

**UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



**TESIS**

**Factores de riesgo asociados a cesáreas en  
adolescentes atendidas en el Hospital Regional de  
Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, La  
Merced - 2017**

**Para optar el título profesional de:**

**Obstetra**

**AUTORAS:**

**Andrea Judith CALDAS ROJAS**

**Greysi Rut AGUILAR BARZOLA**

**ASESOR: Mg. Raquel Flor de María TUMIALAN HILARIO**

**Cerro de Pasco – Perú – 2019**

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



## TESIS

**Factores de riesgo asociados a cesáreas en adolescentes atendidas en el  
Hospital Regional de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, La Merced  
- 2017**

Sustentado y aprobado ante los miembros del jurado:

---

Dra. RICRA ECHEVARRÍA, Carmen Rocío  
PRESIDENTE

---

Mg. PAITA HUATA, Elsa Lourdes  
MIEMBRO

---

Mg. ROJAS CHIPANA, Samuel  
MIEMBRO

## **DEDICATORIA**

Al Creador, que con su inmensurable amor y su benevolencia nos permite seguir el camino profesional;

A nuestros docentes, nuestros padres; y a nuestras familias que siempre estuvieron junto a nosotras, celebrando nuestros logros.

Andrea y Greysi

## **AGRADECIMIENTO**

Eterna gratitud a la Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión que, por medio de la Escuela de Formación Profesional de Obstetricia, nos abrió el sendero de la superación el éxito profesional. Asimismo, a mi asesora, por su paciencia y dedicación en esta labor investigativa.

**Las Autoras**

## RESUMEN

La investigación cuyo título: "Factores de riesgo asociados a cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Medicina Tropical Dr. Julio César Demarini Caro, La Merced, 2017". Tuvo como objetivo general: Determinar la relación que existe entre los factores de riesgo asociados a cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Medicina Tropical Dr. Julio César Demarini Caro, La Merced, 2017. La investigación es de tipo Básica – cuantitativa; su diseño: no experimental, de corte transversal. Se trabajó en una muestra constituida por 42 adolescentes sometidas a cesárea, seleccionadas entre los meses de mayo a diciembre de 2017. Para la recolección de información se empleó la encuesta y el registro como técnica; el cuestionario y la ficha de registro como instrumentos, tomando a la historia clínica como fuente de registro de la atención de la usuaria adolescente. El procesamiento de la información y el tratamiento estadístico de la hipótesis, se desarrolló a través del paquete estadístico SPSS v.24 y el Microsoft Excel 2016.

Las autoras, luego de someter los datos hallados a prueba estadística con el estadístico inferencial, no paramétrico  $X^2$ ; determinaron la existencia de asociación estadística significativa entre las variables: factores de riesgo y cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Medicina Tropical Dr. Julio César Demarini Caro, La Merced, 2017. La prueba estadística arrojó un valor  $X^2_c = 10.717 > X^2_t = 5.99$  con nivel de significancia de  $\alpha = 0.05$  determinando la relación de dependencia entre ambas variables de estudio.

**Palabras clave:** Cesárea, factores de riesgo, Embarazo Adolescente.

## ABSTRACT

The investigation whose title: Correlated risk factors Caesarean in teens attended at Medicine Tropical Dr. Julio César Demarini Caro Regional Hospital, Mercy, 2017. You had like general objective: Determining the existing relation between the correlated risk factors in teens attended at Medicine Tropical Dr. Julio César Demarini Caro's Regional Hospital Caesarean, The Mercy, 2018. The investigation is of type Basic – quantitative; His design: Experimental, transverse- court no. It was worked up in a sign constituted by 42 teens submitted to Caesarean section, selected between the months of May to December 2017. The technique of the opinion poll and the record were used for information retrieval; With his instruments: The questionnaire and the data card, turning to the case history like source of record of the attention of the adolescent user. Information processing and the statistical treatment of the hypothesis, v.24 unrolled through the statistical parcel SPSS itself and the Microsoft Excel 2016.

Authors, right after submitting the data found to statistical proof with the statistician inferential, parametric no  $X^2$ ; They determined statistical significant association's existence between the variables: Risk factors and Caesarean sections in teens attended at Medicine Tropical Dr. Julio César Demarini Caro Regional Hospital, La Merced, 2017. The statistical proof yielded a value  $X^2_c = 10.717 > X^2_t = 0,00$  with level of significancy of  $\alpha = 0.05$  determining the relation of dependence between both variables of study.

**Keywords:** Caesarean, factors of risk, Teen pregnancy

## INTRODUCCION

Tomando en cuenta la definición establecida por La organización mundial de la Salud (OMS) el cual estableció que, la adolescencia es el período que comprende entre los 10 y 19 años de edad (1), el mismo que según Laverde, Contreras y Rodríguez (1993) subdivide a este período en adolescencia temprana: 10-14 años; y adolescencia tardía: 15-19 años. p.116-125 (2). Y enfatizando, asimismo, los embarazos en esta etapa de vida, implica un altísimo riesgo para la salud del binomio madre-niño; los riesgos del tipo biológico en el que podemos encontrar la inmadurez de las estructuras pélvicas, los órganos del sistema reproductor; sumado a ello los riesgos psicosociales como las frustraciones, limitaciones de todo orden económico, familiar social, educativo, el cual debe asumir a tan temprana edad. La maternidad en adolescentes continúa siendo riesgo potencial, ya que se une la inexperiencia para cuidar al nuevo ser, modelos parentales inadecuados, existencia de inestabilidad familiar, los cuales crean un ambiente donde se suman alteraciones maternas y perinatales.

De mismo modo, los trabajos de parto por su naturaleza se dividen en parto eutócico y distócico; muchos de los cuales, los trabajos de parto en adolescentes siendo un grupo muy susceptible a factores de riesgo y, por las condiciones que se presentan, se desenvuelven a través de procedimientos quirúrgicos, llamados también cesáreas.

La cesárea, es definida como el nacimiento del feto a través de incisiones en las paredes abdominal (laparotomía) y uterina (histerotomía) (3).

La causa de este fenómeno es multifactorial. Entre las principales factores que contribuyen al acrecentamiento de las cesáreas en el mundo tenemos: el aumento de embarazos en población adolescente, el progreso de las técnicas quirúrgicas, así como las anestésicas (4).

Asimismo, podemos referirnos respecto a las indicaciones de cesárea, estas se clasifican en: absolutas y relativas. Entre las indicaciones absolutas se encuentran: Situación transversa (ST), Sufrimiento fetal agudo (SFA), Desproporción fetopélvica (DFP), Desprendimiento prematuro de placenta severo (DPP), Placenta previa sangrando (PPS), prolapso del cordón (PC). Entre las relativas: Trastornos hipertensivos del embarazo (THE), Distocias de rotación (DR), Detención de la dilatación y del descenso de la cabeza, Fracaso de inducción, Cesárea previa y Presentación podálica. (5)

Hacia la actualidad, los nacimientos por cesárea se vienen incrementando; es así que, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2010, el porcentaje de nacimientos por cesárea es de un 20,4% a nivel nacional, mientras que en la ENDES 2000 era sólo un 12,7%; tomando además como referencia que la atención del parto en establecimientos de salud se ha incrementado de un 57,9% en el año 2000 a un 84,4% en el 2010. (6)

Por tal razón, se desarrolla el presente trabajo de investigación titulado "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A CESAREAS EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE MEDICINA TROPICAL JULIO CESAR DEMARINI CARO, LA MERCED - 2017", el cual tiene por finalidad analizar y evaluar las causas y/o factores asociados a cesáreas en adolescente, Asimismo, contribuirá a identificar detalladamente el riesgo, y proponer su intervención en el



primer nivel de atención, lo cual es un paso muy importante para evitar complicaciones, y disminuir los costos en salud, a fin de disminuir los índices de morbi- mortalidad materno-fetal.

El presente informe final de investigación consta de nueve apartados; **Introducción, Capítulo I;** Problema de investigación, Identificación y determinación del problema, Delimitación de la investigación, Formulación del problema, Formulación de Objetivos, Justificación y Limitaciones. **Capítulo II; Marco Teórico,** Antecedentes de estudio. Bases teóricas – científicas, Definición de términos básicos, Formulación de Hipótesis, Identificación de variables, Definición operacional de términos. **Capítulo III: Metodología y Técnicas de Investigación,** Tipo de investigación, Método, Diseño, Población y muestra. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos, Técnica de procesamiento y análisis de datos, Tratamiento estadístico, Selección, validación y confiabilidad de los instrumentos, orientación ética. recolección de datos. **Capítulo IV: Resultados y Discusión,** Descripción del trabajo de campo, presentación, análisis e interpretación de los resultados, prueba de hipótesis, Discusión de resultados. **Conclusiones. Recomendaciones. Referencias Bibliográficas. Anexos.**

## INDICE

	Página
CARÁTULA	
PÁGINAS PRELIMINARES	
Acta de Sustentación	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Resumen	v
Abstract	vi
Introducción	vii
Índice	x

### CAPÍTULO I

#### PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Identificación y Determinación del problema	12
1.2 Delimitación de la Investigación	15
1.3 Formulación del problema	16
1.3.1 Problema General	16
1.3.2 Problemas Específicos	16
1.4 Formulación del Objetivos	17
1.4.1 Objetivo General	17
1.4.2 Objetivos Específicos	17
1.5 Justificación de la Investigación	17
1.6 Limitaciones de la Investigación	19

### CAPÍTULO II

#### MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de estudio	20
2.2. Bases teóricas – científicas	26
2.3. Definición de términos básicos	49

2.4.	Formulación de Hipótesis	50
2.4.1.	Hipótesis General	50
2.4.2.	Hipótesis Específicos	50
2.5.	Identificación de variables	51
2.6.	Definición Operacional de variables e indicadores	51

### **CAPÍTULO III**

#### **METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN**

3.1	Tipo de investigación	54
3.2	Método de Investigación	54
3.3	Diseño de Investigación	55
3.4	Población y muestra	56
3.5	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	56
3.6	Técnicas de procesamiento y análisis de datos	57
3.7	Tratamiento estadístico	58
3.8	Selección, validación y confiabilidad de los instrumentos	58
3.9	Orientación ética	58

### **CAPÍTULO IV**

#### **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

4.1	Descripción del trabajo de campo	60
4.2	Presentación, análisis e interpretación de los resultados	60
4.3	Prueba de hipótesis	72
4.4	Discusión de Resultados	76

CONCLUSIONES	84
--------------	----

RECOMENDACIONES	87
-----------------	----

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	89
----------------------------	----

ANEXOS	<b>95</b>
--------	-----------

- Instrumentos de Recolección de datos
- Consentimiento informado
- Matriz de consistencia y Operacionalización de variables

## **CAPÍTULO I**

### **PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

#### **1.1 IDENTIFICACIÓN Y DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA**

Según la OMS, más de la mitad de la población mundial tiene edades menores a 25 años, reportándose en el año 1994 la presencia de 1.582 millones de seres humanos entre 10 y 24 años, y se prevé que la población en el mundo de adolescentes para el año 2 025 será de 2 044 millones (7) (8).

Routi (2014) considera que el embarazo adolescente es la condición de gestación que ocurre en la edad de la adolescencia, el cual que incluye a mujeres desde los 12 hasta los 19 años de edad (9). La OMS (2013) considera que el embarazo en adolescentes, son una condición se encuentra en aumento en todos los países del mundo; siendo muy delicadas su presencia en edades más precoces; teniendo muchas causas para ello, una de ellas, el incremento de la población adolescente sexualmente activa y el inicio precoz de la actividad sexual (10). La condición de ser adolescente, con los factores maternos, fetales y ovulares, conduce en un gran porcentaje a que la adolescente embarazada termine su parto en Cesárea. Considerado de esta manera en un embarazo y parto de alto riesgo (11):

La O.M.S. (2015), pone de manifiesto y considera que, la cesárea solo debería realizarse cuando es medicamente necesaria; asimismo, refiere que, en las

Américas, de cada diez partos, cuatro son por cesárea. Siendo considerado por profesionales de la salud de todo el mundo, el promedio ideal de uno de cada diez. La "tasa ideal" para las cesáreas debe oscilar entre 10% y 15%. Estudios nuevos revelan que cuándo la tasa de cesárea se acerca al 10% a nivel de población, disminuye el número de defunciones maternas y de los recién nacidos. Pero cuando la frecuencia va por encima del 10%, no hay indicios de que mejoran las tasas de mortalidad.

La cesárea es una de las operaciones quirúrgicas más frecuentes del mundo, con tasas que siguen subiendo, en particular en los países de ingresos medios y altos. Aunque puede salvar vidas, la cesárea a menudo se realiza sin necesidad médica, poniendo a las mujeres y a sus bebés en riesgo de problemas de salud a corto y a largo plazo. Una nueva declaración de la OMS, recalca la importancia de enfocarse en las necesidades de cada paciente y desalienta centrar la atención en el intento de lograr una tasa determinada. Se tiene reportes que, a nivel mundial, la tasa de cesárea supera el ideal. En las Américas, es del 38,9% en promedio, según los últimos datos disponibles de 25 países. Esta cifra, sin embargo, podría ser mayor ya que en muchos casos no se tiene en cuenta las cesáreas que se realizan en el sector privado (12)

En EEUU, cada año se embaraza 1 de cada 10 adolescentes; y, el 12.7% de todos los nacimientos vivos en el año 1992 han sido de madres menores de 20 años de edad (2). Por otro lado, López Gómez, cita a Dickens y Allison, el cual considera al embarazo en la población adolescente como un fracaso de la sociedad, el hogar y la escuela (13)

En 1985, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso que, del total de los nacimientos, el porcentaje de cesáreas debería ser de entre 5 y 15%; un porcentaje menor al 5% sugeriría una limitación en la realización de cesáreas,

mientras que un porcentaje mayor de cesáreas al señalado no representaría beneficios adicionales (14)

La O.M.S. (2015) En la Encuesta Global en Salud Materno y Perinatal de la OMS, en el año 2015, refiere que en América Latina la tasa de partos por cesárea fue el 25% de los cuales el 8% fueron en adolescentes. En el Perú, según ENDES 2015, a nivel nacional el porcentaje de nacimientos por cesárea en adolescentes fue de un 13,6%. Asimismo, pone de conocimiento que, en el Perú, en el 2015 en el Instituto Materno Perinatal la cifra de cesáreas en adolescentes se elevó al 36%, siendo este una institución de referencia nacional (15).

La justificación médica para un parto por medio de una cesárea es la determinación de presencia de algún factor de riesgo que ponen en peligro la vida de la madre o del niño a través de parto normal. Debido a que la tasa de cesárea se eleva, de modo que su promedio aumenta de un 15% a un 33 % en los últimos 25 años, los riesgos de morbilidad y mortalidad materna también se incrementan. El incremento de procedimientos de cesárea que no justifican, no mejora la morbilidad ni la mortalidad materna, por el contrario, eleva costos de hospitalización y otros, pudiendo comprometer el futuro obstétrico y reproductivos de la mujer al existir una cicatriz en el útero. Las secuelas perinatales, por la presencia de mayor incidencia de morbilidad respiratoria, metabólica e infecciosa, también se ven comprometidos. En consecuencia, los nacidos a través de cesárea poseen doble probabilidad de morir en el periodo neonatal que los nacidos por parto vía vaginal (16)

Al analizar estas estadísticas, a nivel mundial y nacional, podemos entender que, en nuestro país, los porcentajes de nacimientos por cesárea en adolescentes son de cifras bastantes elevadas, por encima al recomendado por

la Organización Mundial de la Salud. Estas cifras se incrementan más cuando los hospitales son de niveles referenciales como en el caso del Instituto Materno Perinatal, llegando hasta el 36% y en la selva central del Perú el Hospital Regional de medicina Tropical Dr. Julio César Demarini Caro de la ciudad de La Merced, provincia de Chanchamayo, donde registra el 29,3% de cesáreas todas ellas en adolescentes (17)

En el Perú las indicaciones más frecuentes para cesárea en el año 2015 fueron: desproporción feto-pélvica y macrosomía fetal 12%, pre eclampsia 9%, sufrimiento fetal agudo y distocia funicular 7%, insuficiencia útero placentaria, expulsivo prolongado y oligohidramnios 6%, feto podálico, feto transverso, embarazo prolongado y fase latente de trabajo de parto 4%, pelvis estrecha, periodo intergenésico corto, fase activa de trabajo de parto 2%, condilomatosis vaginal e hipertensión inducida por la gestación 1% (18)

Las estadísticas que conducen a la implementación del parto mediante acto quirúrgico; aunque en algunas ocasiones siendo necesarios, a su vez, son muy preocupantes, ya que las cuales no solamente van en aumento, sino ponen en riesgo la salud del binomio madre-niño en esta población de madres adolescentes. Por todo ello, se decide ejecutar la investigación titulada "Factores de riesgo asociados a cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Medicina Tropical Dr. Julio César Demarini Caro, La Merced, 2017".

## **1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

La presente investigación se desarrolló en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Medicina Tropical Dr. Julio César Demarini Caro de la ciudad de La Merced, provincia de Chanchamayo, departamento de Junín, durante los meses de mayo a diciembre de 2017; período que abarca los

meses de realización del internado en obstetricia de las tesistas. El estudio se avoca a la identificación y asociación de los factores de riesgo presentes generales, antecedentes obstétricos, complicaciones del embarazo y parto, enfermedades no obstétricas asociadas a las cesáreas en adolescentes atendidas en dicho nosocomio; entendiéndose que la adolescencia según la O.M.S. abarca a las edades comprendidas entre los 10 y 19 años.

### **1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

#### **1.3.1 PROBLEMA GENERAL**

¿Cuál es la relación que existe entre los factores de riesgo asociados a cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Medicina Tropical Dr. Julio César Demarini Caro - La Merced, 2017?

#### **1.3.2 PROBLEMAS ESPECÍFICOS**

- ¿Cómo se asocian los factores de riesgo generales a las cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Medicina Tropical Dr. Julio César Demarini Caro - La Merced, 2017?
- ¿Cómo se asocian los factores de riesgo antecedentes obstétricos a las cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Medicina Tropical Dr. Julio César Demarini Caro - La Merced, 2017?
- ¿Cómo se asocian los factores de riesgo complicaciones del embarazo y parto a las cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Medicina Tropical Dr. Julio César Demarini Caro - La Merced, 2017?
- ¿Cómo se asocian los factores de riesgo enfermedades no obstétricas a las cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Medicina Tropical Dr. Julio César Demarini Caro - La Merced, 2017?



## **1.4 FORMULACIÓN DEL OBJETIVOS**

### **1.4.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar la relación que existe entre los factores de riesgo asociados a cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Medicina Tropical Dr. Julio César Demarini Caro, La Merced, 2017.

### **1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Establecer la asociación entre los factores de riesgo generales y las cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Medicina Tropical Dr. Julio César Demarini Caro - La Merced, 2017
- Establecer la asociación entre los factores de riesgo antecedentes obstétricos y las cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Medicina Tropical Dr. Julio César Demarini Caro - La Merced, 2017
- Establecer la asociación entre los factores de riesgo complicaciones del embarazo y parto y las cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Medicina Tropical Dr. Julio César Demarini Caro - La Merced, 2017
- Establecer la asociación entre los factores de riesgo enfermedades no obstétricas y las cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Medicina Tropical Dr. Julio César Demarini Caro - La Merced, 2017

## **1.5 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.5.1 JUSTIFICACIÓN TEÓRICA**

Desde este punto de vista, el estudio contribuye al enriquecimiento del conocimiento científico en materia de salud pública, específicamente en lo

referente al fomento de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, con ello evitar complicaciones materno-perinatales en esta población susceptible como son las adolescentes. Todo ello reforzado con las teorías, normas y directivas de la OMS y el Ministerios de Salud (MINSA).

Asimismo, esta investigación va a servir de base para la realización de próximas investigaciones que se realicen en el ámbito de la salud.

### **1.5.2 JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA**

El estudio, desde este punto de vista, aporta los elementos necesarios para abordar la promoción y prevención de embarazos en la población adolescente y abordar hacia el control de factores que contribuyen a modificar la conducta sexual en adolescentes y con ello disminuir las complicaciones del embarazo y parto por cesárea.

Asimismo, permite conseguir que el personal de salud, autoridades gubernamentales y sociedad civil, adquieran las herramientas para fomentar mecanismos que coadyuven la vigilancia de factores que ponen riesgo la vida de este grupo etario de la población.

### **1.5.3 JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA**

El estudio, en lo referente a este enfoque, se fundamenta en los principios de la salud pública y la búsqueda de la calidad de vida con las condiciones mínimas necesarias, a través de la detección precoz de factores de riesgo, con ello, evaluar la relación existente entre los elementos condicionantes presentes que van a conllevar al diagnóstico de riesgo alto en la gestante adolescente, al cual se le indica cesárea ya sea electiva o de emergencia.

Asimismo, en el estudio se utilizó las normas y directrices que guían las actividades del profesional obstetra con instrumentos validados y confiables que fueron utilizados por los organismos competentes internacionales y nacionales

## **1.6 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN**

Dentro del desarrollo del trabajo de investigación se pudo encontrar dificultades en los consentimientos informados de parte de las madres y/o apoderados de las adolescentes hospitalizadas para su aceptación.

De igual manera se tuvo dificultades con las adolescentes para recabar información por su estado o situación de salud que venía atravesando, logrando superar posteriormente toda limitación.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

##### 2.1.1. INTERNACIONALES

- A. **GONZALES C. Y COL. (2012) VENEZUELA**, realizaron una investigación, cuyo título fue **“Indicaciones de Cesárea Segmentaria en Adolescentes en el Hospital Universitario Dr. Luis Razetti, Barcelona. Estado Anzoátegui”**. El objetivo de dicha investigación fue: Determinar las indicaciones de cesáreas segmentarias en adolescentes, según causas. La metodología empleada fue: el estudio epidemiológico, retrospectivo, transversal, longitudinal y descriptivo. Los Resultados que evidenciaron fueron: el grupo etario con mayor número de cesáreas fue el comprendido entre 18 y 19 años con un 48%; la indicación de cesárea segmentaria fue la desproporción feto pélvica con un 32.43%. Las complicaciones más frecuente asociada a la cesárea segmentaria fue anemia en sus diferentes estadios clínicos y se presentaron en un 43.18% de los casos estudiados. De las adolescentes con indicación de cesárea segmentaria para este periodo el 13.42% manifestó antecedente de cesárea. **Concluyendo** que: la patología materna durante el embarazo asociada más frecuentemente son las vaginosis bacterianas (19)

- B. Por su parte, **GUERRERO ROMERO, INGRID. (2015)** UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA-BOGOTA-COLOMBIA: realizaron la investigación titulada: **“Adolescencia Materna y su Asociación con la Realización de Cesárea”**. El objetivo fue evaluar la asociación entre adolescencia y la realización de cesárea en mujeres de 10 a 19 años, en comparación con las que se encuentran en edades entre 19 y 25 años, atendidas en un hospital X; y, determinar su asociación con variables sociodemográficas y neonatales en términos de prematuridad, Apgar y bajo peso al nacer. La investigación fue de estudio de casos y controles, mediante un muestreo simple aleatorio. Los Resultados encontrados fueron: El riesgo de cesárea en adolescentes es de (OR 1,13, IC 95% 1,10-1,51). Se determinó que, en las adolescentes existe un riesgo mayor de bajo peso al nacer (OR 9,4, IC 95% 7,59-11,76), sin diferencia en cuanto al riesgo de Apgar bajo al minuto y los 5 minutos. La **Conclusión a los que arribaron fue:** Existe un mayor riesgo de presentar bajo peso neonatal y requerir terminación de la gestación por vía cesárea en adolescentes, en comparación con las adultas jóvenes, especialmente si son menores de 14 años. Recomendando, promover campañas para evitar el embarazo adolescente, como principal medida de control sobre esta población (20)
- C. Asimismo, en la república de Argentina, **ITATI ABREO, GRISELDA (2010)** **Corrientes-ARGENTINA**, Investigó la **“Incidencia e Indicaciones de Cesáreas en Adolescentes en el Servicio de Toco Ginecología del Hospital Dr. José R. Vidal**. El objetivo fue: Determinar la incidencia de operación cesárea en adolescentes, determinar sus principales indicaciones obstétricas y las patologías maternas asociadas. Estudio fue observacional, descriptivo, retrospectivo. Se obtuvieron información sobre las patologías maternas asociadas. Los Resultados fueron: se registraron 4016

nacimientos, la incidencia de cesáreas fue de 32% (n=1299). Indicaciones obstétricas de cesáreas: 30,94% por cesárea anterior, 16% sufrimiento fetal agudo, 9,76% falta de progresión del trabajo de parto, 9,04% distocia de presentación, 9,04% negativa al parto, 5,45%, Ginecorragia de la segunda mitad del embarazo, 3,80% desproporción feto pélvica, 3,30% embarazo gemelar, 13,13% otras en un total de 1393 pacientes. Indicaciones por patologías maternas asociadas: 46% hipertensión arterial, 21,60% diabetes, 8,40% corioamnionitis, 7,60% cáncer de cérvix, 5,20% ruptura prematura de membrana, 4% cardiopatías, 2,40% colestasis, 1,20% condilomatosis, 0,80% código 76 y otras 0,40% en un total de 250 pacientes. Llegaron a la **conclusión que:** las cesáreas han aumentado significativamente, respecto de años anteriores, principalmente a expensas de la cesárea anterior e iterativa y las patologías maternas asociadas fueron la hipertensión arterial y diabetes fueron las de mayor incidencia (21)

- D. De igual manera, en Argentina, **AVANZA, M J. (2011)**, realizó la investigación sobre **“Frecuencia e Indicaciones de Cesárea en la Población Adolescente de un Centro Hospitalario Nacional”**. El objetivo fue de analizar la frecuencia de cesáreas en las adolescentes, indicación de la misma y momento relacionado al parto (antes o durante el mismo con un estudio descriptivo y retrospectivo. Los Resultados hallados fueron: La prevalencia de cesáreas en adolescentes fue 12.02%. La cesárea programada antes del parto se realizó en 87 pacientes con un (56%) según la indicación. La distribución fue: cesárea previa 62 casos (31.1%), sufrimiento fetal agudo 40 casos (20.1%), falta de progresión de la presentación 32 casos (16%), presentación pelviana 24 casos (12%), desproporción feto-pélvica 11 casos (5.5%), pre eclampsia- eclampsia 11 casos (5.5%), RCIU 9 casos (4.5%), patologías maternas 5 casos (2.5%),

hemorragias del tercer trimestre 4 casos (2.0%), otros (0.2%). **concluyendo que:** la vía abdominal fue adecuada; en la mayoría de los casos los procedimientos fueron programadas y la cesárea previa fue la indicación más habitual seguidamente fue sufrimiento fetal agudo (22)

### 2.1.2. NACIONALES

A. En nuestro país, **MALLQUI SAMOHUALLPA, Harold. (2016)** en su tesis titulada “**Complicaciones de cesáreas en adolescentes del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Vitarte durante el período 2013-2014**”, en un estudio cuantitativo retrospectivo descriptivo, en el servicio de ginecología y obstétrica del hospital vitarte, con datos del año 2013-2014 obtenidos del departamento de estadística. El objetivo general fue: Determinar las complicaciones infecciosas y hemorrágicas de cesáreas en adolescentes del servicio de ginecología del Hospital Vitarte durante el periodo 2013-2014; La muestra tomada de las historias clínicas, excluyéndose a las pacientes que no presentaron complicaciones y las historias incompletas. Se tuvo como resultados: Durante los años 2013-2014 se realizaron cesáreas a 193 adolescentes de los cuales presentaron complicaciones 31 pacientes, siendo ellas, un 16% del total. Se observó que la adolescencia tardía representó un 80.6 %; la mayoría reside en la zona urbana con 67.7% y predomina las adolescentes solteras con 58.1% y la mayoría solo tuvo de 0-4 controles prenatales con un 41.9 %. Dentro de nuestro estudio las complicaciones de cesáreas en adolescentes incluyen: infección del tracto urinario en el 58.1 %, hemorragias pos cesáreas 22.6%, leve y moderada 9.7% y severa 3.2%, infección de herida quirúrgica 12.9%, endometritis y tromboflebitis en el 3.2 % (23)

B. Por su parte, **ABAD, Pedro (1999)** en su tesis **“Cesárea en Adolescentes”**, el cual fue realizada en el Hospital Hipólito Unánue en el año 1999, con el objetivo de determinar la frecuencia de cesáreas en gestantes y la morbilidad materna y perinatal relacionada. El Estudio retrospectivo de casos y controles. Con una muestra de 212 adolescentes sometidas a cesáreas, sus resultados fueron que, entre las complicaciones más frecuentes se encontraron la fiebre en el 30%, la infección de vía urinaria en el 20%, infección de herida operatoria en el 19%; endometritis en el 15%; hematoma de herida operatoria en el 6%; otros en un 20%. En cuanto al número de parejas sexuales, solo un 79.8% tuvo 1 pareja. Se llegó a la conclusión de que, casi el 20% de las adolescentes fueron gestantes; y de ellas, el 17.9% termino su gestación por cesárea (24)

C. De igual manera, en la ciudad de Lima **GALVEZ LIÑAN, EDGAR (2014)**, en su investigación **“Tasa de Incidencia de Cesárea en el Hospital San José del Callao, periodo Enero – Diciembre 2013”**, en un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal de diseño cuantitativo, cuyo objetivo fue: determinar la tasa de incidencia de cesárea en el hospital San José del callao, en el periodo enero-diciembre 2013. Los Resultados fueron: al analizar las 160 historias clínica, se encontró que 32% de las pacientes tenían entre 20 y 24 años. El 52% han sido nulíparas, el 69% no habían sido intervenidas quirúrgicamente para cesárea. El 81% se encuentra entre las 37 y 40 semanas de gestación. El 95% de los recién nacidos tuvieron un peso mayor de 2500 g. El 56% tuvo cesárea de tipo electiva. Las indicaciones principales fueron: desproporción feto-pélvica y macrosomía fetal 12%, preeclampsia 9%, sufrimiento fetal agudo y distocia funicular 7%, insuficiencia útero placentaria, expulsivo prolongado y oligohidramnios 6%, feto podálico, feto transverso, embarazo prolongado y fase latente de trabajo



de parto 4%, pelvis estrecha, periodo intergenésico corto, no trabajo de parto, adolescente y fase activa de trabajo de parto 2% y por embarazo gemelar, corioamnionitis, condilomatosis vaginal e hipertensión inducida por la gestación 1%. **Concluyendo que:** La tasa de incidencia de cesárea en el hospital San José del callao en el periodo enero-diciembre 2013 fue de 42% respecto al total de nacimientos registrados en el año 2012. De este porcentaje de cesáreas el 18% son cesáreas de emergencia y el 24% son de tipo electivas. Adicionalmente se encontró principales indicaciones de cesárea en el Hospital San José durante ese año fueron: desproporción céfalo-pélvica y macrosomía fetal 12%, sufrimiento fetal agudo y distocia funicular 7% y preeclampsia 9% (25).

**D. MANZANO ESPEJO, GIANCARLO (2010)** en la ciudad de Lima, realizó el estudio: **“Incidencia y Factores Asociados a Cesárea Iterativa en Adolescentes, Hospital Nacional Sergio E. Bernales”**, estudio de diseño transversal y descriptivo, cuyo objetivo fue determinar la incidencia y factores asociados a la cesárea iterativa en adolescentes. Llegó a los siguientes Resultados: se registró 584 partos de adolescentes multigesta, 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 14 a 19 años. Por modelo de regresión logística multivariante, se identificó como factor clínico de riesgo la desproporción céfalo -pélvica (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). **concluyendo que:** la incidencia de cesáreas iterativas en adolescentes multigesta, fue de 45%, asociadas a la desproporción céfalo – pélvica (26):

### **2.1.3. LOCALES**

A. El Ministerio de Salud (2016) en su boletín estadístico de nacimientos Perú: 2015, reporta que, en Pasco el total de nacimientos es de 4 832; de ellos 3 446 fueron atendidos a través del Sistema Integral de Salud del Ministerio de Salud; 1 034 de ellos fueron atendidos por EsSalud; 27 por el Seguro de salud de las Fuerzas armadas y policiales, 15 por establecimientos privados y 28 por ningún financiador. De la misma manera, reporta que de los 4 832 nacimientos, 3 676 de ellos fueron nacimientos espontáneos; 6 fueron instrumentados; 1 129 fueron por cesárea y 19 tuvieron otra condición de parto; De los informes nacionales, analizando por región, se observa que, en relación al parto espontáneo, 18 regiones se encuentran por encima del promedio nacional, siendo Huancavelica (78,2%), Huánuco (78,2%), Pasco (76,1%) y Ayacucho (75,1%) las regiones que presentan los más altos porcentajes de mujeres que tuvieron el parto sin complicaciones (27)

## **2.2. BASES TEÓRICAS – CIENTÍFICAS**

El estudio de cesárea en adolescentes ha buscado comprenderse desde distintos factores de riesgo. No obstante, para comprender cada una de ellas, primeramente, será importante definir algunos conceptos claves en el tema de estudio. Entre los cuales se encuentran: Cesárea, historia, complicaciones y los factores de riesgo de cesárea en adolescentes.

### **I. ADOLESCENCIA**

#### **1. Definición**

Se define como la etapa de vida en el cual el ser humano adquiere capacidades reproductivas, recorre los esquemas psicológicos de la niñez a la adultez, consolidando una independencia social y económica.

Asimismo, es considerada como un ciclo de la vida libre de problemas de salud; sin embargo, tomando aspectos de los cuidados de la salud sexual y reproductiva, los adolescente son un caso muy especial en diversos aspectos, <sup>(28)</sup>.

## **2. Clasificación**

Según la OMS, la adolescencia se clasifica en:

- Adolescencia temprana: 10-13 años
- Adolescencia media: 14-16 años
- Adolescencia tardía: 17-19 años

Laverde, Contreras y Rodríguez (1993) subdivide a este período en (2):

- Adolescencia temprana: 10-14 años
- Adolescencia tardía: 15-19 años.

## **3. Embarazos en la Adolescencia (29) (30)**

Se define como el que ocurre dentro de los dos primeros años ginecológicos de la adolescente y cuando ésta mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental. La posibilidad de morir por causa de eventos relacionados con la reproducción en esta etapa de vida, Es de 2 veces más cuando la adolescente se encuentra comprendido entre las edades de 15 y 19 años; siendo ésta de 6 veces mayor cuando la adolescente tiene menos de 15 años.

Existen estudios respecto a la edad de las adolescentes embarazadas, los cuales evidencian marcada diferencia de la evolución del embarazo entre aquellas menores de 16 años y las que tienen 16 años y más. Stain y cols demostraron que el riesgo obstétrico en aquellas adolescentes de 16 y 19 años, tenía asociación con factores de índole social, tales como pobreza más que la simple edad materna. En contraste con la gestante menor de

16 años, evidenciaron que resultados obstétricos y perinatales son dependientes de la edad materna por sí misma. Otros autores afirman que, las gestantes adolescentes quienes reciben control perinatal adecuado, no mostrarían mayor riesgo obstétrico en relación a una adulta embarazada de similar nivel socio económico.

En lo biológico se altera el vínculo madre hijo, dando como resultado en la madre mayor mortalidad materna por el embarazo, abortos y cesáreas, en el niño de bajo peso, prematuros, enfermedades congénitas y adquiridas (31).

Psicológicamente el embarazo interrumpe la tarea evolutiva de la adolescente, tienen pérdida afectivas graves, les duele dejar de ser jóvenes, su colegio, sus amigas, perder la confianza de sus padres y poder salir a divertirse como antes.

La maternidad en la etapa de la adolescencia, induce al requerimiento de asumir responsabilidades no propias de esta etapa de vida, reemplazando a su madre, viéndose restringida y privada de actividades que pertenecen a su edad y confundiendo su rol dentro del grupo; atravesando un paso fugaz a ser una hija madre. En algunas ocasiones se presentan dificultades en los vínculos familiares, pérdida de la comunicación familiar y el forzamiento de matrimonios con los riesgos de que sean de corta duración o de quedarse con el estigma de la maternidad en soltería.

## **II. CESAREA**

### **1. Definición**

Se define como la extracción fetal a través de la incisión de la pared abdominal (laparotomía) y de la pared uterina (histerotomía). Su frecuencia varía según el centro, pero está entorno al 16-17% (29)

## 2. Historia (32)

La cesárea es un procedimiento quirúrgico extremadamente antiguo. Parece ser que ya era conocida en el año 715 a.C. según han investigado los historiadores.

Entonces, una ley romana dictada por Numa Pompilio, la "lex caesarea", señalaba su uso como una manera de extraer al bebé del vientre materno cuando moría la madre, con la finalidad de sepultarlos por separado y, en ocasiones muy raras, para salvar la vida del bebé.

La leyenda cuenta que, Julio César nació a través de una operación en el año 100 a.C., merced a ello, provendría su nombre; aunque probablemente derivaría efectivamente de la ley anterior. Por otro lado, el vocablo derivaría del verbo latino *caedere*, cuyo significado es "cortar, efectuar una fisura". Es probablemente una combinación de lo anterior.

El inicio de la historia es muy probable la certeza del verbo *caedo*: en Roma se empleó la evidente frase "a matre caesus" ('cortado de su madre') para referir la operación.

Una de las primeras operaciones de esta naturaleza, se sabe que sobrevivieron tanto madre como bebé, el cual ocurrió en Suiza en 1500. Se cree que Jacob Nufer, un castrador de cerdos, realizó este tipo de intervención quirúrgica a su esposa tras una prolongada labor. Al Parecer, la referida mujer tuvo aparte cinco partos más de manera espontánea.

Trautman (Alemania) la empleó en 1610, en otro caso en el que sobrevivió la madre; al parecer éstos fueron casos aislados: En la mayoría de las oportunidades, el procedimiento tuvo alta mortalidad. Es

allá hacia los siglos XVII y XVIII, donde refirieron otros similares casos; pero la intervención cayó en descrédito por la elevada mortalidad.

Del mismo modo, se consignan antecedentes hacia fines de 1700 e inicios de los años 1800, donde las intervenciones de cesáreas fueron ejecutadas en casos de partos dificultosos, ello con el objetivo de pretender salvar las vidas tanto de la madre como del hijo. Las tasas de éxito fueron considerablemente bajas.

Por los años 1751 se descubre documentación escrita que señala que las cesáreas debían de ejecutarse en mujeres donde el parto vaginal era imposible, señalando que era indefectiblemente oportunidad de salvar la vida de la madre e hijo. Inclusive cuando sobreviviera casualmente el hijo, la intervención era casi siempre fatal para las madres. En la segunda mitad del siglo XIX en Gran Bretaña e Irlanda la mortalidad era del 85% (1865). A pesar de que la operación fue teniendo diversos refinamientos, hasta el siglo XX la tasa de muerte materna como secuela de la operación era del 75%.

Cuando fueron mejorando gradualmente las técnicas médicas, se hicieron las primeras operaciones cesáreas en donde las vidas de la madre y el hijo quedaban aseguradas. Las medidas claves en la reducción de la mortalidad fueron:

- Acogida de los principios de la asepsia.
- La introducción de la suturación uterina por Max Sänger en 1882.
- Cesárea extraperitoneal (extracción quirúrgica del feto a través de una incisión en el segmento inferior del útero, sin penetrar en la cavidad peritoneal) y después mudanza a la incisión transversal baja (Krönig, 1912).

- Avances en la anestesia.
- Transfusión de sangre.
- Antibióticos.

Frank, en 1906, describió la cesárea del segmento inferior, penetrando en el útero por vía extraperitoneal. En 1908, Latzko desarrolló otro método de acceso y posteriormente otros autores introducen variaciones y mejoras en la técnica, así como nuevas técnicas.

### **3. Tipos de Cesárea (29)**

Según el momento de su indicación se diferencian:

- Cesárea programada: Es aquella que se evalúa antes del inicio del parto, ya sea por razón materna y/o fetal.
- Cesárea intraparto: Es aquella cuya intervención se realiza cuando ya inició el parto por razón materna y/o fetal.
- Cesárea urgente: Es aquella cuya intervención se realiza cuando existe circunstancias vitales o accidentales, maternas o fetales, puede ser intra o anteparto.

### **4. Técnicas de Cesárea (33) (34)**

Se conocen unos criterios clásicos en cuanto a la técnica quirúrgica que han sido en parte modificados con vistas a disminuir la morbilidad materna por la intervención:

#### **4.1 Apertura de la cavidad abdominal**

Se suele llevar a cabo mediante la incisión de Pfannenstiel o la incisión de Joel-Cohen modificada (forma parte de la técnica de Mesgav- Ladach, una de las más extendidas en la actualidad).

La incisión de Pfannenstiel se realiza 2 a través de dedo por encima del pubis, la de Joel-Cohen modificada 5-6cm sobre la sínfisis púbica. En ambas el tipo de incisión es segmentaria transversa y su principal ventaja es un mejor resultado estético que la laparotomía media.

Tanto la apertura del tejido celular subcutáneo y del músculo como del peritoneo parietal se llevará a cabo con una incisión con bisturí y posterior ampliación digitalmente, para así evitar la lesión de vasos y nervios.

#### **4.2 Histerotomía**

Procedimiento quirúrgico, para evitar lesionarla, con una torunda alejamos la vejiga del fragmento uterino inferior. Este procedimiento quirúrgico suele ser segmentaria, transversa a nivel del segmento uterino inferior, con la finalidad de lesionar la menor cantidad posible de fibras musculares por estar el segmento más adelgazado.

Asimismo, la pérdida sanguínea será menor al incidir en las fibras musculares de forma paralela, y la cicatriz será más resistente que si la histerotomía fuese corporal. Para evitar lesión de vasos, ampliamos la incisión digitalmente.

#### **4.3 Extracción fetal y alumbramiento**

Una vez extraído el feto, se ha demostrado que el manejo activo en el alumbramiento disminuye la incidencia de hemorragia postparto. La placenta se extrae de preferencia de manera espontánea, ya que si la extracción es manual podría aumentar el riesgo de infección y hemorragia.



Si la cesárea es realizada sin trabajo de parto previo, podemos facilitar el drenaje de loquios y sangre, a través de la dilatación cervical digital o con tallos de Hegar, pero cabe señalar la no existencia de base científica del beneficio que pudiese aportar.

#### **4.4 Histerorrafia**

No parece haber diferencia alguna en cuanto a la seguridad que brinda el cierre mediante la aplicación de uno o dos planos; se sugiere emplear un plano para acortar el tiempo quirúrgico y favorecer una cicatriz uterina con mínima deformidad.

La extracción del útero para facilitar el cierre no aumenta la tasa de infecciones, pero plantea la posibilidad de producir embolias gaseosas; no obstante, no se ha podido demostrar que la exteriorización del útero ofrezca una mayor morbilidad materna, con lo que se considera una opción válida.

#### **4.5 Cierre de pared**

La ausencia del cierre del peritoneo no se asocia a incremento de morbilidad postoperatoria, asimismo, parece no incrementar la tasa de dehiscencias posteriores; por consiguiente, se acorta el tiempo de cirugía y el tiempo de íleo paralítico; asimismo, disminuye la irritación peritoneal y la fiebre pos cesárea.

### **5. Complicaciones**

Durante muchos años, la cesárea trajo consigo una alta mortalidad materna. Hoy en día, el reconocimiento de los avances de la ciencia, es así que, a fines del siglo XIX e inicios del siglo XX, con el avance y el uso de la anestesiología, así como la cuidadosa asepsia en el procedimiento

quirúrgico y el empleo de antibióticos, la morbi-mortalidad materna fue disminuyendo considerablemente.

### **5.1 Complicaciones anestésicas**

- a. Hipotensión
- b. Cefalea post punción dural
- c. Otras menos frecuentes (bloqueo dural completo. Paro cardiorrespiratorio, síndrome de Mendelson)

### **5.2 Complicaciones quirúrgicas**

- a. Desgarro de la histerotomía
- b. Lesiones vasculares
- c. Lesiones en el tracto urinario
- d. Lesión del intestino
- e. Lesiones nerviosas

### **5.3 Complicaciones infecciosas**

- a. Endometritis
- b. Infección del tracto urinario
- c. Infección de la herida quirúrgica
- d. Tromboflebitis séptica pélvica
- e. Otras menos frecuentes (bacteriemia, sepsis, absceso pélvico, peritonitis, fascitis necrotizante, ...)

### **5.4 Complicaciones hemorrágicas postparto**

#### **a. Complicaciones tromboembólicas**

- Trombosis venosa profunda (TVP)
- Tromboembolismo pulmonar (TEP)

#### **b. Complicaciones anestésicas**

Dependen de los procedimientos anestésicos. Las complicaciones relacionadas con la anestesia han disminuido por la tendencia reciente al mayor uso de analgesia regional que de anestesia general. En la actualidad, la principal técnica para el alivio del dolor en el trabajo de parto, la más eficaz e inocua, es la anestesia epidural, existiendo con ella complicaciones maternas y fetales mínimas; no obstante, pueden aparecer: hipotensión, cefalea post punción dural, bloqueo incompleto, inyección intravascular, hematoma y absceso epidural, meningitis química, anestesia espinal.

Cuando se emplea la analgesia subdural o bloqueo raquídeo los efectos secundarios son más frecuentes, entre ellos aumenta la incidencia de hipotensión, de cefaleas pos punción y puede aparecer prurito cuando se administran opiáceos. Como ventajas ofrece un efecto más rápido y una menor dosis de anestésico requerido. Menos frecuentes son cuadros graves como son la parada cardiorrespiratoria o el síndrome de aspiración pulmonar del contenido gástrico (Síndrome de Mendelson), que pueden desencadenar un compromiso cardiocirculatorio materno con la consiguiente repercusión fetal. Estas complicaciones se dan casi invariablemente tras una cesárea con anestesia general (35)

### **c. Complicaciones quirúrgicas**

El riesgo de producirse complicaciones de este tipo, oscila entre un 1% y 2%; siendo más frecuentes en las cesáreas de urgencia, aumentando el riesgo luego de 1 o más cesáreas previas.

### **Factores de riesgo:**

- Prematuridad
- Existencia de trabajo de parto previo
- Presentación en plano bajo
- Inexperiencia del cirujano

### **d. Complicaciones infecciosas**

Son las más frecuentes (90% de todas las complicaciones asociadas a las cesáreas), y la principal causa de morbilidad materna asociada a una cesárea. Entre ellas la más frecuente es la endometritis, seguida de las infecciones urinarias y la infección de la herida quirúrgica. Otras más graves, pero afortunadamente menos frecuentes son bacteriemias, sepsis, peritonitis, abscesos pélvicos, fascitis necrotizante, tromboflebitis séptica, peritonitis por vérmix caseoso.

Además de factores de riesgo tales como trabajo de parto ya iniciado (el de mayor relevancia) o urgencia de la intervención, las complicaciones infecciosas se relacionan con la ruptura de membranas, el tiempo transcurrido con bolsa rota, el nivel socioeconómico, el número de tactos vaginales, la existencia de infección urinaria previa, la anemia o pérdida hemática importante, la obesidad (sobre todo en infecciones de pared), la Diabetes Mellitus, la anestesia epidural, la experiencia del cirujano y la técnica quirúrgica utilizada, la existencia de vaginosis bacteriana.

La fuente principal de microorganismos que ocasionan las infecciones post cesárea es el tracto genital, sobre todo si no

hay integridad de membranas. Suelen ser infecciones polimicrobianas y los microorganismos más frecuentemente aislados son E.Coli, Estreptococo del grupo B, Enterococo Faecalis, Estafilococo Aureus (relacionado con la infección de la herida quirúrgica), Gardnerella vaginalis, Micoplasmas, anaerobios (36)

## **6. Mortalidad materna post cesárea**

En ocasiones es difícil evaluar si la muerte materna tras la cesárea se debe a la intervención o a la causa que motivó la misma, sobre todo si la causa fue una enfermedad materna que impedía el parto vía vaginal (DM complicada, Preeclampsia, alteración cardíaca o renal).

Actualmente, gracias a los progresos en las técnicas anestésicas, a la disponibilidad de una profilaxis antibiótica eficaz y a las técnicas para reposición de volemia, las complicaciones que conllevaban con mayor frecuencia a la mortalidad materna (complicaciones anestésicas, infecciones y hemorragias) son mucho menos frecuentes. Sí es cierto que la mortalidad materna es mayor en el parto por cesárea que en el parto vía vaginal, incluso de 5 a 7 veces superior.

## **7. Impacto de la cesárea en el futuro obstétrico-ginecológico (37)**

La cesárea anterior supone un mayor riesgo de complicaciones importantes en futuras gestaciones. Se producirán con mayor frecuencia:

- Rotura uterina y dehiscencia de cicatriz uterina.
- Inserciones anómalas de la placenta (placenta ácreta, placenta previa).
- Realización de nueva cesárea, por la aparición de un condicionante adicional en la nueva gestación (macrosomía, presentación podálica,

gestación gemelar, endometritis o rotura uterina en parto anterior, cesárea anterior en prematuro) que se añada a una cicatriz uterina longitudinal media o a 2 o más segmentarias transversas.

- Complicaciones intraoperatorias, debido a las adherencias producidas por la intervención previa. Y una intervención, por lo tanto, más complicada.
- Histerectomía obstétrica.

El futuro ginecológico de la mujer también se ve influenciado por:

- Síndromes adherenciales dolorosos.
- El aumento del riesgo quirúrgico pudiendo verse condicionada la vía de acceso para una intervención quirúrgica.

### **III. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A CESAREA**

#### **1. Definición**

La valoración del riesgo es necesaria para identificar a la mujer embarazada, al feto y/o al recién nacido en peligro de presentar una enfermedad o desarrollar una lesión residual permanente. El embarazo de alto riesgo es aquel embarazo en el cual la madre, así como el feto y/o neonato tienen un aumento de posibilidad de enfermar, morir o padecer secuelas antes o después del parto (38)

#### **2. Epidemiología**

Desde la década de 1970, muchos países desarrollados han experimentado crecimiento sustancial en las tasas de cesárea. En Inglaterra, por ejemplo, la tasa de cesárea ha aumentado de 9% en 1980 al 24,6% en 2008-9. En Francia, país que recientemente recibió un encumbrado lugar en la lista de la OMS sobre calidad de servicios, reporta

el 5.9% en 2006. España en los hospitales públicos expone el 18 %, mientras que en las clínicas privadas el 28 %.

China reporta una tasa tan alta como el 40% en el 2007. En Cuba, México, Uruguay y Argentina, el promedio fue de más de 23 % en el año 2007. En 2000, las tasas de cesárea para embarazos únicos en el Servicio Nacional de Salud (SNS) las unidades de maternidad en Inglaterra y Gales osciló del 10% al 43%.

La provincia Granma terminó el 2008 con un índice del 28 % y el Hospital "Carlos Manuel de Céspedes" elevó este indicador hasta un 31 % ese mismo año. Los diagnósticos más habituales para tomar tal decisión fueron: el sufrimiento fetal agudo relacionado con el líquido amniótico meconial y el cuello uterino con condiciones desfavorables; siendo estas las causas análogas a las que se reportaron en la media nacional. Se han sugerido varias razones para este incremento; se incluye aumento de la edad materna en el primer embarazo, los avances tecnológicos que han mejorado la seguridad del procedimiento, los cambios en las preferencias de las mujeres, y una proporción cada vez mayor de mujeres con cesárea anterior.

Sin embargo, existe la preocupación acerca de si las altas tasas de cesárea se justifican porque el procedimiento no está exento de riesgo. Las mujeres pueden experimentar complicaciones después de la cesárea tales como hemorragia, infección y trombosis, además de presentar un mayor riesgo de complicaciones en posteriores embarazos (por ejemplo, rotura uterina y la placenta previa). La cesárea puede ser antigua, iterada y electiva o programada cuando se realiza por primera vez; por segunda o más veces y cuando ésta se realiza antes del inicio del trabajo de parto, al

existir condiciones influyentes en la madre o en el niño que exigen la terminación del embarazo y por estar contraindicada la vía transpélvica. La justificación médica para la intervención para un parto por cesárea, es la presencia de factores de riesgo, las cuales pueden poner en peligro la vida de la madre y/o del niño si esta se llevara cabo a través de parto normal. Debido a que la tasa de cesárea se eleva, de modo que su promedio aumenta de un 15 a un 33 % en los últimos 25 años, los riesgos de morbilidad y mortalidad materna también se incrementan. El incremento de casos que no justifican para llevar a cabo una cesárea, no mejora en las tasas de morbilidad ni de mortalidad materna; es más, promueve la elevación de los costos hospitalarios, comprometiendo el futuro obstétrico de la mujer por la presencia de una cicatriz en el útero. Los resultados perinatales también se ven comprometidos por mayor incidencia de morbilidad respiratoria, metabólica e infecciosa. En conclusión, los nacidos a través de cesárea, son más propensos a razón de dos veces más de morir en el periodo neonatal que los nacidos por parto vaginal (39)

### **3. Características**

Hasta hace unos años la operación se realizaba por estrictas razones médicas en las que el feto no podía pasar por el canal de parto o el parto vaginal representaba un riesgo para la madre o el feto. Sin embargo, en la actualidad, además de las indicaciones anteriores se suman otras de diagnóstico más preciso de ciertas patologías y la cesárea por participación de la pareja en la toma de decisiones. Las indicaciones de cesárea pueden ser absolutas y relativas (19) (40)

### **4. Factores de Riesgo**

#### **4.1 Factores Clínicos**



Son las condiciones clínicas que llevan a desarrollar algunas patologías. En cada uno de los contextos existen comunidades, asociaciones de individuos, familias que muestran más posibilidades que otros de sufrir en un futuro de alguna enfermedad, accidentes, muertes prematuras y de otras patologías; consignándoles a dicha población, como especialmente vulnerables.

La vulnerabilidad puede deberse a cierto número de características de orden tanto genético, anatómico, ambiental, biológicas, como psicosociales, los mismos que al actuar de manera individualmente o entre sí, pueden desencadenan la presencia de un suceso. Surge entonces el término “riesgo” el cual involucra la presencia de una característica o factor (o de varios) el cual incrementa la probabilidad de consecuencias adversas. En tal sentido, el riesgo constituye una medida de probabilidad estadística de que en un futuro pueda producirse un evento; que comúnmente es no deseado (41):

Entre estas situaciones que podríamos destacar, determinar o van a generar una mayor incidencia de cesárea en adolescentes que tienen como factores lo siguientes:

#### **4.2 Factores Maternos**

Son las condiciones propias de la mujer que llevan a desarrollar riesgos durante su embarazo y que conllevan un parto por cesárea.

##### **A. Preeclampsia:**

Es un desorden multisistémico idiopático propio del embarazo y del puerperio. Esencialmente, es una enfermedad ocasionada por la

placenta; ya que se ha detallado en embarazos donde existen tejido trofoblástico, pero no fetal (embarazos molares completos) (42).

La preeclampsia es un conjunto de signos y síntomas de exclusividad de la gestación; su aparición es a partir de la semana veinte del embarazo, durante el parto o hasta las seis semanas posteriores al parto. Esta patología se caracteriza por una placenta anormal y una disminución de la perfusión sistémica (43).

En los casos de preeclampsia se plantea la indicación de cesárea cuando no existe respuesta a la inducción de parto y/o hay signos de deterioro materno o fetal. En la preeclampsia severa, es necesario terminar la gestación por riesgo materno y fetal, si no hay condiciones para parto vaginal, se optará por la vía abdominal, en especial si hay signos inminentes de eclampsia o de desarrollo del Síndrome Hellp o si se trata de restricción de crecimiento fetal o fetos de peso muy bajo (44).

#### **B. Cesárea anterior:**

En los casos de cesárea previa, la cicatriz de la incisión en la pared uterina puede predisponer a su rotura antes o durante el trabajo de parto, por lo que, en estos casos la cesárea ha sido considerada como indicación casi absoluta. Sin embargo, la cicatriz de una cesárea segmentaria transversa es capaz de tolerar el embarazo y el parto sin romperse. Sin embargo, se debe considerar el riesgo de morbilidad o mortalidad del feto y neonato cuando se intente someter a una paciente a un parto vaginal después de una Cesárea, en situaciones tales como: periodo intergenésico menor de 24 meses (por riesgo de

rotura de la cicatriz uterina), alteración del bienestar fetal u otra anormalidad (44).

Hay pocos temas tan controvertidos en la obstetricia moderna como la atención de la mujer con una cesárea previa, durante muchos decenios se consideró que un útero con cicatriz contraindica el trabajo de parto por temor a una ruptura del órgano. Mientras tanto se fueron acumulando pruebas de que la ruptura uterina es poco frecuente y el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos en 1988 recomendaron que en ausencia de contraindicación se asesore a una mujer con una cesárea previa transversa baja para que intente un parto vaginal en un embarazo posterior y el parto vaginal post cesárea aumentó en Estados Unidos para 1996 casi en 30% (45).

Un estudio demostró que no hay una diferencia estadísticamente significativa en la frecuencia de ruptura uterina, cuando se comparó parto distócico después de dos o más cesáreas con parto eutócico después de una cesárea. Sin embargo, aumentó la frecuencia de histerectomía y de transfusiones de hemoderivados, en el primer grupo. Así mismo se propone contraindicaciones para indicar un parto vaginal post cesárea, tales como: ruptura uterina previa, cesárea previa con incisión vertical, tres o más cesáreas previas (46).

#### **4.3 Factores Fetales**

Son las condiciones propias del producto que llevan a desarrollar riesgos durante la gestación y que conlleva un parto por cesárea.

### **A. Sufrimiento fetal agudo:**

La hipoxia y la acidosis fetal durante el trabajo de parto pueden producir muerte fetal intraparto o neonatal, así como morbilidad neonatal respiratoria y lesión neurológica posterior. El diagnóstico de sufrimiento fetal agudo es indicación para terminar la gestación en forma inmediata, lo que supone un parto por cesárea en los casos en que no hay condiciones para parto vaginal, no se ha completado a la dilatación o se espera un expulsivo prolongado. En nuestro medio, es necesario el criterio clínico del médico Gineco-obstetra quien principalmente en los casos de preeclampsia, oligohidramnios, diabetes o parto prolongado, hará una evaluación con la ayuda del partograma con curvas de alerta, monitoreo electrónico fetal para tomar la decisión más apropiada (44).

El sufrimiento fetal se define como una alteración causada por la disminución del intercambio metabólico materno-fetal, el cual provoca hipoxia, hipercapnia, hipoglicemia y acidosis. Por consiguiente, provoca el funcionamiento celular anormal, el cual puede conducir a daños irreversibles, con secuelas e incluso la muerte fetal. Los factores causales del sufrimiento fetal pueden ser reversibles, hipotensión materna, efecto poseiro, hipercontractilidad por uso de oxitócicos) o irreversibles (causa fetal, placentaria o del cordón umbilical). El concepto de sufrimiento fetal no es suficientemente preciso por lo que se ha recomendado utilizar “alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal” termino que ayuda a describir clínicamente el tipo y severidad de las modificaciones que existen. El sufrimiento fetal puede ser agudo o crónico que puede presentarse antes y después del inicio del trabajo de parto, generalmente relacionado con padecimientos materno-fetales con compromiso de la perfusión placentaria como: infecciones, trastornos hipertensivos,

isoimmunización Rh, diabetes con daño vascular, anemia severa que se traducen general en un retardo en el crecimiento fetal intrauterino y oligoamnios. Estos embarazos se consideran de alto riesgo y deben ser vigilados con pruebas de bienestar fetal y en caso de encontrar alteraciones de las mismas, se valorará el momento y la vía más adecuada para la interrupción de la gestación (47):

### **B. Desproporción feto-pélvica:**

Condición de origen materno, fetal o mixto dependiente de la relación existente entre el feto y la pelvis materna, el cual impide la culminación del parto por vía vaginal. La desproporción feto-pélvica ocurre en las siguientes circunstancias:

- Pelvis estrecha, deformada u obstruida y feto normal con buena actitud.
- Pelvis normal y feto grande, anormal (gigantismo o hidrocefalia) o con mala actitud.
- Pelvis y feto normales con diámetros feto pélvicos limítrofes, después de una prueba de trabajo de parto infructuoso.

El diagnóstico de la desproporción feto-pélvica se establece mediante una valoración clínica adecuada a los estrechos superior, medio e inferior de la pelvis materna y su relación con el feto, con el apoyo de estudios de imagenología. Ante la duda diagnóstica se deberá utilizar la prueba de trabajo de parto (48)

### **C. Distocias de la presentación:**

Los casos con feto en situación transversa en el parto o con presentación de cara mentoposterior o de frente son indicaciones de cesárea. También lo son las presentaciones cefálicas deflexionadas, cuando el progreso del

parto es dificultoso, comportándose como desproporciones feto pélvicas relativas. La presentación podálica es indicación de cesárea en el parto pretérmino, principalmente si se estima un peso fetal muy bajo, por la fragilidad fetal y por el riesgo de atrapamiento de la cabeza en un cuello insuficientemente dilatado, también en los casos de presentación podálica incompleta, por el riesgo de prolapso de cordón (44):

La presentación pelviana constituye alrededor de 2-4 % de los nacimientos; sin embargo, la asistencia al parto en estos casos siempre ha requerido de la experiencia de quien lo asiste. La mortalidad perinatal, la neonatal o la morbilidad neonatal grave, fue significativamente inferior en el grupo de cesárea electiva que en el asignado a parto vaginal. No hubo diferencias entre los grupos en cuanto a la morbilidad materna. A evaluación de dichos autores, se permite la consideración de procedimiento de parto transpelviana, en aquellas que desencadenen espontáneamente el trabajo de parto, y en aquellas que se presenten condiciones favorables (49)

#### **4.4 Factores Placentarios**

Son las condiciones propias de la placenta que llevan a desarrollar riesgos durante la gestación y que conlleva un parto por cesárea.

##### **A. Placenta previa (PP):**

Es cuando la placenta se implanta en el segmento inferior del útero (siendo normal el implante de la placenta en el fondo uterino) ya sea total o parcialmente, de modo que éste obstruye el orificio cervical interno (OCI) dificultando la salida del feto.

Se clasifica según la posición de la placenta con relación al OCI y se distinguen en 4 clases:

1. Placenta previa lateral (grado I): es cuando el borde de la placenta se halla a 2cm del OCI.
2. Placenta previa marginal (grado II): es cuando el borde de la placenta coincide con el OCI mas no pasa.
3. Placenta previa parcial (grado III): es cuando la placenta ocluye una parte del OCI.
4. Placenta previa total (grado IV): es cuando la placenta ocluye todo el OCI.

Los casos debidos a placenta previa tienen indicación de cesárea cuando el embarazo está a término y persiste la obstrucción parcial o completa del canal cervical o cuando se presenta un sangrado importante en cualquier momento del embarazo (49):

#### **B. Desprendimiento prematuro de placenta (DPP):**

Es la separación total o parcial que sufre una placenta normalmente implantada de su lugar de implantación, que ocurre después de las 22 semanas de gestación.

Se clasifica según el sangrado:

1. DPP con hemorragia oculta (20%): ocurre cuando el desprendimiento solo afecta al centro de la placenta; la sangre se acumula entre la pared uterina y la placenta formándose un hematoma retroplacentario que va

disecando la decidua pudiendo comprimir a la placenta provocando su infarto y necrosis.

2. DPP con hemorragia externa (80%): ocurre cuando el desprendimiento se inicia en los bordes de la placenta o cuando el hematoma retroplacentario a disecado la decidua hasta alcanzar los bordes de la placenta.

Las pacientes con diagnóstico de desprendimiento prematuro de placenta moderada o severa deben ser sometidas a cesárea inmediatamente; cuando el desprendimiento es leve; se realizará la cesárea cuando el feto está vivo y presenta signos de sufrimiento fetal; o cuando se considera que el parto va a demorar más de dos horas o el sangrado aumenta (49).

### **C. Acretismo Placentario:**

Es la inserción anormal total o parcial de la placenta, con ausencia total o parcial de la decidua basal y anormalidad de la caduca verdadera con penetración de las vellosidades coriales al miometrio.

El acretismo placentario se presenta debido a la falta o deficiencia de la capa de NITABUCH, el cual es una capa de fibrina que se ubica entre la decidua basal y el corion frondoso. BENIRSCHKE Y KAUFMAN sugieren que esta situación es consecuencia de una falla en la reconstitución del endometrio – decidua basal, especialmente después de la reparación de intervención quirúrgica previa (50) (51)

El diagnóstico involucra el empleo de métodos especiales como ultrasonido y resonancia magnética. El ultrasonido es una herramienta útil para el diagnóstico de acretismo placentario y de sus distintas variantes en el segundo y tercer trimestre del embarazo. Sin embargo, el



diagnóstico definitivo del acretismo placentario es histopatológico, al comprobar la invasión de las vellosidades coriales en el endometrio (52) (53)

1. Acreta: las vellosidades coriales están insertadas al miometrio sin invadirlo.
2. Increta: las vellosidades coriales invaden al miometrio.
3. Percreta: las vellosidades coriales penetran al miometrio

El acretismo placentario puede desencadenar hemorragia obstétrica masiva, y como resultado se presentan alteraciones de la coagulación por perdida, y por coagulación intravascular diseminada (CID) (54)

#### **D. Otros:**

Embarazo gemelar, oligoamnios y condilomatosis genital

### **2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS**

**2.3.1 ADOLESCENCIA:** Es el periodo de vida en el cual el ser humano obtiene la capacidad reproductiva, recorre los patrones psicológicos de la niñez hacia la adultez, consolidando la independencia socio económica.

**2.3.2 CESÁREA:** Se define como la extracción fetal a través de la incisión de la pared abdominal (laparotomía) y de la pared uterina (histerotomía). Su frecuencia varía según el centro, pero está entorno al 16-17%.

- **Cesárea programada:** Es aquella que se efectúa antes del inicio del parto por razón materna y/o fetal, llamada también electiva.
- **Cesárea intraparto:** Es aquella que se efectúa cuando ya inició el parto por razón materna y/o fetal.

- **Cesárea urgente:** Se efectúa ante circunstancias vitales o accidentales, maternas o fetales, puede ser intra o anteparto. Presentan con mayor frecuencia complicaciones (29)

### **2.3.2 FACTORES DE RIESGO DE CESÁREA:**

Es toda aquella cualidad o circunstancia que se puede identificar en una persona (embarazo, parto, feto y/o neonato) o grupos de personas, el cual se relaciona a una posibilidad mayor de sufrir un daño (55)

## **2.4. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS**

### **2.4.1 HIPÓTESIS GENERAL**

Existe relación significativa entre los factores de riesgo asociados a cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Medicina Tropical Dr. Julio César Demarini Caro - La Merced, 2017

### **2.4.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICOS**

- Existe asociación significativa entre los factores de riesgo generales y las cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Medicina Tropical Dr. Julio César Demarini Caro - La Merced, 2017
- Existe asociación significativa entre los factores de riesgo antecedentes obstétricos y las cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Medicina Tropical Dr. Julio César Demarini Caro - La Merced, 2017
- Existe asociación significativa entre los factores de riesgo complicaciones del embarazo y parto y las cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Medicina Tropical Dr. Julio César Demarini Caro - La Merced, 2017

- Existe asociación significativa entre los factores de riesgo enfermedades no obstétricas y las cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Medicina Tropical Dr. Julio César Demarini Caro - La Merced, 2017.

## **2.5 IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES**

2.5.1 **Independiente:** Factores de riesgo

2.5.2 **Dependiente:** Cesáreas

## **2.6 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES E INDICADORES**

### **2.6.1 VARIABLE: FACTORES DE RIESGO**

#### **- Definición conceptual:**

Es toda característica o circunstancia identificable en una persona (embarazo, parto, feto y/o neonato) o grupos de personas que se asocia a una probabilidad mayor de sufrir un daño (OMS 2012).

#### **Definición operacional:**

Presencia de factores generales, obstétricos, embarazo, parto y no obstétricas presentes en las adolescentes embarazadas que aumentan la probabilidad de realización de cesárea en el trabajo de parto.

### **2.6.2 VARIABLE: CESÁREA**

#### **Definición conceptual:**

Es el procedimiento quirúrgico obstétrico mediante el cual, se realiza la extracción fetal a través de la incisión de la pared abdominal (laparotomía) y de la pared uterina (histerotomía).

#### **Definición operacional:**

Es el procedimiento quirúrgico obstétrico mediante el cual es sometida la adolescente como trabajo de parto, indicada como electiva, intraparto o de emergencia.

- **Cesárea programada:** Se realiza antes del inicio del parto por razón materna y/o fetal.
- **Cesárea intraparto:** Se realiza ya iniciado el parto por razón materna y/o fetal.
- **Cesárea de urgencia:** Se realiza ante circunstancias vitales o accidentales, maternas o fetales, puede ser intra o anteparto. Presentan con mayor frecuencia complicaciones

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES	Escala
FACTORES DE RIESGO	A. GENERALES	1. Edad 2. Instrucción 3. Procedencia 4. Estado civil 5. Ingreso económico/dependencia 6. Tipo de familia 7. Talla	Nominal/ Ordinal
	B. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS	1. Número de embarazo - Paridad 2. Atención prenatal 3. Cesárea previa 4. Aborto 5. Riesgo reproductivo 6. Morbilidad	Nominal/ Ordinal

	C. COMPLICACIONES DEL EMBARAZO Y PARTO	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sufrimiento fetal Agudo</li> <li>2. Distocia funicular</li> <li>3. Pre eclampsia</li> <li>4. Desproporción feto - pélvica</li> <li>5. Ruptura prematura de membrana</li> <li>6. Trabajo de parto prolongado</li> <li>7. Presentación podálica</li> <li>8. Incompatibilidad céfalo – pélvica</li> <li>9. Hipertensión del embarazo</li> </ol>	Nominal/ Ordinal
	D. ENFERMEDADES NO OBSTÉTRICAS ASOCIADAS	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anemia</li> <li>2. Infección Urinaria</li> <li>3. I.T.S.</li> </ol>	Nominal/ Ordinal
CESAREA	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Urgencia</li> <li>2. Electiva</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Favorable</li> <li>2. Riesgo</li> <li>3. Desfavorable</li> </ol>	Nominal

## CAPÍTULO III

### METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

#### 3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Tomando a Hernández Sampieri (56). El estudio se enmarca en el tipo de investigación:

**Descriptivo**, porque registra los datos tal y como se presentan en la realidad, poniendo de manifiesto las características actuales de las variables.

**Correlacional**, porque permite determinar la relación existente entre las variables de estudio: factores de riesgo asociado a cesárea en adolescentes

**Prospectivo**, porque la investigación se realiza a partir de, a través del tiempo; en adelante.

**Observacional**, porque en el desarrollo de la investigación, no existe manipulación de variable alguna

#### 3.2 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

En el presente estudio se utilizó los métodos generales de análisis - síntesis e inductivo – deductivo. Como método auxiliar se aplicó el método Estadístico, el cual se basa en el empleo de números, agrupación de los mismos, la comparación de los hechos y la utilización de datos recogidos para formular leyes. Su base metódica radica en el empleo de números para señalar y

presentar los hechos investigados, los que a su vez podrán ser agrupados, clasificados y presentados.

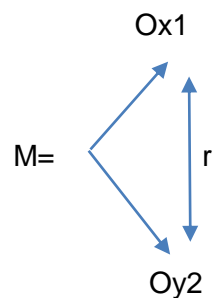
Las conclusiones fueron plasmadas a través de la estadística inferencial, con la prueba de correlación de variables, utilizando la Prueba estadística no paramétrica de la Chi Cuadrada.

### 3.3 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño empleado para responder a las preguntas planteadas y comprobar las hipótesis de la investigación, se empleó el diseño No Experimental con corte transversal, recolectando datos en un tiempo único y sin manipulación de variable alguna (56):

A través de este diseño nos proponemos indagar los factores de riesgo manifestados en las usuarias asociadas a la presencia de cesáreas, para posteriormente analizar la relación existente entre ellas.

Esquema del diseño:



**X:** Variable: Factores de riesgo

**Y:** Variable: Presencia de Cesáreas

Interpretando el diagrama tenemos:

**M:** Muestra de la población

**X:** Factores de riesgo

**Y:** Cesáreas

**O1:** Observación a variable factores de riesgo

**O2:** Observación a variable cesárea

### **3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA**

#### **POBLACIÓN**

Teniendo en cuenta la definición de población como el conjunto de los elementos del cual se quiere investigar. La población para el presente estudio lo conforman las 218 usuarias cesareadas en el Hospital Regional de Medicina Tropical Dr. Julio César Demarini Caro durante el año 2017.

#### **MUESTRA**

Tomando a Hernández Sampieri (56), se define muestra al subconjunto de la población, el mismo que debe ser seleccionado para integrar el estudio. En la investigación que presentamos, la muestra está constituida por 42 adolescentes cesareadas en el Hospital Regional de Medicina Tropical Dr. Julio César Demarini Caro durante los meses de mayo a diciembre del año 2017.

### **3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

#### **3.5.1. Técnicas de recolección de datos.**

Tomando a Tamayo (57) (2004) “es la parte operativa del diseño investigativo. Hace referencia al procedimiento, condiciones y lugar de la recolección de datos” (p. 211).

El estudio utiliza la técnica de la encuesta y el registro, que según Tamayo y Tamayo (2004) “Es aquella que lee el encuestado, la serie de interrogantes y/o ítems cuya característica es la estructuración, planificación y completadas por un encuestador frente a quien va



respondiendo” (p. 212). El registro, para recabar información de las historias clínicas de todas y cada una de las adolescentes cesareadas durante el período mayo a diciembre de 2017.

Para la recolección de los datos de las historias clínicas, se utilizó un formulario que fue llenado por el investigador; luego la información recolectada fue ingresada en el programa de Excel y analizada en el programa SPSS.

### **3.5.2 Instrumento de recolección de datos**

#### **3.5.2.1. Cuestionario para recoger información.**

En el estudio se usó el cuestionario. Según Rodríguez (2005) “conciérne a una forma concreta de la técnica de observación, logrando que el que investiga centre su atención en aspectos precisos y sean sujetos a determinadas circunstancias” (p. 98).

#### **3.5.2.2. Instrumento para medir la variable Cesárea en adolescentes**

Se utilizó la Ficha de Registro para recabar la información que se consigna en la historia clínica perinatal e historia clínica hospitalaria de todas y cada una de las unidades de análisis de la presente investigación

## **3.6 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO DE DATOS**

### **3.6.1. Aplicación de los instrumentos.**

#### **Cuestionario:**

Se aplicó en un tiempo de 30 minutos a las 48 horas de realizado la cesárea, captándolas en su unidad asignada. Se le explicó en primera instancia los

objetivos y los propósitos de la investigación; pasando luego de su aceptación a firmar el consentimiento informado.

### **Cesárea en adolescentes**

Se tomó la historia clínica perinatal y hospitalaria de las adolescentes cesareadas en la unidad de Obstetricia para pasar al registro de los datos en la ficha respectiva.

## **3.7 TRATAMIENTO ESTADÍSTICO**

Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 24; como también el programa Excel 2016.

Por la naturaleza de las variables de estudio, para la prueba de hipótesis se utilizó la estadística inferencial a través de la Chi cuadrada, con ello determinar el grado de asociación entre nuestras variables de estudio.

## **3.8 SELECCIÓN, VALIDACIÓN Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS**

### **3.8.1. Validez por juicio de expertos:**

Hernández et al (2010) manifestó que: “La eficacia de un instrumento, a través del cual mide una variable. (p.201). (56)

En el presente estudio, empleamos la historia clínica perinatal y la historia clínica hospitalaria, los cuales son instrumentos validados por los organismos nacionales e internacionales. El cuestionario como instrumento para recoger información, fue validado a través de juicio de expertos, para recoger información general socio económica de las adolescentes

## **3.9 ORIENTACIÓN ÉTICA**

Las autoras de la presente investigación, fueron parte de la institución de salud como es el HOSPITAL REGIONAL DE MEDICINA TROPICAL JULIO

CESAR DEMARINI CARO, LA MERCED en calidad de Internas de Obstetricia durante el período 2017 – 2018. Por lo tanto, como parte del equipo de salud, los datos recolectados y los resultados que se presentan a través del presente informe de tesis, son datos reales y recabados de fuente primaria, con el consentimiento informado de las usuarias y familiares sometidas a estudio.

## **CAPÍTULO IV**

### **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

#### **4.1 DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO**

El trabajo fue desarrollado durante los meses de mayo a diciembre de 2017, período de tiempo en que las autoras de la presente investigación, fueron parte del HOSPITAL REGIONAL DE MEDICINA TROPICAL JULIO CESAR DEMARINI CARO, LA MERCED en calidad de Internas de Obstetricia durante los meses de mayo 2017 y enero 2018 (ver anexo 4). Por lo tanto, como parte del equipo de salud, los datos recolectados y los resultados que se presentan a través del presente informe fueron recabados de fuente primaria durante el período de atención del parto y el de convalecencia post cesárea.

#### **4.2 PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS**

**CUADRO N° 01**

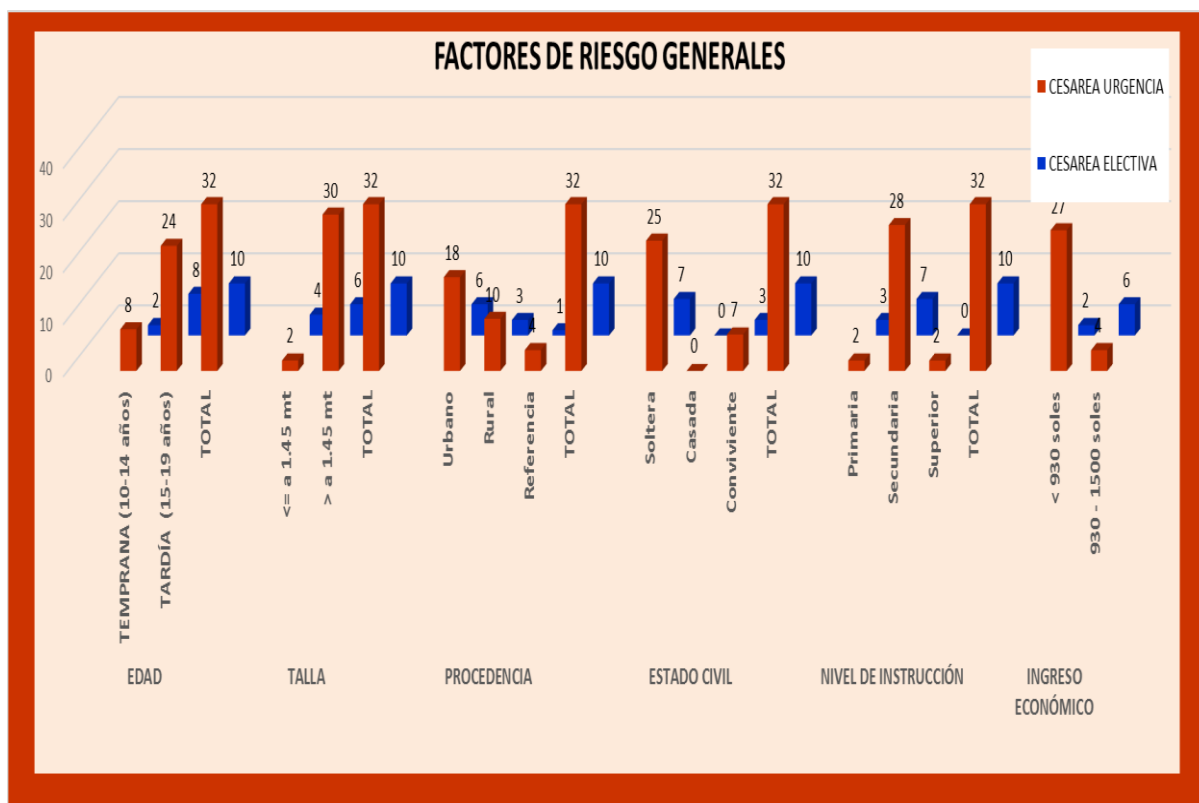
**FACTORES DE RIESGO GENERALES ASOCIADO A CESAREAS EN  
ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE MEDICINA  
TROPICAL JULIO CESAR DEMARINI CARO, LA MERCED – 2017**

FACTORES DE RIESGO GENERALES DE LA ADOLESCENTE		CESAREA				TOTAL	
		URGENCIA		ELECTIVA			
		N°	%	N°	%	N°	%
<b>EDAD</b>							
VÁLIDOS	TEMPRANA (10-14 años)	8	19.05	2	4.76	10	23.81
	TARDÍA (15-19 años)	24	57.14	8	19.05	32	76.19
	<b>TOTAL</b>	32	76.19	10	23.81	42	100.00
<b>TALLA</b>							
VÁLIDOS	<= a 1.45 m	2	4.76	4	9.52	6	14.29
	> a 1.45 m	30	71.43	6	14.29	36	85.71
	<b>TOTAL</b>	32	76.19	10	23.81	42	100.00
<b>PROCEDENCIA</b>							
VÁLIDOS	Urbano	18	42.86	6	14.29	24	57.14
	Rural	10	23.81	3	7.14	13	30.95
	Referencia	4	9.52	1	2.38	5	11.90
	<b>TOTAL</b>	32	76.19	10	23.81	42	100.00
<b>ESTADO CIVIL</b>							
VÁLIDOS	Soltera	25	59.52	7	16.67	32	76.19
	Casada	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	Conviviente	7	16.67	3	7.14	10	23.81
	<b>TOTAL</b>	32	76.19	10	23.81	42	100.00
<b>NIVEL DE INSTRUCCIÓN</b>							
VÁLIDOS	Primaria	2	4.76	3	7.14	5	11.90
	Secundaria	28	66.67	7	16.67	35	83.33
	Superior	2	4.76	0	0.00	2	4.76
	<b>TOTAL</b>	32	76.19	10	23.81	42	100.00
<b>INGRESO ECONÓMICO/MENSUAL</b>							
VÁLIDOS	< 930 soles	27	64.29	2	4.76	29	69.05
	930 - 1500 soles	4	9.52	6	14.29	10	23.81
	> 1500 soles	1	2.38	2	4.76	3	7.14
	<b>TOTAL</b>	32	76.19	10	23.81	42	100.00

FUENTE: Historia Clínica - Ficha de recolección de datos

## GRÁFICO N° 01

### FACTORES DE RIESGO GENERALES ASOCIADO A CESAREAS EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE MEDICINA TROPICAL JULIO CESAR DEMARINI CARO, LA MERCED – 2017



FUENTE: Historia Clínica - Ficha de recolección de datos

### INTERPRETACIÓN

En el cuadro estadístico y gráfico N° 01, se evidencian los factores de riesgo generales asociados a cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Medicina Tropical Dr. Julio César Demarini Caro – La Merced, 2017; del cual podemos extraer lo siguiente:

La edad más frecuente en las adolescentes, está comprendida en aquellas que tienen entre 15 – 19 años en un 76,19% (32), comparado con las que tienen entre 10-14 años en un 23,81% (10). Mientras que la talla más frecuente en las

adolescentes, son las que están comprendidas en > a 1.45 m en un 85,71% (36)., comparado con las que tienen <= a 1.45 m en 14,29% (06)

De la misma manera, se presentan que en mayor porcentaje en un 57.14% (24) proceden de la zona urbana; en tanto que en un 30,95% (13) proceden de zona rural y un 11,90% (05) proceden con referencia de otros establecimientos de salud. El 76,19% (32) de las adolescentes son solteras, en tanto que, el 23.81% (10) son convivientes y no habiendo adolescentes casadas. En cuanto a nivel de instrucción, el 83.33% (35) tienen estudios secundarios; el 11.90% (05) tienen estudios primarios, el 4.76% (02) viene cursando estudios superiores.

Asimismo, se observa en los resultados presentados en el cuadro N° 1 que, el ingreso económico familiar mensual en el 69.05% (29) es de < a 930 soles, mientras que en el 23.81% (10) son de 930 – 1500 soles; y, en el 7.14% (03) son mayores a 1500 soles.

**CUADRO N° 02**

**FACTORES DE RIESGO ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS ASOCIADOS A CESAREAS EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE MEDICINA TROPICAL JULIO CESAR DEMARINI CARO, LA MERCED - 2017**

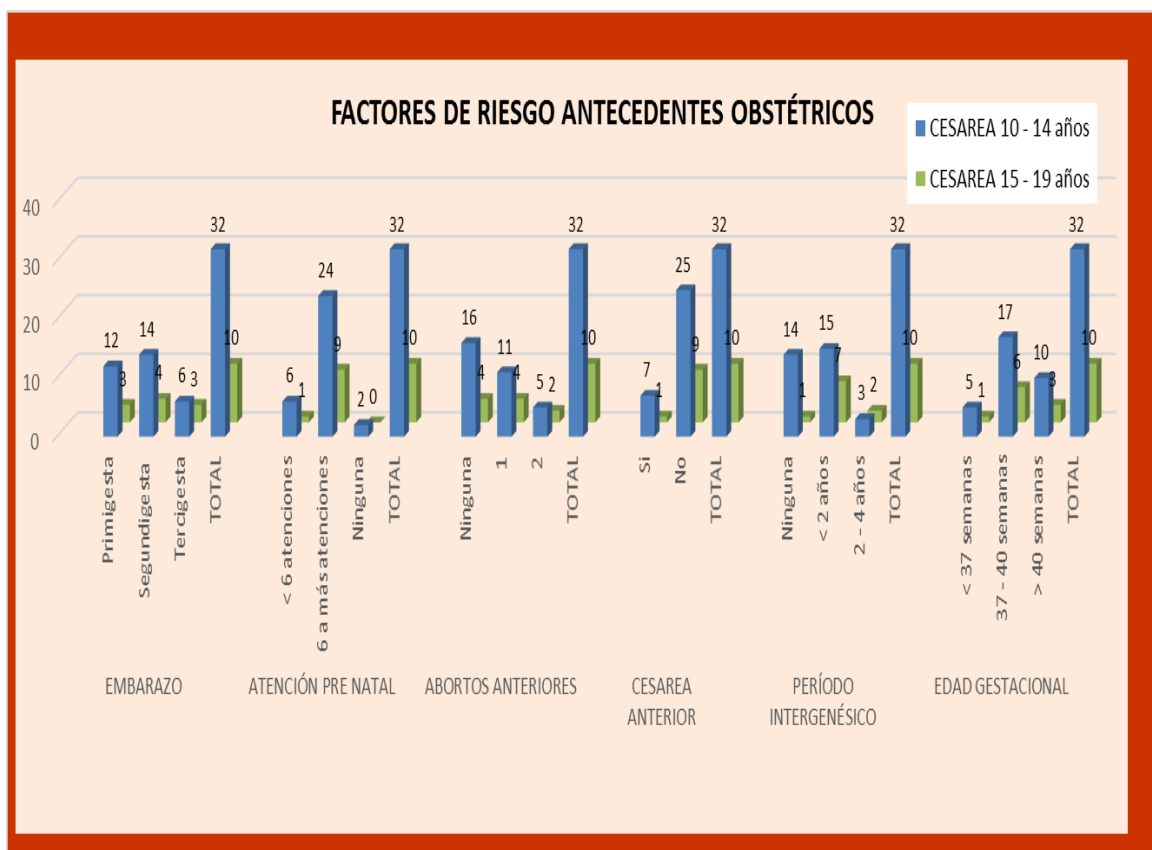
FACTORES DE RIESGO ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS DE LA ADOLESCENTE		CESAREA				TOTAL	
		URGENCIA		ELECTIVA			
		N°	%	N°	%	N°	%
<b>EMBARAZO</b>							
VÁLIDOS	Primigesta	12	28.57	3	7.14	15	35.71
	Segundigesta	14	33.33	4	9.52	18	42.86
	Tercigesta	6	14.29	3	7.14	9	21.43
	<b>TOTAL</b>	32	76.19	10	23.81	42	100.00
<b>ATENCIÓN PRE NATAL</b>							
VÁLIDOS	< 6 atenciones	6	14.29	1	2.38	7	16.67
	6 a más atenciones	24	57.14	9	21.43	33	78.57
	Ninguna	2	4.76	0	0.00	2	4.76
	<b>TOTAL</b>	32	76.19	10	23.81	42	100.00
<b>ABORTOS ANTERIORES</b>							
VÁLIDOS	Ninguna	16	38.10	4	9.52	20	47.62
	1	11	26.19	4	9.52	15	35.71
	2	5	11.90	2	4.76	7	16.67
	<b>TOTAL</b>	32	76.19	10	23.81	42	100.00
<b>CESAREA ANTERIOR</b>							
VÁLIDOS	Si	7	16.67	1	2.38	8	19.05
	No	25	59.52	9	21.43	34	80.95
	<b>TOTAL</b>	32	76.19	10	23.81	42	100.00
<b>PERÍODO INTERGENÉSICO</b>							
VÁLIDOS	Ninguna	14	33.33	1	2.38	15	35.71
	< 2 años	15	35.71	7	16.67	22	52.38
	2 - 4 años	3	7.14	2	4.76	5	11.90
	<b>TOTAL</b>	32	76.19	10	23.81	42	100.00
<b>EDAD GESTACIONAL</b>							
VÁLIDOS	< 37 semanas	5	11.90	1	2.38	6	14.29
	37 - 40 semanas	17	40.48	6	14.29	23	54.76
	> 40 semanas	10	23.81	3	7.14	13	30.95
	<b>TOTAL</b>	32	76.19	10	23.81	42	100.00

FUENTE: Historia Clínica - Ficha de recolección de datos



## GRÁFICO N° 02

### FACTORES DE RIESGO ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS ASOCIADOS A CESAREAS EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE MEDICINA TROPICAL JULIO CESAR DEMARINI CARO, LA MERCED - 2017



FUENTE: Historia Clínica - Ficha de recolección de datos

### INTERPRETACIÓN

En el cuadro estadístico y gráfico N° 02, se evidencian los factores de riesgo antecedentes obstétricos asociados a cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Medicina Tropical Dr. Julio César Demarini Caro – La Merced, 2017; del cual podemos extraer lo siguiente:

En las adolescentes en estudio, se evidencia que en mayor porcentaje 42.86% (18) son segundigestas, mientras que el 35.71% (15) son primigestas y el 21.43% (09)

son tercigestas.

En cuanto al número de atenciones prenatales, se registra que el 78.57% (33) tuvo de 6 o más controles; el 16.67% (07) tuvo < de 6 atenciones; y el 4.76% (02) no tuvo atención alguna.

De la misma manera, se registra que el 47.62% (20) de las adolescentes no tuvo aborto alguno; mientras que el 35.71% (15) ha tenido 1 aborto; y el 16.67% (07) tuvo 2 abortos.

La condición de haber sido cesareadas anteriormente, se registra que el 80.95% (34) no tuvo esa condición; mientras que el 19.05% (08) ya tuvo cesárea en parto anterior.

Respecto al período intergenésico se evidencia que en el 52.38% (22) fue de < a 2 años; en tanto que en el 11.90% (05) fue de 2 – 4 años. Asimismo, en el 35.71% (15) no se muestra tal condición por ser primigestas.

Respecto a edad gestacional, se registra que el 54.76% (23) tuvo de 37 a 40 semanas de gestación; mientras que el 30.95% (13) tuvo mayor a 40 semanas; y el 14.29% (06) tuvo menor a 37 semanas de gestación.

**CUADRO N° 03**

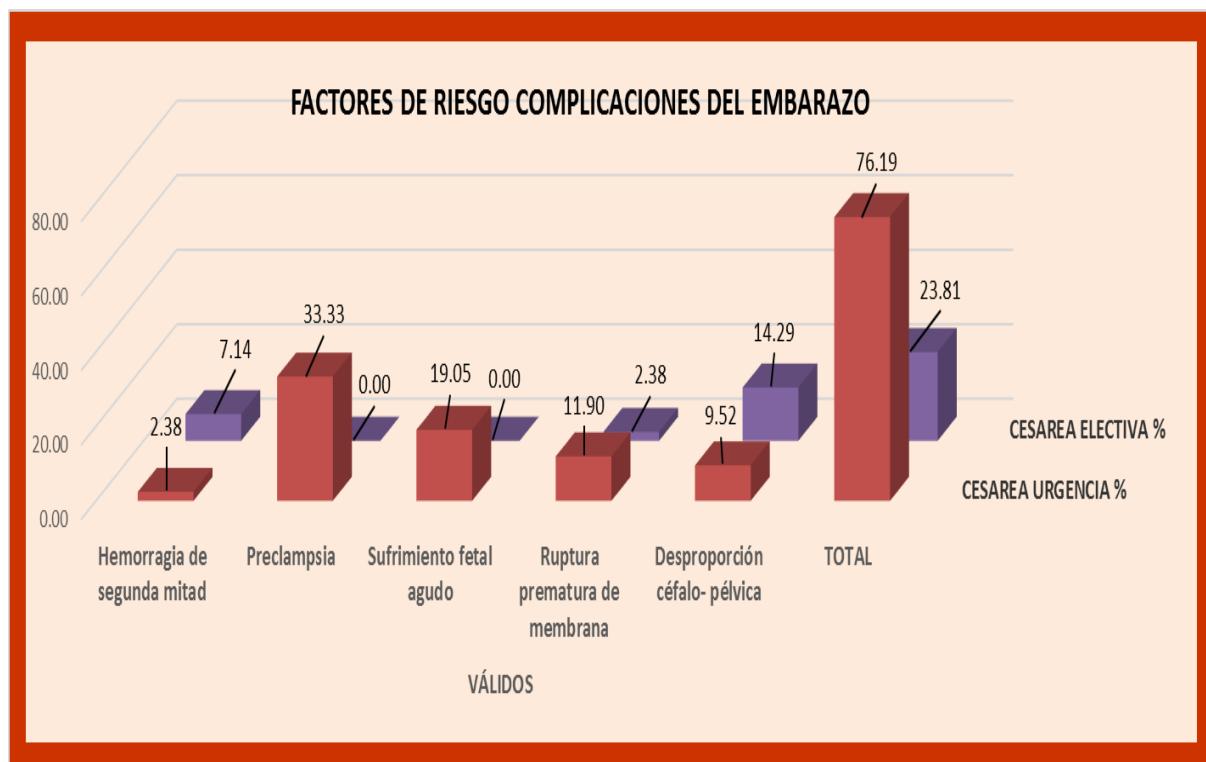
**FACTORES DE RIESGO COMPLICACIONES DEL EMBARAZO ASOCIADOS A CESAREAS EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE MEDICINA TROPICAL JULIO CESAR DEMARINI CARO, LA MERCED - 2017**

FACTORES DE RIESGO COMPLICACIONES DEL EMBARAZO DE LA ADOLESCENTE		CESAREA				TOTAL	
		URGENCIA		ELECTIVA		N°	%
		N°	%	N°	%		
VÁLIDOS	Hemorragia de segunda mitad del embarazo	1	2.38	3	7.14	4	9.52
	Preeclampsia	14	33.33	0	0.00	14	33.33
	Sufrimiento fetal agudo	8	19.05	0	0.00	8	19.05
	Ruptura prematura de membrana	5	11.90	1	2.38	6	14.29
	Desproporción céfalo- pélvica	4	9.52	6	14.29	10	23.81
	<b>TOTAL</b>	<b>32</b>	<b>76.19</b>	<b>10</b>	<b>23.81</b>	<b>42</b>	<b>100.00</b>

FUENTE: Historia Clínica - Ficha de recolección de datos

**GRÁFICO N° 03**

**FACTORES DE RIESGO COMPLICACIONES DEL EMBARAZO ASOCIADOS A CESAREAS EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE MEDICINA TROPICAL JULIO CESAR DEMARINI CARO, LA MERCED - 2017**



FUENTE: Historia Clínica - Ficha de recolección de datos

## INTERPRETACIÓN

En el cuadro estadístico y gráfico N° 03, se evidencian los factores de riesgo complicaciones del embarazo y parto asociados a cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Medicina Tropical Dr. Julio César Demarini Caro – La Merced, 2017; del cual podemos extraer lo siguiente:

En las adolescentes en estudio, se evidencia una mayor presencia en los factores de riesgo complicaciones del embarazo, la preeclampsia en un 33.33% (14); en tanto que, desproporción céfalo-pélvica se manifiesta en un 23.81% (10). Se evidencia también en un 19.05% (08) la presencia el sufrimiento fetal agudo; consecuentemente se manifiesta también de ruptura prematura de membrana en un 14.29% (06). La presencia de hemorragia de la segunda mitad se manifiesta en el 9.52% (04) en este tipo de factor de riesgo en las adolescentes sometidas a estudio.

Se evidencia también en el estudio que, el 76.19% (32) de las adolescentes tuvieron cesárea de urgencia; en tanto que, el 23.81% (10) tuvo cesárea electiva

**CUADRO N° 04**

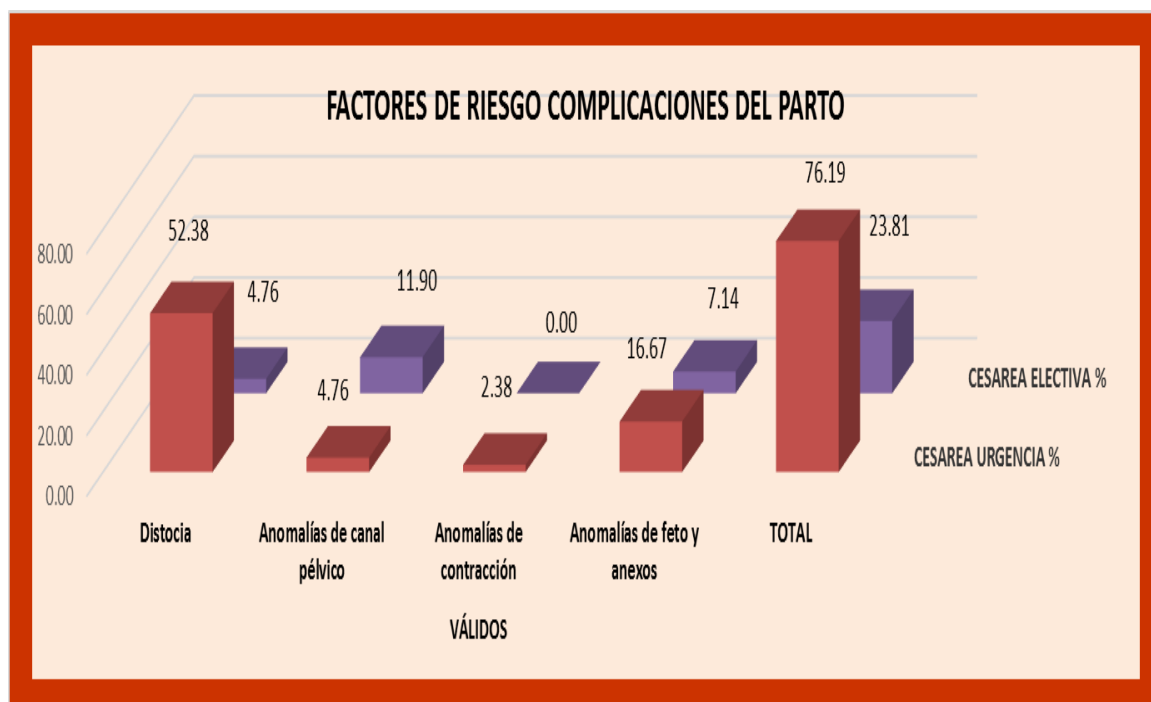
**FACTORES DE RIESGO COMPLICACIONES DEL PARTO ASOCIADOS A CESAREAS EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE MEDICINA TROPICAL JULIO CESAR DEMARINI CARO, LA MERCED - 2017**

FACTORES DE RIESGO COMPLICACIONES DEL PARTO DE LA ADOLESCENTE		CESAREA				TOTAL	
		URGENCIA		ELECTIVA			
		N°	%	N°	%	N°	%
VÁLIDOS	Distocia	22	52.38	2	4.76	24	57.14
	Anomalías de canal pélvico	2	4.76	5	11.90	7	16.67
	Anomalías de contracción	1	2.38	0	0.00	1	2.38
	Anomalías de feto y anexos	7	16.67	3	7.14	10	23.81
	<b>TOTAL</b>	<b>32</b>	<b>76.19</b>	<b>10</b>	<b>23.81</b>	<b>42</b>	<b>100.00</b>

FUENTE: Historia Clínica - Ficha de recolección de datos

**GRÁFICO N° 04**

**FACTORES DE RIESGO COMPLICACIONES DEL PARTO ASOCIADOS A CESAREAS EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE MEDICINA TROPICAL JULIO CESAR DEMARINI CARO, LA MERCED - 2017**



FUENTE: Historia Clínica - Ficha de recolección de datos

## INTERPRETACIÓN

En el cuadro estadístico y gráfico N° 04, se evidencian los factores de riesgo complicaciones del embarazo y parto asociados a cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Medicina Tropical Dr. Julio César Demarini Caro – La Merced, 2017; del cual podemos extraer lo siguiente:

En las adolescentes en estudio, dentro de los factores de riesgo complicaciones del parto, se evidencia una mayor presencia de las distocias en un 43.75% (14); Se evidencia también en un 31.25% (10) la presencia de anomalías del feto y anexos; en tanto que, las anomalías del canal pélvico - genital se manifiestan en un 21.88% (07); consecuentemente se manifiesta también las anomalías de contracción en un 3.13% (01).

**CUADRO N° 05**

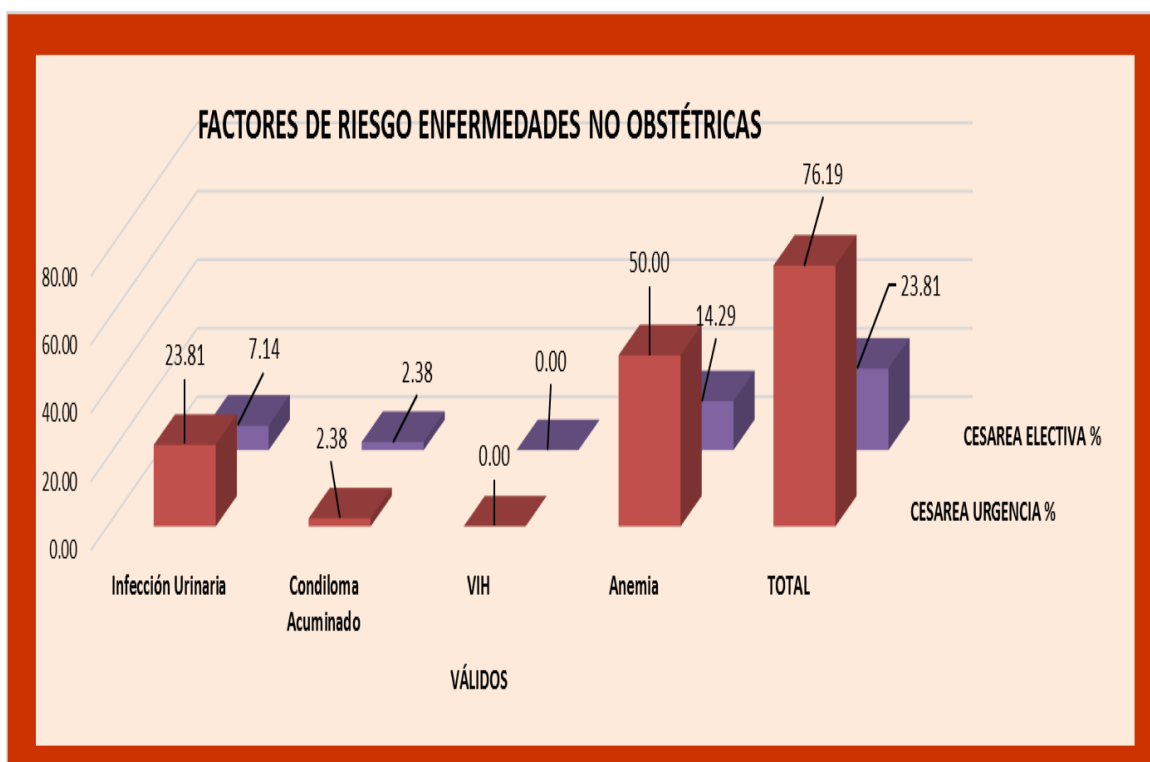
**FACTORES DE RIESGO ENFERMEDADES NO OBSTÉTRICAS ASOCIADOS A CESAREAS EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE MEDICINA TROPICAL JULIO CESAR DEMARINI CARO, LA MERCED – 2017**

FACTORES DE RIESGO ENFERMEDADES NO OBSTÉTRICAS ASOCIADOS EN LA ADOLESCENTE		CESAREA				TOTAL	
		URGENCIA		ELECTIVA			
		N°	%	N°	%	N°	%
VÁLIDOS	Infección Urinaria	10	23.81	3	7.14	13	30.95
	Condiloma Acuminado	1	2.38	1	2.38	2	4.76
	VIH	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	Anemia	21	50.00	6	14.29	27	64.29
	<b>TOTAL</b>	<b>32</b>	<b>76.19</b>	<b>10</b>	<b>23.81</b>	<b>42</b>	<b>100.00</b>

FUENTE: Historia Clínica - Ficha de recolección de datos

**GRÁFICO N° 05**

**FACTORES DE RIESGO ENFERMEDADES NO OBSTÉTRICAS ASOCIADOS A CESAREAS EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE MEDICINA TROPICAL JULIO CESAR DEMARINI CARO, LA MERCED – 2017**



FUENTE: Historia Clínica - Ficha de recolección de datos

## INTERPRETACIÓN

En el cuadro estadístico y gráfico N° 05, se evidencian los factores de riesgo Enfermedades no obstétricas asociados a cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Medicina Tropical Dr. Julio César Demarini Caro – La Merced, 2017; del cual podemos extraer lo siguiente:

Se puede evidenciar dentro de los factores de riesgo enfermedades no obstétricas, una alta incidencia de anemia entre las adolescentes en estudio en un 64.29% (27); de igual manera se evidencia la presencia de Infección urinaria en un 30.95% (13); Mientras que la presencia de condiloma se presenta en el 4.76% (02) de la muestra en estudio. No evidenciándose presencia de VIH.

### 4.3 PRUEBA DE HIPÓTESIS

#### **Hipótesis general de la investigación**

**Ho:** No Existe relación significativa entre los factores de riesgo asociados a cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Medicina Tropical Dr. Julio César Demarini Caro - La Merced, 2017

**Ha:** Existe relación significativa entre los factores de riesgo asociados a cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Medicina Tropical Dr. Julio César Demarini Caro - La Merced, 2017

Al someter las variables de estudio Factores de riesgo asociado a cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Medicina Tropical Dr. Julio César Demarini Caro – La Merced, 2017 al respectivo contraste hipotético, haciendo uso de la técnica estadística inferencial no paramétricas de la Chi Cuadrada; se procede a hallar los valores de la  $X^2_c$  y la  $X^2_t$  respectivamente a través del siguiente cuadro:



CUADRO N° 06

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A CESAREAS EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE MEDICINA TROPICAL Dr. JULIO CESAR DEMARINI CARO, LA MERCED - 2017

VÁLIDOS	FACTORES DE RIESGO	CESAREA				TOTAL	
		FAVORABLE		RIESGO		N°	%
		N°	%	N°	%		
	ALTO	7	16.67	16	38.10	23	54.76
	MODERADO	11	26.19	4	9.52	15	35.71
	BAJO	4	9.52	0	0.00	4	9.52
	<b>TOTAL</b>	22	52.38	20	47.62	42	100.00

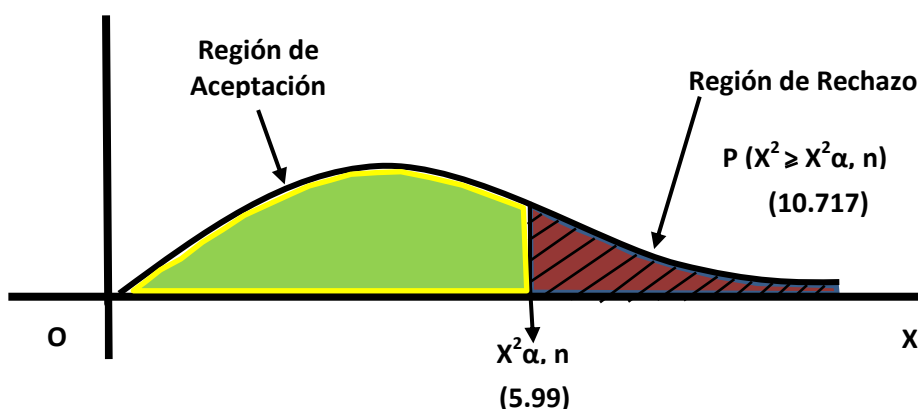
FUENTE: Historia Clínica - Ficha de recolección de datos

Se procedió al **Análisis Estadístico** correspondiente, hallando según el programa SPSS v 24:

Análisis estadísticos	Valor	gl
$\chi^2_c$	10.717 <sup>a</sup>	2
$\chi^2_t$	5.99	
N° de casos válidos	42	
$\alpha$	0.05	

Para proceder a tomar la **DECISIÓN**:

**Región Crítica:**



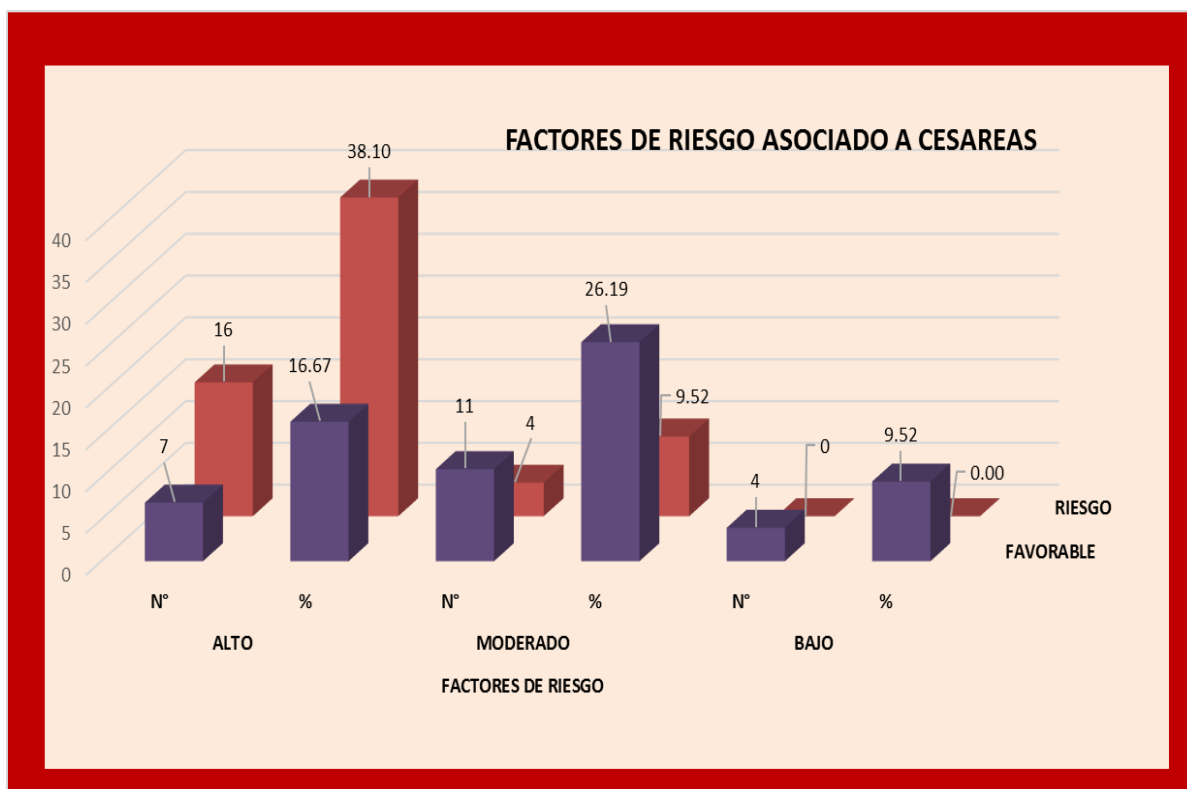
$$X^2_c = 10.717 > X^2_t = 5.99 \text{ (gl} = 2, \alpha = 0.05)$$

Si  $X^2_c > X^2_t \rightarrow$  Ho: Se rechaza

Ha: Se acepta

## GRÁFICO N° 06

### FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A CESAREAS EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE MEDICINA TROPICAL JULIO CESAR DEMARINI CARO, LA MERCED - 2017



FUENTE: Historia Clínica - Ficha de recolección de datos

#### INTERPRETACIÓN

En el cuadro estadístico y gráfico N° 06, se evidencian los factores de riesgo asociados a cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Medicina Tropical Dr. Julio César Demarini Caro – La Merced, 2017; del cual podemos extraer lo siguiente:

Se puede evidenciar en el estudio en un 54.76% (23) una alta presencia de factores de riesgos asociados a los embarazos entre las adolescentes; dentro de ellos, factores generales, antecedentes obstétricos, complicaciones del embarazo y parto, así también, enfermedades no obstétricas asociadas; mientras que la presencia de

riesgo moderado se presentó en un 35.71% (15); y un 9.52% (04) la presencia de bajo riesgo.

Del mismo modo, el manejo y evolución de las cesáreas en las adolescentes en estudio, fue favorable en el 54.76% (23) de los casos; y en el 35.71% (00) se tuvo presencia de cierto grado de riesgo.

Luego de hallar por intermedio de la  $X^2$  y su fórmula correspondiente, a través de las frecuencias observadas y las frecuencias esperadas, una  $X^2_c = 10.717$  y una  $X^2_t = 5.99$ , con 2 grados de libertad y nivel de significancia de  $\alpha = 0.05$ . Por lo que, teniendo una  $X^2_c > X^2_t$ , rechazamos la hipótesis nula y aceptamos la hipótesis alterna, confirmando la existencia de relación estadística significativa entre las variables de estudio, factores de riesgo asociado a cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Medicina Tropical Dr. Julio César Demarini Caro – La Merced, 2017.

#### 4.4 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El embarazo en adolescentes, es un común denominador en todas las latitudes; asimismo, hay un unánime consenso designándolo como embarazo muy precoz; ya que, a esta edad todavía el ser humano ha alcanzado su maduración emocional para afrontar la maternidad; aunque en otras culturas se propone que el inicio de la maternidad debería de iniciarse a temprana edad, considerando la definición anterior como contraria a sus ideales.

Teniendo en consideración que la cesárea es una intervención quirúrgica implementado para extraer al feto, mediante procedimientos de laparotomía e histerotomía, siempre y cuando se presenta dificultades en el parto por vía natural. La cesárea, es conocida décadas atrás; y es a través del tiempo que fue sufriendo cambios sustanciales en sus técnicas. En sus orígenes se consideraba como intervención temible, ya que producía altas tasas de morbi-mortalidad materno-fetal. Hoy en día, se considera como un procedimiento útil y muy apreciado, por los progresos en anestesia, analgesia, transfusión sanguínea y administración de antimicrobianos como soporte científico y técnico de las cesáreas. Estos logros, si bien es cierto que disminuyeron la morbi-mortalidad materno-neonatal, continúa teniendo ciertos riesgos al haber fomentado su abuso.

La indicación médica para la realización de cesárea, es la presencia de factores de riesgo que ponen riesgo la vida del binomio madre-niño. Es así que, la frecuencia de los nacimientos por cesáreas va en aumento paulatino en muchos países; es así que, la ENDES en el año 2010, reporta que a nivel nacional un 20.4% de los nacimientos fueron por cesárea, esto respecto al 12.7% de diez años anteriores; por lo tanto, este procedimiento quirúrgico no está exento de complicaciones (6). Bremen de Mucio, asesor regional en Salud Sexual y Reproductiva del CLAP de la

OPS/OMS, advierte que "La intervención reiterada y continua de cesáreas, expone al aumento de riesgo en mujeres a nuevos problemas de salud; entre ellos, la inserción anormal de placenta, que en el segundo episodio de cesárea alcanza al 40.00% de los casos; y a partir de la tercera supera los 60.00%, configurando un riesgo de muerte materna por hemorragia".

Dentro de nuestra investigación, se evidencia adolescentes quienes ya experimentaron embarazos anteriores; es así que, el 42.86% son segundigestas, y el 21.43% son tercigestas. Caso preocupante, es que el 35.71% de las adolescentes en estudio tuvo 1 aborto; y el 16.67% experimentó 2 abortos, ello nos lleva a analizar las repercusiones en la salud sexual y reproductiva futura de estas adolescentes.

Debido a que la incidencia en Latinoamérica de las cesáreas se incrementa, hasta el punto que su promedio fue de un 15.0% a un 33.0% en los últimos 25 años; del mismo modo, los riesgos de enfermar y morir de la madre y su producto, también se incrementan. El aumento de las tomas de decisión de implementar las cesáreas, no progresa ni mejora la morbimortalidad materna; por el contrario, incrementa los costos de hospitalización y pone en riesgo, comprometiendo el futuro obstétrico de las mujeres debido a la presencia de una cicatriz en el útero. Los resultados perinatales del mismo modo, se ven complicados por incremento en la incidencia de morbilidad metabólica, respiratoria e infecciosa. En conclusión, los que nacen a través de cesárea, son dos veces más susceptibles de morir durante el periodo neonatal, en relación a aquellos nacidos por parto vaginal. (16)

La información y resultados en el presente estudio de investigación, está encaminada a evaluar los factores de riesgo presentes en las usuarias adolescentes, las cuales conllevan a los partos a través de cesáreas; entre ellas, los factores generales, factores de antecedentes obstétricos, factores de

complicaciones durante el embarazo, complicaciones durante el parto, sumándose a ellos también, factores de riesgo no obstétricos; para posteriormente relacionar y determinar la existencia de relación con los procedimientos quirúrgicos como las cesáreas.

La información recolectada, se llevaron a cabo de las atenciones a las usuarias que fueron sometidas a cesárea y recopiladas y evaluados los antecedentes y factores de riesgos de las historias clínicas del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Regional de Medicina Tropical Dr. Julio Cesar Demarini Caro. El análisis estadístico de la investigación descriptiva prospectiva, presenta una aproximación de la realidad de una cultura sexual y reproductiva de adolescentes que habitan en la zona de selva central del Perú como la ciudad de La Merced y su compromiso y responsabilidad con su atención de salud y la de su producto.

En el Hospital Regional de Medicina Tropical Dr. Julio Cesar Demarini Caro se cuenta con una población de usuarias con condiciones socio-culturales, económicas y religiosas diversas. El levantamiento de información se realizó por medio de un formulario previamente validado y recopilado por sus investigadoras durante el período del internado hospitalario durante los meses de mayo de 2017 a enero de 2018 recolectando la información integral y completa con el adecuado control de calidad de los datos.

Suzanne Serruya, directora del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), oficina regional para las Américas de la OMS. Sostuvo que: "Resulta preocupante que casi cuatro de cada diez partos sean por cesárea en la región", Del mismo modo, refirió que: "Los médicos, las obstetras, las enfermeras, así como todos los responsables del planteamiento y formulación de políticas sanitarias; sobre todo, las madres y padres de familia y la sociedad en su conjunto, debemos trabajar de la mano para reducir

las intervenciones y apelar a cesárea, únicamente cuando sea imprescindible por razones médicas".

En toda la población, son aún desconocidas las complicaciones que tienen las altas tasas de cesárea sobre ciertos aspectos de la salud de la madre y del producto. Se requiere de más investigaciones para tratar las repercusiones de las cesáreas en relación al bienestar psicológico, cultural y social de las mujeres que las experimentaron.

Las adolescentes según algunos autores en sus respectivas publicaciones, indican que se embarazan en su mayoría debido a la pobreza, al funcionamiento familiar inadecuado, abandono escolar y la inclusión temprana al mercado laboral. En tanto que otros señalan que complicaciones en cesáreas no tienen que ver con la edad sino con menor acceso a servicios. Es así que, GONZALES C. Y COL. En el año 2012 en su estudio de investigación "Indicaciones de Cesárea Segmentaria en Adolescentes en el Hospital Universitario Dr. Luis Razetti, Barcelona. Estado Anzoátegui" Venezuela reportó que el grupo etario con mayor número de cesáreas fue el comprendido entre 18 y 19 años con un 48%. (19). Lo hallado en esta investigación, se asemeja a lo encontrado en la nuestra; ya que, la edad más frecuente en las adolescentes sometidas a cesárea son las que están comprendida entre 15 – 19 años en un 76,19%; siendo mínimas en aquellas cuyas edades están comprendidas entre 10-14 años en un 23,81%. Del mismo modo, como factor de riesgo también consideramos la talla de las adolescentes, encontrando que el 14,29% tienen menor o igual a 1.45 m. El 76,19% de las adolescentes son solteras. El 83.33% tiene estudios secundarios. El 69.05% tiene ingresos económicos familiares menores a 930 soles mensuales.

Del mismo modo **GONZALES C. Y COL** (19) refiere que la indicación de cesárea segmentaria fue la desproporción feto pélvica con un 32.43%; asimismo, la anemia

en sus diferentes estadios clínicos, presentándose en un 43.18% de los casos estudiados. De las adolescentes con indicación de cesárea segmentaria para este periodo el 13.42% manifestó antecedente de cesárea. En nuestro estudio, se evidenció una alta incidencia de anemia entre las adolescentes en estudio en un 64.29%; el factor de riesgo desproporción céfalo-pélvica se manifestó en un 23.81%; mientras que, se registró un 80.95% no tuvo cesárea anterior, mientras que el 19.05%, si las tuvo.

Similares resultados a los hallado en nuestro estudio, fueron los reportados por Ramón Salinas Avalos (58), el cual refiere que la incidencia de cesáreas, se indican dependiendo a la etapa de la adolescencia; el mismo que señala que la tasa de cesárea se presenta en 20.00% más en la adolescencia tardía en relación a la adolescencia temprana. Asimismo, está relacionado al número de embarazos adolescentes, las mismas que son más frecuentes durante período tardío.

De igual conclusión y evidencia en su estudio realizado, es lo señalado por Pedro Abad (24) sobre cesáreas en adolescentes, Hospital Hipólito Unánue, el mismo que asevera que, dentro de nuestro ámbito, la cesárea es más frecuente entre los 17 y 19 años de edad. Señala del mismo modo que, las indicaciones de prioridad en esta etapa son: desproporción céfalo-pélvica en un 66.66%; distocia de presentación en un 33.33%. Refiere también que, en la adolescencia tardía las causas principales para cesáreas son: desproporción céfalo-pélvica en un 16.50%; distocia de la presentación en un 16.50% y sufrimiento fetal agudo en un 14.60%.

Nuestro país y nuestra región, no es ajeno al contexto Latinoamericano, ya que MJ Avanza y colaboradores en su estudio "Frecuencia e indicaciones de cesárea en la población adolescente de un centro hospitalario", refiere que las indicaciones más habituales de cesárea en adolescentes son: cesárea previa en un 31.10%, sufrimiento fetal agudo 20.10%, falta de la progresión de la presentación 16.00%,



presentación pelviana 12.00%, desproporción céfalo-pélvica 5,50%, preeclampsia y/o eclampsia 5.50%, RCIU 4.50%, patologías maternas 2.50%, hemorragia del tercer trimestre 2.0%, otros 0.2% (22). Ignacio Lee Santo reporta similares resultados, el mismo que menciona que las indicaciones más frecuentes de cesárea fueron: cesárea previa (35.30%) y la desproporción céfalo-pélvica (20.50%) (59). De igual manera Claudia Urbina y José Pacheco en su estudio en el Hospital Nacional EsSalud Edgardo Rebagliati Martins de la ciudad de Lima, concluyen que, las principales indicaciones de cesárea en adolescentes fueron el sufrimiento fetal agudo en un 12.40%; distocia de presentación en un 11.80%; preeclampsia en un 10.80%, cesárea anterior en un 9.10%, incompatibilidad céfalo-pélvica en un 8.10%, trabajo de parto disfuncional en un 5.90% y otros en un 41.30% (60) .

En nuestra investigación, los factores de riesgo se clasificaron en complicaciones del embarazo, complicaciones del parto, patologías no obstétricas asociadas, encontrando que las indicaciones para parto por cesáreas en adolescentes fueron: las distocias en un 43.75%; las anomalías del feto y anexos en un 31.25%; las anomalías del canal pélvico-genital en un 21.88%; consecuentemente las anomalías de contracción en un 3.13%

Asimismo, se evidenció la presencia de preeclampsia en el 33.33%; el sufrimiento fetal agudo en un 19.05%; ruptura prematura de membrana en un 14.29%; hemorragia de la segunda mitad se manifestó en el 9.52%.

En referencia al instante de la intervención del procedimiento quirúrgico, ya sea de emergencia o programada o también llamada cesárea electiva, se poseen diversos panoramas; es así que, MJ Avanza (61) afirma que en un 56.00% de las adolescentes la cesárea fue programada, es decir se evaluaron y se tomaron decisiones antes del parto. En tanto, otros autores como Pedro Abad afirma lo contrario a lo vertido por MJ Avanza, señalando que en gran porcentaje de los

casos de cesárea en adolescentes fueron intervenidos de emergencias en el 85.30% (24). Nuestra investigación comparte los resultados reportados por Pedro Abad, ya que encontramos que, el 76.19% de las intervenciones de cesárea en las adolescentes fueron cesáreas de urgencia; en tanto que, el 23.81% fueron cesáreas electivas.

En nuestro estudio, se evidencia dentro de los factores de antecedentes obstétricos, que las adolescentes en un 78.57% (33) tuvo de 6 o más controles prenatales; el 16.67% (07) tuvo menor de 6 atenciones prenatales; y el 4.76% (02) no tuvo atención alguna. Del mismo modo, respecto al período intergenésico se encontró que las adolescentes en un 52.38% tuvo un período intergenésico menor a 2 años. Respecto a edad gestacional, se evidenció que en el 30.95% la edad gestacional fue mayor a 40 semanas y el 14.29% tuvo menor a 37 semanas de gestación.

Desde los años 1970, diversos países desarrollados experimentaron aumento sustancial en las prácticas de cesárea. En Inglaterra, se muestra, una tasa de cesárea que va en aumento del 9.0% en 1980 a 24,6% en 2010. En Francia, reconocido en la lista de la OMS sobre calidad de servicios, alcanza el 15.9% en 2006. En España en los hospitales públicos se reporta el 18.0%, mientras que, en las clínicas se reporta el 28.0 %. China alcanza una tasa muy alta con el 40.0% en el 2007. En Cuba, México, Uruguay y Argentina, el promedio alcanzó a más de 23.0% en el año 2007. Las indicaciones más frecuentes para dicha elección fueron: **el sufrimiento fetal agudo** en relación al líquido amniótico meconial y el cuello uterino sin condiciones favorables, causas similares a las reportadas en el presente estudio. Se analizaron muchas razones para este incremento, entre ellos, la edad materna en el primer embarazo, los avances tecnológicos que mejoraron la efectividad y seguridad de la intervención, las preferencias de las usuarias, y un incremento mayor de mujeres con **cesárea anterior**.

La justificación médica para proceder a una atención de parto por cesárea es la presencia de factores de riesgo que pueden poner en peligro la vida de la madre o del niño en un parto normal. Los índices de cesárea van en incremento, es así que, el promedio aumenta de un 15% a un 33 % en los últimos 20 años, incrementándose los riesgos de enfermar y morir en la madre. En general, aquellos niños que nacen por cesárea no mejoran sus posibilidades de supervivencia extrauterina; más por el contrario, son dos veces más susceptibles de muerte durante la etapa neonatal, esto en relación a aquellos nacidos por parto vaginal (16)

En el epílogo de nuestra investigación y someter los datos recogidos a tratamiento estadístico usando la técnica no paramétrica de la Chi cuadrada; y, luego de procesar a través de las frecuencias observadas y las frecuencias esperadas, se halló una  $X^2_c = 10.717$  y una  $X^2_t = 5.99$ , con 2 grados de libertad y nivel de significancia de  $\alpha = 0.05$ . Por lo que, teniendo una  $X^2_c > X^2_t$ , rechazamos la hipótesis nula y aceptamos la hipótesis alterna, confirmando la existencia de relación estadística significativa entre las variables de estudio, factores de riesgo asociado a cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Medicina Tropical Dr. Julio César Demarini Caro – La Merced, 2017

## CONCLUSIONES

### PRIMERA:

Entre los factores generales se evidenció la edad más frecuente en las adolescentes, estuvo comprendida en aquellas que tienen entre 15 – 19 años en un 76,19% (32). La talla promedio en las adolescentes, son las que están comprendidas en > a 1.45 m en un 85,71% (36). La procedencia respecto al de las zonas rurales y las que se recibieron de referencia, se encuentran las que proceden de la zona urbana en un 57.14% (24). Respecto al estado civil, el mayor porcentaje se tuvo a aquellas que son solteras en un 76,19% (32). El nivel de instrucción, estuvo determinada en aquellas con estudios secundarios en el 83.33% (35). El ingreso económico familiar mensual en la mayoría de ellas es de < a 930 soles en un 69.05% (29).

### SEGUNDA:

La mayoría de las adolescentes en estudio son segundigestas en un 42.86% (18) y el 21.43% (09) son tercigestas. El 78.57% (33) tuvo de 6 o más controles prenatales. De la misma manera, se registra que el 47.62% (20) de las adolescentes no tuvo aborto alguno; mientras que el 35.71% (15) ha tenido 1 aborto; y el 16.67% (07) tuvo 2 abortos. El 19.05% (08) ya tuvo cesárea anterior respecto al 80.95% (34) que los tuvo. En el 52.38% (22) el período intergenésico fue < a 2 años. Respecto a edad gestacional, el 30.95% (13) tuvo mayor a 40 semanas y el 14.29% (06) tuvo menor a 37 semanas de gestación.

### **TERCERA:**

Entre los factores de riesgo complicaciones del embarazo, la presencia de preeclampsia se registra en un 33.33% (14). La desproporción céfalo-pélvica se manifiesta en un 23.81% (10). La presencia el sufrimiento fetal agudo se registra en un 19.05% (08). La ruptura prematura de membrana se evidencia en el 14.29% (06). La presencia de hemorragia de la segunda mitad se manifiesta en el 9.52% (04)

### **CUARTA:**

En el estudio se evidencia que el 76.19% (32) de las adolescentes tuvieron cesárea de urgencia; en tanto que, el 23.81% (10) las tuvo de manera electiva

### **QUINTA:**

Entre los factores de riesgo complicaciones del parto, se evidenció una mayor presencia de las distocias en un 43.75% (14). La presencia de anomalías del feto y anexos se registró en un 31.25% (10). Las anomalías del canal pélvico - genital se manifestaron en el 21.88% (07). Las anomalías de contracción se presentaron en un 3.13% (01).

### **SEXTA:**

La presencia de factores de riesgo enfermedades no obstétricas, se percibe una alta incidencia de anemia en un 64.29% (27). La presencia de Infección urinaria se manifiesta en un 30.95% (13). En el 4.76% (02) se percibe la presencia de condilomas. En el estudio no se evidenció presencia de VIH.

### **SEPTIMA:**

En el estudio se pudo evidenciar alta presencia de factores de riesgo en un 54.76%

(23) entre ellos los asociados a los embarazos, parto, antecedentes obstétricos y aquellos que no son propiamente obstétricos. La presencia de riesgo moderado se presentó en un 35.71% (15); y en un 9.52% (04) se registró la presencia de bajo riesgo.

En el estudio se pudo percibir que el manejo y evolución de las cesáreas en las adolescentes en estudio, fue favorable en el 54.76% (23) de los casos; y se tuvo presencia de cierto grado de riesgo en el 35.71% (00) de los casos.

### **OCTAVA**

Rechazamos la hipótesis nula y aceptamos la hipótesis alterna, confirmando la existencia de relación estadística significativa entre las variables de estudio, factores de riesgo asociado a Cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Medicina Tropical Dr. Julio César Demarini Caro – La Merced, 2017.

( $X^2_c = 10.717 > X^2_{\alpha} = 5.99$ , con 2 gl y  $\alpha = 0.05$ )

## **RECOMENDACIONES**

### **PRIMERA:**

Realizar promoción de la salud en la población adolescente respecto a promoción de estilos de vida conducta sexual saludables; así como la intervención precoz de gestantes para una atención integral.

### **SEGUNDA:**

Concientizar a la población adolescente que los estilos de vida y la conducta sexual que practican, repercutirá en el futuro la evolución del embarazo, parto y puerperio; así como la salud del binomio madre-niño.

### **TERCERA:**

Favorecer a la población gestante la atención integral, a través de seguimiento y monitoreo permanente de la evolución del embarazo, sobre todo en esta población adolescente y estar alerta ante cualquier presencia de riesgo para su atención oportuna

### **CUARTA:**

El establecimiento debe disponer de la dotación de profesionales, equipamiento, materiales, ambientes y gestión de servicios adecuados y de calidad para la atención inmediata de cesáreas en casos de urgencias y emergencias.

**QUINTA:**

Acentuar la vigilancia permanente y tomar todas las medidas preventivas durante el trabajo de parto para evitar complicaciones y/o estar alertas ante esas posibilidades lo que implica intervenciones por cesáreas. Asimismo, mejorar la calidad de registros de acuerdo a normas establecidas en el sistema de información perinatal.

**SEXTA:**

Promocionar masivas campañas de inclusión de género, para favorecer las responsabilidades compartidas de un embarazo adolescente, así como favorecer el cuidado de la madre y su producto, y prevenir complicaciones no obstétricas durante este período.

**SEPTIMA:**

Fomentar la consejería y planificación familiar a toda la población sobre todo a la población adolescente, a través de programas de salud sexual y reproductiva en todo ámbito y jurisdicción, tomando como punto de partida al trabajo conjunto con los padres de familia



## REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. O.M.S./F.N.U.A.P./U.N.I.C.E.F.. Higiene de la reproducción en la adolescencia. Estrategia de Acción; 1999.
2. Laverde E. CL,RE. Embarazo en adolescentes: Repercusiones psíquicas. Actualizaciones pediátricas; 1993.
3. Cunningham FG MPLKGNGL. Operación cesárea e Histerectomía periparto. En Williams: Obstetrics. 22nd ed. México: Mc Graw Hill; 2011.
4. WHO.. La salud de los jóvenes: Un desafío para la sociedad. Informe de un grupo de estudio de la OMS sobre la salud de los jóvenes y la "Salud para todos en el año 2000". OMS. Serie de Informes Técnicos. 1996;(731).
5. Aller J PG. Obstetericia Moderna. 3rd ed. España: McGraw Hill; 1999.
6. INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar: ENDES continua 2010 Lima: INEI; 2011.
7. Ordoñez M. OG. Adolescentes: sexualidad y comportamientos de riesgo para la salud, según encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas I.S.S. , editor. Bogotá: Profamilia, Fondo de Promoción y desarrollo de la Salud; 1994.
8. Bureau PR. The center for Population Options. La juventud mundial de 1994: Un enfoque especial sobre su salud reproductiva. 1994 Marzo.
9. Routi A. Patología obstétrica en la adolescente embarazada. Rev. Scielo Sogia. 2014; 1(2)(70-2).
- 10 OMS. Nacimientos por cesárea en el Mundo Ginebra, Suiza; 2013.
- 11 Forrest I. Momento de las etapas de la vida reproductiva. Rev. Scielo Obstet Gynecol. 2014; 82(105).

- 12 O.M.S.. Embarazos y Cesáreas en adolescentes Ginebra - Suiza; 2015.
- 13 López-Gómez R. Adolescente Embarazada. Obstetricia y Ginecología. 1992;; p. 17-22.
- 14 OMS. Appropriate technology for birth. Lancet. 1985; 2(436).
- 15 INEI. ENDES Lima; 2015.
- 16 Millan, V., Mendoza A.. Factores relacionados con la cesárea primitiva. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2010; 36(3): p. 360-367.
- 17 MINSA. [www.diresa.junin.gob.pe](http://www.diresa.junin.gob.pe). [Online].; 2017 [cited 2018 octubre 16].
- 18 Galvez E. Tasa de incidencia de cesárea en el hospital "San José" del Callao, periodo enero - diciembre 2013 Perú.: Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano; 2014.
- 19 Gonzáles, J., Gonzáles G., Rilke Ren. Indicaciones de cesarea segmentaria en adolescentes Hospital Universitario "Dr. Luis Razzetti" Barcelona: Estado de Anzoátegui, Venezuela; 2007.
- 20 Guerrero Romero, Ingrid. Adolescencia materna y su asociación con la realización de cesárea Universidad Militar. Nueva Granada.: Bogotá, Colombia; 2015.
- 21 ITATI AG. Incidencia e indicaciones de cesáreas en adolescentes en el servicio de toco ginecología del hospital "Dr. José r. Vidal" de la ciudad de corrientes, argentina. Revista de posgrado de la VI cátedra de medicina. 2011 junio; 22(12).
- 22 Avanza MJ; Sosa T. R.; Giusti S.A.; Alegre C., Benitez A., Rivero M.I. Frecuencia e indicaciones de cesarea en la población adolescente de un centro hospitalario nacional Argentina; 2011.
- 23 Mallqui H. "Complicaciones de cesáreas en adolescentes del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Vitarte durante el período 2013-2014".

Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano ed. Perú: Universidad Ricardo Palma ; 2016.

- 24 Abad P. Cesárea en Adolescentes. Hospital Hipólito Unánue. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2009.
- 25 Galvez Liñan, Edgar M. Tasa de incidencia de cesárea en el Hospital "San José del Callao" en el periodo enero-diciembre 2013 Lima - Perú; 2013.
- 26 Manzano Espejo, Giancarlo. Incidencia y factores asociados a cesáreas iterativas en adolescentes, Hospital Nacional Sergio E. Bernales Lima - Perú; 2010.
- 27 Ministerion de Salud. Boletín estadístico de nacimientos Perú: 2015. Sistema de Registro del Certificado de Nacido Lima -Perú: Dirección General de Tecnología de la Información. MINSA; 2016.
- 28 O.P.S.; O.M.S. Descubriendo las voces de las adolescentes. Definición del empoderamiento desde la perspectiva de las adolescentes Washington DC. - EE. UU.: Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/ca-empoderamiento.pdf>; 2006.
- 29 Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, et al. Williams Obstetricia. 22nd ed. Madrid - España: McGraw Hill; 2007.
- 30 Dodd JM, Anderson ER, Gate S.. Surgical techniques for uterine incisión and uterine closure at the time of caesarean section. Cochrane Database Syst Rev. 2008 julio; 3.
- 31 González González NL, González de Agüero Laborda R, González Batres C, et al. Manual de asistencia al parto y puerperio patológicos. Primera ed. Zaragoza-España: Fabre González E.; 319-335, 607-639; 1999.
- 32 Paris E. Historia de la Cesárea. [Online].; 2010 [cited 2018 octubre 13. Available from: <https://www.bebesymas.com/parto/breve-historia-de-la-cesarea>.
- 33 Dausereau J., Joshi A.K., Helewa, M.E. Double blind comparison of carbetocin versus oxytocin in prevention of uterine atony after caesarean section. Am J.

Obstet Gynecol. 1999 marzo; 3pt-1 (670).

- 34 Puertas A. Cesárea (técnica quirúrgica y profilaxis antibiótica). Protocolos de Obstetricia Hospital Universitario Virgen de las Nieves; 2007.
- 35 Okojie P, Cook P. Some aspects of the use of epidural analgesia in labour: Int J ClinPract. 53:418-420; 1999.
- 36 Protocolos de la SEGO. Puerperio Normal y Patológico; 2008.
- 37 Romero A, Puertas A.. Manejo activo del alumbramiento. Protocolos de Obstetricia : Hospital Universitario Virgen de las Nieves; 2007.
- 38 O.P.S. / O.M.S. Enfoque de Riesgo. Manual de auto instrucción. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. Publicación Científica CLAP. N° 1321.02. .
- 39 Millán Vegal M., Mendoza Arroyo A. Factores relacionados con la cesárea primitiva. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2010; 36(3): p. 360-367.
- 40 Castro M, et al. Partos Vaginales y Cesárea en Adolescentes: Comportamiento entre 1993 Y 2005 en el Hospital De Maternidad Rafael Calvo. Revista Colombiana de Obstetricia Y Ginecología. 2007; 58(2): p. 108 -115.
- 41 Chavez R. Análisis estadístico de los factores de riesgo que influyen en el médico para la operación por cesárea a pacientes atendidas en el Instituto Especializado Materno Perinatal – 2002. Tesis para optar el título de Licenciado en administración en establecimientos de salud. Lima -Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2005.
- 42 Perozo Romero J., Santos Bolívar J., Peña Paredes E., Sabatini Sáez I., Torres Cepeda D., Reyna Villasmil E. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. versión impresa issn 0048-7732. [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=s004877322009000100009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=s004877322009000100009&script=sci_arttext). 2009 marzo; v.69(1).
- 43 Morgan Ortiz F., Calderón Lara S., Martínez Félix J.I., González Beltrán A.,

- Quevedo Castro E. Factores de riesgo asociados con preeclampsia: estudio de casos y controles. Artículo original Gynecol Obstet Mexico. 2010; 78(3): p. 153-159.
- 44 López cutipa, Ever Frank. Aspectos epidemiológicos en pacientes cesareadas en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen en el periodo enero-diciembre del 2014 Lima-Perú : Tesis para optar el título profesional de médico-cirujano.; 2014.
- 45 Acog Committee on Obstetric Practice. Vaginal birth after previous cesarean. American College of oOstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol. 2010; 116(2/1)(450-63. 69).
- 46 Birth after previous caesarean birth. Royal College of Obstetricians and Gynecologists. Green-top guideline. 2007; 45(1)(4).
- 47 Gant. F, Leveno J. Williams Obstetricia. 21st ed.: Buenos Aires: Médica Panamericana; 2011.
- 48 Thubisi M. Vaginal delivery after previous cesarean section: is x-ray pelvimetry necessary?. Br. J. Obstet. Gynecol. 2009; 22.
- 49 Alvarado Alva, Juan. Apuntes médicos de Gineco Obstetricia. 2014 marzo;(p 210-211).
- 50 Abehsera D, Gonzáles C, López S, Sancha N, Magdaleno F. Placenta percreta. Experiencia de 20 años en el Hospital universitario la Paz, Madrid, España. Rev Chile Obstet Gynecol. 2011; 76(127 – 131).
- 51 Bolio A. Aguilar O, Rivero C, Conrado J, SancheRotura uterina por acretismo placentario. Rev. Ginecol y Obstet México. 2012; 78(250 - 253): p. 250 - 253.
- 52 Vera E, Lattus J, Bermudez H, Espinoza L. Placenta percreta con invasión vesical; reporte de 2 casos. Rev Chil Obstet Gynecol. 2011; 70(404 – 410): p. 404 – 410.
- 53 Sabatini S, Reyna V, Santos J, Torres C, Peña E. Placenta percreta asociada a

hemoperitoneo posparto. Reporte de caso. Clin Invest Gin Obstet. 2012; 36(153 – 155.): p. 153 – 155.

- 54 Medina J., Hernandez A.,. Placenta previa acreta: un problema singular, comunicación de dos casos y revisión de la bibliografía. Rev Ginecol Obstet Mexico. 2011; 74: p. 599 – 604.
- 55 Ulanowicz M., Parra K., Wendler G., et al.. Riesgos del embarazo adolescente. Revista de Postgrado de la VI° Cátedra de medicina. 2006; 153: p. 13-17.
- 56 Hernández Sampieri R., Fernández-Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la Investigación. 5th ed. México: McGraw Hill-Interamericana editores S.A.; 2014.
- 57 Tamayo y Tamayo, Mario. El Proceso de Investigación Científica México; 2004.
- 58 Ramón Alberto Salinas Avalos, Fernando Martín Zunino Pradier, Veronica A Locatelli, Griselda Itatí Abreo. Vías de terminación de embarazo adolescente versus embarazo adulto. Revista de Posgrado de la VI cátedra de Medicina. 2009 marzo; 12 (191).
- 59 Monterrosa Castro Álvaro, Arias Martínez Merizalde. Partos vaginales y cesárea en adolescentes: Comportamiento entre 1998 y 2010, Hospital de Maternidad "Rafael Clavo". Cartagena Colombia. Revista Médica del Nordeste. 2011 Marzo; 5.
- 60 Urbina Claudia y Pacheco José. Embarazo en Adolescentes. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2006.
- 61 Avanza, MJ; Sosa, TR; Giusti, SA, Alegre C, Benítez A, Rivero MI. Frecuencia e Indicaciones de Cesárea en la población adolescente de un centro hospitalario. Revista Médica del Nordeste. 2009 Marzo;(N° 5).
- 62 Sawyer S BG. Adolescente on the health agenda Pediátrica; 2009.

# **ANEXOS**

## Anexo 01

### INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### Cuestionario sobre Identificación de factores de riesgo

##### Estimado(a) Usuario(a):

El cuestionario forma parte de un estudio de investigación en el que Usted forma parte; por lo que, Usted debe saber que es anónima y, no hay respuestas verdaderas ni falsas, tampoco correctas o incorrectas; por lo que no tienen calificativos.

Los resultados obtenidos serán de uso exclusivo para la investigación que busca recabar información sobre factores de riesgo en la salud sexual y reproductiva relacionado con las cesáreas en adolescentes.

**OBJETIVO:** Evaluar los factores de riesgo presentes en las usuarias del establecimiento, asociados a cesáreas en adolescentes

##### INSTRUCCIÓN

Le presento una lista de interrogantes donde Usted debe marcar en los paréntesis un aspa (X) o una cruz (+) la que crea conveniente como su respuesta.

Asimismo, se le solicita llenar los espacios en blanco cuando las preguntas sean abiertas, según corresponda.

##### DATOS GENERALES:

##### DIMENSIÓN 1: SOCIO CULTURAL ECONÓMICO

###### 1. EDAD:

- a. 10 – 14 años ( )
- b. 15 – 19 años ( )

###### 2. NIVEL DE INSTRUCCIÓN:

- Sin Instrucción ( )
- Primaria ( )
- Secundaria ( )
- Superior ( )

###### 3. PROCEDENCIA:

- Zona urbana ( )
- Zona Rural ( )
- Referencia: (lugar) .....



4. OCUPACIÓN:
- Estudiante ( )
  - Casa ( )
  - Independiente ( )
5. ESTADO CIVIL:
- Soltera ( )
  - Conviviente ( )
  - Casada ( )
6. INGRESO ECONÓMICO FAMILIAR:
- Menos de 930 soles ( )
  - 930 a 2000 soles ( )
  - Más de 2000 soles ( )

**DATOS ESPECIFICOS:**

**DIMENSIÓN 2: SEXUALIDAD**

7. Relaciones sexuales
- a. Primera relación sexual:
    - i. .... años
  - b. Número de parejas sexuales
    - i. 1 pareja ( )
    - ii. 2 parejas ( )
    - iii. 3 parejas ( )
    - iv. Más de 3 ( )
  - c. Uso de protección
    - i. Si ( )
    - ii. No ( )
  - d.
8. Menarquia
- a. Edad de menarquia-
    - i. .... Años
  - b. Dismenorrea
    - i. Si ( )
    - ii. No ( )
9. Motivación
- a. Amor ( )
  - b. Atracción física ( )
  - c. Independencia ( )
  - d. Económica ( )
10. Embarazo
- a. Planificado ( )
  - b. No planificado ( )
11. Conocimiento

- a. Conoce de métodos anticonceptivos      No ( ) Si ( )  
Mencione.....
- b. Conoce la fisiología sexual      No ( ) Si ( )  
Mencione.....
- c. Conoce mecanismos de reproducción humana  
No ( ) Si ( ) Mencione.....
- d. Consultan a alguien sobre sexualidad      No ( ) Si ( )  
Mencione .....
- e. Recibió charlas de educación sexual      No ( ) Si ( )  
Mencione .....

**DIMENSIÓN 3: FAMILIARES**

- 12. Tipo de familia
  - a. Nuclear      ( )
  - b. Monoparental      ( ): .....
- 13. Carga familiar
  - a. < 4 integrantes      ( )
  - b. De 5 a 8      ( )
  - c. Más de 8      ( )
- 14. Funcionamiento
  - a. Democrática      ( )
  - b. Disfuncional      ( )
- 15. Tipo de apoyo
  - a. De la pareja      ( )
  - b. De los padres      ( )
  - c. De los suegros      ( )
  - d. De los familiares      ( )
- 16. Perspectivas
  - a. Estudiar      ( )
  - b. Trabajar      ( )
  - c. Formar familia      ( )

**DIMENSIÓN 4: HISTORIA OBSTÉTRICA**

- 17. Paridad
  - a. ....
- 18. Atención prenatal
  - a. Sin atención      ( )
  - b. Menor de 6      ( )
  - c. Mayor de 6      ( )
- 19. Riesgo reproductivo
  - a. Mínimo      ( )
  - b. Moderado      ( )

c. Alto ( )

20. Morbilidad

- a. ¿Ha tenido abortos provocados?
  - i. No ( ) Si ( ) ¿Cuántos? .....
- b. ¿Ha tenido cesáreas previas?
  - i. No ( ) Si ( ) ¿Cuántos? .....
- c. Presencia de anemia
  - i. No ( ) Si ( )
- d. Peso inadecuado de la madre
  - i. No ( ) Si ( )
- e. Talla no apropiada de la madre
  - i. No ( ) Si ( )
- f. Intervalo no apropiado o corto
  - i. No ( ) Si ( )

21. Edad Gestacional

- a. Menor de 37 semanas ( )
- b. De 37 a 40 semanas ( )
- c. Mayor de 40 semanas ( )

**DIMENSIÓN 5: CAUSA DE LA CESAREA**

22. Factores maternos:

- a. Preeclampsia SI ( ) NO ( )
- b. Cesárea Anterior SI ( ) NO ( )
- c. Otros
  - i. Embarazo gemelar SI ( ) NO ( )
  - ii. Oligoamnios SI ( ) NO ( )
  - iii. Condilomatosis SI ( ) NO ( )

23. Factores fetales:

- a. Sufrimiento fetal SI ( ) NO ( )
- b. Desproporción céfalo-pélvica SI ( ) NO ( )
- c. Distocias de presentación SI ( ) NO ( )

24. Factores placentarios:

- d. Placenta previa SI ( ) NO ( )
- e. Desprendimiento P. Placenta SI ( ) NO ( )
- f. Acretismo placentario SI ( ) NO ( )

## Anexo 02

### FICHA DE REGISTRO

El presente instrumento es para registrar los diagnósticos establecidos en cada una de las historias clínicas perinatales y de hospitalización de las adolescentes sometidas a cesáreas.

Código: .....

1. Diagnóstico de ingreso:

: .....

2. PROCEDENCIA:

: .....

3. EXAMENES AUXILIARES

Hb: .....

Hcto: .....

Ecografía: .....

.....

.....

4. P/A: .....mmHg

5. TALLA:

• ..... Cm.

6. I.M.C. .... Kg/m<sup>2</sup>

7. DIAGNÓSTICO PARA CESAREA:

a. ....

### ANEXO 03 HISTORIA CLÍNICA PERINATAL



No. HC

■ = significa ALERTA ■ = requiere seguimiento continuo

FILIACION Y ANTECEDENTES

**Apellidos y Nombres:** \_\_\_\_\_ **Establecimiento:** \_\_\_\_\_

Establ. Origen: \_\_\_\_\_  No Aplica

DNI (L.E.)N°

Dirección \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_

Departamento \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Distrito \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

**AUTOGENERADO:**

Ocupación: \_\_\_\_\_ Edad:  < 15  > 35

Estudios:  Analfabeta  Primaria  Secundaria  Superior  Superior N° Univ. aprobados \_\_\_\_\_ Años \_\_\_\_\_

Estado Civil:  Casada  Conviviente  Soltera  Otros \_\_\_\_\_ Padre RN: \_\_\_\_\_

**Antecedentes Obstétricos**

Gestas: <table border="1" style="display: inline-table; width: 50px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>	Abortos: <table border="1" style="display: inline-table; width: 50px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>	Vaginales: <table border="1" style="display: inline-table; width: 50px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>	Nacidos vivos: <table border="1" style="display: inline-table; width: 50px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>	Viven: <table border="1" style="display: inline-table; width: 50px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>
0 6 + 3 <table border="1" style="display: inline-table; width: 50px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>			Nacidos muertos: <table border="1" style="display: inline-table; width: 50px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>	Muerto - 1ra sem.: <table border="1" style="display: inline-table; width: 50px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>
< 2500 g <table border="1" style="display: inline-table; width: 50px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>				Después - 1ra sem.: <table border="1" style="display: inline-table; width: 50px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>
Gemelar <table border="1" style="display: inline-table; width: 50px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>	Partos: <table border="1" style="display: inline-table; width: 50px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>	Cesareas: <table border="1" style="display: inline-table; width: 50px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>		
< 37 Sem. <table border="1" style="display: inline-table; width: 50px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>				

**Fin Gestación Anterior**

**Terminación:** Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Parto  Aborto  Ectópico  Molar  Otro  No Aplica

**Si fue aborto:** Tipo de aborto

Incompleto  Completo  Frusto  Séptico  Otros  No Aplica

**RN de mayor peso:**



 g

**Antecedentes Familiares**

Ninguno <input type="checkbox"/>	Hipertensión Arterial <input type="checkbox"/>
Alergias <input type="checkbox"/>	Neoplasia <input type="checkbox"/>
Anomalías Congénit. <input type="checkbox"/>	TBC Pulmonar <input type="checkbox"/>
Epilepsia <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>
Diabetes <input type="checkbox"/>	
Entem. Congénitas <input type="checkbox"/>	
Gemelares <input type="checkbox"/>	

**Antecedentes Personales**

Ninguno <input type="checkbox"/>	Diabetes <input type="checkbox"/>	Otras Drogas <input type="checkbox"/>
Aborto habitual <input type="checkbox"/>	Enferm. Congénitas <input type="checkbox"/>	Parto prolong <input type="checkbox"/>
Aborto recurrente <input type="checkbox"/>	Enferm. Infecciosas <input type="checkbox"/>	Pre/Eclampsia <input type="checkbox"/>
Alcoholismo <input type="checkbox"/>	Epilepsia <input type="checkbox"/>	Prematuridad <input type="checkbox"/>
Alergia a medicamentos <input type="checkbox"/>	Hemorra Postparto <input type="checkbox"/>	Reten. placenta <input type="checkbox"/>
Asma Bronquial <input type="checkbox"/>	Hipertensión Arterial <input type="checkbox"/>	Tabaco <input type="checkbox"/>
Bajo Peso al nacer <input type="checkbox"/>	Hoja de Coca <input type="checkbox"/>	TBC Pulmonar <input type="checkbox"/>
Cardiopátia <input type="checkbox"/>	Infertilidad <input type="checkbox"/>	VIH/SIDA <input type="checkbox"/>
Cirugía Pélv.-uterina <input type="checkbox"/>	Neoplasias <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>

DATOS BÁSICOS DEL EMBARAZO ACTUAL

**Peso y Talla**

Peso Habitual: 



 Kg

Talla: 



 cm

**Antitética**

N° Dosis Previa:

Dosis 1ra: 



 Sin Dosis  No Aplica

2da: 



 Sin Dosis  No Aplica

Mes de gestación: \_\_\_\_\_

**Tipo de Sangre**

Grupo: A  B  AB  O

Rh: Rh  Rh(-) Sen Desc  Rh(+/-) Sen Desc  Rh(-) Sen Desc

**Psicoprofilaxis**

N° de Sesiones:

**F.U.M.**

Fecha Última Menstruación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha Probable de Parto: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Serología Luética**

1.  Negativ  Positivo  No se hizo Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

2.  Negativ  Positivo  No se hizo Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Hemoglobina**

Hb (g %) 1. 



 No se hizo  Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

2. 



 No se hizo  Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Exámenes**

Clinico:  Sin Examen  Normal  Patológico

Glucosa:  Sin Examen  Normal  Anormal

Mamas:  Sin Examen  Normal  Anormal

HIV:  Sin Examen  Negativo  Positivo

PAP:  Sin Examen  Normal  Anormal

Orina:  Sin Examen  Normal  Anormal

BK en esputo:  Sin Examen  Negativo  Positivo  No Aplica

Colpsc.:  Sin Examen  Normal  Anormal  No Aplica

TORCH:  Sin Examen  Normal  Anormal  No Aplica

PAT MAT

**Patologías Maternas (CIE 10)**

1. \_\_\_\_\_ Sin patologías  Fechas: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

**Otros (CIE 10):**

1.

2.

PARTO

**Terminación**

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Espontánea  Cesárea

Fórceps  Vacumm

**Atención**

Nivel:  Primario  Domiciliado

Secundario  Otro

Terciario

Parto o Legrado Neonato

Médico  Estudiante  Enfermera

Obstetriz  Empírica/Partera  Familia

Interno  Aux de enfermería  Otros

RECIENTE NACIDO

**Recien Nacido**

Sexo: Fem  Mas  Peso: 



 g  < 2500 g  < 1500 g

Talla: 



 mm P.Cef.: 



 mm Temp. 



 °C

Edad por Ex.Físico: 



 sem  < 37 APGAR: 4  6  0 - 3

Peso por Edad Gestacional:  Adecuado  Pequeño  Grande

**Patologías Recien Nacido**

1. \_\_\_\_\_ Sin patologías  Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

**Otros (CIE 10):**

1.

2.



## ANEXO 04



*Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional*

**CONSTANCIA N° 040-2018-GRJ/DRSJ/RSCH/HRMTJCDC/UADI**

# CONSTANCIA

**EL QUE SUSCRIBE DR. ALBERTH ORELLANA VASQUEZ, DIRECTOR DEL HOSPITAL REGIONAL DE MEDICINA TROPICAL "DR JULIO CESAR DEMARINI CARO", RED DE SALUD CHANCHAMAYO**

HACE CONSTAR QUE:

## **AGUILAR BARZOLA, Greysi Rut**

Estudiante de la carrera de Obstetricia de la Universidad Nacional "Daniel Alcides Carrión" Filial-Tarma, quien realizó el **INTERNADO HOSPITALARIO I** del 08 de Mayo del 2017 al 31 de Enero del 2018.

Se expide la presente constancia a solicitud de la interesada, para los fines que estime conveniente, demostrando responsabilidad y eficiencia en las labores encomendadas.

La Merced, 13 de Junio del 2018

ATOV/ES/gme.  
C.c. Interesado  
C.c. Archivo

N° Reg. Doc. 02720797

N° Reg. Exp 01848903





DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNÍN  
RED DE SALUD CHANCHAMAYO  
HRMT DR "JCDC"



*Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional*

**CONSTANCIA N° 041-2018-GRJ/DRSJ/RSCH/HRMTJCDC/UADI**

# CONSTANCIA

**EL QUE SUSCRIBE DR. ALBERTH ORELLANA VASQUEZ, DIRECTOR DEL HOSPITAL REGIONAL DE MEDICINA TROPICAL "DR JULIO CESAR DEMARINI CARO", RED DE SALUD CHANCHAMAYO**

HACE CONSTAR QUE:

## **CALDAS ROJAS, Andrea Judith**

Estudiante de la carrera de Obstetricia de la Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión Filial-Tarma, quien realizó el **INTERNADO HOSPITALARIO I** del 08 de Mayo del 2017 al 31 de Enero del 2018.

Se expide la presente constancia a solicitud de la interesada, para los fines que estime conveniente, demostrando responsabilidad y eficiencia en las labores encomendadas.

La Merced, 13 de Junio del 2018

ATOV/ES/sgme.  
C.c. Interesado  
C.c. Archivo

N° Reg. Doc. 02720811

N° Reg. Exp 01848913



## ANEXO 05

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante la firma en el presente documento, de manera completamente voluntaria, doy por consentido mi participación de la investigación “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A CESAREAS EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE MEDICINA TROPICAL JULIO CESAR DEMARINI CARO, LA MERCED - 2017”, que tiene relación con la atención de mi menor hija.

Doy mi consentimiento a la participación voluntaria y consiste en responder algunas preguntas y/o permitir que se realicen en mi persona procedimientos no invasivos, los mismos que no ponen en riesgo mi integridad Física ni emocional. Así mismo, se me informó de los objetivos de la investigación. Los datos que proporcione serán enteramente confidenciales; asimismo, puedo ordenar de la no participación de este estudio en el momento que mi persona así lo determine.

Las internas de Obstetricia CALDAS ROJAS, Andrea Judith y AGUILAR BARZOLA, Greysi Rut, me explicaron sobre las particularidades como responsables de la investigación que vienen realizando.

-----  
Firma del padre y/o apoderado

-----  
Firma de la investigadora

La Merced, Junín 2017



## OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	DIMENSIÓN	INDICADORES	Escala medición
FACTORES DE RIESGO	Aumento de la Probabilidad de Exposición de un ser a una enfermedad. Según la OMS (2012)	Presencia de condiciones que aumentan la probabilidad de realización de cesárea, como los factores generales, antecedentes obstétricos, complicaciones del embarazo y parto y enfermedades no obstétricas asociadas, Evaluadas a través de su Historia Clínica Perinatal.	<b>A. GENERALES</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Edad</li> <li>2. Instrucción</li> <li>3. Procedencia</li> <li>4. Estado civil</li> <li>5. Ingreso económico/dependencia</li> <li>6. Tipo de familia</li> <li>7. Talla</li> </ol>	Nominal/ Ordinal
			<b>B. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Número de embarazo - Paridad</li> <li>2. Atención prenatal</li> <li>3. Cesárea previa</li> <li>4. Aborto</li> <li>5. Riesgo reproductivo</li> <li>6. Morbilidad</li> </ol>	Nominal/ Ordinal
			<b>C. COMPLICACIONES DEL EMBARAZO Y PARTO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sufrimiento fetal Agudo</li> <li>2. Distocia funicular</li> <li>3. Pre eclampsia</li> <li>4. Desproporción feto -pélvica</li> <li>5. Ruptura prematura de membrana</li> <li>6. Trabajo de parto prolongado</li> <li>7. Presentación podálica</li> <li>8. Incompatibilidad céfalo – pélvica</li> <li>9. Hipertensión del embarazo</li> </ol>	Nominal/ Ordinal
			<b>D. ENFERMEDADES NO OBSTÉTRICAS ASOCIADAS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anemia</li> <li>2. Infección Urinaria</li> <li>3. I.T.S.</li> </ol>	Nominal/ Ordinal
CESAREA EN ADOLESCENTES			<b>II. CESAREA:</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Urgencia</li> <li>2. Electiva</li> </ol>	Nominal

## MATRIZ DE CONSISTENCIA

### “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A CESAREAS EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE MEDICINA TROPICAL JULIO CESAR DEMARINI CARO, LA MERCED - 2017”

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	MÉTODOS
<p><b>Problema general</b></p> <p>¿Cuál es la relación que existe entre los factores de riesgo asociados a cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Medicina Tropical Dr. Julio César Demarini Caro - La Merced, 2018?</p>	<p><b>Objetivo General</b></p> <p>Determinar la relación que existe entre los factores de riesgo asociados a cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Medicina Tropical Dr. Julio César Demarini Caro, La Merced, 2018</p>	<p><b>Hipótesis General</b></p> <p>Existe relación significativa entre los factores de riesgo asociados a cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Medicina Tropical Dr. Julio César Demarini Caro - La Merced, 2018</p>	<p style="text-align: center;"><b>INDEPENDIENTE</b></p> <p><b>V1:</b> Factores de Riesgo</p>	<p><b>I. FACTORES DE RIESGO</b></p> <p><b>A. GENERALES</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Edad</li> <li>2. Instrucción</li> <li>3. Procedencia</li> <li>4. Estado civil</li> <li>5. Ingreso económico/dependencia</li> <li>6. Tipo de familia</li> <li>7. Talla</li> </ol> <p><b>B. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Número de embarazo - Paridad</li> <li>2. Atención prenatal</li> <li>3. Cesárea previa</li> <li>4. Aborto</li> <li>5. Riesgo reproductivo Morbilidad</li> </ol> <p><b>C. COMPLICACIONES DEL EMBARAZO Y PARTO</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sufrimiento fetal Agudo</li> <li>2. Distocia funicular</li> <li>3. Pre eclampsia</li> <li>4. Desproporción feto -pélvica</li> <li>5. Ruptura prematura de membrana</li> <li>6. Trabajo de parto prolongado</li> <li>7. Presentación podálica</li> <li>8. Incompatibilidad céfalo – pélvica</li> <li>9. Hipertensión del embarazo</li> </ol>	<p><b>TIPO de Estudio:</b></p> <p>Investigación Básica.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuantitativo</li> </ul> <p><b>MÉTODO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Descriptivo correlacional-prospectivo</li> </ul> <p><b>Diseño:</b></p> <p>Tipo: no experimental de corte transversal</p> <div style="text-align: center;"> </div> <p><b>Población</b></p> <p>La población para el presente estudio lo conforman las 220 usuarias cesareadas en el Hospital Regional de Medicina Tropical Dr. Julio César Demarini Caro durante el año 2017.</p> <p><b>Muestra:</b></p> <p>Constituida por 42 adolescentes cesareadas en el Hospital Regional de Medicina</p>

				<b>D. ENFERMEDADES NO OBSTÉTRICAS ASOCIADAS</b> 1. Anemia 2. Infección Urinaria 3. I.T.S.	Tropical Dr. Julio César Demarini Caro durante los meses de mayo a diciembre del año 2017.  <b>Técnicas:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Encuesta</li> <li>• Registro</li> </ul> <b>Instrumentos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuestionario</li> <li>• Ficha de Registro</li> <li>• Historia Clínica</li> </ul> <b>Métodos De Análisis De Investigación:</b> Estadística descriptiva y Estadística inferencial ( $X^2$ )
<b>Problemas Específicas:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cómo se asocian los factores de riesgo generales a las cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Medicina Tropical Dr. Julio César Demarini Caro - La Merced, 2018?</li> <li>• ¿Cómo se asocian los factores de riesgo antecedentes obstétricos a las cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Medicina Tropical Dr. Julio César Demarini Caro - La Merced, 2018?</li> <li>• ¿Cómo se asocian los factores de riesgo</li> </ul>	<b>Objetivos específicos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer la asociación entre los factores de riesgo generales y las cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Medicina Tropical Dr. Julio César Demarini Caro - La Merced, 2018</li> <li>• Establecer la asociación entre los factores de riesgo antecedentes obstétricos y las cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Medicina Tropical Dr. Julio César Demarini Caro - La Merced, 2018</li> <li>• Establecer la asociación entre los factores de</li> </ul>	<b>Hipótesis Específicas:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Existe asociación significativa entre los factores de riesgo generales y las cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Medicina Tropical Dr. Julio César Demarini Caro - La Merced, 2018</li> <li>• Existe asociación significativa entre los factores de riesgo antecedentes obstétricos y las cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Medicina Tropical Dr. Julio César Demarini Caro - La Merced, 2018</li> <li>• Existe asociación significativa entre los factores de</li> </ul>	<b>DEPENDIENTE</b>  <b>V2:</b> Cesáreas en adolescentes	1. Cesárea de Urgencia 2. Cesárea Electiva	


<p>complicaciones del embarazo y parto a las cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Medicina Tropical Dr. Julio César Demarini Caro - La Merced, 2018?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cómo se asocian los factores de riesgo enfermedades no obstétricas a las cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Medicina Tropical Dr. Julio César Demarini Caro - La Merced, 2018?</li> </ul>	<p>riesgo complicaciones del embarazo y parto y las cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Medicina Tropical Dr. Julio César Demarini Caro - La Merced, 2018</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer la asociación entre los factores de riesgo enfermedades no obstétricas y las cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Medicina Tropical Dr. Julio César Demarini Caro - La Merced, 2018</li> </ul>	<p>riesgo complicaciones del embarazo y parto y las cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Medicina Tropical Dr. Julio César Demarini Caro - La Merced, 2018</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Existe asociación significativa entre los factores de riesgo enfermedades no obstétricas y las cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Medicina Tropical Dr. Julio César Demarini Caro - La Merced, 2018.</li> </ul>			
--	---	---	--	--	--

PCX - Report 1.pdf - Adobe Reader

Archivo Edición Ver Ventana Ayuda

Herramientas Firmar Comentario

1 / 62 75%



## Plagiarism Checker X Originality Report

**Similarity Found: 17%**

Date: sábado, abril 27, 2019  
Statistics: 3519 words Plagiarized / 20723 Total words  
Remarks: Low Plagiarism Detected - Your Document needs Optional Improvement.

-----

Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE OBSTETRICIA "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A CESAREAS EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE MEDICINA TROPICAL JULIO CESAR DEMARINI CARO, LA MERCED - 2017" TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE OBSTETRA TESISISTAS: CALDAS ROJAS, Andrea Judith AGUILAR BARZOLA, Greysi Rut ASESOR: Mg.

TUMIALAN HILARIO, Raquel Flor de María PASCO – PERU 2019 UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE OBSTETRICIA TÍTULO "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A CESAREAS EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE MEDICINA TROPICAL Dr. JULIO CESAR DEMARINI CARO, LA MERCED - 2017" PRESENTADO POR: CALDAS ROJAS, Andrea Judith AGUILAR BARZOLA, Greysi Rut SUSTENTADO Y APROBADO ANTE LOS JURADOS: Dra.

10:47 p.m. 27/04/2019