

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONÍA PERUANA



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

“Rafael Donayre Rojas”



TITULO

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y OBSTÉTRICAS DE LAS CESÁREAS EN
EL HOSPITAL II-1 DE MOYOBAMBA
Enero - Diciembre del 2014**

TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE MEDICO CIRUJANO

Presentado por el Bachiller de Medicina Humana

Bach. ROLAND KHRYSS RIOS RAMIREZ

ASESOR

Dr. RICARDO CHAVEZ CHACALTANA

Punchana – Iquitos

Perú

2015

INDICE DE CONTENIDO

Dedicatoria	iii
Reconocimiento	iv
Índice de tablas	v
Índice de gráficas	vi
Resumen	vii
Capítulo I	
1. Introducción	2
2. Planteamiento del Problema	5
3. Objetivos	6
Capítulo II	
4. Marco Teórico	8
5. Hipótesis	18
6. Variables	19
Capítulo III	
7. Metodología	22
7.1 Tipo de investigación	22
7.2 Diseño de investigación	22
7.3 Población y Muestra	22
7.4 Técnicas e Instrumentos	23
7.5 Procedimiento de Recolección de Datos	24
7.6 Análisis e Interpretación	24
7.7 Protección de los Derechos humanos	24
Capítulo IV	
8. Resultados	26
9. Discusión	36
10. Conclusiones	38
11. Recomendaciones	39
Capítulo V	
12. Referencias Bibliográficas	41
13. Anexos	45

Dedicatoria

Esta memoria, dedico a mis padres y hermano por el apoyo incondicional y los sabios consejos que me impartieron y por darme fuerzas para salir adelante.

Reconocimiento

Agradezco a Dios por todo lo que ha hecho en mi vida. Por regalarme la salud y porqué es el amigo que me guía.

A mis padres, que me dieron su amor y apoyo incondicional cada día de mi vida.

A mi hermano por el gran apoyo desmedido que me brindaron en estos años de estudios.

Índice de Tablas

Tabla Nº 1	Procedencia de las mujeres cesareadas en el Hospital II-1 de Moyobamba	26
Tabla Nº 2	Nivel de Instrucción de las mujeres cesareadas en el Hospital II-1 de Moyobamba	27
Tabla Nº 3	Paridad de las mujeres cesareadas en el Hospital II-1 de Moyobamba	29
Tabla Nº 4	Morbilidad de las mujeres cesareadas en el Hospital II-1 de Moyobamba	31
Tabla Nº 5	Indicación de Cesárea en el Hospital II-1 de Moyobamba	32
Tabla Nº 6	Tipo de Cesárea y Edad de las gestantes	33
Tabla Nº 7	Tipo de Cesáreas y Procedencia de las gestantes	33
Tabla Nº 8	Tipo de Cesáreas y Estado Civil de las gestantes	33
Tabla Nº 9	Tipo de Cesáreas y Estado Civil de las gestantes	34
Tabla Nº 10	Tipo de Cesáreas y Antecedente de Cesáreas de las gestantes	34
Tabla Nº 11	Tipo de Cesáreas y Edad Gestacional de las gestantes	34
Tabla Nº 12	Tipo de Cesáreas y Paridad de las gestantes	35
Tabla Nº 13	Tipo de Cesáreas y Control Prenatal de las gestantes	35

Índice de Gráficas

Gráfica Nº 1	Edad de las mujeres cesareadas en el Hospital II-1 de Moyobamba	26
Gráfica Nº 2	Estado Civil de las mujeres cesareadas en el Hospital II-1 de Moyobamba	27
Gráfica Nº 3	Antecedente de cesáreas de las mujeres cesareadas en el Hospital II-1 de Moyobamba	28
Gráfica Nº 4	Edad Gestacional de las mujeres cesareadas en el Hospital II-1 de Moyobamba	29
Gráfica Nº 5	Control Prenatal de las mujeres cesareadas en el Hospital II-1 de Moyobamba	30
Gráfica Nº 6	Tipo de Cesáreas en las mujeres cesareadas en el Hospital II-1 de Moyobamba	30

Resumen

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y OBSTÉTRICAS DE LAS CESÁREAS EN EL HOSPITAL II-1 DE MOYOBAMBA, Enero - Diciembre del 2014 Bach. ROLAND KHRYSS RIOS RAMIREZ

Introducción

La cesárea es la intervención quirúrgica comúnmente realizada, que se utiliza para finalizar un embarazo o parto que ayudará a conservar la salud y la vida materno-fetal; en nuestro país existe una alta tasa de cesáreas realizadas en los hospitales de MINSA, así como en el Hospital II-1 de Moyobamba, por lo que se desea conocer sus características.

Objetivo

Identificar las características sociodemográficas y obstétricas de las cesáreas atendidas en el Hospital II-1 de Moyobamba, entre Enero a Diciembre del 2014.

Metodología

El presente estudio es de tipo cuantitativo, de diseño del presente estudio será descriptivo transversal retrospectivo, con una población de 691 cesáreas realizadas en el Hospital II-1 de Moyobamba entre enero a diciembre 2014, la muestra fue 247 cesáreas, la técnica que se usó fue de fuente secundaria a través de la aplicación de ficha de recolección de datos a través de la revisión de la historia clínica.

Resultados

De las 247 mujeres cesareadas en el 2014 en el Hospital II-1 de Moyobamba, el 49.8% (123) tenían entre 20 a 34 años de edad, el 42.1% (104) proceden de la zona urbana y el 35.2% (87) de la zona urbanomarginal, el 56.3% (139) son conviviente, el 48.6% (120) con nivel de instrucción de secundaria, el 34.4% (85) con antecedente de cesárea anterior, el 68.4% (169) con edad gestacional a término, y el 23.5% de pretérmino; el 42.5% (105) son primípara, el 31.6% (78) nulípara; el 57.5% (142) con 6 a más controles prenatales. El 63.6% (157) presentan alguna morbilidad durante el embarazo; las principales fueron: anemia (60.3%), infección urinaria (33.2%), vulvovaginitis (26.3%), hipertensión inducida en el embarazo, (21.1%).

El 54.7% (135) son cesáreas electivas y el 45.3% (112) son cesáreas de emergencia.

Las principales indicaciones de las cesáreas electivas fueron cesárea anterior (34.8%), desproporción cefalopélvica (18.1%) e hipertensión inducida por el embarazo (10.3%).

Las principales indicaciones de las cesáreas de emergencia fueron sufrimiento fetal agudo (43.5%), desproporción cefalopélvica (23.9%), preeclampsia (16.3%), fase latente prolongada del trabajo de parto (9.8%).

La mayor frecuencia de cesáreas de emergencia fueron en las menores de 20 años (55.7%), las que proceden de la zona rural (64.3%) las nulíparas (51.3%) y primíparas (51.4%).

La mayor frecuencia de cesáreas electiva fueron en las de 20 a 34 años (60.2%), las que proceden de la zona urbana (70.2%), en las de instrucción superior/técnica (61.0%), en las que tienen antecedente de cesáreas (78.8%), en las multíparas (71.2%), gran multíparas (75.0%) y en las que tienen de 6 a más controles prenatales (62.0%).

Conclusiones

De las 247 mujeres cesareadas en el 2014 en el Hospital II-1 de Moyobamba, el 49.8% (123) tenían entre 20 a 34 años de edad. El 54.7% (135) son cesáreas electivas y el 45.3% (112) son cesáreas de emergencia. Las principales indicaciones de las cesáreas electivas fueron cesárea anterior (34.8%), desproporción cefalopélvica (18.1%)

Palabras claves: Cesáreas, características, Moyobamba – San Martín.

CAPITULO I

1. INTRODUCCION

La cesárea es la intervención quirúrgica comúnmente realizada que se utiliza para finalizar un embarazo o parto que ayudará a conservar la salud y la vida materno-fetal, siendo el objetivo extraer el producto de la concepción y sus anexos ovulares a través de una laparotomía e incisión de la pared uterina. Esta se realiza bajo indicaciones precisas sean estas de causa primaria de origen maternas, fetales u ovulares, las cuales a su vez se clasifican como criterios absolutos o relativos, que desaconsejan el parto vaginal. Sin embargo ninguna intervención quirúrgica está libre de riesgos y la cesárea no debe efectuarse sin razón plenamente justificada ¹.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en ninguna región del mundo se justifica una frecuencia de cesáreas mayor del 10-15%. Las estimaciones globales indican una tasa de cesárea a nivel mundial del 15%, con una variación del 3,5%. Sin embargo, en las últimas décadas, las tasas de cesárea han aumentado en todo el mundo. En los países Europeos como Gran Bretaña se reporta una frecuencia de operación de 21%, en Estados Unidos 26% y en Australia 23%. En Latinoamérica las cifras son superiores, así lo demuestra la Encuesta Global en Salud Materna y Perinatal de la OMS, realizada entre el 2004 - 2005 en 24 regiones de ocho países, donde se obtuvo datos de todas las mujeres admitidas para el parto en 120 instituciones seleccionadas aleatoriamente, la mediana de la tasa de partos por cesárea fue del 33% y, en hospitales privados se observaron tasas de hasta el 51% ² Actualmente, en Chile, Argentina, Brasil, Paraguay y México rebasa el 50%. En el Perú, de acuerdo con lo reportado por Balizan y colaboradores ³, igual que lo encontrado en otros países menos desarrollados – como Bolivia, Haití y Guatemala - se había mantenido por debajo de 10%, cifra muy inferior a la descrita en países como Puerto Rico (45%), Chile (40%), Brasil (27%), Argentina (25%) y México (24%).

Según la última Encuesta de Demografía y Salud (DHS), esas tasas altas no se distribuyen por igual entre todas las mujeres en el Perú. La encuesta reveló que las cesáreas en todo el país han aumentado de 21,4% a 25,3% entre los periodos 2009 y 2012. Las cesáreas se realizaron en el 48,6% de las mujeres en el quinto superior de riqueza y en el 44,1% de las mujeres con educación superior. Las tasas también varían según el área geográfica. Por ejemplo, en el noroeste de Perú se encontró la mayor tasa de cesáreas en el 48,7%, seguido

de Lima Metropolitana a 41%. La tasa más baja, 8,6%, fue encontrada en la región andina de Huancavelica ⁴.

La causa de este fenómeno es multifactorial. Entre las principales condiciones que han determinado el incremento de las cesáreas en todo el mundo tenemos: la mejora de las técnicas quirúrgicas y anestésicas ⁵, los cambios demográficos ⁶ y socioculturales ⁷, una mejor percepción de seguridad de este procedimiento ⁸, el incremento de las “prácticas defensivas” por parte de los médicos gineco-obstetras ⁹, la relativa mejora de los sistemas de salud ¹⁰, y el aumento de la solicitud directa de las pacientes ^{11, 12}.

Debido a que el enfoque clínico ha sido insuficiente para explicar el incremento tan acelerado de la operación cesárea, se han propuesto diversas hipótesis para explicar estas tendencias. Así, algunas han sugerido que el aumento en la tasa de operación cesárea es un fenómeno que acompaña al crecimiento del producto bruto per cápita; otras lo relacionan con la expansión de seguros de salud privados que cubren los costos de la operación cesárea, más no los de un parto vaginal. Por otra parte, también se ha señalado que el tipo de organización médica y los estilos de atención constituyen los principales alicientes de esta práctica. Se ha identificado que detrás de este crecimiento se hallan mutaciones culturales que han transformado las concepciones tradicionales sobre el cuerpo, el nacimiento y el dolor, mientras que otros descartan que un mayor número de operación cesárea esté sustentado en un cambio en las preferencias de las mujeres ^{13, 14}.

No se discute la validez de la operación cesárea cuando está de por medio una indicación absoluta. Sin embargo, éstas, según todas las publicaciones, no superan el 20% de las que se observan en la práctica. Es por ello que actualmente se busca revertir esta tendencia en alza, y se tiende a reducir los índices de incidencia de cesáreas, realizándolas sólo bajo indicaciones médicas indispensables, entendiéndose esto como una mejor atención del embarazo y trabajo de parto que conlleva a menores índices quirúrgicos con mayor beneficio materno y neonatal ¹⁵.

La creencia de que el nacimiento por cesárea podría ser beneficioso para la madre y el recién nacido, no tiene ningún fundamento científico sólido. Por el contrario, varios estudios observaron mayor frecuencia de trastornos asociados, tanto maternos como neonatales ¹⁶⁻¹⁸. Villar y col.¹⁹ analizaron datos de aproximadamente 100.000 nacimientos y observaron que,

en presentación cefálica, la cesárea estuvo asociada en forma independiente con un significativo aumento de la morbilidad y mortalidad materna y neonatal.

La resolución quirúrgica de los eventos obstétricos a través de la operación cesárea constituye uno de los avances más importantes de la medicina perinatal contemporánea y ha tenido indiscutiblemente un impacto extraordinario en la disminución de la mortalidad materna y perinatal. Los aportes científicos y tecnológicos que ocurrieron en el siglo XX, permitieron la introducción de técnicas quirúrgicas con asepsia y anestesia confiables y de métodos sofisticados para la detección temprana del sufrimiento fetal agudo y crónico que contribuyeron en forma por demás importante al incremento en el uso de la operación cesárea que se observó en la década de los años sesenta en todos los países alrededor del mundo.

La operación cesárea expone a mayor peligro de morbimortalidad materno fetal que el parto vaginal no complicado, más los riesgos de la anestesia. En gestantes de alto riesgo además del estado de alarma fisiológico por la cesárea hay aumento de morbimortalidad de la madre y del niño en el período de recuperación, por complicaciones infecciosas, hemorrágicas y pulmonares. La paciente sometida a cesárea de urgencia corre el riesgo adicional de la complicación que motivó la intervención, la anestesia de urgencia y la reducida preparación preoperatoria²⁰.

En el Hospital II-1 de Moyobamba donde el autor realizó su internado médico en el 2014 se reportaron 1622 partos, de los cuales 691 fueron cesáreas²¹; observando una tasa de cesárea del 42.6%²²; demostrando que al alta tasa de las cesáreas es un problema de salud y que requiere una revisión detallada de sus características sociodemográficas, obstétricas y clínicas, así como sus indicaciones, el tipo de cesáreas practicada y sus complicaciones; de manera de contribuir a un conocimiento estadístico para la toma de decisiones que permita a la institución reducir los índices de las cesáreas.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Cuáles son las características sociodemográficas y obstétricas de las cesáreas en el Hospital II-1 de Moyobamba, entre enero a diciembre del 2014?

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo general:

- Identificar las características sociodemográficas y obstétricas de las cesáreas atendidas en el Hospital II-1 de Moyobamba, entre Enero a Diciembre del 2014

3.2. Objetivos Específicos:

- Identificar las características sociodemográficas como: edad, procedencia, estado civil y nivel de instrucción de las cesáreas atendidas en el Hospital II-1 de Moyobamba, entre enero a diciembre del 2014
- Identificar las características obstétricas como: edad gestacional, morbilidad materna, tipo de cesárea (electiva, emergencia), paridad, indicaciones de cesáreas realizadas y determinar las complicaciones de las cesáreas intervalo intergenésico, antecedente de cesáreas, control pre natal de las cesáreas atendidas en el Hospital II-1 de Moyobamba, entre enero a diciembre del 2014.

CAPITULO II

4. MARCO TEÓRICO

4.1 CESAREA

Cesárea es la intervención quirúrgica que permite la salida o nacimiento de un feto mediante una incisión abdominal ²³, otros autores la definen como la intervención quirúrgica que tiene como objetivo extraer el producto de la concepción y sus anexos ovulares a través de una laparotomía e incisión de la pared uterina ²⁴, o como un procedimiento quirúrgico mediante el cual el feto y los anexos ovulares son extraídos después de las 28 semanas de gestación a través de una incisión en el abdomen y en el útero. Técnicamente, antes de las 28 semanas se denomina Histerotomía ²⁵.

4.2 INCIDENCIA

Según la Organización Mundial de la Salud desde hace 30 años, los profesionales de la salud de todo el mundo han considerado que la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10% y el 15%. No hay justificación alguna para que ninguna región presente una tasa superior al 10-15%²⁷.

Existe suficiente evidencia científica acerca del incremento paulatino en la práctica de la operación cesárea en diversas partes del mundo, de tal manera que en el año 2002, en África la tasa promedio de la cesárea fue de 3.5%, con valores máximos en Sudáfrica (15.4%), Egipto (11.4%) y Túnez (8.0%). El promedio en Asia fue de 15.9%, con las mayores tasas nacionales en China (40.5%), Hong Kong (27.4%) y Líbano (23.3%). Nepal y Camboya presentaron las menores tasas (1.0%). En Europa, la tasa promedio de cesáreas fue de 19.0% y los valores máximos se observaron en Italia (36.0%) y Portugal (30.2%), mientras que los más bajos fueron en Serbia y Montenegro (8.0%) y Moldova (6.2%) ²⁶. En América Latina y el Caribe la media fue de 29.2%, con los valores menores en Haití (1.7%) y Honduras (7.9%) y los mayores en México (39,1%), Brasil (36.7%), República Dominicana (31.3%) y Chile con el 30.7%²⁸.

En el Perú se reporta que la tasa de cesáreas en todo el país ha aumentado de 21,4% a 25,3% entre los periodos 2009 y 2012 ²⁹.

4.3 TIPOS DE CESÁREA

Los tipos de cesáreas son: cesáreas programadas o iterativas, aquellas que ya tiene una indicación absoluta para su realización y la cesárea de urgencia que es aquella que se realiza como consecuencia de una patología aguda grave de la madre o del feto, con riesgo vital o del pronóstico neurológico fetal, lo que hace aconsejable la finalización del embarazo rápidamente. Dentro de éste apartado se encuentra un grupo heterogéneo de indicaciones con niveles de urgencia diferentes ^{30, 31}:

a) Según antecedentes obstétricos de la paciente.

- Primera: Es la que se realiza por primera vez.
- Iterativa: Es la que se practica en una paciente con antecedentes de dos o más cesáreas.
- Previa: es cuando existe el antecedente de una cesárea anterior.

b) Según indicaciones

- Urgente: Es la que se practica para resolver o prevenir una complicación materna o fetal en etapa crítica.
- Electiva: Es la que se programa para ser realizada en una fecha determinada por alguna indicación médica y se ejecuta antes de que inicie el trabajo de parto.

c) Según técnica quirúrgica.

- Corporal o clásica.
- Segmento corporal (Tipo Beck).
- Segmento arciforme (Tipo Kerr).

4.4 INDICACIONES DE LAS CESÁREAS

En el sistema público las cesáreas son menos frecuentes que en el medio privado, debido a que las acciones del médico están más orientadas al cumplimiento de metas programáticas, y también a que este profesional está menos presionado por la responsabilidad personal sobre un paciente. Por último, en los servicios públicos, la autonomía de la madre está relegada a una mínima expresión ³².

La indicación para realizar una operación cesárea puede ser por causas: Maternas, Fetales o Mixtas ³³.

a) Causas maternas

Distocia de partes óseas (desproporción cefalopélvica):

- Estrechez pélvica.
- Pelvis asimétrica o deformada.
- Tumores óseos de la pelvis.

Distocia de partes blandas:

- Malformaciones congénitas.
- Tumores del cuerpo o segmento uterino, cérvix, vagina y vulva que obstruyen el conducto del parto.
- Cirugía previa del segmento y/o cuerpo uterino, incluyendo operaciones cesáreas previas.
- Cirugía previa del cervix, vagina y vulva que interfiere con el progreso adecuado del trabajo del parto.

Distocia de la contracción.

- Hemorragia (placenta previa o desprendimiento prematuro de la placenta normoinserta)
- Patología materna incluyendo nefropatías, cardiopatías, hipertensión arterial o diabetes mellitus, etc.

b) Causas fetales:

- Macrosomía fetal que condiciona desproporción cefalopélvica.
- Alteraciones de la situación, presentación o actitud fetal
- Prolapso de cordón umbilical
- Sufrimiento fetal
- Malformaciones fetales incompatibles con el parto
- Embarazo prolongado con contraindicación para parto vaginal
- Cesárea posmortem

c) Causas mixtas:

- Síndrome de desproporción cefalopélvica

- Preeclampsia/eclampsia
- Embarazo múltiple
- Infección amniótica
- Isoinmunización materno-fetal

4.5 COMPLICACIONES DE LAS CESÁREAS

Las complicaciones de la operación cesárea se pueden presentar en forma Transoperatorias o Postoperatorias ³⁴

a) **Transoperatorias:** estas complicaciones pueden ocurrir en la madre, en el feto o en ambos

- **Complicaciones Maternas:** hipotonía o atonía uterina, hemorragia, lesiones de intestino delgado o grueso, lesiones de vejiga, así como tromboembolismo del líquido amniótico y prolongación de la histerorrafia que pueda desgarrar o lacerar las arterias uterinas. La anestesia puede condicionar complicaciones en la madre que pueden ser respiratorias: hipoventilación, depresión respiratoria, edema laríngeo, broncoaspiración, broncoconstricción, paro respiratorio, absorción masiva de anestesia, y cardiovasculares: hipertensión, taquicardia, bradicardia, arritmia, insuficiencia cardíaca y paro cardíaco.
- **Complicaciones Fetales:** traumatismos, broncoaspiración, depresión respiratoria.

b) **Postoperatorias:**

- **Complicaciones Maternas:**
 - **Inmediatas:** hipotonía uterina, hemorragias, hematomas, lesiones en vejiga, uréter, intestino e íleon paralítico.
 - **Mediadas:** infecciones: puerperal, urinaria, respiratoria, anemia, hemorragia por retención de restos placentarios, dehiscencia de la histerorrafia entre otras.
 - **Tardías:** ruptura uterina en embarazos subsecuentes y procesos adherencias.
- **Complicaciones Neonatales:**
 - Taquipnea transitoria del recién nacido y síndrome de adaptación pulmonar.

4.6 ANTECEDENTES

a) Internacional

CORONA y col. (2008) ³⁵ determinaron si las pacientes con cesárea tienen un mayor número de complicaciones que las de parto eutócico y describieron el tipo de complicaciones observadas. Se revisaron los expedientes de 1.017 pacientes que finalizaron su gestación en el Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebron Barcelona – España; durante el primer trimestre de 2007. Encontraron una tasa de cesáreas del 22%, la incidencia de complicaciones maternas en las cesáreas fue del 18% y del 6% en los partos eutócicos (riesgo relativo = [RR] 3,1; intervalo de confianza [IC] del 95%, 2,4-15,1). Las complicaciones más frecuentes fueron la infección de herida (7,5%), fiebre post transfusión de sangre (5,3%) y la hemorragia (3,1%); la endometritis fue más común en el grupo de pacientes de parto (el 1,6 frente al 1,3%). La cesárea tiene un riesgo de complicaciones tempranas 3 veces mayor que el parto. La menor incidencia de endometritis poscesárea quizá es consecuencia de la profilaxis antibiótica, pero se requieren más estudios para llegar a una conclusión al respecto.

FLORES y col. (2008) ³⁶ identificaron factores de riesgo sociodemográficos, obstétricos, de atención y práctica médica relacionados con la operación cesárea. Estudiaron 580 mujeres embarazadas en el Hospital General de Zona número 6 (IMSS) de Ciudad Juárez, Chihuahua (México), de enero a junio de 2007. Las pacientes se dividieron en dos grupos: 222 con operación cesárea (grupo de casos) y 358 mujeres con parto vaginal. Los factores de riesgo relacionados con la cesárea fueron: tener más de 28 años de edad, antecedente de cesárea, embarazo complicado, sufrimiento fetal, desproporción cefalopélvica; consulta prenatal escasa, presentación fetal podálica, administración de oxitocina, líquido amniótico anormal, doble o triple circular de cordón; atención por médico ginecólogo con más de 16 años de experiencia y por residente, y atención médica en el turno vespertino. No hubo relación con edad a la menarquia, inicio de relaciones sexuales, índice de masa corporal, tabaquismo o adicciones.

TITA y col. (2009) ³⁷ estudiaron una cohorte de pacientes consecutivos que se sometieron a operaciones cesáreas repetidas en 19 centros desde el año 1999 hasta 2002. De las 24.077 repeticiones de partos por cesáreas a término, 13.258 fueron realizadas electivamente; de esas, 35,8% fueron realizadas antes de completar las 39 semanas de gestación (6,3% a las 37 semanas 29,5% a las 38 semanas) y 49,1% a las 39 semanas de gestación. Una muerte neonatal ocurrió. Comparado con los nacimientos a las 39 semanas, los nacimientos a las 37 semanas y a las 38 semanas fueron asociadas con un incremento del riesgo en los resultados primarios (odds ratio ajustado para nacimientos a las 37 semanas, 2,1; intervalo de confianza 95% [IC], 1,7 a 2,5; odds ratio ajustado para nacimientos a las 38 semanas, 1,5; IC 95%, 1,3 a 1,7; tendencia de la P <0.001). Los porcentajes de resultados adversos respiratorios, ventilación mecánica, sepsis del recién nacido, hipoglucemia, admisión a la unidad de cuidados intensivos neonatales, y hospitalización de 5 días o más fue incrementado por un factor de 1,8 a 4,2 para nacimientos a las 37 semanas y de 1,3 a 2,1 para nacimientos a las 38 semanas. En conclusión los partos por cesáreas repetidas electivas antes de las 39 semanas de gestación son comunes y están asociadas con resultados respiratorios y otros eventos adversos neonatales

LICONA (2009) ³⁸ determino las causas de cesárea más frecuentes en el Hospital Santa Bárbara Integrado (HSBI) en Honduras, para mejorar la atención que se brinda a las embarazadas durante los controles de embarazo y poder detectar tempranamente si ameritará intervención quirúrgica. La muestra lo constituyeron 159 historias clínicas de pacientes que dieron a luz en el HSBI durante los meses de enero a marzo del año 2008, se aplicó una encuesta con preguntas cerradas al expediente de cada una de ellas. El 30% de las pacientes tenían edades comprendidas entre 16 y 20 años, 44% eran primigestas, 25% tenían cesárea previa, de las cuales en el 74% la causa fue desproporción céfalo pélvica (DCP), la causa de la cesárea actual fue DCP en el 51% de los casos, se encontró que la prevalencia de cesárea es 170 por 1000.

MUÑOZ y col. (2011) ³⁹ en su estudio descriptivo y transversal realizado en los cuatro principales hospitales de segundo nivel del sector salud del estado de Aguascalientes de México; que en conjunto suman 81% de la atención obstétrica del estado, entre el 1 de septiembre y el 31 de octubre de 2008, se analizaron: indicación de la operación

cesárea y su clasificación; embarazos previos, estado civil, edad gestacional, peso y Apgar al minuto del recién nacido y el método anticonceptivo indicado durante el evento. Durante el periodo de estudio se registraron 2,964 embarazos mayores de 29 semanas; de éstos, 1,195 se terminaron por operación cesárea con una tasa global de 40.3%. Se encontraron 45 indicaciones diferentes, lo que indudablemente refleja la gran diversidad de criterios en el personal médico institucional para programar la operación cesárea.

b) Nacional

QUISPE y col. (2010) ⁴⁰ analizaron la tendencia de la “tasa de cesáreas” (TC) mensual en todos los hospitales de la Dirección de Salud (DISA) V Lima-Ciudad desde el año 2001 al 2008, y determinar los patrones característicos. Se encontró que durante el periodo total del estudio la TCM promedio fue de 36,9 % ± 9,1% (rango: 16,5%-71,4%). Entre los años 2001 (TCM: 33,5% ± 6,9%), y 2008 (TCM: 39,7% ± 8,3%) se registró un incremento promedio del 6,9% ± 7,0%, alcanzándose un incremento del 7,7% ± 6,4% en el año 2007 (TCM: 43,5% ± 9,8%). En la mayoría de los hospitales, se registró un aumento significativo de la TCM entre los años 2004 y 2005. Analizando la variación anual de las TCM se observó que éstas tienden a incrementarse en los meses de abril (37,9% ± 9,7%) y septiembre (40,2% ± 8,9%), ciclo que se ha repetido en la mayoría de los centros hospitalarios bajo estudio. Conclusiones. La TCM de los hospitales de la DISA V Lima-Ciudad supera largamente el límite recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y durante los años de estudio ha mantenido una tendencia significativamente creciente,

PATIÑO (2011) ⁴¹ refiere que en el Hospital de Apoyo I-2 José Alfredo Mendoza Olavarría de Tumbes, la tasa de cesárea varió entre el 35 % y 49 % durante los años 2003-2005, mientras que el hospital I EsSalud registró una tasa del 45 % en el año 2006. Frente a esta realidad, se planteó el problema de investigación para determinar cuáles fueron los factores determinantes de la cesárea en los hospitales del departamento de Tumbes durante el año 2011. Con el objetivo de conocer los factores maternos y fetales asociados a la cesárea y la frecuencia de la operación, se realizó el estudio en las cesareadas de los hospitales del Ministerio de Salud y EsSalud de Tumbes durante seis meses. Las técnicas e instrumentos de recolección

de datos fueron observacionales, utilizándose una ficha de recolección de datos que contenía los antecedentes personales y ginecoobstétricos de la gestante, así como datos fundamentales del recién nacido. Se realizaron entrevistas a las pacientes cesareadas, utilizando un cuestionario con preguntas estructuradas y no estructuradas, para reseñar los datos relacionados con la indicación de la cesárea. Se encontraron que en el Hospital del Ministerio de Salud, la edad promedio fue de 26,4 años, mientras que en el de EsSalud fue de 29,4. En cuanto al control prenatal, fueron gestantes controladas con más de 6 controles prenatales y con embarazos previos a quienes se les explicó el motivo pero no las probables complicaciones de la cesárea. Los recién nacidos en el hospital del Ministerio de Salud tuvieron en promedio un peso de 3194 g y un apgar de 9,1, mientras que en la seguridad social el peso fue de 3200 g y un apgar promedio de 9,2. La frecuencia de cesárea en el hospital de EsSalud fue de 58,76 %, y de 49,52 % en el MINSAL.

MANZANO (2011) ⁴² realizó un estudio para determinar la incidencia y factores asociados a cesárea iterativa, en adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales de Lima desde enero 2005 a diciembre 2009. Evaluó 584 partos de adolescentes multigestas. 264 correspondieron a cesáreas iterativas, lo que significó una incidencia de 45 cesáreas iterativas por cada 100 gestaciones (45%). El promedio de edad fue de 18.2 ± 1.1 años (14 a 19 años). Por modelo de regresión logística multivariante, se identificó como factor de riesgo la desproporción céfalopélvica (ORa, 166.39; IC95%: 60.25 – 459.53; $p < 0.001$), y como factores protectores el número de hijos vivos (ORa, 0.18; IC95%: 0.01 – 0.04; $p < 0.001$) y abortos (ORa, 0.08; IC95%: 0.04 – 0.16; $p < 0.001$).

REATEGUI (2013) ⁴³ determinó las características sociodemográficas, obstétricas y clínicas de la cesárea en el Hospital III Iquitos de EsSALUD; evaluando 200 gestantes cesareadas de las 420 realizadas en el Hospital III Iquitos de EsSALUD entre Enero a Julio del 2013, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, revisando la historia clínica, reporte operatorio e historia perinatólogica. La mayor proporción de cesáreas fueron en gestantes de 20 a 34 años de edad (60,5%); que proceden de la zona urbana (60.5%); convivientes (56.0%), con educación secundaria (62.5%); ama de casa (61.5%). Con antecedente de cesárea anterior (34.0%); pre termino (18.5%); multíparas (34.0%); con intervalo intergenésico de 2 a

5 años (71.5%); con control prenatal adecuado (66.0%). Presentaron morbilidad durante el embarazo (44.0%); principalmente anemia (65.9%), ITU (55.7%), y vulvovaginitis (25.0%). El 22.0% de los recién nacidos tuvieron morbilidad perinatal, prematuridad (84.1%), SFA (43.2%), RNBP (34.1%) y RCIU (31.8%). Las principales indicaciones de cesáreas fueron: cesárea anterior (34.0%), DCP (18.0%), SFA (17.5%) y pre término (15.0%). El 43.0% de las cesáreas fueron electivas y el 57.0% de emergencia. Las principales indicaciones de cesárea en las gestantes adolescentes fueron DCP (50.0%) y SFA (16.7%); en las gestante entre los 20 a 34 años de edad las indicaciones fue por cesárea anterior (37.2%), pre término (19.8%), DCP (14.9%) y SFA (14.0%); en las añosas fue por cesárea anterior (53.5%) y SFA (27.9%). Las cesáreas de emergencia fueron más frecuente en gestantes adolescentes (66.7%), gestantes añosas (65.1%), nulíparas (62.0%), primíparas (61.9%), periodo intergenésico < 2 años (59.0%) y control prenatal < 6 (60.3%). Concluye que las edades extremas, paridad e intervalo intergenésico factores que deben ser consideradas para detectar a gestantes con alto riesgo de cesárea y concentrar en éstas, una mayor vigilancia durante el control prenatal.

BUSTAMANTE y col. (2014) ⁴⁴ determinaron la frecuencia e indicaciones más frecuentes de cesáreas en el Hospital Provincial Docente Belén Lambayeque (HPDBL), durante el periodo 2010- 2011; utilizaron una ficha de recolección de datos, en una muestra de 273 historias clínicas de gestantes cesareadas. La edad promedio fue $25,71 \pm 6,629$ años, la edad materna más frecuente estuvo entre los 20 - 30 años (57,6%), el lugar de procedencia departamento de Lambayeque con 93,4%, siendo el 63,4% del área rural, el estado civil conviviente alcanzo el 70,3%, grado de instrucción secundaria completa (34,4%), edad gestacional a término (85%), ningún control prenatal (59,3%). La frecuencia de cesáreas practicadas en el HPDBL fue 33,6%; la indicación más frecuente fue cesárea segmentaria previa (25,6%); seguidas por sufrimiento fetal agudo (13,9%), pre eclampsia-eclampsia(12,1%), presentación podálico (10,6%), macrosomía fetal mayor de 4.500 gr. (10,3%); oligohidramnios severo (9,2%); dos o más cesáreas previas (8%); desproporción céfalo-pélvica (7,4%); expulsivo prolongado (6,2%); y otras indicaciones (31,8%). Concluyen que la frecuencia de operación cesárea es alta en el HPDBL. La indicación más frecuente de cesárea fue cesárea segmentaria previa; siendo más frecuente en jóvenes que en

adolescentes. Se encontró asociación entre Indicación de cesárea absoluta y las variables antecedentes de cesárea e incisión abdominal.

PUMA y col. (2015) ⁴⁵ describieron las complicaciones maternas de la cesárea en gestantes a término en periodo expulsivo en un hospital general. Su estudio descriptivo, observacional, retrospectivo, tipo serie de casos, realizado en el Hospital Nacional Cayetano Heredia – Lima entre el 1 de enero de 2011 hasta el 31 diciembre de 2012. Incluyeron 67 gestantes a término operadas en periodo expulsivo. Se revisaron las historias clínicas de las pacientes, se registraron las características clínicas y las complicaciones maternas. En el periodo de estudio se realizaron 4 218 cesáreas, siendo el 1,84% hechas en periodo expulsivo. En general, 59/ 67 (88,1%) presentaron algún tipo de complicación. Se observaron 8 casos de hipotonía uterina (11,9%) y 2 (2,9%) de atonía. En 5 (7,4%) pacientes ocurrieron desgarros de segmento adyacente a la histerotomía, siendo 2 de ellos asociados a compromiso de cuerpo uterino y vagina, y 4 (5,9%) casos a laceración de arteria uterina, uno fue bilateral. No se produjeron lesiones en tracto urinario ni digestivo y tampoco hubo necesidad de reintervención quirúrgica. Cuatro pacientes presentaron hemorragia puerperal, dos asociados a hipotonía uterina post cesárea. En 56 (83,5%) casos ocurrió anemia post operatoria. Hubo 1 (1,5%) caso de endometritis, 3 (4,5%) infecciones de herida operatoria. Concluyen que la cesárea realizada en período expulsivo ocasiona complicaciones frecuentes, algunas muy severas.

5. HIPOTESIS

El presente estudio es de diseño descriptivo, por el cual no requiere hipótesis

6. VARIABLES

Cesárea: La cesárea consiste en la extracción por vía abdominal de un feto, vivo o muerto, con la placenta y sus membranas a través de una incisión hecha en el abdomen y el útero, a partir de la semana 27 de gestación.

Cesárea de emergencia: Es la que se practica para resolver o prevenir una complicación materna o fetal en etapa crítica.

Cesárea electiva: Es la que se programa para ser realizada en una fecha determinada por alguna indicación médica y se ejecuta antes de que inicie el trabajo de parto.

Complicación de la Cesárea: condición médica quirúrgica que presenta la madre intra o post cesárea.

Edad de la madre: Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha de la cesárea, tendrá 3 indicadores: < 20 años, 20 a 34 años y de 35 a más años.

Procedencia: Lugar de residencia del paciente en relación al perímetro de la ciudad; se operacionalizará en zona urbana, urbanomarginal y rural.

Estado civil: Estado en la persona con respecto a sus deberes y derechos con niveles sociales, económicos y legales, tendrá 3 índices: soltera, conviviente, casada.

Nivel de instrucción: Años de estudios cursados y aprobados, tendrá 4 índices: sin estudios, Primaria, secundaria y técnica o superior.

Antecedente de cesárea: Mujer que ha tenido con anterioridad un parto a través de cesárea.

Intervalo intergenésico: tiempo entre las fechas de dos nacimientos vivos sucesivos o consecutivos menos la edad gestacional del neonato más reciente; el intervalo mínimo recomendado antes de intentar el próximo embarazo es por lo menos 24 meses, a fin de disminuir el riesgo de resultados adversos para la salud materna, perinatal e infantil.

Después de un aborto, ya sea espontáneo o inducido, el intervalo mínimo recomendado para tener el próximo embarazo es por lo menos seis meses, a fin de disminuir los riesgos de resultados adversos para la salud materna y perinatal ⁴⁶.

Edad Gestacional: Tiempo comprendido entre el primer día del último periodo menstrual o fecha de última regla a la fecha que acude al establecimiento de salud, tendrá los siguientes índices:

Pre término: Embarazo menor a 37 semanas y mayor o igual a 28 semanas.

A término: Embarazo menor a 41 semanas y mayor o igual a 37 semanas.

Post término: Embarazo mayor o igual a 41 semanas

Paridad: Se dice que una mujer ha parido cuando ha dado a luz por cualquier vía (vaginal o cesárea) uno o más productos (vivos o muertos), y que pesaron 500g o más, o que poseen más de 20 sem. de edad gestacional, tendrá 4 índices; nulípara, primípara, multípara y gran multípara.

Control Prenatal: Evaluación repetida con enfoque de riesgo que efectúa el profesional de salud en la mujer gestante vigilando su bienestar y el de su producto de la concepción; aquellas que recibe de 6 a más atenciones prenatales se considera como control prenatal adecuado.

Morbilidad materna: Presencia de condiciones fisiopatológicas o clínicas que agravan la condición de salud de la madre y que aumenta el riesgo de fallecer, estas pueden ser: enfermedad hipertensiva del embarazo, diabetes gestacional, ITU, Anemia, DPP, etc.

CAPITULO III

7. METODOLOGIA

7.1 TIPO DE INVESTIGACION

El presente estudio es de tipo cuantitativo, ya que cuantifica las características sociodemográficas y obstétricas de las cesáreas que se atendieron en el Hospital II-1 de Moyobamba entre enero a diciembre 2014.

7.2 DISEÑO DE INVESTIGACION

El diseño del presente estudio será descriptivo transversal retrospectivo

- Descriptivo: Porque describe las características sociodemográficas y obstétricas de las cesáreas que se atendieron en el Hospital II-1 de Moyobamba entre enero a diciembre 2014.
- Transversal: Porque evalúa las variables en un solo momento o período en que ocurre el estudio.
- Retrospectivo: Porque el evento ocurrió antes del estudio

7.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población estuvo constituida por 691 cesáreas realizadas en el Hospital II-1 de Moyobamba entre enero a diciembre 2014.

El tamaño de la muestra fue calculado a través de la fórmula para poblaciones finitas:

Cálculo del tamaño de la muestra = $n/(1 + (n/N))$

$n = (Z^2)(p)(q)/e^2$

Z = 1.96, valor de Z al 95% de confianza

p = probabilidad del 50%

q = 1 – p

e = error estándar, que su valor es de 0.05

N = población, que es 691

$$n = \frac{(1.96)^2(0.5)(0.5)}{(0.05)^2} = 384.16$$

$$\text{Tamaño de la muestra} = 384.16 / (1 + (384.16/691)) = 247$$

La muestra estuvo conformada por 247 cesáreas realizadas en el Hospital II-1 de Moyobamba entre enero a diciembre 2014.

El muestreo fue al azar en forma sistemático, de cada 3 historias de las pacientes cesareadas se obtendrá 1 así sucesivamente hasta obtener los 247.

Los criterios de inclusión fueron:

- Cesareada atendida en el en el Hospital II-1 de Moyobamba entre enero a diciembre 2014.
- Historia clínica completa
- Informe operatorio

Los criterios de exclusión fueron:

- Historia clínica y/o informe operatorio con letra ilegible

7.4 TÉCNICA E INSTRUMENTO

La técnica que se usó para el presente estudio de investigación fue la de recolección de información de fuente secundaria a través de la aplicación de ficha de recolección de datos, así como la revisión de la historia clínica de hospitalización y reporte operatorio; la ficha de recolección de datos consta de tres ítems, en el primero se recoge información sociodemográfica como edad, procedencia, estado civil, y nivel de instrucción; en el segundo ítem las características obstétricas como antecedente de cesárea, edad gestacional, paridad, control prenatal, morbilidad materna, en el tercer ítem indicación de cesárea, y complicaciones de la cesárea.

7.5 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La información de todas las cesáreas se obtuvo durante la rotación del internado en el Hospital II-1 de Moyobamba, con la aprobación de la Dirección y del Jefe de Servicio de GinecoObstetricia.

Se revisaron las historias clínicas y el informe operatorio para seleccionar aquellas que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión para que ingresen al estudio.

Los datos recolectados en el instrumento fueron verificados con el asesor de la tesis, luego se clasificarán y ordenarán para su almacenamiento.

7.6 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La información recogida fue ingresada en una base de datos creada con el software SPSS 21.0, luego se procederá a realizar análisis univariado, los resultados se presentan a través de estadística descriptiva mediante tablas univariadas de frecuencias relativas y gráficos.

7.7 PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS

Se ha revisado la declaración de Helsinki sobre los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, el presente estudio no es experimental, consiste en una recopilación de información registrada en las historias clínicas del hospital dada por la gestante, respetando la confidencialidad de la información.

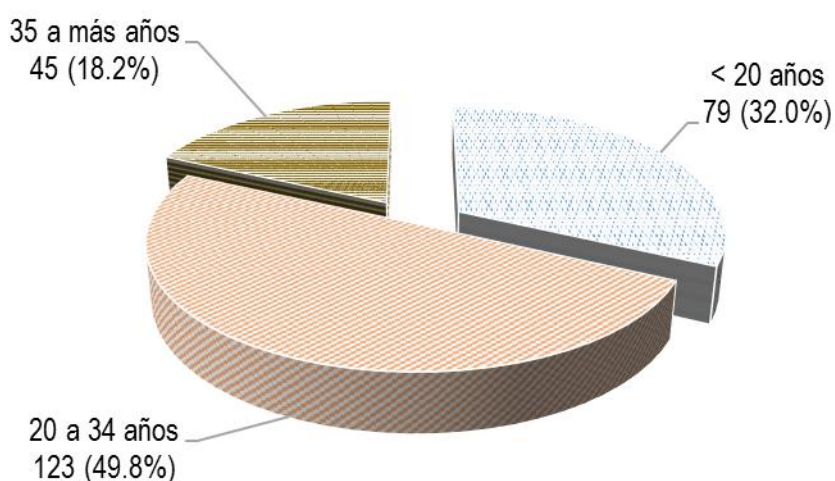
CAPITULO IV

9. RESULTADOS

a) Características sociodemográficas de las cesáreas atendidas en el Hospital II-1 de Moyobamba, entre enero a diciembre del 2014

De las 247 mujeres cesareadas el 49.8% (123) tenían entre 20 a 4 años de edad, el 32.0% (79) menos de 20 años de edad (Gráfica Nº 1).

Gráfica Nº 1
Edad de las mujeres cesareadas en el Hospital II-1 de Moyobamba
Enero a Diciembre del 2014



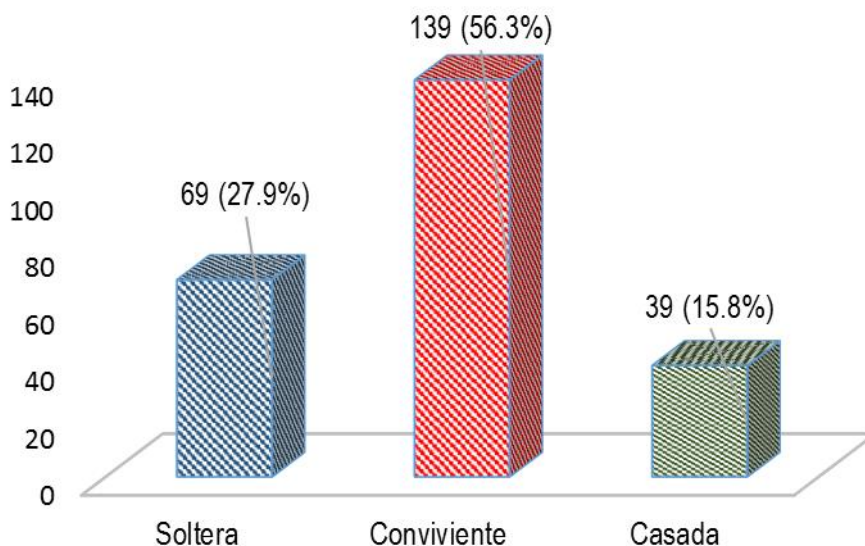
El 42.1% (104) de las mujeres cesareadas proceden de la zona urbana y el 35.2% (87) de la zona urbanomarginal, y el 22.7% (56) de la zona rural (Tabla Nº 1).

Tabla Nº 1
Procedencia de las mujeres cesareadas en el Hospital II-1 de Moyobamba
Enero a Diciembre del 2014

Procedencia	Nº	%
Urbano	104	42.1%
Urbanomarginal	87	35.2%
Rural	56	22.7%
Total	247	100.0%

El 56.3% (139) de las mujeres cesareadas son conviviente, el 27.9% (69) solteras y el 15.8% (39) son casadas (Gráfica Nº 2).

Gráfica Nº 2
Estado Civil de las mujeres cesareadas en el Hospital II-1 de Moyobamba
Enero a Diciembre del 2014



El 48.6% (120) de las mujeres cesareadas tienen nivel de instrucción de secundaria y el 27.1% (67) instrucción primaria (Tabla Nº 2).

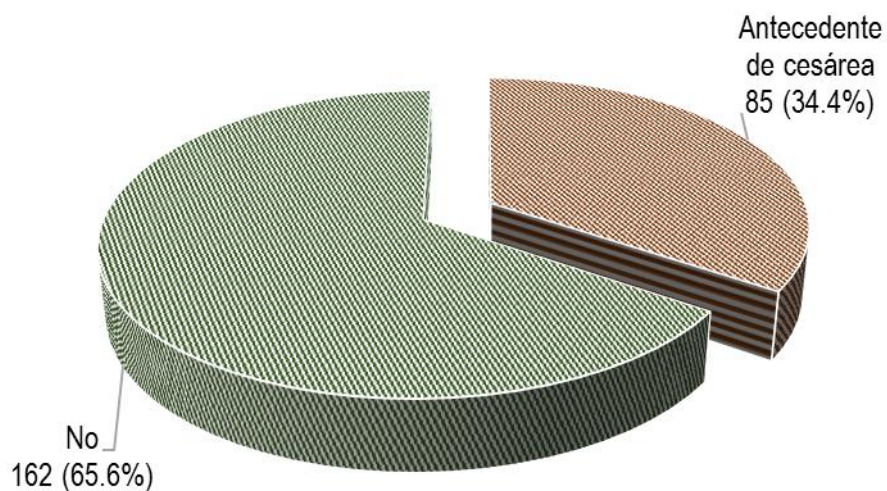
Tabla Nº 2
Nivel de Instrucción de las mujeres cesareadas en el Hospital II-1 de Moyobamba
Enero a Diciembre del 2014

Nivel de Instrucción	Nº	%
Sin estudios	19	7.7%
Primaria	67	27.1%
Secundaria	120	48.6%
Superior/Técnica	41	16.6%
Total	247	100.0%

b) Características obstétricas de las cesáreas atendidas en el Hospital II-1 de Moyobamba, entre enero a diciembre del 2014.

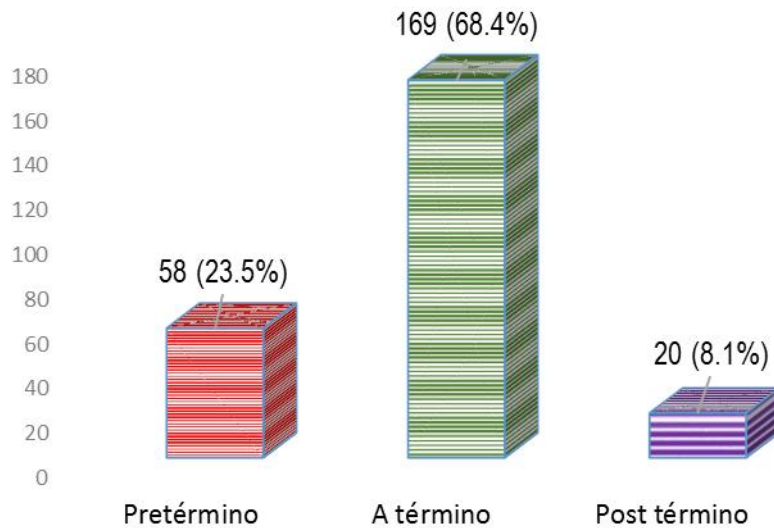
El 34.4% (85) de las mujeres cesareadas tienen antecedente de cesárea anterior (Gráfica Nº 3).

Gráfica Nº 3
Antecedente de cesáreas de las mujeres cesareadas en el Hospital II-1 de Moyobamba
Enero a Diciembre del 2014



El 68.4% (169) de las mujeres cesareadas tienen edad gestacional de a término, y el 23.5% de pretérmino (Gráfica Nº 4).

Gráfica Nº 4
Edad Gestacional de las mujeres cesareadas en el Hospital II-1 de Moyobamba
Enero a Diciembre del 2014



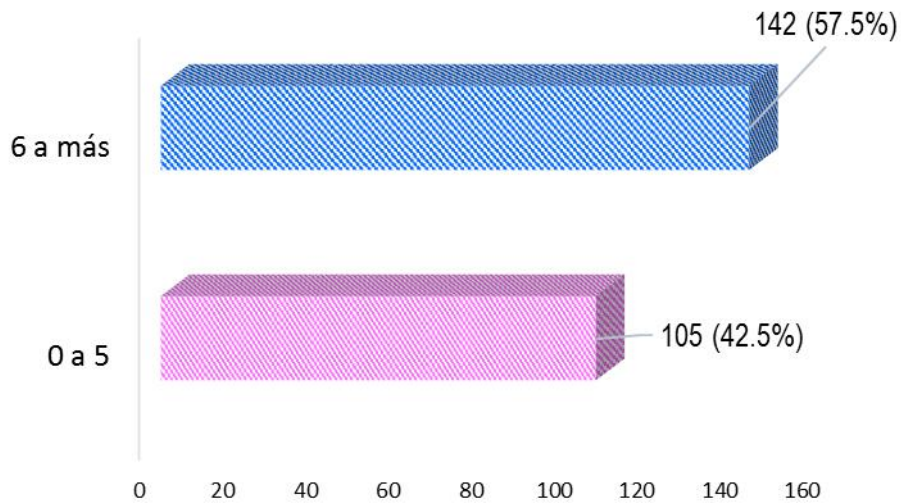
El 42.5% (105) de las mujeres cesareadas son primípara, el 31.6% (78) nulípara y el 21.1% (52) multíparas (Tabla Nº 3).

Tabla Nº 3
Paridad de las mujeres cesareadas en el Hospital II-1 de Moyobamba
Enero a Diciembre del 2014

Paridad	Nº	%
Nulípara	78	31.6%
Primípara	105	42.5%
Multípara	52	21.1%
Gran Multípara	12	4.9%
Total	247	100.0%

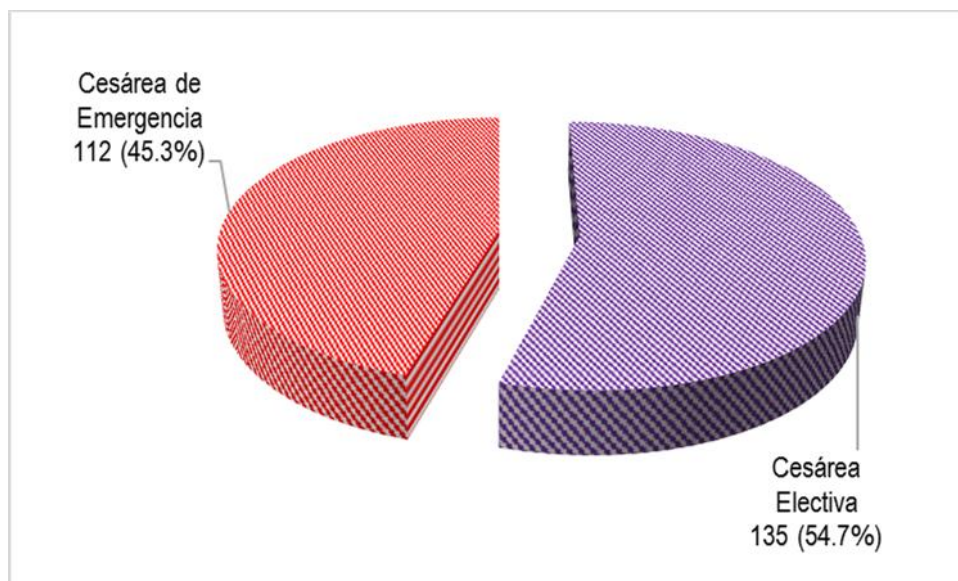
El 57.5% (142) de las mujeres cesareadas tienen 6 a más controles prenatales y el 42.5% (105) entre 0 a 5 edad controles prenatales (Gráfica Nº 5).

Gráfica Nº 5
Control Prenatal de las mujeres cesareadas en el Hospital II-1 de Moyobamba
Enero a Diciembre del 2014



El 54.7% (135) son cesáreas electivas y el 45.3% (112) son cesáreas de emergencia (Gráfica Nº 6).

Gráfica Nº 6
Tipo de Cesáreas en las mujeres cesareadas en el Hospital II-1 de Moyobamba
Enero a Diciembre del 2014



El 63.6% (157) de las mujeres cesareadas presentan alguna morbilidad durante el embarazo; las principales fueron: anemia (60.3%), infección urinaria (33.2%), vulvovaginitis (26.3%), hipertensión inducida en el embarazo, (21.1%) (Tabla Nº 4).

Tabla Nº 4
Morbilidad de las mujeres cesareadas en el Hospital II-1 de Moyobamba
Enero a Diciembre del 2014

Morbilidad materna:	Nº	%
Morbilidad materna:	157	63.6%
Anemia	149	60.3%
ITU	82	33.2%
Vulvovaginitis	65	26.3%
HIE	52	21.1%
Síndrome gripal	43	17.4%
Preeclampsia	21	8.5%
EIP	12	4.9%
Dengue	10	4.0%
Malaria	6	2.4%
Eclampsia	4	1.6%
S. Hellp	0	0.0%
NO registro de Morbilidad materna:	90	36.4%

Las principales indicaciones de las cesáreas electivas fueron cesárea anterior (34.8%), desproporción cefalopélvica (18.1%) e hipertensión inducida por el embarazo (10.3%) (Tabla Nº 5).

Las principales indicaciones de las cesáreas de emergencia fueron sufrimiento fetal agudo (43.5%), desproporción cefalopélvica (23.9%), preeclampsia (16.3%), fase latente prolongada del trabajo de parto (9.8%) (Tabla Nº 5).

Tabla Nº 5
Indicación de Cesárea en el Hospital II-1 de Moyobamba
Enero a Diciembre del 2014

Principal indicación de la cesárea	Cesárea Electiva		Cesárea de Emergencia		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Cesárea anterior	54	34.8%	6	6.5%	60	24.3%
SFA	11	7.1%	40	43.5%	51	20.6%
Desproporción cefalopélvica	28	18.1%	22	23.9%	50	20.2%
Pre eclampsia	6	3.9%	15	16.3%	21	8.5%
Pre término	8	5.2%	8	8.7%	16	6.5%
HIE	16	10.3%	0	0.0%	16	6.5%
Presentación transversa	9	5.8%	0	0.0%	9	3.6%
Fase latente prolongada del trabajo de parto	0	0.0%	9	9.8%	9	3.6%
DPP	0	0.0%	6	6.5%	6	2.4%
Eclampsia	0	0.0%	4	4.3%	4	1.6%
Placenta previa	2	1.3%	2	2.2%	4	1.6%
Gemelar	1	0.6%	0	0.0%	1	0.4%
Presentación podálica	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Total	135	87.1%	112	121.7%	247	100.0%

El 55.7% (44/79) de las gestantes menores de 20 años tienen indicación de cesáreas de emergencia, mientras en los otros grupos de edades es más frecuente las cesáreas electivas (Tabla Nº 6).

Tabla Nº 6
Tipo de Cesárea y Edad de las gestantes
Hospital II-1 de Moyobamba
Enero a Diciembre del 2014

Edad	Cesárea Electiva		Cesárea de Emergencia		Nº
< 20 años	35	44.3%	44	55.7%	79
20 a 34 años	74	60.2%	49	39.8%	123
35 a más años	26	57.8%	19	42.2%	45
Total	135	54.7%	112	45.3%	247

El 70.2% (73/104) de las gestantes que proceden de la zona urbana presentan cesáreas electivas, mientras que las que proceden de la zona rural tienen mayor frecuencia de cesáreas de emergencia (64.3%) (Tabla Nº 7).

Tabla Nº 7
Tipo de Cesáreas y Procedencia de las gestantes
Hospital II-1 de Moyobamba
Enero a Diciembre del 2014

Procedencia	Cesárea Electiva		Cesárea de Emergencia		Nº
Urbano	73	70.2%	31	29.8%	104
Urbanomarginal	42	48.3%	45	51.7%	87
Rural	20	35.7%	36	64.3%	56
Total	135	54.7%	112	45.3%	247

Las cesáreas electivas predominaron con mayor frecuencia en las casadas (56.4%) convivientes (55.4%) y solteras (52.2%) (Tabla Nº 8).

Tabla Nº 8
Tipo de Cesáreas y Estado Civil de las gestantes
Hospital II-1 de Moyobamba
Enero a Diciembre del 2014

Estado Civil	Cesárea Electiva		Cesárea de Emergencia		Nº
Soltera	36	52.2%	33	47.8%	69
Conviviente	77	55.4%	62	44.6%	139
Casada	22	56.4%	17	43.6%	39
Total	135	54.7%	112	45.3%	247

El 61.0% (25/41) de las gestantes con nivel de instrucción superior/técnica tienen cesáreas electivas con igual tendencia con los otros niveles de instrucción (Tabla Nº 9).

Tabla Nº 9
Tipo de Cesáreas y Estado Civil de las gestantes
Hospital II-1 de Moyobamba
Enero a Diciembre del 2014

Nivel de Instrucción	Cesárea Electiva		Cesárea de Emergencia		Nº
Sin estudios	10	52.6%	9	47.4%	19
Primaria	36	53.7%	31	46.3%	67
Secundaria	64	53.3%	56	46.7%	120
Superior/Técnica	25	61.0%	16	39.0%	41
Total	135	54.7%	112	45.3%	247

El 78.8% (67/85) de las gestantes con antecedente de cesáreas tienen cesáreas electivas, mientras que las que no tienen antecedente de cesáreas predominan las cesáreas de emergencia (64.2%) (Tabla Nº 10).

Tabla Nº 10
Tipo de Cesáreas y Antecedente de Cesáreas de las gestantes
Hospital II-1 de Moyobamba
Enero a Diciembre del 2014

Antecedente de cesárea	Cesárea Electiva		Cesárea de Emergencia		Nº
Antecedente de cesárea	67	78.8%	18	21.2%	85
No	58	35.8%	104	64.2%	162
Total	125	50.6%	122	49.4%	247

El 60.0% (12/20) de las gestantes post término, el 58.6% (34/58) de las pretérmino y el 52.7% (89/169) a término tienen cesáreas electivas (Tabla Nº 11).

Tabla Nº 11
Tipo de Cesáreas y Edad Gestacional de las gestantes
Hospital II-1 de Moyobamba
Enero a Diciembre del 2014

Edad Gestacional	Cesárea Electiva		Cesárea de Emergencia		Nº
Pretérmino	34	58.6%	24	41.4%	58
A término	89	52.7%	80	47.3%	169
Post término	12	60.0%	8	40.0%	20
Total	135	54.7%	112	45.3%	247

Las nulíparas (51.3%) y primíparas (51.4%) tienen con más frecuencia cesáreas de emergencia que las múltiparas (28.8%) y gran múltiparas (25.0%) (Tabla Nº 12).

Tabla Nº 12
Tipo de Cesáreas y Paridad de las gestantes
Hospital II-1 de Moyobamba
Enero a Diciembre del 2014

Paridad	Cesárea Electiva		Cesárea de Emergencia		Nº
Nulípara	38	48.7%	40	51.3%	78
Primípara	51	48.6%	54	51.4%	105
Múltipara	37	71.2%	15	28.8%	52
Gran Múltipara	9	75.0%	3	25.0%	12
Total	135	54.7%	112	45.3%	247

El 55.2% (58/105) de las gestantes con 0 a 5 controles prenatales tienen con más frecuencia cesáreas de emergencia que las que tienen 6 a más controles prenatales (38.0%) (Tabla Nº 13).

Tabla Nº 13
Tipo de Cesáreas y Control Prenatal de las gestantes
Hospital II-1 de Moyobamba
Enero a Diciembre del 2014

Control prenatal	Cesárea Electiva		Cesárea de Emergencia		Nº
0 a 5	47	44.8%	58	55.2%	105
6 a más	88	62.0%	54	38.0%	142
Total	135	54.7%	112	45.3%	247

10. DISCUSION

Las características generales de las mujeres cesareadas en el Hospital II-1 de Moyobamba, son similares a lo descrito REATEGUI ⁴³ en su estudio, como mayor frecuencia en el grupo de 20 a 34 años de edad, LEPORE ¹⁵ en su estudio encuentra una mayor incidencia en 21 a 34 años. FLORES ³⁶ anota que las mayores de 28 años se relacionan con mayor frecuencia a la presencia de cesárea; PATIÑO ⁴¹ encuentra en promedio de 26,4 a 29,4 años; BUSTAMANTE ⁴⁴ encuentra que la edad materna más frecuente estuvo entre los 20 - 30 años. REATEGUI ⁴³ también reporta que la procedencia fue más en la zona urbana, esto está en relación a que la mayor proporción de la población se ubica geográficamente en la zona urbana; así mismo no hay una conformación legal de la pareja predominando la convivencia, similar a lo reportado por REATEGUI ⁴³ y BUSTAMANTE ⁴⁴; con una mayor tendencia de nivel de instrucción de secundaria, se considera que el inicio temprano de la maternidad y el asumir el cuidado del niño es una barrera para el desarrollo profesional de la mujer, estacándose en el nivel de secundaria; por otro lado las cesáreas son más frecuente en primípara y nulípara; REATEGUI ⁴³ encuentra en su estudio que las gestantes cesareadas fueron más multiparas; SALINAS ⁴⁷ encuentra que la multiparidad es riesgo para presentar cesárea. LICONA ³⁸ encuentra que son más frecuencia en primigestas.

Una tercera parte de las cesareadas tienen el antecedente de cesárea anterior REATEGUI ⁴³ encuentra una frecuencia similar de cesáreas anteriores; SALINAS ⁴⁷ reporta que la gestante que tiene una cicatriz de cesárea tienen un riesgo de 22 veces de tener una nueva cesárea. LEPORE ¹⁵ encuentra como la tercera causa de cesárea; FLORES ³⁶ recalca que el antecedente de cesárea es un factor de riesgo. LICONA ³⁸ encuentra que una cuarta parte de cesareadas tienen antecedentes cesárea previa,

La mayor frecuencia de cesáreas fueron en el grupo que tiene 6 a más controles prenatales; REATEGUI ⁴³ y PATIÑO ⁴¹ encuentra similar tendencia; FLORES ³⁶ en su estudio la cesárea se asocia a consulta prenatal escasa.

Existe una alta tasa de morbilidad durante el embarazo; donde destaca la anemia, infección urinaria, vulvovaginitis e hipertensión inducida en el embarazo, REATEGUI ⁴³ encuentra similares morbilidades, en el estudio de LEPORE ¹⁵ la principal morbilidad asociada fue la hipertensión arterial.

La tendencia fue más frecuente las cesáreas electivas (54.7%) que las cesáreas de emergencia (45.3%); REATEGUI ⁴³ en su estudio en un Hospital del Seguro Social encuentra una tendencia diferente, donde el 57.0% son cesáreas de emergencia.

Las principales indicaciones cesáreas en el Hospital II-1 de Moyobamba fueron las cesáreas anteriores, sufrimiento fetal agudo y desproporción cefalopélvica; REATEGUI ⁴³ reporta como principales causa de cesárea a la cesárea anterior, desproporción cefalopélvica y sufrimiento fetal agudo. LEPORE ¹⁵ reporta como primera indicaciones de cesárea al sufrimiento fetal agudo. LICONA ³⁸ en su estudio halla que la principal indicación de cesárea fue desproporción céfalo pélvica. BUSTAMANTE ⁴⁴ reporta que la indicación más frecuente fue cesárea segmentaria previa; seguidas por sufrimiento fetal agudo, pre eclampsia-eclampsia.

Las principales indicaciones de las cesáreas electivas fueron cesárea anterior, desproporción cefalopélvica e hipertensión inducida por el embarazo; REATEGUI ⁴³ encuentra que las principales indicaciones de cesáreas electiva fueron cesárea anterior, pre término y desproporción cefalopélvica.

Las principales indicaciones de las cesáreas de emergencia fueron sufrimiento fetal agudo, desproporción cefalopélvica y preclampsia; REATEGUI ⁴³ reporta al sufrimiento fetal agudo, desproporción cefalopélvica y embarazo pre término. El sufrimiento fetal agudo depende del adecuado monitoreo fetal realizado con o sin estrés durante el trabajo de parto para decidir la sospecha de sufrimiento fetal; muchas veces esta indicación nos e corrobora con el apgar y la presencia de meconio en el nacimiento.

Las cesáreas de emergencia son más frecuentes en las adolescentes, que son consideradas como mayor riesgo de complicaciones maternas y perinatales, con mayor tasa de cesáreas por no estar preparadas para el trabajo de parto; las que proceden de la zona rural también tienen mayor frecuencia de cesáreas de emergencia, esto puede estar asociado a la accesibilidad y oportunidad de una adecuada atención prenatal que no determinan oportunamente los factores de riesgo que ponen el riesgo el embarazo y acuden como emergencia al Hospital; las nulíparas y primíparas tienen más riesgo de tener una cesárea de emergencia, similar a lo reportado por REATEGUI ⁴³ debido principalmente por desproporción cefalopélvica, cesárea anterior y sufrimiento fetal agudo.

11. CONCLUSIONES

- De las 247 mujeres cesareadas en el 2014 en el Hospital II-1 de Moyobamba, el 49.8% (123) tenían entre 20 a 34 años de edad, el 42.1% (104) proceden de la zona urbana y el 35.2% (87) de la zona urbanomarginal, el 56.3% (139) son conviviente, el 48.6% (120) con nivel de instrucción de secundaria, el 34.4% (85) con antecedente de cesárea anterior, el 68.4% (169) con edad gestacional de a término, y el 23.5% de pretérmino; el 42.5% (105) son primípara, el 31.6% (78) nulípara; el 57.5% (142) con 6 a más controles prenatales. El 63.6% (157) presentan alguna morbilidad durante el embarazo; las principales fueron: anemia (60.3%), infección urinaria (33.2%), vulvovaginitis (26.3%), hipertensión inducida en el embarazo, (21.1%).
- El 54.7% (135) son cesáreas electivas y el 45.3% (112) son cesáreas de emergencia.
- Las principales indicaciones de las cesáreas electivas fueron cesárea anterior (34.8%), desproporción cefalopélvica (18.1%) e hipertensión inducida por el embarazo (10.3%).
- Las principales indicaciones de las cesáreas de emergencia fueron sufrimiento fetal agudo (43.5%), desproporción cefalopélvica (23.9%), preeclampsia (16.3%), fase latente prolongada del trabajo de parto (9.8%).
- La mayor frecuencia de cesáreas de emergencia fueron en las menores de 20 años (55.7%), las que proceden de la zona rural (64.3%) las nulíparas (51.3%) y primíparas (51.4%).
- La mayor frecuencia de cesáreas electiva fueron en las de 20 a 34 años (60.2%), las que proceden de la zona urbana (70.2%), en las de instrucción superior/técnica (61.0%), en las que tienen antecedente de cesáreas (78.8%), en las múltiparas (71.2%), gran múltiparas (75.0%) y en las que tienen de 6 a más controles prenatales (62.0%).

12. RECOMENDACIONES

Los hallazgos nos permiten recomendar a los profesionales de salud del Hospital II-1 de Moyobamba:

- Evaluar las indicaciones para realizar cesárea en las gestantes con antecedente de cesárea anterior para ofertar un parto vaginal.
- Evaluar los criterios y evaluación de las pacientes gestantes, para la determinación del sufrimiento fetal agudo
- Fortalecer la visita domiciliaria obstétrica para mejorar el número de controles prenatales.
- Considerar a las adolescentes y nulíparas, con alto riesgo de cesárea, con una mayor vigilancia durante el control prenatal.

CAPITULO V

13. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA

1. Bustamante-Núñez J., Vera-Romero O., Limo-Peredo J., Patazca-Ulfe J. Frecuencia e Indicaciones más frecuentes de cesáreas en el Hospital Provincial Docente Belén Lambayeque (HPDBL), 2010- 2011. *Rev. cuerpo méd. HNAAA* 7(1) 2014, 7(1):6-12
2. Organización Mundial de la Salud. Técnicas quirúrgicas para la cesárea. 2007-. Disponible en: http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/caesarean/CD004662_abalose_com/es/index.html
3. Balizan JM, Althabe F, Barros FC, Alexander S. Rates and implications of caesarean sections in Latin America: ecological study. *BMJ*. 1999; 319(7222): 1397-400.
4. Wynn A, Cabeza J, Adachi K, Needleman J, Garcia PJ, Klausner JD- Frequency of Maternal and Newborn Birth Outcomes, Lima, Peru, 2013. *PLoS ONE* 10(3): e0116102. doi:10.1371/journal.pone.0116102.
5. Kehlet H, Dahl JB. Anaesthesia, surgery, and challenges in postoperative recovery. *Lancet*. 2003; 362(9399): 1921-28.
6. Leone T, Padmadas SS, Matthews Z. Community factors affecting rising caesarean section rates in developing countries: an analysis of six countries. *Soc Sci Med*. 2008; 67(8): 1236-46.
7. Linton A, Peterson MR, Williams TV. Effects of maternal characteristics on cesarean delivery rates among U.S. Department of Defense healthcare beneficiaries, 1996-2002. *Birth*. 2004; 31(1): 3-11.
8. McCourt C, Weaver J, Statham H, Beake S, Gamble J, Creedy DK. Elective cesarean section and decision making: a critical review of the literature. *Birth*. 2007; 34(1): 65-79.
9. Murray SF. Relation between private health insurance and high rates of caesarean section in Chile: qualitative and quantitative study. *BMJ*. 2000;321 (7275):1501-5
10. Turcotte L, Robst J, Polachek S. Medicaid coverage and medical interventions during pregnancy. *International Journal of Health Care Finance and Economics*. 2005; 5(3): 255-71.
11. Duckworth S. Should maternal choice be an indication for caesarean section?. *Int J Surg*. 2008; 6(4): 277-80.

12. Viswanathan M, Visco AG, Hartmann K, Wechter ME, Gartlehner G, Wu JM, et al. Cesarean delivery on maternal request. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)*. 2006(133):1-138.
13. Hopkins K. Are Brazilian women really choosing to deliver by cesarean? *Soc Sci Med* 2000;51(5):725-740
14. Campero L, Hernández B., Leyva A., Estrada F., Osborne J., Morales S. Tendencias de cesáreas en relación con factores no clínicos en un centro de educación para el parto en la Ciudad de México. *Salud pública Méx* 2007, 49(2): 118-125
15. Lepore G, Sampor C., Stomi M, Pardo P. Incidencia y principales indicaciones de cesárea. *Revista de Posgrado de la Cátedra de Medicina* 2005, 150: 9-12
16. Villar J, Carroli G, Zavaleta N, et al. Maternal and neonatal individuals risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. *BMJ* 2007; 335:1025-35.
17. Declerq E, Barger M, Cabral H, et al. Maternal outcomes associated with planned primary caesarean birth compared with planned vaginal birth. *Obstet Gynecol* 2007; 109:669-77.
18. MacDorman MF, Declerq E, Menacker F, et al. Infant and neonatal mortality for primary cesarean and vaginal births to women with "not indicated risk". United States 1998-2001 birth cohorts. *Birth* 2006;33:175-82
19. Villar y col. Op Cit 1028.
20. Oficina de Estadística del Hospital II-1 de Moyobamba. 2015
21. Investigación sobre la práctica de cesáreas en el Hospital Zonal de Oliva desde un enfoque bioético. www.cba.gov.ar/imagenes/fotos/cesareas.pdf
22. Informe de la Oficina de Estadística del Hospital II-1 de Moyobamba. 2015, Op Cit.
23. http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/plan_cesarea_programada_planta.pdf.
24. Cesárea Segura. Dirección General de Salud Reproductiva. Secretaría de Salud. México, D. F. 2002.
25. Vergara G. Cesárea.2009. <http://www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolos/CST.pdf>
26. Vélez-Pérez E., Tovar-Guzmán V., Méndez-Velarde F., López-López C. Eduardo Ruiz-Bustos. Incidencia, Indicaciones y Complicaciones de la Operación Cesárea

en el Hospital de Ginecopediatría del IMSS de Hermosillo, Sonora Bol Clin Hosp Infant Edo Son 2012; 29(2); 58-64

27. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161444/1/MHO_RHR_15.02_spa.pdf.
28. Tasas de Cesáreas: Análisis de los Estimados Regionales y Nacionales. Rev Panam Salud Publica 2007; 21(4): 251
29. Wynn et. al. Op Cit 12.
30. Valenti E. Guías de práctica clínica. División urgencias. Hospital Materno Infantil Ramón Sardá 2005. Cesárea. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá 2006; 25 (4):178-183
31. Plaza A, Coll O., Protocolo de actuación ante cesárea urgente. Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatologia (ICGON). Hospital Clínic de Barcelona. 2008:1-10.
32. Villanueva L. Operación cesárea: una perspectiva integral. Rev Fac Med UNAM 2004, 47 (6):246-250.
33. Vergara. Op Cit. 10.
34. Vergara. Ibid 12.
35. Corona A. Higuera M, Cabero L. Complicaciones maternas a corto plazo en pacientes con cesáreas. Progresos de Obstétrica y Ginecología. 2008, 51(12).
36. Flores L, González G, Trejo J, Vega G, Cabrera C, Campos A, Navarro A, Navarro C. Factores de riesgo en la operación cesárea. Ginecol. Obstet. Mex. 2008;76(7):392-7
37. Tita AT, Landon MB, Spong CY, Lai Y, Leveno KJ, Varner MW, et. al. Eunice Kennedy Shriver NICHD Maternal-Fetal Medicine Units Network. Timing of elective repeat cesarean delivery at term and neonatal outcomes. N Engl J Med. 2009 Jan 8;360(2):111-20
38. Licona T. Causas de Cesárea en el Hospital Santa Barbara Integrado Rev. Fac. Cienc. Méd. Enero - Junio 2009:35-39
39. Muñoz J., Rosales E. Dominguez E., Serrano C. Operación cesárea: ¿indicación justificante o preocupación justificada?. Ginecol Obstet Mex 2011;79(2):67-74
40. Quispe A, Santivañez A, Leyton I, Pomasunco D. Cesáreas en siete hospitales públicos de lima: análisis de tendencia en el periodo 2001-2008. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2010; 27(1): 45-50.

41. Patiño G. Factores determinantes de la cesárea en los hospitales de Tumbes (2011). www.uap.edu.pe/Investigaciones/Esp/Revista_15-02_Esp_03.pdf
42. Manzano G. Incidencia y factores asociados a cesárea iterativa en adolescentes: Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2005 - 2009. *Rev Horiz Med* 2011;11(2):75
43. Reátegui Alván S. Características sociodemográficas, obstétricas y clínicas de la cesárea en el Hospital III Iquitos de EsSALUD, Enero a Julio del 2013. Tesis para optar el título de Obstetra. Facultad de Ciencias de la salud. Universidad Científica del Perú. 2013.
44. Bustamante-y col. Op Cit 7.
45. Puma J.; Frías J.; Caparó C. Complicaciones maternas de la cesárea en gestantes a término en periodo expulsivo en un hospital general de Lima, Perú. *Rev Med Hered.* 2015; 26:17-23.
46. HTSP 101: Todo lo que usted desea saber acerca del momento oportuno y espaciado saludables del embarazo. http://www.who.int/pmnch/topics/maternal/htsp101_es.pdf.
47. Salinas H., Albornoz J., Reyes A., Carmona S. Factores predictores de cesárea. *Rev chil obstet ginecol* 2004; 69(5): 3573

ANEXOS

ANEXO Nº 1
OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA	INSTRUMENTO
DEPENDIENTE CESAREA	La cesárea es la intervención quirúrgica que permite la salida o nacimiento de un feto mediante una incisión abdominal	Historia clínica Reporte operatorio	Tipo de Cesárea: según la condición de riesgo con que se extrae el producto por vía abdominal, puede ser cesárea de emergencia o si no tiene estas condiciones será una cesárea programada o electiva	Nominal	TIPO DE CESÁREA: 1. Electiva 2. Emergencia
			Indicaciones de la cesárea: Condición clínica o fisiopatológica que determina la cesárea	Nominal	INDICACIONES DE CESAREA: Fase latente prolongada del trabajo de parto: Desproporción cefalopélvica: Presentación podálica: Presentación transverso: HIE: Pre eclampsia: Eclampsia: SFA: Pre término: Placenta previa: DPP: Gemelar: Otros
			Complicaciones de la cesárea: condición médica quirúrgica que presenta la madre intra o post cesárea.	Nominal	COMPLICACIONES DE LA CESAREA: Hipotonía o atonía uterina () Hemorragia () Lesiones de intestino delgado o grueso () Lesiones de la vejiga () Hematomas ()

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA	INSTRUMENTO
					Lesiones en el uréter () Infecciones: puerperal () Dehiscencia de la histerorrafia () Otras:
INDEPENDIENTES CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICOS	Es el conjunto de características sociales y demográficos, de la unidad de estudio dentro de la población; contará con las siguientes subvariables: Procedencia, estado civil, nivel de instrucción	Fecha de nacimiento registrado en la historia clínica o en el registro del SIS	Edad de la Madre: entre los < 20 años, 20 a 34 años y 35 a más	Nominal	EDAD DE LA MADRE: 1. < 20 años 2. 20 a 34 años 2. 35 a más
		Dirección registrada en la historia clínica o en el registro del SIS	Urbano: la gestante añosa reside en la zona céntrica o dentro del perímetro urbano de la ciudad. Urbano-rural: La gestante añosa reside en áreas alejadas del perímetro urbano. Rural: la gestante añosa reside en pueblos, caserios aledaños de la ciudad.	Nominal	PROCEDENCIA: 1. Urbano 2. Urbanomarginal 3. Rural
		Estado civil registrada en la historia clínica o en el registro del SIS	Soltera: vive sola con sus hijos y no tiene vínculo con el padre. Casada: tiene vinculo legal (civil) con el padre Conviviente: No tiene vinculo legal pero vive con el padre	Nominal	ESTADO CIVIL 1.Casada 2.Conviviente 3.Soltera
		Nivel de instrucción registrada en la historia clínica o en el registro del SIS	Nivel de instrucción: Sin estudios: no curso estudios en un centro educativo Primaria: solo tuvo estudios en centro educativo primario pudo ser	Ordinal	Nivel de instrucción: 1. Sin estudios 2. Primaria 3. Secundaria 4. Superior/Técnica

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA	INSTRUMENTO
			completa o incompleta. Secundaria solo tuvo estudios en centro educativo secundario pudo ser completa o incompleta. Técnica o superior: tiene estudios en centro educativo técnico o superior, pudo ser completa o incompleta.		
CARACTERISTICAS OBSTETRICAS	Es el conjunto de características obstétricas de la unidad de estudio, contará con las siguientes Antecedente de cesárea, edad gestacional, paridad, intervalo intergenésico, control prenatal, morbilidad materna,	Cesáreas registradas en la historia clínica	Antecedente de cesárea: registro en la historia clínica de haber tenido un hijo por vía cesárea	Nominal	Antecedente de cesárea: 1. Si 2. No
			Edad Gestacional: Pre término: Embarazo menor a 37 semanas y mayor o igual a 28 semanas. A término: Embarazo menor a 41 semanas y mayor o igual a 37 semanas. Post término: Embarazo mayor o igual a 41 semanas	Nominal	Edad Gestacional: 1. Pre término. 2. A término 3. Post término
		Formula obstétrica registrada en la historia clínica	Paridad: Nulípara: 0 partos Primípara: solo tuvo 1 parto Multipara: tuvo entre 2 a 4 Partos. Gran Multipara: tuvo 5 a más partos	Nominal	Paridad: 1. Nulípara 2. Primípara 3. Multipara 4. Gran multipara

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA	INSTRUMENTO
CARACTERISTICAS OBSTETRICAS	Es el conjunto de características obstétricas de la unidad de estudio, contará con las siguientes Antecedente de cesárea, edad gestacional, paridad, intervalo intergenésico, control prenatal, morbilidad materna,	Fecha de su ultimo parto o embarazo registrada en la historia clínica	Intervalo intergenésico: período de tiempo comprendido entre dos gestaciones consecutivas. Adecuado: de 2 a más años No adecuado: menor de 2 años	Nominal	IIG: 1. < 2 años 2. 2 a más años
		Número de controles prenatales registrados en la historia clínica	Control Prenatal: Evaluación repetida con enfoque de riesgo que efectúa el profesional de salud en la mujer gestante vigilando su bienestar y el producto de la concepción, Control Prenatal controlada: Tiene 6 a más atenciones en el programa de control prenatal Control Prenatal no controlada: Tiene menos de 6 controles en el programa de control prenatal, o no tiene ningún control	Nominal	CPN: 1. 6 a más controles 2. 0 a 5 controles
		Enfermedades durante el embarazo registradas en la historia clínica	Morbilidad materna: Presencia de condiciones fisiopatológicas o clínicas que agravan la condición de salud de la madre y que aumenta el riesgo de fallecer Anemia: hemoglobina por debajo de 10 g/ml. durante	Nominal	Morbilidad Materna: 1. Si 2. No Tipo: Anemia 1. Si 2. No ITU 1. Si 2. No HIE 1. Si 2. No PE: 1. Si 2. No Eclampsia: 1. Si 2. No

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA	INSTRUMENTO
CARACTERISTICAS OBSTETRICAS	Es el conjunto de características obstétricas de la unidad de estudio, contará con las siguientes Antecedente de cesárea, edad gestacional, paridad, intervalo intergenésico, control prenatal, morbilidad materna,		la gestación. ITU: presenta molestias urinarias, leucocituria, nitritos, con urocultivo positivo de más de 100,000 colonias Pre eclampsia: Gestante > 20 semanas con PAD \geq 90 mmHg y/o PAS \geq 140 una proteinuria igual o > de 300 mg en orina de 24 horas. Eclampsia: Gestante >20 sem presente cuadro convulsivo o coma, con registros de PAD >90 o PAS >140 mmHg y proteinuria igual o mayor de 300 mg en orina de 24 horas	Nominal	Tipo: Anemia 1. Si 2. No ITU 1. Si 2. No HIE 1. Si 2. No PE: 1. Si 2. No Eclampsia: 1. Si 2. No Muerte Materna: 1. Si 2. No Otros:

ANEXO Nº 2
FICHA DE RECOLECCION DE DATOS
CARACTERISISTAS SOCIODEMOGRAFICAS, OBSTETRICAS DE LAS CESAREAS EN EL
HOSPITAL II-1 DE MOYOBAMBA
Enero - Diciembre del 2014

1. Características Sociodemográficas:

Edad: 1. < 20 años 2. 20 a 34 años 3. 35 a más

Procedencia: 1. Urbana 2. Urbanomarginal 3. Rural.

Estado Civil: 1. Casada 2. Conviviente 3. Soltera

Nivel de instrucción: 1. Sin estudios 2. Primaria 3. Secundaria 4. Superior/Técnica

2. Antecedente Obstétricos:

Antecedente de cesárea: 1. SI 2. NO

Edad gestacional: 1. Pre término. 2. A término 3. Post término

Paridad: 1. Nulípara 2. Primípara 3. Multípara 4. Gran Multípara

Control pre-natal: 1. ≥ 6 2. 0–5

Morbilidad materna: 1. Si 2. No

Anemia 1. Si 2. No

ITU 1. Si 2. No

HIE: 1. Si 2. No

PE: 1. Si 2. No

Eclampsia: 1. Si 2. No

S. Hellp: 1. Si 2. No

Dengue: 1. Si 2. No

Malaria: 1. Si 2. No

Otros:

3. Tipo de Cesárea: 1. Electiva 2. Emergencia

4. Indicación de la cesárea:

Fase latente prolongada del trabajo de parto ()

Desproporción cefalopélvica ()

Presentación podálica ()

Presentación transversa ()

HIE	()
Pre eclampsia	()
Eclampsia	()
SFA	()
Pre término	()
Placenta previa	()
DPP	()
Gemelar	()
Otros:	

5. Complicaciones de la cesárea: 1. Si 2. No

- Hipotonía o atonía uterina ()
- Hemorragia ()
- Lesiones de intestino delgado o grueso ()
- Lesiones de la vejiga ()
- Hematomas ()
- Lesiones en el uréter ()
- Infecciones: puerperal ()
- Dehiscencia de la histerorrafia ()
- Otras: