UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

Carrera de Medicina Humana

TÍTULO

CAUSAS Y FRECUENCIA DE CESÁREA EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL MUNICIPAL JULIA ESTHER GONZÁLEZ DELGADO DURANTE EL AÑO 2015

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO GENERAL

AUTORA

Cristina Carlota Fernández Huaca

DIRECTOR

Dr. Eduardo Bolívar Samaniego Cárdenas, Mg. Sc.

LOJA – ECUADOR
2017

CERTIFICACIÓN

Dr. Eduardo Bolívar Samaniego Cárdenas, Mg. Sc.

DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICO:

Que luego de haber dirigido el trabajo investigativo titulado **"CAUSAS Y FRECUENCIA DE CESÁREA EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL MUNICIPAL JULIA ESTHER GONZÁLEZ DELGADO DURANTE EL AÑO 2015"** de autoría de la Srta. Cristina Carlota Fernández Huaca, estudiante de la carrera de Medicina Humana previa a la obtención del título de Médico General y por considerar que ha sido revisada en su integridad y ha sido concluida en su totalidad; autorizo su presentación final ante el tribunal respectivo.

Loja, 30 de Enero del 2017

Atentamente,

.....

Dr. Eduardo Bolívar Samaniego Cárdenas, Mg. Sc.
DIRECTOR DE TESIS

AUTORÍA

Yo Cristina Carlota Fernández Huaca. Declaro ser autora 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 acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional- Biblioteca Virtual.

Autora: Cristina Carlota Fernández Huaca.

Firma: .....

Cédula: 1105590200

Fecha: 30 de enero del 2017

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Cristina Carlota Fernández Huaca, autora de la Tesis titulada **"CAUSAS Y FRECUENCIA DE CESÁREA EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL MUNICIPAL JULIA ESTHER GONZÁLEZ DELGADO DURANTE EL AÑO 2015".** Autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que, con fines estrictamente académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad d su contenido en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en 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 copias de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los treinta días del mes de enero del dos mil diecisiete, firma su autora.

Firma: .....

Autora: Cristina Carlota Fernández Huaca.

Cédula: 1105590200

Dirección: Loja (Ciudad Victoria)

Correo electrónico: criss_fer_10@hotmail.com

Teléfono: 0991071312

DATOS COMPLEMENTARIOS

Director de Tesis: Dr. Eduardo Bolívar Samaniego Cárdenas, Mg. Sc.

Tribunal de Grado:

Presidente: Dr. Richard Orlando Jiménez Mg, Sc

Miembro: Dr. Tito Goberth Carrión Dávila Mg, Sc

Miembro: Dra. María de los Ángeles Sánchez Tapia Esp.

DEDICATORIA

A Dios por guiarme en mi Carrera estudiantil y a las personas a quien debo todo lo que soy, a quienes están en cada uno de mis logros y derrotas. Aquellos que son el pilar fundamental en mi vida que, con su amor, apoyo incondicional, paciencia y ejemplo de superación han logrado que hoy yo alcance esta meta. A mi madre, quien constituyó mi mayor ejemplo de superación, contribuyo en mi crecimiento personal y espiritual, que desde los cielos ha vigilado y guiado cada paso que he dado, a ti mama que te amo y extraño tanto, ¡Gracias por tu infinito amor!! . En general a toda mi familia hermanos, sobrina, tíos. LOS AMO

A mi Tutor, por el apoyo, paciencia y dedicación brindada en la realización de este trabajo investigativo.

Cristina Carlota Fernández Huaca

AGRADECIMIENTO

Primeramente, quiero agradecer a Dios, el ser incondicional en mi vida, y quien me ha permitido llegar hasta aquí. En segundo lugar, a mis padres quienes me apoyaron en esta larga trayectoria de estudio, y estuvieron conmigo en los momentos más difíciles; impulsándome a seguir adelante.

Mi más sincero agradecimiento a los docentes y autoridades de esta prestigiosa universidad que día a día con su esfuerzo y dedicación estuvieron aptos y prestos para impartir sus conocimientos y formar profesionales de calidad. Un especial agradecimiento al Director de este trabajo de Tesis, al Dr. Eduardo Samaniego Cárdenas, por su paciencia, voluntad y sabios criterios supieron conducirme en la presente investigación, así mismo al Centro Materno Infantil Municipal de Loja 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.

ÍNDICE

CARÁTULA……..…… i
CERTIFICACIÓN ii
AUTORÍA..... iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN.....iv
DEDICATORIA iv
AGRADECIMIENTO.....vi
ÍNDICE vii
1. TÍTULO 1
2. RESUMEN.....2
SUMMARY 3
3. INTR0DUCCIÓN 4
4. REVISIÓN DE LA LITERATURA 7
4.1 Cesárea 7
4.1.1 Definición 7
4.1.2 Historia.....7
4.1.3 Epidemiologia 8
4.1.4 Tipos de cesáreas 10
4.1.5 Indicaciones para cesárea.....12
4.1.6 Indicaciones según la causa 13
4.2 Descripción de las Principales Indicaciones de Cesáreas 14
4.2.1 Cesárea previa 14
4.2.2 Distocias ocasionadas por patologías del útero y anexos 15
4.2.3 Distocias Vaginales y Vulvares 15
4.2.4 Distocias pélvicas oseas.....16
4.2.5 Distocias de presentación.....17
4.2.6 Macrosomía fetal 20
4.2.7 Parto múltiple.....21
4.2.8 Distocias por anomalías de los anexos ovulares 21
4.3 Sufrimiento fetal 22
4.4 Ruptura prematura de membranas 22
4.5 Beneficios y Riesgos de cesárea 23

4.5.1 Beneficios para la madre 23
4.5.2 Beneficios para el feto 24
4.5.3 Riesgos para la madre 24
4.5.4 Riesgos para el Feto 25
5. METODOLOGÍA 27
6. RESULTADOS 30
7. DISCUSIÓN 37
8. CONCLUSIONES 40
9. RECOMENDACIONES 41
10. BIBLIOGRAFÍA 42
11. ANEXOS 45

1. TÍTULO

“CAUSAS Y FRECUENCIA DE CESÁREA EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL MUNICIPAL JULIA ESTHER GONZÁLEZ DELGADO DURANTE EL AÑO 2015”

2. RESUMEN

El presente trabajo de investigación es causas y frecuencia de cesárea en el centro materno infantil municipal julia esther gonzález delgado durante el año 2015.El objetivo general es determinar la prevalencia y las causas asociadas a la realización de cesáreas en el centro materno durante el año 2015, los objetivos específicos son: determinar la prevalencia y estratificar por grupo etario, establecer la edad gestacional más frecuente, por el cual las pacientes fueron sometidas a cesárea e identificar las principales causas de cesárea: materno, fetales, materno-fetales y obstétricos. Es un estudio descriptivo, retrospectivo con enfoque cuantitativo. El universo fue de 217 pacientes, durante el año 2015 de las cuales 200 historias clínicas cumplen con los criterios de inclusión. En cuanto a los resultados se obtuvo: una prevalencia de 92.17, el grupo etario con mayor porcentaje es 44,50% entre 16-23 años de edad, los factores maternos representaron las principales causas para la realización de cesárea con 43.02%, seguido de factores obstétricos con un 28,2%. La principal indicación para esta intervención es la cesárea anterior con 40%, desproporción céfalo-pélvica 23,5%, distocia de presentación 6%. Se demostró que la tasa de cesáreas supera lo recomendado por la OMS y entre las principales causas se encuentran las maternas, seguido de las obstétricos; la cesárea anterior, es la principal indicación de parto por cesárea, seguido por desproporción céfalo-pélvica, el grupo etario en el cual más se realizó esta intervención fue entre 16-23 años y la edad gestacional más frecuente fue 37-41 semanas.

Palabras clave: Cesárea, Causas maternos, fetales, obstétrico

SUMMARY

The present research paper called causes and frequency of cesarean section in the municipal maternal childhood municipal julia esther gonzalez delgado during the year 2015.The general objective is to determine the prevalence and causes associated with the accomplishment of caesarean sections in the maternal center during the year 2015 , while the specific objectives are to determine the prevalence and to stratify by age group, establishing the most frequent gestational age, by which the patients underwent cesarean section and identify the main causes of cesarean : maternal ,fetal ,maternal-fetal and obstetric . This is a descriptive and retrospective study with a quantitative approach. In the universe was 217 patients, during the year 2015 of which 200 clinical histories meet the inclusion criteria. As for the results, a prevalence of 92.17% was obtained, the age group with the highest percentaje was 44.50% between 16-23 years of age and the maternal factors represented the main causes for cesarean section with 43.02%, followed of Obstetric factors with 28.2%. The main indication for this intervention is the previous cesarean section with 40%, cephalopelvic disproportion 23.5%, presentation dystocia 6%,It was demonstrated that the cesarean rate exceeds what is recommended by OMS and among the main causes are the maternal, followed by obstetric ones; the previous cesarean section is the main indication of cesarean delivery, followed by cephalopelvic disproportion, the age group in which this intervention was performed more frequently was between 16-23 years and the most frequent gestational age was 37-41 weeks..

KEYWORDS: Caesarean section, Maternal causes, fetal, obstetric.

3. INTRODUCCIÓN

La operación cesárea es un método que se desarrolló e implementó alrededor del mundo para reducir la morbimortalidad neonatal, perinatal y materna bajo ciertas circunstancias que dificultaban el parto vaginal de un producto de la gestación o que precisaban una terminación del embarazo de forma emergente. La cesárea consiste en la extracción del producto a través de una incisión quirúrgica en la pared anterior del abdomen y útero. 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 aumentando, 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.

Según la OMS el porcentaje de cesáreas a nivel mundial debería ser del 15 %, lo que representa cerca de 20 millones de partos por cesárea cada año, hoy en día la prevalencia de la misma se encuentra en la mayor parte del mundo por encima de ese rango, y, además, se realizan procedimientos cesárea por petición materna. A nivel mundial para el año 2014, la cesárea es realizada en un alto porcentaje de embarazadas; Europa se reporta en un 21%, Estados Unidos 26 %, Australia 23%.

En Estados Unidos (EEUU) la primera indicación es la cesárea anterior (8,5 %) le siguen distocias (7,1 %), presentación podálica (2,6 %), sufrimiento fetal (2,3 %) y otras (3,2 %). En la primera cesárea no hay indicación reportada entre un 3 5 % a 7 %, otras fueron pedidas por las pacientes o recomendadas por el médico.

En Latinoamérica casi cuatro de cada diez partos se realizan por cesárea situándose alrededor de (38,9%). Brasil, con 200 millones de habitantes, tiene un promedio de 54% de partos por cesáreas. En los servicios privados, la cifra se dispara por sobre el 80%, convirtiéndolo en lugar del mundo donde más se realiza esta intervención. Altas tasas de

cesáreas se registraron también en República Dominicana (44%), Colombia (43%), México (39%) y Chile (37%). En el Ecuador en el año 2014, el índice de cesáreas en el país se ubicó en 41%, según Jakeline Calle, Gerenta Institucional de Implementación de Disminución de Mortalidad Materna del Ministerio de Salud Pública (MSP). La cifra supera el índice de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en Pichincha se registró 7 184 cesáreas, en el 2014, frente a 17 811 partos naturales. Guayas registra la cifra más alta de cesáreas con 10 580 y los partos naturales suman 15 357. Según datos del MSP la zona 7 que corresponden a las provincias de Loja, el Oro y Zamora Chinchipe presentan 41,92 % partos por cesárea.

En un estudio realizado en la Universidad Católica del Ecuador, del total de las pacientes con cesáreas, la principal indicación fue “cesárea anterior” con el 53,03%, seguido del riesgo de compromiso de bienestar fetal con un 16,05%, 6 patología obstétrica y anomalías de presentación con 11,11%.

En la ciudad de Loja según el INEC para el año 2011el 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%).

El incremento de la tecnología (ecografías, monitoreo electrónico) ha llevado a un alejamiento del parto natural y a un aumento progresivo y del parto por cesárea, sin una mejora sustancial en los resultados obstétricos o neonatales. Es por ello se ha llevado a cabo el presente proyecto de investigación titulado “causas y frecuencia de cesárea en el Centro Materno Infantil Municipal Julia Esther González delgado durante el año 2015”cuyo objetivo general es determinar la prevalencia y las causas de cesárea en el Centro Materno Infantil durante el año 2015; los objetivos específicos son determinar la prevalencia y estratificar por grupo etario, establecer la edad gestacional más frecuente, por el cual las pacientes fueron sometidas a cesárea e identificar las principales Causas de Cesárea: materno, fetales, materno-fetales y obstétricos.

Metodológicamente es un estudio descriptivo retrospectivo con enfoque cuantitativo, que tomo como universo y muestra a 217 historias clínicas pacientes que culminaron su proceso de embarazo mediante cesárea de las cuales 200 cumplen con los criterios de inclusión. Este trabajo se realizó previa 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 obtener los siguientes resultados: una prevalencia de 92.17, el grupo etario con mayor porcentaje es 44,50% entre 16-23 años de edad, los factores maternos representaron las principales causas para la realización de cesárea con 43.02%, seguido de factores obstétricos con un 28,2%. La principal indicación para esta intervención es la cesárea anterior con 40%, desproporción céfalo-pélvica 23,5%, distocia de presentación 6%. Entre las principales causas se encuentran las maternas, seguido de las obstétricos; la cesárea anterior, es la principal indicación de parto por cesárea, seguido por desproporción céfalo-pélvica, el grupo etario en el cual más se realizó esta intervención fue entre 16-23 años y la edad gestacional más frecuente fue 37-41 semanas.

Conociendo cuales son las indicaciones de cesáreas en el Centro Materno Infantil es posible realizar guías de manejo para la culminación de una gestación mediante cesárea, e intentar reducir la prevalencia de las mismas, de igual manera es posible preparar a los médicos para que actúen con una mayor experiencia frente a estas dificultades que se pueden presentar durante la culminación del embarazo.

4. REVISIÓN DE LA LITERATURA

4.1 Cesárea

4.1.1 Definición

La operación cesárea se define como el nacimiento del feto a través de incisiones en las paredes abdominal (laparotomía) y uterina (histerotomía). Esa definición no incluye la extracción del feto de la cavidad abdominal en caso de rotura del útero. Cuando se realiza en el momento de la cesárea, la intervención quirúrgica se denomina cesárea-histerectomía, Si aquella se lleva a cabo poco después de un parto vaginal se llama histerectomía pos parta. (Cunningham, Leveno, Bloom , Hauth, & Dwight, 2011)

4.1.2 Historia

El origen del término cesárea es indefinido, y se han sugerido tres explicaciones principales.

En la primera 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 muchas 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. (Cunningham, G., et al [2011])

La segunda explicación es que la denominación de la operación proviene de una ley Romana creada en el siglo VII a.C, 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. (Cunningham, G., et al [2011])

Esa ley regia, se convirtió después en la Lex cesárea por los emperadores y la intervención quirúrgica en si se conoció como cesárea. El nombre alemán, kaisersnichtt, incisión de káiser, refleja ese origen. (Cunningham, G., et al [2011])

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, G., et al [2011])

4.1.3 Epidemiologia

Los profesionales de la OMS 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)

En el mundo anualmente se realizan aproximadamente 18,5 millones de cesáreas. (Gibbons, y otros, 2010)

La tasa de partos por cesárea ha aumentado consistentemente durante los últimos 50 años, alcanzando en la actualidad cifras del 30% de los nacimientos en comparación con un 5% en los años 60. Esta tasa es extremadamente variable entre distintos países e incluso entre distintas regiones, así como, entre diferentes centros médicos en una determinada región o ciudad. (Schnapp, Sepúlveda, & Roberth, 2014)

En el estudio de Zizza y colaboradores en relación a las cesáreas a nivel mundial se usaron datos de 142 naciones y se encontró que el 47,2% de países tiene una prevalencia de cesáreas >15%, en el 27,5% de países tienen una prevalencia de alrededor del 5% al 15% y en el 25,3% de países tienen una prevalencia menor al 5%. (Zizza, y otros, 2011)

En el mismo estudio, los países de América Latina y el Caribe (20 países) tuvieron un promedio de cesáreas de 23,7%, con cifras que van desde un 3% en Haití, hasta un 41,9% en República Dominicana. (Zizza, y otros, 2011)

En América Latina el porcentaje de cesáreas se sitúa alrededor del 38%. Brasil es el país con mayor tasa de cesáreas del mundo**,** acaparando el 52% de los nacimientos.

Pese a los grandes avances tecnológicos y la preparación de los equipos de salud, la morbimortalidad materna asociada a la cesárea sigue siendo tres veces mayor que la de un parto vaginal. (Dávila, 2014)

Aunque la prevalencia de cesáreas en ciertos países se encuentra dentro del rango recomendado por la OMS o incluso la prevalencia de cesáreas es menor al recomendado, 3,2 millones de cesáreas medicamente justificadas no se están realizando anualmente en 54 países del mundo, en los mismos, las tasas de cesárea fueron < 10% de los cuales 68,5% son países de África (Angola,Niger,Algeria) con 29,6% , Asia (India) y un país de Latino América (Nicaragua) y el Caribe, lo cual aumenta la morbimortalidad materna e infantil y nos indica una posible falta de recursos para realizar el procedimiento; sin embargo el uso excesivo de este procedimiento resulta también en una mayor morbilidad materna y perinatal. (Gibbons, y otros, 2010)

Estadísticas locales

En el Ecuador los partos por cesárea se incrementaron en alrededor del 60% en un promedio de 8 años. A nivel rural es donde más creció esta práctica al pasar del 16,1% (1999-2004) al 31,5% (2007-20012). En el área urbana el porcentaje de cesáreas fue del 44,8%. (Ministerio de Salud Pública &CONASA, 2008)

El incremento de cesáreas se relaciona con una mayor morbilidad y mortalidad materna futura ya que se eleva el riesgo de placenta previa y acretismo placentario, lo que condiciona una mayor posibilidad de hemorragia obstétrica y por lo tanto mayor probabilidad de muerte materna, además de los riesgos quirúrgicos y anestésicos. (Ministerio de salud Pública, 2014)

4.1.4 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.

Este procedimiento se debe programar en lo posible a las 39 semanas de gestación. En este periodo es adecuado porque se evita el riesgo de inmadurez pulmonar fetal y se minimiza el riesgo que implica un inicio espontaneo de trabajo de parto en estas pacientes. (Mexico, 2002)

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. (Mexico, 2002)

C) Según técnica quirúrgica.

- Corporal o clásica.
- Segmento corporal (Tipo Beck).
- Segmento arciforme (Tipo Kerr). (Mexico, 2002)

- **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 importantes en el segmento inferior, placenta previa en cara anterior, miomatosis uterina de grandes elementos y cuando después de la cesárea se realizará una histerectomía. Sus desventajas son: apertura y cierre más difícil, mayor hemorragia, adherencias más frecuentes, histerorrafia menos resistente. (Mexico, 2002)

- **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. Las desventajas de esta técnica no difieren de la anterior. (Mexico, 2002)

- **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. (Mexico, 2002)

4.1.5 Indicaciones para cesárea

La operación cesárea tiene por finalidad la extracción del feto cuando el parto vaginal es imposible o cuando es necesaria la extracción fetal inmediata, sin existir las condiciones para parto vaginal. Esto permite ya distinguir dos tipos de Indicaciones de Cesárea:

1. Indicaciones Absolutas: Son debido a causas inevitables, incorregibles o incuestionables.

2. Indicaciones Relativas: Son para solucionar problemas circunstanciales, es decir que no obligadamente se presentaran en todos los partos de la misma paciente.

Indicaciones absolutas

1. Desproporción pelviofetal evidente y comprobada.
2. Macrosomía fetal sobre 4500 grs.
3. Presentaciones distócicas.
4. Tumores previos.
5. Placenta previa oclusiva.
6. Sufrimiento Fetal (hipoxia) sin condiciones para parto vaginal inmediato.

7. Enfermedad materna severa en que el parto vaginal signifique serio riesgo de complicación o muerte.

8. Antecedente de 2 o más operaciones cesáreas.

9. Antecedente de operaciones Plásticas uterinas o Miomectomia.

Indicaciones relativas

1. Distocias de la dinámica uterina (hiper o Hipodinamia refractaria)

2. Distocias de la progresión del parto: Dilatación estacionaria, Falta de descenso de la presentación, Distocias de Posición, Prueba de trabajo de Parto Fracasada.

3. Antecedente de una operación Cesárea.

4. Algunas Enfermedades Fetales (Malformaciones)

5. Macrosomía fetal (4000 a 4500 grs)

4.1.6 Indicaciones según la causa

Causa Materna:

- Estrechez pelviana con desproporción pelvi-fetal.
- Cáncer cervico uterino.
- Antecedentes de cesárea, plastías, miomectomías, rotura uterina.
- Herpes genital.
- VIH-Sida.
- Síndromes hipertensivos severos.
- Diabetes gestacional complicada.
- Estrechez pélvica con desproporción pelviofetal.
- Tumor Previo

Causa Fetal:

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

Causa ovular:

- Placenta previa oclusiva
- Procidencia o procúbito de cordón
- Desprendimiento prematuro de placenta Infección ovular.
- Oligoamnios severo. (Normas Clinicas CR GC de la Mujer, 2011)

4.2 Descripción de las Principales Indicaciones de Cesáreas

4.2.1 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.

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 (Mexico, 2002)

4.2.2 Distocias ocasionadas por patologías del útero y anexos

Los miomas uterinos localizados en el segmento inferior del útero, y en especial los de la cara posterior, pueden quedar atrapados en la pelvis menor y ocasionar obstrucción mecánica en el segmento uterino. Lo mismo puede ocurrir con los quistes ováricos pediculados grandes, mayores de 10 cm, que ocupen la parte inferior de la pelvis ocasionando la obstrucción mecánica y además el riesgo de ruptura del quiste durante el trabajo de parto. El uso de la ecografía permite identificarlos y la conducta es practicar operación cesárea; si la patología corresponde a miomas no se aconseja la(s) miomectomía (s) durante la cesárea por el gran riesgo de sangrado durante estos procedimientos, a no ser que sea pediculado, ya que en estos tipos de miomas el riesgo de sangrado se minimiza; en lo posible, siempre se deben extirpar los tumores ováricos patológicos. (Pedroza, 2011)

4.2.3 Distocias Vaginales y Vulvares

Las cirugías vaginales previas pueden causar distorsión de los tejidos y riesgos de que la patología anteriormente corregida con el procedimiento quirúrgico vuelva a aparecer. Los

quistes de Gardner grandes pueden extenderse hasta sitios altos de la vagina y causar obstrucción del trabajo de parto. Las grandes condilomatosis vulvovaginales o perineales pueden sufrir laceraciones y desgarros durante el nacimiento, ocasionando hemorragias severas, y en tal sentido pueden considerarse una franca distocia de tejidos blandos. Por último, las lesiones como las fístulas recto o vesicovaginales contraindican el parto vaginal por el riesgo de aumentar el daño preexistente, al igual que infecciones locales de transmisión que pongan en peligro al recién nacido. (Pedroza, 2011)

4.2.4 Distocias pélvicas oseas

4.2.4.1 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 cefalo-pélvica 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 feto-pélvicos limítrofes, después de una prueba de trabajo de parto infructuoso.

El diagnóstico de la desproporción cefalo-pélvica 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. (Pedroza, 2011)

Distocias: Son ocasionadas por alteraciones en la situación, presentación, posición y actitud fetales; macrosomía fetal total o parcial (hidrocefalia, mielo-meningoceles, higromas, tumores abdominales) o número de fetos (embarazo múltiple, siameses). (Pedroza, 2011)

4.2.5 Distocias de presentación

Presentación de pelvis

En estos casos el feto presenta el polo pélvico en vez del polo cefálico para el mecanismo del parto. Ocurre en un 3 a 4% de todos los partos y se asocia con prematurez, malformaciones fetales, miomatosis uterina y placenta previa. El diagnóstico se hace mediante la palpación abdominal al identificar el polo cefálico localizado en la parte superior del abdomen, la auscultación de ruidos cardíacos por encima del ombligo, y por el tacto vaginal al precisar el polo pélvico. (Pedroza, 2011)

El estudio ecográfico o, en su ausencia, el radiológico, confirman el diagnóstico. Se consideran tres modalidades de presentación de pelvis:

Presentación de pelvis completa

Ocurre cuando se conserva la actitud fetal: los muslos están reflejados sobre el abdomen y las piernas sobre los muslos.

Esta presentación puede ser: franca de nalgas o incompleta mixta:

Presentación franca de nalgas

En este caso los muslos se encuentran reflejados sobre el abdomen y las piernas extendidas sobre el tronco. Al examen vaginal solamente se palpan el sacro y los glúteos del feto. También se conoce como pelviana franca.

Presentación incompleta mixta

En estos casos uno o ambos muslos, o una o ambas piernas, se encuentran extendidas. Al examen vaginal se puede encontrar el sacro y un solo pie o ambos pies descendidos

(podálica). Cuando se presenta deflexión de los miembros inferiores del feto, suele acompañarse de deflexión de la cabeza fetal y por lo tanto existe mayor riesgo de retención de cabeza. La complicación más grave durante el parto en presentación de pelvis es la retención de la cabeza. Esto ocasiona asfixia perinatal severa, hemorragia intracraneal asociada a lesiones de la tienda del cerebelo y traumatismo de la médula espinal. También puede ocurrir asfixia e hipoxia severas por prolapso o compresión del cordón umbilical entre el tórax o la cabeza fetales y la pelvis materna. Además, durante el desprendimiento de los hombros pueden presentarse fracturas del húmero o la clavícula y lesiones del plexo braquial. El aumento de la morbimortalidad fetal durante el parto en presentación de pelvis hace que se le considere una presentación distócica y la tendencia, en la mayoría de las escuelas, es a practicar cesárea electiva. La cesárea, sin embargo, no garantiza un parto atraumático ya que es necesario conocer el mecanismo de parto de la presentación de pelvis y dominar esa técnica. (Pedroza, 2011)

Son indicaciones de cesárea: una presentación de pelvis con detención de la dilatación o el descenso (sacro por encima de las espinas ciáticas cuando la dilatación es completa), o un período expulsivo prolongado (más de una hora en la paciente nulípara o de media hora en la multípara). En el caso de presentación de pelvis incompleta mixta y membranas rotas también debe considerarse la intervención cesárea (peligro de prolapso del cordón). En caso de distocia dinámica debe corregirse sin hiperestimulación por el peligro de forzar el parto del cuerpo con cuello incompletamente dilatado y ocasionar atrapamiento de la cabeza, teóricamente más probable en las multíparas. (Pedroza, 2011)

Modalidades de bregma, frente y cara.

Son aquellas en las cuales se pierde la actitud fetal normal de flexión de la cabeza.

En la presentación de bregma hay una ligera deflexión de la cabeza de manera que el diámetro que se presenta es el fronto-occipital, que mide 12 cm; el punto de reparo es el bregma (B) y el tacto vaginal permite reconocer la fontanela mayor en el centro de la pelvis. En la presentación de frente la deflexión es más acentuada, el diámetro de la presentación es el mento-occipital, que mide 13,5 cm; y el punto de reparo es la nariz. (Pedroza, 2011)

En la presentación de cara la deflexión es total. Puede ocurrir en la variedad mento-anterior, cuyo diámetro de presentación es el submento-bregmático, el cual mide 9,5 cm, permitiendo el parto vaginal, y en una variedad mento-posterior, cuyo diámetro sería el preesternosincipital, que mide de 13,5 a 15 cm, el cual impide el parto vaginal normal. Los signos clínicos que deben hacer sospechar el diagnóstico de la presentación de cara son: que la fontanela posterior no pueda identificarse y en cambio sí se identifica la fontanela anterior o una de las órbitas, la base de la nariz o el mentón. Se asocian con desproporción cefalopélvica, prematuridad y ruptura prematura de las membranas circulares del cordón y anomalías fetales. Cursa con progresión anormal del trabajo de parto por falta de encajamiento, excepto en fetos muy pequeños. El tratamiento es terminar el parto mediante operación cesárea. (Pedroza, 2011)

Distocia de hombro

Se presenta por impactación del hombro anterior detrás de la sínfisis del pubis materno, en lugar de sobrepasarlo. Es ocasionada frecuentemente por macrosomía fetal con una pelvis amplia que permite el parto hasta la expulsión de la cabeza; otro factor de riesgo es cuando se practica extracción instrumental rápida de la cabeza fetal. La distocia de hombros puede ocasionar muerte fetal y alta morbilidad, que incluye: fracturas de húmero y clavícula, lesiones severas del plexo braquial, asfixia intraparto y secuelas neurológicas tardías. En la madre puede causar hemorragia intensa, hematomas, ruptura uterina y laceraciones cervicales

o vaginales. Es una complicación que se presenta en el 0,2% al 2% de los partos y representa una emergencia obstétrica, porque puede causar lesiones permanentes o muerte del neonato. La distocia de hombros ocurre porque hay una desproporción entre el tamaño fetal y la capacidad pélvica materna, y se presenta más frecuentemente en las siguientes condiciones: edad gestacional mayor o igual a 42 semanas, diabetes mal controlada, peso materno mayor de 90 kg, antecedentes de feto voluminoso y de distocia de hombros, feto masculino y peso fetal estimado mayor de 4.000 g. Cuando se sospecha la posibilidad de distocia de hombro antes del parto (por análisis clínico y ecográfico), lo mejor es la operación cesárea. (Pedroza, 2011)

4.2.6 Macrosomía fetal

Se considera que alrededor del 5% de los recién nacidos pesan más de 4.000 gramos y un 0,05% más de 4.500 gramos, y se denominan macrosómicos. El feto macrosómico, por su mayor volumen, puede causar distocia del estrecho superior al no permitir el descenso y el encajamiento, o en el estrecho inferior, dando origen a la distocia de hombros.

Clínicamente se encuentra crecimiento uterino por encima de los parámetros normales y debe sospecharse en casos de diabetes mellitus u obesidad materna o antecedente de fetos macrosómicos; en lo posible, se debe confirmar por ecografía. Al iniciarse el trabajo de parto no se presenta el descenso de la presentación, la cabeza se encuentra por encima del borde superior del pubis y puede desplazarse con facilidad. De prolongarse el trabajo de parto se puede llegar a la inercia uterina, distensión del segmento, ruptura uterina e hipoxia o muerte fetal. El tratamiento, en el caso de comprobarse la desproporción fetopélvica por macrosomía, es la operación cesárea. (Pedroza, 2011)

4.2.7 Parto múltiple

Generalmente el parto múltiple cursa sin problemas, aunque son posibles ciertas complicaciones como: colisión y enganche en el estrecho superior y el parto de gemelos unidos.

Gemelos unidos o siameses: Su frecuencia es de 1 por 25.000 partos. El diagnóstico se hace por estudio ecográfico y el nacimiento debe darse por medio de la intervención cesárea. (Pedroza, 2011)

4.2.8 Distocias por anomalías de los anexos ovulares

Brevedad del cordón

Un cordón demasiado corto impide el descenso de la presentación o provoca el desprendimiento de la placenta normalmente insertada, puede prolongar el trabajo de parto u ocasionar un abruptio placentae. Es necesario sospecharlo cuando se comprueban signos de anoxia fetal sin causa aparente, falta de encajamiento o dolor uterino localizado, o se produce el desprendimiento prematuro de placenta. El tratamiento es la operación cesárea.

Circulares del cordón

Debe sospecharse cuando hay desaceleraciones variables en la monitoría fetal, durante el trabajo de parto asociadas a signos de sufrimiento fetal sin causa aparente, o falta del descenso de la presentación, y se diagnóstica con la ecografía obstétrica, al observarse el cordón alrededor de la nuca fetal. Cuando no hay encajamiento o existe sufrimiento fetal el tratamiento es la intervención cesárea. (Pedroza, 2011)

4.3 Sufrimiento fetal

La hipoxemia y la acidosis fetal durante el trabajo de parto pueden producir muerte fetal intraparto o neonatal, así como morbilidad neonatal respiratoria y lesión neurológica posterior. El diagnóstico de sufrimiento fetal agudo es indicación para terminar la gestación en forma inmediata, lo que supone un parto por cesárea en los casos en que no hay condiciones para parto vaginal, no se ha completado la dilatación o se espera un expulsivo prolongado.

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. (Mexico, 2002)

4.4 Ruptura prematura de membranas

Ésta se refiere a la rotura de las membranas corioamnióticas antes del inicio del trabajo de parto y convierte al embarazo normal en uno de riesgo para la madre y el feto. Su prevalencia es de 3% en los embarazos pretérmino, pero aumenta hasta un 8-10% en los embarazos a término; es necesario tomar en cuenta que el embarazo puede culminar naturalmente ya que el 80% de las gestaciones con ruptura prematura de membranas inician el trabajo de parto dentro de las 24 horas de ocurrida la rotura; una de las complicaciones más comunes de la ruptura de membranas sin embargo, es la corioamnionitis, por lo que el médico de cabecera debe estar atento a esta patología.

La corioamnionitis además se asocia con parálisis cerebral, la cual es precedida por leucomalasia ventricular sobretodo en recién nacidos prematuros con presentación de nalgas; es así que, la cesárea en este grupo se asocia con una disminución importante de leucomalasia ventricular.

Por lo tanto la realización de una cesárea en un embarazo con ruptura prematura de membranas que no progresa hacia el parto vaginal está justificada. (Ministerio de Salud Publica, 2015)

Complicaciones de la RPM

Al romperse las membranas, comienza el período de latencia para iniciar en trabajo de parto, aumentando así el riesgo de infección materno-fetal y la posibilidad de compresión del cordón umbilical.6 Destaca también las morbilidades propias del recién nacido prematuro (membrana hialina, hemorragia intracerebral, enterocolitis necrotizante, retinopatía del prematuro, entre otras), las complicaciones secundarias al oligoamnios secundario (hipoplasia pulmonar en RPM precoces) y las secundarias a la respuesta inflamatoria sistémica fetal (FIRS), como son la pará- lisis cerebral y la leucomalacia periventricular. (Ministerio de Salud Publica, 2015)

4.5 Beneficios y Riesgos de cesárea

4.5.1 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. (Patiño , Pineda, & Polo , 2010)

4.5.2 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. Hay una mayor 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. (Patiño , Pineda, & Polo , 2010)

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 programada. (Patiño , Pineda, & Polo , 2010)

4.5.3 Riesgos para la madre

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. Dado que la tasa de cesárea aumentó en los últimos 50 años, la frecuencia de placenta acreta se incrementó unas 10 veces. Hay que considerar las complicaciones quirúrgicas como las infecciones, la hemorragia y el daño visceral. Hay un 10% de infecciones luego de una cesárea incluso utilizando antibióticos. Esta tasa disminuye con las cesáreas programadas o aquellas que no

están precedidas por un trabajo de parto o la rotura de membranas. (Patiño , Pineda, & Polo , 2010)

La re-hospitalización luego del nacimiento por infección uterina o hemorragia es más común luego de una cesárea que de un parto pero la diferencia es menos de 1 en 100 pacientes. No está aún establecido el efecto de la formación de adherencias luego de la cesárea y su relación con la esterilidad secundaria. La cesárea se ha asociado con una mayor incidencia de depresión postparto. (Patiño , Pineda, & Polo , 2010)

4.5.4 Riesgos para el Feto

El riesgo de morbilidad respiratoria (taquipnea transitoria del recién nacido, síndrome de dificultad respiratoria e hipertensión pulmonar persistente) es mayor para la cesárea electiva en comparación con el parto vaginal cuando el nacimiento es anterior a 39-40 semanas de gestación. (Patiño , Pineda, & Polo , 2010)

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 prematurez iatrogénica y, por consiguiente, déficit en el factor surfactante. El riesgo disminuye cuando el nacimiento ocurre después de la semana 37, en caso de de existir indicación de cesárea antes de esta edad gestacional se deberá inducir maduración pulmonar con esteroides. (Patiño , Pineda, & Polo , 2010)

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. (Patiño , Pineda, & Polo , 2010)

La hemorragia intracraneal se ha observado con mayor frecuencia en los RN obtenidos vía parto que en la cesárea programada, esto relacionado con las anormalidades que se presentan durante el trabajo de parto, en el parto instrumentado y en la cesárea indicada por anormalidades en el trabajo de parto. 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, aunque la diferencia sólo fue significativa para la depresión del SNC. (Morales , Hernández, García , & Islas, 2009)

5. METODOLOGÍA

5.1 Tipo y Diseño de Investigación

El presente trabajo es descriptivo, retrospectivo con enfoque cuantitativo.

5.1.1 Universo

Se estudió todo el universo; es decir todas las Historias Clínicas de 217 pacientes a quienes se les realizó la cesárea en el Centro Materno Infantil Julia Esther Gonzales Delgado durante el año 2015.

Muestra:

Se estudió 200 Historias clínicas de pacientes cesáreadas las mismas que cumplen con los criterios de inclusión.

6.2 Criterios de inclusión.

Todas las historias clínicas de madres gestantes que culminaron su embarazo mediante cesárea independientemente de su edad y período gestacional.

6.3 Criterios de exclusión

- Pacientes que terminaron su embarazo por Parto vaginal.
- Historias clínicas cuyos registros médicos cumplieron con los criterios de inclusión pero que sus datos no estuvieron completos para la realización de la investigación.

6.4 Recolección de información

Se utilizó el registro de las historias clínicas de las gestantes ingresadas en el Centro Materno Infantil Municipal Julia Esther González Delgado durante el año 2015.

6.3 Procedimiento

Se realizó en primera instancia una solicitud a la Presidenta del Patronato de Amparo Social "Centro Materno Infantil Municipal Julia Esther González Delgado" solicitando la autorización para realizar la investigación correspondiente.

Previa la autorización se realizó la recolección de datos, como primer paso, la obtención y revisión de las historias clínicas de las pacientes ingresadas en el Centro Materno Infantil Municipal Julia Esther González Delgado, para de esta manera mediante el formulario (Anexo 1), recopilar los datos necesarios.

6.4 Consideraciones Éticas

Para el desarrollo del presente estudio se considerará los principios éticos de la investigación con seres; el registro de la unidad de estudio se realizará exclusivamente de forma manual en el formulario de recolección de datos.

6.5 Análisis de Datos.

1. Fase de Inicio:
   - Una vez autorizado el estudio por parte de la Presidenta del Patronato de Amparo Social "Centro Materno Infantil Municipal Julia Esther González Delgado", se procederá a identificar las historias clínicas en el departamento de Estadísticas.
2. Fase de implementación:
   - Se realizará la la recolección de datos registrando a todas las pacientes que cumplan con los criterios de inclusión en el formulario de recolección de datos para posteriormente organizar y analizar la información.

- Los datos organizados se almacenarán en una base de datos a través del programa Microsoft EXCEL 2010.

Para obtener la prevalencia de cesárea en el Centro Materno Infantil se utilizó la siguiente formula:

$$\text{Prevalencia Puntual} \frac{:\ \text{Número de casos en un periodo de tiempo dado}}{\text{Población en estudio en ese mismo periodo}} * 100$$

3. Fase de finalización:

Plan de Análisis:

- Para describir las características de las variables intervinientes se utilizará frecuencias, porcentajes.
- Posteriormente se realizará la discusión de lo que se obtuvo; contrastando los resultados con la revisión teórica

6. RESULTADOS

A) Determinar la prevalencia de cesárea y Estratificar por grupo Etario.

De acuerdo a la fórmula se pudo obtener que la prevalencia de cesárea corresponde a 92,16 %

Tabla N° 1

DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL GRUPO ETARIO

Variable	Frecuencia	Porcentaje
16 - 23	89	44,50 %
24 - 31	70	35 %
32 - 39	34	17%
40 - 47	7	3,50 %
Total	200	100 %

Fuente: Hoja de recolección de datos ¨

Autora: Cristina Carlota Fernández Huaca

Descripción: En cuanto al grupo Etario de las pacientes en un 44,50 % se presentó en las edades comprendidas entre los 16 a 23 años.

B) Establecer la Edad Gestacional más frecuente, por el cual las pacientes fueron sometidas a cesárea.

Tabla N° 2

EDAD GESTACIONAL MÁS FRECUENTE A LA QUE FUERON SOMETIDAS A CESÁREA

Variable	Frecuencia	Porcentaje
< 37 sem	13	6,50%
37- 41 sem	187	93,50%
>41 sem	0	0
TOTAL	200	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos

Autora: Cristina Carlota Fernández Huaca

Descripción: Se observa que en un 93,50% corresponde a la edad gestacional comprendida entre 37 a 41 semanas.

C) Identificar las principales Causas de Cesárea: materno, fetales, materno-fetales y obstétricos.

Tabla N° 3

PRINCIPALES CAUSAS DE CESÁREA

Variable	**Frecuencia**	**Porcentaje**
Causas Maternas	85	43 %
Causas Fetales	30	15 %
Causas Materno Fetales	20	10 %
Causas Obstétricas	65	32,50 %
Total	200	100 %

Fuente: Formulario de recolección de datos

Autora: Cristina Carlota Fernández Huaca

Descripción: De acuerdo al gráfico se observa que un 43% corresponde a las causas maternas, seguida en 32,50 % por las obstétricas.

Tabla N° 4

CAUSAS MATERNAS

Causas	Frecuencia	Porcentaje
Cesárea anterior	80	40%
Tumores benignos o malignos del canal del parto	3	1,5%
Alteraciones Mentales: Psicosis, Retardo Mental	1	0,5%
Diabetes Gestacional Complicada	1	0,5%
Total	85	43%

Fuente: Formulario de recolección de datos

Autora: Cristina Carlota Fernández Huaca

Descripción: Se puede observar que, en cuanto a las Causas maternas, en un 40% corresponde a Cesárea Anterior.

Tabla N°5

CAUSAS OBSTÉTRICAS

Causas	Frecuencia	Porcentaje
Distocia dinámica del Trabajo del Parto	3	1,50 %
Desproporción cefalo-pelvica	47	23,50 %
Desprendimiento prematuro de placenta	2	1 %
Prolapso del cordón umbilical	3	1,50 %
Placenta previa oclusiva o parcial	1	0,50 %
Ruptura prematura de membranas	9	4,50 %
Total	65	32,50 %

Fuente: Formulario de recolección de datos

Autora: Cristina Carlota Fernández Huaca

Descripción: Se observa dentro de las Causas Obstétricas, en un 23,50 corresponde a la Desproporción Cefalo-Pelvica , seguido en un 4,50% por la Ruptura Prematura de Membranas.

Tabla N°6

CAUSAS MATERNO FETALES

Causas	Frecuencia	Porcentaje
Preeclampsia, eclampsia o Síndrome de Hellp	7	3,50%
Antecedentes Obstétricos: Óbito Fetal, Mortinato	1	0,50%
Riesgo de Transmisión Vertical	1	0,50%
Oligohidramnios	11	5,50%
Total	20	10,00%

Fuente: Formulario de recolección de datos

Autora: Cristina Carlota Fernández Huaca

Descripción: En el presente gráfico se puede observar que en un 5,50% corresponde a Oligohidramnios, seguido con un 3,50 % los Trastornos hipertensivos.

Tabla N° 7

CAUSAS FETALES

Causas	Frecuencia	Porcentaje
Sufrimiento fetal	11	5,50%
Distocia de Presentación	12	6%
Malformaciones fetales	1	0,50%
Macrosomía fetal	6	3%
Embarazo Múltiples con Distocia de Presentación	0	0%
Total	44	15%

Fuente: Formulario de recolección de datos

Autora: Cristina Carlota Fernández Huaca

Descripción: En este cuadro podemos observar que el 6% corresponde a Distocia de Presentación seguido con un 5,50 %, de Sufrimiento Fetal.

7. DISCUSIÓN

En el presente trabajo de investigación que cuenta con una muestra de 200 historias clínicas en el centro Materno Infantil durante el año 2015 determinó que la prevalencia corresponde a 92,17 % del total de las paciente atendidas , el grupo etario más frecuentes es de 16-23 años con 44,50 % y una edad gestacional de 37-41 semanas ,esta prevalencia resulta elevada si comparamos con lo expuesto por la OMS que recomienda que el porcentaje de cesáreas a nivel mundial debería ser del 15 %,cifra que sobrepasa al igual que en los países de Europa 21%, Estados Unidos 26 % y Australia 23%,además de lo mencionado otros estudios como el realizado en Cuba del Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin cuyo estudio es descriptivo ,retrospectivo , con una muestra de 11 726 partos por cesárea, presento (27,5%) cesáreas desde el 2010 hasta 2013 con una edad gestacional de 37-41 semanas en 72,30%. (Hiralda, Perez, & Velázquez, 2015). Otro estudio realizado en Guatemala en el Hospital Chimaltenango periodo enero a diciembre del 2013, con una muestra de 2 511, mostro que fue de 15 a 19 años (29.84%) y la tasa de prevalencia fue de 44.20%. (Hernández & Salazar, 2013). Una posible explicación para este elevado porcentaje es que se presentara una mayor cobertura de atención profesional del parto, así como mejores métodos y pautas para realización de esta intervención; sin embargo, se ha señalado la presencia de indicaciones injustificadas, lo que hace pensar que podría radicar este problema en las mujeres jóvenes que son en su mayoría , deberían ser informadas de los riesgos que conlleva el realizarse una cesárea puesto que se consideran como un factor importante a considerar para la decisión de la vía de parto. Además, se debería existir una comisión fiscalizadora ya que de esta manera contribuiría enormemente al control y reducción de la tasa de cesárea dentro del hospital, ya que a mi parecer existe muy poco control en la toma decisión sobre este procedimiento quirúrgico.

En relación a las indicaciones de cesárea más frecuentes , en un estudio observacional realizado sobre Indicación de cesárea en el Instituto Materno Infantil BOGOTÁ – COLOMBIA de enero abril del 2011, demostró que la cesárea anterior correspondió al 26,4% de las cesáreas realizadas correspondiendo a una de las principales indicaciones (Barriga, Bautista, & Navarro, 2011), en Estados Unidos (EEUU) la primera indicación es la cesárea anterior (8,5 %) le siguen distocias (7,1 %), presentación podálica (2,6 %), sufrimiento fetal (2,3 %) y otras (3,2 %). (Uzcátegu, 2008). En referente a la investigación que hemos realizado, en las mujeres que han sido atendidas por cesárea, la primera indicación es cesárea anterior (40%), el cual es mayor, seguido de Desproporción Cefalo-pelvica (23.50%) y Distocia de presentación en un 6%.

Tomando en cuenta a los datos que se presentan en relación a nuestro estudio la cesárea anterior presenta un alto porcentaje con 40% un punto importante que debemos tener presente ya que se podría decir que este dato se debe a que cada médico especialista prefieren esta opción debido a que es un método más rápido que el parto normal sin embargo no toman en cuenta los riesgos que podrían conllevar , por lo que esta situación subjetiva puede condicionar al aumento del número de cesáreas por cada turno operatorio

Dentro de las causas frecuentes luego de cesárea anterior encontramos: la desproporción céfalo- pélvica con un 23,5 % y distocia de presentación con un 6%, según un estudio publicado por la revista médica dominicana (2010) en EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA LA ALTAGRACIA, HIGUEY, República Dominicana comprendida por 1035 pacientes cesareadas, la desproporción cefalo-pelvica ocupa el segundo el segundo lugar de las indicaciones de cesárea con un 12.3% ,seguido de preeclamsia y eclamsia con 19,2% y distocia de presentación con un 4,05%. (Crispin, Pinales, Brito , Stevens, & Ercilia , 2010) . Así mismo en otro estudio realizado en pacientes del servicio de Ginecología y Obstetricia

del Hospital Carlos Andrade Marín (H.C.A.M.) en el año 2013 cuyo embarazo culminó mediante cesárea durante ese período de tiempo, la cesárea previa es la principal causa de parto por cesárea con un 40,2%, seguida de la desproporción céfalo-pélvica con 13,5% y en tercer lugar la mala presentación fetal con 11%. (Dávila G., 2014).La DCP es un diagnóstico que puede ser poco objetivo, debido a que por ejemplo, existe una diferencia de 20% en la medida del peso fetal mediante eco comparada con el peso real después de nacer, por lo que muchos fetos pueden ser mal diagnosticados como macrosómicos sin serlo, además que la ecografía es operador dependiente; por lo tanto el diagnóstico de DCP dependerá de la experiencia del médico que realice el tacto vaginal y la ecografía para valorar la amplitud de la pelvis materna y relacionarla con los hallazgos clínicos e imagenológicos. Por esta razón, sería conveniente realizar un estudio a futuro que valore la fiabilidad, la sensibilidad y especificidad de los métodos usados en el Centro Materno para diagnosticar DCP. Respecto a la distocia de presentación, aunque no se considere un criterio de preferencia para realizar cesárea en el Centro Materno; esta conducta ayuda a que no se presenten complicaciones y por lo tanto la morbimortalidad en los intentos de versión interna o de parto vaginal no aumentaría.

8. CONCLUSIONES

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

- La prevalencia de Cesárea presenta un gran aumento en el Centro Materno lo que nos indica que en su mayoría las gestantes se realizan esta intervención y según el grupo etario de aquellas pacientes que fueron sometidas a cesárea es entre 16 a 23 años y de 24 a 31 años.

- La edad gestacional de mayor frecuencia en la que se realiza la cesárea es de 37-41 semanas.

- Entre las principales causas para realizar esta intervención se encuentran: cesárea anterior, desproporción céfalo-pélvica, compromiso de bienestar fetal, Oligohidramnios, Trastornos hipertensivos durante el embarazo y Macrosomía Fetal.

9. RECOMENDACIONES

- Los profesionales de salud principalmente los médicos dedicados al área de Obstetricia deben fomentar la importancia del control prenatal desde el inicio del embarazo, ya que de esta manera cada madre tendrá conocimientos de los factores de riesgo que puedan influir en la forma de culminación del embarazo.

- Se recomienda que los especialistas Obstetras realicen guías de manejo y una exhaustiva revisión de los protocolos para la realización de cesárea en esta unidad de salud,

- Los médicos deben dar a conocer los riesgos y beneficios de las cesáreas para que las futuras madres tengan conocimiento del acto quirúrgico que se les realizara.

10. BIBLIOGRAFÍA

- Ministerio de Salud Pública . (2008). Componente Normativo Neonatal. *Cesárea*, 263–320.
- Rubio, J., & Müller, E. (2010). *Operación Cesárea*. *Obstetricia Integral Siglo XXI.* Disponible en: http://www.bdigital.unal.edu.co/2795/19/9789584476180.16.pdf
- Guillermo Vergara Sagbin (2009). *Cesárea.* Disponible: http://www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolos/CST.pdf
- 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
- Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud Dirección General de Salud Reproductiva (2002). Cesárea Segura: *Lineamiento Ténico.* Disponible en:http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7101.pdf
- Ministerio de Salud Pública. (2014). EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS. *Boletín ETES Ecuador No 002*, 1–2. DISPONIBLE: http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/10/Boletin-ETES.pdf
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2014). Boletín ETES Ecuador N°002. *EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS*, 1-2.Disponible en: http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/10/Boletin-ETES.pdf
- Dávila, A. (2014). *Prevalencia y causas de cesárea en pacientes del servicio de Ginecología y Obstetricia del HCAM en el primer semestre de 2014.*
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA . (2014). Guia Practica de Salud Pública . *Atención del parto por Cesárea*, 8-39.

- Mexico, S. d. (2002). Lineamiento Técnico Cesárea. *Dirección General de Salud Reproductiva*, 13-37.
- Normas Clinicas CR GC de la Mujer. (2011). Indicacion Operación Cesárea. 23-25.
- Pedroza, M. (2011). Distocias. En *Obstetricia integral XXI* (págs. 276-300).
- Ministerio de Salud Publica. (2015). Ruptura prematura de Membranas. *GuíadePrácticaClínica(GPC)*, 11-33.
- Morales , P., Hernández, J., García , J., & Islas, E. (2009). *Cesárea: Beneficios y Riesgos.* Rev Invest Med Sur Mex.Disponible en: http://www.medigraphic.com/pdfs/medsur/ms-2009/ms094c.pdf
- Ministerio de Salud Pública. (2015). Atención del Parto por Cesárea. *Guía de Práctica Clínica (GPC).*
- Villar, J. (2005). Encuesta Global en Salud Materna y Perinatal de la OMS. *Educación Médica*.
- Hiralda, J., Perez, A., & Velázquez, V. (2015). Comportamiento de la cesárea en pacientes del Hospital Vladimir Ilich Lenin de Holguín. *Scielo*.
- Hernández , L., & Salazar, M. (2013). *Estudio descriptivo transversal a realizarse en los Hospitales nacionales de: Antigua, Guatemala,"Pedro de Bethancourt" y Chimaltenango enero - diciembre del año 2013.* Tesis doctoral, Guatemala.
- Baber , E., Lundsberg , L., Belanger , K., Pettker, C., Funai , E., & LLLUZZI, J. (2011). *Indications contributing to the increasing cesarean delivery rate.*Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21646928

- Barriga, A., Bautista, J., & Navarro, J. (2011). INDICACIÓN DE CESÁREA EN EL INSTITUTO MATERNO INFANTIL (IMI) BOGOTÁ - COLOMBIA. SIUN Sistema de Investigación UN
- Uzcátegu, O. (2008). ESTADO ACTUAL DE LA CESÁREA. *Scielo, 116*(4).Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0367-47622008000400003
- Pavón , P., Gogeascoechea, M., Rámirez, M., & Landa, V. (2002). Frecuencia e indicaciones de la operación cesárea en el Hospital Escuela de la Universidad Veracruzana. Instituto de Ciencias de la Salud., 2(2).
- Crispin, L., Pinales, S., Brito , A., Stevens, G., & Ercilia , C. (2010). INCIDENCIA E INDICACIONES PRINCIPALES DE CESAREAS EN EL HOSPITAL NUESTRA SENORA LA ALTAGRACIA, HIGUEY. Rev Med Dom, 71(1).
- Dávila, G. (2014). Prevalencia y causas de cesárea en pacientes del servicio de Ginecología y Obstetricia del H.C.A.M. en el primer semestre de 2013. Quito.
- Jauregui, M., Montesdeoca , G., & Gaybor , M. (2012). Principales causas de cesárea en la Fundación Humanitaria . Cuenca
- Cunningham G .Leveno K. Bloom S. Hauth J. Rouse D. Spong C. (2011). WILLIAMS OBSTETRICIA (23va. Edición ed.). México D.F.: McGraw-Hill INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C.V.

11. ANEXOS

ANEXO Nº 1

Hoja de Recolección de Datos

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA CARRERA DE MEDICINA HUMANA

TEMA: "CAUSAS Y FRECUENCIA DE CESÁREA EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL MUNICIPAL JULIA ESTHER GONZALEZ DELGADO DURANTE EL AÑO 2015"

HISTORIA CLÍNICA Nº				**CAUSAS MATERNOS**	Tumores benignos o malignos del canal del parto
EDAD					Cesárea Anterior
CONTROL PRENATAL					Alteraciones Mentales: Psicosis, Retardo Mental
					Diabetes gestacional complicada.
				CAUSAS FETALES	Sufrimiento Fetal
EDAD GESTACIONAL	< 37 SEMANAS				Distocia de Presentación
	37 – 42 SEMANAS				Malformaciones Fetales
	> 42 SEMANAS				Embarazo Múltiple con Distocia de presentación
					Macrostomia Fetal
				CAUSAS MATERNO - FETALES	Oligohidramnios
ESCOLARIDAD	PRIMARIA				Preeclampsia,Eclampsia o Sindrome de Hellp
	SECUNDARIA				
	SUPERIOR				
	ANALFABETA				Antecedentes Obstétricos: óbito fetal, mortinato.
					Riesgo de transmisión Vertical
ESTADO CIVIL	SOLTERA			**CAUSAS OBSTETRICAS**	Distocia dinámica de trabajo de parto
	CASADA				
	DIVORCIADA				Desproporción cefalopélvica
	UNION LIBRE				
	VIUDA				Desprendimiento prematuro de Placenta
PROCEDENCIA	URBANA				
	RURAL				Placenta previa oclusiva o Parcial
TIPO DE CESÁREA SEGÚN INDICACIÓN	ELECTIVA				Prolapso de Cordón Umbilical
					Ruptura Prematura de Membranas
	URGENTE				

ANEXO Nº 2

PROYECTO DE TESIS

TEMA:

"**CAUSAS Y FRECUENCIA DE CÉSAREA EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL MUNICIPAL JULIA ESTHER GONZÁLEZ DELGADO DURANTE EL AÑO 2015"**

PROBLEMATIZACIÓN

La operación cesárea es un método que se desarrolló e implementó alrededor del mundo para reducir la morbimortalidad neonatal, perinatal y materna bajo ciertas circunstancias que dificultaban el parto vaginal de un producto de la gestación o que precisaban una terminación del embarazo de forma emergente. Según el componente normativo materno neonatal del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, define a la cesárea, extracción del producto a través de una incisión quirúrgica en la pared anterior del abdomen y útero cuando el parto vaginal plantea riesgos para la madre y/o el producto que exceden a los de esta intervención. (Ministerio de Salud Pública, 2008)

La cesárea tiene un origen incierto que se remonta al año 1.500 d.C. Inicialmente la mortalidad asociada al procedimiento fue de casi el 100%. El advenimiento de la era antibiótica y la evolución de las técnicas y materiales quirúrgicos han hecho de este procedimiento obstétrico una de las cirugías más realizadas alrededor del mundo. Su implementación ha permitido mejorar el pronóstico de patologías que antes representaban una causa importante de morbimortalidad materna y perinatal tales como las distocias, hemorragias del tercer trimestre, bajo peso al nacer y preeclampsia, entre otras entidades obstétricas.

La proporción de cesáreas ha aumentado sustancialmente en los últimos años en los diferentes centros hospitalarios, por factores como la reducción en la paridad (aumento de nulíparas), postergación de la maternidad (aumento de primigestas añosas), el uso de pruebas de vigilancia del bienestar fetal, alto riesgo médico-legal, factores socioeconómicos y culturales como el estrato, la preferencia social, el tipo de hospital y de aseguramiento. (Jorge Andrés Rubio Romero y Edith Ángel Müller s.f.)

Según la OMS el porcentaje de cesáreas a nivel mundial debería ser del 15 %, lo que representa cerca de 20 millones de partos por cesárea cada año. La OMS considera que esta cifra ha aumentado considerablemente en los últimos tiempos. (OMS)

A nivel mundial para el año 2014, la cesárea es realizada en un alto porcentaje de embarazadas; Europa se reporta en un 21%, Estados Unidos 26 %, Australia 23%**.**

En Estados Unidos (EEUU) la primera indicación es la cesárea anterior (8,5 %) le siguen distocias (7,1 %), presentación podálica (2,6 %), sufrimiento fetal (2,3 %) y otras (3,2 %). En la primera cesárea no hay indicación reportada entre un 3 5 % a 7 %, otras fueron pedidas por las pacientes o recomendadas por el médico. (Uzcátegu, 2008).

En Latinoamérica casi cuatro de cada diez partos se realizan por cesárea situándose alrededor de (38,9%). Brasil, con 200 millones de habitantes, tiene un promedio de 54% de partos por cesáreas. En los servicios privados, la cifra se dispara por sobre el 80%, convirtiéndolo en lugar del mundo donde más se realiza esta intervención**. Altas tasas de cesáreas se registraron también en República Dominicana (44%), Colombia (43%), México (39%) y Chile (37%).**

En el Ecuador los partos por cesárea se incrementaron en alrededor del 60% en un promedio de 8 años. A nivel rural es donde más creció esta práctica al pasar del 16,1% (1999-2004) al 31,5% (2007-20012). En el área urbana el porcentaje de cesáreas fue del 44,8%. Las provincias con mayor número de partos por cesárea son: Los Ríos (59 %), Manabí (58 %) y El Oro (56 %); mientras que las provincias con menor cantidad de partos por cesárea son Zamora Chinchipe (18 %), Carchi (23 %) y Morona Santiago (23 %). (INEC 2010)

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 el Ecuador en el año 2014, el índice de cesáreas en el país se ubicó en 41%, según Jakeline Calle, gerenta institucional de Implementación de Disminución de Mortalidad Materna del Ministerio de Salud Pública (MSP). La cifra supera el índice de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en Pichincha se registró 7 184 cesáreas, en el 2014, frente a 17 811 partos naturales. Guayas registra la cifra más alta de cesáreas con 10 580 y los partos naturales suman 15 357. Según datos del MSP la zona 7 que corresponden a las provincias de Loja, el Oro y Zamora Chinchipe presentan 41,92 % partos por cesárea. (El comercio, El parto por cesárea desborda los límites de la Organización Mundial de la Salud en Ecuador, 2015.

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

En un estudio realizado por la Universidad Nacional de Loja durante el año 2008 en Centro Materno Infantil Municipal de Loja determino que las causas frecuentes para el parto quirúrgico en mujeres adolescentes son: desproporción céfalo pélvica con un 42,3 %, parto distócico con un 17,8% y sufrimiento fetal agudo con un 13,2%. (CALERO, 2008)

PROBLEMA

¿Cuál es la prevalencia y causas de cesárea en el Departamento de Gineco – Obstetricia del Centro Materno Infantil Municipal Julia Esther González Delgado durante el año 2015?

JUSTIFICACIÓN

La cesárea es un procedimiento quirúrgico que tiene como objetivo, la extracción del feto y anexos ovulares por vía abdominal. Este procedimiento presenta riesgos para la madre y para el feto, cuando las indicaciones para la cirugía no son valoradas y confirmadas, con veracidad.

Mi trabajo de investigación, nace de la inquietud, de conocer cuáles son las causas por las que han aumentado considerablemente las tasas de cesáreas a nivel local. Según la OMS el parto por cesárea no debe sobrepasar el 15 %, de todos los partos, sin embargo, este objetivo no se cumple. Se ha considerado diversas indicaciones para la realización de cesárea, pero el aumento de las tasas, nos hace pensar que estas indicaciones no son tomadas en cuenta al momento del parto.

El objetivo de mi trabajo de investigación es proporcionar las indicaciones necesarias para una buena evaluación de las gestantes y los factores que deben ser tomados en cuenta, al momento de decidir si el parto se debe realizar por vía vaginal o abdominal. Ya que se observa que años atrás ha ido aumentando las tasas de cesárea como se observa en datos proporcionados 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 que representa el 38.8% de todos los partos atendidos en este hospital, frente al parto espontaneo único, que ocupa el primer lugar.

La presente investigación beneficiará tanto a los profesionales de salud como a las personas que nos estamos formando en el área de la Salud, sobre todo a los médicos y futuros médicos no especializados en el área de Gineco - Obstetricia, que en la práctica diaria, nos

encontraremos ante situaciones, en las que nuestra evaluación será decisiva para determinar el procedimiento a realizarse en las gestantes, y así garantizar el bienestar materno y fetal.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Determinar la prevalencia y causas de cesárea en gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil Municipal Julia Esther González delgado durante el año 2015

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar la prevalencia de cesárea y estratificarla por grupo etario.

- Establecer la edad gestacional más frecuente, en la cual las pacientes fueron sometidas a cesárea.

- Identificar las principales indicaciones de cesárea: maternas, fetales, materno-fetales y obstétricas.

REVISIÓN DE LITERATURA

Cesárea

Definición

Historia

Epidemiologia

Estadísticas locales

Tipos de cesáreas

- según antecedentes obstétricos de la paciente.
- Según indicaciones
- Según técnica quirúrgica.
- Corporal o clásica:
- Segmento corporal (tipo beck):

Indicaciones para cesárea

Indicaciones maternas

Indicaciones fetales

Indicaciones materno – fetales

Indicaciones obstétricas

Descripción de las principales indicaciones de cesáreas

Cirugía uterina previa

Distocia de partes blandas

Distocias ocasionadas por patologías del útero y anexos

Distocias cervicales

Distocias vaginales y vulvares

Hipertension gestacional

Distocias pélvicas oseas

Desproporción céfalo-pélvica

Tipos de pelvis

- Pelvis ginecoide.
- Pelvis androide.
- Pelvis antropoide.
- Pelvis platipeloide o plana.

La estrechez pélvica

- Estrechez del plano de entrada o superior.
- Estrechez del plano medio.
- Estrechez del plano de salida o inferior.

Indicaciones fetales

Distocias de presentación

Presentación de pelvis:

Presentación de pelvis completa.

Presentación franca de nalgas.

Presentación incompleta mixta.

Modalidades de bregma,

Macrosomía fetal

Parto múltiple

Distocias por anomalías de los anexos ovulares

Brevedad del cordón

Circulares del cordón

Procúbito, laterocidencia y procidencia del cordón

Sufrimiento fetal

Indicaciones materno – fetales

Indicaciones obstétricas

Distocias dinámicas

Ruptura prematura de membranas

METODOLOGÍA

Metodología

Tipo y Diseño de Investigación

El presente trabajo es descriptivo, retrospectivo con enfoque cuantitativo.

Universo y Muestra

Todas las pacientes a quienes presentan Historias clínicas con diagnóstico de Cesárea en el Centro Materno Infantil Julia Esther Gonzales Delgado durante el año 2015.

Criterios de inclusión.

Todas las historias clínicas de madres gestantes que culminaron su embarazo mediante cesárea independientemente de su edad y período gestacional.

Criterios de exclusión

- Pacientes que terminaron su embarazo por Parto vaginal.
- Historias clínicas cuyos registros médicos cumplieron con los criterios de inclusión pero que sus datos no estuvieron completos para la realización de la investigación.

1.1 Recolección de información

Se utilizó el registro de las historias clínicas de las gestantes ingresadas en el Centro Materno Infantil Municipal Julia Esther González Delgado durante el año 2015.

Procedimiento

Se realizó en primera instancia una solicitud a la Presidenta del Patronato de Amparo Social "Centro Materno Infantil Municipal Julia Esther González Delgado" solicitando la autorización para realizar la investigación correspondiente.

Previa la autorización se realizó la recolección de datos, como primer paso, la obtención y revisión de las historias clínicas de las pacientes ingresadas en el Centro Materno Infantil Municipal Julia Esther González Delgado, para de esta manera mediante el formulario (Anexo 1), recopilar los datos necesarios.

Consideraciones Éticas

Para el desarrollo del presente estudio se considerará los principios éticos de la investigación con seres; el registro de la unidad de estudio se realizará exclusivamente de forma manual en el formulario de recolección de datos.

Análisis de Datos.

4. Fase de Inicio:
   - Una vez autorizado el estudio por parte de la Presidenta del Patronato de Amparo Social "Centro Materno Infantil Municipal Julia Esther González Delgado", se procederá a identificar las historias clínicas en el departamento de Estadísticas.
5. Fase de implementación:
   - Se realizará la la recolección de datos registrando a todas las pacientes que cumplan con los criterios de inclusión en el formulario de recolección de datos para posteriormente organizar y analizar la información.

- Los datos organizados se almacenarán en una base de datos a través del programa Microsoft EXCEL 2010.

6. Fase de finalización:

Plan de Análisis:

- Para describir las características de las variables intervinientes se utilizará frecuencias, porcentajes.
- Posteriormente se realizará la discusión de lo que se obtuvo; contrastando los resultados con la revisión teórica.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA
Edad.- es la expresión en número, de años cumplidos de la persona, ubicada en periodos de 10 años.	Biológica	Edad	• 16-23 • 24-31 • 32-39 • 40-47
Edad gestacional.- es el tiempo de gestación expresado en semanas, desde la FUM hasta la fecha del parto, transcurren por término medio 280 días, igual a 40 semanas.	Biológica	Semanas	• < 37 • 37 – 41 • > 41
Tipo de intervención.- proceso mediante el cual el feto es extraído de la cavidad uterina, por vía vaginal o abdominal	Biológica	• Cesárea • Parto vaginal	• Si – No • Si – No
Tipo de cesárea según antecedentes.- es el número de cesárea según los antecedentes obstétricos de la paciente.	Biológica	• Primera • Anterior • Iterativa	• Si – No • Si – No • Si – No
Tipo de cesárea según indicación.- es la que se realiza considerando las patologías que contraindiquen el parto vaginal.	Biológica	• Electiva • Urgente	• Si – No • Si – No
Tipo de indicación.- son aquellos hallazgos clínicos que nos permiten detectar el tipo de complicación que contraindica el parto por vía vaginal.	Biológica	• Materna • Fetal • Materno – Fetal • Obstétrica	• Si – No • Si – No • Si – No • Si – No

Indicaciones maternas.- son aquellas condiciones maternas que no permiten el parto por vía vaginal, poniendo en riesgo el bienestar de la madre y el feto.	Biológica	• Tumores benignos o malignos del canal del parto • Cesárea Anterior • Alteraciones Mentales: Psicosis, Retardo Mental • Diabetes Gestacional Complicada	• Si – No • Si – No • Si – No • Si – No • Si – No
Indicaciones Fetales.- son aquellas condiciones fetales que no permiten el parto por vía vaginal, poniendo en riesgo el bienestar la madre y el feto.	Biológica	• Distocia de presentación • Sufrimiento fetal • Embarazo múltiple • Malformaciones Fetales • Macrosomía fetal	• Si – No • Si – No • Si – No • Si – No • Si – No
Indicaciones materno – fetales.- son las condiciones tanto de la madre como del feto que no permiten el parto por vía vaginal, poniendo en riesgo el bienestar la madre y el feto.	Biológica	• Preeclampsia, Eclampsia o Síndrome de HELLP • Antecedentes Obstétricos: Óbito Fetal o Mortinato • Riesgo de Transmisión Vertical	• Si – No • Si – No • Si – No
Indicaciones obstétricas.- son las condiciones que no permiten el parto por vía vaginal, poniendo en riesgo el bienestar la madre y el feto.	Biológica	• Desproporción cefalopélvica • Distocia dinámica de trabajo de parto • Desprendimiento prematuro de Placenta • Placenta Oclusiva o Parcial • Ruptura prematura de membranas	• Si – No • Si – No • Si – No • Si – No • Si – No

CRONOGRAMA

| | | 2015 | | |

11	Revisión de borrador de tesis																																								
12	Corrección de borrador de tesis																																								
13	Presentación del documento final de tesis																																								
14	Defensa privada de tesis																																								
15	Defensa pública e incorporación																																								

PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

Recursos	***Detalle***	***Costos. USD***	***Fuente de Financiamiento***
COSTOS DIRECTOS			
Materiales	Papel	50.00	Recursos propios
	Lapiceros	10.00	Recursos propios
	Fotocopias	30.00	Recursos propios
	Impresiones	70.00	Recursos propios
	Anillados	15.00	Recursos propios
Tecnológicos	CDs	10.00	Recursos propios
	USB	25.00	Recursos propios
	Horas de internet	50.00	Recursos propios
Total de costos directos		260.00	
COSTOS INDIRECTOS			
Económico	Transporte	80.00	Recursos propios
	Alimentación	160.00	Recursos propios
	Imprevistos	60.00	Recursos propios
Total de costos indirectos		300.00	
TOTAL DE COSTOS		560.00	

ANEXO Nº 3

CERTICADO DE TRADUCCION DEL RESUMEN

CENTRO DE ESTUDIOS LATINOAMERICANO

Excelencia e Innovación Educativa

Informática ✓
Inglés ✓
Contabilidad ✓

Lcda. Tanya Jhulissa León Puga

INSTRUCTORA DEL CENTRO DE ESTUDIOS LATINOAMERICANO.

A petición verbal._

C E R T I F I C A

Que el resumen del Trabajo de titulación: **"CAUSAS Y FRECUENCIA DE CESÁREA EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL MUNICIPAL JULIA ESTHER GONZALEZ DELGADO DURANTE EL AÑO 2015"**, de la Srta. Cristina Carlota Fernández Huaca, con el Nº de cedula 1105590200 de la Carrera de Medicina Humana, para la obtención de título de médico general.

Por cuanto puedo certificar en honor a la verdad que esta traducción es correcta y autentica por lo que autorizo al portador de este documento hacer el uso del mismo en lo que se creyere conveniente.

Loja, 23 de Enero del 2017.

Lic. Tanya Jhulissa León Puga
CI: 1150128195
DOCENTE

CENTRO DE ESTUDIOS LATINOAMERICANO

LOJA: Azuay 12-85 entre Bernardo Valdivieso y Olmedo - Telefax: 2578-568 / Cel. 097291104
email: celatinoamericano@hotmail.com