

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO
PERFIL CLÍNICO - EPIDEMIOLÓGICO DE CESÁREAS REALIZADAS EN EL
HOSPITAL DE LA AMISTAD PERÚ COREA SANTA ROSA II - 2 PIURA,
ENERO 2014 A ENERO 2018

AUTOR: Viera Peña, José Vladimir Carlos Mao

ASESOR: Dr. Villavicencio Abad, Víctor Raúl

Piura - Perú

2020

DEDICATORIA

El presente es gracias a mis progenitores: Julio Viera Marcelo y Julia Peña Rujel, quienes sin pedir nada a cambio lo ofrecieron todo: sacrificio, esfuerzo, ejemplo, sabiduría, principios y motivación. El camino ha sido largo y espinoso, lo sé, pero ahora ya formaron a un Médico al servicio de la Sociedad.

AGRADECIMIENTO

Agradezco infinitamente a mis padres por el amor incondicional, por el apoyo en mi formación académica, por los principios formados, los mismos que son el eje fundamental en el desarrollo y devenir histórico de la persona. Asimismo, un claro agradecimiento a los docentes de la Facultad de Medicina Humana, en especial a mi asesor Dr. Villavicencio Abad Víctor Raúl quien en todo momento fue mi guía para que dicho estudio se concretice, al jurado calificador y a todos aquellos que influyeron positivamente en mi pensamiento, gracias a ellos soy lo que soy.

RESUMEN

Perfil clínico - epidemiológico de cesáreas realizadas en el Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II - 2 Piura, enero 2014 a enero 2018.

Objetivo: Determinar el perfil clínico - epidemiológico de cesáreas realizadas en el Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II - 2 Piura, enero 2014 a enero 2018.

Materiales y métodos: La investigación fue descriptiva, retrospectiva, observacional y transversal. La población objeto estudio fue de 6610 cesáreas, con una muestra de 363 pacientes. Se revisó cada historia clínica para recolectar los datos a través de una ficha, luego estos fueron registrados y analizados con el software SPSS V 22.

Resultados: La mayor proporción de edades se consigna entre 20 a 35 años (74,7%), el 88,4% es ama de casa, poco más de la tercera parte (35,3%) tiene secundaria completa y el 23,7% cuenta con primaria. El 44,9% tiene edad gestacional a término completo y 33,1% a término temprano; 30,6% no controlada, la mayoría (33,1%) contó con periodo intergenésico normal, asimismo, según paridad, el 29,2% fue primípara y 27,5% nulípara. Las principales indicaciones fueron: cesárea anterior (22.9 %), trastornos hipertensivos del embarazo (12.9 %) y macrosomía fetal (7.4 %). Y las complicaciones post operatorias: hemorragia post parto (9.6 %) y endometritis (1.7 %). El 88.7 % de cesáreas fueron de emergencia. Respecto a los recién nacidos, el 87.9 % tuvo 37 - 41 semanas según examen físico, el peso más frecuente estuvo comprendido entre 2500 a 3999 gr (80.7 %). En cuanto al Apgar

al nacer al minuto, el 92.6 % registró 7 a 10 puntos, y 96.1 % luego de 5 minutos.

Conclusiones: Gran proporción de pacientes presentaron las siguientes características: decidieron procrear a la edad de 25 a 35, son amas de casa, cuentan con secundaria completa, su edad gestacional fue a término, tuvieron igual o más de seis controles prenatales, periodo intergenésico normal, poco más de la cuarta parte fueron primíparas y también nulíparas. En cuanto a las indicaciones de cesárea, la primera causa fue por cesárea anterior. Respecto a las complicaciones post operatorias, la principal fue hemorragia post parto. Por último, los neonatos a término por examen físico fueron la mayoría y tuvieron peso adecuado.

Palabras claves: Cesárea, indicaciones, recién nacido.

ABSTRACT

Clinical - epidemiological profile of caesarean sections performed at the Hospital de la Amistad Peru Corea Santa Rosa II - 2 Piura, January 2014 to January 2018.

Objective: To determine the clinical - epidemiological profile of caesarean sections performed at the Hospital de la Amistad Peru Corea Santa Rosa II - 2 Piura, January 2014 to January 2018.

Materials and methods: The research was descriptive, retrospective, observational and transversal. The study population was 6610 caesarean sections, with a sample of 363 patients. Each medical history was reviewed to collect the data through a file, then they were recorded and analyzed with the SPSS V 22 software.

Results: The highest proportion of ages is recorded between 20 and 35 years (74.7%), 88.4% are a housewife, just over a third (35.3%) have full secondary education and 23.7% have primary. 44.9% have full-term gestational age and 33.1% early term; 30.6% uncontrolled, the majority (33.1%) had a normal intergenic period, also, according to parity, 29.2% was primiparous and 27.5% null. The main indications were: anterior caesarean section (22.9%), hypertensive disorders of pregnancy (12.9%) and fetal macrosomia (7.4%). And post-operative complications: postpartum hemorrhage (9.6%) and endometritis (1.7%). 88.7% of C-sections were emergency. Regarding newborns, 87.9% had 37 to 41 weeks according to physical examination, the most frequent weight was

between 2500 to 3999 gr (80.7%). As for the Apgar at birth per minute, 92.6% recorded 7 to 10 points, and 96.1% after 5 minutes.

Conclusions: A large proportion of patients had the following characteristics: they decided to procreate at the age of 25 to 35, they are housewives, they have a full secondary, their gestational age was at term, they had equal to or more than six prenatal controls, normal intergenetic period , little more than a quarter were primiparous and also nulliparous. As for the indications of caesarean section, the first cause was due to previous caesarean section. Regarding the postoperative complications, the main one was postpartum hemorrhage. Finally, the term infants by physical examination were the majority and had adequate weight.

Keywords: Caesarean section, indications, newborn.

ÍNDICE

CARATULA	
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	
ABSTRACT	
I. INTRODUCCIÓN.	09
1.1 Enunciado del problema	12
1.2 Objetivos: General y Específicos	12
1.3 Hipótesis	12
II. MATERIAL Y MÉTODOS	13
2.1 Diseño de estudio	13
2.2 Población, muestra y muestreo de estudio	13
2.3 Operacionalización de variables	15
2.4 Procedimientos y técnicas de recolección de datos	20
2.5 Método de análisis de datos	20
2.6 Aspectos Éticos	21
2.7 Presupuesto	21
2.8 Cronograma	22
2.9 Limitaciones	23
III. RESULTADOS	24
IV. DISCUSIÓN	34
V. CONCLUSIONES	45
VI. RECOMENDACIONES	46
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
VIII. ANEXOS	52

I. INTRODUCCIÓN:

Es la cesárea una de las técnicas quirúrgicas más antiguas de la humanidad, la misma que ha salvado muchas vidas. Con el pasar del tiempo ésta se ha perfeccionado a tal punto que hoy se practica cotidianamente bajo ciertas indicaciones (1). Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda no sobrepasar el 15 % de partos por vía alta (2, 3) . Hecho que no se cumple en diferentes países como el nuestro, donde se evidencia su aumento tanto en instituciones privadas como públicas. Según ENDES, en nuestro país, el incremento fue de 22,9% a 31,6% entre los años 2011 y 2016 (4-8). Actualmente existe gran controversia respecto a este tema, donde se ven involucrados aspectos éticos, clínicos y legales (9, 10). Es por ello que los profesionales de salud, con la finalidad de “reducir las probabilidades de complicaciones y aumentar los beneficios materno - fetales” optan por esta práctica, sin embargo los estudios concluyen lo contrario (11). Es evidente que el avance de la ciencia, tecnología, así como las mejoras en la atención obstétrica clínica ha permitido que los riesgos de la cesárea disminuyan, por el contrario, su frecuencia ha ido en aumento. No obstante, es un desafío determinar con precisión la tasa mínima de cesáreas ya que cada población obedece a realidades diferentes (12-14). Esta situación no es ajena a nuestra realidad, hecho que ha motivado realizar el presente estudio retrospectivo, determinando el perfil clínico - epidemiológico de cesáreas realizadas en el Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II - 2 Piura, de enero 2014 a enero 2018; el cual se inicia definiendo, identificando y, por último, describiendo cada una de las variables. Esto ayudará a vislumbrar mejor dicha problemática en su conjunto, permitirá a otros implementar estrategias que contribuyan al análisis y

reducción del índice de cesáreas y servirá como punto de partida para posteriores investigaciones.

A nivel internacional, Cópola F. (2015, Uruguay) en su publicación sobre Cesáreas en Uruguay del 2015, comprueba el incremento de partos quirúrgicos llegando a valores de 43.7%, siendo superior en instituciones privadas que públicas (por encima de 55%). En Latinoamérica estas tasas se mantienen elevadas, países como Brasil, México y Uruguay reportan 45,9%, 37,8% y 31,9% respectivamente. También menciona que la morbilidad materno fetal es superior en tal procedimiento quirúrgico; casos como hemorragia con histerectomía, infección puerperal, hematoma, complicaciones anestésicas, paro cardíaco, tromboembolismo y distrés pulmonar neonatal son algunas de las complicaciones derivadas de la misma (3).

Centeno H. (2016, Nicaragua), determinó que el 87% de mujeres sometidas a cesárea tienen edades comprendidas entre 20 a 35 años, el nivel académico fue universitaria en su mayoría con 72%. Un poco más de la mitad representan las casadas (58%) y aquellas que se dedican a una actividad laboral conforme a su formación profesional son el 54% (7).

A nivel nacional, Curo E. (2016, Tacna), en su Tesis Confirmación postoperatoria de las indicaciones para la realización de cesáreas en gestantes del servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital IV Augusto Hernández Mendoza de Ica durante el Periodo 2015. Revela, en cuanto a las características sociodemográficas, que la edad promedio fue 30,49 años con una DS de +/- 6.58, siendo el grupo de 25 a 34 años el de mayor incidencia. Un poco más de la mitad (55.6%) fueron convivientes y la mayoría cuenta con superior universitario completo (26.58%).

En relación a las características maternas, el 91% fueron gestaciones a término, 66.9% multigestas y 61.57% controladas. Respecto a las indicaciones absolutas de cesárea, la macrosomía logró 26.34% (n=192), seguido de cesárea iterativa (15.9%) y sufrimiento fetal agudo (15.5%). Concluye que la incidencia fue 47,12%, las indicaciones más frecuentes fueron las ya señaladas y se confirmó postoperatoriamente 78.01% de las cirugías (4).

A nivel regional, Alvarez E. (2018, Piura), en su estudio sobre Incidencia e Indicaciones de cesárea en el Hospital de Apoyo II de Sullana, encontró que la principal indicación de cesárea por causa materna, con 16%, fue la cesárea segmentaria previa (causa relativa), seguida de preeclampsia - eclampsia (14.9%). En cuanto a las indicaciones por causa fetal, determinó que la mayoría se debió a alteraciones del bienestar fetal (10.4%), continuando la presentación pelviana (4.5%). En relación a las indicaciones por causa ovular, a la cabeza se encuentra la rotura precoz de membranas en el 4.8% de los casos y en segundo lugar, el oligohidramnios (3.7%) (15).

Talledo U. y Colaboradores (2016, Piura), en su investigación Incidencia e indicaciones de cesárea practicadas a pacientes gestantes de un Hospital público de Piura. Reportó que la incidencia de cesárea fue de 57.8%, predominando las de emergencia (68.9%) y el rango de edad que con mayor frecuencia se presentó fue de 20 a 24 años (75%). Respecto al grado de instrucción, 42% culminó secundaria; la gran mayoría, según el estado civil, fue conviviente (70.1%). En relación a la indicación de cesárea, el sufrimiento fetal agudo se ubicó en primer término con 14.5%, seguido de periodo intergenésico corto más cesareada anterior con 12.9% (16).

1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA:

¿CUÁL ES EL PERFIL CLÍNICO - EPIDEMIOLOGICO DE CESÁREAS REALIZADAS EN EL HOSPITAL DE LA AMISTAD PERÚ COREA SANTA ROSA II – 2 PIURA, ENERO 2014 A ENERO 2018?

1.2. OBJETIVOS:

1.2.1. OBJETIVO GENERAL:

-Determinar el perfil clínico - epidemiológico de cesáreas realizadas en el Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II - 2 Piura, enero 2014 a enero 2018.

1.2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Establecer las características sociodemográficas de la población objeto de estudio.
2. Describir las principales características Gineco – Obstétricas de la población objeto de estudio.
3. Determinar las principales características de la operación cesárea en la población objeto de estudio.
4. Identificar las principales características del recién nacido por cesárea en la población objeto de estudio.

1.3. HIPOTESIS: Implícita.

II. MATERIAL Y MÉTODOS:

2.1. DISEÑO DE ESTUDIO:

Descriptivo con enfoque cuantitativo, retrospectivo, observacional y transversal.

2.2. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO DE ESTUDIO:

2.2.1. POBLACIÓN: Todas las pacientes sujetas a cesáreas durante el periodo enero del 2014 a enero 2018, las cuales fueron 6610.

✓ CRITERIOS DE INCLUSIÓN: Las historias clínicas de las cesáreas que fueron atendidas en el Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II - 2 Piura, de enero 2014 a enero 2018 que se encuentren en la unidad de archivo, con datos completos, diagnóstico pre operatorio de cesárea, reporte de anestesiólogo, reporte obstétrico y reporte post operatorio.

✓ CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Historias clínicas de cesáreas con información ilegible, datos insuficientes que no favorecen el estudio y se encuentran fuera del periodo de investigación, así como aquellas cesáreas programadas que culminaron en parto vaginal.

2.2.2. MUESTRA:

- ✓ Unidad de muestreo: Registro del sistema de la unidad de archivo.
- ✓ Unidad de análisis: Paciente con cesárea.
- ✓ Método de selección: Aleatorio estratificado.

La muestra se obtuvo de manera aleatoria ya que todos los miembros de ella serán elegidos al azar, teniendo en cuenta que cada miembro

de la población tenga igual oportunidad de salir en la muestra. Fue de tipo estratificado ya que consistió en dividir a la población total en clases homogéneas llamadas así estratos. Para un total de 363 pacientes, correspondió de 7 a 8 pacientes por mes.

✓ Marco muestral: Datos registrados en las historias clínicas.

Tamaño muestral: La población en estudio fueron 6610 pacientes sujetas a cesáreas y la muestra se determinó mediante la fórmula usada para poblaciones finitas:

$$n = \frac{(z)^2 N \cdot pq}{(z)^2 pq + (e)^2 (N - 1)}$$

Donde:

N: n° elementos de la población en estudio (N=6610)

n: Tamaño final de muestra

Z: Valor estandarizado (Z=1.96 para 95% de confianza)

p: Probabilidad de éxito o proporción de elementos con la característica en estudio (se asume que p=0.5)

q: 1 – p (q=0.5)

e: Error de estimación o error máximo permisible (e = 0.05)

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5) (6610)}{(1.96)^2 (0.5) (0.5) + (0.05)^2 (6610-1)}$$
$$n = 363$$

2.3. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES:

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMESIÓN	SUBVARIABLE	INDICADORES	INSTRUMENTO DE MEDICION	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
PERFIL CLÍNICO - EPIDEMIOLOGICO DE CESAREAS	CONJUNTO DE CARACTERISTICAS INHERENTES A LA MUJER QUE SE LE PRACTICA LA CESAREA, AL RECIEN NACIDO Y AL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO COMO TAL.	DATOS SOCIODEMOGRAFICOS	EDAD	MENOR DE 15 AÑOS	FICHA DE RECOLECCION DE DATOS APLICADA A LA HISTORIA CLINICA.	CUANTITATIVA CONTINUA	INTERVALO
				DE 15 A 19 AÑOS			
				DE 20 A 35 AÑOS			
				MAYOR 35 AÑOS			
			ESTADO CIVIL	SOLTERA		CUALITATIVA POLITOMICA	NOMINAL
				CASADA			
				CONVIVIENTE			
				VIUDA			
			OCUPACIÓN	ESTUDIA		CUALITATIVA POLITOMICA	NOMINAL
				TRABAJO DEPENDIENTE			
				TRABAJO INDEPENDIENTE			
				AMA DE CASA			
			GRADO DE INSTRUCCIÓN	SIN INSTRUCCION		CUALITATIVA POLITOMICA	ORDINAL
				PRIMARIA			
				SECUNDARIA COMPLETA			
				SECUNDARIA INCOMPLETA			
SUPERIOR NO UNIVERSITARIA COMPLETA							
SUPERIOR NO UNIVERSITARIA							

		INCOMPLETA
		SUPERIOR UNIVERSITARIA COMPLETA
		SUPERIOR UNIVERSITARIA INCOMPLETA
DATOS GINECO - OBSTETRICOS	EDAD GESTACIONAL	PRETERMINO: MENOR DE 37 SEMANAS
		TERMINO TEMPRANO: 37 – 38 6/7 SEMANAS
		TERMINO COMPLETO: 39 – 40 6/7 SEMANAS
		TERMINO TARDIO: 41 – 41 6/7 SEMANAS
		POSTERMINO: IGUAL O MAYOR DE 42 SEMANAS
	GRAVIDEZ	PRIMIGESTA
		SEGUNDIGESTA
		MULTIGESTA
	ANTECEDENTE DE MUERTE NEONATAL	SI
		NO
	ANTECEDENTE DE ABORTO	SI
		NO
	PERIODO INTERGENÉSICO	PIN CORTO (<2 ÑOS)
		PIN LARGO(>5 AÑOS)
PIN NORMAL (2 – 5 AÑOS)		
ATENCIONES	CONTROLADA (6 APN)	

CUANTITATIVA CONTINUA	INTERVALO
CUALITATIVA POLITOMICA	ORDINAL
CUALITATIVA DICOTOMICA	NOMINAL
CUALITATIVA DICOTOMICA	NOMINAL
CUALITATIVA POLITOMICA	NOMINAL
CUALITATIVA	NOMINAL

		PRENATALES	NO CONTROLADA		
		PARIDAD	NULIPARA		CUALITATIVA POLITOMICA
			PRIMIPARAS		
			SEGUNDIPARAS		
			MULTIPARA		
			GRAN MULTIPARA		
DATOS DE LA OPERACION CESAREA	INDICACION O DIAGNOSTICO PRE OPERATORIO		CESAREA ANTERIOR		CUALITATIVA POLITOMICA
			PRESENTACION PELVIANA		
			DESPropORCION CEFALO-PÉLVICA		
			TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO		
			DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE MEMBRANAS (DPP)		
			PLACENTA PREVIA (PP)		
			ESTRECHEZ PÉLVICA		
			INDUCCION FALLIDA		
			MACROSOMIA FETAL		
			TRABAJO DE PARTO DISFUNCIONAL		
			SUFRIMIENTO FETAL AGUDO		
			DISTOCIA FUNICULAR		
			OTROS		
			TIPO DE CESAREA	C. PRIMARIA	
			C. ITERATIVA		
					ORDINAL
					NOMINAL
					NOMINAL

	TIPO DE ANESTESIA	EPIDURAL
		RAQUÍDEA
		GENERAL
	DIAGNOSTICO POST OPERATORIO	CONFIRMADO
		NO CONFIRMADO
	COMPLICACIONES	HEMATOMA DE PARED ABDOMINAL
		INFECCIÓN DE HERIDA OPERATORIA
		DEHISCENCIA DE SUTURA
		HEMORRAGIA POST PARTO
		ENDOMETRITIS
		ILEO PARALITICO
		INFECCION DEL TRACTO URINARIO
		NINGUNA
		OTRAS
MODALIDAD DE LA CESAREA	PROGRAMADAS	
	DE EMERGENCIA	
ESTANCIA HOSPITALARIA – POST OPERATORIO	2 DIAS	
	3 DIAS	
	MAYOR DE 3 DIAS	
DATOS DEL RECIEN NACIDO	EDAD GESTACIONAL POR EXAMEN FISICO	MENOR DE 37 SEMANAS
		DE 37 A 41 SEMANAS
		MAYOR DE 41 SEMANAS

CUALITATIVA DICOTOMICA	NOMINAL
CUALITATIVA DICOTOMICA	NOMINAL
CUALITATIVA POLITOMICA	NOMINAL
CUALITATIVA POLITOMICA	NOMINAL
CUALITATIVA POLITOMICA	ORDINAL
CUALITATIVA POLITOMICA	ORDINAL

			PESO DEL RECIEN NACIDO	MENOR DE 1500 gr.		CUANTITATIVA CONTINUA	INTERVALO
				DE 1500 A 2499 gr.			
				DE 2500 A 3999 gr.			
				MAYOR O IGUAL A 4000 gr.			
			APGAR AL NACER AL MINUTO Y CINCO MINUTOS	7 - 10 puntos		CUALITATIVA POLITOMICA	ORDINAL
				4 a 6 puntos			
				1 a 3 puntos			
				0 puntos			
			SEXO DEL RECIEN NACIDO	MASCULINO		CUALITATIVA DICOTOMICA	NOMINAL
				FEMENINO			

2.4. PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

➤ Técnicas de recolección de datos:

Se solicitó el permiso a las autoridades del Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II - 2 Piura. En primera instancia se coordinó el permiso respectivo con el director del Hospital; luego con el área de estadística, archivo y jefatura del departamento de Gineco –Obstetricia. (ANEXO 01). Obtenidos los permisos correspondientes se procedió a revisar los datos de las historias clínicas y libro de datos de Gineco – obstetricia según la distribución de muestra por estratos, escogiéndose de 7 a 8 historias clínicas por mes hasta completar la muestra. En todo momento se revisó el correcto llenado de las mismas, una a una, excluyendo las que contaban con datos insuficientes.

Luego se procedió a registrar la información en la ficha de recolección de datos (ANEXO 02). Estas sirvieron para elaborar la base de datos en Excel 2016, el cual permitió ordenar, procesar y tabular la información para posteriormente ingresarla al programa SPSS V.22 y así analizar cada variable. Se elaboró el Informe Final teniendo en cuenta el contexto de la bibliografía existente, el análisis de la información procesada y la realidad actual llegando así a conclusiones objetivas relacionadas con los objetivos trazados.

➤ Instrumento: Ficha de recolección de datos.

2.5. MÉTODO DE ANÁLISIS DE DATOS:

Se procesó y analizó la información consignada en las fichas de recolección de datos en los programas de Microsoft Office Excel 2016 y SPSS V.22, de manera

tal que se presentó la distribución descriptiva de frecuencias en porcentajes y cifras absolutas de las diferentes variables objeto de estudio; las cuales fueron registradas en tablas y gráficos para su mayor comprensión.

2.6. ASPECTOS ÉTICOS:

Se considerarán los principios éticos del respeto a la dignidad humana y veracidad:

- ✓ La recolección de datos se hará de manera fidedigna, no alterando el contenido de los mismos.
- ✓ La investigación se realizará teniendo en cuenta la dignidad humana de las participantes, ya que los datos obtenidos solo serán utilizados para los fines de la investigación.
- ✓ Debido a la naturaleza de la investigación no se firmó consentimiento informado y se respetó la confidencialidad de cada paciente incluida.

2.7. PRESUPUESTO:

Remuneraciones	Montos estimados (S/.)
Digitador	80.00
Estadístico	200.00
Bienes	Montos estimados (S/.)
Material de escritorio	200.00
Servicios	Montos estimados (S/)
Internet y llamadas	225.00
Fotocopias e impresiones	150.00
Movilidad local	275.00
Total	: S/. 1130.0 (Autofinanciado)

2.8. CRONOGRAMA:

N°	TIEMPO ETAPAS	2018							2019				2020	
		J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A - D	E	F
1	Elaboración del proyecto.	X												
2	Presentación del proyecto.		X											
3	Revisión bibliográfica.	X	X	X										
4	Reajuste y validación de instrumentos			X										
5	Trabajo de campo y captación de información.			X	X									
6	Procesamiento de datos.					X	X	X						
7	Análisis e interpretación de datos.								X	X	X			
8	Elaboración del informe.											X		
9	Presentación del informe.												X	
10	Sustentación													X

2.9. LIMITACIONES:

- Demora en el permiso del Hospital para la ejecución del Proyecto, debido al engorroso trámite burocrático.
- Historias clínicas físicas no habidas o incompletas, ya sea a la falta de llenado correcto o pérdida de alguna de sus partes.
- Indicación de cesárea con más de un diagnóstico, por lo que se eligió el primer diagnóstico o el de mayor relevancia.

III. RESULTADOS:

Objetivo específico N° 01: Establecer las características sociodemográficas de la población objeto de estudio.

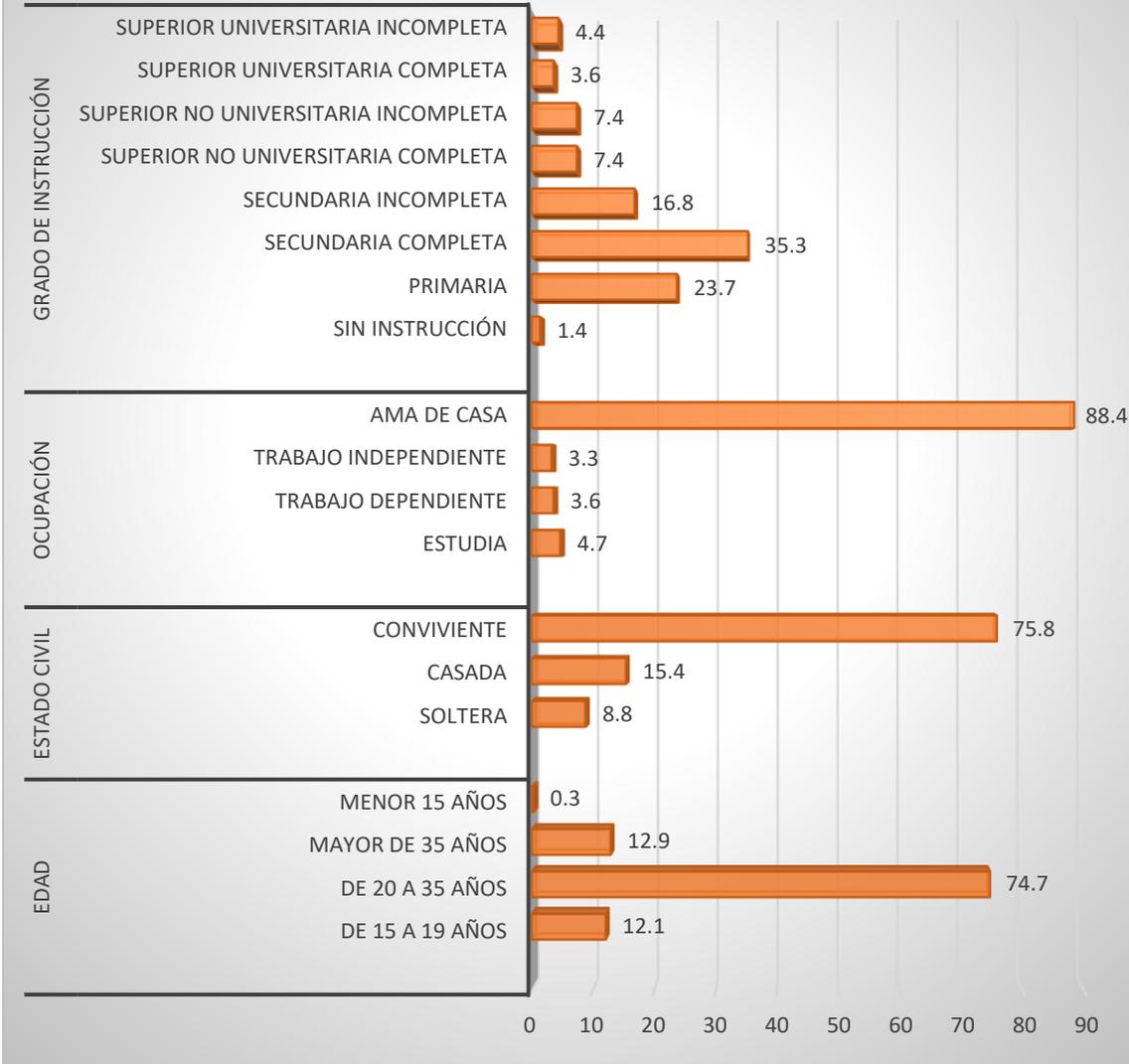
Tabla N° 01: Distribución numérica y porcentual de las cesáreas realizadas, según sus datos sociodemográficos, Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II - 2 Piura, enero 2014 a enero 2018.

DATOS GENERALES	N	%
EDAD		
De 15 a 19 años	44	12.1
De 20 a 35 años	271	74.7
Mayor de 35 años	47	12.9
Menor 15 años	1	0.3
ESTADO CIVIL		
Soltera	32	8.8
Casada	56	15.4
Conviviente	275	75.8
OCUPACIÓN		
Estudia	17	4.7
Trabajo dependiente	13	3.6
Trabajo independiente	12	3.3
Ama de casa	321	88.4
GRADO DE INSTRUCCIÓN		
Sin instrucción	5	1.4
Primaria	86	23.7
Secundaria completa	128	35.3
Secundaria incompleta	61	16.8
Superior no universitaria completa	27	7.4
Superior no universitaria incompleta	27	7.4
Superior universitaria completa	13	3.6
Superior universitaria incompleta	16	4.4
TOTAL	363	100.0

Fuente: Departamento de Archivos y Estadística del Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II - 2 Piura.

Del total de las cesáreas, la mayor proporción de edades se consigna entre 20 a 35 años (74,7%), las de 15 a 19 años y las mayores de 35 años representan similar proporción (12%). Así mismo el 75,8% son convivientes y según la ocupación, el 88,4% es ama de casa. Sin embargo, un poco más de la tercera parte (35,3%) tiene secundaria completa y 23,7% que cuenta con primaria.

Grafico N° 01: Distribución gráfica - porcentual de las cesáreas realizadas, según sus datos sociodemograficos, Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II - 2 Piura, enero 2014 a enero 2018.



Fuente: Departamento de Archivos y Estadística del Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II - 2 Piura.

Objetivo específico N° 02: Describir las principales características Gineco – Obstétricas de la población objeto de estudio.

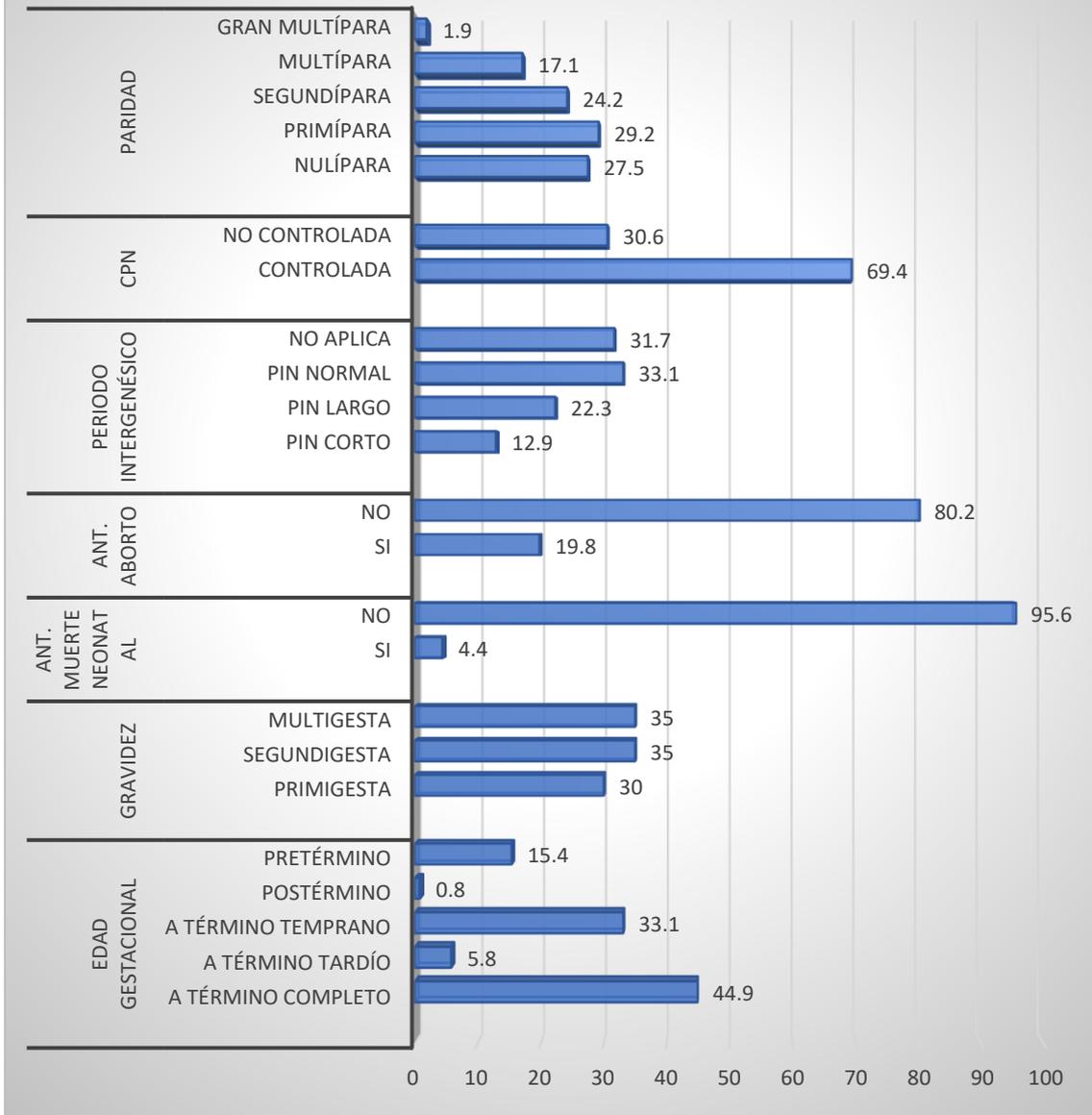
Tabla N° 02: Distribución numérica y porcentual de las cesáreas realizadas, según los datos Gineco - Obstétricos, Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II - 2 Piura, enero 2014 a enero 2018.

DATOS GINECO - OBSTETRICOS	N	%
EDAD GESTACIONAL		
A término completo	163	44.9
A término tardío	21	5.8
A término temprano	120	33.1
Postérmino	3	.8
Pretérmino	56	15.4
GRAVIDEZ		
Primigesta	109	30.0
Segundigesta	127	35.0
Multigesta	127	35.0
ANTECEDENTE DE MUERTE NEONATAL		
Si	16	4.4
No	347	95.6
ANTECEDENTE DE ABORTO		
Si	72	19.8
No	291	80.2
PERIODO INTERGENÉSICO		
PIN Corto	47	12.9
PIN Largo	81	22.3
PIN Normal	120	33.1
No aplica	115	31.7
N° DE ATENCIONES PRENATALES		
Controlada	252	69.4
No controlada	111	30.6
PARIDAD		
Nulípara	100	27.5
Primípara	106	29.2
Segundípara	88	24.2
Multípara	62	17.1
Gran multípara	7	1.9
TOTAL	363	100.0

Fuente: Departamento de Archivos y Estadística del Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II - 2 Piura.

Del total de las cesáreas realizadas en el Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II - 2 Piura, de enero 2014 a enero 2018, se observa que el 44,9% tuvo edad gestacional a término completo y 33,1% a término temprano. Respecto a la gravidez, las segundigestas y multigestas tuvieron similar proporción (35%). Solo un 4,4% tuvo muerte neonatal previa, 19,8% antecedente de aborto y 30,6% fue no controlada respecto a sus controles prenatales. La mayoría (33,1%) tuvo periodo intergenesico normal, asimismo, según paridad, el 29,2% fue primípara, el 27,5% nulípara y solo 1,9% gran multípara.

Grafico N° 02: Distribución grafica - porcentual de las cesáreas realizadas, según los datos Gineco - Obstétricos, Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II - 2 Piura, enero 2014 a enero 2018.



Fuente: Departamento de Archivos y Estadística del Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II - 2 Piura.

Objetivo específico N° 03: Determinar las principales características de la operación cesárea en la población objeto de estudio.

Tabla N° 03: Distribución numérica y porcentual de las cesáreas realizadas, según los datos de la operación cesárea, Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II - 2 Piura, enero 2014 a enero 2018.

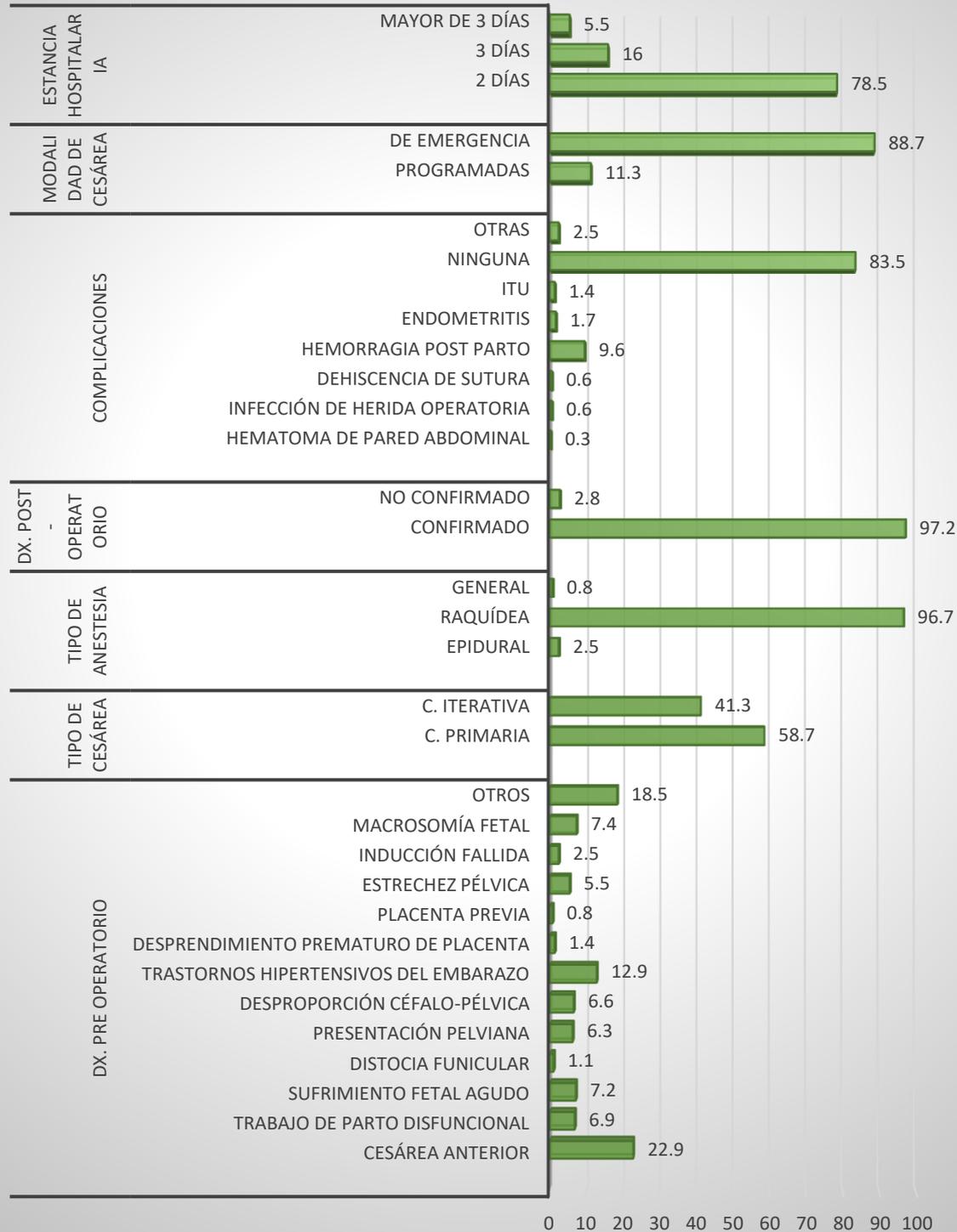
DATOS DE LA OPERACIÓN CESÁREA	N	%
INDICACIÓN O DIAGNÓSTICO PRE OPERATORIO		
Cesárea anterior	83	22.9
Trabajo de parto disfuncional	25	6.9
Sufrimiento fetal agudo	26	7.2
Distocia funicular	4	1.1
Presentación pelviana	23	6.3
Desproporción céfalo-pélvica	24	6.6
Trastornos hipertensivos del embarazo	47	12.9
Desprendimiento prematuro de placenta	5	1.4
Placenta previa	3	0.8
Estrechez pélvica	20	5.5
Inducción Fallida	9	2.5
Macrosomía fetal	27	7.4
Otros	67	18.5
TIPO DE CESÁREA		
C. Primaria	213	58.7
C. Iterativa	150	41.3
TIPO DE ANESTESIA		
Epidural	9	2.5
Raquídea	351	96.7
General	3	.8
DIAGNÓSTICO POST - OPERATORIO		
Confirmado	353	97.2
No confirmado	10	2.8
COMPLICACIONES		
Hematoma de pared abdominal	1	.3
Infección de herida operatoria	2	.6
Dehiscencia de sutura	2	.6
Hemorragia post parto	35	9.6
Endometritis	6	1.7
ITU	5	1.4
Ninguna	303	83.5
Otras	9	2.5
MODALIDAD DE LA CESÁREA		
Programadas	41	11.3
De emergencia	322	88.7
ESTANCIA HOSPITALARIA		

2 días	285	78.5
3 días	58	16.0
Mayor de 3 días	20	5.5
TOTAL	363	100.0

Fuente: Departamento de Archivos y Estadística del Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II - 2 Piura.

La Tabla N° 03 muestra las principales características de la operación cesárea en el Hospital de estudio, donde se evidencia que, según la Indicación o diagnóstico pre operatorio, las tres principales indicaciones fueron cesárea anterior (22.9 %), seguida de trastornos hipertensivos del embarazo (12.9 %) y macrosomía fetal (7.4 %). Más de la mitad fueron cesáreas primarias (58.7 %) y el tipo de anestesia utilizado con mayor frecuencia fue la raquídea (96.7 %). Según el diagnóstico post operatorio el 97.2 % fue confirmado. La principal complicación post operatoria fue la hemorragia post parto (9.6 %), en segundo plano se ubica la endometritis (1.7 %). Respecto a la modalidad de la cesárea, las de emergencia ocuparon el primer lugar con 88.7 % del total y 78.5 % permaneció 02 días en el Hospital.

Grafico N° 03: Distribución grafica - porcentual de las cesáreas realizadas, según los datos de la operación cesárea, Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II - 2 Piura, enero 2014 a enero 2018.



Fuente: Departamento de Archivos y Estadística del Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II - 2 Piura.

Objetivo específico N° 04: Identificar las principales características del recién nacido por cesárea en la población objeto de estudio.

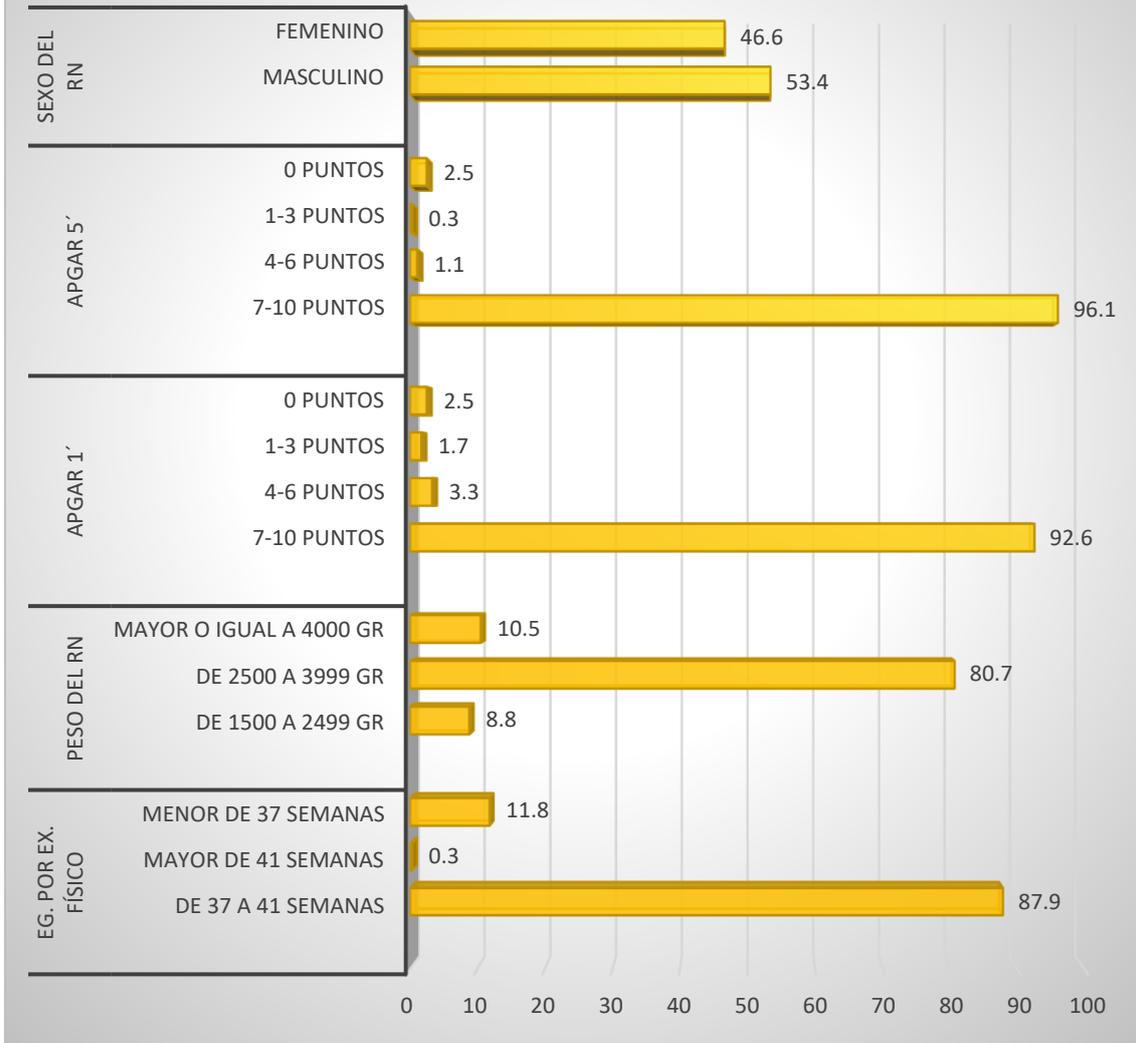
Tabla N° 04: Distribución numérica y porcentual de las cesáreas realizadas, según los datos del recién nacido, Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II - 2 Piura, enero 2014 a enero 2018.

DATOS DEL RECIEN NACIDO	N	%
EDAD GESTACIONAL POR EXAMEN FÍSICO		
De 37 a 41 semanas	319	87.9
Mayor de 41 semanas	1	0.3
Menor de 37 semanas	43	11.8
PESO DEL RECIÉN NACIDO		
De 1500 a 2499 gr	32	8.8
De 2500 a 3999 gr	293	80.7
Mayor o igual a 4000 gr	38	10.5
APGAR 1´		
7-10 puntos	336	92.6
4-6 puntos	12	3.3
1-3 puntos	6	1.7
0 puntos	9	2.5
APGAR 5´		
7-10 puntos	349	96.1
4-6 puntos	4	1.1
1-3 puntos	1	0.3
0 puntos	9	2.5
SEXO DEL RECIEN NACIDO		
Masculino	194	53.4
Femenino	169	46.6
TOTAL	363	100

Fuente: Departamento de Archivos y Estadística del Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II - 2 Piura.

Según las características del recién nacido por cesárea se desprende que el 87.9% de los recién nacidos tuvo 37 a 41 semanas de edad gestacional según examen físico y 11.8 % menos de 37 semanas. La mayoría tuvo peso entre 2500 a 3999 gr (80.7 %). Según el Apgar al nacer al minuto, el 92.6 % registró 7 a 10 puntos, y a los cinco minutos aumentó este valor al 96.1 %. En cuanto al sexo, un poco más de la mitad fue masculino (53.4 %).

Grafico N° 04: Distribución grafica - porcentual de las cesáreas realizadas, según los datos del recién nacido, Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II - 2 Piura, enero 2014 a enero 2018.



Fuente: Departamento de Archivos y Estadística del Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II - 2 Piura.

IV. DISCUSIÓN:

El presente estudio describe el perfil clínico - epidemiológico de cesáreas realizadas en el Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II - 2 Piura, de enero 2014 a enero 2018, con la finalidad de tener mayor conocimiento de la misma y así poder abordarla de manera integral. Durante dicho periodo de estudio ocurrieron 12 715 partos, de los cuales el 51,9% culminaron por cesárea (n = 6610). Esta tendencia no es ajena a la realidad mundial, por tal motivo se han desarrollado diferentes estudios de investigación con la finalidad de explicar este fenómeno (2, 3, 7). Tanto en Tacna como en Piura dicha incidencia se mantiene alta (47.12% y 57.8 % respectivamente); lo cual es extremadamente superior al recomendado por la Organización Mundial de la Salud quien considera recomendable una tasa de 15 % (4, 16).

En cuanto a las características sociodemográficas de la población objeto de estudio se observó que las tres cuartas partes de pacientes tienen edades entre 20 a 35 años (tabla N°01), edad en que las mujeres son más fértiles e ideal para la procreación. Dato similar fue encontrado por Centeno en Nicaragua, donde las mujeres de 20 a 35 años representan el 87%, por Curo en Ica (66.64%) y por Talledo en Piura quien considera que el 75% comprende entre 20 a 24 años, este último autor también destaca que el 13.7 % fueron adolescentes, lo que no dista del nuestro (12.4 %), ambos realizados en la zona urbana de Piura. (4, 7, 16). Según lo encontrado por Bendezú en Ica, este grupo etario es el que presenta mayor morbimortalidad durante el embarazo y puerperio; casos como anemia e infecciones urinarias son frecuentes durante la gestación adolescente.

Aproximadamente 36 % tiene complicaciones perinatales como feto macrosómico, cefalohematoma entre otros. Así mismo, el 34 % tuvieron complicaciones puerperales, dentro de ellas, la hemorragia puerperal a la cabeza con 23 % (17). En la tabla N° 09, se observa la distribución según la edad relacionada a complicaciones, ambas variables tienen cierto grado de dependencia y significación ($X^2 = 66.25$, $p < 0.05$). Cabe destacar que, en las últimas décadas en nuestro país, se han implementado políticas públicas para disminuir el embarazo adolescente, no obstante se mantiene entre el 12 a 13 % en promedio a nivel nacional, siendo mayor en las zonas rurales (25 %), en adolescentes sin educación o con primaria completa (90 %) y nivel socioeconómico bajo (18). Lo que nos lleva a tomar conciencia sobre el impacto de la problemática. Es preciso abordar el tema de manera integral haciendo énfasis en la educación sexual y reproductiva, mejoramiento de la calidad de vida, peligro en el consumo de drogas y bebidas alcohólicas, orientación y apoyo psicológico – emocional, aclaración de creencias o tabúes respecto al sexo, protección frente al acoso y abuso sexual, etc. (19, 20).

Respecto al estado civil, Centeno encontró que 58.4% son casadas a diferencia de nuestro estudio donde tres de cuatro mujeres son convivientes (7). Sin embargo, nuestros datos concuerdan con Curo y Talledo quienes consideran a las pacientes convivientes en primer término entre 55.64% a 70.1% (4, 16). En cuanto a la ocupación (tabla N°01), la mayoría se dedica a las actividades del hogar (88.4%), si se relaciona este valor con el grado de instrucción, es poca la población que cuenta con estudios superiores (11%). En el mismo Hospital, Talledo U. y Cols. evidenciaron que, según el grado de instrucción, la mayoría, ósea el 42%, tuvo secundaria completa, coincidiendo con el 35.3% obtenido en

el presente estudio (16). Cabe recalcar que nuestra población estudiada es de clase media a baja, en consecuencia, los datos guardan relación con la realidad existente. En la tabla N° 05, se evidencia la distribución según la ocupación relacionada al grado de instrucción, las cuales muestran alto grado de dependencia y significación ($X^2 = 153.86$, $p < 0.05$). Existen realidades distintas, como Nicaragua donde 72% cuenta con nivel universitario y 54% se dedica a actividades según su formación profesional (7). En cambio, otros autores resaltan el hecho que las mujeres de nivel socioeconómico medio y alto tienen gran expectativa por las cesáreas determinándose relación entre estas (2, 21).

Se determinó que, en la edad gestacional, el 83.8 % de pacientes fueron gestaciones a término temprano, completo y tardío (tabla N° 02); similar al encontrado por Centeno donde 83.2% tenía 37 a 40 semanas, de 37 a 41 semanas Curo reportó 91% e Hiralda en Cuba 72.3% (4, 22). La culminación del embarazo fue a término, en la inmensa mayoría, hecho crucial para la adaptación adecuada del recién nacido. En caso de las gestantes pretérmino (15.4%), se encuentran también dentro del rango similar, según otros estudios las ubican entre 8.22% a 11,18% (4, 7). Ello obedece a que un pequeño porcentaje se le tuvo que intervenir antes de las 37 semanas de gestación, hecho que obedece a alguna indicación de emergencia que obligó a los profesionales de la salud tomar dicha decisión. Por otro lado, las gestantes posttérmino y a término tardío juntas representan 6.6 %, resultados que se asemejan al 5.6% registrado en Nicaragua (7). Otra de las características estudiadas fue el número de gestaciones, se encontró que 70% fueron segundigestas y multigestas juntas (tabla N° 02), concordando con el estudio realizado por Curo en Ica donde estas

representan el 67%. En ambos casos las primigestas coinciden con aproximadamente 31% (4). En consecuencia, la gran mayoría sometidas a operación ya tenían gestaciones y partos previos, si esto lo relacionamos con la indicación de cesárea más frecuente (cesareada anterior) deducimos que se relacionan entre sí. De acuerdo a los datos Gineco - Obstétricos (tabla N° 02), se constató que una pequeña población (4.4%) tuvo antecedente de muerte neonatal, así mismo aquellas con antecedente de aborto son 19.8% del total, valor poco más alto evidenciado por otro autor (7). Es preciso señalar que dichos antecedentes se consideran como mala historia clínica obstétrica, en consecuencia, influyen en el tipo de parto en el que concluirá la gestación, osea que una paciente con dichos antecedentes es más probable que presente riesgos durante el embarazo y su parto culmine por vía alta.

La tabla N° 02, muestra que el 33.1%, 22.3% y 12.9% de pacientes cesareadas tienen período intergenésico (PIN) normal, largo y corto respectivamente; como es visible, la tercera parte (PIN normal) planificó su embarazo dentro de dos a cinco años desde su último parto; pero el 12.9% lo tuvo dentro de 24 meses (PIN corto) lo cual es considerado como indicación de cesárea, aumentando los valores de la misma. Hecho distinto evidenciamos en el Hospital MINSA de Asunción - Nicaragua donde el PIN corto se elevó a 23.6%.(7). El control prenatal es importante en el sentido que permite identificar tempranamente los riesgos en el presente embarazo y así poder intervenir a tiempo. En consecuencia, aquellas que son controladas (gestantes con seis o más controles prenatales) tienen gran posibilidad que dicho parto termine en buenas condiciones tanto para madre como para el recién nacido. Como reporta la tabla N° 02 el 69.4% fueron

controladas, dato semejante al encontrado por Curo en Ica (61.57%) (4); en cambio el 30.6% tuvieron menos de 6 controles (no controlada), cifras que distan respecto a otros autores donde las no controladas representan 13.66% (7). Hay que hacer hincapié en que es considerable la proporción de mujeres que no acuden a su control prenatal, visto este como factor de riesgo para su embarazo, lo cual influye de alguna manera u otra en la culminación y complicaciones del mismo. En la distribución según paridad (tabla N° 02) se observa que la mayoría son primíparas (29.2%) y luego se encuentran las nulíparas (27.5%), datos que no distan del encontrado por Varas C. en Trujillo donde las mismas representan 38.7% y 36.2% respectivamente (23). La tabla N° 06 muestra la distribución según el grado de instrucción y paridad, dichas variables no presentan dependencia estadística ($X^2 = 48.57$) lo que nos hace suponer que, en nuestra realidad, no necesariamente el grado de instrucción de una paciente se relaciona con la planificación familiar.

Por otro lado, en la indicación cesárea (tabla N° 03), esta se discute mucho en múltiples bibliografías. La principal indicación de cesárea fue la cesárea anterior con 22.9%, osea una de cada cuatro a cinco cesáreas; luego se presentaron los trastornos hipertensivos del embarazo (12.9%). A nivel regional los datos de Alvarez E. se asemejan al nuestro, esta última encontró que la principal indicación de cesárea por causa materna, fue la cesárea segmentaria previa (16%), seguida de preeclampsia - eclampsia (14.9%) (15). Talledo, en nuestro mismo Hospital ubicó al sufrimiento fetal agudo en primer lugar con 14.5%, seguido de periodo intergenésico corto más cesareada anterior con 12.9% (16). Sin embargo, a nivel nacional, Curo en Ica reportó a la macrosomía fetal como

la indicación más frecuente (26.34%), le sigue la cesárea iterativa y sufrimiento fetal, ambos con aproximadamente 15% (4). Por otro lado, a nivel internacional Centeno H. también encontró a la cesárea anterior como la principal (36.7%), pero a la anomalía de presentación como segunda indicación más frecuente (13.7%) (7). Teniendo en cuenta el criterio de Edward Cragie de "cesárea una vez, cesárea siempre", es claro que si aumenta el número de estas en el embarazo anterior, como consecuencia se incrementará las cesáreas a futuro. Cabe recalcar que la gestante sometida a cesárea por causa absoluta, siempre se le repetirá dicha conducta. Sin embargo, si la causa es relativa, se puede intentar el trabajo de parto (1, 3, 6, 14).

En tercer y cuarto lugar se encuentran la macrosomía fetal y sufrimiento fetal agudo con 7.4% y 7.2% respectivamente. Valor que dista del reportado en Nicaragua, donde la tercera indicación más frecuente fue la desproporción céfalo pélvica (9.9%), pero se asemeja al 8.1% de casos de sufrimiento fetal agudo (7). La alteración del bienestar fetal también ocupa un lugar considerable en la investigación de Alvarez E., ocupando el cuarto lugar (10.4%), empero, lo mismo no sucede con la macrosomía fetal, donde su frecuencia es poco menos del 1% (15). El desprendimiento prematuro de placenta, la distocia funicular y la placenta previa obtuvieron poco menos de 2%, siendo las indicaciones que en menor frecuencia se presentaron. No llegando a tener cifras significativas en otras investigaciones (15), a excepción de la desproporción céfalo pélvica en Nicaragua (7). Las cesáreas se encuentran distribuidas según su tipo: en primarias e iterativas (tabla N° 03). Poco más de la mitad son primarias (58.7%) y poco menos de la mitad iterativas (41.3%), la diferencia no es muy marcada

entre ambas, sin embargo predominan las primeras. En comparación al estudio ejecutado por Hiralda J. en Cuba, esta diferencia es mayor, por un lado, las primarias se aproximan al 71% y las iterativas al 29%, pero siguen predominando las primeras. Es preciso destacar que la variación de las cesáreas iterativas depende en gran medida del aumento o disminución de las cesáreas primarias (22).

La tabla N° 03 permite identificar el tipo de anestesia usada, la raquídea se empleó en el 96.7% de los casos y la epidural en 2.5%. Rodríguez M. quien estudió técnicas anestésicas relacionadas al puntaje Apgar de recién nacidos en mujeres obesas mórbidas, demostró correlación entre la técnica anestésica usada y el grado de depresión al nacer. Así obtuvo que todos los recién nacidos cuyas madres recibieron anestesia general presentaron algún grado de depresión: 4,2% depresión severa, 11,1 % depresión moderada y 18 % sufrió depresión ligera. En cuanto a los hijos de las que se administró anestesia subdural, el 5,6 % presentó depresión moderada y 2,8 % depresión ligera. Finalmente, los recién nacidos producto de anestesia peridural, solo 2,8 % registró depresión ligera según puntaje de Apgar (24). En nuestro estudio el Apgar de 7 a 10 puntos, al minuto fue 92.6 % y a los cinco minutos 96.1 % lo cual guarda relación con el tipo de anestesia mayormente utilizada en nuestro medio. Es preciso mencionar que la principal indicación fue la cesárea anterior, sin embargo, Cueva F. en Trujillo, demostró que no hay relación significativa entre el parto posterior a una cesárea y el Apgar al nacer (25).

Hecho importante es la confirmación del diagnóstico pre operatorio (tabla N° 03) donde la gran mayoría se confirmó (97.2%) al igual que 78 % encontrado por Curo (4). En la tabla N° 07, se ve la distribución según el diagnóstico pre operatorio versus el post operatorio, estas variables tienen alto nivel de significación estadística ($p = 0.001$), siendo la macrosomía fetal el diagnóstico con más casos no confirmados (seis casos). Las técnicas quirúrgicas y anestésicas han mejorado en los últimos años, sin embargo, las cirugías no están exentas de morbilidades maternas, es así que datos actuales colocan esta cifra en 56% a 78%, dichos valores son superiores a las observadas por parto vaginal (1-3, 26). Nuestro país a lo largo de los años ha ido disminuyendo los casos de mortalidad materna de 411 por 100 mil nacidos vivos ocurridas en el año 2014 a 310 en 2019 (27). Ello debido a la implementación de diferentes estrategias, entre las que destacan el parto institucional, defensa a los derechos reproductivos de las mujeres, acceso a los servicios de salud, implementación y uso de métodos anticonceptivos, implementación de las claves rojas, azul y amarilla, entre otras. Los países, con la finalidad de disminuir dicha tasa han considerado pertinente desarrollar y cumplir Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de tal manera que la Razón Mortalidad Materna (RMM) mundial baje a menos del 70 por 100 000 nacidos vivos entre el 2016 y 2030 de tal manera que los países no presenten mortalidad materna que esté por encima del doble del promedio mundial (28).

El Perú al ser un país en vías de desarrollo presenta tasas altas ya que es característico en países como el nuestro factores que ayudan al aumento de mortalidad materna como pobreza, embarazo adolescente, nivel educativo

deficiente, etc. En consecuencia, Piura y nuestro Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II - 2 Piura no es ajeno a dicha realidad. En el año 2014 hubo en Piura 28 muertes maternas, el siguiente año 42 de las cuales 5 ocurrieron en nuestro Hospital de estudio; para el 2016 nuestra región reportó 34 casos, de estas 4 fueron del Hospital Santa Rosa, finalmente en 2017 aumentaron a 36 en todo el departamento, pero bajó a 3 casos en nuestro Nosocomio. De todas las muertes mencionadas en nuestro Hospital, 5 de ellas se debieron a hemorragias durante el embarazo y puerperio, 3 por sepsis de foco uterino e infección de herida operatoria, 2 a eclampsia y síndrome de Hellp, 1 debido a intoxicación de órganos fosforados y 1 por dengue. Es evidente que se mantiene como primera causa la hemorragia durante el embarazo y puerperio tanto en nuestra región como a nivel nacional. A pesar de las medidas aplicadas por el Gobierno para disminuir dichas tasas, aún queda mucho por hacer (27).

Entre las principales complicaciones post operatorias encontradas (tabla N° 03), se encuentra la hemorragia post parto con 9.6 % y la endometritis con infección del tracto urinario, ambas con 1.7 % y 1.4 % respectivamente, dicha tendencia también se presenta en Uruguay, donde la hemorragia que necesita histerectomía es considerable (OR 2.1), complicaciones anestésicas (OR 2.3), tromboembolismo e infección puerperal mayor (OR 2.2 – 3.0) (3, 26). En nuestro país la primera causa de muerte puerperal es la hemorragia post parto, por ello se hace muy importante la implementación de la clave roja y la capacitación a los profesionales de la salud en el uso de la misma (29). Si bien es cierto el 0.6% presentó Infección de Sitio Operatorio (ISO) en nuestro estudio, otras investigaciones, como el de Ramires Y. y colaboradores, revelaron el 4,9%,

prevaleciendo en estas las infecciones monomicrobianas (88,7 %) como el *Staphylococcus aureus* (42,02 %). Ello está influenciado por distintos factores de riesgo como la anemia, más de tres días de estancia hospitalaria y diabetes mellitus. Así mismo concluyeron que el 74,2 % de las pacientes con ISO presentaron dehiscencia de sutura, por el contrario, en nuestro caso fue de 0.6% pero del total (22, 30, 31). Es importante destacar que en nuestro estudio se encontró bajo nivel de significación e independencia entre el diagnóstico pre operatorio y las complicaciones, datos que se evidencian en la tabla N° 08 ($X^2 = 104.57$, $p = 0.1$).

Otro aspecto de interés es la modalidad de la operación cesárea, como se aprecia en la tabla N° 03, en esta intervención quirúrgica, las de emergencia se encontraron en mayor proporción (88.7%) y una de cada diez intervenciones fueron programadas (11.3%). En contraste con lo reportado por Varas C., las electivas fueron mayoría (59%) y continúan las de emergencia (41%) (23). Se entiende que, en nuestro Hospital, éste registró gran cantidad de cesáreas de emergencia, ello debido a que es una Institución de referencia donde resuelve las emergencias tanto de su sector como las referidas de otros lugares. Otra característica de importancia fue la estancia hospitalaria post operatoria (tabla N° 03), lo adecuado es que luego de una cesárea la paciente permanezca en el servicio al menos 48 horas siempre y cuando se encuentre estable, lo cual se ve reflejado en 78.5% de las puérperas. El 21.5%, estuvieron de tres a más días, hecho que se relaciona con la presencia de complicaciones post operatorias, las mismas que obligan a observar y tratar a la puérperas por más tiempo (2, 29). Redondo R. y colaboradores concluyeron que el alta precoz (a las 48 horas de

la intervención) es igual de segura que a las 72 horas o más, por lo que se practica la primera (32). Con frecuencia la cesárea se realiza esperando beneficios para el recién nacido, empero estudios han señalado que estos presentan mayor riesgo de insuficiencia respiratoria e ingreso a la unidad de cuidados intensivos que los nacidos por vía vaginal (el riesgo es 2 a 3 veces mayor) (26, 31). Para evitar la taquipnea transitoria del recién nacido y la hipertensión pulmonar persistente es conveniente de reducir el número de cesáreas de repetición (1, 33).

Una de las características consideradas del recién nacido es la edad gestacional por examen físico (tabla N° 04), se aprecia que de 37 a 41 semanas (recién nacidos a término) son más de la tres cuartas partes (87%), así mismo los que tienen peso adecuado también oscilan ente dicho valor (80.7%). Muchos de los neonatos tienen peso adecuado para su edad gestacional. En Trujillo, Javes A. concluye que 71.2% de los recién nacidos eran adecuados para edad gestacional usando la curva de Ticono, y 78,5% usando la curva CLAP (34). Hay que tener presente que 83.8% de las pacientes tuvieron gestación a término, hecho que se ve reflejado en la edad gestacional del neonato. Los recién nacidos con peso adecuado, comprendido entre 2500 gr a 3999 gr representan 80.7 % del total (tabla N° 04), dato similar reportado por Jimenez D. en Bogotá – Colombia quien estima que el peso promedio fue 2.943 g, con DS +/- 527 gr (35).

V. CONCLUSIONES:

- Respecto a las características sociodemográficas de la población objeto de estudio, la mayoría se encuentra entre 20 a 35 años con 74.7% de los casos, 75.8% eran convivientes, 88.4% fueron amas de casa; y 35.3% tenían grado de instrucción secundaria completa.
- Según los datos Gineco – obstétricos, 44.9% de pacientes tuvieron gestación a término completo, 35% fueron multigesta al igual que las segundigestas; 19.8% tenían antecedente de aborto; 4.4% presentaron antecedente de muerte neonatal; 33.1% mostraron periodo intergenésico normal; 69.4% fueron controladas y 29.2% primíparas.
- En cuanto a las principales características de la operación cesárea, se obtuvo a la cesárea anterior como principal indicación con 22.9%, la cesárea primaria 58.7%, el tipo de anestesia más utilizado era la raquídea con 96.7%, el 97.2% de los diagnósticos preoperatorios se confirmaron; la complicación post operatoria que más se presentó fue la hemorragia post parto con 9.6%, 88.7% de las cesáreas fueron de emergencia y 78.5% estuvieron 2 días de estancia hospitalaria.
- Considerando las principales características del recién nacido, el 87.9% llegaron a tener de 37 a 41 semanas de edad gestacional; 80.7% su peso estaba entre 2500 a 3999 gr; el 92.6% y 96.1% registraron puntaje Apgar de 7 – 10 al minuto y a los cinco minutos respectivamente, finalmente los de sexo masculino registraron 53.4%.

VI. RECOMENDACIONES:

- Implementar, por parte del Gobierno central, los Hospitales con personal de salud, infraestructura óptima, equipos y materiales para la atención materno – fetal de calidad.
- Realizar mayores estudios de investigación científica relacionados con la finalidad de conocer y comprender la temática, de tal manera que sirva de base para la implementación de políticas de salud, así mismo que puedan servir como fuente de referencia para futuras investigaciones.
- Incentivar la correcta y completa elaboración de la Historia Clínica con la finalidad de contribuir a la adquisición de información sin sesgos en las futuras investigaciones científicas.
- Incentivar el trabajo conjunto tanto de las autoridades de gobierno, profesionales de la salud y sociedad civil para implementar las estrategias consideradas por el Ministerio de Salud respecto al abordaje de la mortalidad materna y embarazo adolescente.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Piloto M, Nápoles D. Consideraciones sobre el índice de cesárea primitiva. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2014;40:35-47.
2. Ruiz Sánchez J, Espino Sosa S, Vallejos Parés A, Durán Arenas L. Cesárea: Tendencias y resultados. Perinatología y reproducción humana [Internet]. 2014; 28(07 Enero 2019):[33-40 pp.]. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372014000100006&nrm=iso.
3. Cóppola F. Cesáreas en Uruguay. Revista Médica del Uruguay. 2015;31:7 - 14.
4. Curo Mamani E. Confirmación postoperatoria de las indicaciones para la realización de cesáreas de las gestantes del servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital IV Augusto Hernández Mendoza de Ica durante el Periodo 2015. Tacna-Perú: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2016.
5. Nápoles Méndez D, Couto Núñez D. Análisis de la cesárea como fuente de costo. MEDISAN. 2017;21:1 008 - 1 117.
6. Bobadilla Ubillús L, León Jimenez F. En torno a las cesáreas en el Perú: ¿Solo un problema de cifras? Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2017;63: 659 - 6 60.
7. Centeno Hernández I. Características de las pacientes con indicación de Cesárea en el servicio de Ginecología y Obstetricia de la Clínica Médica previsional Asunción MINSA, Juigalpa – Chontales, Nicaragua. Enero – Diciembre 2016. Managua, Nicaragua: Universidad Autonoma de Nicaragua; 2017.
8. INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2016. Dirección Nacional

de Presupuesto Público. Lima - Perú 2016:100 - 1 03.

9. Vázquez Parra J. Abuso de la operación cesárea y el principio de beneficencia. *Revista Latinoamericana de Bioética*. 2016;16:60 - 71.

10. Bautista Charry A, Ruiz Parra A. ¿Es justificable la alta proporción de cesáreas? Cómo aproximarnos a esta tendencia de carácter Mundial. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2014;65:104 - 1 07.

11. Campillo Artero C. Cesáreas: poca pero suficiente información para poner coto a la inadecuación. *Revista Española de Salud Pública*. 2014;88:311 - 3 14.

12. Suárez López L, Vara Salazar E, Rivera Rivera L, Hernández Serrato M, Lazcano Ponce E. Características sociodemográficas y reproductivas asociadas con el aumento de cesáreas en México. *Revista de Salud Pública de México*. 2013;55:225 - 2 34.

13. Librero J, Peiró S, Belda A, Calabuig J. Porcentaje de cesáreas en mujeres de bajo riesgo: un indicador útil para comparar Hospitales que atienden partos con riesgos diferentes. *Revista Española de Salud Pública*. 2014;88:315 - 3 26.

14. Oliveira R, Melo E, Novaes E, Ferracioli P. Factors associated to Caesarean delivery in public and private health care systems. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2016;50:733 - 7 40.

15. Alvarez Escobar C. Incidencia e indicaciones de cesárea en gestantes del Hospital de Apoyo II de Sullana, enero-diciembre 2017. Piura, Perú: Universidad Privada Antenor Orrego; 2018.

16. Talledo Ulfe L, Pachas Yataco P, Talledo Ulfe C. Incidencia e indicaciones de cesárea practicadas a pacientes gestantes de un Hospital público de Piura, Perú. Piura, Perú: Universidad Cesar Vallejo; 2016.

17. Bendezú G, Espinoza D. Características y riesgos de gestantes

- adolescentes. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2016;62:13 - 18.
18. Mendoza W, Subiría G. El embarazo adolescente en el Perú: Situación actual e implicancias para las Políticas Públicas. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica. 2013;30:471 - 479.
19. Mallqui Ruiz Y. Principales complicaciones Obstétricas del embarazo en gestantes adolescentes del departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital María Auxiliadora durante el año 2016. Lima - Perú: Universidad Privada San Juan Bautista; 2017.
20. Ospina Rubio D. Indicaciones de cesárea en adolescentes, en el Hospital Vitarte durante el año 2015. Lima - Perú: Universidad Privada San Juan Bautista; 2017.
21. Anaya Anichiarico A, Londoño Villaquiran F, Pérez Varela L, Ortiz Martínez R. Caracterización de las pacientes llevadas a cesárea según modelo de Robson y exploración de factores asociados en gestantes atendidas en el Hospital Universitario San José de la ciudad de Popayán-Colombia. 1 de enero de 2016 a 30 de junio de 2016. Revista chilena de Obstetricia y Ginecología. 2017;82:491-503.
22. Hiralda Martínez J, Pérez Pupo A, Velázquez González V. Comportamiento de la cesárea en pacientes del Hospital Vladimir Ilich Lenin de Holguín. Correo Científico Médico. 2015;19:615 - 627.
23. Varas Saenz C. Factores maternos asociados a cesárea de emergencia - Hospital Lazarte de Trujillo 2015. Trujillo, Perú: Universidad Privada Antenor Orrego; 2017.
24. Rodríguez García M. Efectos de técnicas anestésicas en puntaje de Apgar de recién nacidos hijos de obesas mórbidas. Revista Cubana de Anestesiología

y Reanimación. 2014;13:127 - 1 35.

25. Cueva Escalante F. Parto vaginal posterior a cesárea como factor asociado a APGAR bajo al nacer. Trujillo-Perú: Universidad Privada Antenor Orrego; 2018.

26. Rubio Romero J, Fonseca Pérez J, Buitrago Leal M, Gómez Pereira D. Racionalización del uso de la cesárea en Colombia. Consenso de la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología (FECOLSOG) y la Federación Colombiana de Perinatología (FECOPEN). Bogotá, 2014. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2014;65(2):139 - 1 51.

27. MINSA. Vigilancia epidemiológica de la muerte Materna en Perú. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades [Internet]. 2020; (17 de Febrero). Available from: https://www.dge.gob.pe/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=14&Itemid=154.

28. Guevara Rios E. Estado actual de la Mortalidad Materna en el Perú. Revista Peruana Investigación Materna Perinatal. 2016;5(2):7-8.

29. Puma J, Díaz J, Caparó C. Complicaciones maternas de la cesárea en gestantes a término en periodo expulsivo en un Hospital general de Lima, Perú. Revista Medica Herediana. 2015;26:17 - 23.

30. Ramírez Salinas Y, Zayas Illas A, Infante del Rey S, Mesa Castellanos I, Montoto Mayor V. Infección del sitio quirúrgico en púerperas con Cesárea. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2016;42(1):3-7.

31. Bernal García C, Escobedo Campos C. Cesárea: situación actual y factores asociados en México. Revista Salud Quintana ROO. 2018;11(40):28-33.

32. Redondo Aguilar R, Aceituno Velasco L, Manrique Fuentes G, Delgado

Martínez L. Seguridad del alta a las 48 horas en las mujeres intervenidas de Cesárea. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*. 2017;82:30 - 36.

33. Sadler M. Los efectos de la Cesárea en la Salud Infantil: un asunto urgente. *Revista Chilena de Pediatría*. 2018;89:561 - 562.

34. Javes Pertuz A. Clasificación de recién nacidos según peso y edad gestacional empleando curva de crecimiento intrauterino de TICONA versus CLAP. Trujillo - Perú: Universidad Privada Antenor Orrego; 2017.

35. Jiménez Hernández D, Guevara Rodríguez A, Zuleta Tobón J, Rubio Romero J. Tasa de cesáreas por grupos de Robson en una Institución de mediana complejidad de la ciudad de Bogotá, 2012-2014. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2016;67:101 - 111.

VIII. ANEXOS:

ANEXO 01: Carta de Solicitud al director del Hospital de Apoyo II Santa Rosa - Piura, para autorización del estudio.

“AÑO DEL DIÁLOGO Y LA RECONCILIACIÓN NACIONAL”

Solicitud: Permiso para realizar Proyecto de Tesis.

Dr. José Fernández Andrade

Director del Hospital de Apoyo II Santa Rosa – Piura

Yo, Viera Peña José Vladimir Carlos Mao estudiante del XII ciclo de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Privada Antenor Orrego - UPAO campus Piura, solicito a Usted permiso para realizar el Proyecto de Investigación “PERFIL CLÍNICO - EPIDEMIOLÓGICO DE CESÁREAS REALIZADAS EN EL HOSPITAL DE LA AMISTAD PERÚ COREA SANTA ROSA II - 2 PIURA, DE ENERO 2014 A ENERO 2018”.

Comprometiéndome en todo momento a trabajar con responsabilidad y seriedad. Espero considere mi solicitud.

Atentamente:

Piura, 02 de Octubre del 2018

Viera Peña José Vladimir Carlos Mao

DNI: 45229015

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
HOSPITAL DE LA AMISTAD PERÚ COREA SANTA ROSA II - 2 PIURA

FICHA N°: _____

HISTORIA CLÍNICA N°: _____

1.- DATOS GENERALES:

I.1.- EDAD: _____

I.2.-ESTADO CIVIL:

- 1. Soltera ()
- 2. Casada ()
- 3. Conviviente ()
- 4. Viuda ()

I.3.-OCUPACIÓN:

- 1. Estudia ()
- 2. T. dependiente ()
- 3. T. independiente ()
- 4. Ama de casa ()

I.4.- GRADO DE INSTRUCCIÓN:

- 1. Sin instrucción ()
- 2. Primaria ()
- 3. Secundaria completa ()
- 4. Secundaria incompleta ()
- 5. Superior no universitaria completa ()
- 6. Superior no universitaria incompleta ()
- 7. Superior universitaria completa ()
- 8. Superior universitaria incompleta ()

2. DATOS GINECO- OBSTÉTRICOS:

II.1.- EDAD GESTACIONAL: _____

II.2.- GRAVIDEZ:

- 1. Primigesta ()
- 2. Segundigesta ()
- 3. Multigesta ()

II.3.- ANTECEDENTE DE MUERTE NEONATAL

- 1. SI ()
- 2. NO ()

II.4.- ANTECEDENTE DE ABORTO

- 1. SI ()
- 2. NO ()

II.5.-PERÍODO INTERGENÉSICO

- 1. PIN. Corto ()
- 2. PIN. Largo ()
- 3. PIN. Normal ()

II.6.- N° ATENCIONES PRENATALES: _____

II.7.- PARIDAD:

1. Nulípara ()
2. Primípara ()
3. Secundípara ()
4. Multípara ()
5. Gran multípara ()

3. DATOS DE LA OPERACIÓN CESÁREA:**III.1- INDICACIÓN O DIAGNÓSTICO PRE OPERATORIO:**

1. Cesárea anterior ()
2. Presentación pelviana ()
3. Desproporción céfalo-pélvica ()
4. Trastornos hipertensivos del embarazo ()
5. DPP ()
6. PP ()
7. Estrechez pélvica ()
8. Inducción Fallida ()
9. Macrosomía fetal ()
10. Trabajo de parto disfuncional ()
11. Sufrimiento fetal agudo ()
12. Distocia funicular ()
13. Otros ()

III.2.- TIPO DE CESÁREA:

1. C. Primaria ()
2. C. Iterativa ()

III.3.- TIPO DE ANESTESIA:

1. Epidural ()
2. Raquídea ()
3. General ()

III.4.- DIAGNÓSTICO POST – OPERATORIO:

1. Confirmado ()
2. No confirmado ()

III.5.- COMPLICACIONES:

1. Hematoma de pared abdominal ()
2. Infección de herida operatoria ()
3. Dehiscencia de sutura ()
4. Hemorragia post parto ()
5. Endometritis ()
6. Íleo paralítico ()
7. ITU ()
8. Ninguna ()
9. otras ()

III.6.- MODALIDAD DE LA CESÁREA

1. Programadas ()
2. De emergencia ()

III.7.- ESTANCIA HOSPITALARIA – POST OPERATORIO (N° días): _____

4. DATOS DEL RECIEN NACIDO:

IV.1.- EDAD GESTACIONAL POR EXAMEN FÍSICO: _____

IV.2.- PESO DEL RECIEN NACIDO: _____

IV.3.- APGAR 1' 5'

- 1) 7 - 10 puntos () ()
- 2) 4 a 6 puntos () ()
- 3) 1 a 3 puntos () ()
- 4) 0 puntos () ()

IV.4.- SEXO RECIÉN NACIDO:

1. Masculino ()
2. Femenino ()

ANEXO 03:

Tabla N° 05: Distribución numérica de las cesáreas realizadas, según la ocupación y grado de instrucción, Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II - 2 Piura, enero 2014 a enero 2018.

		OCUPACIÓN			Total
		Estudia	Trabajo dependiente	Trabajo Indep.	
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Sin instrucción	0	0	0	5
	Primaria	0	1	2	83
	Secundaria completa	3	0	6	119
	Secundaria incompleta	2	0	2	57
	Superior no universitaria completa	0	4	0	23
	Superior no universitaria incompleta	5	3	0	19
	Superior universitaria completa	0	5	2	6
	Superior universitaria incompleta	7	0	0	9
	Total	17	13	12	321
					363

Fuente: Departamento de Archivos y Estadística del Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II - 2 Piura.

	Valor
Chi-cuadrado de Pearson (X^2)	153,86
Grado de libertad (gl)	21
Nivel de Significación (sig.)	0,01
Distribución Chi cuadrado (gl/sig.)	38,93

Conclusión: Variables dependientes estadísticamente.

Tabla N° 06: Distribución numérica de las cesáreas realizadas, según paridad y grado de instrucción, Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II - 2 Piura, enero 2014 a enero 2018.

	PARIDAD					Total
	Nulípara	Primípara	Segundípara	Múltipara	Gran múltipara	
GRADO DE INSTRUCCIÓN						
Sin instrucción	2	2	1	0	0	5
Primaria	19	21	21	19	6	86
Secundaria completa	33	32	37	25	1	128
Secundaria incompleta	15	18	13	15	0	61
Superior no universitaria completa	6	15	6	0	0	27
Superior no universitaria incompleta	11	8	6	2	0	27
Superior universitaria completa	6	4	2	1	0	13
Superior universitaria incompleta	8	6	2	0	0	16
Total	100	106	88	62	7	363

Fuente: Departamento de Archivos y Estadística del Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II - 2 Piura.

	Valor
Chi-cuadrado de Pearson (X^2)	48,57
Grado de libertad (gl)	28
Nivel de Significación (sig.)	0,01
Distribución Chi cuadrado (gl/sig.)	48,27

Conclusión: Variables no dependientes estadísticamente.

Tabla N° 07: Distribución numérica de las cesáreas realizadas, según el diagnóstico pre operatorio y el diagnóstico post operatorio, Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II - 2 Piura, enero 2014 a enero 2018.

	DIAGNÓSTICO POST -		
	OPERATORIO		
	Confirmado	No confirmado	Total
Cesárea anterior	83	0	83
Trabajo de parto disfuncional	25	0	25
Sufrimiento fetal agudo	26	0	26
Distocia funicular	3	1	4
Presentación pelviana	22	1	23
Desproporción céfalo-pélvica	23	1	24
THE	46	1	47
DPP	5	0	5
Placenta previa	3	0	3
Estrechez pélvica	20	0	20
Inducción Fallida	9	0	9
Macrosomía fetal	21	6	27
Otros	67	0	67
Total	353	10	363

* THE: Trastornos Hipertensivos del Embarazo, DPP: Desprendimiento Prematuro de Placenta.

Fuente: Departamento de Archivos y Estadística del Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II - 2 Piura.

	Valor
Chi-cuadrado de Pearson (X^2)	52,79
Grado de libertad (gl)	12
Nivel de Significación (sig.)	0,001
Distribución Chi cuadrado (gl/sig.)	32,90

Conclusión: Variables con alto nivel de significación estadística.

Tabla N° 08: Distribución numérica de las cesáreas realizadas, según el diagnóstico pre operatorio y complicaciones, Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II - 2 Piura, enero 2014 a enero 2018.

		COMPLICACIONES								Total
		Hematoma de pared abdominal	ISO	Dehiscencia de sutura	Hemorragia post parto	Endometritis	ITU	Ninguna	Otras	
DIAGNÓSTICO PRE OPERATORIO	Cesárea anterior	0	0	0	6	0	2	73	2	83
	TPD	0	0	0	5	0	0	20	0	25
	SFA	0	0	0	2	1	0	21	2	26
	Distocia funicular	0	0	0	0	0	0	4	0	4
	Presentación pélvica	0	0	0	1	1	0	20	1	23
	DCP	0	0	2	3	0	0	19	0	24
	THE	0	1	0	3	2	2	39	0	47
	DPP	0	0	0	2	1	0	2	0	5
	Placenta previa	0	0	0	0	0	0	3	0	3
	Estrechez pélvica	0	1	0	6	0	0	11	2	20
	Inducción Fallida	0	0	0	1	0	0	7	1	9
	Macrosomía fetal	0	0	0	2	0	0	25	0	27
	Otros	1	0	0	4	1	1	59	1	67
	Total	1	2	2	35	6	5	303	9	363

*ISO: Infección de Sitio Operatorio, ITU: Infección del Tracto Urinario, TDP: Trabajo de Parto Disfuncional, SFA: Sufrimiento Fetal Agudo, DCP: Desproporción Céfalo Pélvica, THE: Trastornos Hipertensivos del Embarazo, DPP: Desprendimiento Prematuro de Placenta.

Fuente: Departamento de Archivos y Estadística del Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II - 2 Piura.

	Valor
Chi-cuadrado de Pearson (X^2)	104,57
Grado de libertad (gl)	84
Nivel de Significación (sig.)	0,1
Distribución Chi cuadrado (gl/sig.)	102,08

Conclusión: Variables con bajo alto nivel de significación y no dependientes estadísticamente.

Tabla N° 09: Distribución numérica de las cesáreas realizadas, según la edad y complicaciones, Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II - 2 Piura, enero 2014 a enero 2018.

		EDAD				Total
		De 15 a 19 años	De 20 a 35 años	Mayor de 35 años	Menor 15 años	
COMPLICACIONES	Hematoma de pared abdominal	0	1	0	0	1
	ISO	1	1	0	0	2
	Dehiscencia de sutura	0	2	0	0	2
	Hemorragia post parto	15	11	8	1	35
	Endometritis	1	3	2	0	6
	ITU	2	3	0	0	5
	Ninguna	25	241	37	0	303
	Otras	0	9	0	0	9
Total	44	271	47	1	363	

*ISO: Infección de Sitio Operatorio, ITU: Infección del Tracto Urinario.

Fuente: Departamento de Archivos y Estadística del Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II - 2 Piura.

	Valor
Chi-cuadrado de Pearson (X^2)	66,25
Grado de libertad (gl)	21
Nivel de Significación (sig.)	0,03
Distribución Chi cuadrado (gl/sig.)	35,47

Conclusión: Variables dependientes estadísticamente.