



“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia”

**FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE OBSTETRICIA**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

**“CARACTERÍSTICAS DE LAS CESÁREAS EN EL
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO, ABRIL A MAYO
DEL 2016”**

PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

AUTORA : BACH. MARTHA TENORIO LÓPEZ

ASESORA : OBST. NATALIK BEATRIZ ESPINOZA RAMÍREZ

IQUITOS - PERU

2021

Iquitos - Perú

065 - 26 1088 / 065 - 26 2240

Av. Abelardo Quiñones km. 2.5

Sede Tarapoto - Perú

42 - 58 5638 / 42 - 58 5640

Leoncio Prado 1070 / Martinez de Compagñon 933

Universidad Científica del Perú

www.ucp.edu.pe

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DE LA UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ - UCP

El presidente del Comité de Ética de la Universidad Científica del Perú - UCP

Hace constar que:

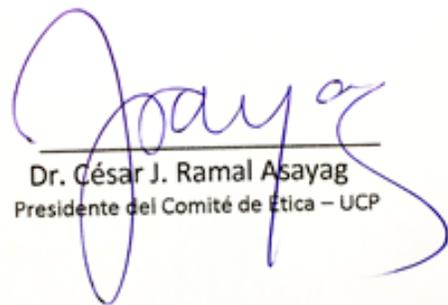
La Tesis titulada:

**“CARACTERÍSTICAS DE LAS CESÁREAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE
LORETO, ABRIL A MAYO DEL 2016”**

De los alumnos: **MARTHA TENORIO LÓPEZ**, de la Facultad de Ciencias de la Salud, pasó satisfactoriamente la revisión por el Software Antiplagio, con un porcentaje de **16% de plagio**.

Se expide la presente, a solicitud de la parte interesada para los fines que estime conveniente.

San Juan, 12 de mayo del 2021.



Dr. César J. Ramal Asayag
Presidente del Comité de Ética – UCP

DEDICATORIA

Dedico con todo el amor del mundo en primer lugar a Dios. A mi madre Belinda López, a mi hijita Emily Cristina y a mi familia en general que los amo. No fue fácil, pero lo logré, gracias a ustedes que fueron mi motivación y mi fortaleza.

BACH. MARTHA TENORIO LÓPEZ.

AGRADECIMIENTO

Va dirigido a Dios ya que con su amor incondicional no hubiera culminado mi trabajo de investigación, a mi madre y padre por darme la vida, mis abuelitos, hermanos, tíos y mi hija por ayudarme en mi proceso de formación en esta hermosa carrera

Al Hospital Regional de Loreto por abrirme las puertas y poder realizar mi investigación.

BACH. MARTHA TENORIO LÓPEZ.

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

Con **Resolución Decanal N° 477-2020-UCP-FCS, del 23 de Setiembre del 2020**, la Facultad de Ciencias de la Salud, de la UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ – UCP, designa como Jurado Evaluador y Dictaminador de la Sustentación de Tesis a los señores:

✚ **Méd. Ricardo William Chávez Chacaitana, Mgr.** **Presidente**
✚ **Obst. Karina Jill Gonzales Sánchez Moreno** **Miembro**

Como Asesor (es): **Obst. Natalik Espinoza Ramírez.**

En la ciudad de Iquitos, siendo las 05:00 p.m. horas, del día 05 de Febrero del 2021, a través de la plataforma ZOOM, supervisado por el Secretario Académico del Programa Académico de Obstetricia – de la Universidad Científica del Perú; se constituyó el Jurado para escuchar la Sustentación y defensa de la tesis: “**CARACTERÍSTICAS DE LAS CESÁREAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO, ABRIL A MAYO DEL 2016**”.

Presentado por la sustentante: **MARTHA TENORIO LÓPEZ**

Como requisito para optar el TÍTULO PROFESIONAL de: **OBSTETRA**

Luego de escuchar la Sustentación y formuladas las preguntas las que fueron:

.....ABSUELTOS SATISFACTORIAMENTE.....

El Jurado después de la deliberación en privado llegó a la siguiente conclusión:

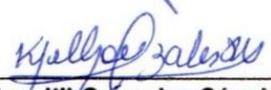
La Sustentación es:

.....APROBADA POR UNANIMIDAD NOTA 16 (DIECISEIS).....

En fe de lo cual los miembros del Jurado firman el Acta.



Méd. Ricardo William Chávez Chacaitana, Mgr.
Presidente



Obsta. Karina Jill Gonzales Sánchez Moreno
Miembro

CALIFICACIÓN:	Aprobado (a) Excelencia	:	19-20
	Aprobado (a) Unanimidad	:	16-18
	Aprobado (a) Mayoría	:	13-15

Iquitos - Perú

Sede Tarapoto - Perú

Contáctanos:

065 - 26 1088 / 065 - 26 2240

42 - 58 5638 / 42 - 58 5640

Universidad Científica

Av. Abelardo Quiñones km. 2.5

Leoncio Prado 1070 / Martínez de Compagñon 933

www.ucp

HOJA DE APROBACION

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL, DENOMINADO:
CARACTERÍSTICAS DE LAS CESÁREAS EN EL HOSPITAL REGIONAL
DE LORETO, ABRIL A MAYO DEL 2016**



**Méd. Ricardo William Chávez Chacaltana Mgr.
Presidente**



**Obst. Karina Jill Gonzalés Sánchez Moreno
Miembro**



**Obst. Natalik Espinoza Ramírez
Asesora**

ÍNDICE DE CONTENIDO

Carátula	i
Constancia del Antiplagio	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Acta de Sustentación	v
Hoja de Aprobación	vi
Indicie del Contenido	vii
Resumen	ix
Abstract	x
1. Introducción	11
2. Formulación del problema	16
3. Planteamiento del problema	17
4. Objetivos	18
3.1 Objetivo General	18
3.2 Objetivos específicos	18
5. Hipótesis	19
6. Metodología	19
a. Tipo y diseño de investigación	19
b. Población y muestra	19
i. Población	19
ii. Muestra y muestreo	19
iii. Criterios de inclusión y exclusión	19
c. Técnicas e instrumentos	20
d. Proceso de recolección de datos	20

e. Análisis de datos	20
f. Consideración ética	20
7 Resultados	21
a) Características demográficas de las gestantes cesareadas en el Hospital Regional de Loreto	21
b) Características obstétricas de las gestantes cesareadas en el Hospital Regional de Loreto	22
8 Discusión	27
9 Conclusión	30
10 Recomendaciones	31
11 Referencias Bibliográficas	32
13 Anexos	34
a) Ficha de reducción de datos	34
b) Operación de datos	35

RESUMEN

Características de las cesáreas en el Hospital Regional de Loreto, abril a mayo del 2016

Bach. **Martha Tenorio López**

Introducción

La cesárea es un procedimiento quirúrgico ideado e implementado para prevenir y solventar daños maternos y perinatales, se ha incrementado a nivel mundial; sin embargo, se asocia a una mayor morbilidad, generalmente con beneficios no cuantificados para el feto.

Objetivo

Determinar las características de las cesáreas en el Hospital Regional de Loreto, entre abril a mayo del 2016.

Metodología

El diseño del presente estudio fue descriptivo transversal retrospectivo, se evaluaron 189 gestantes cesareadas en el Hospital Regional de Loreto entre abril a mayo del 2016, la recopilación de información a través de una ficha de recolección de datos.

Resultados

Las gestantes cesareadas eran de edad fértil (59.8%), proceden de la zona urbana (75.1%), el 25.4% con antecedente de cesárea previa, con edad gestacional a término (76.2%), nulíparas (49.2%), con adecuado control pre natal (68.3%), de las 116 gestantes con antecedente de una gestación previa el

60.3% tuvieron un intervalo intergenésico de 2 a 5 años y el

15.5% menor de 2 años. El 59.3% de las cesáreas

realizadas fueron de emergencia y el 40.7% programadas.

Las principales indicaciones de las cesáreas programadas fueron cesárea anterior (37.7%), DCP (14.3%), PE leve (14.3%).

Las principales indicaciones de la cesárea de emergencia fueron los casos de enfermedad hipertensiva (19.6%), SFA (18.8%), cesárea anterior (9.8%), y Desproporción Cefalopelvico (9.8%).

Conclusión

Las cesáreas de emergencia predominan en el Hospital Regional de Loreto, principalmente producto a enfermedad hipertensiva en el embarazo y sufrimiento fetal agudo.

Palabras Claves: cesáreas, características demográficas, características obstétricas

ABSTRACT

Characteristics of caesarean sections at the Regional Hospital of Loreto, April to May 2016

Bach. Martha Tenorio Lopez

Introduction

Cesarean section is a surgical procedure devised and implemented to prevent and solve maternal and perinatal damages, it has increased worldwide; however, it is associated with increased morbidity, generally with unquantified benefits for the fetus.

Objective

Determine the characteristics of caesarean sections at the Regional Hospital of Loreto, between April and May 2016.

Methodology

The design of this study was descriptive, cross-sectional, retrospective, 189 cesarean pregnant women were evaluated at the Regional Hospital of Loreto between April and May 2016, the collection of information through a data collection sheet.

Results

Cesarean pregnant women were of childbearing age (59.8%), came from urban areas (75.1%), 25.4% with a history of previous cesarean section, with gestational age at term (76.2%), nulliparous (49.2%), with adequate control prenatal (68.3%), of the 116 pregnant women with a history of a previous pregnancy, the 60.3% had a birth interval of 2 to 5 years and 15.5% less than 2 years. 59.3% of the caesarean sections performed were emergency and 40.7% scheduled.

The main indications for planned caesarean sections were previous caesarean section (37.7%), DCP (14.3%), mild PE (14.3%).

The main indications for emergency caesarean section were cases of hypertensive disease (19.6%), DES (18.8%), previous caesarean section (9.8%), and Cephalopelvic Disproportion (9.8%).

Conclusion

Emergency caesarean sections predominate in the Regional Hospital of Loreto, mainly due to hypertensive disease in pregnancy and acute fetal distress.

Key Words: caesarean sections, demographic characteristics, obstetric characteristics

1. INTRODUCCIÓN

La cesárea consiste en la extracción por vía abdominal de un feto, vivo o muerto, con la placenta y sus membranas a través de una incisión hecha en el abdomen y el útero; a partir de las 20 semanas de gestación

Los tipos de cesáreas son electivas y de emergencia, las electivas pueden ser por:

- ▣ **Presentación podálica:** La presentación de nalgas o podálica es aquella en la que el polo pelviano del feto se encuentra en relación directa con el estrecho superior de la pelvis materna. La frecuencia varía entre 3-4% y tiene relación estrecha con la edad de gestación (mayor frecuencia a menor edad).
- ▣ **Embarazo múltiple:** En embarazos gemelares no complicados de término, donde la presentación del primer gemelar es cefálica, la morbimortalidad perinatal para el segundo gemelar aumenta. Sin embargo, el efecto de la cesárea para mejorar el resultado para el segundo gemelar no está claro y por lo tanto la cesárea no debe ser ofrecida en forma rutinaria. La cesárea electiva para embarazo gemelar no complicado no debe ser llevada a cabo antes de las 38 semanas porque aumenta el riesgo de problemas respiratorios en estos niños.
- ▣ **Parto pre término:** El parto pre término se asocia con un aumento de la morbimortalidad neonatal. Sin embargo, no está claro que la cesárea electiva mejore estos resultados, por lo tanto, no debe ofrecerse una cesárea de rutina.
- ▣ **Pequeño para la edad gestacional:** El riesgo de morbimortalidad neonatal está aumentando en los niños “pequeños para la edad gestacional”. Sin embargo, no está claro de que la cesárea mejore estos resultados, por lo tanto, no debe ofrecerse de rutina.
- ▣ **Placenta previa:** Se debe ofrecer una cesárea a aquellas mujeres con una placenta que cubre parcial o completamente el cuello interno (grado 3 o 4).
- ▣ **Predicción de cesárea intraparto por desproporción cefalopelvica:** La pelvimetría no es útil para predecir una “falta de progreso” del trabajo del parto y no debe ser usada para tomar decisiones sobre el tipo de parto.
- ▣ **Transmisión vertical de infecciones maternas:** Se debe ofrecer una cesárea a toda mujer embarazada VIH+ porque reduce el riesgo de transmisión vertical por el virus VIH. Hay situaciones especiales en las que la cesárea no reduce el riesgo de transmisión vertical y deben ser contempladas (ejemplo: RPM prolongada). La transmisión vertical de hepatitis B puede reducirse si el niño recibe inmunoglobulina y vacunación. En estas situaciones, no se les debe

ofrecer una cesárea a las mujeres embarazadas con hepatitis B porque no está claro que la cesárea reduzca la transmisión vertical del virus. No se debe ofrecer una cesárea electiva a las mujeres infectadas con hepatitis C porque ésta no reduce la transmisión vertical del virus. Se debe ofrecer una cesárea a toda mujer con infección primaria con el virus del herpes simple (VHS) durante el tercer trimestre del embarazo porque disminuye el riesgo de infección neonatal a VHS.

La cesárea de urgencia debe ser documentada usando el siguiente escenario estandarizado para permitir una comunicación clara entre los profesionales de la salud sobre la emergencia:

- ▣ Riesgo inminente de la vida de la mujer o el feto (ejemplo: DPPNI- Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta).
- ▣ Compromiso materno o fetal sin riesgo de vida inminente (ejemplo: RCIU).
- ▣ Sin compromiso materno o fetal, pero necesidad de parto más temprano (ejemplo: madre HIV positiva).
- ▣ Conveniencia del momento del parto a la mujer o al equipo médico (ejemplo: RH negativa sensibilizada).

A mediados de los años ochenta la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso como estándar para los nacimientos por cesárea la cifra de 15%. A pesar de esta recomendación, los nacimientos quirúrgicos se han incrementado de manera notable en los últimos años en casi todos los países de ingresos altos y medios. En España su número se duplicó en los últimos 15 años y hoy alcanza 23% de los partos. En el Reino Unido los nacimientos por esta vía se incrementaron de sólo 4% en 1970 a más de 20% en el momento actual. Esto obligó al Departamento de Salud a solicitarle al Colegio Real de Obstetras y Ginecólogos el más grande estudio sobre cesáreas jamás realizado en este país. En Estados Unidos de América los nacimientos quirúrgicos pasaron de 5% en 1988 a 23% en el año 2000. Japón, que hace un uso muy extensivo de las parteras tradicionales, es una de las pocas naciones desarrolladas –junto con Holanda y los países escandinavos– que parece haber evitado esta epidemia. Su porcentaje de nacimientos por cesárea es menor de 10%. Las cifras de los países de ingresos medios de América Latina son todavía más alarmantes. En Brasil más de 30% de los nacimientos son cesáreas. En Chile este porcentaje asciende a 40%.

Se han reportado en la literatura que las indicaciones de cesáreas son:

- ▣ Trabajo de parto anormal o distócico.
- ▣ Desproporción feto materna.
- ▣ Falta de progreso del trabajo de parto.
- ▣ Deterioro fetal crónico o agudo.
- ▣ Desprendimiento prematuro de placenta.
- ▣ Placenta previa.
- ▣ Prolapso de cordón.
- ▣ Tumores malignos y benignos que obstruyen el parto.
- ▣ Embarazo gemelar (2do. Gemelo).
- ▣ Trabajo de parto con producto pélvico (evitar retención ultima de cabeza).
- ▣ Condiciones maternas o fetales que ameriten interrupción del embarazo como trastornos hipertensivos sin condiciones cervicales adecuadas para lograrlo en corto plazo.

La operación cesárea no es inocua, tiene una baja tasa de complicaciones sin embargo estas existen y pueden clasificarse como tempranas y tardías, dependen de una adecuada hemostasia, calidad y cantidad de material de sutura. Dentro de las tempranas se tiene el sangrado trans-cesárea, lesiones de arterias uterinas, lesiones vesicales, intestinales, la mortalidad puede ser de 1 x 1000, pero generalmente se debe a enfermedad previa o concomitante. Existe riesgo de infección urinaria, endometritis, sepsis, tromboembolia, dehiscencia uterina, etc. Dentro de las complicaciones tardías se encuentran las adherencias intestinales, procesos cicatrizales uterinos anómalos.

CRISPIN y COL. (2010), estudiaron la incidencia e indicaciones principales de cesáreas en el área de ginec obstetricia del Hospital Nuestra Señora La Altagracia, HIGUEY a 1035 gestantes a las que se les practico parto por cesárea en ese periodo de tiempo, donde las indicaciones de las mismas fueron las siguientes, por cesárea anteriores 325 pacientes, DCP 128 pacientes, preclampsia / eclampsia 199 pacientes, presentación pélvica 42 pacientes, por sufrimiento fetal 46 pacientes, placenta previa 16 pacientes, gestación múltiple 33 pacientes, DPPNI 27 pacientes, prociencia del cordón 17 pacientes, ITS (VIH y condilomatosis) 62 pacientes, fracaso de inducción 9 pacientes, muerte fetal (óbito) 8 pacientes, macrosomía fetal 19 pacientes,

embarazo prolongado 32 pacientes, RPM 31 pacientes, otros 41 pacientes. Siendo la cesárea anterior, DCP y preclampsia las principales indicaciones.

ESPEJO (2011), estudió a 264 adolescentes multigestas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales que fueron sometidas a cesárea iterativa determinando la incidencia y factores asociados a cesárea iterativa. Encontró una incidencia de 45 cesáreas iterativas por cada 100 gestaciones (45%). El promedio de edad fue de 18.2 ± 1.1 años (14 a 19 años). Por modelo de regresión logística multivariante, se identificó como factor de riesgo la desproporción 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; $p < 0.001$).

ALBORNOZ y COL (2013), identificó los factores característicos de las adolescentes sometidas a cesárea en el Hospital Nacional Santa Rosa, lima de 530 historias clínicas; durante el año 2010, la tasa de cesáreas en adolescentes representó el 44,6%, en el 2011 fue de 42,5%, mientras que en el

2012 fue 38,8%. El 96,8% de adolescentes pertenecían al período de Adolescencia Tardía, mientras que el 3,2% al de Adolescencia Temprana. Con respecto a factores socioculturales; en lo referido al grado de instrucción, el 56,0% tenía secundaria incompleta, un 30,8% secundaria completa, el 5,1% universitario incompleto, el 4,0% técnico incompleto, el 2,1% técnico completo, el 1,7% primaria incompleta y un 0,4% primaria completa. En cuanto al estado civil, el 62,5% eran solteras, el 35,3% convivientes y el 2,3% casadas. En lo referido al número de gestaciones, el 82,1% eran primigestas, el 16,6% segundigestas y el 1,3% multigestas. Con respecto las atenciones prenatales, el 11,7% no presentaba ninguna atención prenatal, el 52,8% tenía menos de seis atenciones prenatales, mientras que el 35,5% presentaban seis o más atenciones prenatales. Así mismo, los principales diagnósticos de cesárea fueron Sufrimiento Fetal Agudo con 9,6%, Distocia Funicular con 7,3%, Preclampsia Leve

7,0% y otras indicaciones no especificadas con 8,7%. Finalmente, con respecto al tipo de cesárea según grado de urgencia, el 71,9% fueron de emergencia mientras que el 28,1% fueron electivas.

ROMERO (2013), estudio 311 gestantes adolescentes entre sus Características Clínicas y Epidemiológicas en el Hospital Regional de Loreto

“Felipe Arriola Iglesias”. El Grupo de edad más frecuente está comprendida entre los 18 y 19 años con 42.44%. El 88.7% se encuentran en la Etapa tardía de la Adolescencia al momento de la Cesárea. El grado de Instrucción que presenta la mayoría es el nivel secundario con 74.6%. El Estado Civil, convivientes con 78.8%. El 63.99% de zona Urbana, la mayoría son ama de casa con 78.5%, el 80.7% controlaron su Embarazo, el 86.8% presentan parto previo como antecedente Obstétrico, el 9.65% presentan una cesárea anterior, la principal indicación de la Cesárea Anterior es la Desproporción Céfalo-Pélvica con 60%, la edad gestacional a Término predomina en un 81.36%, el 60.1% presentan alguna patología asociada, siendo la más frecuente la anemia, presente en el 34.1% de las pacientes. La Desproporción Céfalo-Pélvica es la Indicación más frecuente con 25.1%. El principal tipo de Anestesia utilizada es la Anestesia Raquídea con 99.7%, el 47.9% de las cesáreas en Adolescentes son de Emergencia, el 14.8% presenta complicaciones post operatorias siendo la más frecuente la anemia con 65.2%, la estancia Hospitalaria está comprendida entre 2-4 días en un 58.34%, el 75.4% tienen de 2-4 días de hospitalización luego de la Cesárea, el 99.04% de las Adolescentes egresan en condición de Sanas luego de la Cesárea.

MALATESTA (2013), estudió 189 gestantes cesareadas en el Hospital Regional de Loreto entre Abril a Mayo del 2013 entre sus características demográficas y obstétricas; las gestantes cesareadas eran de edad fértil (59.8%), proceden de la zona urbana (75.1%), el 25.4% con antecedente de cesárea previa, con edad gestacional a término (76.2%), nulíparas (49.2%), con adecuado control pre natal (68.3%), de las 116 gestantes con antecedente de una gestación previa el 60.3% tuvieron un intervalo intergenésico de 2 a 5 años y el 15.5% menor de 2 años. Las principales indicaciones de las cesáreas programadas fueron cesárea anterior (37.7%), DCP (14.3%), PE leve (14.3%). Las principales indicaciones de la cesárea de emergencia fueron los casos de enfermedad hipertensiva (19.6%), SFA (18.8%), cesárea anterior (9.8%), y DCP (9.8%). Concluyo que las cesáreas de emergencia predominan en el Hospital Regional de Loreto, principalmente producto a enfermedad hipertensiva en el embarazo y sufrimiento fetal agudo.

RAMÍREZ y COL (2014), estudiaron las características sociodemográficas y ginecobstetricias de 168 adolescentes con parto cesárea y vaginal atendidas en el Hospital materno infantil Ramón Sarda. Evidenciaron que el 78% de las mujeres embarazadas están en un rango de edad entre 16 y 20 años, y el

52,4% viven en estrato 2; se presenta que un 95,2% han tenido al menos una gestación; y en el momento de los controles prenatales solo un 3% no se realizó ningún control, en tanto 15,5% realizaron 5 controles; del total de pacientes, 121 presentaron parto eutócico, y 47 presentaron parto por cesárea. También se presenta igualdad en el porcentaje de trastornos hipertensivos del embarazo y preclampsia, con un 26%; luego se encuentra la eclampsia, con un 19%, y la ruptura prematura de membranas, con un 6,0%. Durante el estudio se presentó que, en el momento del parto, las pautas que más se tienen en cuenta son la inducción y la conducción.

LÓPEZ y COL (2014), identificaron los principales factores de riesgo para la terminación del embarazo por operación cesárea en el Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora, (HIMES). Incluyeron en total 326 pacientes, de las cuales el 25% terminaron su embarazo por operación cesárea. Una ganancia de peso superior a las recomendaciones aumenta el riesgo en 11.49% de terminar su embarazo por cesárea. En relación al índice de Bishop, un puntaje < 6 se asoció con 60% de probabilidad de terminar el embarazo por cesárea ($p < 0.05$). La edad gestacional a partir de 41 semanas presentó una tasa de cesárea del 39.72%. Las adolescentes menores de 15 años tienen un alto porcentaje de cesáreas siendo del 60%. Para las pacientes nulíparas el 34% de éstas terminaron su embarazo por cesárea.

2. Formulación del problema

¿Cuáles son las características de las cesáreas en el Hospital Regional de Loreto, entre abril a mayo del 2016?

3. Planteamiento del problema

El término de operación cesárea denota el parto del feto, placenta y membranas a través de una incisión de las paredes abdominal y uterina. El término excluye el nacimiento de un producto que sea un embarazo abdominal.

La cesárea empezó siendo una intervención excepcional en casos de muerte materna y feto vivo, o casos extremos de desproporción feto pélvica. Sin embargo, ha pasado a ser la intervención obstétrica más frecuente. La incidencia de cesáreas ha experimentado un incremento espectacular en los últimos 20 años.

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

El incremento del número de cesáreas en el Perú coincidió con la creación de las empresas prestadoras de salud, la reducción en los ingresos médicos puede verse compensada por un incremento de cesáreas médicamente injustificadas, una cesárea innecesaria somete de 2 a 3 veces más riesgos a la madre que un parto normal. Los riesgos para el feto también se incrementan de 3 a 5 en comparación a un parto normal. La probabilidad de muerte neonatal es 2,9 veces mayor que en el parto normal, las guías del Ministerio de Salud regulan el procedimiento de una cesárea, los riesgos y los criterios sobre los casos absolutos y relativos en los que se debe practicar. Su aplicación, sin embargo, depende de cada establecimiento.

Según la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud (SEPS) de nuestro país refiere que la tasa de cesáreas en el sector privado se ubica muy por encima del promedio latinoamericano (33%), aunque registró un descenso en los últimos años; la tasa de cesáreas por cada 100 partos descendió de más del 70% en el 2001 a 58% hasta setiembre del 2007. En instituciones públicas la tendencia va en aumento, lo que genera una falsa

sensación de que esta opción es la mejor para las parturientas, la cesárea es un procedimiento de cirugía mayor que entraña riesgo de muerte para la madre seis veces superior al del parto vaginal, además de suponer un postoperatorio doloroso y una recuperación lenta.

En el Hospital Regional de Loreto, es un hospital docente, las tasas de cesáreas son mayores a la recomendada por la Organización Mundial de Salud, en el 2004 la tasa fue de 17.0, en el 2005 de 25.6, en el 2006 de 22.7, en el 2007 de 26.9, en el 2008 de 22.8 y en el 2009 de 24.3.

Actualmente, la cesárea es la intervención quirúrgica realizada con mayor frecuencia en los Servicios de Ginecoobstetricia del Hospital Regional de Loreto, el propósito de este estudio es identificar las características demográficas y obstétricas de las cesáreas realizadas en el Hospital Regional de Loreto, entre abril a mayo del 2016, para una mejor atención de la gestante.

4. Objetivos

4.1. Objetivo General

- Determinar las características de las cesáreas en el Hospital Regional de Loreto, entre abril a mayo del 2016.

4.2. Objetivos Específicos

- Identificar las características demográficas de las gestantes cesareadas en el Hospital Regional de Loreto como: Edad, Procedencia.
- Identificar las características obstétricas de las gestantes cesareadas en el Hospital Regional de Loreto como: antecedente de cesárea, edad gestacional, paridad, control prenatal, intervalo intergenésico, indicación de la cesárea y tipo de cesárea.

5. Hipótesis

El presente trabajo de investigación no requiere hipótesis por ser un estudio de diseño descriptivo.

6. Metodología

a) Tipo de diseño de investigación

El presente estudio es de tipo no experimental de diseño descriptivo transversal retrospectivo.

- No experimental: porque no controla las variables.
- Descriptivo: porque describe y distribuye las características de las cesáreas que han ocurrido en el Hospital Regional de Loreto.
- Transversal: porque evalúa las variables dependientes e independientes en un solo momento o período de tiempo en que ocurre el estudio.
- Retrospectivo: porque el evento (cesárea) ocurrió antes del inicio del estudio.

b) Población y muestra

i. Población

La población estuvo constituida por 560 gestantes (371 partos de tipo vaginal y 189 partos de tipo cesárea), que acudieron al Hospital Regional de Loreto a atenderse su parto entre abril a mayo del 2016.

ii. Muestra y muestreo

La muestra estuvo conformada por el total de gestantes de parto por cesárea (189) atendidas en el Hospital Regional de Loreto entre abril a mayo del 2016.

El muestreo fue no probabilístico, por conveniencia, incluyendo a todos los que cumplieron con los criterios de selección.

iii. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- Gestante con indicación de cesárea atendida en el Hospital Regional de Loreto entre abril a mayo del 2016.
- Historial

perinatal completa.

Criterios de exclusión:

- Gestante con parto vaginal.
- No presencia de la historia clínica.
- Historia perinatal con letra ilegible.

c) Técnicas e instrumentos

La técnica que se usó para el presente estudio de investigación es la de recolección de información de fuente secundaria (historia Perinatal) a través de una ficha de recolección de datos; la ficha de recolección de datos consta de dos ítems, en el primero se recoge información demográfica como edad, procedencia; en el segundo ítem los antecedentes obstétricos como antecedente de cesárea, edad gestacional, paridad, control prenatal, las indicaciones de cesárea y tipo de cesárea.

d) Proceso de recolección de datos

Aprobado el proyecto se obtuvo la información gracias al apoyo del personal asistencial del servicio de maternidad.

Se revisará la información estadística y se obtendrán el número de la historia Perinatal de las gestantes que fueron cesareadas.

Los datos recolectados fueron verificados con el asesor de la investigación asistida, luego de ello se clasificaron y ordenaron según las variables a estudiar para su almacenamiento.

e) Análisis de datos

La información recogida fue ingresada y procesada con el software SPSS 22.0, los resultados se presentan a través de estadística descriptiva mediante tablas univariadas de frecuencias relativas y gráficos.

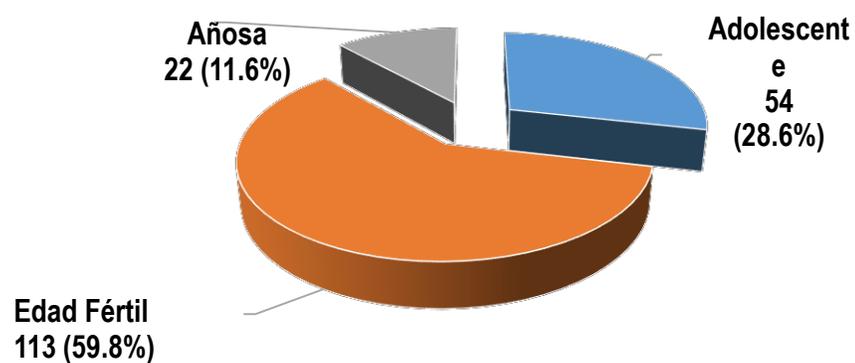
f) Consideraciones Éticas

Por ser un estudio retrospectivo no experimenta, mantiene la confidencialidad de la información.

7. RESULTADOS

a) Características demográficas de las gestantes cesareadas en el Hospital Regional de Loreto

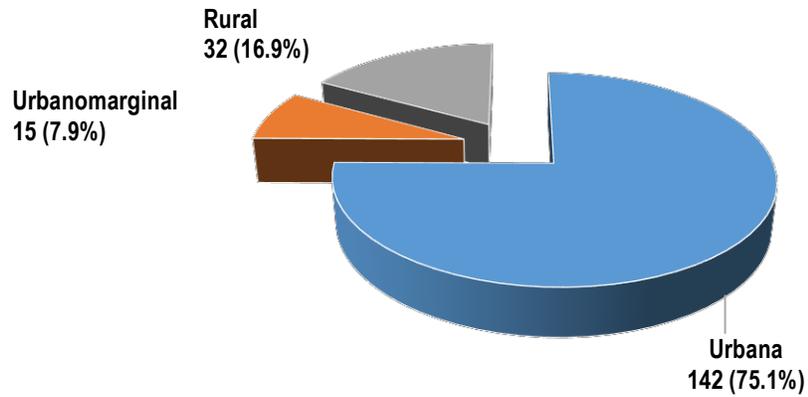
El 58% de las gestantes cesareadas en el Hospital Regional de Loreto entre abril a mayo del 2016 eran de edad fértil, seguidas de las adolescentes (28.6%) y añosas (11.6%) (Gráfica N° 1).



Gráfica N° 1

Edad de las gestantes cesareadas en el Hospital Regional de Loreto Abril a Mayo de 2016

El 75.1% proceden de la zona urbana y el 16.9% de la zona rural (Gráfica N°2).

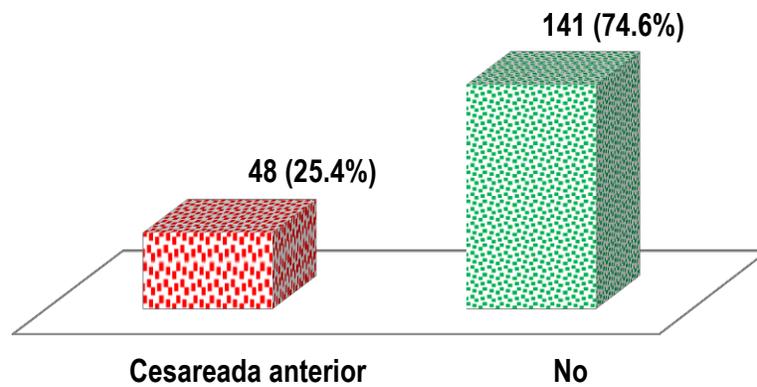


Gráfica N°2

Procedencia de las gestantes cesareadas en el Hospital Regional de Loreto

b) Características obstétricas de las gestantes cesareadas en el Hospital Regional de Loreto

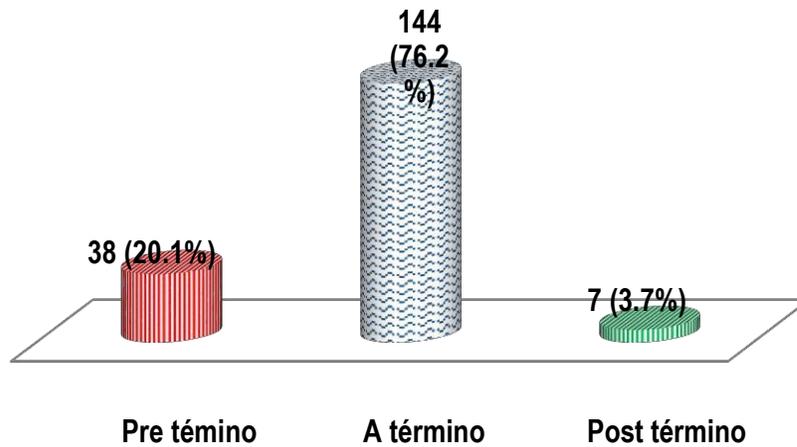
El 25.4% habían sido cesareadas (Gráfica N°3)



Gráfica N°3

Antecedente de cesárea en las gestantes cesareadas en el Hospital Regional de Loreto Abril a mayo del 2016

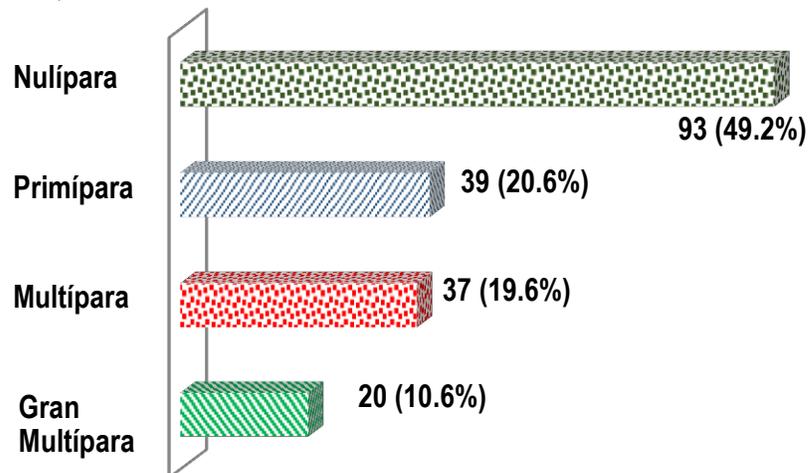
El 76.2% de las gestantes cesareadas tenían una edad gestacional a término, el 20.1% pre término y el 3.7% post término (Gráfica N° 4).



Gráfica N°4

Edad gestacional de las gestantes cesareadas en el Hospital Regional de Loreto

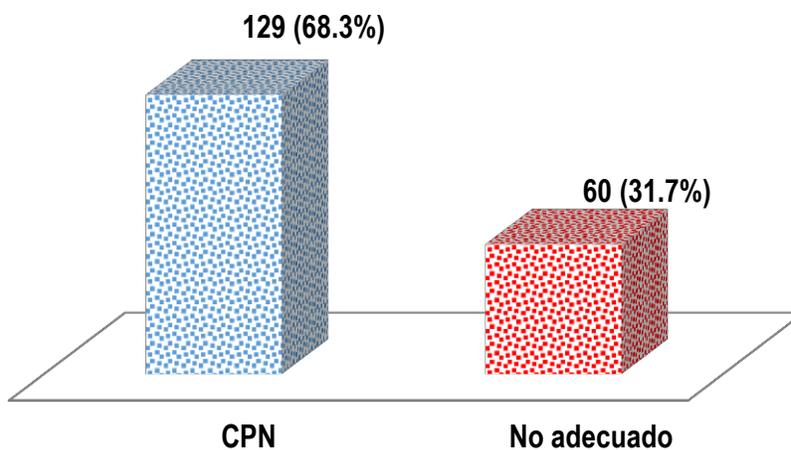
El 49.2% de las gestantes cesareadas son nulíparas, el 20.6% primíparas y el 19.6% múltiparas (Gráfica N° 5).



Gráfica N°5

Paridad de las gestantes cesareadas en el Hospital Regional de Loreto Abril a mayo del 2016

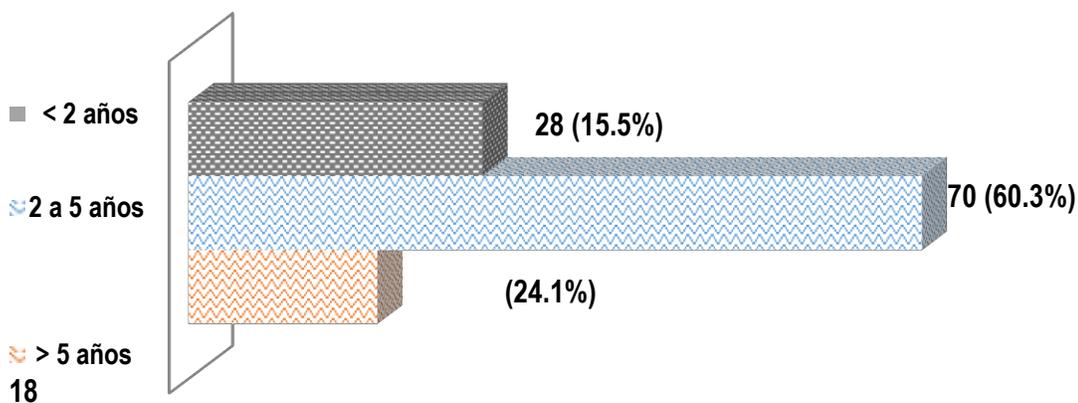
El 68.3% de las gestantes cesareadas presentaron un control pre natal adecuado (Gráfica N°6).



Gráfica N°6

Control pre natal de las gestantes cesareadas en el Hospital Regional de Loreto

Hubo 20 casos de aborto, teniendo 116 gestantes con antecedente de una gestación previa, entre ellas el 60.3% tuvieron un intervalo intergenésico de 2 a 5 años y el 24.1% mayor de 5 años, en el 15.5% el intervalo intergenésico fue menor de 2 años (Gráfica N° 7).



Gráfica N°7

Intervalo intergenésico de las gestantes cesareadas en el Hospital Regional de Loreto Abril a mayo del 2016

Algunas gestantes tuvieron más de una indicación de cesárea, por lo que se evaluaron y se escogió la de mayor severidad, por lo que obtuvo que la primera indicación fue la cesárea anterior con el 21.2%, la segunda indicación fue desproporción céfalo pélvica (11.6%), sufrimiento fetal agudo (SFA) con el 11.1%, y pre eclampsia severa (10.1%) (Tabla N° 1).

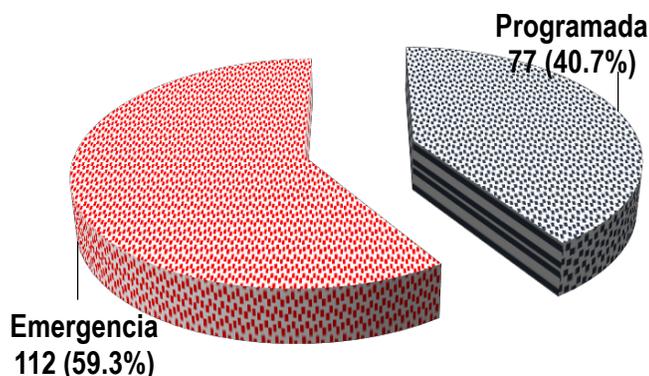
Al juntar las indicaciones de pre eclampsia severa, pre eclampsia leve, pre eclampsia, eclampsia, enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo suman 33 casos (17.5%) ocupando el segundo lugar de las indicaciones de las cesáreas (Tabla N° 1).

Tabla N°1

Indicaciones de cesárea en el Hospital Regional de Loreto Abril a mayo del 2016

Indicación de Cesárea	Nº	%
Cesárea anterior	40	21.2%
Desproporción céfalo pélvico	22	11.6%
SFA	21	11.1%
Pre eclampsia severa	19	10.1%
Oligohidramnios	8	4.2%
Presentación pelviana	8	4.2%
Desprendimiento prematuro de placenta	6	3.2%
Enfer. hipertensiva inducida en el Embarazo	6	3.2%
VIH	6	3.2%
Insuficiencia placentaria	5	2.6%
ARO por edad	4	2.1%
Pre eclampsia leve	4	2.1%
Distocia funicular	3	1.6%
Doble circular de cordón	3	1.6%
Placenta previa	3	1.6%
Serodiscordante VIH	3	1.6%
Embarazo gemelar	3	1.6%
Atonía uterina	2	1.1%
Condilomatosis vulvar	2	1.1%
Eclampsia	2	1.1%
Óbito fetal	2	1.1%
Pre eclampsia	2	1.1%
RPM	2	1.1%
Otras	13	6.9%

El 59.3% de las cesáreas realizadas en el Hospital Regional de Loreto entre abril a mayo del 2016 fueron de emergencia, el 40.7% programadas (Gráfica N° 8).



Gráfica N°8

Tipo de cesárea en el Hospital Regional de Loreto Abril a mayo del 2016

Las principales indicaciones de las cesáreas programadas fueron cesárea anterior (37.7%), DCP (14.3%), PE leve (14.3%); mientras que las iniciaciones en una cesárea de emergencia fueron los casos de enfermedad hipertensiva (19.6%), SFA (18.8%), cesárea anterior (9.8%), y DCP (9.8%) (Tabla N° 2).

Tabla N°2

Indicaciones de cesárea según el tipo de cesárea en el Hospital Regional de Loreto Abril a mayo del 2016

Programada		Nº	%	Emergencia		Nº	%
Cesárea anterior		29	37.7%	HIE, Pre eclampsia, Eclampsia		22	19.6%
Desproporción céfalo pélvico		11	14.3%	SFA		21	18.8%
Pre eclampsia leve		11	14.3%	Cesárea anterior		11	9.8%
Presentación pelviana		5	6.5%	Desproporción céfalo pélvico		11	9.8%
Insuficiencia placentaria		4	5.2%	DPP		6	5.4%
VIH		4	5.2%	Oligohidramnios		6	5.4%
Oligohidramnios		2	2.6%	Embarazo gemelar		4	3.6%
Otros		11	14.3%	ARO por edad		3	2.7%
Total		77	100.0%	Doble circular de cordón		3	2.7%
				Otras		25	22.3%
				Total		112	100.0%

8. DISCUSIÓN

Las gestantes cesareadas en el Hospital Regional de Loreto son edad fértil, entre los 20 a 35 años de edad, Espejo en su estudio encuentra uno de los factores de riesgo para realizar una operación cesárea es que la gestante tenga más de 28 años de edad, pero hay que recordar que las tendencias de los partos se den con mayor frecuencia en gestantes de edad fértil.

Cerca de la tercera parte de cesareadas son adolescentes, un problema de salud en Loreto, que según ENDES, tenemos la mayor tasa de embarazo precoz a nivel nacional; la adolescencia de por si condiciona a un mayor riesgo obstétrico, al incumplimiento de controles pre natales.

1 de cada 10 cesáreas son en gestantes añosas, la mayor edad aumenta la posibilidad de una operación cesárea.

Por cada 4.4 gestantes cesareadas procedente de la zona urbana hay una que procede de la zona rural, existen factores como nivel de instrucción, nivel socioeconómico, nutrición, accesibilidad a la atención de salud que relacionan a una gestante procedente de la zona rural a una mayor morbilidad materna fetal que puede condicionar una operación cesárea.

La cuarta parte de gestantes cesareadas tienen antecedente de cesárea previa, este factor de por si justifica una nueva intervención quirúrgica en estos casos evita, según algunos investigadores, una ruptura uterina; pero algunos consideran que si el motivo no estructural como pelvis estrecha podría darse chance vaginal al nacimiento. López en su estudio demuestra que las presencias de cicatriz de cesárea aumentan significativamente la indicación de cesárea.

Cerca de la quinta parte de las gestantes cesareadas fueron pre término, empobreciendo el pronóstico del recién nacido, aunque no fue objetivo del estudio observamos que la enfermedad hipertensiva del embarazo y el sufrimiento fetal agudo fueron las dos indicaciones más frecuentes de operación cesárea.

Las cesareadas con mayor frecuencia fueron nulíparas, junto con las primíparas son cerca del 70% de las cesareadas; eso es debido a que son un grupo donde recién se experimentan algunas condiciones materno fetales del embarazo y parto, en cambio en las múltiparas su estructura anatómica y fisiológica ya tienen la experiencia de haber tenido partos y por ende solo tiene algunas condiciones para practicar

una cesárea. Albornoz en su estudio demuestra que la multiparidad disminuye el riesgo de operación de cesárea.

Se ha mejorado la frecuencia de un adecuado control pre natal en los últimos años, pero aún la tercera parte de las cesareadas tienen menos de 6 controles pre natales, hay que anotar que dentro de este grupo se encuentra las gestantes pre término que no llegan a cumplir los 6 controles por presentar una morbilidad que obliga a terminar el embarazo antes de lo previsto.

Existe un grupo de gestantes cesareadas que tuvieron un intervalo intergenésico menor de 2 años, este es un factor de riesgo para el binomio madre niño, algunas de ellas han sufrido un aborto (antes de las 20 semanas de gestación) y no tienen una adecuada sensibilización para esperar el tiempo prudente para el nuevo embarazo.

Las indicaciones de cesárea son muy variables en frecuencia de país a país; la mayoría suelen ser por emergencia como en nuestro estudio, con cuatro indicaciones predominan como la cesárea previa, enfermedad hipertensiva del embarazo (incluye pre eclampsia y eclampsia), sufrimiento fetal agudo y desproporción céfalo pélvica. Malatesta encuentra que la desproporción cefalopelvica, sufrimiento fetal, cesárea previa y presentación podálica fueron las principales indicaciones de cesárea. Romero en su estudio fueron cesárea previa y desproporción cefalopelvica. Espejo encuentra como indicación de cesárea al Sufrimiento Fetal Agudo, Presentación podálica), cesárea iterativa, falta de progresión y desproporción feto pélvica; y la principal patología materna asociadas a la cesárea fue la Hipertensión arterial. Albornoz encuentra que las causas más frecuentes de cesáreas fueron; desproporción céfalo pélvica, sufrimiento fetal agudo y presentaciones anormales (pélvico y transverso).

Es importante resaltar lo hallado en el estudio es que la cesárea previa es condición de cesárea iterativa dependiendo de la causa que implique una nueva cesárea o parto vaginal, con el temor de ruptura uterina; la segunda que mencionamos es los casos de hipertensión durante el embarazo que es una causa materna, que tiene factores como la edad, nuliparidad entre otras; que se detecta generalmente en los controles pre natales y se plantea una cesárea programada o electiva, pero a veces se presenta durante el trabajo de parto y se debe indicar una cesárea de emergencia para salvaguardar la vida materno fetal; el sufrimiento fetal agudo se identifica durante la inducción del trabajo de parto o durante el

trabajo de parto con una alta morbilidad fetal que requiere una cesárea de emergencia; la desproporción cefalopelvica, que es una causa materno fetal, en donde hay una desproporción entre el tamaño del feto y la estructura pélvica lo que le impide realizar un descenso adecuado del feto durante el trabajo de parto y por ende la mejor vía de extracción será la abdominal, esta indicación en muchos de los casos es durante el trabajo de parto y no durante sus controles pre natales.

Compartimos los criterios de otros autores que la frecuencia de cesárea que es casi endémica en nuestros centros asistenciales, se puede y debe disminuir mediante la institucionalización que se debe solicitar antes de la intervención una segunda opinión y la revisión periódica y sistemática de todos los casos operados.

09. CONCLUSIÓN

- ▮ Se evaluaron 189 gestantes cesareadas en el Hospital Regional de Loreto entre abril a mayo del 2016; eran de edad fértil (59.8%), proceden de la zona urbana (75.1%), el 25.4% con antecedente de cesárea previa, con edad gestacional a término (76.2%), nulíparas (49.2%), con adecuado control pre natal (68.3%), de las 116 gestantes con antecedente de una gestación previa el 60.3% tuvieron un intervalo intergenésico de 2 a 5 años y el 15.5% menor de 2 años.
- ▮ El 59.3% de las cesáreas realizadas fueron de emergencia y el 40.7% programadas.
- ▮ Las principales indicaciones de las cesáreas programadas fueron cesárea anterior (37.7%), DCP (14.3%) PE leve (14.3%).
- ▮ Las principales indicaciones de la cesárea de emergencia fueron los casos de enfermedad hipertensiva (19.6%), SFA (18.8%), cesárea anterior (9.8%), y DCP (9.8%).

10. RECOMENDACIONES

- ▯ Promover en la población adolescente una mejor actitud preventiva sobre el embarazo precoz.
- ▯ Auditar las cesáreas de emergencia para identificar los factores que la condicionaron con la finalidad de dar una atención oportuna de calidad.
- ▯ Realizar estudio caso control, para identificar los factores que condicionaron a una cesárea de emergencia en el Hospital Regional de Loreto.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Valenti E. Guías de práctica clínica. División urgencias. Hospital Materno Infantil Ramón Sardá 2005. Cesárea. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá 2006; 25 (4):178-183.
- Valenti E., Andina E., Rey A., Oría G., Estiú C., Cruz E., Beatti J., Almada R., Ingilde M. Hospital Materno Infantil Ramón Sardá 2005. División urgencias. Guías de práctica clínica Cesárea. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá 2006; 25 (4):178-85.
- World Health Organization. Appropriate technology for birth. Lancet 1985; 2:436-437.
- Cerda H. Uno de cada cuatro niños nace por cesárea. El País 2001; octubre 30:28.
- Johansson R, Newburn M, Macfarlane A. Has the medicalization of childbirth gone too far? BMJ 2002; 324:892-895.
- Martin JA, Hamilton BE, Ventura SJ, Menacker F, Park MM. Births: Final data for 2000. Natl Vital Stat Rep 2002;(5):1-101.
- Belizán JM, Althabe F, Barros FC, Alexander S. Rates and implications of caesarean sections in Latin America: Ecological study. BMJ 1999; 319:1397-1402.
- Murray SF. Relation between private health insurance and high rates of caesarean section in Chile: Qualitative and quantitative study. BMJ 2000; 321:1501-1505.
- Lepore G., Sampor C., Storni M., Pardo P. Incidencia y principales indicaciones de cesárea. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina 2005, 150: 9-12.
- Rochell ML, et al. Risk of uterine rupture during labor among women with a prior cesarean delivery. N Eng J Med 2004; 345: 1- 6.
- Llerenlis Crispin, Sorangie Pinales, Avigail Brito, Greysi Stevens, Ercilia Cabrera. Incidencia E Indicaciones Principales De Cesáreas En El Hospital Nuestra Señora Laaltagracia, HIGUEY. Rev. Med. Dom. DR-ISSN-0254-4504 ADOERBIO 001 Vo1.71-No. I Enero/abril, 2010.
- Manzano Espejo Giancarlo. Incidencia y factores asociados a cesárea iterativa en adolescentes: Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2005 - 2009. Revista Horizonte Médico Volumen 2011; 11(2):75.
- Albornoz Aliaga, Laidy Ling, and Nivania Guadalupe Reátegui Tarazona. "Cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Santa Rosa

durante el periodo 2010 - 2012." TESIS Para optar el Título Profesional de Licenciado en Obstetricia, Universidad Nacional Mayor De San Marcos. Facultad De Medicina Humana. E.A.P. de Obstetricia, 2013.

- Randy Edson Romero Tenazoa. Características Clínicas y Epidemiológicas de las adolescentes sometidas a Cesárea en el Hospital Regional De Loreto "Felipe Arriola Iglesias". Año 2012". Tesis Para Optar el Título de Médico – Cirujano. UNAP 2013.
- Brenda Marianela Malatesta Zumaeta. Características demográficas y obstétricas de las cesáreas en el Hospital Regional de Loreto, 2013. Tesis para optar el título de obstetra. Univ. Científica del Perú 2013.
- Katherine Elizabeth Ramírez Ladino, Lorena Andrea Medina Franco, Nancy Adriana Arias Olarte, Wilson Giovanni Jiménez Barbosa. Características ginecobstétricas de adolescentes que tuvieron su parto en el periodo julio-diciembre del 2012 en una institución de salud. *ciencia, tecnología, salud, visión, ocul.* / vol. 12, no. 2 / julio-diciembre del 2014 / pp. 45-51 / issn: 1692-8415.
- Laura Elena López-Saiz, Adalberto Rafael Rojo-Quiñonez, Carmen María López-Saiz. Factores de Riesgo en la Terminación del Embarazo por Operación Cesárea en Mujeres Atendidas en el Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora. *Bol Clin Hosp Infant Edo Son* 2014; 31(2); 96-100.
- Mankoff H, Chervenak FA. Elective Primary Cesarean Delivery. *N Eng J Med* 2003; 348: 1- 5.
- Landon MB, et al. Maternal and Perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. *N Eng J Med* 2004; 352: 1- 9.
- Green MF. Vaginal birth after cesarean revisited. *N Eng J Med* 2004; 351: 1-3.
- Puentes RE. La Cesárea en México, tendencias, niveles y factores asociados. *Salud Pública de México* 2004; 46: 1-7.
- Investigación sobre la práctica de cesáreas en el hospital zonal de Oliva desde un enfoque bioético. www.cba.gov.ar/imagenes/fotos/cesareas.pdf.
- www.elcomercio.pe/.../noticia-cada-ano-se-practican-13-mil-cesar.
- www.elcomercio.pe/.../el-numero-partos-cesarea-peru-supera-pro.
- www.hospitalregionaldeloreto.gob.pe.

12. Anexos

a) Ficha de recolección de datos

“CARACTERÍSTICAS DE LAS CESÁREAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO”

ABRIL A MAYO
DEL 2016

1. Características demográficas:

Edad: 1. Adolescente 2. Edad fértil 3. Añosa

Procedencia: 1. Urbana 2. Urbano – rural 3. Rural

2. Características Obstétricas:

Antecedentes de cesárea: 1. SI 2. NO

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

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

Intervalo intergenésico: 1. < 2 años 2. 2 a 5 años 3. > 5 años

Control pre – natal: 1. ≥ 6 2. 0 – 5

Indicación de la cesárea:

Tipo de cesárea: 1. Programada 2. Emergencia

b) Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA	INSTRUMENTO
CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICOS	Es el conjunto de características sociales y demográficos, de la unidad de estudio dentro de la población; contará con las siguientes subvariables: Edad de la madre, Procedencia	Edad de la Madre: Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento del ocurrir el parto contará con 3 índices: adolescente, edad fértil y añosa	Edad de la Madre: adolescentes menores de 19 años, edad fértil: entre 19 a 34 años y añosas mayores de 35 años	Nominal	EDAD DE LA MADRE: 1. Adolescente 2. Edad fértil 3. Añosa
		Procedencia: Lugar donde vive o reside la unidad de estudio; contará con 3 índices urbano, urbano marginal y rural.	Urbano: la gestante reside en la zona céntrica o dentro del perímetro urbano de la ciudad. Urbano marginal: La gestante reside en áreas alejadas del perímetro urbano. Rural: la gestante reside en pueblos, caseríos aledaños de la ciudad.	Nominal	PROCEDENCIA: 1. Urbano 2. Urbano marginal 3. Rural
ANTECEDENTES OBSTETRICOS	Es el conjunto de características obstétricas de la unidad de estudio, contará con las siguientes edad gestacional, paridad, intervalo intergenésico y control prenatal	Antecedente de cesárea: gestante que refiere haber presentado con anterioridad a la gestación actual parto por cesárea.	Antecedente de cesárea: gestante que refiere haber presentado con anterioridad a la gestación actual parto por cesárea.	Nominal	Antecedente de cesárea: 1. Si 2. No
	Es el conjunto de características obstétricas de la unidad de estudio, contará con las siguientes edad gestacional, paridad, intervalo intergenésico y control prenatal	Edad Gestacional: Tiempo comprendido entre el primer día del último periodo menstrual o fecha de última regla a la fecha que acude al establecimiento de salud.	Edad Gestacional: Pre término: Embarazo menor a 37 semanas y mayor o igual a 28 semanas. A término: Embarazo menor a 41 semanas y mayor o igual a 37 semanas. Post término: Embarazo mayor o igual a 41 semanas	Nominal	Edad Gestacional: 1. Pre término. 2. A término 3.. Post término
		Paridad: Se dice que una mujer ha parido cuando ha dado a luz por cualquier vía (vaginal o	Paridad: Nulípara: 0 partos Primípara: solo tuvo 1 parto	Nominal	Paridad: 1. Nulípara 2. Primípara

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA	INSTRUMENTO
		cesárea) uno o más productos (vivos o muertos), y que pesaron 500g o más, o que poseen más de 20 sem. de edad gestacional, tendrá 4 índices; nulípara, primípara, múltipara y gran múltipara	Múltipara: tuvo entre 2 a 4 partos Gran Múltipara: tuvo 5 a más partos		3. Múltipara 4. Gran Múltipara
		Control Prenatal: Evaluación repetida con enfoque de riesgo que efectúa el profesional de salud en la mujer gestante vigilando su bienestar y el de su producto de la concepción,	Control Prenatal controlada: Tiene 6 a más atenciones en el programa de control prenatal Control Prenatal no controlada: Tiene menos de 6 controles en el programa de control prenatal, o no tiene ningún control	Nominal	CPN: 1. 6 a más 2. 0 a 5
CESAREA	Cuando las condiciones de la madre o del producto corren riesgo de morir por mantener la condición de gestante y el producto debe ser extraído por vía abdominal.	Historia clínica Reporte operatorio	Indicación de cesárea: condición clínica-obstétrica que condiciona la extracción del feto por vía abdominal Cesárea programada: extracción abdominal del producto a través de una cesárea programada Cesárea de emergencia: extracción abdominal del producto en forma urgente a través de una cesárea	Nominal	Indicación de cesárea: Tipo de cesárea: 1. Programada 2. Emergencia