



Universidad Nacional
Federico Villarreal

Vicerrectorado de
INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE MEDICINA “HIPÓLITO UNANUE”

**“FACTORES ASOCIADOS AL PARTO POR CESÁREA EN PRIMÍPARAS EN
PERU DURANTE EL AÑO 2019: ANÁLISIS DE LA ENDES”**

Línea de Investigación: Ginecología

Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

AUTOR:

Chucos Rojas, Leydi Lizbet

ASESOR:

Dr. Alvizuri Escobedo, José María

JURADOS:

Dr. Cabrera Arroyo, Edwin Elard

Dr. Guevara Florian, Victor Angel

Dr. Sandoval Díaz, Wilder

LIMA – PERÚ

2021

DEDICATORIA

A mis padres por su apoyo incondicional y estar conmigo en cada etapa de mi vida universitaria. En especial mi madre Elizabeth, que pese a la distancia siempre me dio consejos sabios para culminar con mucho goce mi carrera, asimismo, a mis abuelos que fueron mi confort en los momentos difíciles.

A mi hermana que me motivaba a seguir avanzando día a día para ser el orgullo de nuestros padres.

AGRADECIMIENTO

Agradecer a dios por darme la oportunidad de vivir esta hermosa experiencia junto a mi linda familia.

Asimismo, agradecer a todos los doctores que fueron parte de mi formación académica durante mi época universitaria.

INDICE

I. INTRODUCCION	3
1.1. DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	3
1.1.1) DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA	3
1.1.2) FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	5
1.2. ANTECEDENTES.....	6
1.3. OBJETIVOS	12
1.4. JUSTIFICACION	13
1.5. HIPOTESIS	14
1.6. DELIMITACIÓN.....	14
II. MARCO TEORICO	15
2.1. CESÁREA	15
2.2. EDAD MATERNA.....	17
2.3. CONTROLES PRENATALES	17
2.4. NIVEL DE INSTRUCCION	18
2.5. LUGAR DE RESIDENCIA	18
2.6. ABORTO.....	19
III. METODOLOGIA	20
3.1. TIPO DE INVESTIGACION	20
3.2. ÁMBITO TEMPORAL Y ESPACIAL.....	20
3.3. VARIABLES	20

3.4. POBLACION Y MUESTRA	21
3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	21
3.6. PROCEDIMIENTOS	22
3.7. ANÁLISIS DE DATOS	22
3.8. ASPECTOS ÉTICOS	22
IV. RESULTADOS	23
V. DISCUSIONES DE RESULTADOS	28
VI. CONCLUSIÓN	31
VII. RECOMENDACIÓN	32
VIII. REFERENCIAS.....	33
IX. ANEXOS	38

RESUMEN

Objetivos: Determinar los factores asociados a parto por cesárea en primíparas en Perú durante el año 2019 según la ENDES.

Material: Ficha de recolección de datos, programa SPSS

Método: Retrospectivo debido a que los datos fueron tomados del año 2019, observacional ya que no hubo intervención, analítico y cuantitativo porque se expresó numéricamente y se hizo uso de un análisis estadístico.

Resultados: En los resultados se obtuvo una muestra de 6048 mujeres primíparas de 12 a 49 años en donde se encontró que, de este grupo 2255 tuvieron parto por cesárea (37,3%). Las mujeres primíparas de 12 – 24 años, fueron de 4083 mujeres (67,5%), de 25-34 años fueron de 1689 mujeres (27.9%) y de 35 a 49 años fueron de 276(4.6%). Así mismo se determinó que el área de residencia de las primíparas el 24.6% fue el área rural y el 75.4% fue el área urbana. En el análisis bivariado, encontramos que los factores asociados significativamente son: la edad de 35 a 49 años (RP: 1.211), el área de residencia urbana años (RP:1.268), el antecedente de aborto (RP: 1.808) y nivel educativo materno (RP: 1. 189).

Conclusión: Los factores asociados a parto por cesárea en primíparas en Perú fueron: edad materna, antecedentes de aborto y área de residencia urbana

Recomendación: Se recomienda estudio de otras variables que podrían fortalecer aún más esta investigación, siendo estas el estado civil de la mujer gestante y la región natural donde habita; asimismo conocer si la cesárea fue programada o fue de urgencia también se consideraría de importancia en estudios posteriores.

Palabras clave: Cesárea, primíparas, factores de riesgo, edad materna

ABSTRACT

Objectives: To determine the factors associated with cesarean delivery in primiparous women in Peru during the year 2019 according to the ENDES.

Material: Data collection sheet, SPSS program

Method: Retrospective because the data were taken from the year 2019, observational since there was no intervention, analytical and quantitative because it was expressed numerically and a statistical analysis was used.

Results: In the results, a sample of 6048 primiparous women between 12 and 49 years old was obtained, where it was found that 2255 of this group had cesarean delivery (37.3%). The primiparous women of 12 - 24 years, were 4083 women (67.5%), of 25-34 years were 1689 women (27.9%) and of 35 to 49 years were 276 (4.6%). Likewise, it was determined that the area of residence of the primiparous 24.6% was the rural area and 75.4% was the urban area. In the bivariate analysis, we find that the significantly associated factors are: age from 35 to 49 years (PR: 1,211), urban area of residence years (PR: 1,268), history of abortion (PR: 1,808) and educational level maternal (PR: 1. 189).

Conclusion: The factors associated with cesarean delivery in primiparous women in Peru were: maternal age, history of abortion and area of urban residence.

Recommendation: It is recommended to study other variables that could further strengthen this research, these being the marital status of the pregnant woman and the natural region where she lives; Likewise, knowing whether the cesarean section was scheduled or emergency would also be considered of importance in subsequent studies.

Key words: Cesarean section, primiparous women, risk factors, maternal age

I. INTRODUCCION

Según la OMS la cesárea es un procedimiento beneficioso ya que reduce la morbimortalidad materna y fetal por ello la importancia de determinar los factores asociados a parto por cesárea en primíparas en nuestro país.

Teniendo en cuenta a la región de América Latina presenta uno del promedio más alto de partos por cesárea a nivel del mundo. Sin embargo, tenemos países como Haití que presentan las tasas más bajas teniendo un promedio del 2% anual y los países con más altas tasas de cesáreas son Brasil, México y Chile.(7)

En los últimos años a partir del 2000 las tasas de cesárea en América Latina aumentaron potencialmente, encontrándose una tasa promedio en Perú de 26,9% en 43 establecimientos de salud pública .(8)

En los estudios de la encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES) desde el 2010 se ha visualizado un incremento en los partos por cesárea en primíparas, siendo la prevalencia en Perú para el 2018 de 35,6%, de las cuales tenemos diversos factores asociados entre ellos la edad avanzada (34 y 49 años), una educación superior, vivir en áreas urbanas, recibir controles prenatales, la atención en el sector privado entre otros factores. La finalidad de la investigación es determinar durante la ENDES 2019 cuales fueron los factores que predominaron para determinar el parto en cesárea de las gestantes primerizas.

1.1. Descripción y formulación del problema.

1.1.1. Descripción de la realidad problemática

La cirugía que se realiza con más frecuencia en la atención obstétrica es la cesárea. Siendo esta cirugía un procedimiento eficaz que nos permite prevenir tanto la morbilidad como

la mortalidad materna y perinatal; sin embargo, este procedimiento no se ha demostrado que sea beneficioso en las gestantes y en el neonato que se someten a este procedimiento de manera innecesario.(1) Según la OMS en 1985 en Fortaleza (Brasil), en una reunión los profesionales de la salud de diferentes partes del mundo consideraron que la tasa ideal de cesárea está oscilando entre el 10% y el 15%, desde ese momento las cesáreas fueron incrementando su frecuencia en diversos países ya sea en países desarrollados como en países en desarrollo, por lo que a pedido de la comunidad internacional se solicita una referencia para analizar la tasa recomendada en 1985.(2)

El nivel de tasas de cesárea va variando en todo el mundo. Wylie y Mirza encontraron, a partir de datos de 36 países en desarrollo, que la tasa de cesárea en los países subdesarrollados (especialmente los africanos) era a menudo <5%, debido al limitado acceso al procedimiento. Sin embargo, al parecer la cesárea está siendo sobreutilizada en muchos de los países desarrollados y en los que economías emergentes. La tasa de cesárea en esos países se situó en más del 30%.(3) La tasa media de cesárea de 18 estados miembros de la Unión Europea fue de 26,8% en 2011.(1) Uno de los ejemplos es Australia ya que su tasa anterior de cesáreas eran 19,5% en 1966 a 32% en el 2016. (4) También tenemos en china un ejemplo llegando a 46% cesáreas entre el 2007-2008. En Jordania, un país vecino de Egipto, entre 2002 y 2012, los partos por cesárea aumentaron significativamente con el tiempo, del 18,2% en 2002 al 30,3% en 2012.(5) Asimismo hubo un aumento en hospitales privados de Estados Unidos del 70%, entre sus reportes más recientes muestra una tasa de cesáreas del 31.9% en el 2018. Siendo semejante en Brasil con un 58,8% en el año 2016 e Italia con 36,2%.(6)

Por otro lado, la región de América Latina presenta el promedio más alto de partos por cesárea a nivel mundial. Sin embargo, existen grandes desigualdades y las tasas de

cesáreas son más bajas en Haití, donde menos del 2% de los partos ocurren por cesárea, y las más altas en Brasil, México y Chile.(7)

Las tasas de cesárea en América Latina, incluido Perú, aumentaron en el período 2000-2010, encontrándose la tasa media de cesáreas en nuestro país para este período en 43 establecimientos de salud pública fue de 26,9%.(8)

Según los estudios de la encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES) desde el 2010 va en incremento los partos por cesárea en primíparas, siendo la prevalencia en Perú para el 2018 de 35,6%, siendo los principales factores principales asociados la edad entre 34 y 49 años, la educación superior, vivir en áreas urbanas, recibir controles prenatales o tener el parto en el sector privado, así como sufrir complicaciones durante el parto. (21)

El procedimiento de las cesáreas puede llevarnos a diversas complicaciones y limitaciones significativas, estas pueden ser permanentes o incluso puede llegar hasta la muerte, especialmente en aquellos lugares que no cuentan con instalaciones o la capacidad adecuada para realizar de manera segura esta cirugía, asimismo para tratar las complicaciones que se puedan producir antes, durante y después de la cirugía. Por ello es importante establecer los factores sociodemográficos, factores obstétricos, factores psicológicos y también los factores asociados a los servicios de salud de los partos por cesárea que todavía no se esclarece con certeza.

1.1.2. Formulación del problema

Formulación del problema general

¿Cuáles son los factores asociados al parto por cesárea en primíparas en el Perú durante el año 2019 según la ENDES?

Formulación del problema específicos

- ¿Cuál es la asociación que existe entre edad materna y parto por Cesárea en primíparas según la ENDES?
- ¿Cuál es la asociación que existe entre el Número de controles prenatales y parto por Cesárea en primíparas según la ENDES?
- ¿Cuál es la asociación que existe entre el nivel de instrucción y parto por Cesárea en primíparas según la ENDES?
- ¿Cuál la asociación que existe entre los antecedentes de aborto y parto por Cesárea en primíparas según la ENDES?

1.2. Antecedentes

1.2.1. Antecedentes Internacionales

Cesárea: situación actual y factores asociados en México, 2018.(10)

En el presente trabajo se realizó una revisión sistemática de diversos artículos científicos acerca de la situación que se encuentra actualmente la cesárea en México, que fueron publicados en el periodo de 2010-2017. **Este tipo de investigación es:** Descriptivo, observacional y analítico, incluyéndose artículos que abordaran partos por cesárea, que se realizaros en mujeres de 20 a 35 años asimismo que se encontraran en una gestación a término. **Resultados:** En el análisis el 63,0% de los partos por cesárea se realizaron en instituciones privadas. Siendo el grupo de mayor exposición a cesáreas las mujeres primíparas entre los 12 a 19 años y de 35 o más años. Los factores que estuvieron más asociados a la intervención quirúrgica, fueron las mujeres con 35 o más años teniendo un 61,0% de mayor probabilidad de ser operadas por cesárea en comparación con el grupo de 20 a 34 años. También se pudo notar que el grupo menor de 20 años presento 6 veces más riesgo de ser intervenidas por una cesárea siendo primíparas del grupo etario, en

comparación al grupo de mujeres primíparas de 35 años o más, cuyo riesgo aumentó en 5.2 veces más.

Cesarean section rates in Ecuador: a 13-year comparative analysis between public and private health systems, 2017.(9)

Tipo de estudio: Observacional poblacional de todas las pacientes que les dieron de alta tanto en sector de salud públicos y privados en Ecuador luego de realizar una cesárea o un parto vaginal. Siendo los datos una recopilación del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) de Ecuador entre los años 2001 y 2013. **Resultados:** Obteniendo una tasa general del doble de cesáreas en sectores privados que en hospitales públicos. Representando significativamente el 57,5% de cesáreas en el sector privado, a comparación del sector público que fue inferior a 22,3%. De estos porcentajes solo se encontró justificación clínica de cesárea en menos del 36% mediante análisis paralelo de las indicaciones absolutas o relativas. En dicho estudio desde el 2001 el número de partos por cesárea fue aumentando progresivamente más del 50%, llegando su tasa de crecimiento anual del 4,03%. En la capital Guayaquil la principal ciudad de Ecuador llego hasta 74% de los partos fueron por cesárea.

Factors contributing to the rapid rise of caesarean section: a prospective study of primiparous Chinese women in Shanghai, 2015. (1)

Tipo de estudio de la investigación fue: prospectivo de cohorte en 832 primíparas de bajo riesgo obstétrico en dos hospitales de shanghai mediante cuestionario para obtener información de características demográficas, preferencia del modo de parto y personas influyentes para ellas a la hora de elección sobre el modo de parto. **Los resultados** de 832 mujeres embarazadas inscritas, el 13,2% prefirió la cesárea en el segundo

trimestre. Esta cifra se elevó al 17,0% en el tercer trimestre entre 599 mujeres seguidas. De 523 mujeres que completaron las tres entrevistas, el 58,1% se sometió a cesárea. Sin embargo, el 34,9% de mujeres que fueron sometidas a cesárea no tenían ninguna de las indicaciones enumeradas en las guías clínicas ni se basaban en la solicitud materna. **Concluyendo** la influencia de los médicos como un factor de riesgo más significativo para de someterse a una cesárea. Los participantes con baja autoeficacia materna durante el parto fueron más propensos a solicitar cesáreas ellos mismos.

Preferences for mode of delivery in nulliparous Argentinean women: a qualitative study, 2014. (12)

Se realizo 4 discusiones de grupos focales y 12 entrevistas en profundidad con mujeres embarazadas en Buenos Aires, Argentina en 4 grandes hospitales públicos y no públicos, **tipo de estudio:** prospectivo y de cohorte. La muestra incluyó a 29 gestantes nulíparas de 18 a 35 años, siendo estas gestantes mayores a las 32 semanas de gestación, sin fertilidad asistida, sin enfermedad médica preexistente o diagnosticada durante el embarazo, sin indicación de cesárea electiva, y que no sean profesionales de la salud.

Resultados: Debido a diversos factores como culturales, sociales y personales la mayoría de mujeres prefirió el parto vaginal, considerándolo con más saludable, normal y un parto vaginal normal, saludable y un rito de forma natural por el que pasa la mujer para llegar a la maternidad, asociando el dolor de una forma positiva para ellas. Por el contrario, veían la cesárea como una decisión médica y, a menudo, dejaban las decisiones al personal médico en presencia de una indicación médica.

Factores de Riesgo de la Operación Cesárea en el Hospital de Gineco Pediatría del IMSS de Hermosillo, Sonora, 2014. (13)

Tipo de estudio es observacional y analítico de casos y controles. Se usó estadística descriptiva, frecuencias simples y agrupadas. En este trabajo de investigación fueron incluidos 654 expedientes clínicos, de las cuales 327 mujeres que fueron sometidas a cesárea (casos) y 327 mujeres a parto por vía vaginal (controles). **Resultados:** Siendo los principales factores de riesgo la nuliparidad RM 7.57, IC: 4.52 – 12.6, cesárea previa RM 40.16, IC: 9.48 – 170.07, peso Materno mayor o igual a 80 kg RM 1.72, IC: 1.04 - 2.83y como factor protector tenemos la inductoconducción, RM 0.12, IC 0.05 – 0.23. **Conclusiones:** El procedimiento de cesárea está asociada a la nuliparidad, cesárea previa y peso materno mayor o igual de 80 kilogramos. Factor protector: la inductoconducción.

Factors associated with caesarean section among primiparous adolescents in Brazil, 2011-2012.(11)

En la presente investigación se asocia los factores principales con la cesárea en adolescentes primíparas en la región de Brasil teniendo en cuenta los datos de una encuesta hospitalaria nacional que se realizó entre 2011 y 2012, siendo el **tipo de estudio** descriptivo, observacional y analítico. **Resultados:** Nos muestran que en las adolescentes primíparas hay una tasa de cesáreas elevadas (40%). Concluyendo que los factores sobresalientes para la cesárea fue el modo de parto considerándolo más seguro (OR = 7,0; IC del 95%: 4,3-11,4); también otro factor contribuyente es la atención en el sistema de salud privado (OR = 4,3; IC 95%: 2,3-9,0); entre el penúltimo factor contribuyente esta la atención por el medico a cargo durante la atención prenatal y el parto (OR = 5,7; IC del 95%: 3,3-9,0) y por último tenemos como factor contribuyente la historia clínica de riesgo y las complicaciones que se presentan durante el embarazo (OR = 10,8; IC 95%: 8,5-13,7).

1.2.2. Antecedentes Nacionales

Factores asociados a partos por cesárea en un hospital peruano, 2020.(14)

En el estudio se empleó un **diseño** no experimental, analítico, retrospectivo de tipo casos y controles. Abarco a pacientes que fueron atendidas en el Servicio de Ginecoobstetricia ya sea mediante un parto vaginal o cesárea en el Hospital Militar Central durante el periodo 2014-2018, llegando a estimarse 5000 partos de la base de estadísticas de atención del hospital. Teniendo una muestra aleatoria de 988 partos, de las cuales 329 fueron cesáreas (casos) y 659 fueron partos vaginales (controles). Entre los **resultados** se encuentran gestantes cuyo factor asociado fue la cesárea previa (OR=1,55 IC95%=1,12-2,15) y el número de hijos (OR=0,83, IC95%=0,72-0,95); en este caso la edad materna, edad gestacional y los controles prenatales resultaron que no eran factores asociados a cesárea ($p>0,05$). Tampoco nivel educativo fue un factor asociado a cesárea.

Frecuencia e indicaciones del parto por cesárea en un hospital docente de Lima, Perú. 2013-2017 (16)

Tipo de estudio: descriptivo, serie de casos; siendo los casos las pacientes sometidas a cesárea y sus indicaciones. Incluyéndose a mujeres que fueron sometidas a cesáreas ya sea de manera electivas o de emergencia, durante el mes de enero del 2013 hasta diciembre 2017. La información se obtuvo a partir de las historias clínicas perinatales, utilizando como variables a la edad materna, la edad gestacional, los controles prenatales, el grado de instrucción, el estado civil de la paciente, la paridad, el tipo de cesárea y las indicaciones de cesárea. Registrándose un total de 21 810 partos, de los cuales 49,8% (n=10 867) fueron partos vaginales y 50,2% (n=10 943) partos por cesárea. Entre los **resultados tenemos:** El 14,2% de las pacientes estudiadas fueron menor de 19 años, el 16% fue mayor de 35 años y finalmente el 69,8% tuvo entre 20 y 34 años. Observándose

de forma decreciente la cesárea en adolescentes; a diferencia que en pacientes de 35 años a más las cesáreas fueron aumentando anualmente. En el 29% (n=449) de las adolescentes la desproporción cefalopélvica (DCP) fue la indicación más frecuente, y en el caso de las pacientes mayores de 35 años el antecedente de una cesárea anterior fue la más frecuente con el 28,2%, teniendo una diferencia estadísticamente significativa ($p= 0,01$). Entre la población estudiada el 69% de pacientes tenía educación secundaria, el 12,8% estudio superior no universitaria; y el 1,1% era analfabeta. En cuanto a la edad gestacional se obtuvo mayor frecuencia de cesáreas entre las semanas gestacionales de 37 a 41 con un 80%. Dentro de las pacientes que se les realizó cesárea primaria fue el 57,8%, en nulíparas el 60,6% y en multíparas el 19,2% (n=1 208); en cuanto a las cesáreas iterativas fue el 42,2%, de ellas el 51,7% en multíparas ($p<0,01$). En las pacientes nulíparas las cesáreas fueron en 35,3%, y de ese grupo el 31% (n=1 207) fue en adolescentes y el 5% (n=197) en mujeres con edad avanzada. Llegando a la **conclusión** que la cesárea se realizó en un 50,2% con mayor frecuencia, siendo los factores asociados más frecuentes la cesárea previa y la desproporción cefalopélvica.

Operación cesárea: Frecuencia e indicaciones en el Hospital Naylamp de EsSalud-Chiclayo durante el periodo enero – diciembre 2012, 2016.(15)

Se realizó un **estudio** cuantitativo con un enfoque descriptivo, transversal y analítico en el Hospital Naylamp de EsSalud-Chiclayo. En esta investigación se conformó por 154 casos de cesárea. Empleándose estadística descriptiva e inferencial, con medidas como pruebas de chi cuadrado. **Resultados:** Se obtuvo el 27.70% de pacientes que se realizaron la cesárea, dentro de ellas los factores asociados fueron la cesárea segmentaria previa con 23,4%, la presentación Podálica con 22,7%; la desproporción cefalopélvica 21,4%; el desprendimiento prematuro de placenta normo inserta (DPP) con 8,4%, la macrosomía

fetal Mayor de 4,500 gr en 6,5% y cesárea a término 90,0%. **Concluye:** Los factores característicos maternas más frecuentes: con el 90,9% tenemos a la edad gestacional más prevalente entre las 37 semanas – 41 semanas (a término); también con el 87,0% los controles prenatales de las gestantes.

Factores maternos asociados a cesárea de emergencia - Hospital Lazarte de Trujillo 2015. (17)

Se realizó un **estudio** de tipo analítico, observacional, retrospectivo, en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray, de 199 gestantes que tuvieron su parto en el entre enero a diciembre del 2015. **Resultados:** Siendo 116 por parto vaginal representando el 58.3%, 34 mujeres representando el 17.1% de las cesáreas por emergencia y 24.6% fue por cesárea electiva representando las 49 mujeres. Como factor más frecuente tenemos al antecedente de cesárea previa con un OR de 1.949 (IC 1.03 a 2.87) y entre los factores que influyen más en el estudio para la cesárea de emergencia fueron el sufrimiento fetal con un OR de 40.39 con un intervalo de (38.33 a 42.47) y el ponderado fetal mayor e igual a 4 kg con OR de 3.072 (1.66 a 4.48). Y el antecedente de cesárea previa con un OR de 1.949 con intervalo de (1.03 a 2.87).

1.3. Objetivos

Objetivo General

Determinar los factores asociados a parto por cesárea en primíparas en Perú durante el año 2019 según la ENDES.

Objetivo Específicos

- Identificar la asociación que existe entre edad materna y parto por Cesárea en primíparas según la ENDES 2019.

- Identificar la asociación que existe entre el Número de controles prenatales y parto por Cesárea en primíparas según la ENDES 2019.
- Identificar la asociación que existe entre el nivel de instrucción y parto por Cesárea en primíparas según la ENDES 2019.
- Identificar la asociación que existe entre los antecedentes de aborto y parto por Cesárea en primíparas según la ENDES 2019.

1.4. Justificación

El presente estudio enmarca el contexto de la salud pública en el país, considerando el incremento en ascenso de las atenciones de partos llegando a cesárea y la relación que existe entre la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, constituyéndose como un problema en el Perú de salud pública y también lo es para el Mundo. (3)

Es necesario investigar todos los factores que estén implicados, ya que las consecuencias no solo interfieren en la morbi-mortalidad materna, sino que también genera un impacto en la salud debido a la calidad de atención, ya que los gastos de parto individual son altos. (8,9)

Por otro lado al tener el conocimiento detalladamente del riesgo de las mujeres antes y después del parto debido a la influencia de estos factores en la realización de una cesárea podemos estratificar mejor el riesgo, establecer mejoras en las estrategias o políticas de salud públicas en un marco de la medicina basada en evidencia , fomentando así en las mujeres que el parto vaginal debe ser la primera elección en primíparas siempre y cuando se encuentre en condiciones adecuadas, asimismo afianzar la importancia de los cuidados de parto, los controles prenatales para así asegurar una maternidad segura.(10)

1.5. Hipótesis

- **Hipótesis general:**

Existen factores asociados al parto por cesárea en primíparas en el Perú durante el año 2019.

- **Hipótesis específicas:**

- H1: Si existe asociación entre edad materna y parto por Cesárea en primíparas.
- H2: Si existe asociación entre el Número de controles prenatales en el primer trimestre y parto por Cesárea en primíparas.
- H3: Si existe asociación entre el grado de instrucción y parto por Cesárea en primíparas.
- H4: Si existe asociación entre los antecedentes de aborto y parto por Cesárea en primíparas

1.6. Delimitación

El presente trabajo de investigación se considera de gran importancia puesto que involucra un problema de salud que va incrementándose cada vez más, como es la cesárea en una población representativa de primíparas a partir del análisis de la encuesta demográfica y de salud (ENDES, 2019)

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Cesárea

Definición

Se denomina cesárea a una incisión que inicia en la pared abdominal y las capas que recubren el útero hasta llegar a la cavidad uterina baja, en fetos mayor de 22 semanas, con previas indicaciones fetales y/o maternas por las que se encuentra contraindicada el parto vía vaginal, para evitar, de esta forma, los riesgos y complicaciones materno-fetales.(9)

Tipos de cesárea

Tenemos varios tipos: entre ellas la más frecuente actualmente la segmentaria inferior cuya incisión es a nivel del segmento uterino inferior, la clásica es poco frecuente se realiza una incisión en el cuerpo del útero, extraperitoneal (se entra al útero sin incidir el peritoneo) y la cesárea histerectomía esto ocurre cuando después de la cesárea se hace una histerectomía cuando está en riesgo la vida materna. Otros términos empleados son de urgencia, electiva, transversal y vertical.(18)

A) Según antecedentes obstétricos:

- a. Primaria: Es la cesárea que se realiza por primera vez.
- b. Iterativa: Es la cesárea que se realiza en pacientes con antecedentes de una o más cesáreas previas.

B) Según indicaciones

- a. Cesárea electiva

El procedimiento para realizar la cesárea es programado para una fecha determinada en gestantes con patología materna o fetal que contraindique o que no pueda culminar la gestación por parto vía vaginal. Entre los beneficios mencionado por el equipo de salud es el mayor control de tiempo, lugar, las condiciones adecuadas de la

terminación del embarazo; también disminuye el daño vaginal y perineal, incluidos la incontinencia anal y urinaria y el riesgo fetal en el trabajo de parto y el nacimiento.

b. Cesárea de urgencia

Es un tipo de cesárea que se lleva a cabo sin programación previa, encontrándose durante el parto vaginal incompatibilidad de las condiciones maternas y/o fetales.

Entre las indicaciones de cesárea de urgencia tenemos a las alteraciones del registro cardiotocográfico fetal; el sufrimiento fetal, o desaceleraciones mantenidas de la frecuencia cardíaca fetal y test estresante positivo. En cuanto a las causas maternas destacan dilatación estacionaria y desprendimiento de placenta normo inserta.

Riesgos y beneficios de cesárea

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se estima que el 10 a 15% son indispensables a realizarse cesárea disminuyendo tanto los riesgos de salud materno como neonatal, pero si se utilizan sin indicaciones medicas el riesgo es mucho mayor que los beneficios.(10)

Debido a que se presenta una alta frecuencia de cesáreas se considera un problema para la salud pública, sospechándose que se siga incrementando en los siguientes años llegando a agravarse. Entre los motivos que se puede evidenciar es la seguridad que ofrece la cesárea, también tenemos a la edad, índice de masa corporal, enfermedades concomitantes con el embarazo y mala práctica obstétrica.

Complicaciones de la cesárea

Todo procedimiento quirúrgico incluido la cesárea presenta complicaciones, pero actualmente la cesárea tiene una mortalidad muy baja llegando a ser aproximadamente el 5,8 x 100.000 nacimientos. Asimismo, son bajas las tasas de trauma de nacimiento y muerte fetal para el recién nacido; sin embargo, las tasas de dificultad respiratoria iniciales son altas.

Complicaciones intraoperatorias: Son poco frecuentes, pero puede presentarse lesiones intestinales, vesicales, uretrales y vasculares que tienen que ser manejada inmediatamente porque puede llevar a la muerte a la paciente o generar daños irreversibles. Por ello es muy importante antes de realizar una cesárea tener un diagnóstico temprano con los controles prenatales completos. Es muy importante tener conocimiento del tamaño, la posición, situación y actitud fetales que se encuentra el feto, también cumple un rol muy importante la planeación y ejecución del procedimiento, para así evitar desgarros o prolongaciones de la histerotomía, que podrían afectar las arterias uterinas y al uréter, o en caso se presente una incisión segmentaria vertical a la vejiga y la vagina.

Complicaciones postoperatorias: Entre ellas pueden ser secundarias a la anestesia o al procedimiento quirúrgico, siendo las más importantes el sangrado posparto, infección puerperal y embolismo de líquido amniótico. Entre las más frecuentes tenemos a la consecuencia de la anestesia raquídea apareciendo principalmente un cuadro de cefalea pulsátil, que se incrementa en la bipedestación y en la posición vertical, que cesa al acostar a la paciente. Gracias a la profilaxis antibiótica disminuyo menos del 10% las infecciones posparto, tanto de endometritis como de infecciones urinarias y de la herida quirúrgica.(20)

2.2. Edad Materna

La edad es un antecedente biodemográfico que nos permite identificar factores de riesgo a lo largo del ciclo vital de las personas; en el caso de la mujer adquiere especial importancia el período llamado edad fértil. Este período caracteriza a la mujer por su capacidad de ovular y embarazarse. El embarazo antes de los 20 y después de los 35 años, se asocia a un mayor riesgo materno y perinatal. (23)

2.3. Controles Prenatales

Es una oportunidad de comunicación directa con la gestante para ofrecerle la información y orientación que promueva la construcción conjunta de conocimientos, la aceptación y practica de conductas saludables y la toma de decisiones responsables y oportunas en el proceso del embarazo, parto, puerperio y cuidados del recién nacido. Según el nuevo modelo de atención prenatal de la OMS incrementa de cuatro a ocho CPN que debe tener la embarazada con los profesionales sanitarios a lo largo del embarazo. Datos recientes indican que una mayor frecuencia de contactos prenatales de las mujeres y las adolescentes con el sistema sanitario se asocia a una disminución de la probabilidad de muertes prenatales. Esto sucede porque existen más oportunidades para detectar y gestionar los posibles problemas. Una atención prenatal con un mínimo de ocho contactos puede reducir las muertes perinatales hasta en 8 por cada 1000 nacimientos, en comparación con un mínimo de cuatro visitas. (22)

2.4. Nivel de Instrucción

Según el INEI el nivel de instrucción de la población se define, a partir de los años de estudios que ha logrado aprobar la población de 15 y más años de edad

Las mujeres pertenecientes a minorías étnicas suelen experimentar exclusión social y económica, lo que produce inequidades en la salud especialmente durante el embarazo y el parto. Las mujeres indígenas y de zonas rurales en varios países latinoamericanos tienen menos probabilidades de dar a luz con asistencia de parto cualificada.

La población rural, indígena y afrodescendiente muestran una salud más deficiente y menor acceso a servicios de salud durante el embarazo y el parto: además de exclusión social generalizada, existe una asociación creciente entre el maltrato en los establecimientos de salud y los malos resultados en salud en población indígena y afrodescendiente. (24)

2.5. Área de Residencia

Se refiere al tipo de agrupación de las viviendas o edificaciones localizadas en un término municipal o entidad de población. Todavía se encuentran grandes desigualdades por lugar de residencia y nivel, sobre todo entre las mujeres que viven en la región de la Selva y en el área rural.

Después de 26 años según la ENDES, en el área rural el porcentaje de partos atendidos por profesional de salud calificado se incrementó en 61,1 puntos porcentuales al pasar de 18,7% a 79,8%, y en el área urbana en 24,1 puntos porcentuales (de 74,4% a 98,5%). En los últimos 5 años se incrementó en el área rural 8,5 puntos porcentuales y en el área urbana 1,2 puntos porcentuales. Asimismo, en los últimos 18 años (2000 y 2018), este aumento fue 51,1 puntos porcentuales en el área rural y 13,5 puntos porcentuales en el área urbana

- Zona rural: conjunto de entidades singulares de población con 10.000 y menos habitantes o las que, teniendo más habitantes, poseen población en diseminado.
- Zona urbana: conjunto de entidades singulares de población con más de 10.000 habitantes de hecho. (25)

2.6. Aborto

Interrupción del embarazo, con o sin expulsión, parcial o total del producto de la concepción, antes de las 22 semanas o con un peso fetal menor de 500 gr.

- Aborto inevitable: Rotura de membranas, pérdida de líquido amniótico, con cuello uterino dilatado.
- Aborto completo: Es la eliminación total del contenido uterino.
- Aborto incompleto: Es la eliminación parcial del contenido uterino.
- Aborto retenido o diferido: Es cuando el embrión o feto muere antes de las 22 semanas, pero el producto es retenido. Su diagnóstico es por ecografía.

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo de Investigación

- Retrospectivo debido a que se toma los datos del año 2019
- Observacional debido a que no hubo intervención
- Analítico
- Cuantitativo, porque se expresó numéricamente y se hizo uso de las estadísticas.

3.2. Ámbito temporal y espacial

La delimitación temporal se basa en la encuesta nacional demográfica y de la salud familiar del año 2019 y la delimitación espacial abarca lima metropolitana, resto de la costa, sierra y selva del Perú.

3.3. Variable

- **Dependiente:** Cesárea
- **Independientes:** controles prenatales, antecedente de aborto, nivel de instrucción materna, edad materna, área de residencia

1.2.2.1. Definiciones conceptuales

- Cesárea: Intervención quirúrgica haciendo una incisión suprapúbica para extraer el producto del útero.
- Controles prenatales: Cantidad de controles realizados antes del embarazo.
- Antecedente de aborto: Historia de pérdida del producto.
- Nivel de instrucción materna: Grado de estudios en curso.
- Edad materna: Número de años cumplidos de la madre
- Área de residencia: Lugar donde radica actualmente

3.4. Población y muestra

a) Población:

Mujeres en edad fértil (12 a 49 años) 21154 mujeres

b) Muestra

Tamaño muestral

El tamaño de la muestra de la ENDES 2019 (anual) es de 36 760 viviendas, correspondiendo:

- 780 viviendas al área en las capitales de los departamentos y provincias de lima
- 9 320 viviendas al resto urbano.
- 12 660 viviendas al área rural.

Tipo de muestreo

La muestra se caracteriza por ser probabilística de tipo equilibrado, bietápica, estratificada e independiente a nivel de departamentos y también por área urbana y rural, para obtener una muestra representativa a nivel nacional

Criterios de selección de la muestra

Criterios de inclusión

- Mujeres en edad fértil que resolvieron el cuestionario individual materno
- Mujeres en edad fértil que tuvieron por un parto por cesárea con producto vivo

Criterios de exclusión

- Mujeres en edad fértil con datos incompletos
- Mujeres en edad fértil que no han tenido ningún parto por cesárea con producto vivo.

3.5. Instrumentos

Para recopilar la información fue mediante la encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES 2019) cumpliendo con todos los parámetros para poder obtener la información de las variables establecidas para nuestro estudio. Este instrumento presenta la validez y confiabilidad avalada por la Ficha Técnica del INEI aseverando que existe un consentimiento informado a todos los encuestados, asimismo describe que por ser una encuesta nacional aprobada por el consejo de ministros esta validada.

Se procedió a acceder a la página web del INEI (<https://www.inei.gob.pe/>) donde se irá a la opción: *acceder a base de datos INEI*. Posteriormente, se procedió a entrar a la sección del ENDES 2019 y descargar los archivos SAV de interés en nuestro estudio para formar una gran base de datos para el posterior análisis.

3.6. Procesamiento

Se procederá a exportar la base de datos en formato SAV al programa estadístico SPSS 21 para su análisis. Se analizarán descriptivamente las variables numéricas a través de medias y desviación estándar

3.7. Análisis de datos

Se determinó la Razón de Momios (Odds Ratio, proporción de variables). En los casos de factores multivariados, se tomó como referencia uno de los grupos, siempre el primero de la lista de operacionalización. Por último, la prueba de relevancia estadística se realizó mediante las pruebas de Chi-cuadrado.

3.8. Aspectos éticos de la investigación

El estudio se realizó con los datos de la encuesta nacional “Encuesta Demográfica y de Salud Nacional (ENDES)” realizada por el INEI, por lo que no existen conflictos éticos.

IV. RESULTADOS

En los resultados se obtuvo una muestra de 6048 mujeres primíparas de 12 a 49 años en donde se encontró que, de este grupo, 2255 tuvieron parto por cesárea (37,3%) con respecto al grupo que tuvo parto vaginal que fueron 3793 (62.7%). (Figura N°1)

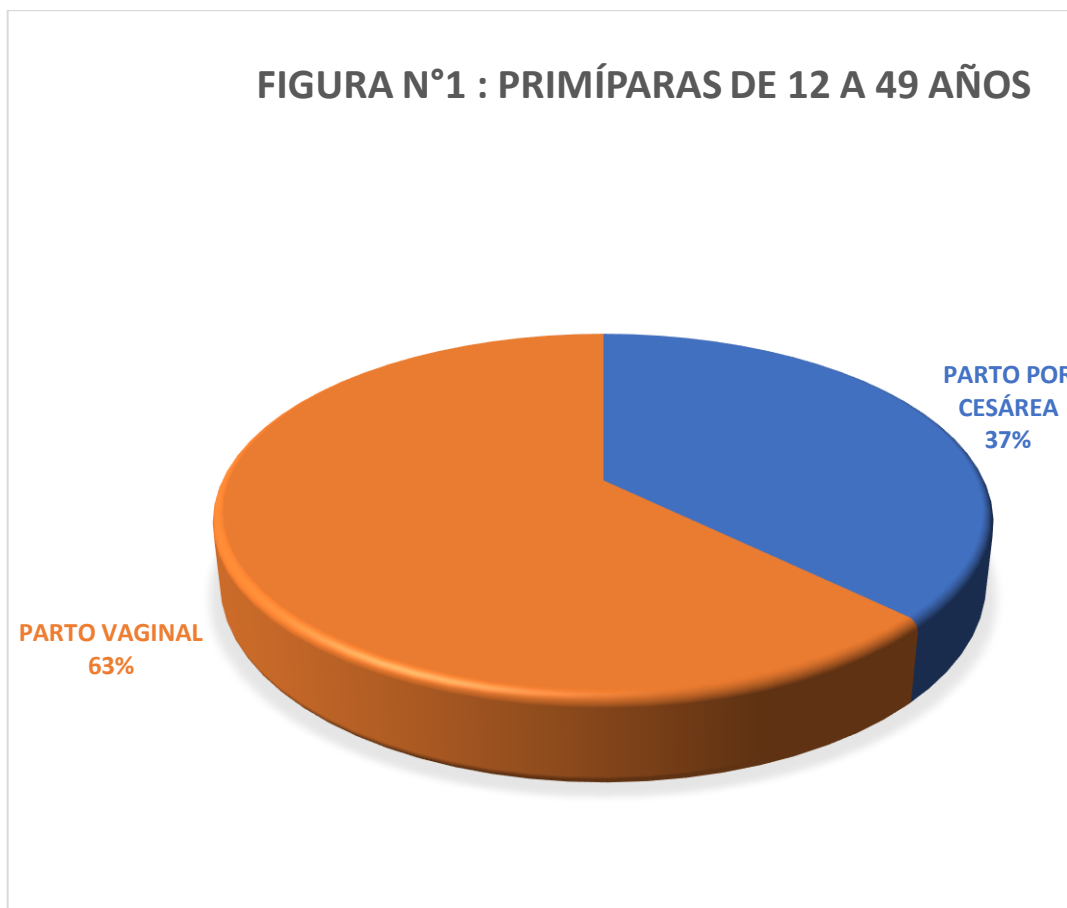


TABLA N°1
DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

Variables	n	%
Edad materna		
12 a 24 años	4083	67.5
25 a 35 años	1689	27.9
35 a 49 años	276	4.6
Área de residencia		
Rural	1485	24.6
Urbana	4563	75.4
Región natural		
Lima metropolitana	851	14.1
Resto de costa	1866	30.9
Sierra	1991	32.9
Selva	1340	22.2
Primíparas	6048	100%

Por otro lado, las mujeres primíparas de 12 – 24 años, fueron de 4083 mujeres (67,5% de la población), de 25-34 años fueron de 1689 mujeres (27.9%) y de 35 a 49 años fueron de 276(4.6%). Así mismo se determinó que el área de residencia de las primíparas el 24.6% fue el área rural y el 75.4% fue el área urbana y consideración la región natural, se halló que el 14.1% se encontraba en Lima metropolitana y en la selva el 22.2% de mujeres, mientras que la sierra fue la región donde se encontró el 32.9% de mujeres primíparas. (Tabla N°1).

TABLA N°2
ANÁLISIS BIVARIADO: FACTORES ASOCIADOS AL PARTO POR
CESÁREA EN PRIMÍPARAS DE 12 A 49 AÑOS

Variables	RP	IC	P
Edad materna			
12 a 24 años	1.00	0.980-1.201	0.000
25 a 35 años			
35 a 49 años	1.211	1.133-1.588	0.001
Área de residencia			
Rural			
Urbana	1.268	1.095-1.837	0.006
Antecedente de			
aborto			
Si	1.808	1.493-2.190	0.000
No			
Número de controles			
prenatales			
<7 controles			
>7 controles	1.001	0.998-1.103	0.023
Nivel educativo			
materno			
No superior	1.189	1.093-1.977	0.081
Si superior			

En el análisis bivariado, encontramos que los factores asociados significativamente son: la edad de 35 a 49 años (RP: 1.211 IC95% 1.133-1.588 $p<0.000$), el área de residencia urbana años (RP:1.268 IC95% 1.095-1.837 $p<0.006$), el antecedente de aborto (RP: 1.808 IC95% 1.493-2.190 $p<0.000$) y nivel educativo materno (RP: 1. 189 IC95% 1.093-1.977 $p<0.081$). (Tabla N°2).

TABLA N°3

**ANÁLISIS MULTIVARIADO: FACTORES ASOCIADOS AL PARTO POR
CESÁREA EN PRIMÍPARAS DE 12 A 49 AÑOS.**

Variables	RPa	IC	P
Edad materna			
12 a 24 años			
25 a 35 años			
35 a 49 años	1.211	1.133-1.803	0.000
Área de residencia			
Rural			
Urbana	1.198	1.005-1.331	0.000
Antecedente de aborto			
Si	1.326	1.301-1.708	0.007
No			
Nivel educativo materno			
No superior	1.006	1.003-1.701	0.001
Si superior			

En el análisis multivariado, encontramos que los factores asociados significativamente son: la edad de 35 a 49 años (RPa: 1.211 IC95% 1.133-1.803 $p < 0.000$), el área de residencia urbana (RPa: 1.198 IC95% 1.005-1.331 $p < 0.000$), el antecedente de aborto (RPa: 1.326 IC95% 1.301-1.708 $p < 0.007$) Mientras que el nivel educativo materno no superior (RPa: 1.006 IC95% 1.003-1.701 $p < 0.001$) no mostró valores estadísticamente significativos. (Tabla N°3)

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Las cesáreas en el Perú y en el mundo se ha ubicado dentro de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes, no solo en los países desarrollados, sino que también en las economías emergentes. En ese sentido, este procedimiento se ha hecho más frecuente al paso de los años y es en el estudio prospectivo tipo cohorte de Ji Jiang H. y colaboradores en Shangai (1), donde se describe que, de las 832 mujeres primíparas, el 34.9% de mujeres realizaron este procedimiento; mientras que en el estudio de Sinchitullo-Castillo que fue no experimental, analítico y retrospectivo, se estudió una muestra de 988 partos en mujeres primíparas, donde 33.2% fueron cesáreas. En un estudio de casos y controles realizado en México por Vélez-Pérez et al, la operación cesárea se realizó en 78.28% de las primigestas, además se observó que la probabilidad de realizarse una cesárea fue 7.57 veces más por ser primigesta (OR:7.57 IC95% 4.52-12.67). Así mismo, en nuestro estudio, de 6048 mujeres primíparas, el 37.3% terminó la gestación por cesárea.

Algunos factores sociodemográficos contribuyen significativamente a la realización de cesáreas en mujeres que experimentan un parto por primera vez. En nuestro estudio de las cuatro variables sociodemográficos que se analizaron, se encontraron tres que se asociaron a la cesárea: la edad materna, área de residencia y el nivel educativo.

Es importante considerar que la decisión de optar o no por la cesárea depende de la edad materna; por ello en una revisión sistemática realizada por Campos, Bernal y colaboradores, en México, se obtuvo que las mujeres primíparas de 12 a 19 años y de 35 a más años realizaron parto por cesárea 2.1 (OR:2.1 IC95% 1.44-2.85) y 5.2(OR:5.2, IC95% 4.8-6.1) veces más que las mujeres de 30 a 34 años, respectivamente. Por otro

lado, en el estudio de Barrera Neyra M. en un estudio descriptivo, se obtuvo que el 29% de mujeres que se realizó la cesárea fue de entre 12 y 21 años (OR:1.18, IC95% 1.02-2.65) mientras que el 28.2% fueron mujeres mayores de 35 años (OR:1.98, IC95% 1.37-2.01), este estudio por tal motivo mostró claramente que la edad en ambos grupos, fue estadísticamente significativa; mientras que en el estudio de Sinchitullo-Castillo, la edad materna (OR:0.90, IC95% 0.82-1.25) no se consideró un factor asociado estadísticamente significativo. Lo que nos llevó a considerar que nuestro estudio coincide con los descrito por Campos, Bernal y colaboradores y Barrena Neyra, ya que la edad de 35 a 49 años resultó ser estadísticamente significativa (RPa: 1.211 IC95% 1.133-1.803 $p < 0.000$).

El surgimiento del embarazo en adolescentes es debido a un lugar que carezca de oportunidades, que permita la vulnerabilidad social y que se encuentre en el área rural. En otro escenario la cesárea se asocia al entorno cultural y las creencias del lugar de donde se procede y reside. En un estudio de casos y controles de Portela Buelvas & Monterrosa Castro, las gestantes adolescentes primíparas tuvieron 1,81 veces (OR:1.81 IC95% 1,03-3,15) más posibilidad las que residían en áreas urbanas de parto por cesárea que quienes residían en áreas rurales. En el presente trabajo de investigación la variable área de residencia muestra similitud con los resultados de dicho estudio de Portela Buelvas & Monterrosa Castro, ya que las mujeres primigestas tuvieron 1.19 más probabilidad las que residen en el área urbana de un parto por cesárea que las que residen en un área rural.

Las tasas más altas de cesáreas generalmente se asocian con factores socioeconómicos, como los relacionados con el nivel de educación. En el estudio de Gama et al., un nivel de educación adecuado en mujeres primíparas tiene una probabilidad de 1.1 veces más de realizarse una cesárea (OR:1.1 IC 95% 0.9-1.3); por el contrario, en el estudio de

Sinchitullo-Castillo un nivel educativo superior no se asocia a una mayor tasa de cesárea (OR:0.87 IC95% 0.87 P:0.362). Nuestro estudio coincide con el estudio de Sinchitullo, en donde no se observa asociación entre el nivel educativo de la madre primigesta y la cesárea (OR:1.006 IC95% 1.003-1.701 p:0.001).

En los antecedentes gineco obstétricos se analizó los antecedentes de aborto como factor de riesgo de parto por cesárea en primigestas. En un estudio transversal de la base de datos de la ENDES 2018 de Mosquera & Enrique, se evaluó el tener antecedente de aborto (ORa:1,27; IC95% 1,15 a 1,41) en donde se observó que hay 1.27 veces más posibilidad de presentar parto por cesárea, lo cual coincide con nuestro estudio, donde el antecedente de aborto aumenta la probabilidad de presentar parto por cesárea 1.326 veces más (OR:1.326 IC95% 1.301-1.708).

VI. CONCLUSIONES

Finalmente se concluye que los factores de riesgo asociados a parto por cesárea fueron: edad materna de 35 a 49 años, antecedentes de aborto y área de residencia urbana, mientras que el nivel educativo materno no superior no tuvo mayor significancia en el estudio.

Podemos concluir que según el análisis multivariado en la ENDES 2019 el antecedente de aborto es el factor asociado más significativo con un RP: 1,326.

Se concluye que el segundo factor asociado más significativo de la ENDES 2019 es la edad materna de 35-49 años con un RP: 1,211.

El último factor asociado de la ENDES 2019 fue la residencia en área urbana con un RP: 1,198

VII. RECOMENDACIONES

Se recomienda el estudio de otras variables que podrían fortalecer aún más esta investigación, tal como estado civil de la mujer gestante, la asociación entre variables clínicas (Sobrepeso, obesidad) y la región natural donde ella habita; Por otro lado, conocer si la cesárea fue programada o fue de urgencia también podrían considerarse de importancia en estudios posteriores, ya que podría ser muy importante para determinar los factores asociados por subgrupos.

VIII. REFERENCIA

- Al Rifai, R. H. (2017). Trend of caesarean deliveries in Egypt and its associated factors: evidence from national surveys, 2005–2014. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(417), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1591-2>
- Báez, C. (2018). *Manual de maniobras y procedimientos de obstetricia*. McGraw-Hill Interamericana. 1-555.
- Barrena Neyra, M., Quispesaravia Ildelfonso, P., Flores Noriega, M., & León Rabanal, C. (2020). Frequency and indications of cesarean delivery in a public teaching hospital in Lima, Peru. *Revista Peruana Ginecología Obstétrica*, 66(2), 1-5. <https://doi.org/10.31403/rpgo.v66i2246>
- Bernal García, C., & Nahín Escobedo, C. (2018). Cesárea: situación actual y factores asociados en México. *Revista Salud Quintana Roo*, 11(40), 28-33. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=92469>
- Betrán, A., Merialdi, M., Lauer, J., Bing-Shun, W., Thomas, J., Look, P., & Wagner, M. (2017). Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 21(2), 98-113. <https://doi.org/10.1111/j.1365-3016.2007.00786.x>
- Bhunherotti, M., Prado, M., & Martínez, E. (2019). Spatial distribution of Robson 10-group classification system and poverty in southern and southeastern Brazil. *Gynecology Obstetrics*, 146(1), 88-94. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12831>
- Carpio Barón, W., & Vergara Wekselman, E. (2016). Operación cesárea: Frecuencia e indicaciones en el Hospital Naylamp de EsSalud-Chiclayo durante el periodo

- enero – diciembre 2012. Rev. Cuerpo Médico del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, 9(2), 90-94. <https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2016.92.126>
- Dávila Ayvar, H. (2016). Prevalencia y principales indicaciones de cesárea en el “Hospital Vitarte” de Ate, durante el periodo enero- diciembre 2014. Facultad de Medicina Humana de URP, 1(1), 1-57. <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/504>
- Donoso, E., Carvajal, J., Vera, C., & Poblete, J. (2014). La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. Revista Médica Chilena, 142(2), 168-174. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872014000200004>
- Gonzales, G., Tapia, V., Fort, A., & Betran, A. (2013). Pregnancy outcomes associated with Cesarean deliveries in Peruvian public health facilities. International Journal of Women’s Health, 5, 637-645. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S46392>
- Granado Nogueira da Gama, S., Fernandes Viellas, E., Correa Schilithz, A. O., Miranda Theme, M., Lazaro de Carvalho, M., Oliveira Gomes, K. R., Oliveira Costa, M. C., & Do Carmo Leal, M. (2014). Factors associated with caesarean section among primiparous adolescents in Brazil, 2011-2012. Cad. Saúde Pública, 30(1), S1-S11. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00145513>
- Honglei, J., Hong, J., Limin, Y., Xu, Q., & Shenglan, T. (2015). Factors contributing to the rapid rise of caesarean section: a prospective study of primiparous Chinese women in Shanghai. BMJ Open, 5(11), 1-8. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008994>
- Hure, A., Powers, J., Chojenta, C., & Loxton, D. (2017). Rates and Predictors of Caesarean Section for First and Second Births: A Prospective Cohort of Australian

Women. *Matern Child Health J*, 21(5), 1-10. <https://doi.org/10.1007/s10995-016-2216-5>

INEI. (2018, febrero). INDICADORES: OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE. Indicadores-INEI.

https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:gdFAYOXdJUUI:https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1656/pdf/cap013.pdf+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=pe

OMS. (2016, 7 noviembre). La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado.

<https://www.who.int/es/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says->

who#:~:text=Recomendaciones%20de%20la%20OMS%20sobre%20atenci%C3%B3n%20prenatal&text=Una%20atenci%C3%B3n%20prenatal%20con%20un,un%20m%C3%ADnimo%20de%20cuatro%20visitas.

OMS, & HRP. (2015, abril). Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. OMS.

https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/es/

OPS, & OMS. (2016, 9 diciembre). Educación, ingreso y etnia son los factores sociales que más influyen en la salud de niños, niñas adolescentes y madres - Hallazgos del informe. OPS/OMS.

https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12822:social-determinants-mch&Itemid=39620&limitstart=1&lang=es

Ortiz Prado, E., Acosta Castillo, T., Olmedo Lopez, M., Armijos, L., Ramírez, D., & Iturralde, L. (2017). Cesarean section rates in Ecuador: a 13-year comparative

analysis between public and private health systems. *Revista Panamericana Salud Publica*, 41, 1-7. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/33845>

Priyanka, S., Gulfam, H., & Prafulla Kumar, S. (2018). High prevalence of cesarean section births in private sector health facilities- analysis of district level household survey-4 (DLHS-4) of India. *BMC Public Health*, 18(613), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5533-3>

Schnapp, C., Sepúlveda, E., & Robert, J. (2014). Operación cesárea. *Revista Medica Clínica Las Condes*, 25(6), 987-992. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(14\)70648-0](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(14)70648-0)

Sinchitullo Castillo, A., Roldán Arbieto, L., & Arango Ochante, P. (2020). FACTORES ASOCIADOS A PARTOS POR CESÁREA EN UN HOSPITAL PERUANO. *Revista de la facultad de Medicina Humana URP*, 20(3), 444-451. <https://doi.org/10.25176/RFMH.v20i3.304>

Soto Mosquera, E. (2018). Prevalencia de parto por cesárea en primíparas en el Perú y factores asociados: análisis de la ENDES 2018. *Revista de la Facultad de Medicina de UNMSM*, 1(1), 8-27. <https://hdl.handle.net/20.500.12672/11769>

Varas Saenz, C. (2017). FACTORES MATERNOS ASOCIADOS A CESÁREA DE EMERGENCIA - HOSPITAL LAZARTE DE TRUJILLO 2015. Universidad Privada Antenor Orrego, 1(1), 1-39. <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/3362>

Vélez Pérez, E., Tovar Guzmán, V., Méndez Velarde, F., López López, C., & Ruiz Bustos, E. (2013). Factores de Riesgo de la Operación Cesárea en el Hospital de GinecoPediatria del IMSS de Hermosillo, Sonora. *Bol Clin Hosp Infant Edo*

Son, 30(1), 16-23. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=42055>

Wylie, B., & Mirza, F. (2008). Cesarean delivery in the developing world. *Clinics in Perinatology*, 35(3), 571-582. <https://doi.org/10.1016/j.clp.2008.06.002>

SECCIÓN 1. ANTECEDENTES DE LA ENTREVISTADA

PREG.	PREGUNTAS Y FILTROS	CATEGORIAS Y CODIGOS	PASE A
101	ANOTE LA HORA DE INICIO	HORA..... MINUTOS.....	
102	Primero me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de Ud. y de su hogar. Antes de que Ud. cumpliera los 12 años ¿Dónde vivió la mayor parte del tiempo: En una ciudad, en un pueblo o en el campo? SI ES CIUDAD, SONDEE: ¿Era la capital del departamento?	CAPITAL DEL DEPARTAMENTO..... 1 CIUDAD..... 2 PUEBLO..... 3 CAMPO..... 4 EXTRANJERO..... 5	
103	¿Cuánto tiempo tiene usted viviendo continuamente en (NOMBRE DEL ACTUAL LUGAR DE RESIDENCIA)?	AÑOS.....	
104	Antes de que Ud. viniera a vivir aquí, ¿Vivía en una ciudad, en un pueblo, o en el campo? SI ES CIUDAD, SONDEE: ¿Era la capital del departamento?	SIEMPRE..... 95 VISITANTE..... 96 CAPITAL DEL DEPARTAMENTO..... 1 CIUDAD..... 2 PUEBLO..... 3 CAMPO..... 4 EXTRANJERO..... 5	105
105	¿En qué día, mes y año nació Ud.?	DIA..... NOSABE EL DIA..... 98 MES..... NOSABE EL MES..... 98 AÑO..... NOSABE EL AÑO..... 9998	
106	¿Cuántos años cumplidos tiene? COMPARE 105 Y 106 Y CORRIJA SI SON INCONSISTENTES	EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS.....	
107	¿Alguna vez asistió a la escuela?	SI..... 1 NO..... 2	114
108	¿Cuál fue el año o grado de estudios más alto que aprobó? - CIRCULE "0" SI NINGUNO - SI RESPONDE CICLO CONVIERTA A AÑOS - PARA "6" O MAS AÑOS DE ESTUDIO, ANOTE "6"	CIRCULE NIVEL ANOTE AÑO GRADO INICIAL / PRE-ESCOLAR..... 0 PRIMARIA..... 1 SECUNDARIA..... 2 SUPERIOR NO UNIVERSITARIA..... 3 SUPERIOR UNIVERSITARIA..... 4 POSTGRADO..... 5	
110	VERIFIQUE 106: 24 AÑOS O MENOS 25 AÑOS O MÁS		113
111	¿Actualmente está asistiendo a la escuela, colegio, instituto superior o universidad?	SI..... 1 NO..... 2	113
112	¿Cuál fue la principal razón por la que Ud. dejó de estudiar?	QUEDÓ EMBARAZADA..... 01 SE CASÓ / SE UNIÓ..... 02 TENÍA QUE CUIDAR LAS NIÑAS / OS MAS PEQUEÑOS..... 03 TENÍA QUE AYUDAR EN LA CHACRA O NEGOCIO FAMILIAR..... 04 FALTA DE DINERO..... 05 ENFERMEDAD..... 06 NECESITABA TRABAJAR PARA GANAR DINERO..... 07 SE GRADUÓ/SUFICIENTE ESTUDIO..... 08 NO APROBÓ EXAMEN DE INGRESO..... 09 NO QUISO ESTUDIAR..... 10 ESCUELA MUY LEJOS / NO HABÍA ESCUELA..... 11 NO HABÍA MAESTROS EN LA ESCUELA..... 12 ESTUDIA EN ACADEMIA PREUNIVERSITARIA/ CARRERA CORTA..... 13 OTRA..... 96 (ESPECIFIQUE) NO SABE..... 98	

113	VERIFIQUE 108:	PRIMARIA O MENOS	SECUNDARIA O SUPERIOR	115
114	Ahora me gustaría que Ud. lea en voz alta alguna de estas frases: MUESTRE LA TARJETA A LA ENTREVISTADA SI ENTREVISTADA NO PUEDE LEER TODA LA FRASE PREGUNTE: ¿Puede Ud. leer parte de alguna de estas frases?		NO PUEDE LEER..... 1 PUEDE LEER SOLO PARTE DE LA FRASE..... 2 PUEDE LEER LA FRASE..... 3 NO HAY TARJETA EN EL IDIOMA REQUERIDO..... 4	
114A	¿Alguna vez usted ha participado en un programa de alfabetización o en algún otro programa que le enseñara a leer y escribir (Sin incluir la escuela primaria)?		ESPECIFIQUE EL IDIOMA CIEGA/PROBLEMAS VISUALES..... 5 SI.....1 NO.....2	
114 B	VERIFIQUE 114:	CIRCULÓ CÓDIGO 2,3 ó 4	CIRCULÓ CÓDIGO 1 ó 5	116
115	¿Lee Ud. un periódico o revista casi todos los días, al menos una vez a la semana, de vez en cuando o nunca?		CASI TODOS LOS DÍAS..... 1 UNA VEZ POR SEMANA..... 2 DE VEZ EN CUANDO..... 3 NUNCA..... 4	
116	¿Usted escucha radio casi todos los días, al menos una vez a la semana, de vez en cuando o nunca?		CASI TODOS LOS DÍAS..... 1 UNA VEZ POR SEMANA..... 2 DE VEZ EN CUANDO..... 3 NUNCA..... 4	
117	¿Usted ve televisión casi todos los días, al menos una vez a la semana, de vez en cuando o nunca?		CASI TODOS LOS DÍAS..... 1 UNA VEZ POR SEMANA..... 2 DE VEZ EN CUANDO..... 3 NUNCA..... 4	
119	¿Cuál es el idioma o lengua materna con el que aprendió hablar en su niñez:		QUECHUA..... 1 AIMARA..... 2 ASHANINKA..... 3 AWAJUN/ AGUARUNA..... 4 SHIPIBO/ KONIBO..... 5 SHAWI/ CHAYAHUITA..... 6 MATSIGENKA/ MACHIGUENGA..... 7 ACHUAR..... 8 OTRA LENGUA NATIVA U ORIGINARIA..... 9	119C
	1. Quechua? 2. Aimara? 3. Ashaninka? 4. Awajún/Aguaruna? 5. Shipibo/Konibo? 6. Shawi/Chayahuita? 7. Matsigenka/ Machiguenga? 8. Achuar? 9. Otra lengua nativa u originaria?		(ESPECIFIQUE) CASTELLANO..... 10 PORTUGUES..... 11 OTRA LENGUA EXTRANJERA..... 12	
119A	¿Cuál es el idioma o lengua materna de su madre:		(ESPECIFIQUE)	
	1. Quechua? 2. Aimara? 3. Ashaninka? 4. Awajún/Aguaruna? 5. Shipibo/Konibo? 6. Shawi/Chayahuita? 7. Matsigenka/ Machiguenga? 8. Achuar? 9. Otra lengua nativa u originaria?			
	10. Castellano? 11. Portugués? 12. Otra lengua extranjera?			

SECCIÓN 4A. EMBARAZO, PARTO, PUERPERIO Y LACTANCIA

CUESTIONARIO ADICIONAL

401	VERIFIQUE 215: UNO O MÁS NACIMIENTOS DESDE ENERO DEL 2014 <input type="checkbox"/> ALGÚN NACIMIENTO ANTES DE ENERO DEL 2014 Y SEA MENOR DE 6 AÑOS <input type="checkbox"/> → PASE A TRAMO 6A NINGÚN NACIDO MENOR DE 6 AÑOS <input type="checkbox"/> → PASE A 480A																		
403	VEA EN 212 EL NÚMERO DE ORDEN DE LOS NACIDOS DESDE ENERO DEL 2014 Y ANÓTELO EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE. <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:33%;">ÚLTIMO NACIDO VIVO</th> <th style="width:33%;">PENÚLTIMO NACIDO VIVO</th> <th style="width:33%;">ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO</th> </tr> <tr> <td>NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/></td> <td>NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/></td> <td>NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/></td> </tr> </table>	ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO VIVO	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/>	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/>	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/>												
ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENÚLTIMO NACIDO VIVO	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO																	
NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/>	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/>	NÚMERO DE ORDEN <input type="text"/>																	
404	VEA EN 212 Y 216 EL NOMBRE Y CONDICIÓN DE SOBREVIVENCIA DE CADA NIÑA O NIÑO DESDE ENERO DEL 2014. LUEGO ANOTE DICHA INFORMACIÓN EN LA COLUMNA RESPECTIVA. <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:33%;">NOMBRE <input type="text"/></th> <th style="width:33%;">NOMBRE <input type="text"/></th> <th style="width:33%;">NOMBRE <input type="text"/></th> </tr> <tr> <td>VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/></td> <td>VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/></td> <td>VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	NOMBRE <input type="text"/>	NOMBRE <input type="text"/>	NOMBRE <input type="text"/>	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/>	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/>	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/>												
NOMBRE <input type="text"/>	NOMBRE <input type="text"/>	NOMBRE <input type="text"/>																	
VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/>	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/>	VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/>																	
405	Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de la salud de sus hijas e hijos nacidos en los últimos 5 años. Hablemos de cada uno de ellos, de uno en uno. Cuando quedó embarazada de (NOMBRE) ¿quería quedar embarazada entonces, quería esperar más tiempo o no quería tener (más) hijas o hijos? <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:33%;">(PASE A 407)</th> <th style="width:33%;">(PASE A 426)</th> <th style="width:33%;">(PASE A 426)</th> </tr> <tr> <td>ENTONCES.....1 <input type="text"/></td> <td>ENTONCES.....1 <input type="text"/></td> <td>ENTONCES.....1 <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>ESPERAR MÁS.....2 <input type="text"/></td> <td>ESPERAR MÁS.....2 <input type="text"/></td> <td>ESPERAR MÁS.....2 <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>NO QUERÍA MÁS.....3 <input type="text"/></td> <td>NO QUERÍA MÁS.....3 <input type="text"/></td> <td>NO QUERÍA MÁS.....3 <input type="text"/></td> </tr> </table>	(PASE A 407)	(PASE A 426)	(PASE A 426)	ENTONCES.....1 <input type="text"/>	ENTONCES.....1 <input type="text"/>	ENTONCES.....1 <input type="text"/>	ESPERAR MÁS.....2 <input type="text"/>	ESPERAR MÁS.....2 <input type="text"/>	ESPERAR MÁS.....2 <input type="text"/>	NO QUERÍA MÁS.....3 <input type="text"/>	NO QUERÍA MÁS.....3 <input type="text"/>	NO QUERÍA MÁS.....3 <input type="text"/>						
(PASE A 407)	(PASE A 426)	(PASE A 426)																	
ENTONCES.....1 <input type="text"/>	ENTONCES.....1 <input type="text"/>	ENTONCES.....1 <input type="text"/>																	
ESPERAR MÁS.....2 <input type="text"/>	ESPERAR MÁS.....2 <input type="text"/>	ESPERAR MÁS.....2 <input type="text"/>																	
NO QUERÍA MÁS.....3 <input type="text"/>	NO QUERÍA MÁS.....3 <input type="text"/>	NO QUERÍA MÁS.....3 <input type="text"/>																	
406	¿Cuánto tiempo más le hubiera gustado esperar? <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:33%;">(PASE A 407)</th> <th style="width:33%;">(PASE A 426)</th> <th style="width:33%;">(PASE A 426)</th> </tr> <tr> <td>MESES.....1 <input type="text"/></td> <td>MESES.....1 <input type="text"/></td> <td>MESES.....1 <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>AÑOS.....2 <input type="text"/></td> <td>AÑOS.....2 <input type="text"/></td> <td>AÑOS.....2 <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>NO SABE.....998 <input type="text"/></td> <td>NO SABE.....998 <input type="text"/></td> <td>NO SABE.....998 <input type="text"/></td> </tr> </table>	(PASE A 407)	(PASE A 426)	(PASE A 426)	MESES.....1 <input type="text"/>	MESES.....1 <input type="text"/>	MESES.....1 <input type="text"/>	AÑOS.....2 <input type="text"/>	AÑOS.....2 <input type="text"/>	AÑOS.....2 <input type="text"/>	NO SABE.....998 <input type="text"/>	NO SABE.....998 <input type="text"/>	NO SABE.....998 <input type="text"/>						
(PASE A 407)	(PASE A 426)	(PASE A 426)																	
MESES.....1 <input type="text"/>	MESES.....1 <input type="text"/>	MESES.....1 <input type="text"/>																	
AÑOS.....2 <input type="text"/>	AÑOS.....2 <input type="text"/>	AÑOS.....2 <input type="text"/>																	
NO SABE.....998 <input type="text"/>	NO SABE.....998 <input type="text"/>	NO SABE.....998 <input type="text"/>																	
407	Cuando Ud. estaba embarazada de (NOMBRE) ¿se hizo control prenatal (se chequeó el embarazo alguna vez)? Si, ¿ Con quién se chequeó? ¿ Se chequeó con alguien más? INDAGUE POR EL TIPO DE PERSONA Y ANOTE A TODAS LAS PERSONAS QUE MENCIONÓ <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>MÉDICO.....A</td> <td>OBSTETRIZ.....B</td> <td>ENFERMERA.....C</td> <td>TECNICO EN ENFERMERÍA.....D</td> <td>PROMOTOR DE SALUD.....E</td> <td>COMADRONA/PARTERA.....F</td> <td>OTRO:.....X <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="6">NO SE CONTROLÓ.....Y</td> <td>(PASE A 413)</td> </tr> </table>	MÉDICO.....A	OBSTETRIZ.....B	ENFERMERA.....C	TECNICO EN ENFERMERÍA.....D	PROMOTOR DE SALUD.....E	COMADRONA/PARTERA.....F	OTRO:.....X <input type="text"/>	NO SE CONTROLÓ.....Y						(PASE A 413)				
MÉDICO.....A	OBSTETRIZ.....B	ENFERMERA.....C	TECNICO EN ENFERMERÍA.....D	PROMOTOR DE SALUD.....E	COMADRONA/PARTERA.....F	OTRO:.....X <input type="text"/>													
NO SE CONTROLÓ.....Y						(PASE A 413)													
408	¿Dónde se controló? SI EL LUGAR ES UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ESCRIBA EL NOMBRE, LUEGO DETERMINE SI EL SECTOR ES PÚBLICO O PRIVADO Y CIRCULE EL CÓDIGO O CÓDIGOS APROPIADOS NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO <input type="text"/> ¿En algún otro lugar? CIRCULE TODOS LOS LUGARES QUE MENCIONE <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>SECTOR PÚBLICO</td> </tr> <tr> <td>HOSPITAL:</td> </tr> <tr> <td>MINSAL.....A</td> </tr> <tr> <td>ESSALUD.....B</td> </tr> <tr> <td>FF.AA. Y PNP.....C</td> </tr> <tr> <td>CENTRO DE SALUD MINSAL.....D</td> </tr> <tr> <td>PUESTO DE SALUD MINSAL.....E</td> </tr> <tr> <td>POLICLÍNICO/CENTRO/POSTA ESSALUD.....F</td> </tr> <tr> <td>HOSPITAL/ OTRO DE LA MUNICIPALIDAD.....G</td> </tr> <tr> <td>SECTOR PRIVADO</td> </tr> <tr> <td>CLÍNICA PARTICULAR.....H</td> </tr> <tr> <td>CONSULT. MÉDICO PART.....I</td> </tr> <tr> <td>CASA DE PARTERA.....J</td> </tr> <tr> <td>ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES</td> </tr> <tr> <td>CLÍNICA/ POSTA DE ONG.....K</td> </tr> <tr> <td>HOSPITAL/ OTRO DE LA IGLESIA.....L</td> </tr> <tr> <td>OTRO:.....X <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>(ESPECIFIQUE) <input type="text"/></td> </tr> </table>	SECTOR PÚBLICO	HOSPITAL:	MINSAL.....A	ESSALUD.....B	FF.AA. Y PNP.....C	CENTRO DE SALUD MINSAL.....D	PUESTO DE SALUD MINSAL.....E	POLICLÍNICO/CENTRO/POSTA ESSALUD.....F	HOSPITAL/ OTRO DE LA MUNICIPALIDAD.....G	SECTOR PRIVADO	CLÍNICA PARTICULAR.....H	CONSULT. MÉDICO PART.....I	CASA DE PARTERA.....J	ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES	CLÍNICA/ POSTA DE ONG.....K	HOSPITAL/ OTRO DE LA IGLESIA.....L	OTRO:.....X <input type="text"/>	(ESPECIFIQUE) <input type="text"/>
SECTOR PÚBLICO																			
HOSPITAL:																			
MINSAL.....A																			
ESSALUD.....B																			
FF.AA. Y PNP.....C																			
CENTRO DE SALUD MINSAL.....D																			
PUESTO DE SALUD MINSAL.....E																			
POLICLÍNICO/CENTRO/POSTA ESSALUD.....F																			
HOSPITAL/ OTRO DE LA MUNICIPALIDAD.....G																			
SECTOR PRIVADO																			
CLÍNICA PARTICULAR.....H																			
CONSULT. MÉDICO PART.....I																			
CASA DE PARTERA.....J																			
ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES																			
CLÍNICA/ POSTA DE ONG.....K																			
HOSPITAL/ OTRO DE LA IGLESIA.....L																			
OTRO:.....X <input type="text"/>																			
(ESPECIFIQUE) <input type="text"/>																			
409	¿Cuántos meses de embarazo tenía Ud. cuando se hizo su primer control prenatal? MESES..... <input type="text"/> NO SABE.....98 <input type="text"/>																		
410	¿Cuántos controles prenatales tuvo Ud. durante el embarazo de (NOMBRE)? Nº DE CONTROLES..... <input type="text"/> NO SABE.....98 <input type="text"/>																		

NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO		PENÚLTIMO NACIDO VIVO		ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO	
	NÚMERO DE ORDEN	<input type="text"/>	NÚMERO DE ORDEN	<input type="text"/>	NÚMERO DE ORDEN	<input type="text"/>
	NOMBRE		NOMBRE		NOMBRE	
410A	VERIFIQUE 410:		UNA VEZ	MÁS DE UNA VEZ O NS		
	NÚMERO DE VECES QUE RECIBIÓ CONTROL					
			(PASE A 411)			
410B	¿Cuántos meses de embarazo tenía la última vez que recibió control prenatal?		MESES.....	<input type="text"/>		
			NO SABE.....	98		
411	En alguno de sus controles, le hicieron algo de lo siguiente:					
	a.	¿Le pesaron?	SI	NO	NS	
	b.	¿Le midieron la barriga?	PESO.....	1	2	8
	c.	¿Le tomaron la presión arterial?	BARRIGA.....	1	2	8
	d.	¿Le hicieron un examen de orina?	PRESIÓN ARTERIAL.....	1	2	8
	e.	¿Le hicieron un examen de sangre?	EXAMEN DE ORINA.....	1	2	8
	f.	¿Escucharon los latidos del corazón del bebé?	EXAMEN DE SANGRE.....	1	2	8
	g.	¿Le hicieron la prueba para descartar Sífilis?	LATIDOS BEBÉ.....	1	2	8
	h.	¿Le hicieron la prueba para descartar el VIH/SIDA?	PRUEBA SÍFILIS.....	1	2	8
	i.	¿Le informaron como alimentarse?	PRUEBA VIH/SIDA.....	1	2	8
	j.	¿Le informaron sobre sus derechos?	ALIMENTARSE.....	1	2	8
			DERECHOS.....	1	2	8
	k.	¿Le enseñaron como preparar pezones para la lactancia materna?	PREPARAR			
	l.	¿Le enseñaron como darle el pecho a su bebé?	PEZONES	1	2	8
	m.	¿Le hicieron la prueba para descartar Hepatitis B?	PECHO A SU BEBE	1	2	8
			PRUEBA HEPATITIS B....	1	2	8
411A	VERIFIQUE: 411 (d), 411 (e), 411 (g), 411(h.) y 411 (m.) CIRCULÓ "SI", EN:		OTRAS RESPUESTAS 412			
	411 (d), 411 (e), 411 (g), 411(h.) o 411 (m.)					
411B	EN 411 (d) CIRCULÓ	SI	NO	NS	411C	MES / MESES
						NO SABE EL MES..... 98
	¿Cuántos meses de embarazo tenía usted cuando le realizaron el primer Examen de Orina?					
411C	EN 411 (e) CIRCULÓ	SI	NO	NS	411D	MES / MESES
						NO SABE EL MES..... 98
	¿Cuántos meses de embarazo tenía usted cuando le realizaron el primer Examen de Sangre?					
411D	EN 411 (g) CIRCULÓ	SI	NO	NS	411E	MES / MESES
						NO SABE EL MES..... 98
	¿Cuántos meses de embarazo tenía usted cuando le realizaron la primera prueba para descartar Sífilis?					
411E	EN 411 (h) CIRCULÓ	SI	NO	NS	411F	MES / MESES
						NO SABE EL MES..... 98
	¿Cuántos meses de embarazo tenía usted cuando le realizaron la primera prueba para descartar VIH/SIDA?					
411F	EN 411 (m) CIRCULÓ	SI	NO	NS	412	MES / MESES
						NO SABE EL MES..... 98
	¿Cuántos meses de embarazo tenía usted cuando le realizaron la primera prueba para descartar Hepatitis B?					
412	¿Le explicaron acerca de las complicaciones que se pueden presentar en el embarazo?		SI	1		
			NO	2		
			NO SABE.....	8		
			(PASE A 413)			
412A	¿Le dijeron a dónde acudir si llegaba a presentar estas complicaciones?		SI	1		
			NO	2		
			NO SABE.....	8		
413	¿Durante el embarazo de (NOMBRE), Ud. estaba afiliada al Seguro Integral de Salud?		SI.....	1		
			NO.....	2		
414	Cuando estaba embarazada de (NOMBRE) ¿A usted le aplicaron alguna vacuna en el brazo o la nalga para prevenir al bebe contra el tétanos; es decir, convulsiones después del nacimiento?		SI	1		
			NO	2		
			NO SABE.....	8		
	(SI DICE "NO" SONDEE)					

NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO	PENULTIMO NACIDO VIVO	ANTEPENULTIMO NACIDO VIVO	
	NÚMERO DE ORDEN NOMBRE	NÚMERO DE ORDEN NOMBRE	NÚMERO DE ORDEN NOMBRE	
416	VERIFIQUE 415: NUMERO DE DOSIS VACUNA ANTITETÁNICA			
417	¿Recibió alguna vacuna contra el tétanos antes del embarazo de (NOMBRE)?			
418	¿Cuántas veces (dosis) le pusieron esa vacuna antes del embarazo de (NOMBRE)?			
419	¿En qué mes y año recibió la última vacuna contra el tétanos antes del embarazo de (NOMBRE)?			
420	Sin contar la que le pusieron durante el embarazo de (NOMBRE), ¿hace cuántos años recibió usted la vacuna contra el tétanos?			
421	Durante el embarazo de (NOMBRE), ¿tomó hierro en pastilla, en jarabe o lo recibió en inyección?			
422	Durante todo el embarazo de (NOMBRE), ¿por cuántos días tomó hierro y/o cuántas inyecciones recibió?			
422A	Durante el embarazo de (NOMBRE) a usted: a. ¿Algún personal de salud le realizó una prueba o análisis para descartar anemia? b. ¿Le diagnosticaron o le dijeron que tenía anemia? c. ¿Le indicaron tratamiento con hierro? SI DICE "NO" SONDEE ¿Qué indicación le dieron? d. ¿Consumió el hierro tal como le indicó el personal de salud?			
423	Durante el embarazo de (NOMBRE), ¿tomó algún medicamento contra las lombrices o los gusanos intestinales?			
424	Durante el embarazo de (NOMBRE), ¿tenía usted algún problema para ver los objetos, cosas o personas siendo de día?			
425	Durante el embarazo de (NOMBRE), ¿tenía usted algún problema para ver los objetos, cosas o personas siendo de noche?			
426	¿Quién la atendió en el parto de (NOMBRE)? ¿Alguién más? TRATE DE AVERIGUAR POR LA PERSONA QUE LA ATENDIÓ Y ANOTE TODAS LAS PERSONAS QUE LA ASISTIERON SI "NADIE", SONDEE POR LA PRESENCIA DE ADULTOS	MÉDICO A OBSTETRIZ B ENFERMERA C TÉCNICO EN ENFERMERÍA D PROMOTOR DE SALUD E COMADRONA/ PARTERA F FAMILIAR G OTRO: X (ESPECIFIQUE) NADIE ... Y	MÉDICO A OBSTETRIZ B ENFERMERA C TÉCNICO EN ENFERMERÍA D PROMOTOR DE SALUD E COMADRONA/ PARTERA F FAMILIAR G OTRO: X (ESPECIFIQUE) NADIE Y	MÉDICO A OBSTETRIZ B ENFERMERA C TÉCNICO EN ENFERMERÍA D PROMOTOR DE SALUD E COMADRONA/ PARTERA F FAMILIAR G OTRO: X (ESPECIFIQUE) NADIE Y
426A	¿Dónde dió a luz a (NOMBRE)? SI EL LUGAR DE ATENCIÓN ES UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ESCRIBA EL NOMBRE, LUEGO DETERMINE SI EL SECTOR ES PÚBLICO O PRIVADO Y CIRCULE EL CÓDIGO APROPIADO NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	SU DOMICILIO 11 SECTOR PÚBLICO HOSPITAL: MINSALUD 21 (PASE A 426D) ESSALUD 22 FF.AA. Y PNP 23 CENTRO SALUD MINSAL 24 PUESTO SALUD MINSAL 25 (PASE A 426D) POLICLÍNICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD 26 HOSPITAL/ OTRO DE LA MUNICIPALIDAD 27 SECTOR PRIVADO CLÍNICA PARTICULAR 31 CONSULT. MÉDICO PART 32 CASA DE PARTERA 33 ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES CLÍNICA/ POSTA DE ONG 41 HOSPITAL/ OTRO DE LA IGLESIA 42 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE)	SU DOMICILIO 11 SECTOR PÚBLICO HOSPITAL: MINSALUD 21 (PASE A 426D) ESSALUD 22 FF.AA. Y PNP 23 CENTRO SALUD MINSAL 24 PUESTO SALUD MINSAL 25 (PASE A 426D) POLICLÍNICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD 26 HOSPITAL/ OTRO DE LA MUNICIPALIDAD 27 SECTOR PRIVADO CLÍNICA PARTICULAR 31 CONSULT. MÉDICO PART 32 CASA DE PARTERA 33 ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES CLÍNICA/ POSTA DE ONG 41 HOSPITAL/ OTRO DE LA IGLESIA 42 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE)	SU DOMICILIO 11 SECTOR PÚBLICO HOSPITAL: MINSALUD 21 (PASE A 426D) ESSALUD 22 FF.AA. Y PNP 23 CENTRO SALUD MINSAL 24 PUESTO SALUD MINSAL 25 (PASE A 426D) POLICLÍNICO/CENTRO/ POSTA ESSALUD 26 HOSPITAL/ OTRO DE LA MUNICIPALIDAD 27 SECTOR PRIVADO CLÍNICA PARTICULAR 31 CONSULT. MÉDICO PART 32 CASA DE PARTERA 33 ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES CLÍNICA/ POSTA DE ONG 41 HOSPITAL/ OTRO DE LA IGLESIA 42 OTRO: 96 (ESPECIFIQUE)

NÚMERO DE ORDEN DE LA PREGUNTA 212	ÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN NOMBRE	PENÚLTIMO NACIDO VIVO NÚMERO DE ORDEN	ANTEPENÚLTIMO NACIDO VIVO	
¿Por qué no acudió Ud. a un Hospital, Centro o Puesto de Salud del Ministerio de Salud para dar a luz a (NOMBRE)?	NO EXISTE EN LA LOCALIDAD.. 11 QUEDABA MUY LEJOS.12 NO HABÍA PERSONAL.....13 ESTABA AFILIADA A OTRO SERVICIO DE SALUD14 PERSONAL DABA MALOS TRATOS.....15 NO HABÍA PRIVACIDAD EN LA ATENCIÓN.....16 ESPOSO/FAMILIAR SE OPUSO.. 17 POR TRADICIÓN.....18 NO ERA HIGIÉNICO19 NO CONFIA EN LA ATENCIÓN.. 20 PERSONAL ES DESCUIDADO.. 21 CONGESTIÓN DEL SERVICIO.. 22 NO TENÍA DINERO23 NO LA QUISIERON ATENDER.....24 IBA CAMINO A ESTABLECIM/ PARTO SE ADELANTÓ.....25 OTRO96 (ESPECIFIQUE)	NOMBRE NO EXISTE EN LA LOCALIDAD QUEDABA MUY LEJOS..... NO HABÍA PERSONAL..... ESTABA AFILIADA A OTRO SERVICIO DE SALUD14 PERSONAL DABA MALOS TRATOS.15 NO HABÍA PRIVACIDAD EN LA ATENCIÓN..... ESPOSO/FAMILIAR SE OPUS POR TRADICIÓN..... NO ERA HIGIÉNICO..... NO CONFIA EN LA ATENCIÓN PERSONAL ES DESCUIDADO CONGESTIÓN DEL SERVICIO NO TENÍA DINERO..... NO LA QUISIERON ATENDER IBA CAMINO A ESTABLECIM/ PARTO SE ADELANTÓ..... OTRO (ESPECIFIQUE)	NÚMERO DE ORDEN ORDEN D. 11 NOMBRE ... 12 ... 13 NO EXISTE EN LA LOCALIDA QUEDABA MUY LEJOS..... MUY LEJOS..... NO HABÍA PERSONAL..... ... 16 ESTABA AFILIADA A OTRO SERVICIO DE SALUD14 ...18 ...19 PERSONAL DABA MALOS TRATOS.....15 ...20 NO HABÍA PRIVACIDAD ... 22 ... 16 EN LA ... 23 O 17 ATENCIÓN..... ... 18 ... 19 ESPOSO/FAMILIAR SE OPUS ... 20 ... 21 POR TRADICIÓN ... 22 ... 23 ... 24	D. 11 ... 12 ... 13 ... 16 ... 17 ... 18 ... 19 ... 20 ... 21 ... 22 ... 23 O 17 ... 18 ... 19 ... 20 ... 21 ... 22 ... 23 ... 24
	CÓDIGO: 22, 23, 26, 27, 31, 32, 41 ó 42 (PASE A 426 G)	CÓDIGO: 11, 33 ó 96 (PASE A 427)	(ESPECIFIQUE) SI NO.....	CÓDIGO: 22, 23, 26, 27, 31, 32, 41 ó 42 CÓDIGO: 11, 33 ó 96 CÓDIGO: 2
VERIFIQUE 426-A	HORAS.....1 DÍAS.....2 SEMANAS.....3 ESTUVO CASA DE ESPERA.....4 NO SABE.....998	SI (PASE A 426FB)1 NO.....2 SI (PASE A 426FB) (PASE A 426G)1 NO.....2 SI.....1 (PASE A 427) NO.....2 HORAS.....1 DÍAS.....2 SEMANAS.....3 SI NO ESTUVO CASA DE ESPERA.....4	NO CONFIA EN LA ATENCIÓN PERSONAL ES DESCUIDADO CONGESTIÓN DEL SERVICIO NO TENÍA DINERO..... NO LA QUISIERON ATENDER IBA CAMINO A ESTABLECIM/ PARTO SE ADELANTÓ... OTRO (ESPECIFIQUE) (PASE A 427)	← ← ← ← ← ← ←
¿La cesárea de (NOMBRE) fue programada?	LABOR PROLONGADA..... SANGRADO EXCESIVO..... FIEBRE CON SANGRADO.. CONVULSIONES..... OTRA:.....	NO SABE.....1...998 ...1 2 ...1 2 ...1 2 ...1 2	NO ERA HIGIÉNICO..... NO CONFIA EN LA ATENCIÓN PERSONAL ES DESCUIDADO CONGESTIÓN DEL SERVICIO NO TENÍA DINERO..... NO LA QUISIERON ATENDER IBA CAMINO A ESTABLECIM/ PARTO SE ADELANTÓ... OTRO (ESPECIFIQUE) (PASE A 427)	... 25 ... 96 ← ← ← ← ← ←
¿Cuánto tiempo transcurrió desde que llegó al establecimiento de salud, para dar a luz, hasta que fue examinada por el personal de salud?	SI ES MENOS DE UN DÍA REGISTRE EN HORAS SI ES MENOS DE UNA SEMANA REGISTRE EN DÍAS	SI.....1 (PASE A 427) NO.....2 HORAS.....1 DÍAS.....2 SEMANAS.....3 ESTUVO CASA DE ESPERA.....4 NO SABE.....998	SI.....1 (PASE A 427) NO.....2 HORAS.....1 DÍAS.....2 SEMANAS.....3 ESTUVO CASA DE ESPERA.....4 NO SABE.....998	← ← ← ← ← ← ←

Quando nació (NOMBRE), Ud. tuvo:

- ¿Trabajo de parto prolongado, es decir, las contracciones fuertes y regulares duraron más de 12 horas?
- ¿Sangrado excesivo después del parto?
- ¿Fiebre alta con sangrado vaginal que oía mal?
- ¿Convulsiones no causadas por fiebre?
- ¿Alguna otra complicación?

(ESPECIFIQUE)