

UNIVERSIDAD PARTICULAR DE IQUITOS

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN
OBSTETRICIA**

TÍTULO:

**“ INDICACIONES DE CESÁREA EN EL HOSPITAL
REGIONAL DE LORETO Y HOSPITAL APOYO
IQUITOS, DURANTE EL AÑO 2,001”**

PRESENTADO POR LA BACHILLER:

RUTH ALY RÍOS PAREDES

ASESORES:

**DR. JAVIER VÁSQUEZ VÁSQUEZ
OBST. PILAR PINEDO IGLESIAS.**

IQUITOS - PERÚ

2002

BIBLIOTECA-UPI

UNIVERSIDAD PARTICULAR DE IQUITOS
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD - OBSTETRICIA

ACTA DE EXAMEN PARA TITULO PROFESIONAL

SUSTENTACIÓN DE TESIS

En Iquitos a los veintiseis días del mes de julio del 2002, a horas 5:00 pm, el Jurado Evaluador designado por la Vicepresidencia Académica de la UNIVERSIDAD PARTICULAR DE IQUITOS, integrado por los Señores Miembros que a continuación se indica:

- Med. RICARDO CHAVEZ CHACALTANA Presidente
- Med. NICOLAS HERNÁNDEZ HERNANDEZ Miembro
- OBST. NATALIK ESPINOZA RAMÍREZ Miembro

Se constituyeron en el Auditorio de la Universidad Particular de Iquitos Av. Abelardo Quiñones Km. 2.5. San Juan para evaluar LA SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL, titulado: "INDICACIONES DE CESAREA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO Y HOSPITAL APOYO IQUITOS DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2001" a la bachiller en Obstetricia RIOS PAREDES, RUTH ALI, para optar el Título Profesional de LICENCIADA EN OBSTETRICIA que otorga la Universidad Particular de Iquitos, de acuerdo a Ley y Reglamento Interno.

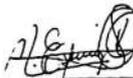
Después de haber evaluado y formulado las preguntas necesarias, las cuales fueron respondidas en forma satisfactoria

El Jurado después de la deliberación correspondiente en privado llegó a las siguientes conclusiones:

5. La sustentación de TESIS Aprobada por Mayoría
6. Observaciones NINGUNA
3. Siendo las 6:30 pm se dio por terminado la Sustentación de Tesis.


Med. RICARDO CHAVEZ CHACALTANA
Presidente

Med. NICOLAS HERNÁNDEZ HERNANDEZ
Miembro


OBST. NATALIK ESPINOZA RAMÍREZ
Miembro

Dedicatoria

- ◆ *A Dios, compañero, amigo y quien será mi guía en este camino que recién comienzo.*
- ◆ *A mi padre Riquelme Ríos, quien con su esfuerzo hizo posible culminar este gran anhelo.*
- ◆ *A mi madre Laura Paredes, quien es y será siempre mi gran apoyo y fortaleza.*
- ◆ *A mis queridos hermanos Ginno Marcello y Loisa Ana.*

Agradecimientos

- ◆ *Al Dr. Javier Vázquez, por su valioso tiempo dedicado para la realización de este trabajo.*
- ◆ *A la Srta. Pilar Pinedo por su colaboración para la culminación de la presente.*
- ◆ *A la Srta. Elizabeth García, responsable del Prog. Materno Perinatal del HRL, por facilitarme el acceso a información en las tarjetas perinatales.*
- ◆ *A la Srta. Jeny Ganaza, responsable del Sistema Informativo Perinatal del HSA, por su apoyo en la búsqueda de información.*
- ◆ *Al Sr. Orlando Soplin, por su espíritu solidario y su gran apoyo para hacer posible la redacción e impresión del presente.*
- ◆ *A Sebastián Rojas, por estar a mi lado y apoyarme incondicionalmente.*
- ◆ *A todas las personas que de una u otra forma me apoyaron en la realización del presente trabajo.*

INDICE

	N° Pag.
INDICE GENERAL.....	2
INDICE DE TABLAS.....	3
INDICE DE GRAFICOS.....	4
RESUMEN	5
 CAPITULO I	
I.1 INTRODUCCION	6
I.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
I.3 OBJETIVOS.....	9
 CAPITULO II	
II.1 MARCO TEÓRICO	10
II.2 TERMINOS OPERACIONALES	16
 CAPITULO III	
III.1 METODOLOGÍA	19
 CAPITULO IV	
IV.1 RESULTADOS	23
 CAPITULO V	
V.1 DISCUSIÓN	37
V.2 CONCLUSIONES	43
V.3 RECOMENDACIONES	44
 MATERIAL DE REFERENCIA	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
ANEXO.....	48

INDICE DE TABLAS

	N° Pag.
- TABLA N° 1	24
- TABLA N° 2	24
- TABLA N° 3	25
- TABLA N° 4	26
- TABLA N° 5	27
- TABLA N° 6	28
- TABLA N° 7	29
- TABLA N° 8	30
- TABLA N° 9	31
- TABLA N° 10	32
- TABLA N° 11	33
- TABLA N° 12	34
- TABLA N° 13	35
- TABLA N° 14	36
- TABLA N° 15	37
- TABLA N° 16	37

INDICE DE GRAFICOS

	N° Pag.
- GRAFICO N° 1	25
- GRAFICO N° 2	26
- GRAFICO N° 3	27
- GRAFICO N° 4	28
- GRAFICO N° 5	29
- GRAFICO N° 6	30

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo principal conocer las indicaciones más frecuentes de la operación cesárea en el HRL y HAI. Se estudiaron 137 historias de las pacientes cesareadas en el HRL, durante Enero a Diciembre del 2001; y 116 historias en el HAI en idéntico periodo.

La incidencia de cesáreas encontrada en el HRL fue de 18.4% y en el HAI fue 11.6%. En ambos hospitales la mayor incidencia lo encontramos en el grupo etáreo de 21 a 35 años.

En el HRL predominó el nivel secundario, mientras que en el HAI el nivel primario.

Según la ocupación, es el cuidado del hogar lo que predomina en las gestantes cesareadas en ambos hospitales. Hubo predominio para ambas poblaciones de la convivencia en las pacientes cesareadas.

En cuanto la procedencia, el mayor porcentaje de gestantes cesareadas provenía de la zona urbana.

Según la paridad de las gestantes, predominaron las nulíparas, y en ambos hospitales igualmente encontramos predominio de gestantes que no tenían antecedente de cesárea anterior. La mayor incidencia en cuanto al control prenatal, ocurrió en aquellas que tenían de cuatro a más controles para ambos hospitales.

En cuanto al inicio del parto, en el HRL predominó el inicio de manera espontánea (48.8%), mientras que en el HAI encontramos que el 49% de las cesareadas no hicieron trabajo de parto.

Hubo mayor incidencia en ambos hospitales de gestaciones Atérmino. Las principales indicaciones de cesárea en el HRL fueron la DFP (19.7%), seguida por el SFA (19.0%). Y en el HAI la principal indicación fue el SFA (31.9%), seguida por la DFP (25.0%).

La principal indicación en la cesárea de emergencia en el HRL fue el SFA, la misma indicación fue encontrada en el HAI. En cuanto a la principal indicación en la Cesárea Electiva en el HRL fue la cesárea anterior, mientras que en el HAI fue la DFP.

Según la circunstancia de la operación predominó la indicación de emergencia con 56.9% en el HRL; y 53.4% en el HAI, cifras que consideramos altas.

Según la tasa de muerte materna, en nuestro estudio no se registraron muertes maternas en el HRL, y en el HAI se registró 1 muerte materna, dando un tasa de 8.6 por 1,000 cesáreas.

CAPÍTULO I

I. 1 INTRODUCCIÓN

Gracias a los avances de la ciencia médica en cuanto a prevenir los riesgos y mejorar las complicaciones quirúrgicas, hacen que la cesárea aumente cada vez más su frecuencia.

Antes de 1960 la frecuencia de cesárea era inferior al 5%, en la actualidad, la frecuencia oscila entre un 20 a 25% en los servicios públicos de salud y mayor al 50% en el sistema privado (16); sin importar la edad, estado civil, condición social, paridad, etc de la gestante; a pesar de conocerse que la cesárea tiene una mayor morbimortalidad materna, dada por las complicaciones infecciosas, hemorrágicas, anestésicas y tromboembólicas, además de un periodo de recuperación y un costo mayor que el parto vaginal.

En nuestro país en el hospital "San Bartolomé" de Lima hasta 1986, se encontró una incidencia de 8.9%, pero hasta 1997, alcanzó el 24,57% (7).

Y en los principales nosocomios de nuestra ciudad, se hicieron algunos estudios al respecto.

Por ejemplo Reátegui (27), encontró que en el HRL, de 1990 a 1992, la incidencia fue de 7.60%; y durante 1994 a 1995, según estudios realizados por Andrade (3), fue de 9,6%.

Y según los registros estadísticos de este hospital (11), nos demuestran que en el año 1996, 1997 y 1998, la frecuencia aumentó a 10,39; 12,51 y 15,12% respectivamente. Pero durante los años 1999 y 2000, la incidencia se mantuvo en 14.35 y 15.6%.

Andrade (3) también demuestra que el HAI, de 1994 a 1995, la prevalencia fue de 8.1%, y según registros estadísticos (10) durante el año 1999 al 2000, se encontró una incidencia de 15.4%, demostrando un considerable incremento.

Como podemos comprender, esta evolución de la operación cesárea exige un continuo estudio estadístico, y un análisis de sus posibles causas; y ante los escasos estudios comparativos sobre la problemática de la operación cesárea en nuestra región (Excepto el de Andrade 1994-1995), el presente trabajo tiene como objetivo principal, conocer las indicaciones más frecuentes de la operación cesárea en los dos hospitales del MINSA; y teniendo en cuenta que el HRL, es un Hospital de III Nivel (Referencial), es lógico que las indicaciones a encontrarse, tengan que ser aquellas de mayor gravedad y que requieran intervenciones de emergencia.

Y que en el HAI, que es un Hospital de II Nivel, se encuentre predominio de indicaciones que conllevan a una cesárea programada; por tanto queremos demostrar si se están cumpliendo o no estos parámetros.

También creemos importante determinar la tasa de mortalidad materna de las pacientes cesareadas en ambos nosocomios para un seguimiento en su frecuencia.

Creemos por tanto que el presente estudio servirá como un aporte para otros estudios comparativos que estamos seguros se realizarán en el futuro.

I.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿ Cuáles serán las indicaciones más frecuentes de la operación cesárea en el Hospital Regional de Loreto y Hospital Apoyo Iquitos en el año 2001?.

I.3 OBJETIVOS

I.3.1 General:

1. Determinar las indicaciones más frecuentes de cesárea en el Hospital Regional de Loreto, y Hospital Apoyo Iquitos, durante el año 2001.

I.3.2 Específico:

1. Determinar y Comparar la incidencia de cesárea entre el HRL y HAI, durante el año 2001.
2. Identificar algunas características sociodemográficas de la gestante cesareada del HRL y del HAI, durante el año 2001.
3. Relacionar las características sociodemográficas de la gestante cesareada con las indicaciones de cesárea.
4. Determinar la tasa de mortalidad en las pacientes cesareadas en el HRL y HAI, durante el año 2001.

- Indicaciones Ovulares. Placenta previa, Desprendimiento prematuro de placenta, Distocias de cordón umbilical, etc. (6).

También podemos clasificar a la cesárea en : Primaria, si se realiza por primera vez; Iterativa, si se practica en pacientes que tuvieron cesárea anterior; Electiva, si se elige la fecha para culminar la gestación y con tal motivo la de Urgencia en donde el momento de la intervención es algo imprevisible.

Con respecto a lo anterior la indicación durante el control pre-natal, permite tomar las precauciones necesarias para una preparación adecuada de la embarazada y la realización de la operación antes del comienzo del trabajo de parto. Indudablemente la realización de una cesárea programada requiere un eficiente control prenatal con adecuada ponderación de los riesgos materno y fetales; la morbimortalidad materna y perinatal aumenta por indicaciones tardías en pacientes inadecuadamente preparadas. (22)

En el momento actual la cesárea no tiene virtualmente contraindicación alguna, excepto el hecho de no estar correctamente indicada. (30)

Hace 120 años, la mortalidad materna por operación cesárea era del 85%. La tasa actual ha disminuido enormemente llegando a cifras de 8 a 10 muertes maternas por 10000 cesáreas. Diversos estudios presentan cifras de mortalidad materna que oscilan entre el 0.1 y 2 %, e indican que las infecciones, las hemorragias y los accidentes anestésicos son las principales causas de muerte. (22)

Sin embargo, a pesar de estas cifras, el parto vaginal sigue siendo menos riesgoso para la madre que la operación cesárea.

En general se acepta que el riesgo de muerte materna es 3 a 5 veces mayor en la operación cesárea que en el parto vaginal. (22)

Las cuatro indicaciones más frecuentes para parto por cesárea son:1) cesáreas anteriores; 2) distocia o falta de progreso en el trabajo de parto; 3) presentación pelviana; 4) las realizadas en interés del bienestar fetal. Las cesareadas anteriores y las efectuadas por distocia del trabajo de parto, representan en conjunto, aproximadamente la mitad de estas operaciones, tanto en Estados Unidos como en otros países occidentales industrializados. (35).

Botero y col (6), afirman que en el hospital Universitario "San Vicente de Paul" (Medellín), se observó un incremento progresivo durante veinticinco años (1957-1982), el aumento ha sido del 18,5%. El 46% de las cesáreas realizadas durante 1982 se efectuó en primigestas y el 84% del total se hizo en embarazos de término.

Durante el año 1986 el porcentaje fue de 32,1%.

Álvarez y col (2), hicieron una revisión estadística de 10 años (1971-1980), en uno de los centros obstétricos de mayor complejidad y más concurridos de Bolivia. Se revisaron 32786 historias clínicas y se encontró un número de cesáreas de 2231; dando una incidencia de 6,80%.

Roco y col (28), entre 1984 y 1985, en el Hospital de Lebú (Chile), encontraron como indicaciones más frecuentes a la cesárea anterior (34.4%), SFA (17.7) y presentación distócica (12.3%), y una incidencia de 25,6% sobre el total de partos. Predominó levemente la indicación operatoria sin trabajo de parto (57.2%). El 51.5% fueron cesáreas electivas y el 21.0% de urgencia.

López y col (15), realizaron un estudio en el Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara" (Venezuela), en el lapso de 1984 a 1993, y la principal indicación fue la cesárea previa con 39,03%, seguida de la DFP con 21.60% y el SFA con 9.01%. La población de estudio estuvo compuesta por 6,930 cesáreas. Se tomó una muestra aleatoria de 1509 casos; dando una incidencia de 15,9% en 1984 a 20,79% en 1993. El 20,28% fueron adolescentes; el 32,09% de las cesáreas ocurrió en nulíparas y el 70.41% ocurrió entre las 37 y 40 semanas.

Panduro y col (21), hicieron un análisis de 500 cesáreas practicadas en el Hospital Civil de Guadalajara (México), de 1985 a 1987; donde la indicación más frecuente fue la DFP con 28%; la edad media fue de 23.9 años; la tasa de mortalidad perinatal fue de 4.2% y la mortalidad materna fue de 0.4%.

En el Hospital "Dr. Gustavo Ficke" (Colombia), entre Octubre de 1987 y Marzo de 1989; Valdés y col (34), encontraron al estudiar a 918 pacientes operadas, que el 32% de ellas fueron cesáreas electivas, la cesárea iterativa ocupa el segundo lugar con 18.4% y el SFA con 17.9% en tercer lugar.

Uribarren y col (33), en el Hospital "Dr. Miguel Trejo Ochoa" (México), durante el año 1988; encontraron que la principal indicación de cesárea fue la DFP, seguida de Cesárea anterior; la incidencia llegó al 34.8% y el 74% de las pacientes tenían entre los 20 y 30 años de edad.

En el hospital "Isidro Ayora" de Loja (Ecuador), en el período de 1990 a 1994, Coronel y col (8), encontraron que la cesárea anterior con el 36,76% fue la principal indicación, seguida de la DFP con el 19.44% y el SFA con el 13.38%. Encontraron que de un total de 14670 ingresos, se efectuaron 1,250 cesáreas que representan el 8.52%, se comprobó que hay mayor incidencia en pacientes de 21 a 25 años, con predominio de pacientes casadas y que viven en el medio urbano. Un 46,8% son de instrucción secundaria y el 66% son primigestas.

En el Hospital Regional "José María Cabral y Baez" de Santiago (República Dominicana), durante 1991; Perez y col (23), hicieron un estudio retrospectivo

en busca de las indicaciones de cesárea. Y de 1781 operaciones, 974 (52%), fueron por cesárea previa; DFP originó 171 (9.1%) y la preeclampsia severa originó 160 casos.

Pinos y col (25), en el hospital "Francisco de Orellana" (Coca-Ecuador), en el período de 1992 a 1994; refieren que se atendieron 1486 partos, de los cuales 239 correspondieron a cesárea (16,8%). La DFP fue la indicación más frecuente, seguida del SFA y Preeclampsia. También se comprobó que existe un alto porcentaje de embarazos a término sin control prenatal.

En Cochabamba (Bolivia), en el Hospital Obrero de la Caja Nacional de Salud, Avilés y col (4), estudiaron 428 pacientes sometidas a cesárea entre el 1 de Enero y el 30 de Octubre de 1994. Los resultados muestran que la indicación más frecuente es la cesárea previa, la siguen en orden de frecuencia la DFP, la Rotura prematura de membranas y del SFA. Se observó que la mayor incidencia corresponde al grupo etáreo comprendido entre 20 y 35 años. La mayor frecuencia se presentó en nulíparas; y la edad gestacional de mayor incidencia fue de 38 a 41 semanas.

Escobar y col (9), revisaron 347 casos de pacientes en las que se practicó la operación cesárea en el Hospital de Constitución (Colombia), durante el año 1995. El 57% de los casos lo fueron por Cicatriz anterior y en el caso de la indicación de urgencia, la principal causa la constituye el SFA.

La DFP, Cesárea previa y Preeclampsia fueron las tres principales indicaciones de cesárea, encontrada por Treviño y col (32), en el Hospital Regional de Especialidades "Dr. Ignacio Morones Prieto" del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el período de Enero a Febrero de 1995; se encontró una incidencia de 45,08%; ya que de 9,667 pacientes que ingresaron al Servicio de Maternidad, 4358 terminaron por vía alta.

En el Hospital "Manuel Noriega Trigo" (Venezuela), en el año 1995, Molina y col (17), hicieron un estudio prospectivo sobre la frecuencia e indicaciones de cesárea. Un 28.61% de los nacimientos ocurrió por cesárea y el 60.62% se hacían por primera vez y el 39,37% eran repetidas. La cesárea anterior fue la principal indicación con 29,10%, seguida por el SFA (13.98%) y la Rotura prematura de membranas (12.26%).

Olivares y col (19), hicieron un estudio en el "Hospital Central Militar" (México), de 1995 a 1996. Se estudiaron 6,977 pacientes que ingresaron en trabajo de parto, de los cuales 5,105 pacientes presentaron parto vaginal y 1,872 pacientes (26,84%) terminaron en cesárea. Las indicaciones más frecuentes fueron la DFP (29,87%) y Cesárea anterior (22.86%).

En el Hospital General "Carlos Manuel de Céspedes" (Cuba), en el año 1996, Guerra y col (14), encontraron que la incidencia de cesárea fue de 16,8% y el

45% fue en la edad comprendida de 20 a 30 años; y el SFA con 39,9% fue la primera indicación de cesárea.

Cesárea anterior (29.5%), DFP (22.6%) y SFA (10%), fueron las principales causas de cesárea, según Padilla y col (20), en un estudio retrospectivo que hicieron en el Hospital "Pablo Arturo Suárez" (Quito-Ecuador), entre Enero a Diciembre de 1996. Se atendió un total de 2,003 partos, de los cuales se registró un total de 380 pacientes a quienes se les realizó la cesárea y se determinó una tasa de prevalencia de 18.97%. En relación a la edad materna se determinó que el 92,11% correspondieron a las no adolescentes, y el 7.89% a las adolescentes.

Según paridad el 64,2% fue en multiparas. Y se observó que el mayor porcentaje de casos fueron dados en embarazos a término con el 85.5% y pretérmino con 5.23%.

Pino y col (24), realizaron un estudio descriptivo el año 1996, en el "Hospital de Cauquenes" (Colombia), donde se tuvo 726 gestantes de los cuales 194 casos terminaron por vía alta, dando una incidencia de 26,7%. El 64,9% fue de carácter electivo y no de urgencia; ocupando el primer lugar la cesárea anterior como indicación principal, seguida de distocia de posición y de DFP.

En el Hospital de Quevedo (Ecuador), Solís Campos (29) hizo un estudio retrospectivo en el segundo semestre del año 1996, en base a la revisión de las historias clínicas con indicaciones de operación cesárea. Se revisaron 259 casos de cesárea de las cuales las principales indicaciones fueron: Cesárea anterior con el 27.7%, DFP con el 17.3% y HIG con el 11.9%

Y en nuestro país Berrospi (5), realizó un estudio retrospectivo en el Hospital Nacional "Cayetano Heredia", durante el año de 1990, en este periodo se atendieron 3,827 partos de los cuales 551 se intervinieron quirúrgicamente; dando una incidencia de 14,4%, y la principal indicación fue la cesárea previa con el 34,3% seguida por las distocias con el 32.1%.

Alcántara y col (1), encontraron que la cesárea anterior (32.8%), la DFP (24.6%) y Presentación pelviana (10.7%), fueron las tres primeras causas de operación cesárea en un estudio que realizaron en el "Hospital Belén" (Trujillo- Perú), de Noviembre de 1991 a Octubre de 1992, registrándose un total de 3,873 partos, y 643 cesáreas, lo que significó una incidencia de 16,6%.

García (13), en el Hospital Nacional "Guillermo Almenara" (Lima), entre 1991 a 1998, determinó que de 30851 partos, 8746 terminaron por vía alta, dando así una incidencia de 28,3%. La edad promedio fue de 34.6 años; el 51.7% fueron añosas; grandes multiparas 20.7%. Hubo predominio de gestaciones pretérmino. Las principales indicaciones fueron: DPP, PP y Preeclampsia severa.

Cachay (7), revisó 7,010 casos de cesáreas de un total de 28528 partos lo que dio una incidencia de 24,57% en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño "San Bartolomé" (Lima), durante los años de 1993 a 1997; encontrando que la indicación más frecuente fue la DFP con un 19,79%, seguida de la presentación pelviana con 12.36%. La mayor incidencia fue en pacientes entre los 20 a 29 años. El 18,14% correspondieron a pacientes sin control pre-natal.

Y en nuestra región Ferreira (12), hizo un estudio retrospectivo en el Hospital Apoyo II-IPSS, Iquitos de 1988 a 1992, donde se atendieron 4,347 partos de los cuales 783 corresponden a cesárea, lo que significa una incidencia de 18,01%; y el 17,35% corresponde a la cesárea iterativa como indicación más frecuente, seguida de las Distocias (12.24%) y SFA (10.20%); y el grupo etáreo más afectado fue de 21 a 30 años. (8).

Durante Agosto de 1990 a Diciembre de 1992, Reátegui (27) hizo un estudio sobre las indicaciones de cesárea en el Hospital Regional de Loreto, y encontró que las principales fueron: Cesárea anterior con 24.4%, HIG con 16.7% y SFA con 15.6%; la prevalencia encontrada fue de 7.60% y la mayor frecuencia ocurrió entre los 20 y 29 años (49,5%). El 24,4% fueron de pretérmino y el 35,30% corresponde a primigestas.

Andrade (3), durante 1994 a 1995, hizo un estudio comparativo sobre la prevalencia e indicaciones de cesárea entre el HRL y el HAI, y encontró una prevalencia de 9,6% de partos por cesárea en el HRL y la indicación principal fue la Hipertensión Inducida por la gestación con un 22,6%. Y en el HAI la prevalencia fue de 8,1%, y el SFA con un 21,7% fue la principal indicación.

También reportó una tasa de mortalidad de 8.5 por 1000 cesáreas en el HRL, y 11.5 por 1000 cesáreas en el HAI.

BIBLIOTECA-UPI

II.2 TÉRMINOS OPERACIONALES Y ABREVIATURAS

II.2.1 VARIABLE DEPENDIENTE:

- Parto por cesárea: Acto quirúrgico mediante el cual se extraen al feto, la placenta y los anexos ovulares a través de una incisión en la pared abdominal y la pared uterina. (22,30)
- Cesárea primitiva: Aquella que se realiza por primera vez.
- Cesárea iterativa: Aquella que se realiza por segunda o más veces.

II.2.2 VARIABLES INDEPENDIENTES.

Características de la gestante cesareada.

- Edad materna: Tiempo en años transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha de la operación.
- Procedencia: Lugar de donde proviene la gestante, consideramos:
 - Urbano : Si procede de la misma ciudad.
 - Rural : Cuando procede de lugares ubicados fuera de la ciudad como caseríos, comunidades, etc.
 - Urbano-marginal: Cuando la zona de procedencia es de lugares en vías de urbanización que se encuentran en la periferia de la ciudad pero que pertenezcan a ella; como asentamientos humanos, pueblos jóvenes, etc.
- Estado civil: Condición en que vive la gestante con respecto a su vida conyugal; consideramos soltera, conviviente, casada.
- Grado de instrucción: Último año de estudios; puede ser primaria, secundaria, superior.

- **Ocupación:** Actividad socioeconómica a la que se dedica la gestante, consideramos:
 - Su casa: Si solo se dedica al cuidado de sus hijos y a los quehaceres del hogar.
 - Comercio menor: Agrupamos aquí a todas las actividades comunes a las que se dedica la gestante como vendedoras, trabajadoras del hogar, etc.
 - Actividad profesional: Consideramos aquellas labores que sean producto de una preparación intelectual.
- **Control pre-natal:** Conjunto de actividades que se ejercen sobre la embarazada con el fin de obtener el mejor grado de salud de ésta y de su hijo. (18)
- **Paridad:** Número total de partos que tuvo la gestante, ya sea por vía vaginal o por cesárea.(18)
- **Gravidez:** Número total de embarazos que tuvo la gestante, incluyendo abortos, molas hidatiformes y embarazos ectópicos. (18)
- **Edad gestacional (EG):** Tiempo transcurrido entre el día en que se inició el último período menstrual y un momento dado en el embarazo; la EG. , se expresa en semanas. (18)

Inicio del Trabajo de Parto: Consideramos aquí:

- Espontáneo: Si el inicio del trabajo de parto fue totalmente natural, sin que hayan intervenido maniobras externas.
- Inducido o estimulado: Cuando el inicio del trabajo de parto se produjo gracias a intervenciones médicas.
- No trabajo de parto: Cuando a la paciente se le practicó la operación cesárea sin haber entrado en trabajo de parto.

Circunstancia de la Operación: Circunstancia o condición en que se hizo la indicación de cesárea. Consideramos:

- Emergencia: Cuando existe alto riesgo de morbilidad materno-fetal, si no se interviene de inmediato.

- **Electiva o Programada:** Cuando la patología existente puede ser controlada y se puede elegir el momento adecuado para la intervención.

Cesárea anterior: Aquella que se realizó con anterioridad al embarazo actual. (18)

Sufrimiento Fetal Agudo (SFA): Disminución de los intercambios feto-maternos, que lleva a una alteración de la homeostasis fetal y que puede provocar alteraciones tisulares irreparables o la muerte del feto. (30)

Embarazo múltiple: Gestación simultánea de dos o más fetos en la cavidad uterina. (22)

Hemorragia del Tercer Trimestre (HTT): Sangrado vaginal que ocurre en el tercer trimestre del embarazo y que incluye a la Placenta Previa (P.P), y el Desprendimiento prematuro de placenta (D.P.P.), principalmente. (18)

Desproporción feto-pélvica (DFP): Desproporción entre el canal del parto (Partes blandas y óseas), y el feto que interrumpen el mecanismo necesario para la realización de un parto vaginal. (18)

Distocia de Presentación: Cuando el feto ofrece al estrecho superior de la pelvis materna cualquier parte fetal menos la presentación cefálica de vértice (30).

Rotura Prematura de Membranas (R.P.M.): Pérdida de líquido amniótico por canal vaginal, después de las 20 semanas y antes de que se produzca el trabajo de parto. (18)

Hipertensión Inducida por el Embarazo (H.I.E.) Síndrome de aparición exclusiva durante la gestación, generalmente después de la vigésima semana, y caracterizada por hiper-tensión, proteinuria y/o edema. (30)

Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS): Enfermedades infecciosas que son transmitidas sexualmente que pueden influir desfavorablemente sobre la evolución de la gestación a ser transmitidas al embrión o al feto, ya sea durante el embarazo o a través del canal del parto (18).

CAPÍTULO III

III.1 METODOLOGÍA.

III.1.1 Tipo de Investigación

El presente Trabajo es de tipo Epidemiológico.

III.1.2 Diseño de Investigación

El diseño de investigación es de tipo descriptivo transversal correlacional sobre la operación cesárea en el HRL y HAI, durante el año 2001.

III.1.3 Población y Muestra.

La población o universo de estudio está compuesta por el total de puérperas atendidas en el Servicio de Maternidad durante el año 2001.

La muestra esta constituida por todas las puérperas cesareadas en ambos hospitales.

En vista de que es un estudio comparativo, y que ambas áreas de estudio son distintas ya que el HRL es un hospital de III Nivel, y el HAI de II Nivel, y además por que las pacientes que acuden a ambos nosocomios tienen distintas características, hemos creído necesario tomar 2 poblaciones y por tanto 2 tamaños muestrales.

Para el HRL, la población muestral lo constituyen 348 cesareadas.

Para el HAI, la población muestral lo constituyen 409 cesareadas.

Para determinar el tamaño muestral se utilizó la fórmula de aproximación de la Distribución Normal de la Población Finita, que detallamos a continuación.

$$n = \frac{Z^2 p q}{E^2}$$

Donde :

- n = Tamaño de la muestra
- z = Constante 1.96 % de error 5 %
- p = Parte proporcional de la población
- q = Parte proporcional de la población

E = Máximo error muestral permitido
N = Tamaño de la población

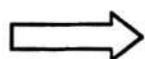
Para el caso del :	HRL	Para el HAI:
	Z = 1.96	1.96
	p = 0.18	0.12
	q = 0.82	0.88
	E = 0.05	0.05
	N = 348	409

Reemplazando la fórmula:

Para el HRL:

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.18) (0.82)}{(0.05)^2}$$

$$n = 227$$

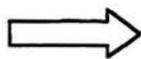


$$n^{\circ} = \frac{n}{1 + \frac{n}{N}} = \frac{227}{1 + \frac{227}{348}} = 137$$

Para el HAI:

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.12) (0.88)}{(0.05)^2}$$

$$n = 162$$



$$n^{\circ} = \frac{n}{1 + \frac{n}{N}} = \frac{162}{1 + \frac{162}{409}} = 116$$

III.1.4 Tipo de muestreo

Para nuestro estudio se hizo uso del muestreo aleatorio simple, se ordenaron en forma creciente las historias clínicas de ambos hospitales, y a través de números aleatorios se procedió a recopilar la muestra.

En el HRL se revisaron 137 historias de las pacientes sometidas a cesárea. En el HAI se revisaron 116 historias de las pacientes sometidas a cesárea.

III.1.5 Unidad de Estudio

La unidad de observación son las historias clínicas, tarjetas perinatales y reportes operatorios de las pacientes cesareadas seleccionadas para la muestra.

III.1.6 Técnica e Instrumentos.

Se hizo uso de fuentes secundarias como las tarjetas perinatales, registros estadísticos de los hospitales, de los reportes operatorios, historias clínicas, cuadernos de registros; y cuyos datos fueron registrados en el instrumento de trabajo.

Para el instrumento se elaboró una ficha de recolección de datos que consta de cinco partes:

- I. **Datos Generales.** Donde se registró el día y la hora de la operación y los datos filiatorios de la madre como edad, grado de instrucción, ocupación, estado civil y lugar de procedencia.
- II. **Antecedentes Obstétricos.** En ella se registró la fórmula obstétrica, como también el numero de cesáreas anteriores de la gestante.
- III. **Embarazo actual.** Se registró si la paciente tuvo o no control prenatal, así como también a qué edad gestacional terminó el embarazo.
- IV. **Parto.** Se registró el inicio del trabajo de parto y la indicación de la cesárea, según la circunstancia de la operación.
- V. **Mortalidad Materna.** Se registró si hubo o no muertes maternas.

III.1.7 Criterios de inclusión y exclusión:

Fueron incluidas todas aquellas historias clínicas de las gestantes sometidas a cesáreas, en el periodo de estudio; se excluyeron aquellas historias clínicas de las cesareadas que no presentaron datos completos en el momento de la recolección.

III.1.8 Limitaciones:

Como todo estudio retrospectivo, la falta de datos en las historias clínicas y demás registros, fue nuestra principal limitación.

III.1.9 Procedimiento y recolección de datos.

Previa autorización a los médicos directores de los hospitales seleccionados para el estudio se procedió a la recolección de datos, para lo cual se recurrió a las fuentes de información de los hospitales como: historias clínicas, reportes operatorios, libros de registro, en forma directa por la investigadora, los cuales fueron registrados en el instrumento (Anexo 01)

La información fue obtenida y registrada por la investigadora y revisada por el asesor del estudio antes de su procesamiento.

III.1.10 Procesamiento y análisis de datos.

El presente estudio fue procesado mediante el paquete estadístico SPSS versión 9.0 (Statistical Program For Social Sciences), para el cual se codificó los datos directamente en el instrumento.

Para la descripción y análisis de los resultados se hizo uso de cuadros, gráficos, medidas de tendencia central y de asociación.

III.1.11 Protección de los Derechos Humanos.

En el presente estudio se respeta el derecho a la privacidad de las pacientes, ya que los datos serán reservados por la investigadora.

CAPÍTULO IV

IV.1 RESULTADOS

La incidencia de cesáreas en el Hospital Regional fue 18.4% y del Hospital Apoyo Iquitos de 11.6% para el año 2001 (Tabla N° 1).

Tabla N° 1
Incidencia de Cesáreas en el Hospital Regional de Loreto y del
Hospital Apoyo Iquitos
Enero a Diciembre 2001

HOSPITAL	TOTAL PARTOS	CESAREAS	
		N°	%
H R L	1,891	348	18.4
H A I	3,536	409	11.6

Los valores de la tasa de incidencia son mayores a los descritos por ANDRADE durante el año 1994 a 1995 (Tabla N° 2).

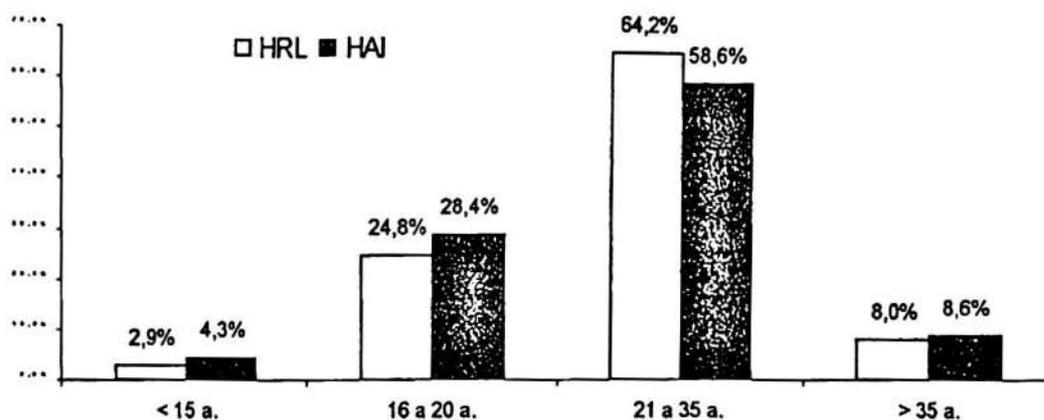
Tabla N° 2
Valores Comparativos de Incidencia de Cesáreas
1994-1995 y 2001

HOSPITAL	ANDRADE (1994-95)	RIOS (2001)
H R L	9.6 %	18.4 %
H A I	8.1 %	11.6 %

En ambos hospitales el grupo etáreo que predomina es entre los 21 a 35 años de edad, 64.2 % en el HRL y 58.6 % en el HAI (Gráfica N° 1).

Hubo un mayor porcentaje de mujeres cesareadas menores de 15 años y de 16 a 20 años de edad en el HAI que en el HRL (Gráfica N° 1).

Grafica N° 1
Distribución de las cesareas según Edad por Hospital
Enero a Diciembre del 2001



En el HRL el 51.1% de las cesareadas tienen un grado de instrucción de secundaria, mientras que en el HAI predomina el grado de instrucción de primaria con el 48.3% (Tabla N° 3).

Esta diferencia porcentual en el grado de instrucción entre las pacientes que acuden a ambos Hospitales, no fue significativa ($p > 0.05$)

Tabla N° 3
Distribución de las Cesáreas según Grado de Instrucción por Hospital
Enero a Diciembre 2001

Grado de Instrucción	HRL		HAI	
	N°	%	N°	%
Primaria	51	37,2	56	48,3%
Secundaria	70	51,1	49	42,2%
Superior	16	11,8	11	9,5%
Total	137	100,0	116	100,0

$p = 0.207$

Se encontró que el 84.7% de las cesareadas del HRL y el 87.9% del HAI de las cesareadas se dedican al cuidado del hogar (Tabla N° 4).

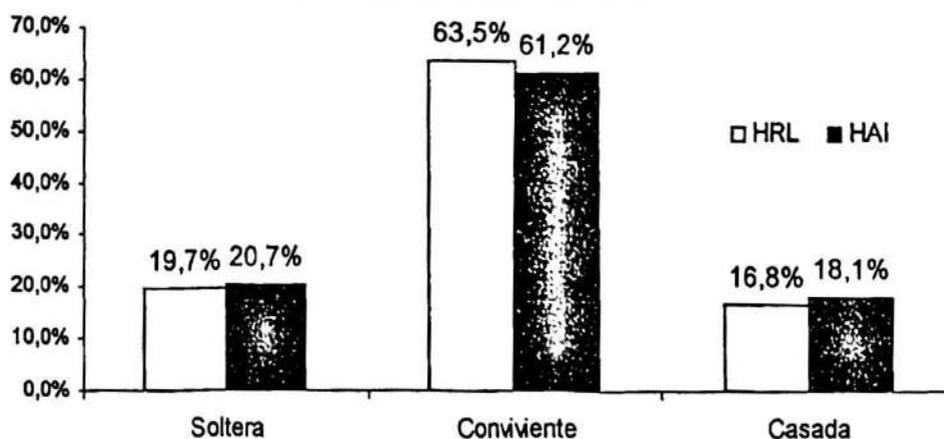
El 4.3% de la cesareadas del HAI se dedican a una actividad profesional, en el HRL es el 8.8% (Tabla N° 4).

Tabla N° 4
Distribución de las Cesáreas según Ocupación por Hospital
Enero a Diciembre 2001

OCUPACIÓN	H R L		H A I	
	N°	%	N°	%
Su casa	116	84,7%	102	87,9%
Comercio Menor	9	6,6%	9	7,8%
Actividad profesional	12	8,8%	5	4,3%
Total	137	100.0	116	100.0

Según el estado civil de las cesareadas, la mayor concentración en ambos hospitales, ocurre en mujeres con estado civil de convivencia (Gráfica N° 2).

Gráfica N° 2
Distribución de las Cesareas según Estado Civil por Hospital
Enero a Diciembre del 2001



El 83.2 % de las cesareadas del HRL y el 69.8% del HAI procedieron de zona urbana (Tabla N° 5).

El 26.7% de las cesareadas del HAI proceden de la zona periurbana mientras que en el HRL solo el 7.3% (Tabla N° 5)

El 9.5 % de las cesareadas en el HRL procedió de la zona rural, mientras que en el HAI sólo se encontró el 3.5 % (Tabla N° 5).

Estas diferencias de la procedencia de la paciente fue significativa ($p < 0.05$).

Tabla N° 5
Distribución de las Cesáreas según Lugar de Procedencia por Hospital
Enero a Diciembre 2001

PROCEDENCIA	H R L		H A I	
	N°	%	N°	%
Urbano	114	83,2%	81	69,8%
Urbano Marginal	10	7,3%	31	26,7%
Rural	13	9,5%	4	3,5%
Total	137	100.0	116	100.0

$p = 0.0000$

El 51.7% de las cesareadas del HAI y el 49.6% de las del HRL son Nuliparas; en el HAI hubieron más multiparas que en el HRL (Gráfica N° 3).



El 21.9% de las cesareadas del HRL y el 15.5% de las cesareadas del HAI tuvieron antecedente de cesarea anterior (Tabla N° 6).

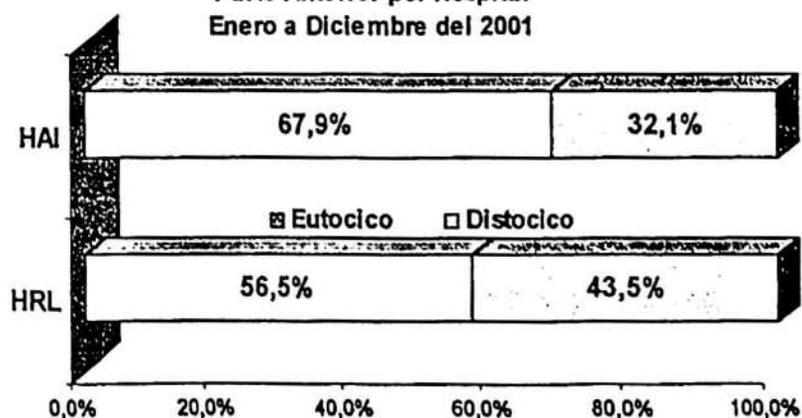
Tabla N° 6
Distribución de las Cesáreas según Número de Cesáreas Anteriores por Hospital
Enero a Diciembre 2001

N° de Cesáreas Anteriores	H R L		H A I	
	N°	%	N°	%
Ninguno	107	78,1%	98	84,5%
Uno	28	20,4%	14	12,1%
Dos	2	1,5%	4	3,4%
Total	137	100.0	116	100.0

p = 0.134

El 67.9% de las cesareadas del HAI con antecedente de parto, su término fue eutocico, el 56.5% de las cesareadas del HRL con antecedente de parto, su término fue eutocico (Gráfica N° 4).

Gráfica N° 4
Distribución de las Cesáreas según Término del Parto Anterior por Hospital
Enero a Diciembre del 2001



El 15.5% de las cesareadas del HAI y el 12.4% del HRL no presentaron control pre natal, mientras que el 69.3% de las cesareadas del HRL y el 62.1% de las del HAI lograron un control pre-natal óptimo (Tabla N° 7).

Tabla N° 7
Distribución de las Cesáreas según Control Pre Natal por Hospital
Enero a Diciembre 2001

Control Pre Natal	H R L		H A I	
	N°	%	N°	%
Ninguno	17	12,4%	18	15,5%
< de 4	25	18,2%	26	22,4%
≥ de 4	95	69,3%	72	62,1%
Total	137	100.0	116	100.0

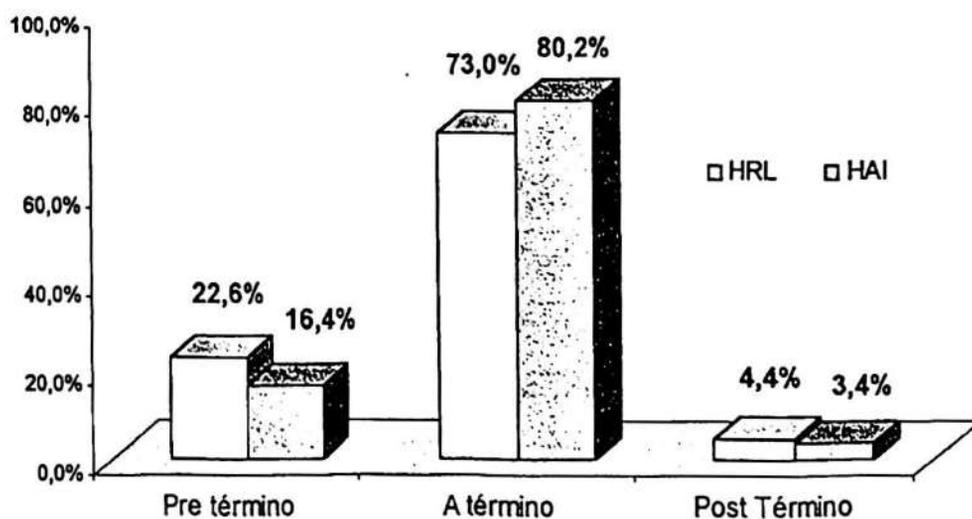
$p = 0.476$

El 80.2% de las cesareadas del HAI y el 73.0% del HRL presentaron embarazos a término (Gráfica N° 5).

El 22.6% de las cesareadas del HRL y el 16.4% del HAI presentaron embarazos pre términos (Gráfica N° 5).

No se encontró relación ($p > 0.05$) entre el hospital y la edad gestacional de pre términos.

Gráfica N° 5
Distribución de las Cesáreas según Edad gestacional por
Hospital Enero a Diciembre del 2001



El 46.6% de las cesareadas en el HAI no iniciaron trabajo de parto, mientras que en el HRL, el 49.6% de las cesareadas tuvieron un inicio del trabajo de parto en forma espontanea (Tabla N° 8).

El porcentaje de cesareadas que tuvieron un inicio de trabajo de parto en forma inducida no fue significativamente diferente entre ambos hospitales (Tabla N° 8).

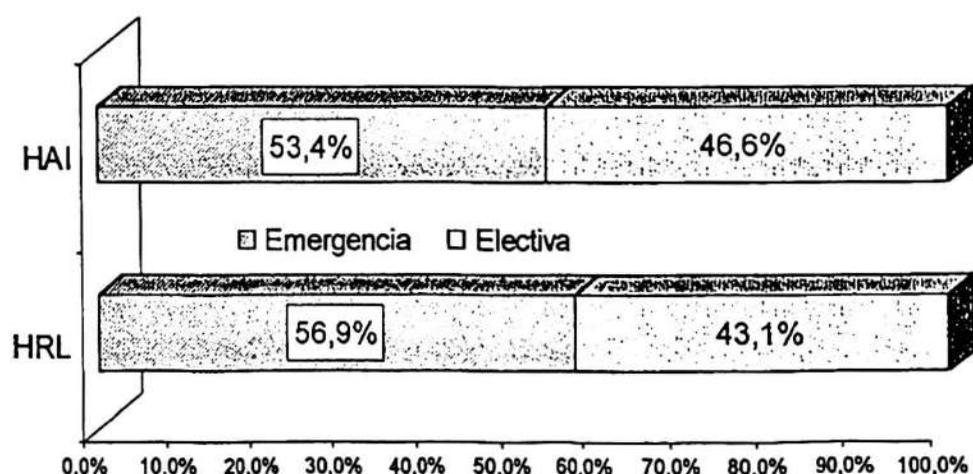
Tabla N° 8
Distribución de las Cesáreas según Inicio de Parto por Hospital
Enero a Diciembre 2001

INICIO DEL PARTO	H R L		H A I	
	N°	%	N°	%
Espontáneo	68	49,6%	48	41,4%
Inducido o Estimulado	19	13,9%	14	12,1%
No trabajo de Parto	50	36,5%	54	46,6%
Total	137	100.0	116	100.0

p = 0.267

El 56.9% de las cesáreas en el HRL y el 53.4% de las cesáreas fueron programadas como emergencia (Gráfica N° 6).

Gráfica N° 6
Distribución de las Cesáreas según programación de la operación por Hospital
Enero a Diciembre del 2001



En HRL las principales indicaciones de cesáreas fueron: DFP (19,7%), seguido de SFA (19.0%), Cesárea Anterior (16.8%) e HIE (16.1%).

Sin embargo en el HAI, las principales indicaciones fueron: SFA (31,9%), seguida por la DFP (25.0%), Cesárea Anterior (14.7%) y distocia de presentación (13,8%) (Tabla N° 9).

Tabla N° 9
Indicaciones de las Cesáreas según Hospital
Enero a Diciembre 2001

Indicaciones de Cesáreas	H R L		H A I	
	N°	%	N°	%
Sufrimiento Fetal Aguda	26	19,0%	37	31,9%
Desproporción Feto Pélvica	27	19,7%	29	25,0%
Cesárea Anterior	23	16,8%	17	14,7%
Distocia de presentación	19	13,9%	16	13,8%
Hipertensión inducida por embarazo	22	16,1%	8	6,9%
Hemorragia 3er. trimestre	13	9,5%	5	4,3%
Rotura prematura membrana	2	1,5%	1	0,9%
Embarazo gemelar	2	1,5%	1	0,9%
Patología médica	1	0,7%	--	0,0%
ETS	2	1,5%	2	1,7%
Total	137	100.0	116	100.0

Las principales indicaciones de cesáreas de emergencia en el HRL son el SFA (21.8%), DFP (19.2%) y HIE (19.2%) (Tabla N° 10).

En el HAI, las principales indicaciones fueron SFA (51.6%), distocia de presentación (12,9%), DFP (11.3%) e HIE (11.3%) (Tabla N° 10).

Tabla N° 10
Indicaciones de las Cesáreas programadas como Emergencia por Hospital
Enero a Diciembre 2001

Indicaciones de Cesáreas	H R L		H A I	
	N°	%	N°	%
Sufrimiento fetal agudo	17	21,8%	32	51,6%
Desproporción feto pélvica	15	19,2%	7	11,3%
Cesárea anterior	8	10,3%	3	4,8%
Distocia de presentación	11	14,1%	8	12,9%
Hipertensión inducida por embarazo	15	19,2%	7	11,3%
Hemorragia 3er. Trimestre	9	11,5%	4	6,5%
Rotura prematura membrana	2	2,6%	1	1,6%
Patología médica	1	1,3%	0	0,0%
Total	78	100.0	62	100.0

Las principales indicaciones de las cesáreas electivas en el HRL, son Cesárea Anterior (25.4%), seguida de DFP (20.3%), SFA (15.3%) y distocia de presentación (13.6%) (Tabla N° 11).

Las principales indicaciones de las cesáreas electivas en el HAI, son DFP (40.7%), seguida de Cesárea Anterior (25.9%%), distocia de presentación (14.8%) y SFA (9.3%) (Tabla N° 11).

Tabla N° 11
Indicaciones de las Cesáreas programadas como Electivas por Hospital
Enero a Diciembre 2001

Indicaciones de Cesáreas	H R L		H A I	
	N°	%	N°	%
Sufrimiento fetal agudo	9	15,3%	5	9,3%
Desproporción feto pélvica	12	20,3%	22	40,7%
Cesárea anterior	15	25,4%	14	25,9%
Distocia de presentación	8	13,6%	8	14,8%
Hipertensión inducida por embarazo	7	11,9%	1	1,9%
Hemorragia 3er. Trimestre	4	6,8%	1	1,9%
Rotura prematura membrana	0	0,0%	0	0,0%
Patología médica	0	0,0%	0	0,0%
ETS	2	3,4%	2	3,7%
Embarazo gemelar	2	3,4%	1	1,9%
Total	59	100.0	54	100.0

En las menores de 15 años, las principales indicaciones de cesáreas son distocia de presentación, DFP y HIE, entre ellas es el 100% (Tabla N° 12).

En el grupo de 16 a 20 años de edad, las principales indicaciones de cesáreas son: SFA, DFP, HIE y distocia de presentación; entre ellas abarcan el cerca del 79% (Tabla N° 12).

En el grupo de 21 a 35 años de edad, las principales indicaciones de cesáreas son: SFA, DFP y cesárea anterior; entre ellas abarcan más del 67% (Tabla N° 12).

En las mayores de 35 años, las principales indicaciones de cesáreas son: SFA, DFP y cesárea anterior; entre ellas abarcan más del 71% (Tabla N° 12).

Tabla N° 12
Indicaciones de las Cesáreas según Edad
Enero a Diciembre 2001

Indicación de Cesárea	EDAD							
	< 15 a.		16 a 20 años		21 a 35 años		Mayor de 35 a.	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Cesárea anterior	0	0,0%	6	9,0%	31	19,9%	3	14,3%
D F P	2	22,2%	13	19,4%	37	23,7%	4	19,0%
Distocia de presentación	3	33,3%	12	17,9%	18	11,5%	2	9,5%
H T T	0	0,0%	3	4,5%	13	8,3%	2	9,5%
H I E	2	22,2%	12	17,9%	14	9,0%	2	9,5%
Patología médica	0	0,0%	1	1,5%	0	0,0%	0	0,0%
ETS	0	0,0%	2	3,0%	2	1,3%	0	0,0%
S F A	2	22,2%	16	23,9%	37	23,7%	8	38,1%
R P M	0	0,0%	1	1,5%	2	1,3%	0	0,0%
Embarazo gemelar	0	0,0%	1	1,5%	2	1,3%	0	0,0%
T otal	9	100,0%	67	100,0%	156	100,0%	21	100,0%

Las principales indicaciones de cesáreas en las que no presentaron ningún control pre natal fueron distocia de presentación, SFA e HIE (Tabla N° 13).

En las que no tuvieron un control pre natal óptimo, las principales indicaciones fueron SFA, DFP y hemorragia del tercer trimestre (Tabla N° 13).

En las que tuvieron un control pre natal óptimo, las principales indicaciones fueron DFP, SFA y cesárea anterior (Tabla N° 13).

Tabla N° 13
Indicaciones de las Cesáreas según Control Pre Natal
Enero a Diciembre 2001

Indicaciones	Control Pre Natal					
	Ninguno		< 4		> 4	
	N°	%	N°	%	N°	%
Cesárea anterior	2	5,7%	8	15,7%	30	18,0%
D F P	4	11,4%	11	21,6%	41	24,6%
Distocia de presentación	9	25,7%	4	7,8%	22	13,2%
H T T	4	11,4%	7	13,7%	7	4,2%
H I E	7	20,0%	5	9,8%	18	10,8%
Patología médica	0	0,0%	0	0,0%	1	0,6%
ETS	0	0,0%	1	2,0%	3	1,8%
S F A	9	25,7%	14	27,5%	40	24,0%
R P M	0	0,0%	1	2,0%	2	1,2%
Embarazo gemelar	0	0,0%	0	0,0%	3	1,8%
Total	35	100,0%	51	100,0%	167	100,0%

Las principales indicaciones de cesáreas en las mujeres nuliparas en los hospitales, son DFP; SFA e HIE, en ellas abarcan más del 74% (Tabla N° 14):

En las primigestas, las principales indicaciones de cesáreas fueron: cesárea anterior, SFA y DFP; entre ellas abarcan cerca del 72% (Tabla N° 14).

Tabla N° 14
Indicaciones de las Cesáreas según Paridad
Enero a Diciembre 2001

INDICACIONES	P A R I D A D							
	Nulipara		Primipara		Multipara		Gran multipara	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Cesárea anterior	0	0,0%	27	42,2%	13	22,8%	0	0,0%
DFP	39	30,5%	8	12,5%	8	14,0%	1	25,0%
Distocia de presentación	19	14,8%	5	7,8%	10	17,5%	1	25,0%
HTT	4	3,1%	7	10,9%	7	12,3%	0	0,0%
HIE	23	18,0%	5	7,8%	2	3,5%	0	0,0%
ETS	3	2,3%	1	1,6%	0	0,0%	0	0,0%
Patología médica	1	0,8%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
SFA	33	25,8%	11	17,2%	17	29,8%	2	50,0%
RPM	3	2,3%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Embarazo gemelar	3	2,3%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
TOTAL	128	100,0%	64	100,0%	57	100,0%	4	100,0%

Las principales indicaciones en las cesáreas con edad gestacional pre término fueron: HIE, HTT, SFA y cesárea anterior; entre ellas abarcan el 86% (Tabla N° 15).

Las cesáreas realizadas en gestantes con edad gestacional de post término fueron SFA, y DCP, entre ambas abarcaron el 80% (Tabla N° 15).

Las gestantes con edad gestacional a término que le practicaron cesárea, sus principales indicaciones fueron SFA, DCP, cesárea anterior y distocia de presentación, entre ellas abarcaron cerca del 84% (Tabla N° 15).

Tabla N° 15
Indicaciones de las Cesáreas según Edad Gestacional
Enero a Diciembre 2001

INDICACIONES	EDAD GESTACIONAL					
	Pre término		A término		Pos término	
	N°	%	N°	%	N°	%
Cesárea anterior	8	16,0%	35	18,1%	1	10,0%
D F P	3	6,0%	49	25,4%	4	40,0%
Distocia de presentación	6	12,0%	28	14,5%	1	10,0%
HTT	13	26,0%	5	2,6%	0	0,0%
HIE	13	26,0%	17	8,8%	0	0,0%
ETS	0	0,0%	4	2,1%	0	0,0%
Patología médica	0	0,0%	1	0,5%	0	0,0%
SFA	5	10,0%	50	25,9%	4	40,0%
R P M	1	2,0%	2	1,0%	0	0,0%
Embarazo gemelar	1	2,0%	2	1,0%	0	0,0%
Total	50	100,0%	193	100,0%	10	100,0%

La tasa de mortalidad por cesárea en el HAI fue de 8.9 por cada 1000 cesareas, en el HRL no se encontró fallecidos en las 137 historias evaluadas.

Tabla N° 16
Tasa de Mortalidad por Cesárea por Hospital
Enero a Diciembre 2001

HOSPITAL	H R L	H A I
Cesáreas estudiadas	137	116
Fallecidas	0	1
TASA (x 1000)	0	8.6

CAPÍTULO V

V.1 DISCUSIÓN

Al revisar los resultados encontramos que durante el período de estudio se presentó una incidencia de 18.4% para el HRL y 11.6% para el HAI (Tabla N° 1), cifras notablemente mayores a las que encontró Andrade en ambos hospitales durante el año 1994 a 1995 (Tabla N° 2). Queriendo demostrar estas cifras que efectivamente el aumento de la operación cesárea se da en forma progresiva. También observamos que en el HRL, siempre se han encontrado cifras mayores que en el HAI, esto puede ser aceptable por ser un hospital como sabemos de tercer nivel.

Las principales indicaciones de cesárea en el HRL, fueron la DFP (19.7%), seguida por SFA (19.0%), Cesárea anterior (16,8%) e HIE (16.1%) (Tabla 9).

Sin embargo en el HAI, las principales indicaciones fueron: SFA (31,9%), seguida por la DFP (25.0%), Cesárea Anterior (14.7%) y distocia de presentación (13,8%) (Tabla N° 9).

La DFP incluye a las alteraciones estructurales de partes blandas y partes óseas maternas y/o, además, a las del feto como hidrocefalia y macrosomía, alterando la compatibilidad materno-fetal.

Esta indicación si bien es cierto fue la principal en el HRL, en el HAI se encontró una mayor incidencia (25.0%). Cifras que consideramos altas, ya que Reátegui (27), reportó un 9.8%, Ferreira (12) un 12.24% y Andrade (3) un 17.7% en sus respectivos estudios.

Estas cifras llevan a la interrogante de que si efectivamente esta indicación se está planteando de manera acertada; por lo que se podría plantear evaluar los factores que llevaron a plantear la DFP en cada caso, por ejemplo la evaluación de la pelvis a través de la pelvimetría.

En cuanto al SFA, principal indicación en el HAI (31.9%), y en el HRL se encontró un 19.0%; Andrade encontró 14 % en el HRL y 21.7% en el HAI; Reátegui (27) reporta un 15.6% y Ferreira (12) un 10.2%.

Podemos afirmar por tanto que en nuestro estudio se encontraron cifras exageradamente altas, debido a esta indicación, sobre todo en el HAI; demostrando el abuso de esta indicación.

Esto puede de alguna manera explicarse, ya que los profesionales de la salud confían cada vez menos en el criterio clínico y apoyan más los diagnósticos auxiliares, como por ejemplo el ultrasonido y el monitoreo fetal electrónico, que

muchas veces puede conducir a interpretaciones erróneas (falsos positivos) de estrés fetal.

Esto puede constatarse al observar en los registros de la historia perinatólogica los hallazgos encontrados en el post parto inmediato, donde se reportan recién nacidos con buen puntaje de APGAR, a pesar de tener SFA; esto nos hace pensar en la posibilidad de evaluar si en estos hospitales hay relación de los criterios clínicos y de ayuda diagnóstica para definir SFA con el APGAR del recién nacido.

En cuanto a la indicación "Cesárea Anterior", ésta se encuentra en mayor porcentaje en el HRL que en el HAI (16.8% y 14.7%); coincidiendo con Andrade que también encontró una mayor incidencia en el HRL (17.2% y 9.14%), Reátegui (27) encontró a esta indicación como la principal (24.4%), Ferreira (12) de igual modo (17.35%).

Y a nivel nacional y latinoamericano, esta indicación por lo general también es una de las principales. Esto nos revela la elevada ocurrencia de la Cesárea Anterior, como la causa de la misma, y la cifra reportada nos indica de que muy poco se está realizando para disminuir su frecuencia.

Esto puede deberse a que muchos médicos todavía consideran a la Cesárea Anterior, como indicación absoluta para una nueva cesárea.

Al analizar la HIG, encontramos cifras diferentes, 16.1% en el HRL y 6.9% en el HAI. En este grupo incluyen a la Preeclampsia y la Eclampsia.

Reátegui (27) en el HRL encontró un 16.7%, Andrade (3) encontró un 22.6% en el HRL y un 14.3% en el HAI, cifras muchos mayores a las de nuestro estudio. En el HRL, como observamos siempre encontramos una mayor incidencia, debido a que esta patología, sobre todo la eclampsia, se maneja en este nosocomio principalmente por ser un hospital de referencia (nivel III).

Pero aún así consideramos esta frecuencia alta, la podemos relacionar con el predominio de gestantes nulíparas (18%) encontradas en nuestro estudio, que como sabemos es un factor predisponente para esta indicación.

La quinta indicación en ambos hospitales, y con una diferencia no significativa, fue la Distocia de Presentación, 13.9% en el HRL y 13.8% en el HAI, dentro de este grupo están incluidas la presentación pelviana, situación transversa y prolapso del miembro superior; cifras similares reportadas por otros autores.

Los datos encontrados en la Tabla 10, nos demuestran que la principal indicación en la cesárea de Emergencia en el HRL y en HAI fue el SFA (21.8% y 51.6% respectivamente). Andrade sin embargo encontró que la HIG fue la principal indicación en la cesárea de Emergencia.

Y en cuanto a la principal indicación en las Cesáreas Electivas la Cesárea anterior ocupa el primer lugar (25.4%) en el HRL; y en el HAI fue la DFP (40.7%). Andrade en forma global también encontró a la Cesárea anterior como principal indicación en las cesáreas Programadas.

De los 27 casos de DFP en el HRL el 55.5% fueron cesáreas de emergencia, mientras que en HAI de los 29 casos solo el 31.8% fueron indicación de emergencia.

Consideramos incoherentes estos resultados en ambos nosocomios, ya que la DFP debería encontrarse mayormente como indicación de emergencia, ya que la misma generalmente es diagnosticada en el trabajo de parto porque se tienen en cuenta factores como los diámetros pelvianos, la dinámica uterina, descenso de la presentación entre otros; esta diferencia encontrada, sobre todo en el HAI, podría también hacernos pensar que existe una adecuada evaluación en el control pre natal, determinando antes del trabajo de parto una incompatibilidad cefalopélvica, ya que 73.2% de los casos de DFP tuvieron control pre natal optimo (Tabla N° 13).

En cuanto al SFA, que por cierto, es una indicación de cesárea predominantemente de emergencia, encontramos en el HRL, que de los 26 casos de SFA 17 (65.4%) fueron hechas como indicación de emergencia. En el HAI de las 37, 32 (84.5%) fueron de emergencia.

Reátegui (27) encontró al SFA en un 30% como indicación de emergencia y un 12.7% como indicación electiva, una diferencia significativa.

Al analizar la Cesárea Anterior, encontramos que en ambos hospitales predominan la indicación electiva sobre la indicación de emergencia; las cifras muestran lo que se reporta en la literatura, en la que la Cesárea Anterior es por lo general, una indicación electiva.

Al analizar al HIG vemos que un 19.2% se encontró como indicación de emergencia, y un 11.9% como programada en el HRL; en el HAI un 11.3% como indicación de emergencia y el 1.9% como programada.

En ambos hospitales se encontró diferencias similares, considerando aceptable estos resultados, ya que el HIG, predomina como Cesárea de Emergencia.

En relación a la edad (Gráfica N° 1) observamos similares cifras en ambos hospitales, tenemos pues el mayor porcentaje en el grupo etáreo de 21 a 35 años; Andrade (3) también encontró predominio de este grupo.

Las principales indicaciones de cesáreas en menores de 15 años de ambos hospitales fue la distocia de presentación, SFA, DFP y la HIG, Andrade (# 3) encontró a la DFP, como principal indicación en este grupo etareo.

En el grupo etáreo de 21 a 35 años fueron el SFA y la DFP, coincidiendo con Andrade (3) en cuanto al SAF.

En mayores de 35 años, el SFA fue la principal indicación, mientras que Andrade (3) reporta a la HIG.

En cuanto al grado de instrucción la mayor concentración de cesárea (51.1%) se encuentran en el nivel secundario en el HRL, mientras que en el HAI, la mayor concentración tiene nivel primario (48.3%) (Tabla N° 3); en esto no coincidimos con Andrade (3) quien encontró que en ambos hospitales predominó el nivel secundario.

Consideramos aceptables estos resultados ya que sabemos que al HAI acuden madres con menos recursos económicos que de alguna manera tiene relación con el grado de instrucción.

Según la ocupación de las madres cesareadas encontramos cifras similares para ambos hospitales (Tabla N° 4), donde indica que el mayor porcentaje de las madres cesareadas se dedican al cuidado del hogar, hallazgos similares encontrados por Reátegui (27), en el estudio que realizó en el HRL, durante Agosto de 1990 a Diciembre de 1992.

Estos datos nos demuestran que la principal ocupación de la mujeres en edad fértil en nuestra región es el cuidado del hogar.

En cuanto al estado civil observamos que la mayor concentración de cesareadas de ambos hospitales, 63.5% en el HRL y el 61.5% en el HAI (Gráfica N° 2) son convivientes; esto refleja los datos que se tienen a nivel regional, donde es conocido que la convivencia predomina en las parejas.

Según procedencia en nuestro estudio encontramos que a ambos hospitales aunque con diferencias en el porcentaje, predomina la zona urbana (Tabla N° 5), en éste parámetro no coincidimos con Andrade (3) quien encontró predominio de gestantes que proceden de la zona urbano-marginal en el HAI y de la zona urbana en el HRL.

En cuanto a la zona rural Andrade (3) encontró cifras similares para ambos hospitales, en nuestro estudio sin embargo el 9.5% de las cesareadas en el HRL procedían de esta zona, mientras que al HAI lo hicieron solo el 3.5%.

Esto tiene coherencia si analizamos que las pacientes de periferia, o comunidades muy alejadas de la ciudad, cuando son transferidas por diversas patologías, se transfieren principalmente al HRL, por ser un hospital referencial.

Analizando la variable paridad, encontramos que el mayor porcentaje 49.6% en el HRL, y 51.7% en el HAI fueron nulíparas (Gráfica N° 3). Andrade (3), sin embargo, en el HRL encontró predominio de múltiparas (58.3%). En las

gestantes nulíparas de ambos hospitales fue la DFP la principal indicación; la cesárea anterior fue en primíparas y en múltiparas el SFA.

Según el número de cesáreas anteriores encontramos cifras similares en ambos hospitales, 78.1% en el HRL y 84.5% en el HAI (Tabla N° 6), que nos muestran el predominio de gestantes que no tenían antecedente de cesárea anterior, coincidiendo con los datos reportados por Andrade (3).

De todas aquellas gestantes que tenían antecedente de parto, no se encontró mayor diferencia entre ambos hospitales en cuanto al término del parto anterior, ya que el 67.9% terminó en parto eutócico en el HRL, y el 56.5% en el HAI (Gráfica N° 4).

En ambos hospitales encontramos un predominio de control pre-natal adecuado, 69.3% en el HRL y 62.1% en el HAI (Tabla N° 7), sin embargo cifras inferiores como 50% en el HRL y 49.2% en el HAI, fueron encontradas por Andrade (3).

La principal indicación encontrada en ambos hospitales, en aquellas gestantes que no tuvieron control pre-natal fue el SFA. Y la DFP fue la principal en aquellas que sí tuvieron control.

Según la edad gestacional, hubo predominio de las gestaciones a término 73.0% en el HRL y 80.2% en el HAI (Gráfica N° 5); estas cifras si coinciden con los datos registrados por Andrade (3).

La HTT e HIE fueron las principales indicaciones en gestantes pre-término de ambos hospitales (Tabla N° 15), Andrade (3) encontró a la HIG en este grupo. En las gestaciones a término y post-término fue el SFA la principal indicación coincidiendo con Andrade (3).

Según el inicio del parto, encontramos que en el HRL predominó el inicio de manera espontánea (49.6%), mientras que en el HAI encontramos que el 46.6% de las cesareadas no hicieron trabajo de parto. (Tabla N° 8). Pero los datos si coinciden en el inicio de parto de forma inducida o estimulada, ya que no hubo diferencia significativa, 13.9% para el HRL y 12.4% para el HAI.

Según la circunstancia de la operación predominó la indicación de emergencia (Gráfica N° 6) con 53.4% en el HRL y 56.9% en el HAI. Estas cifras las consideramos altas, ya que es lógico que este tipo de cesáreas conllevan a un aumento en la morbilidad materno-perinatal y deberíamos reducir su frecuencia; sobre todo en el HAI, que es un hospital de II Nivel y por tanto debería de predominar las cesáreas con indicaciones programadas.

Según la tasa de muerte materna (Tabla N° 16), en nuestro estudio no se registraron muertes maternas en el HRL, y en el HAI se registro 1 muerte materna entre las gestantes sometidas a cesárea que entraron al estudio,

dando una tasa de 8.6 por 1000 cesáreas; cifra menor a la reportada por Andrade (3) en este mismo hospital, el reporta una tasa de 11.5 por 1000 cesáreas para el HAI y 8.5 por 1000 cesáreas para el HRL.

V.2 CONCLUSIONES

1. La incidencia de cesáreas en el HRL en el periodo del año 2001 fue de 18.4% y para idéntico periodo en el HAI fue de 11.6%, valores superiores a los encontrados en algunos estudios locales, pero comparados a nivel nacional e internacional estas cifras son inferiores.
2. Las indicaciones más frecuentes de cesárea para el HRL fueron: Desproporción Feto Pélvica (19.7%), SFA (19.0%), Cesárea anterior (16.8%), e Hipertensión Inducida por la Gestación (16.1%). En el HAI fueron el Sufrimiento Fetal Agudo (31.9%), Desproporción Feto Pélvica (25.0%), Cesárea anterior (14.7%) y Distocia de Presentación (13.8%). Estas mismas indicaciones son las que más sobresalen en estudios realizados a nivel local, nacional y latinoamericano.
3. La mayor incidencia de cesárea lo encontramos en el grupo etáreo de 21 a 35 años para ambos hospitales. En el HRL predominó el nivel secundario, mientras que en el HAI lo fue el nivel primario. Según la ocupación, es el cuidado del hogar la que predomina en las gestantes cesareadas de ambos hospitales. Hubo predominio para ambas poblaciones de la convivencia en las pacientes cesareadas, y en cuanto a la procedencia el mayor porcentaje de gestantes cesareadas provenía de la zona urbana. Según la paridad de las gestantes predominaron las nulíparas, y en ambos hospitales igualmente encontramos predominio de gestantes que no tenían antecedente de cesárea anterior. También coincidieron en que la mayor incidencia en cuanto al control prenatal ocurrió en aquellas que tenían de cuatro a más controles, para ambos hospitales. Pero no encontramos coincidencia en cuanto al inicio del trabajo de parto, ya que en el HRL predominó el inicio de manera espontánea (49.6%), mientras que en el HAI encontramos que el 46.6% de las cesareadas no hicieron trabajo de parto. Hubo mayor incidencia en ambos hospitales de gestaciones a término.
4. La cesárea de Emergencia presentó una mayor incidencia en las pacientes cesareadas de ambos hospitales (53.4%) en el HRL y 56.9% en el HAI, cifras que consideramos altas.
5. La principal indicación en la cesárea de emergencia en el HRL fue el SFA, la misma indicación fue encontrada en el HAI. En cuanto a la principal indicación en la cesárea Electiva en el HRL fue la Cesárea anterior, mientras que el HAI fue la DFP.
6. En el HRL, no se registraron muertes maternas en las pacientes sometidas a cesárea durante el periodo de estudio, mientras que en el HAI se registró 1 muerte materna dando una tasa de 8.6 por 1000 cesáreas.

V.3 RECOMENDACIONES

1. Que se realicen estudios prospectivos afines al tema, para identificar otras variables importantes como: Complicaciones postcesárea, así como también correlacionar las indicaciones de cesárea con los hallazgos encontrados.
2. Que se promueva la realización de estrategias integrales para reducir el número de cesáreas.
3. Que la cesárea anterior no sea considerada indicación absoluta del parto por cesárea, y que se intente la vía vaginal de no encontrarse otras patologías.
4. Realizar la atención de parto vaginal en presentación pelviana, sobre todo en multíparas.
5. Emplear adecuadamente el monitoreo fetal electrónico durante el trabajo de parto para evitar interpretaciones erróneas (falsos positivos), de estrés fetal que conduzcan a intervenciones innecesarias.
6. Ser sumamente críticos y cuidadosos con pacientes primigestas, para disminuir el antecedente de cesárea anterior una de las principales causas de la misma.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA

1. Alcántara y Col. 1992. Indicaciones de cesárea y su morbimortalidad materna perinatal en el Hospital Belén (Trujillo). Rev. Méd. Perú. p. 117-121.
2. Alvarez y Col. 1980. Operación Cesárea en el Hospital de Lebú. Rev. Méd. Valparaiso-Chile. p. 40-42.
3. Andrade, Miguel. 1995. Prevalencia y Morbimortalidad en pacientes cesareadas en el HRL y HAI. Tesis para optar el título de Médico Cirujano, FM;H-UNAP.
4. Avilés y Col. 1994. Indicaciones y Complicaciones de la operación cesárea en el Hospital Obrero de la Caja Nacional de Salud. Cochabamba-Bolivia.
5. Berrospi y Col. 1991. Factores de riesgo para morbimortalidad de cesárea. Facultad de Medicina Alberto Hurtado. Lima-Perú.
6. Botero y Col. 1994. Obstetricia y Ginecología, 5ta. edición, p. 276-280.
7. Cachay Bueno, Carmen. 1997. Operación cesárea en el Hospital Nacional Docente (San Bartolomé). Lima- Perú. UNMSM.
8. Coronel y Col. 1994. Perfil obstétrico de la operación cesárea en el Hospital Isidro Ayora. Rev. Educ.Méd.Contin. p. 19-24. Loja-Ecuador.
9. Escobar y Col. 1995. Operación Cesárea en el Hospital de Constitución. Rev. Méd. Maule. Colombia. p. 19-24
10. Estadística del Hospital Apoyo Iquitos. 1999, 2000, 2001.
11. Estadística de Hospital Regional de Loreto. 1996 - 2001.
12. Ferreira Yong, Bessy. 1993. Incidencia e indicación de cesárea HAI-II IPSS-Iquitos. Tesis para optar el título de Médico Cirujano, FMH-UNAP.
13. García y Col. 1999. Cesárea-Histerectomía en el Hospital Guillermo Almenara. Lima-Perú. Rev. Ginecol. Obst. p. 280-285.
14. Guerra y Col. 1996. ¿Se puede disminuir la frecuencia de cesáreas primitivas?. Estudio realizado en el servicio de obstetricia del Hospital Carlos Manuel Céspedes. Rev. Cuba. Obst.Ginecol. p. 45-49.
15. López y Col. 1993. Operación Cesárea en el Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara". Rev. Obst. Ginecol. Venezuela. p. 73-80.

16. Mena, P. 1999. : Operación Cesárea ([http://www.cesárea anterior.htm](http://www.cesárea_anterior.htm)). Chile Edición Internet.
17. Molina y Col. 1995. Tendencia en frecuencia e indicaciones de cesárea en el Hospital Manuel Noriega Trigo. Rev. Obst. Ginecol. Venezuela. p- 65-70.
18. Mongrut Steanf, Andres. 2000. Tratado de Obstetricia, 4ta. Edición. Perú, p.691-702.
19. Olivares y Col. 1996. Frecuencia e indicaciones de cesárea en el Hospital Central Militar. Rev. Ginecol. Obst. México. p. 79-84.
20. Padilla y Col. 1997. Prevalencia de cesáreas en el Hospital Pablo Arturo Suarez. Rev. Imagen Quito-Ecuador. p. 48-51.
21. Panduro y Col. 1987. Operación Cesárea en el Hospital Civil de Guadalajara. Rev. Ginecol. Obst. México. p- 149-152.
22. Pérez Sánchez y Col. 1995. Obstetricia, 2da. Edición, Mediterráneo, Chile,p. 290-300.
23. Pérez y Col. 1991. Indicaciones de Cesárea en el Hospital Regional José María Cabral y Baez. Rev. Méd. Dominicana. p. 131-132.
24. Pino y Col. 1996. Estudio descriptivo de operación cesárea en el Hospital de Cauquenes. Rev. Méd. Maule-Colombia. p. 64-66.
25. Pinos y Col. 1997. Revisión estadística de la Operación Cesárea en el Hospital Francisco de Orellana. Rev. Ciezt. Ecuador. p. 43.47.
26. Queke, K. 1997. Principios históricos de la operación cesárea. ([http://www.en colombia.com](http://www.en_colombia.com)). Colombia. Edición Internet .
27. Reátegui Sánchez Milciades. 1995. Indicaciones de la cesárea en el HRL-Iquitos, 1990-1992. Tesis para optar el título de Médico Cirujano, FMH-UNAP.
28. Roco, Héctor. 1985. Operación Cesárea en el Hospital de Lebú. Rev. Méd. Valparaíso-Chile. P. 40-42.
29. Solis, Dolores. 1996. Indicaciones de Cesárea en el Hospital de Quevedo. Ecuador.
30. Schwarcz L.R., y Otros. 1995. Obstetricia, 5ta. Edición, El Ateneo, Argentina, p. 290-300.
31. Tituaña y Col. 1993. Factores que determinan la operación cesárea en el Hospital IESS. Riobamba- Ecuador.

32. Treviño y Col. 1998. Indicación de la operación cesárea, en el Hospital "Dr. Ignacio Morones Prieto". Rev. Ginecol. Obstet. México, p. 411-413.
33. Uribarren y Col. 1988. Indicaciones y Frecuencia de Cesárea en el Hospital Dr. Miguel Trejo Ochoa. Rev. Ginecol. Obst. México. p. 168-170.
34. Valdés y Col. 1989. Indicación de la Operación Cesárea en el Hospital Dr. Gustavo Fricke. Rev. Obts. Ginecol. Chile. p. 6-10
35. Williams, y Otros. 1998. Obstetricia, 20ava. Edición 1998, Panamericana Argentina, p.477-488.

ANEXO 01

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

N° de ficha:..... N° de HC:.....
Nombre:.....
Fecha de operación:..... Hora:.....

I.- Datos Generales:

- 1.- Edad:.....
- 2.- Grado de Instrucción: 1) Primaria 2) Secundaria. 3) Superior.
- 3.- Ocupación: 1) Su casa. 2) Comercio menor. 3) Activ. Profesional.
- 4.- Estado Civil: 1) Soltera. 2) Conviviente. 3) Casada.
- 5.- Lugar de Procedencia: 1) Urbana 2) urbano-marginal. 3) Rural.

II.- Antecedentes Obstétricos:

- | | |
|-----------------------------|-------------------|
| 1.- Gesta:..... | 2.- Paridad:..... |
| 3.- Número de Cesáreas..... | |
| 4.- Término parto anterior: | 1) Eutócico. |
| | 2) Distócico |

III.- Embarazo actual.

- 1.- CPN: 1) Ninguno o no refiere. 2) menor de 4 3) mayor o igual a 4
- 2.- EG : 1) Pretérmino. 2) A-término. 3) Postérmino.

IV.- Parto.

- 1.- Inicio: 1) Espontáneo 2) Inducido o Estimulado 3) No Trab. Parto
- 2.- Circunstancia de la operación:
 - 1) Emergencia: Indicación:.....
 - 2) Programado: Indicación:.....

- V.- Muerte Materna: 1) Sí
2) No**