Universidad Nacional De Loja

Área de la Salud Humana

CARRERA DE MEDICINA HUMANA

TÍTULO

"INCIDENCIA E INDICACIONES DE CESÁREA DE LAS MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA, PERIODO JUNIO A NOVIEMBRE DEL 2015.

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO GENERAL

AUTOR:

Jimmy Israel Briceño Granda

DIRECTORA:

Dr. Marco Leopoldo Medina Sarmiento, Esp.

LOJA - ECUADOR
2017

CERTIFICACIÓN

Dr. Marco Leopoldo Medina Sarmiento, Esp.

DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICA

Que he revisado y orientado todo el proceso de la elaboración de la tesis de grado titulado **"Incidencia e indicaciones de cesárea de las mujeres atendidas en el Hospital Regional Isidro Ayora de la ciudad de Loja, periodo Junio A Noviembre del 2015"** de autoría del estudiante Jimmy Israel Briceño Granda previa a la obtención del título de Médico General, una vez que el trabajo cumple con todos los requisitos exigidos por la Universidad Nacional de Loja para el efecto, autorizo la presentación del mismo para la respectiva sustentación y defensa.

Loja, 06 de Febrero del 2017

Atte.

Dr. Marco Leopoldo Medina Sarmiento, Esp.

DIRECTOR DE TESIS

AUTORÍA

Yo Jimmy Israel Briceño Granda, 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 y 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.

Firma:

Autor: Jimmy Israel Briceño Granda

Cédula: 1104818834

Fecha: 07 de Febrero del 2017

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo Jimmy Israel Briceño Granda, declaro ser autor de la tesis titulada **"INCIDENCIA E INDICACIONES DE CESÁREA DE LAS MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA, PERIODO JUNIO A NOVIEMBRE DEL 2015",** 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 de investigación en el Repositorio Digital Institucional, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad Nacional de Loja.

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, firma el autor en la Ciudad de Loja, a los siete días del mes de febrero del dos mil diecisiete.

Firma: _____

Autor: Jimmy Israel Briceño Granda

Cédula de Identidad: 1104818834 **Correo Electrónico:** jimmy_33b@hotmail.com

Teléfono: Domicilio: 072563373 **Celular:** 0990926422

Datos Complementarios:

Director de Tesis: Dr. Marco Leopoldo Medina Sarmiento, Esp.

Tribunal de Grado: Dr. Ángel Vicente Ortega Gutiérrez, Mg. Sc.

Dra. Ximena Patricia Carrión Ruilova, Esp.

Dr. Cristian Alfonso Galarza Sánchez, Esp.

DEDICATORIA

Dedico este proyecto de tesis a Dios por ayudarme a guiar mi vida, cuidándome y dándome fortaleza.

A mis padres, quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento, brindando su confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento en mi inteligencia y capacidad.

Jimmy Briceño Granda

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por permitirme alcanzar esta meta y guiar mi camino, agradezco de manera especial al Dr. Marco Medina por apoyarme en el desarrollo de la tesis bajo su dirección.

A mis padres Rubén Briceño y Nelly Granda por su apoyo incondicional que me han brindado durante el transcurso de mi formación académica y de mi vida, ya que con ellos fue posible realizar mis metas hasta ahora alcanzada.

También quiero agradecer a todas las personas que me brindaron su aporte de alguna manera para la finalización de la tesis.

Jimmy Briceño Granda

ÍNDICE

CARATULA i
CERTIFICACIÓN ii
AUTORÍA v
CARTA DE AUTORIZACIÓN vii
DEDICATORIA vii
AGRADECIMIENTO viii
ÍNDICE ix
LISTA DE CUADROS Y TABLAS ix
LISTA DE GRÁFICOS xii
I. TÍTULO 1
II. RESUMEN 2
ABSTRACT 3
III. INTRODUCCIÓN 4
IV. REVISIÓN DE LA LITERATURA 7
4.1 DEFINICIÓN DE CESÁREA 7
4.2 EPIDEMIOLOGÍA 7
4.3 CLASIFICACIÓN DE CESÁREA 9
4.3.1 CESÁREA ELECTIVA 9
4.3.2 CESÁREA URGENTE 9
4.3.3 CESÁREA A DEMANDA 9
4.4 INDICACIONES 10
4.4.1 INDICACIONES ABSOLUTAS 10
4.4.2 INDICACIONES RELATIVAS 10
4.4.3 OTRAS INDICACIONES DE CESÁREA 13
4.4.3.1 MATERNAS 13
4.4.3.2 CAUSAS FETALES 13
4.4.3.3 CAUSAS MATERNO FETALES 13
4.4.3.4 CAUSAS OBSTÉTRICAS 14
4.5 TÉCNICAS PARA LA OPERACIÓN CESÁREA 14
4.5.1 INCISIÓN ABDOMINAL 14
4.5.1.1 INCISIÓN VERTICAL 14
4.5.1.2 INCISIONES TRANSVERSAS 15
4.5.2 INCISIONES UTERINAS 17
4.5.2.1 TÉCNICA PARA LA INCISIÓN TRANSVERSA PARA CESÁREA 17
4.5.3 EXTRACCIÓN DEL FETO 19
4.5.4 REPARACIÓN UTERINA 20
4.5.5 CIERRE ABDOMINAL 22
4.5.6 TÉCNICA PARA LA CESÁREA CLÁSICA 23
4.5.6.1 INCISIÓN UTERINA 24
4.6 MEDICACIÓN INTRAOPERATORIA 24

4.6.1 PROFILAXIS ANTIBIÓTICA 24
4.6.1.1 ANTIBIÓTICOS 25
4.6.1.1.1 CEFALOSPORINAS 25
4.6.2 PROFILAXIS ATONIA 26
4.6.3 MEDICACIÓN POSTOPERATORIA 27
4.6.3.1 SUEROTERAPIA 27
4.6.3.2 UTEROTÓNICOS 27
4.6.3.3 PROFILAXIS TROMBOEMBÓLICA 27
4.6.3.4 ANALGESIA 28
4.7 COMPLICACIONES DE LA CESÁREA 28
4.7.1 CLASIFICACIÓN: 29
4.7.1.1 COMPLICACIONES ANESTÉSICAS 30
4.7.1.2 COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS 31
4.7.1.2.1 FACTORES DE RIESGO 32
4.7.1.2.2 COMPLICACIONES HEMORRÁGICAS INTRAOPERATORIAS 32
4.7.1.2.3 LESIONES DE TRACTO URINARIO 32
4.7.1.2.4 LESIONES INTESTINALES 33
4.7.1.2.5 LESIONES NERVIOSAS 33
4.7.1.3 COMPLICACIONES INFECCIOSAS 34
4.7.1.3.1 ENDOMETRITIS 35
4.7.1.3.2 TROMBOFLEBITIS PÉLVICA SÉPTICA 35
4.7.1.3.3 INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO 35
4.8 ESTUDIOS REALIZADOS 36
V. METODOLOGÍA 38
5.1 LOCALIZACIÓN. 38
5.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN: 38
5.3 UNIVERSO: 38
5.4 MUESTRA: 38
5.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN 38
5.6 MATERIALES Y MÉTODOS 39
5.7 TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN 39
5.8 PROCESAMIENTO DE LOS RESULTADOS 40
VI. RESULTADOS 41
VII. DISCUSIÓN 48
VIII. CONCLUSIONES 51
IX. RECOMENDACIONES 52
X. BIBLIOGRAFÍA 53
XI. ANEXOS 56

LISTA DE CUADROS Y TABLAS

Cuadro 1 *Indicaciones de Cesárea* 11

Cuadro 2 *Tumores del canal de parto* 12

Tabla 1 *Incidencia de cesárea en el Hospital Provincial Isidro Ayora* 41

Tabla 2 Principales indicaciones de operación Cesárea. 42

Tabla 3 Principales indicaciones maternas de operación Cesárea. 43

Tabla 4 *Principales indicaciones Fetales de operación Cesárea* 44

Tabla 5 *Principales indicaciones maternofetales de operación Cesárea* 45

Tabla 6 *Principales indicaciones obstétricas de operación Cesárea* 46

Tabla 7 *Distribución del número de Cesáreas según el Grupo etáreo* 47

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 *Incidencia de cesárea en el Hospital Provincial Isidro Ayora* 41

Gráfico 2 Principales indicaciones de operación Cesárea 43

Gráfico 3 *Principales indicaciones maternas de operación Cesárea* 43

Gráfico 4 *Principales indicaciones fetales de operación Cesárea*..... 44

Gráfico 5 *Principales indicaciones maternofetales de operación Cesárea* 45

Gráfico 6 *Principales indicaciones obstétricas de operación Cesárea* 46

Gráfico 7 *Distribución del número de Cesáreas según el Grupo etáreo* 47

1. TÍTULO

INCIDENCIA E INDICACIONES DE CESÁREA DE LAS MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA, PERIODO JUNIO A NOVIEMBRE DEL 2015.

2. RESUMEN

En el mundo, la resolución quirúrgica de los eventos obstétricos a través de la operación cesárea constituye uno de los avances más importantes de la medicina perinatal, y ha tenido indiscutiblemente un impacto extraordinario en la disminución de la mortalidad materna y perinatal, muchos factores han contribuido a este aumento, incluyendo la mejora de las técnicas, la reducción de riesgo de complicaciones post-operatorias, factores nutricionales, o principalmente las causas que conllevan a su indicación, el motivo de la presente investigación titulada: "Incidencia e Indicaciones de Cesárea de las Mujeres Atendidas en el Hospital Regional Isidro Ayora.", esta tiene como objetivo determinar la incidencia e indicaciones de cesárea tanto maternas, fetales, maternofetales y obstétricas, así como establecer el grupo etáreo más frecuente a quienes se indica la intervención. El tipo de investigación fue de carácter retrospectivo, descriptivo y transversal, que se lo realizó en los departamentos de estadística y centro obstétrico en el periodo de junio a noviembre del 2015, la población de estudio estuvo constituida por todas las pacientes ingresadas al servicio para finalización del embarazo, la muestra estuvo constituida por 632 pacientes a quienes se les realizo la intervención quirúrgica; la recolección de datos se llevó a cabo a través del libro de registros de cesáreas y partos e historias clínicas. Los datos fueron ingresados en una base de datos de Microsoft Excel y analizados mediante estadística simple e inferencial. La incidencia de cesárea fue del 43,05%, la principal indicación materna de cesárea fue: Cirugía uterina previa con un 45,41%, la indicación Fetal: es Compromiso de bienestar fetal con un 21,99%, la indicación maternofetal fue Preeclampsia grave, Eclampsia o Síndrome de HELLP con un 4,91% y la indicación obstétrica fue desproporción cefalopélvica con 7,75%, el grupo etáreo de 20 a 24 años fue el más frecuente con 35,44%.

Palabras clave: Cesárea, Incidencia, Edad Reproductiva, Indicaciones.

ABSTRACT

In the world, the surgical resolution of obstetric events through cesarean section is one of the most important advances in perinatal medicine, and has undoubtedly had an extraordinary impact on the reduction of maternal and perinatal mortality, many factors have contributed to this increase, including the improvement of techniques, reduction of risk of postoperative complications, nutritional factors, or mainly the causes that lead to its indication, the reason of the present research entitled: "Incidence and Indications of Caesarean The purpose of this study was to determine the incidence and indications of maternal, fetal, maternal-fetal and obstetric variables, as well as to establish the most frequent age group to whom the intervention is indicated. Retrospective, descriptive and cross-sectional study, which was performed in the statistical departments and obstetric center in the period from June to November 2015, the study population consisted of all the patients admitted to the service for the end of pregnancy, the sample was Consisting of 632 patients who underwent surgery; The collection of data was carried out through the cesarean records and birth records and clinical records. The data were entered into a Microsoft Excel database and analyzed using simple and inferential statistics. The incidence of cesarean section was 43.05%, the main maternal indication was: previous uterine surgery with 45,41%, the indication Fetal: commitment Fetal wellbeing with 21,99% , The maternal-fetal indication was severe Preeclampsia, Eclampsia or HELLP syndrome with 4.91% and the obstetric indication was Cephalopelvic disproportion with 7.75%, the age group 20-24 was the most frequent 35.44%,

Key words: Caesarean section, Incidence, Reproductive age, Indications

3. INTRODUCCIÓN

La resolución quirúrgica de los eventos obstétricos a través de la operación cesárea constituye uno de los avances más importantes de la medicina perinatal contemporánea y ha tenido indiscutiblemente un impacto extraordinario en la disminución de la mortalidad materna y perinatal. (Frenk Mora, y otros, 2012)

En el mundo, la cesárea se ha transformado en una de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes y desde años recientes las propias embarazadas la exigen, en lugar de tener un parto vaginal (cifra estimada entre 4 y 18%). (Farías & Oyarzún Ebensperger, 2012)

La realización de la intervención cesárea ha incrementado en las últimas décadas, muchos factores han contribuido a este aumento, incluyendo la mejora de las técnicas, cesárea anterior la reducción de riesgo de complicaciones post-operatorias, factores nutricionales, demográficos, la percepción de médicos y pacientes como un procedimiento seguro, con menor tolerancia a los riesgos, la menor oportunidad del operador para adquirir habilidad en las maniobras por vía vaginal, y la influencia de las demandas legales. (León, Yépez, & Nieto, 2012).

Otras causas del incremento de la intervención se reconocen el uso masivo de la monitorización electrónica de la frecuencia cardiaca fetal, el aumento de las intervenciones en edades gestacionales menores, el aumento de embarazos e intervenciones consiguientes en mujeres de más de 40 años y el número creciente de pacientes que tienen una cesárea previa. (Farías & Oyarzún Ebensperger, 2012)

En la actualidad, la mayoría de países a nivel mundial tanto en países desarrollados y en desarrollo, como en Ecuador, la realización de la operación cesárea

en las gestantes se ha incrementado a porcentajes sobre los referidos por la Organización Mundial de la Salud del 15%, y también en relación a los años anteriores y dicho procedimiento quirúrgico aumenta el riesgo de morbilidad y mortalidad materna, cuando se exagera o abusa dicha intervención sobre lo estimado.

La Organización Mundial de la Salud menciona que en ninguna región del mundo se justifica una incidencia de cesárea mayor del 10-15%; sin embargo se ha incrementado su frecuencia en las dos últimas décadas. (Romero, y otros, 2014).

En los países de América Latina se comprobó una gran variación en la prevalencia de cesáreas. Chile, con 40% encabeza la lista, Brasil con una tasa global de 27%, República Dominicana con 26% y Argentina con 25.4%. En los años 60 en México se hacían 3% de cesáreas; en 1996 la tasa había aumentado hasta un 24.1%; en 1999, la tasa fue de 35.4%. Las indicaciones más frecuentes fueron: sufrimiento fetal agudo (28.4%), desproporción cefalopélvica (22.4%) y cesárea previa (15.2%). (Pavon León, 2012).

En Ecuador el tema de la salud materna, 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%. En relación al número total de partos por cesárea atendidos en cada provincia, Los Ríos, Manabí y El Oro es donde más se registra esta práctica. Lo contrario ocurre en Zamora Chinchipe, Carchi y Morona Santiago. (MSP e INEC, 2014).

El presente estudio se realizó en el Hospital Provincial Isidro Ayora, fue de tipo retrospectivo, descriptivo y transversal, el cual pretende analizar la verdadera situación, en lo que se refiere a los diagnósticos clínicos de la cesárea, en el Hospital Provincial

"Isidro Ayora", en que además de brindar atención médica, también realiza actividades académicas, indispensables para la formación de nuevos médicos.

Por tal motivo se realizó el presente trabajo investigativo con el propósito de conocer la Incidencia e indicaciones maternas, fetales, maternofetales y obstétricas de cesárea, así como encontrar el grupo etáreo más frecuente, en el periodo de Junio a Noviembre del 2015; con esto, se busca obtener información relevante, puesto que con los datos obtenidos se pueden realizar modificaciones en cuanto al diagnóstico previo que lleva a una paciente a ser sometida a la intervención cesárea, disminuyendo la morbilidad y los costos que representa esta intervención; a partir de dichos resultados se puede generar una línea de investigación para estudios posteriores, y al ser un estudio retrospectivo, que utiliza como fuente los registros de una base de datos, no genera daños biológicos o psicológicos, no implica riesgo alguno para las pacientes.

4. REVISIÓN DE LA LITERATURA

4.1. DEFINICIÓN DE CESÁREA

Es un procedimiento quirúrgico que tiene por objeto extraer al feto, vivo o muerto, a través de laparotomía e incisión de la pared uterina, después de que el embarazo ha llegado a la viabilidad fetal. (Romero, y otros, 2014)

4.2. EPIDEMIOLOGÍA

Entre 1970 y el 2007, la tasa de cesáreas en Estados Unidos se elevó de 4.5% de todos los partos a 31.8%. Este incremento ha sido constante con excepción del intervalo entre 1989 y 1996, cuando la tasa anual de cesáreas disminuyó. Este decremento fue en gran parte consecutivo a una mayor frecuencia de partos vaginales después de una cesárea y al descenso en espejo de la frecuencia primaria. Estas tendencias fueron muy breves y en el 2007 la tasa de cesáreas primarias se encontraba por arriba de 30%, mientras que la tasa de partos vaginales después de una cesárea descendió a 8.5%. (Cunningham, y otros, 2011)

Como respuesta al mayor índice de cesáreas, el American College of Obstetricians and Gynecologists recomendó dos estándares de referencia para Estados Unidos para el año 2010. Los objetivos comprenden una tasa de cesáreas de 15.5% para mujeres nulíparas con un embarazo de 37 semanas o más y presentación cefálica de un producto único y, en segundo lugar, una tasa de partos vaginales después de una cesárea previa de 37% en pacientes con embarazos de 37 semanas o más y feto único en presentación cefálica con cesárea transversa baja previa. (Cunningham, y otros, 2011)

La cesárea presenta tasas con amplia variación entre los países del mundo, estas oscilan desde 0,4 % a 40 %, exhibe un aumento continuo en su tendencia que se ha conservado en los últimos 30 años. Se han realizado intentos a fin de proponer una frecuencia de cesárea más apropiada, estas cifras estarían acorde al nivel del país, se ha empleado diversos enfoques conceptuales y metodológicos. La Organización Mundial de la Salud en 1985 sugirió la cifra del 15 % como límite superior. El fundamento o razón de esta recomendación se basa en la tasa de cesáreas de los países que tuvieron las más bajas tasas de mortalidad materna y neonatal en el mundo para ese momento (aproximadamente 10%). En vista de que estos eran los países desarrollados, la Organización Mundial de la Salud aumentó la cifra recomendada a una tasa de 15%, tomando en consideración que en países en desarrollo tienen una mayor proporción de población en riesgo que podrían beneficiarse con este procedimiento. Esta sugerencia se apuntala en conceptos destacados, entre ellos tenemos que la cesárea está destinada a tratar o prevenir complicaciones que amenacen la vida materna o perinatal, en consecuencia la tasa apropiada debe estar asociada con el nivel más bajo posible de la morbi-mortalidad materna y perinatal. (Faneite, Rivera, Faneite, & Amato, 2012)

Se estima que a nivel mundial, la tasa de cesárea supera el ideal. En las Américas, es del 38,9% en promedio, según los datos disponibles de 25 países. Esta cifra, sin embargo, podría ser mayor ya que en muchos casos no se tiene en cuenta las cesáreas que se realizan en el sector privado. (Organización Panamericana de la Salud, 2015)

4.3.CLASIFICACIÓN DE CESÁREA

4.3.1 CESÁREA ELECTIVA

Es aquella que se realiza en gestantes con patología materna o fetal que contraindique o desaconseje un parto por vía vaginal. Es una intervención programada. (Ros, Bellart, & Hernández, 2012)

4.3.2 CESÁREA URGENTE

Se realiza como consecuencia de una patología aguda grave de la madre o del feto, con riesgo vital materno-fetal o del pronóstico neurológico fetal, lo que hace aconsejable la finalización del embarazo rápidamente. (Ros, Bellart, & Hernández, 2012)

4.3.3 CESÁREA A DEMANDA

Se denomina cesárea a demanda, la que se realiza en embarazos con feto único y a término, a requerimiento de la propia paciente y en ausencia de indicaciones médicas u obstétricas que la justifiquen. (Melchor Marcos, 2008)

En general, las razones que inducen a la gestante a solicitar una cesárea pueden ser múltiples y variadas: (Melchor Marcos, 2008)

- Por miedo al dolor o miedo a parir
- Por temor a complicaciones maternas durante el parto
- Por temor a complicaciones tras el parto
- Por temor a complicaciones fetales; Por miedo al parto instrumental
- Por el antecedente de una experiencia obstétrica negativa
- Porque dicen estar en su derecho de elegir el tipo de parto

- Por comodidad y conveniencia socio-familiar o personal
- Por imitación con muchas “celebridades” que eligen este tipo de parto, de tal forma que la cesárea les parece “glamurosa” y envidiable.

4.4.INDICACIONES

Las indicaciones pueden ser absolutas o relativas. (Schwarcz, Fescina, & Duverges, 2005)

4.4.1 INDICACIONES ABSOLUTAS

Entre las absolutas se pueden mencionar la desproporción fetopélvica, la placenta previa oclusiva, la inminencia de rotura uterina, la rotura uterina, la presentación pelviana en el feto único a término de la gestación, etc. Son casos en los cuales la cesárea es la única técnica a tener en cuenta como forma de terminación del parto. (Schwarcz, Fescina, & Duverges, 2005)

4.4.2 INDICACIONES RELATIVAS

Las indicaciones relativas son aquellas en que se elige la cesárea como la mejor alternativa en circunstancias en que se plantea también alguna otra opción. Son casos que por lo tanto tendrán que ser analizados detenidamente antes de adoptar una decisión. Por ejemplo, la cesárea previa es para algunos, indicación de cesárea por el riesgo de rotura de la cicatriz uterina durante el parto. Actualmente se considera que, si no se repiten los motivos de la primera intervención o no existe otra indicación, si se reúnen los criterios, debería permitirse el parto normal bajo observación cuidadosa. Los criterios de selección para intentar un parto vaginal en mujeres con cesáreas previas son: una o dos cesáreas segmentarías previas, sin otras cicatrices o rupturas uterinas previas, pelvis normal y sin desproporción fetopélvica, feto único en presentación cefálica y

prueba del parto bajo extrema vigilancia en una maternidad que garantice las condiciones obstétricas y neonatales esenciales. (Schwarcz, Fescina, & Duverges, 2005)

Bajo estas condiciones la prueba del parto vaginal después de una cesárea previa se está empleando con un crecimiento gradual. Un grupo de trabajo del Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología recomendó para el año 2010 en los Estados Unidos de Norteamérica una tasa global de parto vaginal de 37% luego de una cesárea segmentaría en mujeres con embarazos únicos de 37 semanas o más en presentación cefálica. A veces es necesario realizar una cesárea por una serie de causas asociadas, ninguna de las cuales justificaría la intervención si se considerara aisladamente. Cuando se dan varias "indicaciones parciales" puede haber mayor peligro en el parto por vía vaginal, de modo que a veces estas, al sumarse, crean una verdadera indicación en conjunto. A veces la indicación puede preverse con anticipación, y con tal motivo la intervención realizarse sin premura, como cualquier operación (cesárea electiva); otras veces ·la indicación surge en forma súbita, por accidente en el embarazo o en el parto (cesárea de urgencia). (Schwarcz, Fescina, & Duverges, 2005)

Las indicaciones pueden ser maternas, fetales y ovulares:

Cuadro 1. *Indicaciones de Cesárea*

Maternas	1. Tumores benignos o malignos del canal de parto. 2. Cirugía uterina previa, plastia vaginal. 3. Patología que comprometa el bienestar materno y/o fetal: desprendimiento de retina, insuficiencia cardiaca o respiratoria. 4. Psicosis, retardo mental, alteraciones de la conciencia.
Fetales	1. Compromiso del bienestar fetal. 2. Distocias de presentación. 3. Embarazo múltiple con distocia de presentación o patología obstétrica. 4. Malformaciones fetales o Gemelos siameses que supongan distocia. 5. Macrosomía fetal (>4000 gr).

Maternofetales	1. Antecedentes obstétricos desfavorables: óbito fetal, mortinato, muerte neonatal precoz, uso de fórceps. 2. Riesgo de transmisión vertical: Infección por HIV– HPV / Condilomatosis - herpes genital activo. * 3. Preeclampsia grave, eclampsia o Síndrome de HELLP que no ceden al tratamiento.
Obstétricas	1. Cesárea iterativa (si no aplica parto vaginal postcesárea). 2. Distocias dinámicas del trabajo de parto. 3. Desproporción cefalopélvica. 4. Desprendimiento prematuro de placenta grado II. 5. Placenta previa oclusiva total o parcial. 6. Prolapso de cordón umbilical. 7. Rotura uterina previa.

Elaborado por: Jimmy Israel Briceño Granda
Fuente: Componente Normativo Materno, 2008
***** Virus de Inmuno Deficiencia Adquirida, Virus de Papiloma Humana

Cuadro 2. *Tumores del Canal del Parto*

Tumores del Canal Blando	
Benignos	**Malignos**
Quistes Vaginales	Ca. Uterino
Pólipos	Ca. Cervicouterino
Varices	Ca. De Vagina
Quistes de Bartholino	Ca. De Vulva
Tumores previos Extrínsecos	
Uterinos	**Extrauterinos**
Miomas	Tumores Ováricos
Hemiútero previo	Quistes Hidatídicos
Extragenitales	
Vejiga	
Recto	
Fibromas y Tumores Óseos	
Riñón Ectópico	
Bazo Ectópico	
Vólvulo Intestinal	
Fecalomas	

Elaborado por: Jimmy Israel Briceño Granda
Fuente: Distocias del Canal del Parto, Garibay Oswaldo, 2014

4.4.2 OTRAS INDICACIONES DE CESÁREA

4.4.2.1 MATERNAS

Son: (León, Yépez, & Nieto, 2012)

- Tumores benignos o malignos del canal de parto.
- Cirugía uterina previa (cesárea anterior, plastia vaginal.
- Patología que comprometa el bienestar materno y/o fetal: desprendimiento de retina, insuficiencia cardiaca o respiratoria.
- Psicosis, retardo mental, alteraciones de la conciencia.

4.4.2.2 CAUSAS FETALES

Son: (León, Yépez, & Nieto, 2012)

- Compromiso del bienestar fetal.
- Distocias de presentación.
- Embarazo múltiple con distocia de presentación o patología obstétrica.
- Malformaciones fetales o Gemelos siameses que supongan distocia.
- Macrosomía fetal (>4000 gramos).

4.4.2.3 CAUSAS MATERNO FETALES

Son**:** (León, Yépez, & Nieto, 2012)

- Antecedentes obstétricos desfavorables: óbito fetal, mortinato, muerte neonatal precoz, uso de fórceps.
- Riesgo de transmisión vertical: Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana–Virus del Papiloma Humano / Condilomatosis - herpes genital activo.

- Preeclampsia grave, eclampsia o Síndrome de HELLP que no ceden al tratamiento.

4.4.2.4 CAUSAS OBSTÉTRICAS

Son: Cesárea iterativa (si no aplica parto vaginal postcesárea); Placenta previa oclusiva total o parcial. (León, Yépez, & Nieto, 2012)

4.5 TÉCNICAS PARA LA OPERACIÓN CESÁREA

4.5.2 INCISIÓN ABDOMINAL

Por lo general, se utiliza una incisión vertical media o una transversa supra púbica. Sólo en circunstancias especiales, se recurriría a una incisión paramedia o media transversa. (Cunningham, y otros, 2011)

4.5.2.4 INCISIÓN VERTICAL

Una incisión vertical media infraumbilical es la más rápida de hacer. Debe ser de suficiente longitud para permitir el nacimiento del lactante sin dificultades. Por tanto, su longitud debe corresponder al peso calculado del feto. Se lleva a cabo una incisión cortante hasta alcanzar la vaina anterior de los músculos rectos mayores del abdomen, que se libera de grasa subcutánea para exponer una banda de aponeurosis en la línea media de 2 cm de ancho. Se separan los músculos rectos mayores del abdomen y el piramidal en la línea media mediante disección cortante y roma para exponer la aponeurosis transversal y su peritoneo. Se disecan la aponeurosis transversa y la grasa preperitoneal de manera cuidadosa hasta alcanzar el peritoneo subyacente. Se abre con cuidado el peritoneo cerca del extremo superior de la incisión, sea de manera roma o mediante elevación con dos pinzas hemostáticas colocadas unos 2 cm aparte. Se examina y palpa el pliegue entoldado del peritoneo entre las grapas para asegurarse de

que el epiplón, el intestino o la vejiga no se encuentran adyacentes. En mujeres que han tenido una intervención quirúrgica intraabdominal previa, que incluye la cesárea, el epiplón o el intestino pueden estar adheridos a la superficie del peritoneo. En las mujeres con trabajo de parto obstaculizado, la vejiga se puede empujar en sentido cefálico casi hasta el nivel del ombligo. Se incide el peritoneo en la parte superior del polo correspondiente de la incisión en dirección descendente hasta apenas arriba de la reflexión peritoneal sobre la vejiga. (Cunningham, y otros, 2011)

4.5.2.5 INCISIONES TRANSVERSAS

En la incisión modificada de Pfannenstiel, se corta la piel y el tejido subcutáneo con la utilización de una línea transversa baja ligeramente curva. La incisión se lleva a cabo a la altura de la línea del vello púbico y se extiende algo por afuera de los bordes laterales de los músculos rectos mayores del abdomen. La disección cortante se continúa a través de la capa subcutánea hasta nivel de la fascia. Casi siempre es posible identificar los vasos epigástricos superficiales a la mitad del camino entre la piel y la fascia, a varios centímetros de la línea media. Si aquéllos se laceran, se pueden suturar o electrocoagular. Después de separar el tejido subcutáneo de la aponeurosis subyacente 1 cm a cada lado, se incide la aponeurosis. A este nivel, la fascia abdominal anterior está formada por dos capas visibles, la aponeurosis del músculo oblicuo externo y una capa fusionada que contiene la aponeurosis del oblicuo interno y el transverso del abdomen. Lo mejor es seccionar cada capa de manera individual durante la extensión lateral de la incisión de la fascia. Los vasos epigástricos inferiores yacen por fuera del borde lateral del recto abdominal y por debajo de las aponeurosis fusionadas del oblicuo interno y el transverso del abdomen. (Cunningham, y otros, 2011)

Por tanto, estos vasos se pueden seccionar si la incisión de la fascia se extiende en sentido más lateral. Sin embargo, si es necesario extenderla, los vasos se deben

identificar y cauterizar o ligar para evitar una hemorragia y retracción vascular en caso de laceración. (Cunningham, y otros, 2011)

Se pinzan, cortan y ligan los vasos sanguíneos que transcurren entre los músculos y la aponeurosis o se fulguran con el electrocauterio. Es imperativa una hemostasia meticulosa para reducir la incidencia de infección y hemorragia. La disección aponeurótica se prolonga lo suficiente hacia el ombligo para permitir una incisión longitudinal adecuada del peritoneo sobre la línea media. Después se separan los músculos rectos mayores del abdomen en la línea media, con el propósito de exponer el peritoneo subyacente, el cual se abre como se comentó antes. (Cunningham, y otros, 2011)

La incisión de Pfannenstiel se guía por las líneas de Langer de tensión cutánea y, por consiguiente, es posible obtener resultados estéticos excelentes. Además ofrece una menor frecuencia de dolor posoperatorio, de dehiscencia de la herida de la fascia y de hernia incisional. La incisión de Pfannenstiel no se aconseja en los casos en que se necesita un gran espacio quirúrgico o cuando se requiere entrar en la parte superior del abdomen. En la cesárea de repetición, el reingreso a través de una incisión de Pfannenstiel suele ser más prolongado y difícil por la cicatrización. (Cunningham, y otros, 2011)

Cuando se desea una incisión transversa y se necesita más espacio, la incisión de Maylard constituye una opción segura En esa incisión, los músculos rectos se dividen de manera cortante o por medio de electrocauterización. Asimismo, la incisión puede ser especialmente útil en mujeres con cicatrización importante resultante de las previas, elaboradas de manera transversa. (Cunningham, y otros, 2011)

4.5.3 INCISIONES UTERINAS

Por lo general, la incisión del segmento uterino inferior es transversa tal y como lo describió Kerr en 1921. En ocasiones, se puede usar una incisión vertical en el segmento inferior, descrita por Krönig en 1912. La llamada incisión clásica es una vertical en el cuerpo del útero por arriba del segmento uterino inferior y que alcanza el fondo. (Cunningham, y otros, 2011)

Para casi todas las cesáreas, la incisión transversa del útero es la que se prefiere. En comparación con la incisión clásica, aquélla facilita más la reparación, así como la localización en un sitio con menor probabilidad de rotura del órgano en un embarazo subsiguiente y sin favorecer adherencias en los intestinos o el epiplón sobre la línea incisional. (Cunningham, y otros, 2011)

4.5.3.4 TÉCNICA PARA LA INCISIÓN TRANSVERSA PARA CESÁREA

Por lo general, el útero se encuentra en dextrorrotación, de manera que el ligamento redondo izquierdo se halla en una ubicación más anterior y cerca de la línea media si se le compara con el derecho. La reflexión del peritoneo por arriba del borde superior de la vejiga y que cubre el segmento uterino inferior, el colgajo vesical, se sujeta en la línea media con pinzas y se incide de manera transversa con bisturí o tijeras. Se introducen las tijeras entre la serosa vesicouterina y el miometrio del segmento uterino inferior y se separan a los lados con respecto a la línea media para después retirarse mientras se abren de manera parcial sus ramas de modo intermitente. Esto diseca un área de 2 cm de ancho de serosa, que después se incide. Conforme se alcanza el borde lateral a cada lado, las tijeras se dirigen un poco hacia arriba. Se levanta el colgajo inferior del peritoneo y se separa con delicadeza la vejiga del miometrio subyacente mediante disección roma o cortante. En general, la separación de la vejiga

no debe rebasar 5 cm de extensión. Sobre todo en presencia de un cuello borrado y dilatado, es posible que se diseque tanto de manera descendente que se exponga de manera inadvertida la vagina subyacente e incluso se ingrese a ella, más que al segmento uterino inferior. (Cunningham, y otros, 2011)

Se entra en el útero a través de su segmento inferior 1 cm por debajo del borde superior del reflejo peritoneal. Es importante hacer la incisión uterina relativamente alta en mujeres con dilatación avanzada o completa del cuello uterino para llevar a cabo una mínima extensión lateral de la incisión hacia las arterias uterinas y evitar el ingreso no intencional a la vagina. Esto se hace mediante la utilización de la reflexión de la serosa vesicouterina como guía. (Cunningham, y otros, 2011)

El útero puede incidirse mediante técnicas diversas, cada una iniciada con un bisturí para cortar de manera transversal el segmento uterino inferior expuesto entre 1 y 2 cm en la línea media, lo cual ha de efectuarse con cuidado con el propósito de no lesionar al feto. (Cunningham, y otros, 2011)

Una vez que se abre el útero, la incisión se puede ampliar por corte lateral y luego ligeramente ascendente con tijeras. De manera alternativa, cuando el segmento uterino inferior es delgado, la incisión se puede ampliar simplemente de manera digital mediante tracción lateral y ascendente con los dedos índices. (Cunningham, y otros, 2011)

La incisión uterina debe efectuarse con amplitud suficiente para permitir el nacimiento de la cabeza y el tronco del feto sin desgarros o necesidad de cortar hacia los vasos uterinos que tienen una trayectoria lateral en el borde del órgano. Si se encuentra la placenta en la línea de incisión, aquélla debe desprenderse o incidirse. Cuando se realiza esto último, la hemorragia fetal quizá sea grave, por lo cual debe procederse al

pinzamiento del cordón y la extracción fetal tan pronto como sea posible en tales casos. (Cunningham, y otros, 2011)

Si bien la técnica de Pfannestiel-Kerr se ha utilizado durante muchos años para penetrar el abdomen y el útero, se cuenta con otros métodos más modernos. En los procedimientos de Joel-Cohen y Misgav-Ladach, se lleva a cabo una incisión en el abdomen por arriba de la de Pfannestiel y se utiliza disección roma de las siguientes capas. Esta técnica tiene menor frecuencia de hemorragia transoperatoria, fiebre puerperal y dolor posoperatorio, además de que el tiempo quirúrgico es más reducido. (Cunningham, y otros, 2011)

4.5.4 EXTRACCIÓN DEL FETO

En una presentación cefálica, se desliza una mano al interior de la cavidad uterina entre la sínfisis y la cabeza fetal y se eleva ésta suavemente con la cara palmar de los dedos hacia la incisión, con ayuda de una compresión transabdominal leve sobre el fondo uterino. Después de un trabajo de parto prolongado en presencia de desproporción cefalopélvica, la cabeza puede estar incrustada de manera importante en el conducto del parto. La presión ascendente ejercida por la mano de un ayudante, introducida en la vagina ayudará a desalojar la cabeza y hará posible su nacimiento por arriba de la sínfisis del pubis. Por el contrario, en las mujeres sin trabajo de parto, la cabeza fetal no se moldea y, sin un punto cefálico guía, es difícil levantar la cabeza redonda a través de la incisión uterina. En estos casos, se utiliza un fórceps o un aparato de succión por vacío para extraer la cabeza fetal. Se hacen nacer los hombros por medio de tracción suave más compresión fúndica El resto del cuerpo sale con facilidad a continuación. Para llevar al mínimo la aspiración fetal de líquido amniótico, se hace aspiración de los orificios nasales y la boca expuesta con una perilla para aspiración. (Cunningham, y otros, 2011)

Después de extraer los hombros, se administra una solución cristaloide intravenosa con 20 U/L de oxitocina, a razón de 10 ml/min, hasta que el útero se contrae de manera satisfactoria. Hecho esto, es posible reducir la velocidad de la infusión, Se evitan las dosis rápidas de 5 a 10 U por la hipotensión vinculada. (Cunningham, y otros, 2011)

Se pinza el cordón umbilical y se entrega el lactante al miembro del equipo que realizará su reanimación. Se observa la incisión uterina en busca de sitios de hemorragia, que se deben sujetar con rapidez mediante pinzas de anillos, Pennington o instrumentos similares. A continuación se extrae la placenta, a menos que esto ya haya ocurrido de manera espontánea. Se prefiere su extracción manual, pero su desprendimiento espontáneo, además de generar alguna tracción del cordón, reduce el riesgo de hemorragia e infección quirúrgica. El masaje del fondo uterino que se inicia tan pronto como nace el feto, aminora la hemorragia y acelera el alumbramiento. (Cunningham, y otros, 2011)

4.5.5 REPARACIÓN UTERINA

Después del alumbramiento de la placenta, es factible elevar el útero a través de la incisión hacia la pared abdominal cubierta por campos estériles y cubrir el fondo con una compresa húmeda de laparotomía. Aunque algunos clínicos prefieren evitarlo, la exteriorización uterina a menudo tiene ventajas que superan cualquier desventaja. Por ejemplo, se puede reconocer de inmediato un útero atónico relajado y aplicarle masaje. Se visualizan la incisión y los puntos sangrantes con más facilidad y se reparan, en especial si ha habido extensiones laterales. La exposición de los anexos es mejor y ello facilita la esterilización tubaria. La desventaja principal la constituyen las molestias y el vómito causados por la tracción en las cesáreas con analgesia regional. (Cunningham, y otros, 2011)

No parece aumentar la movilidad febril o la hemorragia con la exteriorización uterina antes de la reparación Inmediatamente después del nacimiento y la inspección de la placenta, se revisa la cavidad uterina y se aspira o limpia con una gasa para retirar restos de membranas, vermix caseosa, coágulos y otros detritos. Se revisan con cuidado los bordes cortados superior e inferior y cada ángulo lateral de la incisión uterina en busca de vasos sangrantes. Los vasos grandes pinzados de manera individual se ligan con material de sutura. Algunos clínicos han expresado preocupación en el sentido de que la aplicación de suturas a través de la decidua pudiese causar endometriosis en el sitio de la cicatriz de histerotomía, pero se trata de un acontecimiento inusual. (Cunningham, y otros, 2011)

Se cierra la incisión uterina mediante uno o dos planos de sutura con material absorbible de calibre 0 o 1. Después, se lleva a cabo una sutura continua anclada que hace posible un afrontamiento con más capacidad hemostática, con cada punto que penetre el espesor total del miometrio. Es importante seleccionar con cuidado el sitio de cada punto para no retirar la aguja una vez que penetra el miometrio. Esto disminuye lo más posible la perforación de vasos no ligados y la hemorragia subsiguiente. (Cunningham, y otros, 2011)

Se continúa la sutura anclada hasta apenas rebasar el ángulo opuesto de la incisión. En especial cuando el segmento inferior es delgado, se puede conseguir la aproximación correcta de los bordes cortados con un plano de sutura. Si ésta no es la adecuada luego de su colocación o si persiste la hemorragia, se necesitan más suturas. Se pueden aplicar también, sea en otro plano o por puntos separados en los sitios sangrantes, para lograr la aproximación y la homeostasia, o estos últimos se aseguran con puntos de sutura en ocho o de colchonero. De manera tradicional, los bordes de la serosa que cubre al útero y la vejiga se aproximan con una sutura continua de catgut

crómico 2-0. Múltiples estudios con asignación al azar sugieren que el pasar por alto esta fase del procedimiento, no origina complicaciones posoperatorias. De manera específica, el no cerrar el colgajo vesical tiene pocas probabilidades de aumentar la formación de adherencias o la morbilidad a largo plazo. (Cunningham, y otros, 2011)

4.5.6 CIERRE ABDOMINAL

Se retiran todas las compresas y se limpian las correderas parietocólicas y el fondo del saco posterior de sangre y líquido amniótico mediante aspiración suave. Algunos cirujanos irrigan las correderas parietocólicas y el fondo de saco, sobre todo en presencia de infección o meconio. (Cunningham, y otros, 2011)

Después de hacer el recuento de compresas e instrumentos y éste resulta correcto, se cierra la incisión abdominal por planos. Si hay intestino distendido en el sitio de la incisión, los autores consideran que el cierre del peritoneo ayudará a proteger al intestino cuando se colocan los puntos en la aponeurosis. Conforme se cierra cada plano, los vasos sangrantes se localizan, pinzan y ligan o coagulan con el electrocauterio. (Cunningham, y otros, 2011)

Se permite a los músculos rectos mayores del abdomen yacer en su lugar y se revisa de manera meticulosa el espacio subaponeurótico en cuanto a hemostasia. En presencia de diastasis de importancia, es posible unir los músculos rectos con uno o dos puntos de sutura en ocho con catgut crómico del 0 o 1. La aponeurosis suprayacente a los rectos anteriores mayores del abdomen se cierra con puntos separados de sutura de absorción lenta del 0 que se colocan por fuera de los bordes aponeuróticos y con no más de 1 cm de intervalo, o mediante sutura continúa no anclada con un tipo de material de absorción lenta. (Cunningham, y otros, 2011)

Por lo regular, el plano subcutáneo no se cierra si tiene menos de 2 cm de espesor y la piel se cierra con puntos verticales de colchonero con seda de 3-0 o 4-0 o sutura equivalente, mediante una sutura de absorción lenta subcuticular de 4-0 continua, o por medio de grapas cutáneas. Si el tejido subcutáneo tiene al menos 2 cm de espesor, debe cerrarse. (Cunningham, y otros, 2011)

4.5.7 TÉCNICA PARA LA CESÁREA CLÁSICA

En ocasiones es necesario utilizar una incisión clásica para el nacimiento del feto. Algunas de sus indicaciones derivan de la dificultad para la exposición o la seguridad de ingreso al segmento uterino inferior. Por ejemplo, cuando se encuentra una vejiga muy adherida por una intervención quirúrgica previa; se detecta un leiomioma que ocupa el segmento uterino inferior; el cuello del útero ha sido invadido por cáncer; la obesidad masiva de la madre impide un acceso seguro al segmento uterino inferior, y en algunos casos de placenta previa con implantación anterior, sobre todo cuando la placenta ha crecido a través de una incisión uterina previa (placenta íncreta o percreta). (Cunningham, y otros, 2011)

En otros casos, las indicaciones son dictadas por las necesidades fetales. La posición transversa de un feto grande, en especial si las membranas están rotas y el hombro se impacta en el conducto del parto, suele requerir una incisión clásica. Un feto en situación transversa con dorso posterior tal vez sea particularmente difícil de extraer a través de una incisión uterina transversa. En ocasiones, cuando el feto es muy pequeño, en especial si no se ha adelgazado el segmento uterino inferior, una incisión clásica es la mejor opción. Por último, en caso de fetos múltiples, se prefiere la incisión clásica. (Cunningham, y otros, 2011)

4.5.7.4 INCISIÓN UTERINA

Se inicia una incisión uterina vertical con el bisturí, tan baja como sea posible, dependiendo de qué tan bien se haya adelgazado el segmento inferior. Si las adherencias, una exposición insuficiente, un tumor o la placenta percreta impiden elaborar un colgajo vesical, la incisión se efectúa por arriba de la vejiga. Una vez que se ingresa al útero con el bisturí, se emplea la incisión en dirección cefálica con tijeras hasta que es lo suficiente grande para hacer posible el nacimiento del feto. Es frecuente encontrar en el miometrio numerosos vasos grandes que sangran de manera profusa. (Cunningham, y otros, 2011)

4.6 MEDICACIÓN INTRAOPERATORIA

4.6.2 PROFILAXIS ANTIBIÓTICA

En la operación cesárea está justificada la indicación de antibióticos en forma profiláctica, entendiendo por profilaxis antibiótica al uso de antimicrobianos para prevenir la infección post-operatoria. La medicina basada en la evidencia deja clara la necesidad de utilizar profilaxis antibiótica en todas las mujeres sometidas a operación cesárea, justificada por los siguientes hallazgos: (Bravo, De Gracia, Campana, Solorzano, & Rodríguez, 2015)

- Las mujeres a las que se le realiza una cesárea tienen 5 a 20 veces más riesgo de infección comparado con un parto vaginal.
- El parto por cesárea constituye el factor de riesgo más importante para presentar infección materna puerperal.
- Las tasas de infección en cesárea van del 10 % al 20 % en los países desarrollados y un porcentaje aún mayor en los países subdesarrollados.

- En población indigente el riesgo de infección nosocomial puede aumentar en un 45 % a 85 %.
- Las complicaciones infecciosas poscesárea son causa importante de Morbi-mortalidad materna y se asocian con aumento en los días/estancia de la mujer en el hospital.

4.6.2.4 ANTIBIÓTICOS

La medicina basada en la evidencia sugiere que los antibióticos de elección son la ampicilina y las cefalosporinas de primera o segunda generación.

Debe administrarse en el momento del nacimiento del feto, aunque recientes estudios indican que la administración inmediatamente antes de iniciar la cesárea tiene mejores resultados con marcadores de morbilidad infecciosa neonatal semejantes. Dado que la indicación es profiláctica, solamente se administrará una sola dosis. (Bravo, De Gracia, Campana, Solorzano, & Rodríguez, 2015)

4.6.2.4.1 CEFALOSPORINAS

Son las más utilizadas por las siguientes razones: (Bravo, De Gracia, Campana, Solorzano, & Rodríguez, 2015)

- Actividad de amplio espectro. Cubre S. Aureus resistente o sensible a penicilina, cepas de S Epidermidis y bacterias Gram negativos como E. Coli y la Klebsiella Spp.
- Escasos efectos adversos
- Baja incidencia de reacciones alérgicas.

Se realizará sistemáticamente profilaxis antibiótica endovenosa con una dosis única de cefalosporina de primera generación (Cefazolina 2g

Intravenosos), inmediatamente tras el clampeo del cordón umbilical, para reducir el riesgo de endometritis, infecciones del tracto urinario e infección de la herida quirúrgica (que ocurren hasta en el 8% de las mujeres sometidas a una cesárea). (Ros, Bellart, & Hernández, 2012)

El parto por cesárea, especialmente si es urgente o en curso de parto, multiplica el riesgo de endometritis por 10. Es por ello que se recomienda la profilaxis antibiótica sistemática, ya que permite una reducción del riesgo de endometritis en un 60-70%. (Ros, Bellart, & Hernández, 2012)

Con el uso breve, estos agentes rara vez producen rash dérmico u otros problemas de alergia. Pueden ser utilizadas en mujeres con alergias tardías a penicilina. Las reacciones de hipersensibilidad son de un 2 %: prurito, exantema, anafilaxia, fiebre, adenopatías. La incidencia es inferior a la observada con la penicilina. Alrededor de un 10 % de las mujeres alérgicos a penicilina presentan alergia a las cefalosporinas. (Bravo, De Gracia, Campana, Solorzano, & Rodríguez, 2015)

Si alergia a penicilina: Clindamicina 600 mg Intravenosa + Gentamicina 240 mg Intravenosa (adaptar a 3-5 mg/Kg en caso de Índice de Masa Corporal extremos). (Ros, Bellart, & Hernández, 2012)

4.6.3 PROFILAXIS ATONIA

De elección, se realizará alumbramiento dirigido con un bolus de 3 U de oxitocina endovenosa para facilitar la contracción uterina y disminuir la pérdida hemática. No se ha de esperar a la salida de la placenta para administrar la oxitocina. (Ros, Bellart, & Hernández, 2012)

4.6.4 MEDICACIÓN POSTOPERATORIA

4.6.4.4 SUEROTERAPIA

1500 ml de suero glucosado al 10% y Ringer 1000-1500 ml alternados, en 24 horas. (Ros, Bellart, & Hernández, 2012)

4.6.4.5 UTEROTÓNICOS

10 unidades de Oxitocina en sueros alternos, las primeras 12 horas. (Ros, Bellart, & Hernández, 2012)

4.6.4.6 PROFILAXIS TROMBOEMBÓLICA

La cesárea es un factor de riesgo independiente de enfermedad tromboembólica. Por lo tanto, se aconseja profilaxis con heparina de bajo peso molecular a las gestantes sometidas a una cesárea que presenten algún otro factor de riesgo trombótico. (Ros, Bellart, & Hernández, 2012)

Se administrará heparina de bajo peso molecular (5000-7500 UI / 24 horas subcutánea), a las 6 horas post-retirada del catéter o de IQ (si anestesia general) y se mantendrá hasta la movilización de la gestante, si coexiste algún otro factor de riesgo como: (Ros, Bellart, & Hernández, 2012)

- Edad materna > 35 años
- Obesidad (Índice de Masa Corporal >25 antes de la gestación)
- Insuficiencia venosa severa
- Infección con repercusión sistémica
- Preeclampsia
- Patología materna asociada con riesgo trombótico: cardiopatía, patología pulmonar, enfermedad inflamatoria intestinal, síndrome nefrótico o neoplasia.

4.6.4.7 ANALGESIA

Según la técnica anestésica utilizada durante la cesárea, (Epidural o Intradural) se prescribirá el protocolo analgésico: (Ros, Bellart, & Hernández, 2012)

- Pacientes a las que se ha administrado una dosis de cloruro mórfico por vía epidural durante cesárea:
    - Antiinflamatorio no esteroideo pautados: Dexketoprofeno 50 mg Intravenoso. (o Metamizol 2 g Intravenoso, como segunda opción) cada 8 horas.
    - Analgesia de rescate: Paracetamol 1g/8h/Intravenoso
    - Ondansetrón 4mg Intravenoso para tratamiento de náuseas o vómitos postoperatorios si precisa.
    - Protección gástrica si está indicada: Pantoprazol 40 mg Intravenoso.
- Pacientes con técnica Intradural durante cesárea, a las que no se ha administrado cloruro mórfico:
    - Metadona 4-5 mg vía subcutánea cada 6-8 horas, alternando con:
    - Antiinflamatorio no esteroideo pautados: Dexketoprofeno 50 mg Intravenoso (o Metamizol 2 g Intravenoso, como segunda opción) cada 8 horas.
    - Analgesia de rescate: Paracetamol 1g/8h/ Intravenoso
    - Ondansetrón 4 mg Intravenoso si nauseas o vómitos postoperatorios
    - Protección gástrica si está indicada: Pantoprazol 40 mg Intravenoso

4.7 COMPLICACIONES DE LA CESÁREA

Durante muchos siglos, la cesárea ha conllevado una alta mortalidad materna. Actualmente, y gracias a los avances que ocurrieron a finales de siglo XIX y principios

de XX con la utilización de la anestesia, la cuidadosa asepsia en el acto quirúrgico y el descubrimiento de los antibióticos, la morbimortalidad materna ha disminuido notoriamente. (Manrique & Pérez , 2009)

4.7.2 CLASIFICACIÓN:

1. COMPLICACIONES ANESTÉSICAS:

- Hipotensión
- Cefalea postpunción dural
- Otras menos frecuentes (Bloqueo dural completo, parada cardiorrespiratoria, Síndrome de Mendelson)

2. COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS:

- Desgarro de la histerotomía
- Lesiones vasculares
- Lesiones en el tracto urinario
- Lesión del intestino
- Lesiones nerviosas

3. COMPLICACIONES INFECCIOSAS:

- Endometritis
- Infección del tracto urinario
- Infección de la herida quirúrgica
- Tromboflebitis séptica pélvica
- Otras menos frecuentes (bacteriemia, sepsis, absceso pélvico, peritonitis, fascitis necrotizante.)

4. COMPLICACIONES TROMBOEMBÓLICAS:

- Trombosis Venosa Profunda
- Tromboembolia pulmonar

4.7.2.4 COMPLICACIONES ANESTÉSICAS

Dependen de los procedimientos anestésicos. Las complicaciones relacionadas con la anestesia han disminuido por la tendencia reciente al mayor uso de analgesia regional que de anestesia general. (Manrique & Pérez , 2009)

En la actualidad, la principal técnica para el alivio del dolor en el trabajo de parto, la más eficaz e inocua, es la anestesia epidural, existiendo con ella complicaciones maternas y fetales mínimas; no obstante pueden aparecer: hipotensión, cefalea postpunción dural, bloqueo incompleto, inyección intravascular, hematoma y absceso epidural, meningitis química, anestesia espinal total, complicaciones neurológicas, pirexia materna. (Manrique & Pérez , 2009)

Cuando se emplea la analgesia subdural o bloqueo raquídeo los efectos secundarios son más frecuentes, entre ellos aumenta la incidencia de hipotensión, de cefaleas postpunción y puede aparecer prurito cuando se administran opiáceos. Como ventajas ofrece un efecto más rápido y una menor dosis de anestésico requerido. (Manrique & Pérez , 2009)

Menos frecuentes son cuadros graves como son la parada cardiorrespiratoria o el síndrome de aspiración pulmonar del contenido gástrico (Síndrome de Mendelson), que pueden desencadenar un compromiso cardiocirculatorio materno con la consiguiente repercusión fetal. Estas complicaciones se dan casi invariablemente tras una cesárea con anestesia general. (Manrique & Pérez , 2009)

Una complicación frecuente de la anestesia epidural y del bloqueo raquídeo es la aparición de hipotensión, debida a la vasodilatación producida por el bloqueo simpático y a la obstrucción del retorno venoso por compresión de la vena cava y grandes venas adyacentes por el útero gravídico (Síndrome de hipotensión por decúbito supino). Se trata con el cambio postural (decúbito lateral izquierdo), con hidratación IV y con la administración rápida de efedrina o fenilefrina Intravenosa. (Manrique & Pérez , 2009)

Otra complicación es la cefalea tras punción dural. Es una complicación que ocurre al puncionar la duramadre en el curso de una anestesia Intradural o epidural. La pérdida de líquido cefalorraquídeo produce vasodilatación intracerebral, que a su vez produce cefalea. Lo más frecuente es que aparezca tras 24 horas de la punción. Se trata de una cefalea pulsátil que aumenta con la bipedestación y la maniobra de valsalva y mejora con el decúbito. A veces se acompaña de síntomas audiovisuales y vegetativos. (Manrique & Pérez , 2009)

4.7.2.5 COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS

El riesgo de que se produzcan este tipo de complicaciones oscila entre un 1 y un 2%. Son más frecuentes en las cesáreas urgentes, y el riesgo aumenta con la presencia de 1 o más cesáreas previas. (Frias Chang, Begué Dalmau, Martí Rodríguez, Leyva Frias, & Méndez Leyva, 2016)

Luego de esta operación, la complicación más común es la infección que se presenta en alrededor de 19,7 %, con un riesgo entre 5 a 10 veces mayor que en un parto vaginal. A pesar de los avances de la ciencia por el conocimiento de los factores de riesgo y del empleo de modernos y potentes antibióticos, la infección puerperal continúa siendo una de las principales causas de morbilidad, de manera que es necesario

establecer parámetros que garanticen una atención de calidad, con el fin de reducir la infección postcesárea. (Frias Chang, Begué Dalmau, Martí Rodríguez, Leyva Frias, & Méndez Leyva, 2016)

4.7.2.5.1 FACTORES DE RIESGO

- Prematuridad
- Existencia de trabajo de parto previo
- Presentación en plano bajo
- Inexperiencia del cirujano

4.7.2.5.2 COMPLICACIONES HEMORRÁGICAS INTRAOPERATORIAS

Se pueden deber en parte a procedimientos quirúrgicos (desgarro de la histerotomía, lesión vascular), pero en la mayoría de los casos no va a ser así, interviniendo factores a menudo incontrolables como son la placenta previa, el desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta, coagulopatías, atonía uterina, retención placentaria. (Manrique & Pérez , 2009)

No obstante este tipo de complicaciones se podría evitar en algunos casos con una buena técnica quirúrgica, el alumbramiento farmacológico y la utilización de agentes oxitócicos desde el alumbramiento hasta 2-4 horas después de parto. (Manrique & Pérez , 2009)

4.7.2.5.3 LESIONES DE TRACTO URINARIO

La lesión vesical (0,3%) es más frecuente en cesáreas repetidas y durante una cesárea-histerectomía. Se suele identificar inmediatamente, en el curso de la intervención. Se recomienda reparar la lesión con 2 capas y dejar un sondaje vesical prolongado.

Las lesiones ureterales son menos frecuentes (0,09%) y se suelen producir al reparar la prolongación de la histerotomía. Se podrían prevenir identificando su trayecto. Su diagnóstico suele ser tardío en la mayoría de los casos. Ambas lesiones son más frecuentes en la cesárea que en el parto vaginal. (Manrique & Pérez , 2009)

4.7.2.5.4 LESIONES INTESTINALES

Se suelen asociar a la existencia de laparotomía previa. Las lesiones a nivel del intestino delgado son fáciles de reparar; más complicada es la reparación a nivel del colon, pudiendo requerir una resección o colostomía asistida por el cirujano general. (Manrique & Pérez , 2009)

4.7.2.5.5 LESIONES NERVIOSAS

Las lesiones de nervios o compresión de los mismos por el instrumental son poco frecuentes durante la cesárea. (Manrique & Pérez , 2009)

Las complicaciones secundarias a las anestesias subaracnoidea y epidural, a pesar de ser infrecuentes, siguen despertando temores entre los pacientes a quienes se les plantea dicho procedimiento. De todas formas a pesar de su baja tasa de ocurrencia, continúan los reportes en la literatura médica de complicaciones: hematomas, neuroinfecciones y lesiones neurológicas. Dentro de las complicaciones neurológicas las más comunes son el trauma directo sobre la médula espinal y la lesión de las raíces nerviosas. Estas lesiones y sus secuelas van a ser más frecuentes de acuerdo a la técnica utilizada, el medicamento escogido y la falta de reconocimiento de la complicación. (Navarro Vargas, Luquetta Berrio, & Tejada López, 2009)

La realización de punciones a nivel lumbar es un procedimiento en el que se tienen en cuenta reparos anatómicos, con los que se busca evitar una lesión medular; sin

embargo existe el riesgo de tocar o lesionar en un momento dado alguna de las raíces nerviosas flotantes en el Líquido cefalorraquídeo. Las raíces nerviosas pueden ser puncionadas y el espectro de manifestaciones clínicas puede ir desde molestias leves y pasajeras como parestesias y dolor discreto, hasta las secuelas motoras y sensitivas permanentes consideradas como serias lesiones nerviosas3. Por esta razón es importante tener en cuenta que la provocación de una parestesia e incluso dolor durante la punción, son la señal del estrecho contacto entre la aguja y la raíz nerviosa y la posibilidad de lesión del perineuro. (Navarro Vargas, Luquetta Berrio, & Tejada López, 2009)

Las punciones epidurales y subaracnoideas por encima de la terminación de la médula espinal tienen el riesgo potencial de ocasionar una lesión del tejido nervioso. Una respuesta motora refleja o parestesias dolorosas durante la punción deben alertar al anestesiólogo sobre la posibilidad de un posible daño sobre la médula espinal. La importancia del rápido reconocimiento de esta complicación radica en la posibilidad de realizar un diagnóstico oportuno por medio de estudios electrofisiológicos e imagenológicos con lo cual se podría iniciar un manejo terapéutico orientado a disminuir las secuelas neurológicas de las pacientes afectadas. (Navarro Vargas, Luquetta Berrio, & Tejada López, 2009)

4.7.2.6 COMPLICACIONES INFECCIOSAS

Son las más frecuentes (90% de todas las complicaciones asociadas a las cesáreas), y la principal causa de morbilidad materna asociada a una cesárea. Entre ellas la más frecuente es la endometritis, seguida de las infecciones urinarias y la infección de la herida quirúrgica. Otras más graves pero afortunadamente menos frecuentes son bacteriemias, sepsis, peritonitis, abscesos pélvicos, fascitis necrotizante, tromboflebitis séptica, peritonitis por vermix caseoso. (Manrique & Pérez , 2009)

Además de factores de riesgo tales como trabajo de parto ya iniciado (el de mayor relevancia) o urgencia de la intervención, las complicaciones infecciosas se relacionan con la ruptura de membranas, el tiempo transcurrido con bolsa rota, el nivel socioeconómico, el número de tactos vaginales, la existencia de infección urinaria previa, la anemia o pérdida hemática importante, la obesidad (sobre todo en infecciones de pared), la Diabetes Mellitus , la anestesia epidural, la experiencia del cirujano y la técnica quirúrgica utilizada, la existencia de vaginosis bacteriana. (Manrique & Pérez , 2009)

La fuente principal de microorganismos que ocasionan las infecciones postcesárea es el tracto genital, sobre todo si no hay integridad de membranas. Suelen ser infecciones polimicrobianas y los microorganismos más frecuentemente aislados son Escherichia Coli, Estreptococo del grupo B, Enterococo Faecalis, Estafilococo Aureus. (Manrique & Pérez , 2009)

4.7.2.6.1 ENDOMETRITIS

Complicación infecciosa más frecuente tras la cesárea. Su frecuencia oscila entre un 15 y un 20% si no se usa profilaxis antibiótica; en presencia de ésta la frecuencia se reduce a un 5%. (Manrique & Pérez , 2009)

4.7.2.6.2 TROMBOFLEBITIS PÉLVICA SÉPTICA

Es una complicación puerperal rara pero grave, apareciendo más frecuentemente tras una endometritis postcesárea (1-2%). (Bravo, De Gracia, Campana, Solorzano, & Rodríguez, 2015)

4.7.2.6.3 INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO

Frecuencia de 2-16%. Se relaciona con la cateterización uretral y el sondaje vesical continuo durante la cesárea y las primeras horas del postoperatorio. También

guarda relación con los cambios fisiológicos que se producen durante la gestación (hidronefrosis fisiológica con aumento de orina en la pelvis renal) que normalmente desaparecen a las 2 semanas del parto. (Manrique & Pérez , 2009)

4.8 ESTUDIOS REALIZADOS

(Carpio Baron, 2015).- La muestra estuvo conformada por 154 casos de cesárea en dicho hospital. Se empleó una hoja de recolección de datos. Los resultados se analizaron en el programa estadístico SPSS versión 21 encontrándose una incidencia de la operación cesárea de 27.70%, entre las principales indicaciones: Cesárea segmentaria previa con 23,4%; presentación Podálica con 22,7%; Desproporción cefalopélvica 21,4%; Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta con 8,4%, Macrosomía Fetal Mayor de 4.500 gr 6,5% y cesáreada a término 90,0%. Por lo que se concluye que la incidencia se encuentra en porcentaje superior al recomendado por la Organización Mundial de la Salud, constituyendo las indicaciones absolutas en un 50.6% y las relativas en un 49.4%, haciendo presente que estas cifras podrían no corresponder exactamente ya que como se informó hay un buen número de pacientes que fueron transferidos para la operación cesárea a un centro de mayor resolución.

(Alvia Macías & Andrade Farfán, 2009).- En su estudio analizaron 4648 pacientes, de las 1073 correspondieron a pacientes cesáreadas, lo cual establece una incidencia del 23%, cifra que se encuentra por encima de los niveles establecidos por la Organización Mundial de la Salud. La edad de 21 a 34 años ocurrió en un 58% de las cesáreadas posiblemente asociada al hecho de que la mujer en esta etapa aún se encuentra activa reproductivamente. El 64% de las cesáreas se realizaron por causas primarias y un 29% para las secundarias; la cesárea a repetición represento el 21%.

(Medina Huiza, 2016).- En el Hospital Nacional Dos de Mayo durante el año 2015, el porcentaje de cesárea respecto al total de nacimientos en ese año de 57,5%. Las gestantes entre 20 y 35 años son las que con mayor frecuencia se someten a dicha intervención. Del total de cesáreas, el 68,7% corresponde a las realizadas por emergencia, la cesárea electiva con un 31,4%; siendo la principal indicación la cesárea previa (37,5%), seguida de pelvis estrecha, feto grande, sufrimiento fetal agudo; evidenciándose un valor muy por encima de lo estipulado por la Organización Mundial de la Salud. La principal indicación materna es la placenta previa con un 37,5%, la principal indicación fetal es feto grande con un 10,9%, y la principal indicación ovular es la ruptura prematura de membranas con un 7,7%.

(Astudillo Jarrín & Guillén Sarmiento, 2012).- La incidencia de cesárea fue del 61,6%. El grupo de edad que predomino fue el de 20-30 años con un 55,6%. La operación cesárea por primera vez fue la de mayor frecuencia con el 47,8%. Las principales indicaciones en esta muestra fue la cesárea anterior la cual se presentó en el 32,2% de la población. La principal indicación materna es la cirugía uterina previa con un 2,2%, la principal indicación fetal es la distocia de presentación con un 12,2%, y la principal indicación obstétrica fue la cesárea anterior con un 32,2%.

(Patiño Mora, Pineda Monge, olo, & Polo Tapia, 2011).- En el Hospital José Carrasco Arteaga en el año 2010 la intervención cesárea representa el 32,83% del total de nacimientos en ese año, las mujeres entre los 24-33 años con un 60,91% son las que con mayor frecuencia se someten a este tipo de intervención. Del total de cesáreas el 64,9% corresponde a cesáreas realizadas por emergencia, siendo la principal causa el antecedente de una cesárea anterior 36,54%, seguido de distocias fetales 10,76%, compromiso de bienestar fetal 10,48% y la hipertensión relacionada con el embarazo 11,9%; la Ruptura Prematura de Membranas represento un 3,40%.

5. METODOLOGÍA

5.1 LOCALIZACIÓN.

El presente trabajo se realizó en el Servicio de Centro Obstétrico y Departamento de Estadística del Hospital "Isidro Ayora", de la ciudad de Loja, periodo Junio a Noviembre del 2015.

5.2 TIPO DE ESTUDIO:

La presente investigación fue de tipo retrospectivo, descriptivo y transversal.

5.3 UNIVERSO:

Lo conforman las pacientes que ingresaron al servicio de Centro Obstétrico del Hospital Regional Isidro Ayora, que se realizaron el parto por vía vaginal y cesárea el total fue 1468 pacientes.

5.4 MUESTRA:

Las pacientes de Centro Obstétrico del Hospital Provincial Isidro Ayora, de las cuáles se realizó el parto por Cesárea, 632 pacientes, durante el periodo Junio a Noviembre del 2015.

5.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Mujeres con cesáreas atendidas en el servicio de Obstetricia del Hospital Provincial Isidro Ayora periodo Junio –Noviembre 2015.

5.6 MATERIALES Y MÉTODOS

Este trabajo de investigación lo fundamenté de manera documental, bibliográfica y al tratarse de una investigación de carácter obstétrico, utilicé textos y materiales relacionados con incidencia e indicaciones de cesárea.

Las fuentes bibliográficas las utilicé según el avance y el esquema de búsqueda de información previamente establecida para la investigación, para la revisión de literatura utilicé textos clínicos, diccionarios, enciclopedias, como fuente de información conceptual de los diferentes términos referentes a la temática de estudio, así como páginas de internet. En cuanto a la disciplina, utilicé libros de autores de ginecoobstetricia, conocedores de cesárea, que por su experiencia, permitieron conocer sus ideas para fundamentar el desarrollo de la investigación proporcionándome conocimientos valiosos.

5.7 TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

Solicitud enviada a la dirección del Hospital Isidro Ayora requiriendo la autorización para la recolección de datos a partir del libro de registros de cesáreas, partos y las historias clínicas de cesárea en pacientes ingresadas en el servicio de Centro obstétrico.

Se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión para de esta manera determinar el grupo de pacientes de las cuales se obtendrá la información requerida.

Se revisaron con el fin de obtener los siguientes datos: indicaciones de cesárea, Edad. (Anexo 1).

5.8 PROCESAMIENTO DE LOS RESULTADOS

Los datos obtenidos fueron tabulados de manera manual y finalmente se procesó la información por medio del programa Microsoft Excel con lo cual se consiguió representarla por medio de 6 tablas y su respectivo gráfico.

6. RESULTADOS

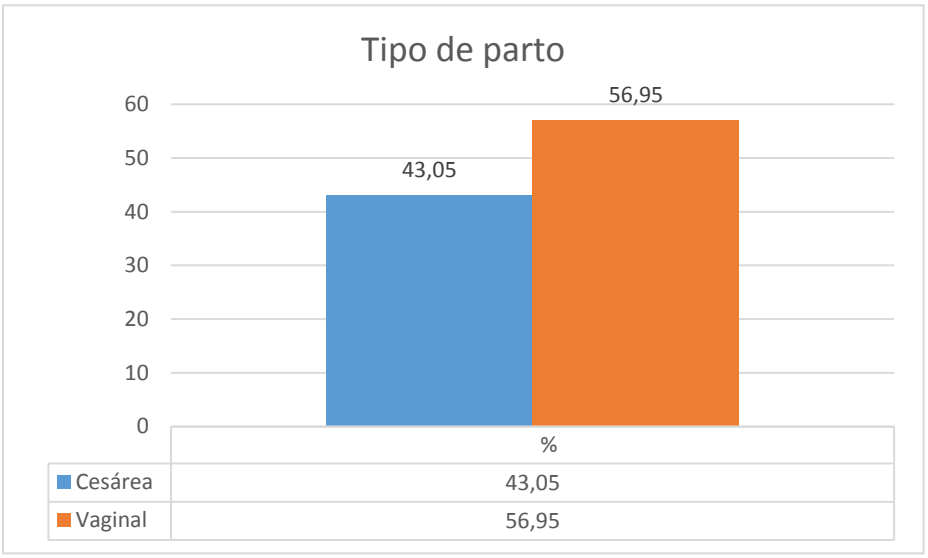
Objetivo: Determinar la incidencia de cesárea en el Hospital Provincial Isidro Ayora, periodo Junio –Noviembre del 2015.

Tabla 1: *Incidencia de cesárea en el Hospital Provincial Isidro Ayora*

Tipo de parto	Frecuencia	Porcentaje %
Cesárea	632	43,05
Vaginal	836	56,95
Total	1468	100,00

Elaborado por: Jimmy Israel Briceño Granda
Fuente: Historias clínicas del Departamento de Estadística del Hospital Provincial Isidro Ayora Loja

Gráfico #1



Elaborado por: Jimmy Israel Briceño Granda
Fuente: Historias clínicas del Departamento de Estadística del Hospital Provincial Isidro Ayora Loja

Interpretación: La incidencia de parto por cesárea fue del 43,05% (n: 632), mientras el parto por vía vaginal fue del 56,95% (n: 836).

Objetivo: Conocer las indicaciones de operación cesárea:

TABLA 2: *Indicaciones de operación Cesárea.*

INDICACIONES DE CESÁREA	Frecuencia	Porcentaje (%)
Cesárea anterior	287	45,41%
Compromiso de bienestar fetal. *	139	21,99%
Desproporción cefalopélvica.	49	7,75%
Distocia de presentación	32	5,06%
Preeclampsia grave, eclampsia o Síndrome de HELLP	31	4,91%
Infección por HIV – HPV / Condilomatosis - Herpes genital	21	3,32%
Distocias dinámicas del trabajo de parto.	14	2,22%
Cesárea iterativa (si no aplica parto vaginal postcesárea).	11	1,74%
Macrosomía fetal	11	1,74%
Placenta previa oclusiva total o parcial.	10	1,58%
Psicosis, retardo mental, alteración de la conciencia, epilepsia.	9	1,42%
Desprendimiento prematuro de placenta grado II.	7	1,11%
Embarazo múltiple con distocia de presentación	3	0,47%
Antecedentes obstétricos desfavorables: óbito fetal, mortinato, muerte neonatal precoz, uso de fórceps.	2	0,32%
Tumores benignos o malignos del canal del parto	2	0,32%
Prolapso de cordón umbilical.	2	0,32%
Patología que compromete el bienestar materno y/o fetal.	1	0,16%
Malformaciones fetales con distocia: Hidroanencefalia	1	0,16%
TOTAL	632	100,00%

Elaborado por: Jimmy Israel Briceño Granda
Fuente: Historias clínicas del Departamento de Estadística del Hospital Provincial Isidro Ayora Loja

Interpretación: la principal indicación de cesárea fue la Cesárea anterior con el 45,41% (n: 287), seguida por Compromiso de bienestar fetal con 21,99% (n: 139), la tercera indicación fue Desproporción cefalopélvica con 7,75% n: 49.

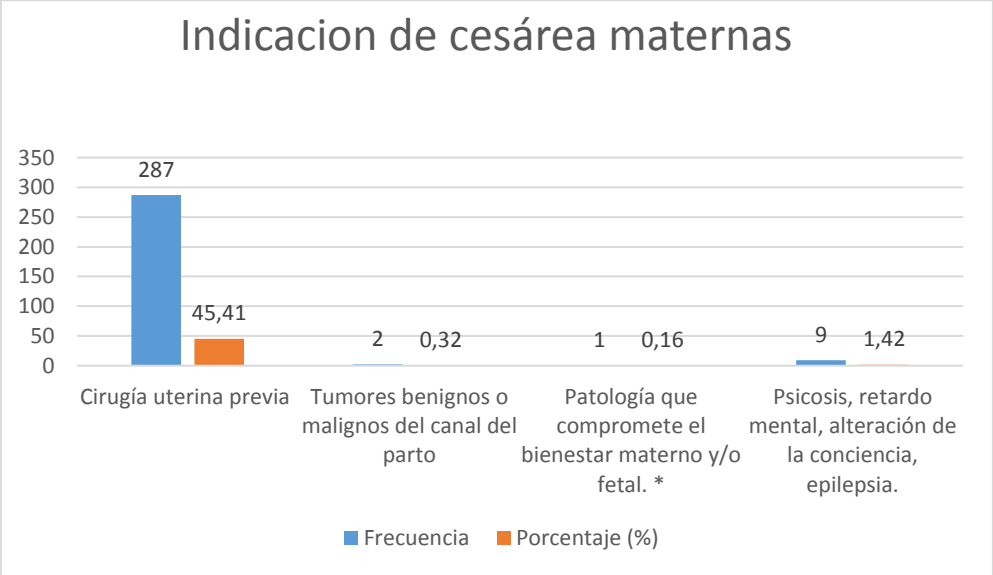
Objetivo: Conocer las indicaciones de operación cesárea: maternas.

TABLA # 3: *Indicaciones maternas de Cesárea.*

Indicaciones de cesárea maternas	Frecuencia	Porcentaje (%)
Cirugía uterina previa (Cesárea Anterior)	287	45,41
Tumores benignos o malignos del canal del parto	2	0,32
Patología que compromete el bienestar materno y/o fetal. *	1	0,16
Psicosis, retardo mental, alteración de la conciencia, epilepsia.	9	1,42
TOTAL	299	47,31%

* Desprendimiento de Retina, Insuficiencia Cardiaca o Respiratoria.
Elaborado por: Jimmy Israel Briceño Granda
Fuente: Historias clínicas del Departamento de Estadística del Hospital Provincial Isidro Ayora Loja

GRÁFICO # 3



Elaborado por: Jimmy Israel Briceño Granda
Fuente: Historias clínicas del Departamento de Estadística del Hospital Provincial Isidro Ayora Loja

Interpretación: la principal indicación materna de cesárea fue la Cesárea anterior con un 45,41% (n: 287), seguida por Psicosis, retardo mental, alteración de la conciencia, epilepsia con 1,42 % (n: 9).

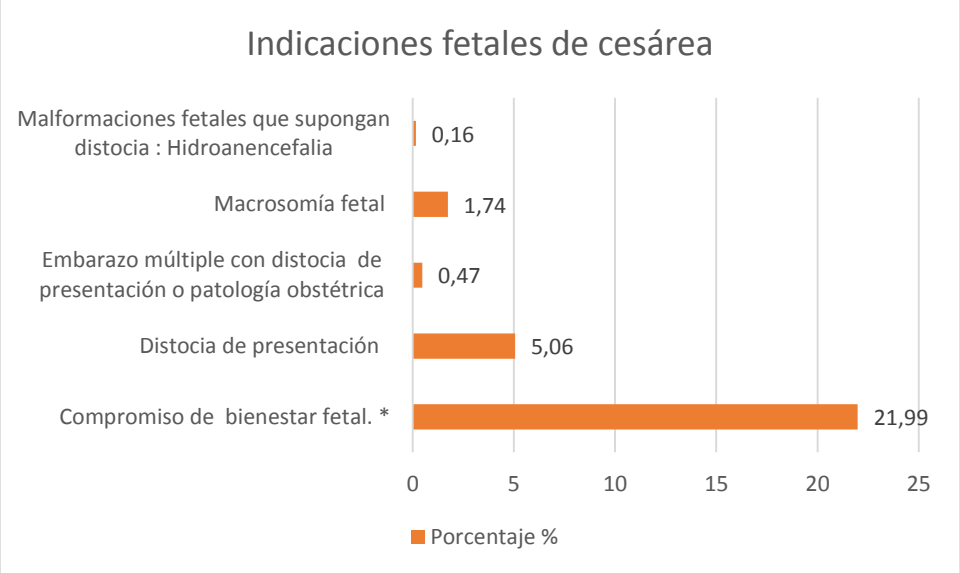
Objetivo: Conocer las indicaciones de operación cesárea: fetales.

TABLA 4: *Indicaciones Fetales de operación Cesárea*

Indicaciones fetales de cesárea	Frecuencia	Porcentaje %
Compromiso de bienestar fetal. *	139	21,99
Distocia de presentación	32	5,06
Embarazo múltiple con distocia de presentación o patología obstétrica	3	0,47
Macrosomía fetal	11	1,74
Malformaciones fetales que supongan distocia : Hidroanencefalia	1	0,16
TOTAL	186	29,43

* Oligohidramnios severa por rotura prematura de membranas, corioamnionitis
Elaborado por: Jimmy Israel Briceño Granda
Fuente: Historias clínicas del Departamento de Estadística del Hospital Provincial Isidro Ayora Loja

GRÁFICO #4



Elaborado por: Jimmy Israel Briceño Granda
Fuente: Historias clínicas del Departamento de Estadística del Hospital Provincial Isidro Ayora Loja

Interpretación: la principal indicación fetal de cesárea fue el compromiso de bienestar fetal con un 21,99% (n: 139), seguida por Distocia de Presentación con 5,06% (n: 32).

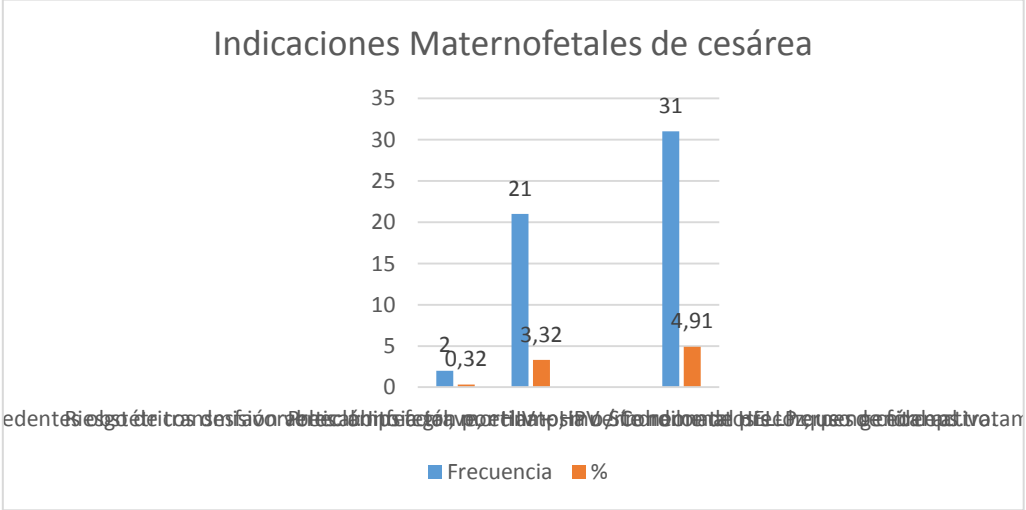
Objetivo: Conocer las indicaciones de operación cesárea: maternofetales

TABLA 5: *Indicaciones Maternofetales de cesárea*

Indicaciones Maternofetales de cesárea	Frecuencia	%
Antecedentes obstétricos desfavorables: óbito fetal, mortinato, muerte neonatal precoz, uso de fórceps.	2	0,32
Riesgo de transmisión vertical: Infección por HIV – HPV / Condilomatosis - Herpes genital activo.	21	3,32
Preeclampsia grave, eclampsia o Síndrome de HELLP que no ceden al tratamiento	31	4,91
TOTAL	54	8,54

Elaborado por: Jimmy Israel Briceño Granda
Fuente: Historias clínicas del Departamento de Estadística del Hospital Provincial Isidro Ayora Loja

GRÁFICO #5



Elaborado por: Jimmy Israel Briceño Granda
Fuente: Historias clínicas del Departamento de Estadística del Hospital Provincial Isidro Ayora Loja

Interpretación: La principal indicación maternofetal de cesárea fue preeclampsia grave, eclampsia o síndrome de HELLP con un 4,91% (n: 31), seguida por riesgo de transmisión vertical: Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana – Virus del Papiloma Humano /Condilomatosis – Herpes genital activo 3,32 % (n: 21).

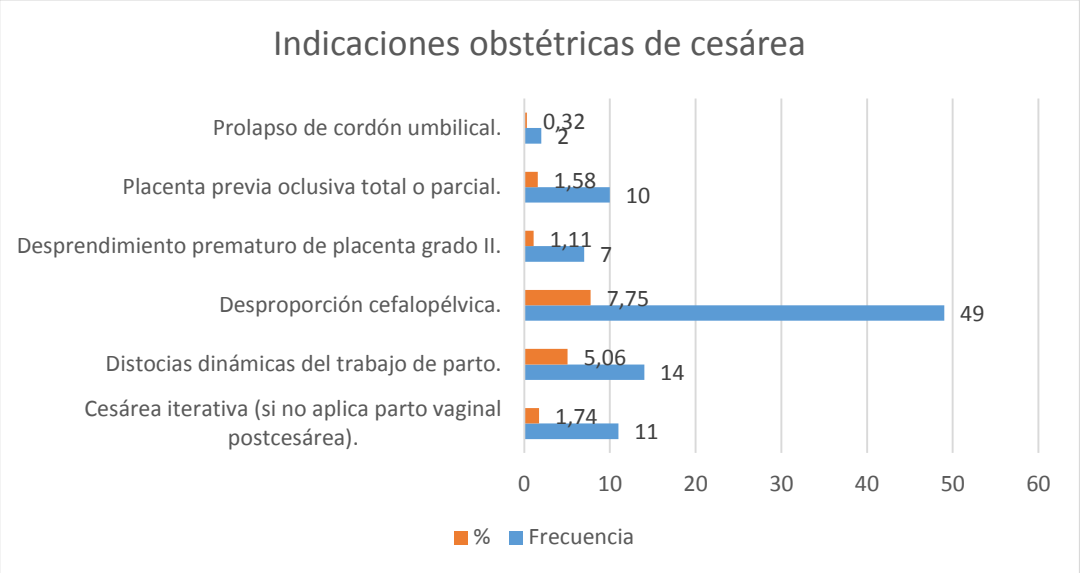
Objetivo: Conocer las indicaciones de operación cesárea: Obstétricas.

TABLA # 6: *Indicaciones Obstétricas de cesárea*

Indicaciones obstétricas de cesárea	Frecuencia	%
Cesárea iterativa (si no aplica parto vaginal postcesárea).	11	1,74
Distocias dinámicas del trabajo de parto.	14	5,06
Desproporción cefalopélvica.	49	7,75
Desprendimiento prematuro de placenta grado II.	7	1,11
Placenta previa oclusiva total o parcial.	10	1,58
Prolapso de cordón umbilical.	2	0,32
TOTAL	93	14,72

Elaborado por: Jimmy Israel Briceño Granda
Fuente: Historias clínicas del Departamento de Estadística del Hospital Provincial Isidro Ayora Loja

GRÁFICO # 6



Elaborado por: Jimmy Israel Briceño Granda
Fuente: Historias clínicas del Departamento de Estadística del Hospital Provincial Isidro Ayora Loja

Interpretación: La principal indicación obstétrica de cesárea fue desproporción cefalopélvica con un 7,75 % (n: 49), seguida por Distocias dinámicas del trabajo de parto con 5,06% (n: 14).

Objetivo: Determinar los grupos etarios en las pacientes sometidas a cesárea.

TABLA 7: *Distribución del número de Cesáreas según el Grupo etáreo*

Grupo Etáreo (Años)	Frecuencia	%
< 15	1	0,16
15 – 19	151	23,89
20 - 24	224	35,44
25 - 29	124	19,62
30 - 34	78	12,34
35 - 39	42	6,65
≥ 40	12	1,90
TOTAL	632	100,00

Elaborado por: Jimmy Israel Briceño Granda
Fuente: Historias clínicas del Departamento de Estadística del Hospital Provincial Isidro Ayora Loja

GRÁFICO #7

Elaborado por: Jimmy Israel Briceño Granda
Fuente: Historias clínicas del Departamento de Estadística del Hospital Provincial Isidro Ayora Loja

Interpretación: El grupo etario con mayor con mayor frecuencia es de 20-24 años con 35,44 % (n: 224), seguido del grupo 15-19 años con el 23, 89 % (n: 151).

7. DISCUSIÓN

El presente estudio se realizó en el Hospital Isidro Ayora Loja, durante el período de Junio a Noviembre del 2015, cuya información fue obtenida a través de las historias clínicas de las pacientes que fueron sometidos a la intervención cesárea, respetando los criterios de inclusión establecidos en el proyecto de investigación.

La incidencia de parto por cesárea en el presente estudio fue del 43,05% n: 632; en un estudio de (Medina Huiza, 2016) realizado en el Hospital Nacional 2 de Mayo de Lima, Perú, obtuvieron cifras mayores de cesárea respecto al total de nacimientos en ese año fue de 57,5%; una cifra igualmente elevada lo obtuvieron (Astudillo Jarrín & Guillén Sarmiento, 2012) cuya incidencia de cesárea fue del 61,6% en la ciudad de Cuenca Hospital José Carrasco Arteaga. (Carpio Baron, 2015) en el Hospital Naylamp de ESSALUD en Chiclayo Perú, encontró una incidencia menor de cesárea de 27.70%, cuya muestra estuvo conformado por 154 casos. (Alvia Macías & Andrade Farfán, 2009).- En su estudio del Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos de Portoviejo analizaron 4648 pacientes, de las 1073 correspondieron a pacientes cesáreadas, lo cual establece una incidencia del 23%.

La principal indicación de cesárea en este estudio fue la cesárea anterior con un 45,41% además siendo la principal causa materna de cesárea, seguida por Compromiso de bienestar fetal con 21,99% n: 139. %, igualmente (Astudillo Jarrín & Guillén Sarmiento, 2012) demostró que la principal indicación es la cirugía uterina previa con un 32,2%. (Carpio Baron, 2015), en su muestra corroboro entre las principales indicaciones a la cesárea segmentaria previa con 23,4%. Por su parte (Alvia Macías & Andrade Farfán, 2009) encontraron a la cesárea anterior en el 21%, así mismo al estudio

de (Patiño Mora, Pineda Monge, & Polo Tapia, 2011) su principal causa fue el antecedente de una cesárea anterior 36,54%,

Las principales indicaciones maternas de cesárea en este estudio fueron la Cesárea anterior que es la causa de cesárea más frecuente en general; seguida de Psicosis, retardo mental, alteración de la conciencia, epilepsia con 1,42% n: 9 casos. (Medina Huiza, 2016) demostró de igual manera que la principal indicación materna es cesárea anterior con un 37,5%, seguida de Pelvis estrecha con el 14,7%.

Las indicaciones fetales de cesárea fue el compromiso de bienestar fetal con un 21,99% n: 139, seguida por la Distocia de Presentación con un 5,06%. (Carpio Baron, 2015) encontró entre las principales indicaciones fetales para cesárea a la: presentación podálica con 22,7%; Macrosomía Fetal en un 6,5%. (Medina Huiza, 2016) obtuvo como indicaciones el feto grande con un 10,9%, sufrimiento fetal agudo con un 8,3%; Oligoamnios con un 6,7% .Para (Astudillo Jarrín & Guillén Sarmiento, 2012) la principal indicación fetal es la distocia de presentación con un 12,2%; y para (Patiño Mora, Pineda Monge, & Polo Tapia, 2011) las distocias fetales en el 10,76%, compromiso de bienestar fetal en el 10,48%, obteniéndose posiciones invertidas de indicaciones a este estudio; sin embargo, fueron las dos más comunes.

La principal indicación maternofetal de cesárea fue preeclampsia grave, eclampsia o síndrome de HELLP con un 4,91%, seguida de Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana – Virus del Papiloma Humano /Condilomatosis – Herpes genital activo 3,32%. (Astudillo Jarrín & Guillén Sarmiento, 2012) entre sus principales indicaciones maternofetales están la Preeclampsia grave con un 40%, La Preeclampsia Leve, HELLP incompleto y Condilomatosis con el 20%. (Calvas Torres, 2015) en su estudio realizado en el Hospital Provincial Isidro Ayora de Loja demostró que los

factores tipo maternofetales son los Trastornos hipertensivos, con un 7.5%, seguido de riesgo de trasmisión vertical (Condilomatosis, y herpes genital) en el 1.3%.

Las indicaciones obstétricas fueron desproporción cefalopélvica con un 7,75%, seguida por Distocia dinámica del trabajo del parto con 2,22% n: 14 casos. Indistintamente a lo encontrado por (Carpio Baron, 2015) cuya principal indicación fue el desprendimiento prematuro de placenta normo inserta con 8,4%. (Medina Huiza, 2016).- encontró los siguientes porcentajes: Circular Doble de Cordón con un 4,5%, Embarazo gemelar con un 2,2%.

El grupo etario con mayor frecuencia fue el de 20-24 años con un 35,44%, seguido del grupo de 15-19 años con el 23,89%. (Carpio Baron, 2015).- encontró un 50,65% en gestantes de 30 años o más en tanto que las menores de 30 años representaron un 49,35%. (Alvia Macías & Andrade Farfán, 2009).- La edad de 21 a 34 años ocurrió en un 58% de las cesáreadas. (Medina Huiza, 2016)**.-** Las gestantes entre 20 y 35 años con 73,1% son las que con mayor frecuencia se produjo dicha intervención. (Astudillo Jarrín & Guillén Sarmiento, 2012).- El grupo de edad que predomino fue el de 20-30 años con un 55,6%. El rango más frecuente de 20 a 35 años hace referencia puesto que a esta edad se encuentra el periodo reproductivo más activo e ideal.

8. CONCLUSIONES

- La Incidencia de cesárea en el Hospital Isidro Ayora durante el periodo de Junio a Noviembre del 2015 representó un valor cercano de tres veces superior lo que sugiere la Organización Mundial de la Salud.
- La principal indicación de cesárea tanto materna en nuestro estudio fue la cesárea anterior con más de un tercio del total de las indicaciones a quienes les realizaron cesárea.
- La principal indicación fetal fue el Compromiso de bienestar fetal.
- La principal indicación maternofetal de cesárea fue Preeclampsia, Eclampsia o Síndrome de HELLP.
- La principal indicación obstétrica de cesárea fue Desproporción cefalopélvica.
- Las edades comprendidas entre los 20 y 24 años, representaron al grupo con mayor frecuencia.

9. RECOMENDACIONES

- En el Hospital Provincial Isidro Ayora promover una guía de práctica para las intervenciones de Cesárea, que detallen en qué casos y como debe realizarse.
- Con la valoración adecuada del especialista, las embarazadas que tengan una indicación relativa de cesárea dar la posibilidad que el parto se realice de manera espontánea de acuerdo con el Componente Normativo Materno para la realización de cesárea segura.
- En las embarazadas con cesárea anterior y que tengan una indicación relativa de cesárea se podría bajar el porcentaje la incidencia planificando parto vía vaginal.
- En los Centros de Salud, se debe incrementar la atención oportuna de calidad y calidez a la mujer en base a lo siguiente: reducir las tasas de cesáreas relativas, ayudar a las mujeres y al recién nacido durante el embarazo, el parto y el periodo postnatal.

10.BIBLIOGRAFÍA

Alvia Macías, K. P., & Andrade Farfán, M. E. (2009). Caracterización de la Cesaréa en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo, Octubre 2008-Marzo 2009. *Universidad Laica Eloy Alfaro Manabí*, 9-70.

Astudillo Jarrín, D. E., & Guillén Sarmiento, C. A. (2012). Prevalencia de parto por Cesárea e Identificación de su Etiología en el Hospital José Carrasco Arteaga. Cuenca. Período 2011. *Universidad del Azuay*, 4-18.

Bravo, R., De Gracia, P., Campana, S., Solorzano, J., & Rodríguez, C. (2015). Guías de Manejo de las Complicaciones en el Embarazo. *Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*, 30-100.

Calva Torres, K. (2015). Factores Asociados a la realización de cesárea en pacientes hospitalizadas en el servicio de Gineco-Pbstetricia del Hospital Regional Isdro Ayora de Loja-Ecuador. *Repositorio Digital de la Universidad Nacional de Loja*, 8-45.

Carpio Baron, W. V. (2015). Operación Cesaréa: Incidencia e Indicaciones en el Hospital NAYLAMP de ESSALUD-Chiclayo durante el período Enero-Diciembre 2012. *Universidad San Marcos Perú*, 9-43.

Chaillet N, & Dumont A. (2007). Evidence-based strategies for reducing cesarean section. *PubMed*, 53-64.

Cunningham, G., Leveno, K., Bloom, S., Hauth, J., Rouse, D., & Spong, C. (2011). *Operación Cesárea e Histerectomía Periparto.* México D.F: Mc Graw Hill.

Faneite, P., Rivera, C., Faneite, J., & Amato, R. (2012). Cesárea y mortalidad perinatal. Incidencia y tendencia 42 años (1969-2010). *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 3-10.

Farías, M., & Oyarzún Ebensperger, E. (2012). Cesárea electiva versus parto vaginal. *Medwave*, 3-10.

Frenk Mora, J., Ruelas Barajas, E., Tapia Conyer, R., Castañón Romo, R., De Leon-May, M., González Pier, E., . . . Quintanilla Rodríguez, M. (2012). Cesárea Segura. *Lineamiento Técnico, Dirección General de Salud Reproductiva*, 4-40.

Frias Chang, N. V., Begué Dalmau, N., Martí Rodríguez, L. A., Leyva Frias, N., & Méndez Leyva, L. (2016). Infección del sitio quirúrgico Poscesárea. *Revista Médica de Santiago de Cuba*, 20-30.

Health., N. I. (2006). El parto por cesárea previa solicitud materna. *PubMed*, 1386-1387.

León, W., Yépez, E., & Nieto, M. (2012). Cesárea. *Componente Normativo Materno-Neonatal*, 263-269.

Manrique, M., & Pérez , H. (2009). Complicaciones de la Cesárea. *Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario, Virgen de las Nieves*, 71-78.

Medina Huiza, J. L. (2016). "FACTORES ASOCIADOS A LA INDICACIÓN DE CESÁREA EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2015. *Universidad Ricardo Palma*, 4-40.

Melchor Marcos, J. C. (2008). Cesárea a Demanda. *Sociedad Española de Ginecología* , 2-10.

MSP e INEC. (14 de Octubre de 2014). Recuperado el 21 de 05 de 2015, de http://www.ecuadorencifras.gob.ec/msp-e-inec-presentan-resultados-de-demografia-y-salud-sexual-y-reproductiva/

Navarro Vargas, J. R., Luquetta Berrio, J., & Tejada López, E. (2009). Lesión nerviosa periférica secundaria a anestesia regional subaracnoidea en paciente Ginecobstétrica. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 3-10.

Organización Panamericana de la Salud. (2015). La cesárea solo debería realizarse cuando es medicamente necesaria. *Organización Panamericana de la Salud*, 50-62.

Patiño Mora, D. A., Pineda Monge, A. Polo, & Polo Tapia, D. N. (2011). Estudio descriptivo de prevalencia y correlación Clínico-Quirúrgico de Cesáreas en el Hospital José Carrasco Arteaga, año 2010. *Universidad de Cuenca*, 11-60.

Pavon León, P. (2012). Frecuencia e indicaciones de la operación cesárea en el Hospital Escuela de la Universidad de Veracruz. *Revista medica de la Universidad de Veracruz*.

Romero, J., Biruete, B., Borrego, M., Peralta, M., Ruvalcaba, M., & Soto, M. (2014). Reducción de la Frecuencia para Operación Cesárea. *Guía Práctica Clínica*, 9-46.

Ros, C., Bellart, J., & Hernández, S. (2012). Protocolo de Cesárea. *Protocolos de Medicina Fetal y Perinatal* , 1-9.

Schwarcz, R., Fescina, R., & Duverges, C. (2005). *Las Operaciones Obstétricas: Operación Cesárea.* Buenos Aires - Argentina: El Ateneo.

11. ANEXOS

ANEXO I: FORMULARIO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

Hospital Regional Isidro Ayora

INCIDENCIA E INDICACIONES DE CESÁREA

Historia clínica_____
Fecha: _____
Edad: _____ años
Indicación de cesárea: _____
Causas Maternas:

Indicaciones de cesárea maternas	Si	No
Cirugía uterina previa		
Tumores benignos o malignos del canal del parto		
Patología que compromete el bienestar materno y/o fetal desprendimiento de retina insuficiencia cardiaca o respiratoria		
Psicosis , retardo mental, alteración de la conciencia		

Causas Fetales:

Indicaciones fetales de cesárea	Si	No
Compromiso de bienestar fetal: oligohidramnios severa, por rotura prematura de membranas, corioamnionitis.		
Distocia de presentación		
Embarazo múltiple con distocia de presentación o patología obstétrica		
Macrosomía fetal		
Malformaciones fetales que supongan distocia : Hidroanencefalia		

Causas Maternofetales:

Indicaciones Maternofetales de cesárea	Si	No
Antecedentes obstétricos desfavorables: óbito fetal, mortinato, muerte neonatal precoz, uso de fórceps.		
Riesgo de transmisión vertical: Infección por HIV – HPV / Condilomatosis - herpes genital activo.		
Preeclampsia grave, eclampsia o Síndrome de HELLP que no ceden al tratamiento		

ANEXO I: FORMULARIO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Causas Obstétricas:

Indicaciones obstétricas de cesárea	Si	No
Cesárea iterativa (si no aplica parto vaginal postcesárea).		
Distocias dinámicas del trabajo de parto.		
Desproporción cefalopélvica.		
Desprendimiento prematuro de placenta grado II.		
Placenta previa oclusiva total o parcial.		
Prolapso de cordón umbilical.		
Rotura uterina previa.		

ANEXO II: SOLICITUD ENVIADA AL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA.

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

1859

MEMORÁNDUM Nro.01826 CCM-ASH-UNL

PARA: Ing. Byron Guerrero Jaramillo
GERENTE DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA LOJA

DE: Dr. Patricio Aguirre Aguirre
COORDINADOR DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 01 de julio 2015

ASUNTO: **Solicitar autorización para desarrollo de trabajo de investigación**

Autorizado
13/09/2016
QUIPUX: DI-2016-0175-01
Dr. Javier Cárdenas
Ing. Ana Soto
HOSPITAL GENERAL "ISIDRO AYORA"
COORDINACIÓN DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Por medio del presente, me dirijo a usted con la finalidad de expresarle un cordial y respetuoso saludo, deseándole éxito en el desarrollo de sus delicadas funciones.

Aprovecho la oportunidad para solicitarle de la manera más respetuosa se digne conceder su autorización para que el **Sr. Jimmy Israel Briceño Granda,** estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja pueda tener acceso a la obtención de datos , del libro de registro de partos en las pacientes que hayan sido ingresadas en el Centro Obstétrico, cuya recolección de datos será realizada en el periodo de Julio-Noviembre de 2015; información que le servirá para la realización de la tesis **"INCIDENCIA E INDICACIONES DE CESÀREA DE LAS MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA, PERIODO JUNIO A NOVIEMBRE DEL 2015"**, trabajo que lo realizará bajo la supervisión de la Dra. Alba Guerrero Iñiguez, Catedràtica de esta Institución.

Por la atención que se digne dar al presente, le expreso mi agradecimiento personal e institucional.

Atentamente,

Dr. Fernando Patricio Aguirre Aguirre
COORDINADOR DE LA CARRERA DE MEDICINA
DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA - UNL
C.c.- Archivo

Sip.

HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA
RECIBIDO
Loja a: 3/07/15 Hora 11:21
Firma: JPM
SECRETARIA DE GERENCIA

DIRECCION: AV. MANUEL IGNACIO MONTEROS
TELEFONO: 2571379 EXT. 17 TELEFAX: 2573480

ANEXO III: HOJA DE TRADUCCIÓN

Lic. Neli Granda Moreno

CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen de tesis "INCIDENCIA E INDICACIONES DE CESÁREA DE LAS MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA, PERIODO JUNIO A NOVIEMBRE DEL 2015" autoría del Sr. Jimmy Israel Briceño Granda con numero de cedula 1104818834, egresado de la carrera de medicina de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifico en honor a la verdad y autorizo hacer uso del presente en lo que a sus intereses le convenga.

Loja, 03 de Febrero del 2017

Lic. Neli Granda Moreno
Profesora de Idioma Inglés

ANEXO IV. PROYECTO DE TESIS

1. TEMA:

INCIDENCIA E INDICACIONES DE CESÁREA DE LAS MUJERES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA, PERIODO JUNIO A NOVIEMBRE DEL 2015.

2. PROBLEMÁTICA :

En el mundo, la cesárea se ha transformado en una de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes y desde años recientes las propias embarazadas la exigen, en lugar de tener un parto vaginal (cifra estimada entre 4 y 18%). (Farias & Oyarzú, 2012)

Entre las causas del incremento de la intervención se reconocen el uso masivo de la monitorización electrónica de la frecuencia cardiaca fetal, el aumento de las intervenciones en edades gestacionales menores, el aumento de embarazos e intervenciones consiguientes en mujeres de más de 40 años y el número creciente de pacientes que tienen una cesárea previa. (Farias & Oyarzú, 2012)

La Organización Mundial de la Salud menciona que en ninguna región del mundo se justifica una incidencia de cesárea mayor del 10-15%; sin embargo se ha incrementado su frecuencia en las dos últimas décadas. (Romero, y otros, 2014).

Las mujeres que tuvieron parto por cesárea presentaron mayor riesgo de complicaciones graves, que las mujeres que tuvieron un parto vaginal. En Estados Unidos más de un millón de cesáreas son realizadas anualmente con un 32,6% de nacimientos en el 2010. (Romero, y otros, 2014)

En los países de América Latina se comprobó una gran variación en la prevalencia de cesáreas. Chile, con 40% encabeza la lista, Brasil con una tasa global de 27%, República Dominicana con 26% y Argentina con 25.4%. (Ruiz y otros, 2014)

En los años 60 en México se hacían 3% de cesáreas; en 1996 la tasa había aumentado hasta un 24.1%; en 1999, la tasa fue de 35.4%. Las indicaciones más frecuentes fueron: sufrimiento fetal agudo (28.4%), desproporción cefalopélvica (22.4%) y cesárea previa (15.2%). (Pavon León, 2012).

En Ecuador el tema de la salud materna, 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%. En relación al número total de partos por cesárea atendidos en cada provincia, Los Ríos, Manabí y El Oro es donde más se registra esta práctica. Lo contrario ocurre en Zamora Chinchipe, Carchi y Morona Santiago. (MSP e INEC, 2014).

Por lo anterior dicho me he propuesto la siguiente pregunta de investigación: **¿Cuál es la incidencia y las principales indicaciones de cesárea en las mujeres atendidas en el Hospital Regional Isidro Ayora, de Loja durante el periodo 2015?**

3. JUSTIFICACIÓN

La realización de la intervención cesárea ha incrementado en las últimas décadas, muchos factores han contribuido a este aumento, incluyendo la mejora de las técnicas, la reducción de riesgo de complicaciones post-operatorias, factores nutricionales, demográficos, la percepción de médicos y pacientes como un procedimiento seguro, con menor tolerancia a los riesgos, la menor oportunidad del operador para adquirir habilidad en las maniobras por vía vaginal, y la influencia de las demandas legales.

En la actualidad, la mayoría de países a nivel mundial tanto en países desarrollados y en desarrollo, como en Ecuador, la realización de la operación cesárea en las gestantes se ha incrementado a porcentajes sobre los referidos por la OMS del 15%, de intervención cesárea, y también en relación a los años anteriores y dicho procedimiento quirúrgico aumenta el riesgo de morbilidad y mortalidad materna, cuando se exagera o abusa dicha intervención sobre lo estimado.

Es relevante, puesto que con los datos obtenidos se pueden realizar modificaciones en cuanto al diagnóstico previo que se realiza para llevar a una paciente a ser sometida a la intervención cesárea, disminuyendo la morbilidad y los costos que representa esta intervención; a partir de dichos resultados se puede generar una línea de investigación para estudios posteriores, y al ser un estudio prospectivo, que utiliza como fuente los registros de una base de datos, no genera daños biológicos o psicológicos, no implica riesgo alguno para las pacientes.

El presente estudio pretende analizar la verdadera situación, en lo que se refiere a los diagnósticos clínicos de la cesárea, en el Hospital Provincial “Isidro Ayora”, en que además de brindar atención médica, también realiza actividades académicas, indispensables para la formación de nuevos médicos.

Por tal motivo realizo el presente trabajo investigativo con el propósito de conocer la Incidencia e indicaciones de cesárea de las mujeres atendidas en el Hospital Provincial Isidro Ayora de la ciudad de Loja, Periodo Junio –Noviembre 2015.

4. OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL

- Determinar la incidencia e indicaciones de cesárea de las mujeres atendidas en el Hospital Provincial Isidro Ayora de la ciudad de Loja, periodo Junio a Noviembre del 2015.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la incidencia de cesárea en el Hospital Provincial Isidro Ayora, periodo Junio –Noviembre del 2015.
- Conocer las principales indicaciones de operación cesárea: maternas, fetales y obstétricas.
- Determinar los grupos etarios en las pacientes sometidas a cesárea.

5. ESQUEMA DE MARCO TEORICO

5.1. CESAREA

5.1.1. Definición de cesárea

5.1.2. Frecuencia

5.1.3. Clasificación de cesárea

5.1.3.1. Cesárea electiva

5.1.3.2. Cesárea urgente

5.1.3.3. Cesárea a demanda

5.1.4. Indicaciones de cesárea

5.1.4.1. Indicaciones absolutas

5.1.4.2. Indicaciones relativas

5.1.4.3. Causas maternas

5.1.4.4. Causas fetales

5.1.4.5. Causas obstétricas

5.1.5. Técnica quirúrgica

5.1.6. Tratamiento del embarazo por cesárea

5.1.7. Complicaciones de cesárea

5.1.8. Beneficios y riesgos de cesárea

6. METODOLOGÍA

6.1. TIPO DE INVESTIGACION

Estudio retrospectivo y descriptivo

6.2. Área de estudio

El estudio se realizara en servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Provincial Isidro Ayora de la ciudad de Loja.

6.3. Universo

Todas las pacientes que acuden el servicio de Gineco-Obstetricia para la atención del parto en el Hospital Provincial Isidro Ayora Junio a Noviembre 2015.

6.4. Muestra:

Pacientes atendidas con cesárea en el servicio de Centro -Obstetricia del Hospital Provincial Isidro Ayora, durante el periodo Junio –Noviembre 2015.

6.5. Unidad de análisis

Historias clínicas de las mujeres con parto por vía cesárea atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Provincial Isidro Ayora Junio - Noviembre 2015.

6.6. Criterios de inclusión

Mujeres con cesáreas atendidas en el servicio de Ginecología Obstetricia del Hospital Provincial Isidro Ayora durante el periodo Junio –Noviembre 2015.

6.7. Criterios de exclusión

Mujeres atendidas en el Hospital Provincial l Isidro Ayora, que terminaron su gestación, por medio del parto vaginal periodo Junio- Noviembre 2015.

6.8. Instrumentos de recolección de datos

Se solicitara la respectiva autorización, para acceder a las historias clínicas de las gestantes que culminaron el parto por cesárea en el servicio de ginecología y Obstetricia y libro de registro de partos del Hospital Provincial Isidro Ayora periodo Junio a Noviembre 2015.

6.9. Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADORES	NIVEL DE MEDICIÓN
Independiente: **Cesárea**	Es el nacimiento del feto a través de incisiones en la pared abdominal y la uterina.			
Dependientes: **Indicación de cesárea**	Es la causa que conlleva a realizar el procedimiento quirúrgico, para lograr el bienestar materno-fetal.	Maternas Fetales	Cirugía uterina previa Tumores benignos o malignos del canal de parto Patología que comprometa el bienestar materno-fetal. Alteración de la conciencia. Compromiso de bienestar fetal Distocia de presentación Embarazo múltiple con distocia Malformación fetal Macrosomía fetal Cesárea iterativa Distocia dinámica de trabajo de parto Placenta previa Prolapso de cordón umbilical	Ordinal

		Obstétricas	Rotura uterina previa Desproporción céfalo-pélvica	
Grupo etario (Edad materna)	Edad cronológica en años cumplidos por la madre al momento del parto.	Número de Años cumplidos de las pacientes que acuden a GO.	Menor de 20 años 20 – 34 años Igual o Mayor a 35 años.	Nominal

6.10. RECURSOS

RECURSOS HUMANOS

- Pacientes del servicio de Gineco-Obstetricia del HRIAL
- Tutor
- Autor

RECURSOS MATERIALES

- Papel bond, tamaño A4
- Formularios
- Esferográficos
- Cuaderno
- Computador
- Libros, Revistas Virtuales

7. CRONOGRAMA

Tiempo 2015	**Mayo**				**Junio**				**Julio**				**Agosto**				**Septiembre**				**Octubre**				**Noviembre**				**Diciembre**			
Actividad/ semana	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Selección de tema			**x**																													
Aprobación de tema				**x**	**x**	**x**	**x**																									
Obtención de permiso								**x**	**x**																							
Elaboración de objetivos										**x**																						
Recopilación de información																																
Marco teórico											**x**	**x**	x	x	x	x	x	x	x													
Recolección de datos																				**x**	**x**	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Análisis																																
Discusión de resultados																																
Elaboración de conclusiones y recomendaciones																																
Revisión de tesis																																
Socialización de tesis																																

8. PRESUPUESTO

CONCEPTO		COSTES ($.)
a. Bienes		**150.00**
Material escritorio	60.00	
Material bibliográfico	90.00	
b. Servicios		**330.00**
Impresión	200.00	
Fotocopias	50.00	
Movilidad	50.00	
Gastos universidad	30.00	
Total		480 .00

- **FINANCIAMIENTO:**

  Los costos de la investigación ascienden a quinientos ochenta dólares americanos que serán financiados con recursos propios**.**

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Chaillet N, & Dumont A. (2007). Evidence-based strategies for reducing cesarean section. *PubMed*, 53-64.

2. Health., N. I. (2006). El parto por cesárea previa solicitud materna. *PubMed*, 1386-1387.

3. *MSP e INEC.* (14 de Octubre de 2014). Recuperado el 21 de 05 de 2015, de http://www.ecuadorencifras.gob.ec/msp-e-inec-presentan-resultados-de-demografia-y-salud-sexual-y-reproductiva/

4. Pavon León, P. (2012). Frecuencia e indicaciones de la operación cesárea en el Hospital Escuela de la Universidad de Veracruz. *revista medica de la Universidad de Veracruz*.

5. Farias Jofré M. (2012). Cesárea electiva versus parto vaginal. Medwave. ISSN 0717-6384

6. Campero L, Hernández B, Leyva A, Estrada F, Osborne J y col. Tendencia de cesáreas con factores no clínicos en un centro de educación para el parto en la Ciudad de México. Salud Pública Mex 2007; 49: 118-125.

7. Lepore G, Sampor C, Storni M, Pardo P. Incidencia y principales indicaciones de cesárea. Revista de Posgrado de VIa cátedra de Medicina 2005;

8. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. Las operaciones obstétricas. En: Obstetricia. 6a ed. Bs As: El Ateneo;2008: 702-712.

9. MSP, & CONASA. (2008). Componente normativo materno neonatal.

10. Salinas Portillo H, Naranjo B, Pastén J, Retamales B. Estado de la cesárea en Chile. Riesgos y beneficios asociados a esta intervención. Revista HCUCh 2007; 18: 168-17

ANEXOS: FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

Hospital Regional Isidro Ayora

INCIDENCIA E INDICACIONES DE CESÁREA

N. # de historia clínica_____

Fecha:

Edad: _____ años

Indicación de cesárea: _____

Materna

Cirugía uterina previa ☐ Tumores benignos o malignos del canal de parto ☐

Patología que comprometa el bienestar materno- fetal ☐

Alteración de la conciencia ☐

Fetal

Compromiso de bienestar fetal ☐ Distocia de presentación ☐

Embarazo múltiple con distocia ☐ Malformación fetal ☐

Macrosomía fetal ☐

Obstétrica

Cesárea iterativa ☐ Distocia dinámica de trabajo de parto ☐

Placenta previa ☐ Prolapso de cordón umbilical ☐

Rotura uterina previa ☐ Desproporción céfalo-pélvica ☐