

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO**



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE MEDICINA**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO  
DE MÉDICO GENERAL**

**TRABAJO DE TITULACIÓN**

**“PREVALENCIA Y CAUSAS DE CESÁREA EN PACIENTES PRIMIGESTAS CON  
EMBARAZO A TÉRMINO CENTRO OBSTÉTRICO HOSPITAL JOSÉ MARÍA  
VELASCO IBARRA TENA- NAPO, ENERO A SEPTIEMBRE 2019”**

**AUTOR:**

**VEGA QUISPE JESY XIMENA**

**Tutor:** Dr. Carlos Maldonado

**Riobamba – Ecuador**

**Año 2019**

## ACEPTACIÓN DEL TRIBUNAL

Los miembros del tribunal de graduación de la revisión del proyecto de investigación para titulación: "Prevalencia y Causas de cesárea en pacientes primigestas con embarazo a término Centro Obstétrico Hospital José María Velasco Ibarra Napo-Tena , enero a septiembre 2019 ". Presentado por Jesy Ximena Vega Quispe dirigido por la Dr. Carlos Arturo Maldonado Segura, una vez escuchada la defensa oral y revisado el Informe final del proyecto de investigación confines de graduación en la cual se constato el cumplimiento de las observaciones realizadas remito la presente para uso y custodia en la biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud De la Universidad Nacional de Chimborazo

Para constancia de lo expuesto firman:

Dr. Patricio Vasconez  
PRISENTE DE L TRIBUNAL



Dra. Cecilia Casco  
MIEMBRO DEL TRIBUNAL



Dr. Guillermo Valdivia  
MIEMBRO DEL TRIBUNAL



Dra. Carlos Maldonado  
TUTOR



Riobamba, 31 de enero de 2020

## CERTIFICADO

Por la presente, yo Carlos Arturo Maldonado Segura con CI: 1203890593 en calidad de Tutor del Proyecto de investigación: **Prevalencia y Causas de Cesárea en pacientes primigestas con embarazo a término Centro Obstétrico Hospital José María Velasco Ibarra Tena- Napo**, enro a septiembre 2019, propuesto por la estudiante Jesy Ximena Vega Quispe CI: 150057979-0, egresada de la Facultad de Ciencia de la Salud Carrera de Medicina, luego de haber revisado este proyecto y realizadas las pertinentes correcciones **certifico** que se encuentran **apta** para la defensa pública.

Atentamente



Dr. Carlos Arturo Maldonado Segura

CI: 1203890593

Escuela Superior de Ciencias Biomédicas

#### **DERECHOS DE AUTOR**

Yo Jesy Ximena Vega Quispe con CI:1500579790 soy responsable de todo el contenido de este trabajo investigativo los derechos de autoría pertenecen a la Universidad Nacional de Chimborazo.



Vega Quispe Jesy Ximena

CI: 1500579790

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios por bendecirme, guiarme a lo largo de mi existencia, ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y de debilidad.

Dicen que la mejor herencia que nos pueden dejar los padres son los estudios, sin embargo, no creo que sea el único legado del cual yo particularmente me siento muy agradecida, mis padres me han permitido trazar mi camino y caminar con mis propios pies.

A los docentes de la Escuela de Medicina de la Universidad Nacional de Chimborazo, por haber compartido sus conocimientos a lo largo de la preparación de mi profesión, de manera especial, a mis tutores por su interés y constancia.

Finalmente quiero expresar mi más grande y sincero agradecimiento al Dr. Carlos Maldonado, principal colaborador durante todo este proceso, quien con su dirección, conocimiento, enseñanza y colaboración permitió el desarrollo de este trabajo.

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo investigativo lo dedico principalmente a Dios, por ser el inspirador y darme fuerzas para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados.

A mis padres, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ustedes he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy. Es un orgullo y privilegio ser su hija, son los mejores padres.

A mis hijos Jorge y Rafael, por ser el motor de mi vida y que gracias a ustedes nunca me di por vencida, son mi motor y mi mayor orgullo.

A mi esposo por su amor y empuje en este trayecto de mi vida, mis hermanas por su cariño y apoyo incondicional, durante todo este proceso, por estar conmigo en todo momento gracias., a mi cuñado y gran amigo, a toda mi familia porque con sus oraciones, consejos y palabras de aliento hicieron de mí una mejor persona y de una u otra forma me acompañan en todos mis sueños y metas.

## ÍNDICE

PORTADA .....	I
ACEPTACIÓN DE TRIBUNAL .....	II
CERTIFICADO DEL TUTOR.....	III
DERECHOS DEL AUTOR.....	IV
AGRADECIMIENTO .....	V
DEDICATORIA .....	VI
RESUMEN .....	VII
ABSTRACT .....	VIII
INDICE GENREAL .....	IX, X
CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	1
1.1 Planteamiento del problema .....	2
1.2 Justificación del problema .....	3
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO. ....	6
2.6. Otras causas para la realización de cesárea .....	13
Elección de la madre .....	13
Perspectiva de género.....	13
Condiciones sociales asociadas a la realización de cesárea.....	13
Aspectos institucionales.....	14
2.7. Complicaciones postquirúrgicas asociadas a la cesárea.....	14
CAPÍTULO III METODOLOGÍA.....	15
3.1. Tipo de estudio .....	15
3.2. Diseño de la investigación .....	15
3.3. Área de estudio .....	15
3.4. Cálculo de prevalencia .....	15
3.5. Universo y muestra .....	16
3.5.1. Muestra .....	16
3.6. Criterios de inclusión.....	16
3.7 Criterios de exclusión .....	16
3.8.Métodos de investigación .....	16
3.9. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	17
3.10. Técnicas para el análisis e interpretación de datos.....	17
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	18

4.1. Resultados .....	18
4.2. Discusión.....	25
V. CONCLUSIONES .....	28
VI. RECOMENDACIONES .....	29
VII. BIBLIOGRAFÍA.....	30

### **ÍNDICE DE TABLAS**

Tabla 1 Clasificación de Robson.....	7
Tabla 2 Complicaciones asociadas a la cesárea.....	14
Tabla 3 Edad de las pacientes.....	18
Tabla 4 Número de parto.....	19
Tabla 5 Lugar de procedencia.....	20
Tabla 6 Etnia de las embarazadas.....	21
Tabla 7 Nivel Socioeconómico.....	21
Tabla 8 Indicación para la realización de cesárea.....	22
Tabla 9 Cálculo de Prevalencia.....	23

### **ÍNDICE DE GRÁFICOS**

Gráfico 1 Presentaciones fetales inadecuadas para el parto natural.....	12
Gráfico 2 Edad de las pacientes.....	18
Gráfico 3 Número de partos.....	19
Gráfico 4 Lugar de procedencia.....	20
Gráfico 5 Etnia de la embarazadas.....	21
Gráfico 6 Nivel Socioeconómico.....	22
Gráfico 7 Indicación para la realización de cesárea.....	23
Gráfico 8 Cálculo de prevalencia .....	24



## RESUMEN

Las cesáreas constituyen un procedimiento quirúrgico empleado para garantizar el nacimiento de los niños por vía abdominal. Se estableció el objetivo de determinar la Prevalencia y Causas de Cesárea en pacientes primigestas con embarazo a término Centro Obstétrico Hospital José María Velasco Ibarra Tena-Napo, enero a septiembre 2019, se desarrolló un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal. Los resultados mostraron una prevalencia de cesárea en el Hospital José María Velasco Ibarra Tena-Napo, enero a septiembre 2019 de 22%. Las principales causas para la indicación de cesárea de emergencia fueron la condición de compromiso de bienestar fetal en el 42% de los casos, situación a la que le sigue el desprendimiento de placenta en el 21% de los casos, y luego los embarazos de más de 40 semanas o con algún tipo de complicación. La distribución de la edad de las pacientes abarcó desde 18 a 38 años; evidenciando un predominio del grupo ubicado en el rango de 21 a 24 y de 18 a 21 años, presentándose un valor extremo de 38 años. Los principales factores de riesgo para parto distócico fueron el trastorno del líquido amniótico y de las membranas en un 35% de los casos, luego se observaron la macrosomía fetal, en un 27% y en tercer lugar la anemia que complica el embarazo y el parto; las infecciones de las vías urinarias en un 5%; diagnósticos como preeclampsia y enfermedad por VIH con un 2%; y otras afecciones como infección del tracto genital, anemia leve y fiebre con porcentajes mínimos de 1%.

**Palabras claves:** primigestas, prevalencia, embarazo

## ABSTRACT

C-sections require a surgical procedure used to assess the birth of children by the abdominal route. The objective was determined to determine the Prevalence and Causes of Caesarean section in primitive patients with term pregnancy José María Velasco Ibarra Tena-Napo Hospital Obstetric Center, January to September 2019, for which a descriptive, retrospective cross-sectional study was designed. The periodically results in a prevalence of cesarean section at the José María Velasco Ibarra Tena-Napo Hospital, January to September 2019 of 22%. The leading causes for the indication of emergency cesarean section were the condition of compromise of fetal well-being in 42% of cases, a situation followed by placental abruption in 21% of cases, and then the pregnancies of more 40 weeks or with some complication. The age distribution of the patients ranged from 18 to 38 years, evidencing a predominance of the group located in the range of 21 to 24 and 18 to 21 years, presenting an extreme value of 38 years. The main risk factors for dystrophic delivery were: amniotic fluid and membrane disorders in 35% of cases; then fetal macrosomia was observed, in 27%; and thirdly anemia that complicates pregnancy and childbirth; urinary tract infections by 5%; diagnoses such as preeclampsia and HIV disease with 2%; and other conditions such as genital tract infection, mild anemia and fever with minimum percentages of 1%.

**Keywords:** first gests, prevalence, pregnancy



Reviewed by: Marcela González R.  
English Professor

## **DESCRIPCIÓN DEL TEMA, CON LA PROBLEMÁTICA**

### **I. TEMA:**

Prevalencia y Causas de Cesárea en pacientes primigestas con embarazo a término Centro Obstétrico Hospital José María Velasco Ibarra Tena- Napo, enero a septiembre 2019.

### **II. INTRODUCCIÓN.**

Las cesáreas constituyen un procedimiento quirúrgico empleado para garantizar el nacimiento de los niños por vía abdominal. Ha pasado a ser la intervención por excelencia a la cual tienen acceso las gestantes, con cifras incrementales durante los últimos años, por lo que se ha convertido en objeto de observación e investigación.

Durante el año 1985 la Organización Mundial de la Salud planteó las cifras promedias que deberían servir de indicador para evaluar esta actividad, momento para el cual expuso que los rangos adecuados deberían ubicarse alrededor del 5 al 15%; porcentajes menores al 5% indicarían limitaciones en la realización del procedimiento, mientras que unas cantidades mayores representaría una sobre ejecución. En la actualidad los números se han incrementado, sustantivamente, en la mayoría de los países, generando preocupaciones en relación al tema, en los países en vías de desarrollo se busca efectuar acciones que propicien un mayor acceso al procedimiento, mientras que en los países desarrollados o las poblaciones con condiciones económicas favorables se presenta un incremento sostenido en el porcentaje de realización de cesáreas (Ruiz, Espino, & Vallejos, Cesárea: Tendencias y resultados, 2015) .

Las estadísticas demuestran que en países como Estados Unidos se ha presentado un incremento en la cantidad del procedimiento, tomando como referencia que durante el 2006 se presentó un hito significativo en el número de cesáreas, ubicándose en el 31.1%, incrementándose en un 50% durante el último decenio. En países desarrollados como China, se realizan alrededor del 40% de los nacimientos, de igual forma en Corea del Sur, y en América Latina se presenta situación similar, técnicamente, documentada, en la cual la tasa de cesárea, en por lo menos doce de diecinueve países evaluados, superó el puntaje más alto sugerido por la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2015).

## **CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1 Planteamiento del problema**

La cesárea constituye uno de los procedimientos quirúrgicos con mayor casuística en la población femenina, cifras que se han venido incrementando en los últimos años, tanto en los países desarrollados como en vías de desarrollo, tal como lo presenta Cabrera (2019), en América Latina el porcentaje se ubicó alrededor del 38,9%<sup>3</sup> para el año 2015 (Cabrera, 2019)). La OMS recomienda que la tasa de nacimientos por cesárea en un país debe oscilar entre 5 y 15 por ciento, si se excede ese rango, se entiende como un abuso en el procedimiento, no motivado por indicaciones médicas puntuales; Ecuador presenta una tasa promedio de 41% de cesáreas, según datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, publicada por el INEC, y los partos por cesárea se incrementaron en alrededor de 60% en un período de 8 años (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2016).

Lo que está descrito técnicamente entre las principales causas de cesárea se encuentran, signos de compromiso del bienestar fetal, distocias materno- fetales, además de factores como una falsa percepción de seguridad de este tipo de intervención respecto al parto vaginal; el término “distocia” engloba todas las causas que alteran el mecanismo normal del parto, constituyendo el antónimo de la eutócica, el parto normal (Pérez, 2016).

La cantidad de cesáreas, es uno de los indicadores de la gestión hospitalaria, ya que es una medida multifactorial a través del cual se evidencian aspectos como la atención médica, seguridad de las pacientes (riesgos de las madres y neonatales asociados a la sub y sobre utilización del procedimiento) y eficiencia en utilización de los recursos (Morera, 2013). Durante los últimos años, tanto a nivel gubernamental como profesional, en el ámbito de la salud pública se presentada preocupación en relación con el aumento en las estadísticas por realización de cesáreas y los efectos negativos de esta práctica en la salud materno infantil (Organización Mundial de la Salud, 2014). Este organismo efectuó dos investigaciones: una revisión documental de los estudios disponibles, cuyo objetivo fue determinar la tasa de realización de cesáreas, a nivel de los países y un análisis internacional con la información disponible de más reciente producción.

Los resultados de los estudios realizados por la OMS permitieron determinar que una de las principales causas para definir la tasa ideal de cesárea en cualquier nivel es la ausencia de un sistema de clasificación internacionalmente consensuado y confiable que produzca datos

estandarizados que facilite realizar comparaciones entre poblaciones y pueda ser una herramienta para investigar los factores que determinan la tendencia hacia el aumento de cesáreas (Organización Mundial de la Salud, 2014).

Como se puede apreciar existe una preocupación mundial acerca del tema del aumento en la realización de las cesáreas, razón por la que el presente proyecto se orienta al estudio de la prevalencia y causas de cesárea a través de la recolección de datos de pacientes que presentan sobre todo distocias tanto maternas como fetales para que de esta forma reducir la frecuencia de complicaciones perinatales y morbilidad materna e infantil ya que la mayoría de las veces esta problemática no recibe la debida atención por parte de los investigadores para la búsqueda de soluciones.

### **III.1. Formulación del problema**

¿Cuál es la Prevalencia y Causas de Cesárea en pacientes primigestas con embarazo a término Centro Obstétrico Hospital José María Velasco Ibarra Tena- Napo, enero a septiembre 2019?

#### **1.2 Justificación del problema**

Las cifras reportadas por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos para el año 2016 develaron una cantidad de 12.339 cesáreas, lo que se corresponde con el 39,3% de la cantidad de partos realizados durante ese año, (INEC, 2016) datos que evidencian un incremento del 24,3% con respecto a lo considerado adecuado por la OMS, y evidencian un incremento llamativo en la cantidad de procedimientos realizados.

En la guía Atención del Parto por Cesárea (2015), publicada por el Ministerio de Salud Pública resaltan que en el ámbito mundial se realizan un alto porcentaje de cesáreas, mostrando cifras para Europa con una incidencia de 21%, Estados Unidos 26%; Australia, 23% y en los países de América Latina como Argentina, Brasil, Chile, México y Paraguay, excede el 50%, mientras que en Ecuador el índice de cesáreas, estimado por el MSP, para el 2014 alcanzó el 41,2% (Ministerio de Salud Pública, 2015).

En una investigación realizada por Piloto, M y Nápoles, D (Piloto, 2015). Intentaron mostrar la incidencia de la operación cesárea en Cuba, y las principales causas de la misma. Realizaron un estudio descriptivo, retrospectivo y longitudinal, que abarcó el periodo de 1970 a 2011. Los

resultados permitieron discriminar un incremento sostenido en la realización de la intervención y definir que entre los factores influyentes del aumento global en el incremento de las tasas de cesárea se encuentran los avances en la disponibilidad de mejores técnicas anestésicas y quirúrgicas, disminución de los riesgos por complicaciones postoperatorias, aspectos demográficos, alimenticios y la vivencia de seguridad sobre el procedimiento, tanto por parte de los especialistas como de las madres.

Dadas las cifras en el ámbito internacional, las tasas de cesáreas han pasado a considerarse un problema de salud pública, y se ha determinado, a pesar de la multiplicidad de causas, la presencia de unos determinantes, como inadecuada valoración del riesgo obstétrico, pobres controles prenatales, elección de parte de los especialistas y las embarazadas, deficiente valoración de los riesgos fetales. Por otro lado, algunas investigaciones han asociado la presencia de cesáreas a un incremento en la morbi mortalidad materna debido a que en los embarazos sucesivos se incrementa las probabilidades de presencia de placenta previa e incremento placentario, incrementando también, las posibilidades de hemorragias, riesgos quirúrgicos, anestésicos y obstétricos (Piloto, 2015).

Las tasas de mortalidad materna persisten en cifras elevadas, principalmente en los países en vías de desarrollo. A nivel mundial oscila entre 6 y 22/100.000 nacidos vivos, y se considera entre factores los factores asociados a los procedimientos quirúrgicos o consecuencias de estas. A nivel nacional la razón estimada de mortalidad materna durante el año 2012 se ubicó en 59.90/100.000 nacidos vivos, con unas cifras fluctuantes desde el 2006 al 2012 que se mantuvieron entre 38.78 y 59.9, ubicando al país en el segundo con mayor cantidad de muertes maternas de la región después de Venezuela. Debido a esta condición el Estado ecuatoriano considera una prioridad determinar los factores de riesgo y causas de la mortalidad materna, ya que en la mayoría de los casos constituyen muertes prevenibles.

Debido a que las cesáreas o complicaciones quirúrgicas posterior a la intervención se ubican dentro de las causas de mortalidad materna se considera necesario continuar indagando sobre este problema con el propósito de obtener información que pudiera servir de utilidad en la disminución de las elevadas cifras para ambas situaciones. Todo lo cual justifica la realización del presente proyecto.

## **OBJETIVOS: GENERAL Y ESPECÍFICO**

### **IV.1. OBJETIVO GENERAL**

- Determinar la Prevalencia y Causas de Cesárea en pacientes primigestas con embarazo a término Centro Obstétrico Hospital José María Velasco Ibarra Tena- Napo, enero a septiembre 2019.

### **IV.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Establecer la prevalencia de cesáreas en pacientes primigestas, de acuerdo a las variables edad, etnia y nivel socioeconómico.
- Identificar causas fetales como factor de riesgo para embarazo distócico, en pacientes primigestas.
- Conocer las causas maternas como factor de riesgo para embarazo distócico, en pacientes primigestas.

## CAPITULO II. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Concepto de Cesárea

En la guía de práctica clínica publicada por el Ministerio de Salud Pública de Ecuador se entiende por cesárea a “la intervención quirúrgica que permite extraer un feto mediante laparotomía e incisión de la pared uterina. Constituye un procedimiento obstétrico fundamental para reducir daños al recién nacido y a la madre, siempre y cuando se realice bajo justificación médica” (Romero, Biruete, & Borrego, 2015, p.90).

A continuación, se presenta el flujograma establecido para realizar la elección del parto por cesárea, definido en la guía de referencia rápida para la reducción de la frecuencia de operación cesárea (Instituto mexicano de seguridad social, 2015).

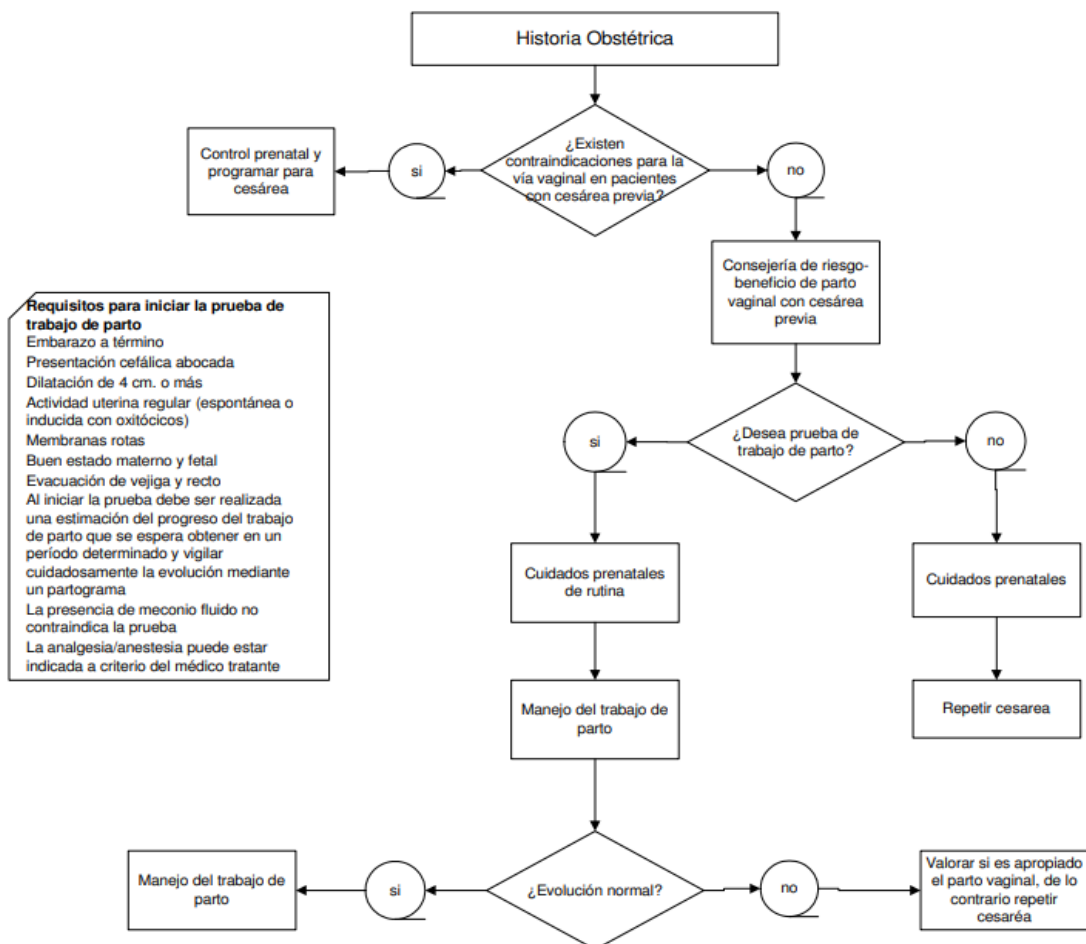


Gráfico 1 flujograma establecido para realizar la elección del parto por cesárea

Fuente: Instituto mexicano de seguridad social



## 2.2. Antecedentes prenatales

## 2.3. Causas de cesárea

Debido al incremento en la tasa de cesáreas en el ámbito mundial, se ha intentado establecer diferentes mecanismos para sistematizar la creación de indicadores confiables que permitan obtener información precisa de las condiciones en las cuales se realiza el procedimiento para poder consolidar la información y precisar unos criterios más o menos universales tanto para realizar investigaciones como para la recolección de información. En este orden Robson y colaboradores determinaron la realización de cesáreas de acuerdo a cuatro criterios obstétricos los cuales se detallan en el cuadro anexo.

Tabla 1 Clasificación de Robson

<b>CLASIFICACIÓN DE ROBSON</b>	
<b>Grupos</b>	<b>Descripción de la clasificación de diez grupos</b>
1	Nulíparas con un feto único en presentación cefálica, de 37 semanas o más de embarazo, que han iniciado el parto de forma espontánea.
2	Nulíparas con un feto único en presentación cefálica, de 37 semanas o más de embarazo, que han sido sometidas a inducción o cesárea antes del inicio del parto.
3	Múltiparas sin cesárea previa, con un feto en presentación cefálica, de 37 o más de embarazo, que han iniciado el parto de forma espontánea.
4	Múltiparas sin cesárea previa, con un feto en presentación cefálica, de 37 semanas o más de embarazo, que han sido sometidas a inducción o cesárea antes del inicio del parto.
5	Múltiparas con al menos una cesárea previa, con un feto único en presentación cefálica, de 37 semanas o más de embarazo.
6	Nulíparas con un feto único en presentación podálica.
7	Múltiparas con un feto único en presentación podálica, incluyendo aquellas con cesárea previa.
8	Todas las mujeres con embarazo múltiple, incluyendo aquellas con cesárea previa.
9	Todas las mujeres con feto único en posición transversa u oblicua, incluyendo aquellas con cesárea previa.
10	Todas las mujeres con un feto único en presentación cefálica de menos de 37 semanas de embarazo, incluyendo aquellas con cesárea previa.

Fuente: Clasificación de Robson

En la clasificación de Robson se presentan diez grupos obstétricos correlacionados con cuatro conceptos obstétricos como son el embarazo, el cual a su vez se discrimina en único, múltiple y de acuerdo a la presentación del feto; los antecedentes obstétricos, en este caso se detalla si la embarazada es nulípara, múltipara con o sin cicatriz uterina presente, seguidamente se encuentra el desarrollo del trabajo de parto, si este se presenta de forma espontánea, inducido, con cesáreas previas; y finalmente la edad gestacional o el grado de evolución del embarazo

para el momento en que se realizará el parto (Aguilar, Manrique, Aisa, Martínez, & González, 2016).

La clasificación presentada por los autores resalta que los grupos definidos son excluyentes, entre ellos, es decir, solo se puede pertenecer a uno, y totalmente incluyentes, en virtud de que cada embarazada presenta un grupo en el que ser incluida. Este mecanismo de clasificación permite superar el problema de la duplicidad de datos o sobrer registrar a las mujeres en más de un grupo. La clasificación se sustenta en criterios bien definidos y sencillos de manipular de acuerdo a la información de cada mujer y su embarazo, en vez de la terminología de la cesárea, previniendo, situaciones confusas, dispersión de la información y variabilidad intrínsecas a la referencia de una cesárea. Los grupos definidos pueden aplicarse mundialmente lo que permite comparaciones, y como consecuencia realización de estudios longitudinales en una misma unidad o con la misma muestra de pacientes (Aguilar, Manrique, Aisa, Martínez, & González, 2016).

Existen diferentes clasificaciones e indicaciones para la realización de las cesáreas. En el presente estudio detallaremos la propuesta en la Guía de Práctica Clínica: Atención del Parto por cesárea, publicada por el Ministerio de Salud Pública de Ecuador, durante el año 2015. Mismas que se detallan en los siguientes ítems.

## **2.4. Causas relacionadas con la condición materna**

### **Mal posición Fetal**

Es recomendación de cesárea la presentación fetal en posición de podálica, pélvica o situación transversa del feto único a término, ya que esto reduce la mortalidad y la morbilidad perinatal y neonatal.

### **Embarazo múltiple**

Se recomienda la cesárea en los embarazos gemelares donde el primer gemelo no está en presentación cefálica, pese a que el efecto de cesárea para mejorar el resultado perinatal es incierto, como medida de prevención

### **Nacimiento prematuro**

En el Ecuador la cesárea en un parto pretérmino estará indicada cuando el estimado de peso fetal ecográfico sea menor a 1500 gr.

### **Placenta previa**

Se recomienda frente al diagnóstico de una placenta previa que la mujer sea evaluada y manejada hasta el término del embarazo por especialistas en gineco-obstetricia quien informará a la paciente con oportunidad la vía y forma de parto.

### **Placenta adherida**

Si la placenta baja se confirma en la semana 32 a 34 en mujeres que han tenido una cesárea anterior, se debe realizar la ecografía Doppler a color como la primera prueba diagnóstica para descartar placenta creta (adherida). Discutir las intervenciones disponibles con las embarazadas con sospecha de placenta creta, incluida la posibilidad de transfusión sanguínea y cesárea planificada con la participación del especialista.

### **Embarazadas con VIH**

De acuerdo a la normativa vigente en el Ecuador, se recomienda ofrecer cesárea a toda mujer embarazada portadora del VIH para disminuir el riesgo de transmisión del virus de la madre al hijo en el momento del parto.

### **Desarrollo de trastorno hipertensivo durante el embarazo**

#### **Edad gestacional**

Se recomienda realizar la cesárea programada en los casos clínicamente justificados, sobre las 39 semanas ya que el riesgo de morbilidad respiratoria es mayor en los recién nacidos por cesárea que en los que nacen por parto vaginal, y este riesgo disminuye significativamente después de las 39 semanas.

#### **Sobrepeso y obesidad**

El sobrepeso se ha correlacionado positivamente con una mayor probabilidad de que el parto se realice mediante cesárea, tal como lo muestra la investigación realizada por Fernández, J (2016). Cuyas conclusiones expresan que existe una asociación significativa e independiente entre el sobrepeso/obesidad maternos y la culminación del parto a través de cesárea. Asociación que se basó en análisis estadístico bivariado y multivariado realizando ajustes de diferentes

variables de control como: edad materna, nuliparidad, cesárea anterior, hipertensión, diabetes, peso al nacer y edad gestacional al parto (Fernández, 2016).

## **2.5. Causas relacionadas con la condición del feto**

### **Anomalías fetales**

#### **Macrosomía fetal**

De acuerdo al Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos se entiende por macrosomía a la presencia de un feto cuyo peso asciende a 4.000 gramos o el equivalente a 8 libras y trece onzas, no asociada a la edad gestacional. En función de este criterio se clasifica en el percentil superior, correspondiente a 90, de acuerdo a la edad gestacional, y previa corrección en función del sexo y raza.

Todo feto con características macrosómicas se considera de alto riesgo, ya que presentan una alta morbimortalidad incrementada en comparación con los fetos generales que presentan un peso ajustado a la normalidad. Esta condición duplica las probabilidades de morbimortalidad fetal en relación con los demás grupos.

#### **Hidrocefalia**

La presencia de hidrocefalia fetal o de origen congénito, independientemente de la etiología, una vez lograda alcanzada la madurez del embarazo, o al momento de haber logrado la maduración pulmonar se indica completar el proceso mediante la realización de cesárea.

#### **Alteraciones de cordón umbilical**

Existen dos condiciones anormales referidas al tamaño del cordón umbilical, la primera se refiere a un tamaño por debajo de lo normal de este o lo que se conoce como cordón corto, condición asociada a retardo en el desarrollo fetal, alteraciones congénitas y altas probabilidad de sufrimiento durante el trabajo de parto, así como un mayor riesgo de muerte durante el proceso. La segunda es la presencia de cordones muy largo, lo cuales tienden a generar prolapsos o enredarse e incrementan la probabilidad de anomalías fetales, tipos macrosomía, acidemia y hasta la muerte. En ambas condiciones se indica realizar cesárea.

## **Muerte fetal**

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud existe muerte fetal o previa a la expulsión natural, cuando se presenta el cese de los signos vitales del feto, desde la semana 22 o una vez alcanzados los 500 gramos de peso. Condición ante la cual se indica cesárea.

Se entiende por distocia de presentación a la posición cefálica del feto para el momento del trabajo de parto, se corresponde con el 97% de los casos y puede presentar diferentes variantes tales como:

### **Presentación de cara**

En esta posición la extensión de cabeza del feto llega al límite, condición que dificulta el progreso mediante un parto natural. Para que se pueda efectuar un parto adecuado el mentón del feto debe estar ubicado hacia arriba, de lo contrario es motivo de completar el proceso mediante cesárea.

### **Presentación de frente**

Se considera la posición más complicada para completar un parto normal, además de considerarse de elevada morbimortalidad materno fetal. De encontrarse ante esta condición se procede a efectuar la cesárea.

### **Presentación podálica**

Se caracteriza por una postura en la cual el polo cefálico se encuentra en el fondo del útero, mientras que el polo caudal se posiciona en el extremo superior de la pelvis materna, se presenta al menos en el 3% de los partos, siendo motivo de realización de intervenciones quirúrgica.

### **Presentación de nalgas simples**

En esta postura los miembros inferiores se encuentran extendidos, flexionados de manera ventral, posicionando los pies a nivel de los hombros, lo que dificulta el paso normal por el canal de parto.

### **Presentación completa de nalgas**

El feto se ubica sentado con caderas y rodillas flexionadas, incrementando el diámetro de su presentación y como consecuencia, la necesidad de mayor amplitud para trascender el canal de parto.

### **Presentación incompleta de nalgas**

Para esta presentación las nalgas se ubican al nivel de uno o ambas rodillas o pies, lo que puede avanzar hacia un prolapso de las extremidades e impactando a la bolsa amniótica y su ruptura.

## Presentación de hombros

Cuando la posición del feto es transversa puede ocurrir que el primer miembro en adelantarse es el hombro, regularmente se presenta en casos de partos múltiples o prematuros, condiciones ambas para la indicación de cesárea.

### Presentación transversa

Ocurre cuando la posición fetal crea un ángulo agudo con la posición materna, o lo que es lo mismo el cuerpo fetal se encuentra perpendicular a la madre o ubicado en 90 grados con respecto a este.



Gráfico 2 Presentaciones fetales inadecuadas para el parto natural

Fuente: [https://www.google.com/search?rlz=1C1CHBD\\_esEC841EC841&sxsrf=](https://www.google.com/search?rlz=1C1CHBD_esEC841EC841&sxsrf=)

## Ruptura temprana de membranas

La ruptura temprana de membranas fetales se caracteriza como por ocurrir antes de iniciarse el trabajo de parto, regularmente antes de las 37 semanas de embarazo, situación ante la cual se le denomina ruptura prematura de membranas, evento que incrementa las probabilidades de morbilidad y mortalidad tanto en el feto como para la madre.

## Dificultades en el crecimiento intrauterino

Las dificultades en el crecimiento intrauterino, es una condición que presenta a un feto cuyo crecimiento se ubica por debajo de lo esperado para su edad gestacional o a la velocidad regular dentro del útero, condición en la que se recomienda la extracción para impulsar el crecimiento normal y abordar las causas que la originan.

## Sufrimiento fetal

El sufrimiento fetal (SF) es una condición ante la cual no existe consenso en relación con una definición clara sobre el mismo. Se acepta, generalmente, asociado a condiciones como hipoxia

fetal, y a otra variedad de dificultades obstétricas que perjudican los procesos regulares de intercambios madre - feto. Es ampliamente conocida la asociación entre SF y diferentes cuadros anómalos en el recién nacido, principalmente a nivel respiratorio.

## **2.6. Otras causas para la realización de cesáreas**

### **Elección de la madre**

La petición de cesárea por parte de la madre debe ser evaluada por el especialista, así como los beneficios tanto para la madre como para el feto de la culminación del embarazo mediante parto natural. Las indicaciones clínicas para la recomendación de cesárea deben apearse a los parámetros médicos de situarse ante la presencia de afecciones mentales comprobados o estrés por el desenvolvimiento del trabajo de parto. Ante condiciones como esta se recomienda la realización de interconsultas con especialistas del área de salud mental con formación en perinatal que puede ayudar a la madre en la elaboración y abordaje terapéutico de la condición precipitante (Ruiz, Espino, & Vallejos, Cesárea: Tendencias y resultados, 2015).

### **Perspectiva de género**

En una investigación realizada por Mitler LK se intentó indagar los factores médicos y no médicos relacionados con la realización de cesáreas. Para los autores era necesario explorar acerca de las variables no médicas como posibles factores explicativos para la decisión de realizar un parto por cesárea. Para cumplir con su objetivo recopilaron datos clínicos y no clínicos de un grupo de obstetras-ginecólogos que realizaron el procedimiento en el centro médico Yale-New Haven. Los resultados le permitieron discriminar que las obstetras realizan un mayor número de cesáreas en comparación con los hombres. Las estimaciones indican que existe un 12% de probabilidad, mayor que una médica realice el procedimiento versus un hombre. Como consecuencia la necesidad de seguir investigando las diferencias de género con respecto a la práctica médica de acuerdo a variables como la estructura, procesos y resultados de los tratamientos médicos (Mitler, 2016).

### **Condiciones sociales asociadas a la realización de cesárea**

Las condiciones sociales orientan las conductas de las personas y en ese contexto la realización de las cesáreas se ha relacionado con situaciones de carácter social como el nivel educativo, el nivel de ingreso, se ha apreciado un incremento en las tasas de cesáreas en aquellos países en los cuales el ingreso promedio es mayor. En el contexto latinoamericano en países como Brasil y Chile se ha apreciado la mayor cantidad de cesáreas en mujeres de los estratos medio y alto, mientras que, en México, en quienes disfrutaban de la seguridad social (Robson, 2010).

## Aspectos institucionales

Desde la perspectiva institucional se ha apreciado un mayor número de cesáreas en los centros de asistencia privada en comparación con los establecimientos de carácter público. En una investigación realizada en Chile se demostró el incremento de la realización del procedimiento en los espacios privados, asociados a las ganancias económicas de las instituciones como parte de la asociación con las aseguradoras. En este mismo orden la OMS expresa que proporcionalmente las cifras son más altas en los hospitales privados con respecto a los públicos (Villar, 2006 ).

### 2.7. Complicaciones postquirúrgicas asociadas a la cesárea

Las principales complicaciones como consecuencia de la realización de cesárea son diferentes en función de las circunstancias, las más frecuentes se corresponden con infección de la herida operatoria, necesidad de transfusión sanguínea, hemorragia puerperal, endometritis, desgarro de histerorrafia, lesión urinaria e intestinal, atonía uterina (Puma & Díaz, 2015).

Tabla 2 Complicaciones asociadas a la cesárea

Complicación	Modalidad
Inercia Uterina	Hipotónica Atonía
Desgarro Uterino	Solo segmento Segmento+ Cuerpo Segmento+ Vagina
Laceración de Arteria Uterina	Unilateral Bilateral
Hemorragia Puerperal	
Trasfusión Sanguínea	
Infección puerperal	Endometritis Infección de herida operatoria
Anemia	

Fuente: Puma, J; Díaz, J y Caparó, C (2015)



## **CAPITULO III METODOLOGÍA.**

### **3.1. Tipo de estudio**

Tal como lo plantea Niño, Víctor (2011) El presente constituye un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal se clasifica como descriptivo, debido a que se obtuvo información de los expedientes clínicos y de la base de datos del hospital; retrospectivo debido a que el evento ya ocurrió, es decir, la realización del procedimiento, fue efectuada, y la información recabado proviene de un evento anterior; es de corte transversal porque se efectúa en un tiempo determinado, realizando un solo contacto con la información recabada (Niño, 2011).

### **3.2. Diseño de la Investigación**

La investigación se corresponde con un diseño no experimental ya que se accede a la información en el ámbito a donde acudieron, en este caso el servicio de ginecoobstetricia del Hospital José María Velasco Ibarra Tena- Napo, enero a septiembre 2019, sin ser llevadas a un laboratorio o realizando manipulación alguna de las variables seleccionadas (Hernández & Fernández, 2016).

### **3.3. Área de estudio**

País: Ecuador.

Provincia: Napo

Cantón: Tena

Parroquia: Tena

Lugar: Hospital José María Velasco Ibarra Tena- Napo

### **3.5 Cálculo de la prevalencia**

La prevalencia de una enfermedad es un concepto proveniente de la epidemiología, ciencia que soporta la salud pública y que facilita la comprensión de los fenómenos asociados a las condiciones de salud de una población. “La prevalencia se describe como la proporción de la población que padece la enfermedad, que queremos estudiar, en un momento determinado” (OMS, 2019).

El cálculo de la prevalencia constituye un indicador expresado en forma de proporción que caracteriza la condición de una población que presenta una condición o alteración en un periodo definido lo facilita la descripción de la condición y la frecuencia que presenta en la población. El resultado se expresa como una proporción comprendida entre 0 y 1 o expresado en forma de porcentaje.

P = Prevalencia

Nº eventos

Nº Individuos totales

### **3.6. Universo y muestra**

#### **3.6.1 Universo**

El universo estuvo conformado por 86 pacientes que fueron sometidas a cesárea independientemente del número al que correspondía el embarazo, y asistieron a ser atendidas en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital José María Velasco Ibarra Tena- Napo.

##### **3.6.1.1 Muestra**

La muestra constituyó 19 pacientes primigestas, sometidas a cesárea durante el lapso de enero a septiembre de 2019, en el mencionado hospital.

### **3.7. Criterios de inclusión**

Pacientes mujeres gestantes con embarazo a término que acudieron al servicio de Gineco – Obstetricia donde la vía de terminación fue la cesárea en el periodo de enero a diciembre de 2019.

### **3.8. Criterios de exclusión**

- Pacientes femeninas embarazadas que acudieron al servicio de Gineco – Obstetricia donde la vía de terminación del embarazo fue vía vaginal.
- Pacientes con embarazo termino vía cesárea de las cuales no se dispone de información completa en las historias clínicas y base de datos del hospital
- Pacientes que manifestaran su decisión de no participar en el estudio

### **3.9. Métodos de investigación**

- Para realizar la presente investigación se procedió a seguir los siguientes pasos
- Identificar el problema de estudio en el hospital seleccionado
- Detallar las características de la condición a estudiar
- Determinar los factores de riesgo para la realización del procedimiento.
- Establecer los criterios para el cálculo de prevalencia de las cesáreas

- Determinar el mecanismo de acceso a la muestra seleccionada
- Obtener la información de la base de datos del hospital
- Cuantificar la muestra efectiva para incorporarlas al estudio
- Definir los mecanismos de procesamiento de la información
- Realizar los cálculos definidos de prevalencia
- Organizar otros datos importantes de la muestra estudiada
- Presentar tablas, gráficos y resultados obtenidos

### **3.10. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

Se realizó una revisión documental y extrajo información de las historias de los pacientes que asistieron a la consulta de servicio de ginecoobstetricia del Hospital José María Velasco Ibarra Tena- Napo, enero a septiembre 2019. De igual manera se evaluaron los exámenes y estudios que se ordenaron realizar a los pacientes, a fin de establecer los casos en los cuales se prescribiera la realización de cesárea, y finalmente se procedió a obtener los datos de la base de datos del hospital.

### **3.11. Técnicas para el análisis e interpretación de datos**

Para el procesamiento de los datos recogidos se empleó la hoja de cálculo de Excel se realizaron los cálculos de los parámetros necesarios para establecer la prevalencia del procedimiento en la población estudiada.

## CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### 4.12. Resultados

Los datos e información se obtuvieron a través de la revisión de las historias clínicas de las pacientes que acudieron al servicio de ginecoobstetricia durante el periodo de enero a septiembre del 2019 en el Hospital José María Velasco Ibarra Tena- Napo.

Tabla 1 Edad de las pacientes

Edad	Frecuencia	Porcentaje
17 a 20	7	37%
21 a 24	8	42%
25 a 29	1	5%
30 a 34	2	11%
35 a 39	1	5%
Total	19	100%

Fuente: Base de datos del Hospital José María Velasco Ibarra Tena- Napo

Autor: Vega Jesy

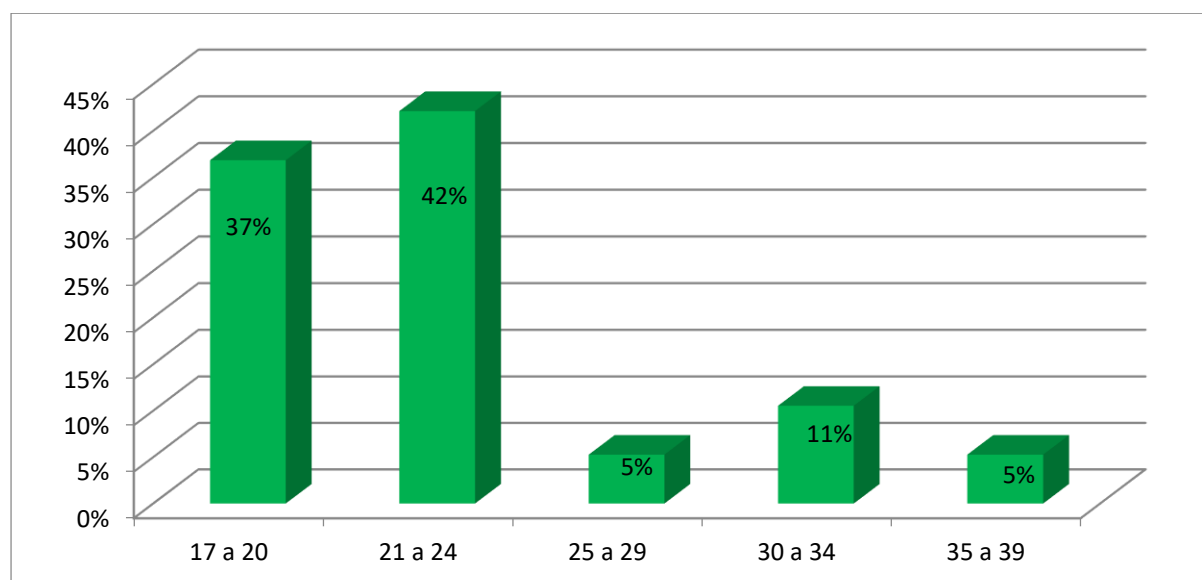


Gráfico 1. Edad de las pacientes

Fuente: Base de datos del Hospital José María Velasco Ibarra Tena- Napo

Autor: Vega Jesy

Los resultados con respecto a la edad de las pacientes primigestas que fueron intervenidas por cesárea durante el periodo enero a septiembre de 2019 en el Hospital José María Velasco Ibarra

Tena- Napo muestran que el mayor porcentaje de estas se agrupan en el rango de 21 a 24 años con un porcentaje de 43%; seguidas de las de 17 a 20 con 37%, y a continuación las de 30 a 34, representadas por el 11%, y finalmente las de 25 a 29 y 35 a 39 años con un 5%, respectivamente. Datos que demuestran que las mujeres que asisten al Hospital a dar a luz por primera vez, en su mayoría son las de edades entre 17 a 24 años, lo cual se correlaciona con las estadísticas oficiales.

Tabla 2. Número de parto

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Unipara	19	15.4%
Multipara	105	84.6%
<b>Total</b>	<b>124</b>	<b>100%</b>

Fuente: Base de datos del Hospital José María Velasco Ibarra Tena- Napo

Autor: Vega Jesy

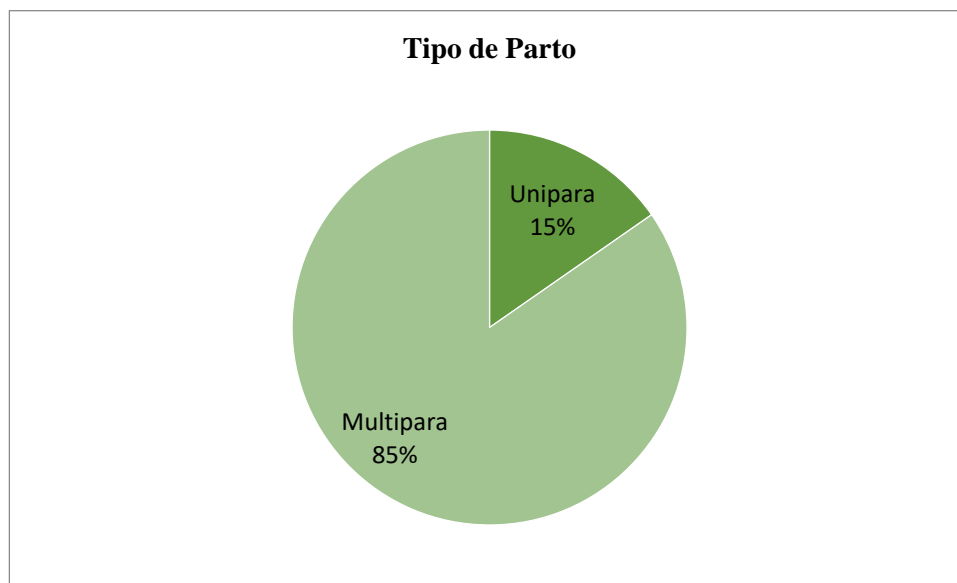


Gráfico 2. Número de parto

Fuente: Base de datos del Hospital José María Velasco Ibarra Tena- Napo

Autor: Vega Jesy

En relación con el tipo de parto el 95% de las mujeres presentaron un solo niño, mientras que el 5% fue un parto gemelar, dato que evidencia que el mayor porcentaje de las nuevas madres dan a luz un solo niño y la proporción de embarazos gemelares es bastante baja.

Tabla 3. Lugar de procedencia

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Napo	18	95%
Orellana	1	5%
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>100%</b>

Fuente: Base de datos del Hospital José María Velasco Ibarra Tena- Napo

Autor: Vega Jesy

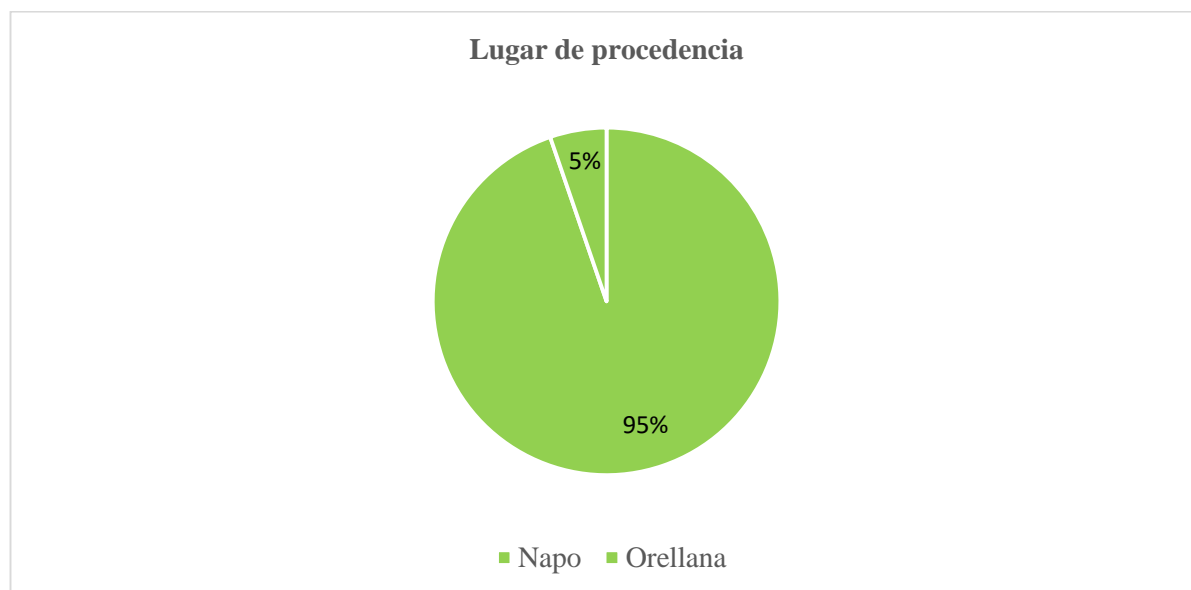


Gráfico 3. Lugar de procedencia

Fuente: Base de datos del Hospital José María Velasco Ibarra Tena- Napo

Autor: Vega Jesy

En relación con el lugar de procedencia el 95% de las mujeres son originarias de Napo y el 5% de Orellana, datos que son concordantes con la realidad ya que es en dicha localidad donde se encuentra ubicado el hospital.

Tabla 4 Etnia de las embarazadas

Etnia	Frecuencia	Porcentaje
Indígena	11	58%
Mestizo	7	37%
Otro	1	5%
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>100</b>

Fuente: Base de datos del Hospital José María Velasco Ibarra Tena- Napo

Autor: Vega Jesy

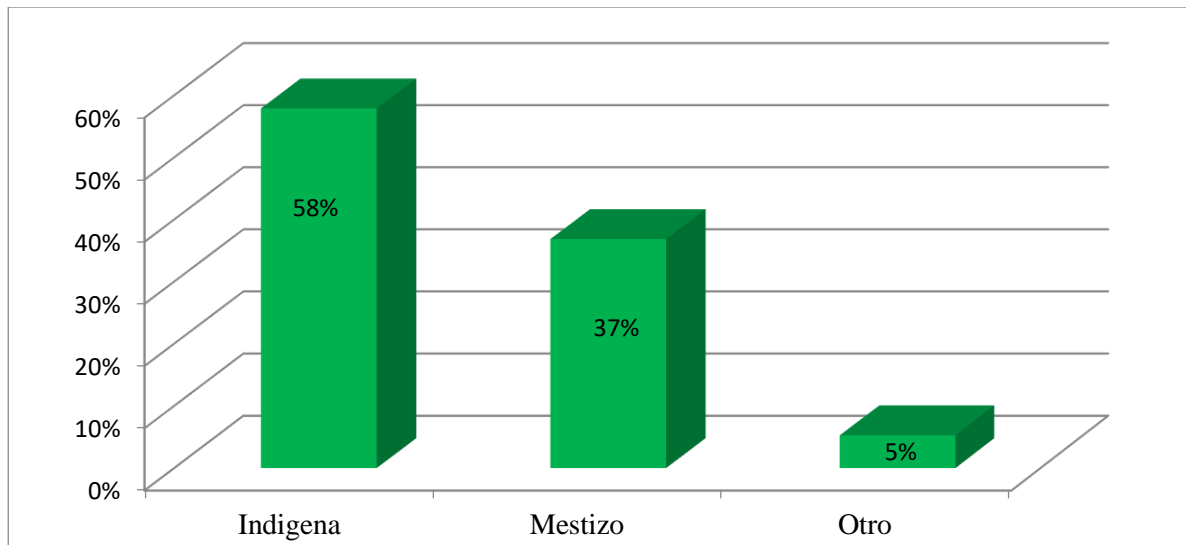


Gráfico 4. Etnia de las embarazadas

Fuente: Base de datos del Hospital José María Velasco Ibarra Tena- Napo  
 Autor: Vega Jesy

Los resultados en cuanto a la etnia de las mujeres que fueron atendidas en el lapso de enero a septiembre del 2019 en el Hospital José María Velasco Ibarra Tena- Napo muestran que el 58% es de ascendencia indígena, un 37% mestiza y el menor porcentaje representa a otra raza. Dichos datos evidencian que fue atendido un alto porcentaje de mujeres indígenas, primigestas para quienes su embarazo culminó en cesárea.

Tabla 5. Nivel Socioeconómico

Nivel Socioeconómico	Frecuencia	Porcentaje
B(alta)	1	5%
C+ (media alta)	5	26%
C- (media)	13	68%
Total	19	100

Fuente: Base de datos del Hospital José María Velasco Ibarra Tena- Napo  
 Autor: Vega Jesy

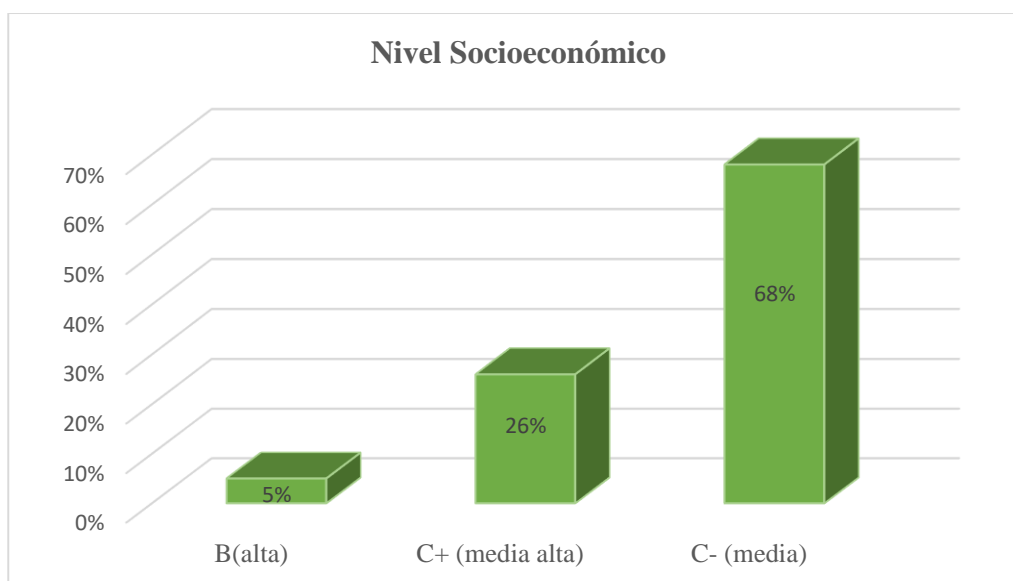


Gráfico 5. Nivel Socioeconómico

Fuente: Base de datos del Hospital José María Velasco Ibarra Tena- Napo  
 Autor: Vega Jesy

En relación al estrato socioeconómico de las mujeres a quienes se les practicó cesárea durante el periodo de enero a septiembre de 2019 en el Hospital José María Velasco Ibarra Tena- Napo, 13 pacientes corresponden al estrato social medio C- que es el 68%; de acuerdo a los datos de la Encuesta de Estratificación Socioeconómica NSE 2011, los miembros del grupo C – se corresponden con el 49,3% de la población y un nivel educativo de primaria completa; mientras que 5 pacientes corresponden al estrato C+ equivalente al 26%, representado por el 22,8% de la población, y 1 paciente se ubica en el estrato B equivalente al 5%, correspondiente al 11% de los encuestados por el INEC, para ese momento (INEC, 2011).

Tabla 6. Indicación para la realización de cesárea

Diagnóstico de cesárea									
	Compromiso de bienestar fetal	Desprendimiento de placenta	Embarazo prolongado	Embarazo gemelar	Embarazo de 38 semanas más epilepsia	Distocia de presentación	Expulsivo Prolongado	Riesgo de transmisión vertical	Total
Frecuencia	8	4	2	1	1	1	1	1	19
Porcentaje	42%	21%	11%	5%	5%	5%	5%	5%	100%

Fuente: Base de datos del Hospital José María Velasco Ibarra Tena- Napo  
 Autor: Vega Jesy



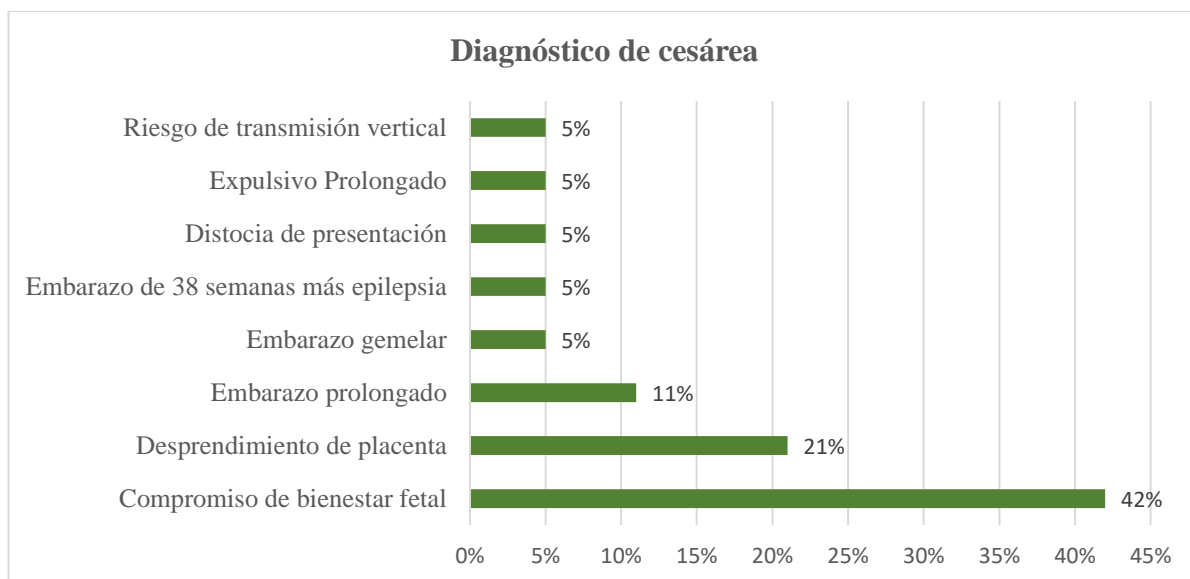


Gráfico 6. Indicación para la realización de cesárea

Fuente: Base de datos del Hospital José María Velasco Ibarra Tena- Napo

Autor: Vega Jesy

En cuanto a las indicaciones para la realización de la cesárea los resultados evidencian que el principal sustento fue la condición de emergencia y compromiso fetal en el 42% de los casos, situación a la que le sigue el sufrimiento fetal como tal en el 21% de los casos, y luego los embarazos de más de 40 semanas o con algún tipo de complicación por la duración del mismo, Al resto de las situaciones les correspondió un 5% para cada una lo cual demuestra una baja frecuencia.

Tabla 7. Cálculo de Prevalencia

Total de pacientes a las que se les practicó cesárea	Total de pacientes primigestas a las que se les practicó cesárea	Prevalencia
86	19	22%

Fuente: Base de datos del Hospital José María Velasco Ibarra Tena- Napo

Autor: Vega Jesy

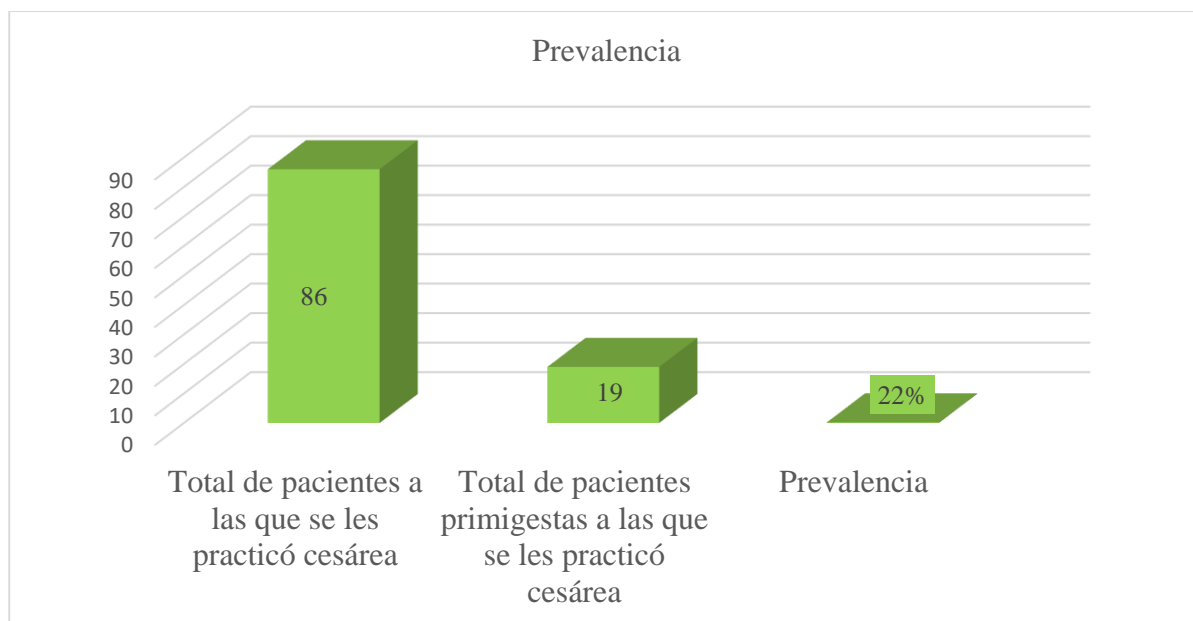


Gráfico 7. Cálculo de prevalencia

Fuente: Base de datos del Hospital José María Velasco Ibarra Tena- Napo

Autor: Vega Jesy

Los resultados en cuanto a la prevalencia de las cesáreas en mujeres primigestas atendidas en el Hospital José María Velasco Ibarra Tena- Napo muestran un 22%, lo cual evidencia que se ubica por encima del parámetro establecido por la Organización Mundial de la Salud.

## 4.2. Discusión

De acuerdo con Ruiz, Espino y compañeros (2015) la Organización Mundial de la Salud planteo las cifras que deberían servir de indicador para evaluar las tasas de cesárea, momento para el cual expuso que los rangos adecuados deberían ubicarse alrededor del 5 al 15%. En la actualidad los números se han incrementado, sustantivamente, en la mayoría de los países, lo cual ha generado preocupaciones en relación al tema, en los que se encuentran en vías de desarrollo se busca generar acciones que propicien un mayor acceso al procedimiento, pero en desarrollados o las poblaciones con condiciones económicas favorables se presenta un incremento sostenido en el porcentaje la realización de cesáreas (Ruiz, Espino, & Vallejos, Cesárea: Tendencias y resultados, 2015). Los resultados obtenidos en la presente investigación se ubican por encima del 22%, parámetro establecido por el organismo rector, situación que evidencia la necesidad de revisar las políticas públicas en torno al tema.

El porcentaje de prevalencia para las cesáreas en mujeres primigestas que asistieron, durante el periodo de enero a septiembre de 2019 al Hospital José María Velasco Ibarra Tena- Napo se encuentran por debajo de las cifras reportadas por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos para el año 2016 develaron una cantidad de 12.339 cesáreas, lo que se corresponde con el 39,3% de la cantidad de partos realizados durante ese año, (INEC, 2016) datos que evidencian un incremento del 24,3% con respecto a lo considerado adecuado por la OMS, y evidencian un incremento llamativo en la cantidad de procedimientos realizados.

El porcentaje de prevalencia para las cesáreas en mujeres primigestas del presente estudio del 22%, se aproxima a los datos presentados por el Ministerio de Salud Pública durante el año 2015, donde resaltan que en el ámbito mundial se realizan un alto porcentaje de cesáreas, mostrando cifras para Europa con una incidencia de 21%, Estados Unidos 26%; Australia, 23% y en los países de América Latina como Argentina, Brasil, Chile, México y Paraguay, excede el 50%, mientras que en Ecuador el índice de cesáreas, estimado por el MSP, para el 2014 alcanzó el 41,2% (Ministerio de Salud Pública, 2015).

Los datos acerca de las indicaciones para la realización de cesárea son concordante con las indicaciones generales para practicar esta intervención relacionadas con el periodo de gestación, tal como lo muestra el Ministerio de Salud Pública, al recomendar realizar la cesárea

programada en los casos clínicamente justificados, cuando el periodo de gestación se ubica sobre las 39 semanas ya que el riesgo de morbilidad respiratoria es mayor en los recién nacidos por cesárea que en los que nacen por parto vaginal, y este riesgo disminuye significativamente después de las 39 semanas (Ministerio de Salud Pública, 2015).

Por otro lado, con respecto a la indicación de cesárea por sufrimiento fetal (SF) es una condición ante la cual no existe consenso en relación con una definición clara sobre el mismo. Se acepta, generalmente, asociado a condiciones como hipoxia fetal, y a otra variedad de dificultades obstétricas que perjudican los procesos regulares de intercambios madre - feto. Es ampliamente conocida la asociación entre SF y diferentes cuadros anómalos en el recién nacido, principalmente a nivel respiratorio y cerebral (Pacheco, 2015).

Las investigaciones relacionadas con la correlación entre la edad y las prácticas de cesárea señalan que para un alto porcentaje de mujeres entre 12 y 19 años y mayor a treinta cinco son quienes se someten a la operación, no obstante, en un estudio realizado en Paraguay acerca de las características clínicas en gestantes cesareadas, del Hospital Regional de Coronel Oviedo, evidenciaron que la mayor proporción de pacientes se correspondió con el rango de edad de 20 a 24 años , cuyo grupo con mayor frecuencia se ubicó alrededor de los 26 años, el 50% de las pacientes se ubicó entre 22 a 33 años (Burgos, 2018); resultado semejante al obtenido en el presente estudio.

Los estudios relacionados con el tema de la influencia de la etnia en la realización de cesárea son pocos, sólo se encontró alusión al tema cuando se describen las características sociodemográficas de las poblaciones estudiadas, resultados que mostraron un mayor porcentaje de representantes del grupo mestizo, con un 73% tal como lo presenta Espinosa, Oscar (2017), quien trabajó con un grupo de 578 pacientes. Es importante destacar que los datos acerca de la etnia se obtuvieron por las expresiones de las pacientes, y no por el criterio de observación médico. Su trabajo se realizó con pacientes del Hospital General Delfina, Concha, (Espinosa O. y., 2017). En este sentido cabe señalar que puede existir un sesgo relacionado con el lugar donde se realiza la investigación que pudiera influenciar en la determinación de raza.

En concordancia con los resultados obtenidos para el estrato socioeconómico de la presente investigación se presentan los hallazgos de la investigación realizada por Laguado, Nelly (2011), en su trabajo las autoras contaron con una muestra de 93 gestantes, sometidas a la realización de cesáreas, encontrando dentro de sus principales resultados que el estrato

socioeconómico se correspondía con el nivel 2, seguido de un nivel tres. Para el presente caso se corresponde con el estrato C- o media (Laguado, Jeimy, Colobón, & Salazar, 2011). Sin embargo, en otras investigaciones se ha encontrado una mayor correlación con el estrato económico alto, esto cuando se analizan el ámbito público o privado como instancia de realización de la cesárea, tal como lo evidencia el trabajo realizado por Briozzo, Leonel y compañeros en Uruguay (Briozzo, Tomasso, & Colistro, 2019).

Los resultados de la presente investigación en cuanto a las causas de cesárea se asemejan a los obtenidos por Estrada, Carmen; Rooselvet, Carranza y Negrete, María (2012). Las investigadoras intentaron conocer las causas por las cuales se indicó la intervención por cesárea en un hospital del IMSS, Michoacán. Los resultados evidenciaron que la mayor cantidad de pacientes se les indicó la operación por tratarse de cesárea iterativa, en un 27,8%; desproporción cefalopélvica (25.6%) y sufrimientos fetales agudo (14,4%) (Estrada & Rooselvet, 2015).

## 5. CONCLUSIONES

- La prevalencia de cesáreas en pacientes primigestas, fue de un 22%, porcentaje levemente por encima del parámetro establecido por la OMS.
- Las principales causas para la indicación de cesárea fueron la condición de emergencia y compromiso de bienestar fetal en el 42% de los casos, situación a la que le sigue el desprendimiento placentario, y luego los embarazos de más de 40 semanas o con algún tipo de complicación.
- La distribución de la edad de las pacientes comprendió desde 18 a 38 años; evidenciando un predominio del grupo ubicado en el rango de 21 a 24 años y de 18 a 21 años, presentándose un valor extremo de 38 años.
- Las principales causas de riesgo para parto distócico fueron el trastorno del líquido amniótico y de las membranas en el mayor porcentaje de los casos, luego se observan la macrosomía fetal, y en tercer lugar la anemia que complica el embarazo y el parto; las infecciones de las vías urinarias; diagnósticos de preeclampsia , enfermedad por VIH, infección del tracto genital, anemia leve y fiebre en un porcentaje menor al 1%.

## 6. RECOMENDACIONES

- Difundir los resultados del presente estudio con el personal del servicio de ginecoobstetricia del Hospital José María Velasco Ibarra Tena- Napo.
- Se sugiere socialización, cumplimiento y seguimiento de los estándares nacionales establecidos para el manejo de pacientes obstétricos en las que se indique realizar cesárea, que se encuentran vigentes y publicadas por el Ministerio de Salud Pública.
- Impartir e implementar en la consulta prenatal de las pacientes que asisten al Hospital José María Velasco Ibarra Tena- Napo, charlas sobre psicoprofilaxis para parto, así como también en las que se aborde el tema sobre riesgos y consecuencias de la realización de procedimiento quirúrgico como la cesárea

#### IV. BIBLIOGRAFÍA

- A., M. (2016). Tratado de Obstetricia normal y Patologica . lima : Peruano.
- Aguilar, R., Manrique, G., Aisa, L., Martínez, L., & González, V. y. (2016). Uso de la clasificación de Robson en un Hospital Comarcal de España para reducir la tasa de cesáreas. *Rev Chil Obstet Ginecol*, 81(2).
- ALFONSO, B. (2016). Obstetricia y Ginecolgia . Mexico: Panamericano.
- BRAHAM, L. (2016). Ginecologia y Obstetricia Prevencion, Diagnostico y Tratamiento. consitec.
- Briozzo, L., Tomasso, G., & Colistro, V. (2019). Análisis de la vía del parto en los diferentes escenarios asistenciales en Uruguay. *Revista Médica de Uruguay*, 94 - 104.
- Burgos, D. (2018). *Características clínicas en gestantes cesareadas y hallazgos transoperatorios más frecuentes en el servicio de ginecología y obstetricia, del Hospital Regional de Coronel Oviedo, 2017*. Coronel Oviedo: Universidad Nacional de Caaguazú.
- Cabrera, J. y. (2019)). *Manual Obstetricia y Ginecología* (Décima Edición ed.). (U. C. Chile, Ed.) Santiago de Chile: Universidad Católica de Chile.
- ECUADOR, I. (2018). Estadísticas y Censos . Quito.
- Espinosa, O. y. (2017). *Prevalencia y principales causas de cesárea en el Hospital General Delfina Torres de Concha Esmeraldas sur en el periodo de tiempo enero – diciembre 2016*. Quito: PUCE.
- Espinosa, O. y. (2017). *Prevalencia y principales causas de Cesárea en el Hospital General Delfina Torres de Concha Esmeraldas Sur en el período de tiempo enero - diciembre 2016*. Quito: PUCE.
- Estrada, C., & Rooselvet, C. y. (2012). Incidencia de cesáreas:en un hospital general de zona. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 517 - 522.
- Fernández, J. y. (Nov de 2016). Sobrepeso y obesidad maternos como factores de riesgo independientes para que el parto finalice en cesárea. *Nutr Hosp*, 33(6).
- Hernández, R., & Fernández, C. y. (2016). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.
- INEC. (2011). *Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico NSE 2011*. Quito: Ecuador en Cifras.



- INEC. (2016). Recuperado el 30 de Diciembre de 2019, de Public.tableau.com: Recuperado por: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/institucional/home/>
- Instituto mexicano de seguridad social. (2014). *Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea*. (C. d. Especialidad, Ed.) México. D. F: Instituto mexicano de seguridad social.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2013). Recuperado el 30 de Diciembre de 2019, de Encuesta Nacional de Salud y Nutrición: Recuperado por: [https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas\\_Sociales/ENSANUT/Presentacion%20de%20los%20principales%20%20resultados%20ENSANUT.pdf](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/Presentacion%20de%20los%20principales%20%20resultados%20ENSANUT.pdf)
- J, A. .. (2017). *Obstetricia Moderna y Manejo de Parto*. Mexico : Elsevier.
- J., C. (2015). *Monitorización Fetal Anteparto*. España : panamericano.
- Laguado, N., Jeimy, A., Colobón, J., & Salazar, L. y. (2011). Factores maternos y fetales que inducen a un parto por cesárea. *Ciencia y Cuidado*, 55 - 61.
- Ministerio de Salud Pública. (2015). *Atención al parto por cesárea*. (M. d. Ecuador, Ed.) Quito: Dirección Nacional de Normatización - MSP.
- Mitler, L. (s/f de 2000). Physician gender and cesarean sections. *J Clin Epidemiol*, 53(53).
- Morera, M. (2013). Variabilidad en la tasa de cesáreas entre hospitales públicos de Costa Rica. *Rev Chil Obstet Ginecol*, 78(2).
- Niño, V. (2011). *Metodología de Investigación*. México: Ediciones de la U.
- OMS. (Organización Mundial de la Salud. OMS. (2019). Recuperado el 13 de Junio de 2019, de [www.who.int/es](http://www.who.int/es): <https://www.who.int/es> de 2019). *Organización Mundial de la Salud. OMS. (2019). Recuperado el 13 de Junio de 2019, de www.who.int/es: https://www.who.int/es*. Recuperado el 30 de Diciembre de 2019, de Indicadores de Salud, aspectos conceptuales y operativos: Recuperado por: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=14402:health-indicators-conceptual-and-operational-considerations-section-2&Itemid=0&limitstart=2&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14402:health-indicators-conceptual-and-operational-considerations-section-2&Itemid=0&limitstart=2&lang=es)
- Organización Mundial de la Salud. (2014). Recuperado el 30 de Diciembre de 2019, de Declaración de la Organización Mundial de la Salud sobre tasas de cesárea: Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v65n2/v65n2a05.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea*. revisión sistemática de estudios ecológicos, OMS, Departamento de Salud Reproductiva e Investigación , Ginebra.

- Pacheco, J. (2015). *Obstetricia y Ginecología*. Editorial y asociados.
- Pérez, A. y. (2011). *Obstetricia* (4ta ed.). España: Mediterraneo.
- Piloto, M. y. (s/f de 2014). Consideraciones sobre el índice de cesarea primitiva. *Rev Cub de Gineco y Obste*, 40(1).
- Puma, J., & Díaz, J. y. (2015). Complicaciones maternas de la cesárea en gestantes a término en periodo expulsivo en un hospital general de Lima, Perú. *Rev Med Hered*, 17-23.
- R., S. (2016). *obstetricia edicion 7*. madrid: atneo.
- Robson, S. (2010). Estimating the rate of cesarean section by maternal request: anonymous survey of obstetricians in Australia. *Obstet Gynecol Surv*, 11- 13.
- RODRIGUEZ, L. (2017). *Obstetricia clinica* . mexico: panamericana .
- Romero, J., Biruete, B., & Borrego, M. e. (2014). *Guía de Práctica Clínica. Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea*. (CENETEC, Ed.) México: Instituto Mexicano de Seguro Social. Obtenido de Guía de Práctica Clínica Reducción de la Frecuencia de operación cesárea.
- Ruiz, J., Espino, S., & Vallejos, A. y. (s/f de 2014). Cesárea: Tendencias y resultados. *Perinatología y reproducción humana*, 28(1).
- Ruiz, J., Espino, S., & Vallejos, A. y. (2014). Cesárea: Tendencias y resultados. *Perinatol. Reprod. Hum*, 33 - 40.
- Villar, J. (2006 ). Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *The Lancet*, 1819 - 1829.