la estudiante
Bach. ELVIS MAMANI MAMANI

Juliaca 10 de 11 del 2025


Dr. Walter V. Flores Coila
GINECÓLOGO - OBSTETRA
CMP, 48608 - RNE, 30457



ANEXO 3:

VALIDACIÓN DE LA FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

JUICIO DE EXPERTOS

TÍTULO DE LA TESIS: FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A ROTURA DE ÚTERO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLO VISCARDO AZANGARO 2023- 2024

NOMBRE DEL JUEZ: Frey, Edmundo Cabana Chile

ESPECIALIDAD: Médico Gineco-obstetra

COLEGIATURA: 44284 **FECHA:** 10/11/25

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	PUNTAJE
El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	2
El instrumento propuesto corresponde a los objetivos propuestos en el estudio	2
La estructura del instrumento es el adecuado	1
Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable	2
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	1
Los ítems son claros y entendibles	2
El número de ítems es adecuado para su aplicación	2
*se deben eliminar algunos ítems	2
TOTAL	

- De acuerdo: 1 (Si)
- En desacuerdo: 2 (No)



ESCALA DE VALIDACIÓN

Baja	Regular	Alta
8 – 12 puntos	12 – 14 puntos	14 – 16 puntos
El instrumento de investigación esta observado	El instrumento de investigación requiere reajustes para su aplicación	El instrumento de investigación esta apto para su aplicación

CONSTANCIA DE JUICIO DE EXPERTO:

El que suscribe..... Frey Edmundo Cabana Chile
identificado con DNI N° 29642422 y CMP N° 44284
certifico que realice el juicio de experto al instrumento diseñado por la estudiante
Bach. ELVIS MAMANI MAMANI

Juliaca 10 de 11 del 2025


.....
Dr. Frey E. Cabana Chile
GINECÓLOGO - OBSTETRA
CMP 44284 RNE 41850



ANEXO 1 FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

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

Formato digital ☒

Fecha de entrega: 11 - 05 - 2026

1. Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos: ELVIS MAMANI MAMANI

Dirección: URB. NESTOR CÁCERES VELASQUEZ MNZR2 LT3

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: 70313804

Teléfono: 918210884 email: mamanimamanielvis058@gmail.com

Nombres y Apellidos: _____

Dirección: _____

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: _____

Teléfono: _____ email: _____

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

Escuela Profesional o Mención: ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

Título o Grado Académico a optar: MÉDICO CIRUJANO

Asesor: Dra. MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA

Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones:

Trabajo de Investigación ☐ Tesis ☒ Trabajo de Suficiencia Profesional ☐ Trabajo Académico ☐

Título: FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A ROTURA DE ÚTERO EN GESTANTES ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL CARLOS CORNEJO ROSELLO VIZCARDO AZÁNGARO 2023 - 2024

Palabras claves, (3 a 5 términos): Rotura uterina, factores de riesgo, gestantes, desproporción feto-pélvica, acretismo placentario.

¿Esta obra se desarrolló en la UANCV ^{1, 2}?

1

¹ 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.

² 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

11

- 05 - 2026

Fecha