



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA HUMANA**

TÍTULO

**“FACTORES ASOCIADOS A LA REALIZACIÓN DE
CESÁREA EN PACIENTES HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO
DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO
AYORA DE LOJA- ECUADOR”**

**TESIS PREVIA A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
MÉDICO GENERAL**

KARLA ANDREINA CALVAS TORRES

AUTORA

DR. BOLIVAR EDUARDO SAMANIEGO CARDENAS

DIRECTOR DE TESIS

LOJA – ECUADOR

2015



CERTIFICACIÓN

Dr. Bolívar Eduardo Samaniego Cárdenas

**DOCENTE DEL NIVEL DE GRADO DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA DE
LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**

CERTIFICA:

Haber asesorado, revisado detenida y minuciosamente durante todo su desarrollo, la tesis titulada: **“Factores asociados a la realización de cesárea en pacientes hospitalizadas en el servicio de Gineco- Obstetricia del Hospital regional Isidro Ayora de Loja- Ecuador”**, Realizada por la estudiante Karla Andrcina Calvas Torres

Esta tesis ha sido formulada bajo los lineamientos del Nivel de Pregrado del Área de la Salud Humana, y estructurada de acuerdo a la normatividad de la Universidad Nacional de Loja.

Por lo tanto, autorizo proseguir los trámites legales, pertinentes para su presentación ante los organismos de la institución.

Loja, 5 noviembre de 2015



Dr. Bolívar Eduardo Samaniego Cárdenas

DIRECTOR

AUTORÍA

Yo, Karla Andreina Calvas Torres, declaro ser autor del presente trabajo de tesis, y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales por el contenido de la misma.

Adicionalmente autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional – Biblioteca Virtual.



Autor: Karla Andreina Calvas Torres

Cédula: 1900502988

Fecha: 06 de Noviembre de 2015

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DEL AUTOR PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN

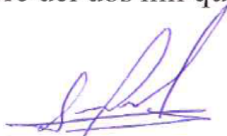
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DEL AUTOR PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO

Yo, Karla Andreina Calvas Torres, declaro ser autora de la tesis titulada: “**Factores asociados a la realización de cesárea en pacientes hospitalizadas en el servicio de Gineco- Obstetricia del Hospital regional Isidro Ayora de Loja- Ecuador**”, como requisito para optar por el grado de Médico General, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los 06 días del mes de Noviembre del dos mil quince, firma el autor



Autora: Karla Andreina Calvas Torres

Cédula: 1900502988

Dirección: Colombia y Brasil, esq., Época, Loja

Correo electrónico: karlita_4@hotmail.es

Celular: 0979915117

DATOS COMPLEMENTARIOS

Director de Tesis: Dr. Bolívar Eduardo Samaniego Cárdenas

Tribunal de Grado:

Presidente: Dr. Lindon Bismark Zapata Loaiza

Vocal 1: Dra. Ximena Patricia Carrión Ruilova

Vocal 2: Dra. Karina Yesenia Calva Jirón

DEDICATORIA

Con mucho cariño dedico este trabajo al pilar fundamental en mi vida que sin ellos nada de esto habría sido posible, a mis Padres, que me han apoyado a lo largo de mi carrera, y quienes son mi ejemplo a seguir.

A mi familia, amigos, que hoy están conmigo en este sueño, que se hace realidad.

AGRADECIMIENTO

Mi más sincero agradecimiento, al Director de este trabajo de Tesis, al Dr. Bolívar Samaniego, por su paciencia y su tiempo delicado, así mismo al Hospital Isidro ayora por abrirme sus puertas para recolectar la información necesaria, a todo el personal de salud que de alguna u otra manera colaboraron para realizar este trabajo

TÍTULO

“FACTORES ASOCIADOS A LA REALIZACIÓN DE CESÁREA EN PACIENTES HOSPITALIZADAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA DE LOJA-ECUADOR”.

2.-RESUMEN

En el presente estudio se planteó determinar los factores asociados a la realización de cesáreas en el Hospital Regional Isidro Ayora, de la ciudad de Loja, para ello se recolectó información de las historias clínicas de pacientes cesareadas hospitalizadas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Isidro Ayora, de la ciudad de Loja (Ecuador), en el periodo Marzo – Agosto 2014. En este estudio se incluyeron 464 pacientes, que cumplieron los criterios de inclusión. Se analizaron los factores maternos, fetales, materno-fetales y obstétricos que influyen en la realización de cesáreas. El análisis se realizó con tablas de frecuencia y porcentaje, y su representación gráfica. Se obtuvo los siguiente resultados: los factores fetales representaron los principales factores para la realización de cesárea con un 42.0%, seguido de los factores maternos con un 27.9%. La principal indicación de cesárea representa la cesárea anterior, 27.5%, seguido del compromiso de bienestar fetal con 23.7%, distocia de presentación 15.0%. Se demostró que la tasa de cesáreas supera lo recomendado por la OMS y entre los principales factores se encuentran los factores fetales, seguido de los maternos; la cesárea anterior, es la principal indicación de parto por cesárea, seguido por el compromiso del bienestar fetal.

PALABRAS CLAVE: cesárea, factores fetales, maternos, obstétrico

SUMMARY

The following research had as a main goal to determine the associated factors to the caesarean section at Isidro Ayora Regional Hospital of Loja city, for that, I collected information from the clinical record of patients with caesarean section that were hospitalized in the Gynecology and Obstetrics area, among March and August 2014. There were included 464 patients. There were analyzed maternal, fetal, maternal – fetal and obstetrics factors that influence in the caesarean section. The analysis was made with frequency and percentage tables and its graphic representation. The fetal represents the main factors to the caesarean section with 42%, followed by the maternal ones with 27.9%. The main cause of caesarean represents the previous caesarean section, 27.5%, followed by the compromise of fetal well-being with 23.7%, dystocia of presentation 15.0%. It is concluded that caesarean section has been increased, overcoming the World Health Organization (OMS) recommendations, among the main factors are the fetal ones, followed by the maternal ones, the previous caesarean section is the main cause for the caesarean section, followed by the fetal well-being

KEY WORDS: caesarean section, fetal factors, maternal, obstetrics.

3. INTRODUCCIÓN

Según el componente normativo materno neonatal del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, define a la cesárea, como la extracción del producto a través de una incisión quirúrgica en los músculos que forman la pared anterior del abdomen y útero, cuando el parto vaginal plantea riesgos para la madre o el producto. (Ministerio de Salud Pública, 2008)

La cesárea ha sido incorporada a la práctica obstétrica, con el fin de solucionar aquellos problemas que pudieran incrementar el riesgo de muerte para la madre y/o el niño. En los últimos años se ha observado que se ha ido incrementando, a tal punto que actualmente lo que apareció como una solución, se convirtió en un problema, por la excesiva liberalización a la que ha sido conducida. La cesárea constituye la operación obstétrica más comúnmente efectuada. Es la más antigua de las operaciones y ha llegado a un grado de perfeccionamiento que ha motivado una confiabilidad excesiva y un uso irracional. (Paima, 2011)

En 1985, la Organización Mundial de la Salud declaró que no había justificación para que las tasas de cesáreas (porcentaje de partos por cesáreas entre el número total de nacidos vivos) fueran mayores de 10–15%, independientemente de la región. Dos décadas después, el valor óptimo de la tasa de cesáreas continúa siendo controversial, tanto en los países desarrollados y subdesarrollado. (“Tasas de cesáreas: análisis de los estimados regionales y nacionales.” 2007)

La cesárea es una de las causas principales de morbilidad obstétrica por sus complicaciones: infecciosa, hemorrágica, anestésica, y tromboembólica, por ello debe ser realizada por personal calificado. (Ministerio de Salud Pública, 2008)

América latina ostenta el triste privilegio de contar con los índices más altos de partos por cesárea del mundo, El 38% de los nacidos entre 2006 y 2010 vinieron al mundo mediante cesárea, según el último informe Estado Mundial de la Infancia de Unicef. (Montesdeoca, 2011)

Un país debe estar en un rango entre el 10 y el 15% del total, si el porcentaje está por debajo de este indica inaccesibilidad a la cirugía; mientras que, una tasa mayor del 15% indica un abuso del procedimiento no motivado por indicaciones médicas puntuales.

En América Latina el porcentaje de cesáreas se sitúa alrededor del 38%. En el Ecuador, según datos del INEC, en el 2012, el parto único por cesárea representó el 8,83% de las diez principales causas de ingresos hospitalarios en mujeres en edad reproductiva, frente al 14,52% de parto único espontáneo. El mayor porcentaje de cesáreas (>35%) se reportaron en las Provincias de Manabí, Los Ríos, Guayas y El Oro. (Ministerio de Salud Pública, 2014)

En Loja el número de casos fue de 2312 que es el 32.4% de todos los partos a nivel de provincia y a nivel de cantón Loja de 2170 (40,1%). (INEC, 2011)

En el año 2013 en el Hospital Regional Isidro Ayora de Loja, el parto único por cesárea ocupa el segundo lugar dentro de los egresos hospitalarios con 1209 casos que representa el 38.8% de todos los partos atendidos en este hospital, frente al parto espontáneo único, que ocupa el primer lugar con 1903 casos. (Hospital Regional Isidro Ayora de Loja, 2011)

Muchos son los factores asociados a la realización de la cesárea, se encuentran tanto maternos, fetales, materno-fetales y obstétricos, a estos se les puede sumar, elección por parte de la paciente por temor al parto vaginal, diagnósticos fallidos, y controles prenatales deficientes. (Arieta & García, 2012)

Aunque nadie contradice que la cesárea protege la vida de madre y el niño en situaciones de “emergencia”, las investigaciones recientes han comenzado a centrarse en los riesgos del procedimiento. A parte de los peligros obvios para la madre, mismos que ya fueron mencionados, hay suficiente evidencia que los recién nacidos que nacen por cesárea, tienen un más alto riesgo de complicaciones, como por ejemplo dificultades respiratorias en relación a los que nacen por parto vaginal; además de las posibles complicaciones que pudiera presentarse durante los periodos pre y post quirúrgicos. (Jauregui, 2012)

De acuerdo a estos datos y estimando la magnitud del problema, se encaminó a “Determinar los factores asociados a la realización de cesáreas en pacientes hospitalizadas en el servicio de Gineco- Obstetricia del Hospital Regional Isidro Ayora de Loja-Ecuador. Metodológicamente es un estudio descriptivo prospectivo, que tomo como universo a las pacientes embarazadas que acuden al Hospital Isidro Ayora y la muestra fue dada por las mujeres que terminaron su proceso de embarazo mediante

cesárea, este trabajo se realizó previo autorización de las autoridades de la casa de salud mencionada, se aplicó un instrumento que recolecto los datos que se registraron en la historia clínica correspondiente, llegando a concluir. Entre los principales factores de cesáreas se encuentran los fetales que representa un 42.0%, seguido de los factores maternos con un 27.9%, en tercer lugar se encuentran los factores obstétricos con un 21.4. %, y por último, los factores materno- fetales con un 8.8%.

Entre las principales indicaciones de cesáreas en este estudio se encuentran: la cesárea anterior, 27.5.0%, seguido del compromiso de bienestar fetal con 23.7%, distocia de presentación 15.0%, desproporción céfalo pélvica 14.9%, Trastornos hipertensivos durante el embarazo con un 7.5%.

4. REVISIÓN DE LITERATURA

4.1 CESÁREA

4.1.1 DEFINICIÓN

Es el acto quirúrgico mediante el cual se extrae el feto, la placenta, y los anexos a través de una incisión en el útero y pared abdominal. Se excluye de esta definición a la extracción del feto libre en la cavidad abdominal como consecuencia de la rotura uterina o de un embarazo ectópico. (UNIVERSIDAD DE CHILE, 2007)

4.1.2 HISTORIA

EL origen de la cesárea es indefinido, y se han sugerido tres explicaciones principales:

1. Según la leyenda, Julio César nació de esta manera, por el cual el procedimiento se llamó cesárea, varias circunstancias debilitan esta hipótesis. En primer lugar la madre de Julio Cesar vivió muchos años después de su nacimiento en el año 100 a.C, y hasta el siglo XVII, la intervención quirúrgica era casi invariablemente letal, en segundo lugar el procedimiento efectuado, en mujeres vivas o muertas, no se menciona en escrito médico alguna antes de la edad media.

2. La segunda explicación es que la denominación de la operación proviene de una ley Romana creada en el siglo VII antes de Cristo, por Numa Pompilio, lo cual ordenaba que se hiciera el procedimiento, en mujeres que morían en las últimas semanas del embarazo, con la esperanza de salvar al niño.

Esa ley regia, o ley del Rey, se convirtió después en la Lex cesárea por los emperadores y la intervención quirúrgica en si se conoció como cesárea. El nombre alemán, kaiserschnitt, incisión de kaiser, refleja ese origen.

3. La tercera explicación es que la palabra cesárea se originó en algún momento de la Edad Media a partir del verbo latino caedere, el cual significa cortar. Esta explicación parece muy lógica, pero no se sabe con exactitud cuándo se aplicó por primera vez para referirse a dicho

procedimiento, puesto que corte proviene del verbo latino, seco; que también significa cortar la operación cesárea tautológica, por lo cual se usa la de cesárea. (Cunningham et al., 2011)

4.1.3 EPIDEMIOLOGIA.

Durante 30 años, los profesionales de la salud de todo el mundo han considerado que la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10% y el 15%. Para ello se han basado en la siguiente declaración hecha por un panel de expertos en salud reproductiva en una reunión organizada por la OMS en 1985 en Fortaleza (Brasil): «No hay justificación alguna para que ninguna región presente una tasa superior al 10-15%. (Organización Mundial de la Salud, 2015).

La tasa de partos por cesárea ha aumentado consistentemente en todo el mundo durante los últimos 50 años, alcanzando en la actualidad cifras del 30% de los nacimientos en comparación con un 5% en los años 60, Tanto en países en desarrollo como en los países desarrollados. (Schapp, Sepúlveda, & Robert, 2014)

En América Latina los porcentajes de partos quirúrgicos alcanzan cifras de 30% en Brasil, 40% en Chile y 36% en México.(O. Gómez, 2004).

En la Encuesta Global en Salud Materna y Perinatal de la OMS (WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health), que se realizó entre 2004 y 2005 en 24 regiones de ocho países de América Latina y que obtuvo datos de todas las mujeres admitidas para el parto en 120 instituciones seleccionadas aleatoriamente, la mediana de la tasa de partos por cesárea fue del 33%, en hospitales privados se observaron tasas de hasta el 51%.(Ábalos, E. 2009)

El aumento de las cesáreas es un fenómeno mundial. En España su número se duplicó en los últimos 15 años y hoy alcanza a 23% de los partos. En el Reino Unido los nacimientos por esta vía pasaron de 3% en 1970 a 21% en la actualidad. En Estados Unidos de América se produjo un incremento similar de 5% en 1970, los nacimientos por cesárea aumentaron a 25% en el año 2000. Japón, que hace un uso muy extensivo de las parteras tradicionales, es una de las pocas naciones desarrolladas que parece haber evitado esta epidemia; su porcentaje de nacimientos quirúrgicos es menor de 10%. Las cifras de los países de ingresos medios de América Latina son todavía más alarmantes. En Brasil más de 30% de los nacimientos son cesáreas. En Chile este porcentaje asciende a 40%. En México se incrementó de 23% en 1991 a 36% en 2002.

Dentro de los factores destacan los intereses económicos, la oferta de servicios especializados y la poca información que las mujeres embarazadas reciben respecto de las alternativas para el nacimiento de sus hijos. El trabajo concluye con un llamado al control de este tipo de intervenciones atendiendo a experiencias exitosas documentadas.(O. Gómez, 2004)

En el Ecuador, la tasa general de cesáreas informada es de 17,1 por ciento (período 1989 a 1994), del 19,9 por ciento (período 1994 a 1999) y se eleva al 25.8 por ciento (en el período 1999 a 2004).(Morales, 2008)

El aumento de la frecuencia de la cesárea según algunos autores se debe a:

- Baja paridad; casi la mitad de las mujeres embarazadas son nulíparas que tienen más riesgo de cesárea. •
- La edad materna en promedio está elevada y la frecuencia de la cesárea aumenta con el avance de la edad.
- Vigilancia fetal por medios electrónicos que a veces no son bien interpretados por falta de preparación o experiencia.
- Preocupación por litigios por mala praxis.
- Factores socioeconómicos, clases media alta y alta piden la cesárea, se les ha vendido como lo mejor.
- Escasos partos vaginales en cesáreas previas.
- Falta de entrenamiento obstétrico, es más fácil hacer una cesárea.
- Riesgo de transmisión vertical.
- Solicitud de la mujer o familiares. (Uzcátegui, 2008)

4.2 TIPOS DE CESÁREAS

A. Según antecedentes obstétricos de la paciente:

- **Primera:** Es la que se realiza por primera vez.
- **Iterativa:** Es la que se practica en una paciente con antecedentes de dos o más cesáreas.
- **Previa:** es cuando existe el antecedente de una cesárea anterior.

B. Según indicaciones:

- **Urgente:** Es la que se practica para resolver o prevenir una complicación materna o fetal en etapa crítica.
- **Electiva:** Es la que se programa para ser realizada en una fecha determinada por alguna indicación médica y se ejecuta antes de que inicie el trabajo de parto.

C. Según técnica quirúrgica.

• Corporal o clásica.

La incisión es vertical se realiza en el cuerpo uterino. Sus indicaciones más frecuentes son: cáncer cérvico-uterino invasor, embarazo pretérmino, situación fetal transversa con dorso inferior, histerorrafia corporal previa, procesos adherenciales o varicosos importantes en el segmento inferior, placenta previa en cara anterior, cesárea post mortem, miomatosis uterina de grandes elementos y cuando después de la cesárea se realizará una histerectomía. (Ros, Bellart, & Hernández, 2007)

• Segmento corporal (Tipo Beck).

La incisión es vertical y se realiza sobre el segmento y parte del cuerpo uterino. Sus principales indicaciones son: embarazo pretérmino, embarazo gemelar, situación fetal transversa con dorso inferior, presentación pélvica, placenta previa en la cara anterior del útero, anillo de retracción e histerorrafias corporales previas. (Ros et al., 2007)

• Segmento arciforme (Tipo Kerr).

Es la técnica quirúrgica más usada por sus múltiples ventajas. Al realizarse una incisión transversal del segmento inferior tiene las ventajas de producir menos hemorragia, y permitir una fácil apertura y cierre de la pared uterina, formación de cicatriz uterina muy resistente con poca probabilidad de dehiscencia y ruptura en embarazos subsecuentes y así como pocas adherencias postoperatorias. (Ros et al., 2007)

4.3 INDICACIONES PARA CESÁREA

Las indicaciones de cesárea pueden ser:

- a) Absolutas
- b) Relativas y
- c) Según origen de la causa.

4.3.1 INDICACIONES ABSOLUTAS

Son las indicaciones en las cuales la operación cesárea es el único medio a utilizar para terminar el parto y procurar el parto materno- fetal,

- Macrosomía fetal con peso estimado sobre 4500 gramos
- Desproporción pelvi-fetal evidente o comprobada.
- Presentación distócica.
- Tumor previo.
- Placenta previa oclusiva.
- Sufrimiento fetal en ausencia de condiciones para parto vaginal inmediato.
- Enfermedad materna grave
- Antecedente de dos o más cesáreas (intervención a las 39 semanas).
- Antecedente de operaciones plásticas uterinas o miomectomía.

4.3.2. INDICACIONES RELATIVAS

Son producto de problemas circunstanciales, que no obligatoriamente se repetirán en un próximo parto.

- Distocias de la dinámica (hiper o hipodinamia refractaria)
- Distocias de la progresión del Parto: Dilatación estacionaria, Falta de descenso de la presentación, Distocias de posición, Prueba de trabajo de parto fracasada.
 - Antecedente de una operación cesárea.
 - Algunas enfermedades fetales (malformaciones).
 - Macrosomía fetal entre 4000 y 4500 gramos. . (Matus, 2011)

4.3.3. INDICACIONES SEGÚN ORIGEN DE LA CAUSA:

- **DE CAUSA MATERNA:**

- Estrechez pelviana con desproporción pelvi-fetal.
- Tumor previo.
- Cáncer cervico uterino.
- Antecedentes de cesárea, plastías, miomectomías, rotura uterina.
- Herpes genital.
- VIH-Sida.
- Síndromes hipertensivos severos.
- Diabetes gestacional complicada. . (Matus, 2011)

- **DE CAUSA FETAL:**

- Distocia de presentación.
- Distocia de posición.
- Macrosomía fetal.
- Sufrimiento fetal.
- Embarazo múltiple.
- Embarazo gemelar con un feto en presentación distócica.

- **DE CAUSA OVULAR:**

- Placenta previa oclusiva
- Procidencia o procúbito de cordón
- Desprendimiento prematuro de placenta Infección ovular.
Oligoamnios severo. (Matus, 2011)

Actualmente ha surgido el debate sobre la cesárea electiva por solicitud de la madre, la evidencia muestra que es razonable pero se debe informar a la madre sobre los riesgos y beneficios de la misma. (Jauregui, 2012)

4.4. DESCRIPCIÓN DE LAS PRINCIPALES INDICACIONES DE CESÁREAS

4.4.1. DESPROPORCIÓN CÉFALO-PÉLVICA

Condición de origen materno, fetal o mixto dependiente de la relación existente entre el feto y la pelvis, que impide la resolución del parto por vía vaginal.

La desproporción cefalopélvica ocurre en las siguientes circunstancias:

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

El diagnóstico de la desproporción cefalopélvica se establece mediante una valoración clínica adecuada de los estrechos superior, medio e inferior de la pelvis materna y su relación con el feto, con el apoyo de estudios de Imagenología.(Secretaría de Salud de México, 2002)

4.4.2. CESÁREA PREVIA

La práctica del parto vaginal en casos seleccionados de pacientes con cesárea previa es cada vez más frecuente. El propósito de esta conducta es evitar los posibles riesgos a la operación cesárea, sin embargo el concepto clásico de "una vez cesárea, siempre cesárea" ha prevalecido en el ámbito médico, por lo que esta condición representa una de las principales indicaciones de esta operación. De acuerdo a estudios de investigación recientes, la estrategia de permitir un parto vaginal a pacientes con cesárea previa bajo condiciones controladas, logra un incremento en los nacimientos por vía vaginal sin complicaciones. Se decidirá permitir un parto vaginal en mujeres con cesárea previa, únicamente en unidades de segundo o tercer nivel de atención con personal capacitado para resolver cualquier complicación que pudiera presentarse.(Secretaría de Salud de México, 2002)

➤ **Contraindicaciones para permitir el parto vaginal en mujeres con cesárea previa.**

- Antecedente de dos o más cesáreas previas segmento arciforme,
- Antecedentes de cesárea previa tipo segmento-corporal, corporal o presencia de otras cirugías uterinas,
- Antecedente de cesárea previa reciente (menor a 6 meses)
- Antecedentes de ruptura uterina o dehiscencia de histerorrafia,
- Pelvis no útil clínicamente,
- En embarazos pretérmino y postérmino, gemelares o con productos macrosómicos, se valorará cuidadosamente el caso.(Secretaría de Salud de México, 2002)

4.4.3. SUFRIMIENTO FETAL

El sufrimiento fetal se define como una alteración causada por la disminución del intercambio metabólico materno fetal, que ocasiona hipoxia, hipercapnia, hipoglicemia y acidosis. Estas alteraciones provocan un funcionamiento celular anormal que puede conducir a daños irreversibles, con secuelas, e incluso la muerte fetal.

Los factores causales del sufrimiento fetal pueden ser reversibles (hipotensión materna, efecto Poseiro, hipercontractilidad por uso de oxitócicos), o irreversibles (causa fetal, placentaria o del cordón umbilical). El diagnóstico de sufrimiento fetal durante el trabajo de parto se sustenta fundamentalmente en: alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal, pudiendo acompañarse de la presencia o no de meconio y alteraciones del pH de la sangre capilar obtenida del cuero cabelludo fetal (en los centros que cuentan con este último recurso). La sola presencia de meconio no es una indicación para la terminación inmediata del embarazo, este signo tiene valor para considerar la indicación de cesárea cuando se acompaña de alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal y cuando ocurren cambios en su coloración y densidad. (Secretaría de Salud de México, 2002)

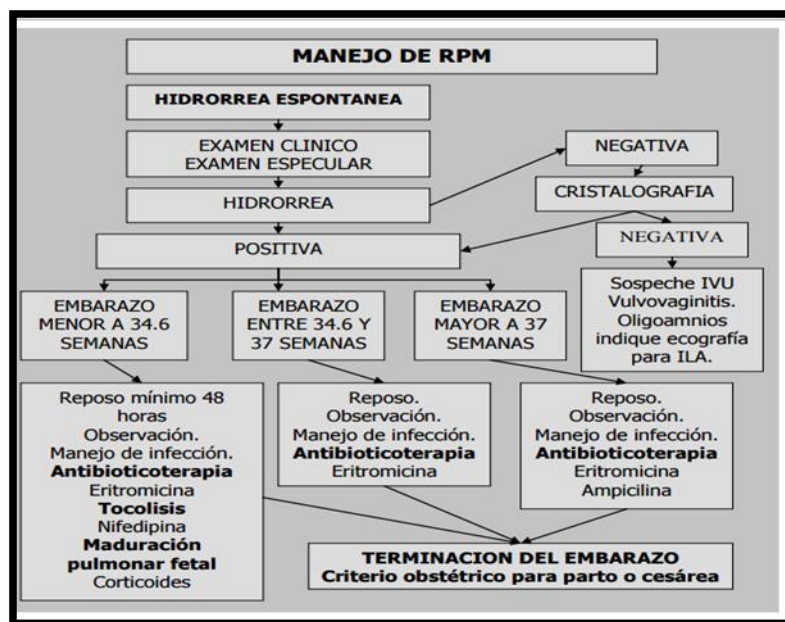
Según la Secretaria de Salud de México (2002), se considerarán los siguientes parámetros para evaluar la frecuencia cardíaca:

- **Basal (normal):** 120-160 latidos / min.

- **Bradicardia:** - leve: entre 110-119 latidos / min.
- **Moderada:** entre 100-109 latidos/min.
- **Severa:** por debajo de 100 latidos/min
- **Taquicardia:** -leve: entre 160 -169 latidos / min.
- **Moderada:** 170-179 latidos / min.
- **Severa:** mayor de 180 latidos/min.

4.4.4. RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

Es la salida de líquido amniótico a través de una solución de continuidad de las membranas ovulares en embarazos mayores de 20 semanas y/o por lo menos 2 horas antes del inicio del trabajo de parto. El diagnóstico clínico se realiza mediante la observación directa de la salida espontánea de líquido amniótico, a través del orificio cervical en el examen con espejo vaginal, o mediante maniobras que hagan evidente la salida de líquido amniótico así como de métodos auxiliares de laboratorio y de gabinete. (Secretaría de Salud de México, 2002)



Algoritmo Protocolo de manejo de ruptura prematura de membranas
Fuente: MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR. Trabajo de parto pretérmino. Componente normativo materno neonatal. (2008). p.129.

4.4.5 DISTOCIA DE PRESENTACIÓN

La mala presentación se refiere a como se encuentra el feto dentro del útero al momento de iniciar el trabajo de parto, pudiendo el mismo estar en pelviano o presentación de nalgas, podálico, transverso u oblicuo. La misma se encuentra como indicación de cesárea en la tercera posición en países como Estado Unidos, algunos países de Latinoamérica y en el Ecuador). Existe en un 5% de los casos) y la incidencia depende de la edad gestacional, en embarazos a término es de 3-4%). El diagnóstico precoz de la posición anómala mediante ecografía disminuye la mortalidad de 27,5% a 9,2%. “Es prudente la cesárea con mala presentación si: peso fetal estimado 4000gr, nalgas incompletas, pelvis pequeña, hiperextensión de la cabeza fetal, puntuación de Zatuchni-Andros < 4, ausencia de personal experto, patrón no tranquilizador de la frecuencia cardíaca fetal, y detención del trabajo de parto. (Dávila, 2014).

La presentación también puede ser de nalgas (puras, completas o incompletas), se encuentra desde un 7% en embarazos de 32 semanas hasta 25% en embarazos antes de la semana 28. La mortalidad perinatal de los fetos a término con esta anomalía de presentación es de 9% y 25%, las complicaciones comunes son los traumatismos asociados al parto y la asfixia perinatal. Un estudio menciona que la mortalidad y morbilidad perinatal, y la morbilidad neonatal debido a trauma de fetos con presentación de nalgas, fueron mayores en partos vaginales planeados que en cesáreas programadas. (Dávila, 2014).

Para Latinoamérica el reporte publicado en el 2008 por Stanton y colaboradores, señaló que las indicaciones para cesárea en Argentina, Guatemala, Cuba, México, Colombia y Brasil fueron: cesárea anterior, distocia, sufrimiento fetal y presentación de pelvis (8). Para nuestro país las indicaciones se distribuyeron así: cesárea anterior 17,2%, distocia 21,5%, sufrimiento fetal 19,6% y presentación de pelvis 11,1% (Barriga, Bautista, Sánchez, & Navarro, 2011)

4.5 COMPLICACIONES.

Relacionadas con el parto vaginal, la morbimortalidad materna es mayor. Alrededor de un tercio de la totalidad de las muertes maternas, están relacionadas con esta intervención. La ocurrencia es de 1 por cada 1636 cesáreas (6,1 x 100.000), de estas menos de la mitad se deben a la cirugía, y las restantes están asociadas a la persistencia o agravamiento de la patología de base.(Matamoro, 2013)

La Mortalidad Perinatal global es mayor en los nacimientos por cesárea, cuando se relaciona con los partos vaginales. Pero cuando se compara los nacimientos por cesáreas de gestaciones a término y sin patologías graves presentes o asociadas, tanto las Tasas de morbimortalidad perinatales como el pronóstico es similar al de los recién nacidos por vía vaginal. Actualmente los adelantos en las técnicas anestésicas, en el monitoreo permanente de la paciente, en la antibiótico terapia, la mejor calidad de sangre y de hemoderivados, han disminuido pero no han eliminado el riesgo de las complicaciones de esta cirugía; sigue siendo fundamental para alcanzar resultados maternos y perinatales exitosos el comportamiento ético y profesional de los obstetras y el apego a la aplicación de los Protocolos médicos. (Matamoro, 2013)

4.5.1. PROPIAS A TODO ACTO OPERATORIO

- Accidentes Anestésicos.
- Dolor.
- Sangrado.
- Íleo.
- Recuperación anestésica.
- Encamamiento.
- Limitación a la deambulaci3n.
- Ayuno.
- Stress.
- Infecciones
- Lesiones de otras vísceras. (Matamoro, 2013)

4.5.2 PROPIAS DEL PUERPERIO

- Hemorragia Post Parto.

- Riesgo de Tromboembolismo.
- Hipotensión.
- Infección Puerperal.
- Fatiga y Debilidad.
- Reajustes hormonales.
- Redistribución del líquido extracelular.
- Constipación. (Matamoro, 2013):

4.5.3 COMPLICACIONES INTRA OPERATORIAS:

Son las menos frecuentes, pero de mayor morbilidad. Constituyen el 1-2% de los casos y son más frecuentes en las cesáreas de urgencias o en las que existe cirugía previa.

Incluyen:

- Lesiones viscerales: generalmente vesicales, más raras ureterales o intestinales,
- Hemorragias, por atonía uterina, lesión vascular, anomalías placentarias y extensiones de la incisión uterina,
- Embolismo de líquido amniótico: asociado a polihidramnios, y descompresiones bruscas. (Vergara, 2009)

4.5.4. COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS MEDIATAS:

Son de más frecuente presentación, en su orden:

- Endometritis: 40% en frecuencia. Riesgo aumentado en bolsas rotas, trabajo de parto prolongado, mala técnica quirúrgica y manipulaciones intrauterinas. La profilaxis antibiótica disminuye su incidencia y las complicaciones (abscesos, tromboflebitis pélvica y shock pélvico).
- Infección urinaria: 2 al 15%. Se relaciona al sondaje vesical.
- Infección de la pared abdominal: Especialmente en pacientes obesas se evita esta complicación cuidando la asepsia, la hemostasia correcta y la profilaxis antibiótica.
- Tromboflebitis: se evita favoreciendo la movilización precoz. En pacientes con várices es conveniente utilizar vendajes compresivos las primeras horas. En todas las pacientes con factores de riesgo utilizar heparina profiláctica.

- Obstrucción intestinal por bridas.
- Dehiscencia de la cicatriz: Se evita realizando una correcta hemostasia y no dejando espacios muertos.
- Íleo: se disminuye manipulando lo menos posible las vísceras intestinales y realizando una correcta limpieza de la cavidad abdominal antes de cerrar.(Matamoro, 2013)

4.5.5. COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS TARDÍAS:

- Adherencias abdominales.
- Obstrucción intestinal secundaria.
- Endometriosis de la incisión uterina.
- Placenta previa o acreta en gestaciones posteriores.
- Cesárea en gestaciones posteriores.
- Rotura uterina en partos posteriores.(Vergara, 2009)

4.6 RIESGOS Y BENEFICIOS DE LA CESÁREA

Originalmente fue diseñada como un procedimiento para extracción del feto en casos de urgencia, debido al aumento en la seguridad de los procedimientos quirúrgicos actualmente ha llegado a ser una técnica electiva para el nacimiento. Las cesáreas son eficaces para salvar la vida de las madres y los neonatos cuando son necesarias por motivos médicos. Sin embargo, los riesgos y beneficios de la interrupción del embarazo vía abdominal deben de ser considerados al momento de decidir el procedimiento. (P. Gómez, Hernández, Martínez, & García, n.d.)

➤ BENEFICIOS PARA LA MADRE

El mayor beneficio materno de la cesárea es la potencial protección del piso pelviano que reduce la incidencia de incontinencia de heces, flatos y orina y el prolapso de los órganos pelvianos. El riesgo de tener una cirugía por prolapso o incontinencia de orina es del 11.1%. Otro potencial beneficio materno es evitar

la cesárea de urgencia que aumenta la morbilidad, mejorando el vínculo entre madre e hijo. (Mora, Pineda, & Polo, 2010)

➤ **BENEFICIOS PARA EL FETO**

Algunos resultados adversos neonatales podrían evitarse si se programaran las cesáreas a las 39 semanas de gestación. La tasa de muerte anteparto o intraparto desde la semana 39 es de 2 en 1000. Algunas de estas muertes podrían prevenirse al programar una cesárea. Se disminuye altamente transmisión de enfermedades como el HIV, la hepatitis B, la hepatitis C y el HPV en el parto vaginal. Hay estudios que muestran que la falta de progresión en el trabajo de parto tiene una mayor incidencia de injuria cerebral en el feto. La parálisis cerebral también puede asociarse con eventos intraparto desfavorables. Sin embargo, el porcentaje atribuible a esto es muy bajo. La tasa de complicaciones fetales como, las fracturas y la alteración de nervios se reduce con la cesárea. Sin embargo, salvo en los casos de alto riesgo como los fetos macrosómicos de madres con o sin diabetes, esta complicación es muy rara. Se deberían hacer más de 400 cesáreas para prevenir un solo caso de injuria permanente del plexo braquial. Otra ventaja de la cesárea programada es la mejor utilización del recurso humano evitando el cansancio y los errores ocasionados por el mismo. Sin embargo, si se realizan los controles de rutina como ser el monitoreo intraparto, el análisis del HIV anteparto, etc, la mayoría de los eventos desfavorables podrían evitarse sin tener que recurrir a una cesárea. (Mora et al., 2010)

➤ **RIESGOS PARA LA MADRE**

La muerte materna sigue siendo el punto más importante a tener en cuenta. La cesárea tiene un mayor riesgo de muerte materna. Esto es difícil de establecer ya que la tasa de muerte materna es baja y no hay datos suficientes para poder establecer una tendencia. Por otra parte, la morbilidad asociada a la cesárea ha disminuido a nivel mundial. Las mujeres con el antecedente de una cesárea tienen mayor riesgo de tener rotura uterina, placenta previa, acreta, desprendimiento de placenta y embarazo ectópico. Hay que considerar las

complicaciones quirúrgicas como como en todo acto operatorio. (Mora et al., 2010)

➤ **RIESGOS PARA EL FETO**

La morbimortalidad neonatal incrementa en 1.5% en los recién nacidos obtenidos vía abdominal, lo que indica una relación directa entre la vía de nacimiento y la patología neonatal; sin embargo, esta cifra no es totalmente confiable debido a que incluye embarazos de alto riesgo. (P. Gómez et al., n.d.)

El síndrome de Dificultad Respiratoria, la adaptación pulmonar prolongada y la hipertensión arterial pulmonar tienen mayor prevalencia en los recién nacidos obtenidos vía cesárea, con un riesgo siete veces más que los recién nacidos obtenidos por parto. Esto puede deberse a una prematuridad iatrogénica y, por consiguiente, déficit en el factor surfactante. El riesgo disminuye cuando el nacimiento ocurre después de la semana 37, en caso de existir indicación de cesárea antes de esta edad gestacional se deberá inducir maduración pulmonar con esteroides.

El estudio de Towner y cols, reportaron una mayor prevalencia de convulsiones y depresión del sistema nervioso central (SCN) en los RN con peso entre 2,500 y 4,000 g nacidos por cesárea sin trabajo de parto comparado con los bebés que nacen en forma espontánea. Las laceraciones fetales son más frecuentes en las cesáreas, se presentan de 0.1 a 3.1% teniendo mayor prevalencia en aquellas no programadas o de urgencias, donde el porcentaje aumenta al 5.3%. Este riesgo se incrementa aún más en las presentaciones anormales y ruptura de membranas. La mayoría de lesiones son leves; sin embargo, se han reportado lesiones moderadas a severas que requieren de manejo por cirugía plástica (P. Gómez et al., n.d.)

4.7. ASPECTOS ÉTICOS EN RELACIÓN A LA CESÁREA

“Los mejores colaboradores de un tocólogo son la paciencia y el tiempo”

“Un buen obstetra es el que mejor sabe esperar” (Nápoles & Piloto, 2012)

No existe ninguna duda que el avance del conocimiento médico permitió que, al disminuir el riesgo materno de esa operación, pudiera disminuir progresivamente

la mortalidad perinatal. La operación cesárea en efecto, ha contribuido notablemente en mejorar la sobrevivencia de muchos recién nacidos, como también en que nazcan en mejores condiciones.

Según (Nápoles & Piloto, 2012), el aumento de su incidencia es multifactorial, pero sin lugar a dudas, entre los determinantes figuran:

1. Una mentalidad de obstetras y neonatólogos, que justifica la cesárea como elemento directo para reducir la morbilidad y mortalidad neonatales.
2. El valor social de la cesárea, la cual da status en diferentes clases sociales.
3. Las demandas medico legales, es decir, los médicos utilizan el proceder cesárea como vía de escape, para no verse cuestionados por malos resultados perinatales. Muchas de las demandas formuladas, generalmente se basan en el hecho de realizar la cesárea tardíamente; pero nunca cuando se practica precozmente.
5. El retroceso cada vez más en las últimas décadas en cuanto a las habilidades manuales del obstetra para asistir a las interpretaciones adecuadas de las desviaciones del trabajo de parto y a la realización de maniobras.
6. La pérdida de la sistematicidad en el uso del método clínico y utilización excesiva de tecnología poco precisa y mal interpretada en muchos casos.

Todo profesional que ejerza la obstetricia efectuar la cesárea basándose solo en una fuerte decisión científica: realizar una técnica depurada y un seguimiento estricto luego del proceder que aseguren el éxito.

4.8. CONTROL PRENATAL

Los principales objetivos del control prenatal son identificar aquellos pacientes de mayor riesgo, con el fin de realizar intervenciones en forma oportuna que permitan prevenir dichos riesgos y así lograr un buen resultado perinatal. Esto se realiza a través de la historia médica y reproductiva de la mujer, el examen físico, la realización de algunos exámenes de laboratorio y exámenes de ultrasonido. Además es importante promover estilos de vida saludables, la

suplementación de ácido fólico, una consejería nutricional y educación al respecto.(Aguilera & Soorhill, 2014)

4.8.1. DEFINICIÓN

Actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido/a.

Los componentes que abarca el control prenatal son:

1. Promoción,
2. Prevención
3. Recuperación y
4. Rehabilitación de la salud materna y neonatal con enfoques de interculturalidad, género y generacional. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2008)

4.8.2. ACTIVIDADES A REALIZAR EN EL CONTROL PRENATAL

+ **HISTORIA CLÍNICA:** Es fundamental para evaluar el estado de salud actual y detectar la existencia de posibles factores de riesgo. Tabla N.-1. También debe ser considerada la historia familiar de malformaciones o enfermedades genéticas. (Aguilera & Soorhill, 2014)

+ **EXAMEN FÍSICO GENERAL Y SEGMENTARIO** Busca cualquier indicio de patología sistémica con énfasis en el sistema cardiovascular, que enfrenta una importante sobrecarga durante el embarazo. Peso, talla, presión arterial. Examen Gineco-obstétrico, revisar mamas, visualizar cuello del útero con espéculo, realizar Papanicolaou si éste no está vigente. Si se detecta flujo vaginal sintomático, estudiarlo y tratarlo. La auscultación de latidos con estetoscopio de Pinard puede realizarse a partir de las 18 semanas. La altura uterina puede ser medida para estimar el crecimiento fetal a partir de las 20 semanas. (Aguilera & Soorhill, 2014)

✚ **ESTIMACIÓN DE LA EDAD GESTACIONAL:** Cálculo de las semanas de amenorrea por fecha de última menstruación, Regla de Naegele, tabla obstétrica o ultrasonido si amerita. (Aguilera & Soorhill, 2014)

✚ **ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA**

En embarazos de bajo riesgo con un desarrollo normal, el mejor momento para realizar una ecografía obstétrica es entre las 20 a 24 semanas, por permitir confirmar la edad gestacional, el número de fetos, descartar anomalías congénitas y determinar la ubicación de la placenta. En el primer y tercer trimestre del embarazo estaría indicada en cualquier momento la ecografía cuando se sospeche alguna alteración en el embarazo. De igual forma, cuando al inicio del embarazo no se conoce la fecha de la última regla; a las 32 semanas, para confirmar el diagnóstico de placenta previa; y a las 36 semanas, para confirmar el diagnóstico de una presentación en pelvis o una situación transversa por maniobras de Leopold .(Parra, 2003)

Cada año, en Ecuador, aproximadamente unas 300.000 mujeres se embarazan, pero no todas ellas recibirán una atención de calidad como les corresponde de acuerdo a sus derechos ciudadanos. Por ejemplo, en el período 1999 – 2004 apenas un 57,5 % de mujeres cumplieron con la norma del MSP de realizarse al menos cinco controles prenatales. El cuidado al desarrollo del embarazo en forma temprana, periódica e integral, disminuye sustancialmente el riesgo de muerte tanto materna como perinatal y propicia una adecuada atención del parto y por otro lado, asegura condiciones favorables de salud para las madres y sus hijos en los periodos inmediatamente posteriores al nacimiento, así como disminuye la incidencia de discapacidad de causa congénita. Un control prenatal óptimo, según las normas de MSP del Ecuador, comprende un mínimo de cinco chequeos por personal profesional de salud calificado (Médico u Obstetrix) durante el período del embarazo de BAJO RIESGO. (Salas, Yépez, & Freire, 2008)

El primer control (de diagnóstico) debería ser dentro de las primeras veinte semanas y los otros cuatro subsecuentes (de seguimiento) repartidos periódica y continuamente de la siguiente manera: Uno entre las 22 y 27 semanas; uno entre las 28 y 33 semanas; uno entre las 34 y 37 semanas y uno entre las 38 y 40 semanas.

No obstante, el solo cumplimiento de esta norma no garantiza la calidad de la atención, pues se requiere que, en cada visita, el servicio de salud provea un conjunto de actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido.(Salas, Yépez, Freire, et al., 2008)

TABLA N.- 2

FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS	ANTECEDENTES REPRODUCTIVOS
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Edad materna <18 años ➤ Edad materna > a 35 años ➤ Delgadez IMC <18 ➤ Tabaquismo ➤ Alcoholismo ➤ Drogadicción 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Esterilidad en tratamiento al menos 2 años ➤ Aborto a repetición ➤ Antecedentes de nacido pre término ➤ Antecedente de nacido con retardo de crecimiento intrauterino ➤ Muerte perinatal ➤ Antecedente de nacido con defecto congénito ➤ Antecedente de cirugía uterina ➤ Incompetencia cervical ➤ Malformación uterina
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES	EMBARAZO ACTUAL

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hipertensión arterial ➤ Enfermedad cardiaca ➤ Enfermedad renal ➤ Diabetes mellitus ➤ Endocrinopatías ➤ Enfermedad respiratoria crónica ➤ Enfermedad hematológica ➤ Epilepsia ➤ Enfermedad psiquiátrica ➤ Enfermedad autoinmune ➤ Patología médico-quirúrgica grave 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hipertensión inducida por el embarazo ➤ Anemia grave ➤ Diabetes gestacional ➤ Infección urinaria de repetición ➤ Infección de transmisión perinatal ➤ Isoinmunización Rh. ➤ Defecto congénito fetal ➤ Amenaza de parto pre término ➤ Placenta previa a partir de la 32 semana de gestación ➤ Infección de transmisión perinatal
--	--

Factores de Riesgo durante el Embarazo

Autoría: (Aguilera & Soorhill, 2014)

EXÁMENES DE LABORATORIO RECOMENDADOS EN EL CONTROL PRENATAL

TIEMPO/SEMANAS	EXÁMENES SOLICITADOS
Primer control	<ul style="list-style-type: none"> ○ Hemoglobina/ hematocrito. ○ Urocultivo y orina completa. ○ Grupo sanguíneo/ Rh/ coombs indirecta. ○ VIH ○ VDRL ○ HEPATITIS B ○ Citología cervical. ○ Glucemia ○ Ecografía por indicación
11-14 semanas	<ul style="list-style-type: none"> ○ Riesgo de aneuploidia ○ Síndrome de Down ○ Doppler de arterias uterinas
20-24 semanas	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ultrasonido anatomía y marcadores de aneuploidia ○ Doppler de arterias uterinas ○ Evaluación del cérvix según disponibilidad. ○ VIH
26-28 semanas	<ul style="list-style-type: none"> ○ Glucemia post prandial, tamizaje de diabetes. ○ Coombs indirecto en Rh no sensibilizada
32-38 semanas	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ultrasonido (crecimiento, presentación, placenta). ○ VIH, VDRL, Hemoglobina/ hematocrito.

Autoría: (Aguilera & Soorhill, 2014) “Control prenatal

5. METODOLOGÍA

5.1. TIPO DE ESTUDIO: El presente trabajo investigativo tuvo una metodología cuantitativa, descriptiva y prospectiva.

5.2. ÁREA DE ESTUDIO

El área de estudio dado por el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Isidro Ayora de la ciudad de Loja, ubicado en la Av. Manuel Agustín Aguirre, entre las calles Manuel Monteros y Juan José Samaniego.

5.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

Todas las pacientes cesareadas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Isidro Ayora, desde marzo - Agosto del 2014.

5.3.1. Criterios de inclusión

1. Todas las pacientes gestantes que se sometieron a cesárea.
2. Historias clínicas que se encontraron con todos los datos para la realización de este trabajo.

5.3.2. Criterios de exclusión

- ✚ Pacientes que terminaron su embarazo por Parto vaginal.
- ✚ Historias clínicas mal llenadas.

5.5. FUENTES DE INFORMACIÓN

Se utilizó el registro de las historias clínicas de las gestantes ingresadas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Isidro Ayora, en el periodo comprendido desde marzo-agosto del 2014

5.6. PROCEDIMIENTO

Previo la autorización del Jefe de servicio se realizó la recolección de datos, como primer paso, la obtención y revisión de las historias clínicas de las pacientes ingresadas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Isidro Ayora, para de esta manera mediante el formulario (Anexo 1), recopilar los datos necesarios.

5.7 PLAN DE ANÁLISIS

Obtenida la información a partir de las historias clínicas se procedió a tabular los datos mediante el programa Microsoft Office Excel 2010, y se analizó respectivamente, los resultados fueron presentados en tablas y gráficos.

6. RESULTADOS

TABLA N.-1

FACTORES ASOCIADOS A REALIZACIÓN DE CESÁREA

FACTORES	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE%
MATERNOS	129	27.9%
MATERNO-FETALES	41	8.8%
OBSTÉTRICOS	99	21.4%
FETALES	195	42%
TOTAL	464	100%

FUENTE: Formulario de recolección de datos

AUTORA: Karla Andreina Calvas

En la presente tabla determinamos que los factores más frecuentes para la realización de cesáreas son los factores fetales que representa un 42.0%, seguido de los factores maternos con un 27.9%, en tercer lugar se encuentran los factores obstétricos con un 21.4. %, y por último, los factores materno- fetales con un 8.8%

GRÁFICO N.-1

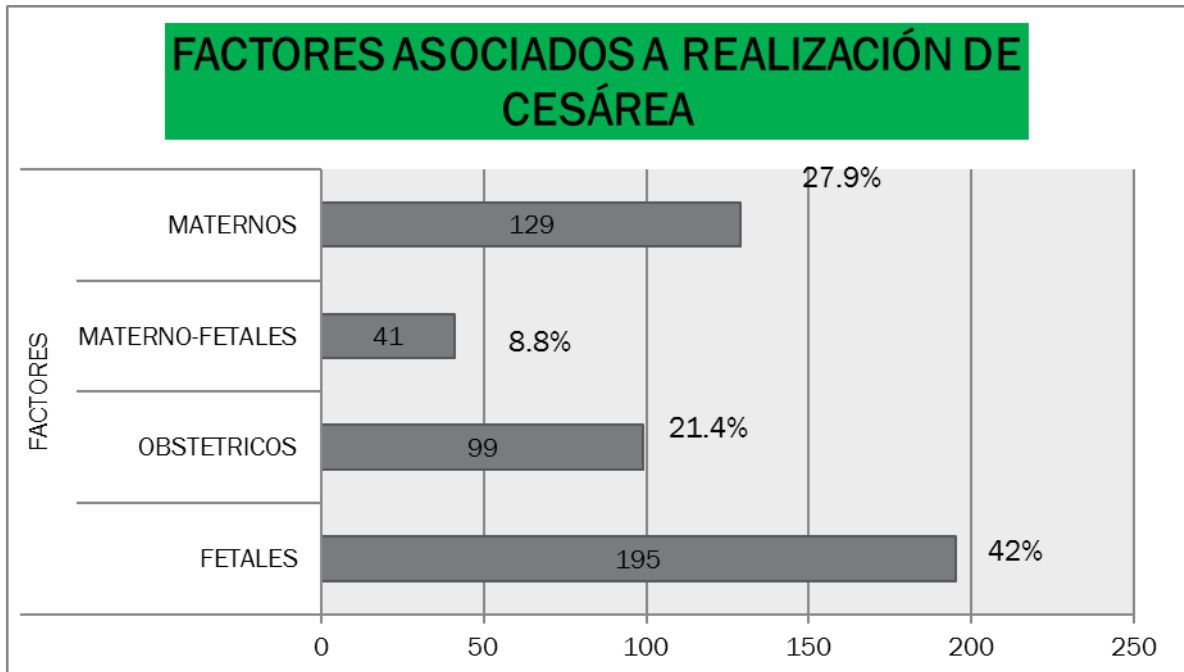


TABLA N.-2
FACTORES MATERNO- FETALES

FACTORES MATERNO- FETALES	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
-antecedentes obstétricos desfavorables: óbito fetal, mortinato.	0	0%
-riesgo de transmisión vertical.	6	1.3%
Preeclampsia, eclampsia o síndrome de HELLP	35	7.5%
TOTAL	41	8.8%

FUENTE: Formulario de recolección de datos
AUTORA: Karla Andreina Calvas

En este cuadro podemos notar que en cuanto a los factores tipo materno- fetales, con mayor porcentaje se encuentran los Trastornos hipertensivos, con un 7.5%, seguido de riesgo de trasmisión vertical en 1.3%, donde se incluye riesgo de transmisión por condilomatosis, y herpes genital.

GRÁFICO N.-2

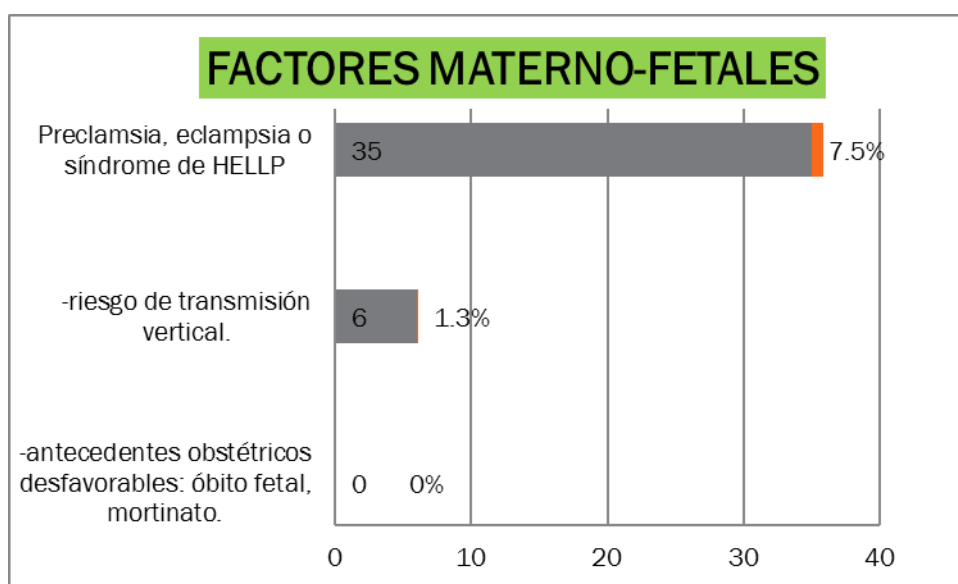


TABLA N.-3
FACTORES OBSTÉTRICOS

FACTORES OBSTÉTRICOS	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
Distocias dinámicas del trabajo de parto	7	1.5%
Desproporción céfalo pélvica	69	14.9%
Desprendimiento prematuro de placenta	6	1.3%
Placenta previa oclusiva o parcial	4	0.9%
Prolapso de cordón	1	0.2%
Ruptura Prematura de membranas	12	2.6%
TOTAL	99	21.4%

FUENTE: Formulario de recolección de datos
AUTORA: Karla Andreina Calvas

Dentro los factores obstétricos en primer lugar se encuentra la desproporción céfalo-pélvica con un 14.9%, seguido de ruptura prematura de membranas con un 2.6% seguido de distocias dinámicas del trabajo de parto con un 1.5% del total de los casos, mientras que las demás indicaciones no muestran valores significativos.

GRAFICO N.-3

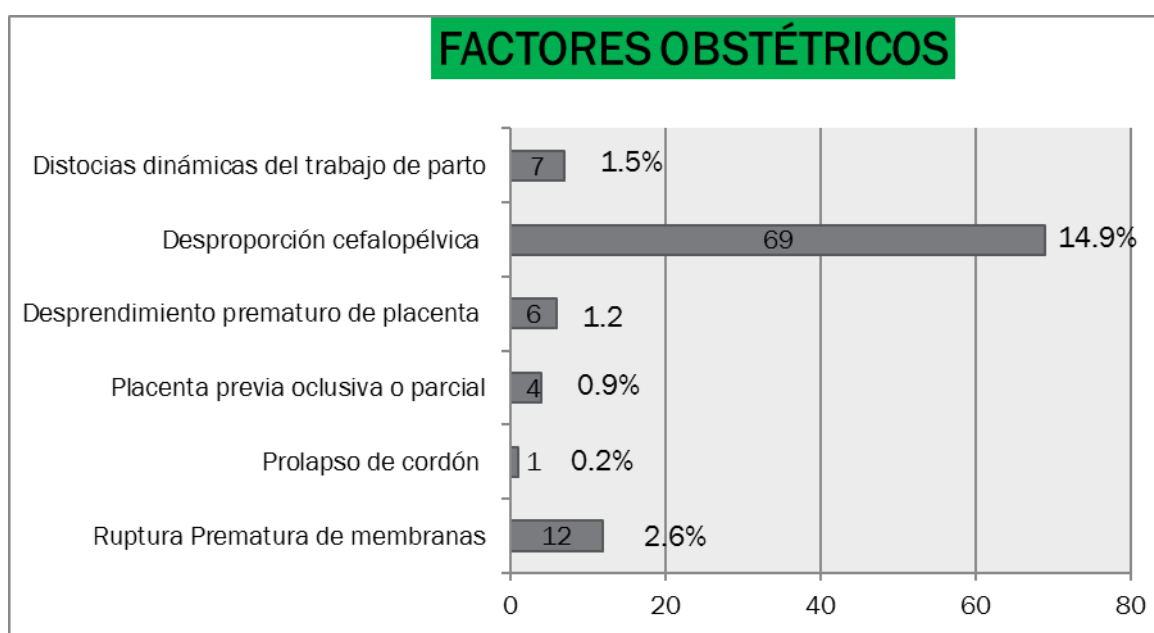


TABLA N.-4
FACTORES FETALES

FACTORES FETALES	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE%
Compromiso del bienestar fetal	110	23.7%
Distocias de presentación	70	15.0%
Embarazo múltiple con distocia de presentación	9	1.9%
Malformaciones fetales	3	0.7%
Macrosomía fetal	3	0.7%
TOTAL	195	42.0

FUENTE: Formulario de recolección de datos
AUTORA: Karla Andreina Calvas

En relación a los factores fetales sobresale el compromiso del bienestar fetal con un 23.7%, seguido con un 15.0% de las distocias de presentación, y tercer lugar encontramos el embarazo múltiple con distocia de presentación que representa el 1.9% del total de los casos.

GRÁFICO N.-4

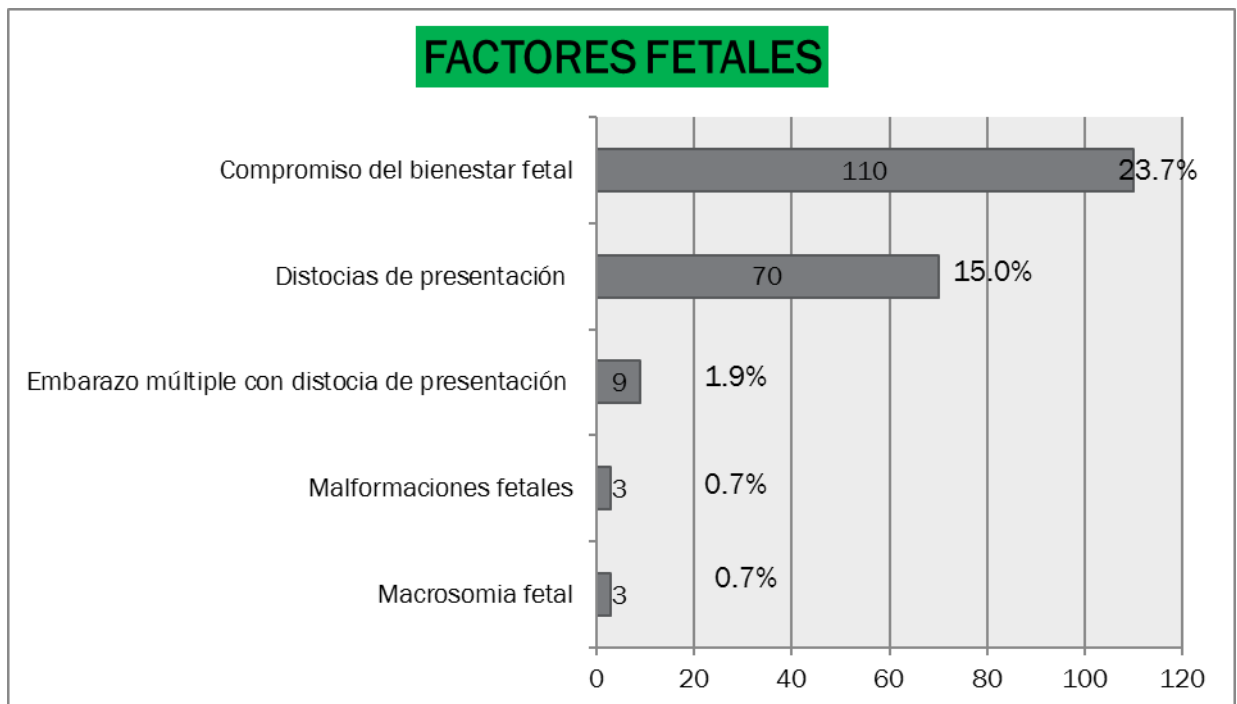


TABLA N.-5
FACTORES MATERNOS

FACTORES MATERNOS	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE %
Tumores benignos o malignos del canal de parto	0	0%
Cesárea anterior	127	27.5%
Compromiso del bienestar Materno : insuficiencia cardiaca o respiratoria	0	0%
Psicosis, retardo mental, alteraciones de la conciencia	2	0.4%
TOTAL	129	27.9%

FUENTE: Formulario de recolección de datos

AUTORA: Karla Andreina Calvas

En cuanto a los factores maternos, con mayor porcentaje se encuentra la cesárea anterior, con 27.5, el factor psicosis, retardo mental solo se obtuvo el 0.4%, mientras que en las demás indicaciones no se encontraron casos.

GRÁFICO N.-4

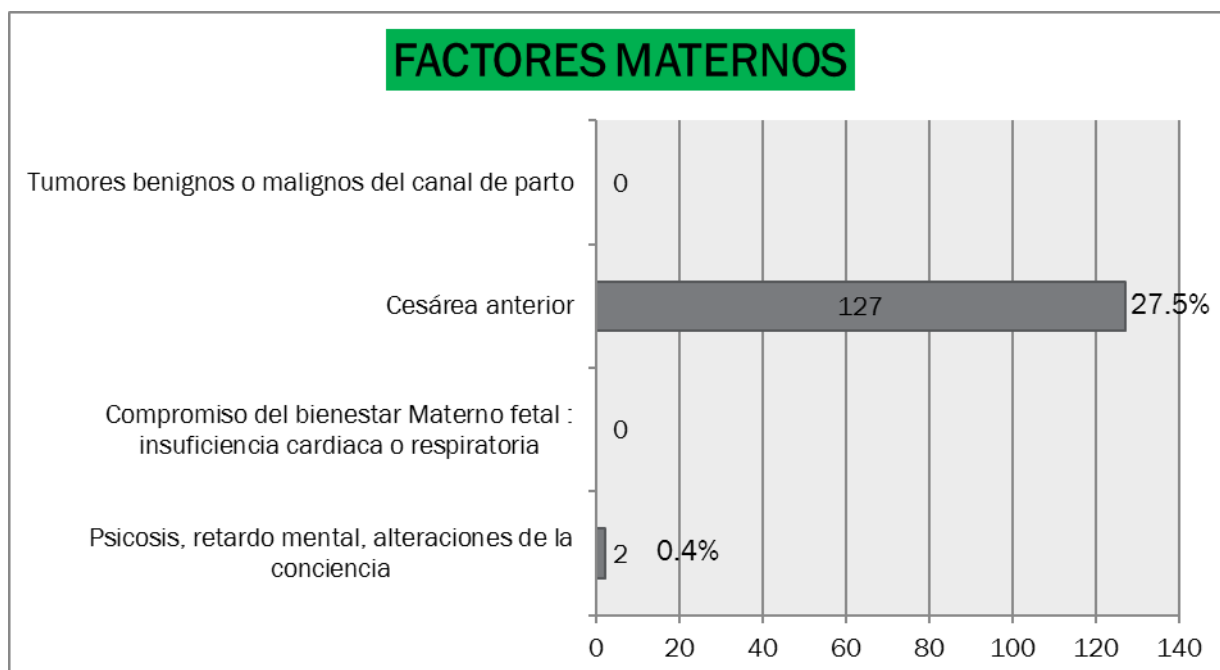


TABLA N.-6

PRINCIPALES INDICACIONES DE CESÁREAS

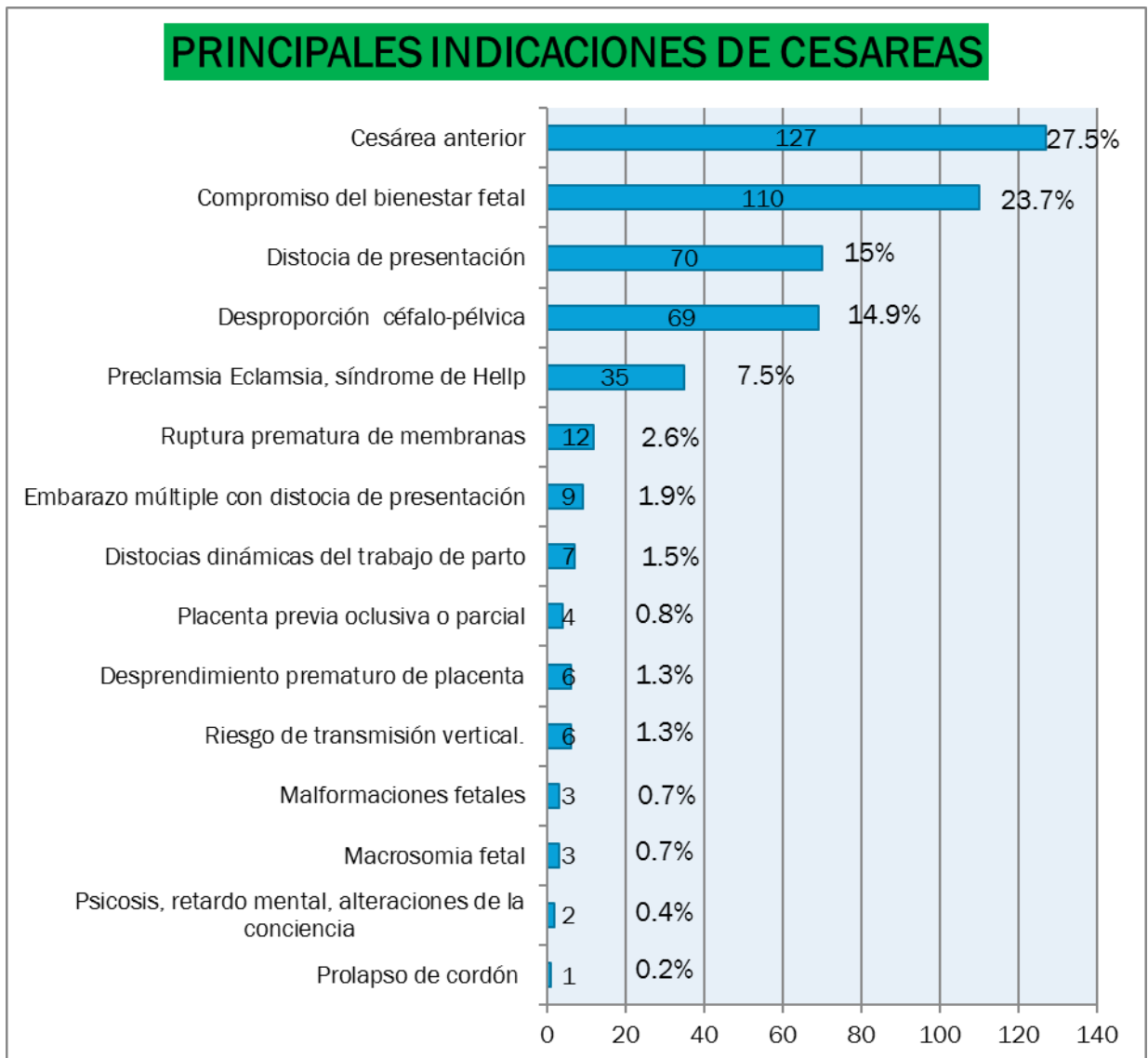
CAUSAS	CASOS	PORCENTAJE
Cesárea anterior	127	27.5%
Compromiso del bienestar fetal	110	23.7%
Distocia de presentación	70	15.0%
Desproporción céfalo-pélvica	69	14.9%
Preeclampsia Eclampsia, síndrome de Hellp	35	7.5%
Ruptura prematura de membranas	12	2.6%
Embarazo múltiple con distocia de presentación	9	1.9%
Distocias dinámicas del trabajo de parto	7	1.5%
Placenta previa oclusiva o parcial	4	0.8%
Desprendimiento prematuro de placenta	6	1.3%
Riesgo de transmisión vertical.	6	1.3%
Malformaciones fetales	3	0.7%
Macrosomía fetal	3	0.7%
Psicosis, retardo mental, alteraciones de la conciencia	2	0.4%
Prolapso de cordón	1	0.2%
TOTAL	464	100%

FUENTE: Formulario de recolección de datos

AUTORA: Karla Andreina Calvas

En relación a esta tabla podemos notar que la principal causa de cesárea constituye la cesárea anterior, 27.5.0%, seguido del compromiso de bienestar fetal con 23.7%, distocia de presentación 15.0%, desproporción céfalo pélvica 14.9%, Trastornos hipertensivos durante el embarazo con un 7.5% y ruptura prematura de membranas con un 2.6% las demás causas no tienen valores significativos.

GRÁFICO N.-6



7. DISCUSIÓN

Luego de la revisión y análisis de las Historias clínicas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Isidro Ayora de Loja, tomando en cuenta los datos de las madres que terminaron su embarazo por cesárea, lo primero a considerar es el porcentaje de cesáreas, mismo que sobrepasa lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud, el mismo que determina un rango entre (10-15%) mientras que en el Hospital Isidro Ayora de Loja, en el año 2014, el porcentaje es del 48%. Además según un boletín dado por el Ministerio de salud Pública, en el año 2014, los mayores porcentajes de cesáreas, (>35%) se reportaron en las Provincias de Manabí, Los Ríos, Guayas y El Oro. Pero no se nombra a la provincia de Loja. Esto es motivo suficiente para por medio del presente trabajo informar sobre la realidad en nuestro medio.

Al concluir este estudio determinamos que dentro de los factores más frecuentes para la realización de cesáreas, se encuentran los factores fetales representando un 42.0%, seguido de los factores maternos con un 27.9%, en tercer lugar se encuentran los factores obstétricos con un 21.4%, por último los factores materno- fetales con un 8.8%.

En un estudio realizado, de 18 unidades de salud del Ecuador, con una muestra de 12484 mujeres, realizado por la Organización mundial de la salud en el año 2006 concluyo lo siguiente, los principales factores para la realización de cesárea en este estudio se relacionaron con factores materno-fetales (81.9%) maternos (48.7 %), fetales (37%) del total de los casos obtenidos, pudiendo cada paciente presentar una o varias de estas. Indicaciones. Estos datos difieren en relación a la presente investigación, puesto que los principales factores son los factores fetales.

En relación a los factores materno- fetales se concluyó que la principal indicación de cesárea representan los Trastornos hipertensivos, con un 7.5% en otros estudios como el realizado por Barriga, A., Bautista, P., Sánchez, J., & Navarro, J. R. (2011) sobre INDICACIÓN DE CESÁREA EN EL INSTITUTO MATERNO INFANTIL (IMI) BOGOTÁ – COLOMBIA, demostró que trastornos hipertensivos del embarazo corresponden al 15,5%, de las cesáreas realizadas siendo una de las principales indicaciones, los trastornos hipertensivos aumentan la mortalidad materna si no son

controlados adecuadamente, y en muchos de los casos, la vía más segura para evitar dichas complicaciones es terminar el embarazo por cesárea, apegándose a los protocolos establecidos

Dentro los factores obstétricos en primer lugar se encuentra la desproporción céfalo-pélvica con un 14.9%, Las anomalías de la pelvis femenina, son el factor más importante para impedir un trabajo de parto adecuado, sin embargo, la evaluación de la pelvis materna con respecto al feto es una medición subjetiva que puede reflejarse en un aumento de diagnósticos de desproporción céfalo-pélvica sin que estos realmente, según un estudio publicado por la revista médica dominicana (2010) en EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA LA ALTAGRACIA, HIGUEY, República Dominicana, la desproporción cefalo-pelvica ocupa el segundo el segundo lugar de las indicaciones de cesárea con un 12.3% de la muestra, comprendida por 1035 pacientes cesareadas.

El compromiso del bienestar fetal es considerado una indicación absoluta para la realización de cesárea en ausencia de condiciones para parto vaginal, puede ser causado por factores transitorios (hiperestimulación uterina, hipotensión materna, compresión del cordón), o bien por factores permanentes e irreversibles (insuficiencia placentaria, desprendimiento de placenta, prolapso de cordón). Dentro de este estudio el compromiso del bienestar fetal corresponde al 23.7%, del total de los casos, siendo la segunda indicación más frecuente de cesárea. Patiño, Pineda, & Polo, (2010), en su estudio titulado “PREVALENCIA Y CORRELACIÓN CLÍNICO - QUIRÚRGICO DE CESÁREAS EN EL HOSPITAL “JOSÉ CARRASCO ARTEAGA” de la ciudad de Cuenca, describe al compromiso del bienestar fetal como una de las principales indicaciones de cesárea, siendo su frecuencia de 10.48% (n=37).

En cuanto a los factores maternos, con mayor porcentaje se encuentra la cesárea anterior, con 27.5%, estos datos se relaciona con un estudio realizado sobre la Prevalencia y causas de cesárea en pacientes del servicio de Ginecología y Obstetricia del H.C.A.M. en el primer semestre de 2013, en el cual la principal indicación de cesárea en este estudio estuvo representado por la cesárea anterior con un 40,2%, (Dávila, 2014), al igual que en este estudio la actitud a seguir en el Hospital Regional Isidro Ayora, es realizar cesárea a toda paciente con antecedente de cesárea anterior, Esto nace del aforismo de Craigin en 1916 que menciona “después de cesárea, siempre

cesárea”, que se mantenido vigente por mucho tiempo. Sin embargo, se han realizado investigaciones donde se demuestra que el parto vaginal posterior a cesárea puede ser una opción segura, siempre y cuando se sigan los protocolos ya establecidos y sea dirigido por profesionales especializados.

Varios investigadores han mostrado la factibilidad del logro de la disminución significativa en las tasas institucionales de cesáreas, sin aumentar las de morbilidad y mortalidad tanto materna como neonatal. Los programas que pretenden disminuir el número de cesáreas, se han dedicado a la instrucción de médicos, la revisión por colegas, el alentar una prueba con trabajo de parto con antecedente de cesárea transversa, y el restringir las cesáreas por distocias, solo a las mujeres que satisfacen los criterios estrictamente definidos .(Cunningham et al., 2011)

8. CONCLUSIONES

Al terminar el presente trabajo investigativo se llegó a las siguientes conclusiones.

- ✓ Entre los principales factores para la realización de cesáreas, se encuentran los factores fetales, seguido de los factores maternos, obstétricos, y por último los factores materno-fetales.
- ✓ En relación a los factores tipo materno- fetales, como principal indicación de encuentran los Trastornos hipertensivos del embarazo (Preeclampsia, eclampsia o síndrome de HELLP), seguido de riesgo de transmisión vertical, donde constituye riesgo de transmisión, por condilomatosis y herpes genital
- ✓ Dentro los factores obstétricos en primer lugar se encuentra la desproporción céfalo- pélvica, seguido de la ruptura prematura de membranas, distocias dinámicas del trabajo de parto, mientras que las demás indicaciones no mostraron valores significativos.
- ✓ En cuanto a los factores maternos, podemos concluir que la cesárea anterior, constituye la primera indicación de cesárea, le sigue el factor psicosis, retardo mental, mientras que en las demás indicaciones no se encontraron casos.
- ✓ En relación a los factores fetales se determinó que las principales indicaciones de cesáreas fueron: compromiso del bienestar fetal, distocias de presentación, y el embarazo múltiple con distocia de presentación que representa el 4.6% de los casos.
- ✓ En general se concluyó que las principales indicaciones de cesárea en el Hospital regional Isidro Ayora de Loja, descritas a continuación según el número de casos que se encontró fueron: cesárea anterior, compromiso de bienestar fetal, distocia de presentación, desproporción céfalo-pélvica, Trastornos hipertensivos durante el embarazo y ruptura prematura de membranas.

9. RECOMENDACIONES

- 1.** Que se cumpla con los estándares internacionales y se realice una exhaustiva revisión de los protocolos para la realización de cesárea.
- 2.** Realizar una evaluación obstétrica integral y objetiva para determinar la conducta a seguir, todo ello con el fin de disminuir aquellas cesáreas que pueden ser evitables.
- 3.** Educar a las madres sobre el proceso del parto, durante los controles prenatales y dar a conocer los riesgos y beneficios de las cesáreas.
- 4.** Fomentar la importancia del adecuado control prenatal desde el inicio del embarazo, de esta forma hacer captación temprana de los factores de riesgo que puedan influir en la forma de culminación del embarazo.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Aguilera, S. P., & Soorhill, P. (2014). Control Prenatal. *Revista Médica Clínica Londres*, 880–883.
2. Arieta, A., & García, A. (2012). El aumento de las cesáreas en los hospitales públicos: Un análisis de la capacidad hospitalaria y de los incentivos médicos. *Boletín ETES Ecuador N° 002oletin Infotmativo, N.-73*.
3. Barriga, A., Bautista, P., Sánchez, J., & Navarro, J. R. (2011). INDICACIÓN DE CESÁREA EN EL INSTITUTO MATERNO INFANTIL (IMI) BOGOTÁ - COLOMBIA. *Fac Med*.
4. Cunningham, G., Leveno, K., Bloom, S., Hauth, J., Dwight, R., & Spong, C. (2011). *WILLIAMS OBSTETRICIA. Parto por Cesárea*. (M. Graw-Hill, Ed.) (23 EDICIÓN).
5. Dávila, G. (2014). *Prevalencia y causas de cesárea en pacientes del servicio de Ginecología y Obstetricia del H.C.A.M.* Universidad San Francisco de Quito.
6. E., A. (2009). Técnicas quirúrgicas para la cesárea. *La Biblioteca de Salud Reproductiva de La OMS*.
7. Gómez, O. (2004). El secuestro de Lucina (o cómo detener la epidemia de cesáreas.). *Salud Pública de México, vol.46 no.*
8. Gómez, P., Hernández, J., Martínez, J., & García, E. (n.d.). Cesárea Riesgos y Beneficios. *Medigraphic*.
9. Hospital Regional Isidro Ayora de Loja. (2011). Anuario de Egresos Hospitalarios.
10. Jauregui, M. (2012). *Principales causas de Cesárea en la Fundación Humanitaria Pablo Jaramillo*. Universidad del Azuay.
11. Matamoro, M. (2013). Cesárea y Ligadura Tubárica. *Servicio de Obstetricia Y Ginecología Hospital Universitario Virgen de Las Nieves Granada*.
12. Matus, C. (2011). CRITERIOS DE INDICACIÓN DE INTERVENCIÓN CESÁREA. *Hospital Regional de Arica “Dr. Juan Noé Crevani, 5–8*.
13. Ministerio de Salud Pública. (2008). Cesárea. *Compente Normativo Materno-Neonatal ., 193–199*.
14. Ministerio de Salud Pública. (2014). EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS. *Boletín ETES Ecuador N° 002, 1–2*.
15. Ministerio de Salud Publica del Ecuador. (2008). Control Prenatal. *Componente Normativo Materno, 26–37*. Retrieved from <http://www.conasa.gob.ec/codigo/publicaciones/MaternoNeonatal/2.Componente Normativo Materno.pdf>
16. Montesdeoca, D. (2011). Epidemia de Cesárea.
17. Mora, D., Pineda, A., & Polo, D. (2010). *DE PREVALENCIA Y*

- CORRELACIÓN CLÍNICO - QUIRÚRGICO DE CESÁREAS EN EL HOSPITAL “JOSÉ CARRASCO ARTEAGA. Universidad de Cuenca.*
18. Morales, R. M. (2008). Medicalización e industria del nacimiento (pp. 252–153). Quito: Rispergraf.
 19. Nápoles, D., & Piloto, M. (2012). Consideraciones actuales sobre la operación cesárea. *MEDISAN, vol.16 no.*
 20. Organización Mundial de la Salud, D. de S. R. e I. (2015). Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea, 2–4.
 21. Paima, R. (2011). *Prevalencia y asociación entre la cesárea no programada y la depresión postparto en postcesareadas adolescentes en el instituto Nacional Materno perinatal.* Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA
 22. Parra, M. (2003). El Control Prenatal. *Obstetricia Integral Siglo XXI*, 80.
 23. Patiño, D., Pineda, A., & Polo, D. (2010). DE PREVALENCIA Y CORRELACIÓN CLÍNICO - QUIRÚRGICO DE CESÁREAS EN EL HOSPITAL “JOSÉ CARRASCO ARTEAGA.” *Repositorio Dgital de La Universidad de Cuenca*, <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/5>.
 24. Ros, C., Bellart, J., & Hernández, S. (2007). Protocolo de Cesáreas. *PROTOCOLS MEDICINA FETAL I PERINATAL SERVEI DE MEDICINA MATERNOFETAL – ICGON – HOSPITAL CLÍNIC BARCELONA*, 4–6.
 25. Salas, B., Yépez, fe., Freire, f. M. de L., Hermida, J., Ayabaca, P., & Chávez, M. (2008). LECCIONES APRENDIDAS POR LOS EQUIPOS DE MCC PARA LOGRAR LA APLICACIÓN DE PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA EN CUIDADO OBSTÉTRICO Y NEONATAL ESENCIAL. *Ministerio de Salud Pública Del Ecuador*, 1–63.
 26. Salas, B., Yépez, E., & Freire, M. D. L. (2008). Componente normativo materno neonatal. LECCIONES APRENDIDAS POR LOS EQUIPOS DE MCC PARA LOGRAR LA APLICACIÓN DE PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA EN CUIDADO OBSTÉTRICO Y NEONATAL ESENCIAL, CONE. *Ministerio de Salud Pública Del Ecuador*, (Mcc), 1–63. Retrieved from <http://www.prenatal.tv/lecturas/ecuador/6. Lecciones Aprendidas.pdf>
 27. Schapp, C., Sepúlveda, E., & Robert, J. (2014). OPERACIÓN CESÁREA (pp. 987–988).
 28. Secretaría de Salud de México. (2002). Lineamiento técnico cesárea. *Dirección General de Salud Reproductiva*, 20–22
 29. Tasas de cesáreas: análisis de los estimados regionales y nacionales. (2007). *Revista Panamericana de La Salud Publica*, vol.21 n.4.
 30. UNIVERSIDAD DE CHILE. (2007). Cesárea. *DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA-OBSTETRICIA. SEMINARIOS DE INTERNADO.*
 31. Uzcátegui, O. (2008). Estado actual de la cesárea. *Gaceta Médica de Caracas*, v.116 n.4.
 32. Vergara, G. (2009). Cesárea. *Protocolos. Maternidad Rafael Calvo.*

11. ANEXOS

			INDICACIONES DE CESAREA		SI	NO
FECHA			FACTORES MATERNOS	Tumores benignos o malignos del canal del parto		
				Cesárea anterior		
EDAD				Compromiso o bienestarmaterno fetal: insuficiencia cardíaca o respiratoria		
				Psicosis, retardo mental, alteraciones de la conciencia		
ESCOLARIDAD	PRIMARIA		FACTORES FETALES	Sufrimiento fetal		
	SECUNDARIA			Distocias de presentación		
	SUPERIOR			Embarazo múltiple con distocia de presentación		
	ANALFABETA			Malformaciones fetales		
ESTADO CIVIL	SOLTERA		FACTORES MATERNO-FETALES	Antecedentes obstétricos: óbito fetal, mortinato,		
	VIUDA			Riesgo de transmisión vertical.		
	CASADA			Preclamsia, eclampsia o síndrome de HELLP,		
	DIVORCIADA					
UNION LIBRE			FACTORES OBSTETRICOS	Distocias dinámicas del trabajo de parto		
				Desproporción cefalopélvica.		
PROCEDENCIA	URBANO			Desprendimiento prematuro de placenta grado II		
	RURAL			Placenta previa oclusiva o parcial		
NUMERO DE CONTROLES				Prolapso de cordón umbilical		
				Ruptura prematura de membranas		

ÍNDICE

CERTIFICACIÓN	ii
AUTORÍA	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DEL AUTOR PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO.....	vi
1. TITULO	1
2.-RESUMEN.....	2
SUMMARY	2
3.- INTRODUCCIÓN.....	4
4.- REVISIÓN DE LITERATURA	7
4.1 CESÁREA	7
4.1.1 DEFINICIÓN	7
4.1.2 HISTORIA.....	¡Error! Marcador no definido.
4.1.3 EPIDEMIOLOGIA.....	8
4.2 TIPOS DE CESÁREAS.....	9
4.3 INDICACIONES PARA CESÁREA	10
4.3.1 INDICACIONES ABSOLUTAS.....	11
4.3.2. INDICACIONES RELATIVAS	11
4.3.3. INDICACIONES SEGÚN ORIGEN DE LA CAUSA:.....	12
4.4. DESCRIPCIÓN DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE CESÁREAS	13
4.4.1. DESPROPORCIÓN CEFALO-PÉLVICA.....	13
4.4.2. CESÁREA PREVIA	13
4.4.3. SUFRIMIENTO FETAL.....	14
4.4.4. RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	15
4.4.5 DISTOCIA DE PRESENTACIÓN.....	16
4.5 COMPLICACIONES.....	17
4.5.1. PROPIAS A TODO ACTO OPERATORIO.....	17
4.5.2 PROPIAS DEL PUERPERIO	17

4.5.3 COMPLICACIONES INTRA OPERATORIAS:.....	18
4.5.4. COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS MEDIATAS:.....	18
4.5.5. COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS TARDÍAS:	19
4.6 RIESGOS Y BENEFICIOS DE LA CESÁREA	19
4.7. ASPECTOS ÉTICOS EN RELACIÓN A LA CESÁREA.....	21
4.8. CONTROL PRENATAL	22
4.8.1. DEFINICIÓN	23
4.8.2. ACTIVIDADES A REALIZAR EN EL CONTROL PRENATAL.....	23
5.-METODOLOGIA	27
5.1. TIPO DE ESTUDIO:.....	27
5.2. ÁREA DE ESTUDIO.....	27
5.3. POBLACIÓN Y MUESTRA	27
5.3.1. Criterios de inclusión	27
5.3.2. Criterios de exclusión.....	27
5.5. FUENTES DE INFORMACIÓN	28
5.6. PROCEDIMIENTO	28
5.7 PLAN DE ANÁLISIS	28
6. RESULTADOS	29
7. DISCUSIÓN.....	36
8. CONCLUSIONES	39
9. RECOMENDACIONES	40
10. BIBLIOGRAFÍA	41
11. ANEXOS	43