



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

**“PREVALENCIA Y CAUSAS DE CESAREA EN EL HOSPITAL VICENTE
CORRAL MOSCOSO, PERÍODO JULIO A DICIEMBRE DE 2014.CUENCA
2015”**

Proyecto de investigación previa a la obtención del título de médica.

AUTORAS: BERTHA PRISCILA VEGA LAZZO

LAURA CAROLINA VILLOTA VERDUGO

DIRECTOR: DR. JORGE VICTORIANO MEJIA CHICAIZA

CUENCA – ECUADOR

2016

RESUMEN

Antecedentes: La cesárea es la cirugía obstétrica que más se realiza en el mundo para reducir la morbilidad y mortalidad neonatal, perinatal y materna, en circunstancias que dificultan el parto vaginal o que precisan una terminación del embarazo de forma emergente. Según la OMS la tasa de partos por cesárea ha aumentado consistentemente a nivel mundial durante los últimos 50 años (1).

Objetivo: Determinar la prevalencia y causas de cesárea en el Hospital Vicente Corral Moscoso, en el período julio- diciembre de 2014.

Metodología: Se realizó una investigación de tipo descriptiva, retrospectiva y cuantitativa. El universo lo conformaron las historias clínicas de pacientes embarazadas que terminaron su gestación por cesárea en el Hospital Vicente Corral Moscoso durante julio a diciembre de 2014. La información fue recolectada en formularios, se procesaron los datos utilizando el programa SPSS mediante frecuencia absoluta y porcentajes, los cuales fueron representados en tablas.

Resultados: La prevalencia de cesárea es de 37,1%. Predominaron las pacientes con edad de 20-29 años con el 53,6. El 3,3% son primigestas, el 68,6% no tiene antecedentes de partos vaginales, el 6,6 % presentó abortos previos. El 56,3 % acudieron a 5 o más controles prenatales, el 6,6% tuvo diagnóstico trastorno hipertensivo, las hemorragias constituyen el 3,7% de los casos, 3,7% presentó amenaza de aborto y 9,6% ruptura prematura de membranas. El 75,2% fueron cesáreas de emergencia y las causas más frecuentes identificadas son cesárea anterior con 42,9% y riesgo asociado al compromiso del bienestar fetal con 14,8%.

Conclusiones: La prevalencia de cesárea es alta en nuestro medio, es necesario promover los controles prenatales para identificar oportunamente patologías que determinen la realización de estas.

PALABRAS CLAVES: CESAREA; PREVALENCIA; CAUSALIDAD.

ABSTRACT

Background: Caesarean section is the obstetric surgery most done in the world to reduce morbidity as well as neonatal, perinatal, and maternal mortality, in circumstances that make vaginal delivery difficult or in emergency pregnancy termination. According to WHO the rate of cesarean deliveries has consistently increased worldwide over the past 50 years (1).

Objective: To determine the prevalence and causes of cesarean section at the Vicente Corral Moscoso Hospital, in the period July-December 2014.

Methodology: A descriptive, retrospective and quantitative research was performed. The universe was formed with the medical records of pregnant patients who completed their gestation by caesarean section at the Vicente Corral Moscoso Hospital during July to December 2014. The information was collected on forms. The data was processed using the SPSS program through absolute frequency and percentages, which were represented in tables.

Results: The prevalence of caesarean section is 37.1%. Most of them were patients aged 20-29 years with 53.6%. Primiparous women make a 3.3%, 68.6% had no history of vaginal deliveries and 6.6% had previous abortions. The 56.3% went to 5 or more prenatal visits, 6.6% had a hypertensive disorder, there was hemorrhage in 3.7% of the cases, 3.7% had threatened abortion and 9.6% premature membrane rupture. 75.2% were emergency cesarean sections and the frequently identified causes are previous cesarean section with 42.9% and risk associated with the commitment of fetal well being with 14.8%.

Conclusions: The prevalence of Caesarean section is high in our local territory; it is necessary to promote prenatal care to identify conditions that determine the performance of these.

KEYWORDS: CESAREAN SECTION; PREVALENCE; CAUSES.



INDICE

RESUMEN 2

ABSTRACT 3

INDICE..... 4

CAPITULO I..... 12

1.1 INTRODUCCION..... 12

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 13

1.2 JUSTIFICACION 14

CAPITULO II..... 15

2 FUNDAMENTO TEORICO 15

 1.1 CESÁREA EN LA HISTORIA 15

 1.2 DEFINICIÓN..... 16

 1.3 TIPOS DE CESÁREA..... 16

 1.4 PRINCIPALES INDICACIONES 18

 1.5 COMPLICACIONES DE LA CESÁREA 20

CAPITULO III..... 23

3 OBJETIVOS 23

3.1 OBJETIVO GENERAL 23

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS 23

CAPITULO IV 24

4 DISEÑO METODOLOGICO 24

 4.1 TIPO DE ESTUDIO..... 24

 4.2 AREA DE ESTUDIO 24

 4.3 UNIVERSO Y MUESTRA..... 24

 4.4 CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION..... 24

 4.5 VARIABLES..... 25

 4.6 METODOS, TECNICAS E INSTRUMENTOS..... 25

 4.7 ASPECTOS ETICOS 25



CAPITULO V	26
5 RESULTADOS Y ANALISIS	26
CAPITULO VI	31
6 DISCUSIÓN	31
CAPITULO VII	34
7 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	34
CAPITULO VIII	36
8 BIBLIOGRAFIA	36
CAPITULO IX	41
9 ANEXOS	41
9.1 ANEXO # 1: OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES	41
9.2 ANEXO # 2: FORMULARIO DE RECOLECCION DE DATOS	45



DERECHOS DE AUTOR

Yo, BERTHA PRISCILA VEGA LAZZO autora del proyecto de investigación “Prevalencia y causas de Cesárea en el Hospital Vicente Corral Moscoso, período julio a diciembre De 2014. Cuenca 2015”, reconocemos y aceptamos el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médica. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor/a.

Cuenca, 28 de octubre del 2016.

Bertha Priscila Vega L

BERTHA PRISCILA VEGA LAZZO

C.I: 0105736904



DERECHOS DE AUTOR

Yo, LAURA CAROLINA VILLOTA VERDUGO autora del proyecto de investigación “Prevalencia y causas de Cesárea en el Hospital Vicente Corral Moscoso, período julio a diciembre De 2014.Cuenca 2015.”, reconocemos y aceptamos el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médica. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor/a.

Cuenca, 28 de octubre del 2016.

LAURA CAROLINA VILLOTA VERDUGO

C.I: 0104815824



RESPONSABILIDAD

Yo, BERTHA PRISCILA VEGA LAZZO autora del proyecto de investigación “Prevalencia y causas de Cesárea en el Hospital Vicente Corral Moscoso, período julio a diciembre De 2014. Cuenca 2015”, declaro que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de nuestra exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 28 de octubre del 2016.

Bertha Priscila Vega L

BERTHA PRISCILA VEGA LAZZO

C.I: 0105736904



RESPONSABILIDAD

Yo, LAURA CAROLINA VILLOTA VERDUGO autora del proyecto de investigación “Prevalencia y causas de Cesárea en el Hospital Vicente Corral Moscoso, período julio a diciembre De 2014.Cuenca 2015.” declaro que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de nuestra exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 28 de octubre del 2016.

LAURA CAROLINA VILLOTA VERDUGO

C.I: 0104815824



AGRADECIMIENTO.

Para nuestras familias y amigos quienes nos apoyaron a cada momento en nuestra labor continua para la realización de este trabajo, a nuestro director de tesis Dr. Jorge Mejía quien nos ha instruido en cada paso que dábamos y al Hospital Vicente Corral Moscoso por brindarnos una grata acogida para realizar nuestro trabajo.



DEDICATORIA.

Este trabajo de investigación va dedicado a nuestras familias ya que gracias a su apoyo y su arduo trabajo nos han motivado para seguir adelante y alcanzar un objetivo mas en nuestras vidas, brindando siempre lo mejor de nosotras.

LAS AUTORAS

CAPITULO I

1.1 INTRODUCCION

La cesárea es una intervención quirúrgica que permite extraer el feto mediante la abertura del segmento inferior del útero por causa justificada (2).

A pesar de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de realizar cesáreas con indicación médica que no sobrepase el 15%; en la actualidad no se cumple con estas normativas ya que el porcentaje de cesáreas que se realiza es cada vez mayor por petición materna, y no está motivado por indicaciones médicas puntuales. En América Latina el porcentaje de cesáreas se sitúa alrededor del 38% (1).

En el 2014 el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) y el Ministerio de Salud Pública (MSP) realizaron la encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) donde se pudo evidenciar que en el Ecuador, los partos por cesárea se incrementaron alrededor del 60% en un promedio de 8 años. A nivel rural es donde más incremento 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 cuanto 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 (3).

En un estudio realizado en el 2012 en el Hospital José Carrasco Arteaga (IESS) la prevalencia de cesárea es del 61% (4).

En el Ecuador existen cifras de prevalencia de cesáreas en algunos hospitales. En el Hospital Vicente Corral Moscoso es importante, conocer la prevalencia y sus principales causas para desarrollar guías de estudio que ayuden a la toma de decisiones que ayuden a disminuir la prevalencia (5).

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La cesárea es un procedimiento quirúrgico que se realiza con frecuencia, la tasa de partos por cesárea ha aumentado de manera considerable a nivel mundial durante los últimos 50 años, en la actualidad el porcentaje de nacimientos es del 30% .Estas tasas son muy variable entre países, regiones e incluso diferentes centros médicos de una determinada región o ciudad (6).

A nivel mundial ha incrementado notablemente la prevalencia de cesáreas, llegando a superar el valor recomendado (15%) por la OMS. (7) En estudios realizados a nivel local también se puede evidenciar un incremento en la prevalencia de este procedimiento, en el Hospital Vicente Corral Mocosó la prevalencia de cesárea es del 24.9% (5).

La alta frecuencia de cesáreas ya se considera un problema de salud pública que se va a agravar con los años. La razón para que se produzca este incremento engloba muchos factores, que al parecer se relacionan con seguridad que ofrece la operación, con la complacencia de la paciente, entre otras causas que están en relación con situaciones tanto de la madre y del niño (8).

Por esto es importante realizar una correcta evaluación, ya que con el paso del tiempo se ha convertido en un motivo de preocupación de salud pública a nivel mundial, especialmente que su indicación sea la correcta, pues actualmente se ha identificado aumento considerable en la práctica innecesaria de una cesárea, que conlleva a riesgos inherentes pudiendo provocar la muerte materna (7,9).

En base a datos obtenidos a nivel local se puede evidenciar una frecuencia elevada de cesáreas, por lo que es de gran importancia conocer la prevalencia

de cesáreas para poder abordar adecuadamente este problema de salud pública. Mediante este estudio se pretende determinar cuáles son los principales

diagnósticos previos a la realización de este procedimiento, en una tentativa de disminuir sus indicaciones innecesarias (9).

1.2 JUSTIFICACION

De acuerdo a la OMS desde el año 1985, los profesionales de salud de todo el mundo han considerado que la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10% y el 15%. También desde entonces, las cesáreas son cada vez más frecuentes tanto en países desarrollados como en países en desarrollo (6,7).

Es de gran importancia tener conocimiento de la estadística por el continuo aumento de la utilización de cesárea en el país, por la diversidad de complicaciones que pueden ser causa tanto morbilidad como mortalidad futura, son un problema que necesita la realización de estudios adicionales para revisar los criterios bajo los cuales se llevan a cabo, con el propósito de lograr que toda cesárea efectuada sea justificada médicamente para el bienestar y la salud tanto de la madre como del recién nacido(6).

Los resultados de este estudio nos permitirán encaminar los criterios para la realización de una cesárea, y evitar el abuso innecesario de la misma, y recomendar su práctica solamente en los casos necesarios y que sean beneficios para la madre y su hijo.

CAPITULO II

2 FUNDAMENTO TEORICO

1.1 CESÁREA EN LA HISTORIA

Históricamente se cree que es una de las intervenciones más antiguas de la medicina, se cree que ya se practicaba incluso desde la prehistoria.

Etimológicamente aún está en discusión su denominación sin embargo la que más se acerca es una palabra de origen latino, *caedere scaedere*, que significa cortar, podría ser una de las 4 razones del origen de la denominación.

Las otras 3 son: la ley regia de *Numa Pompilius* (siglo VIII AC) que impedía sepultar a la mujer muerta embarazada sin haber sacado previamente al niño por una incisión abdomino-uterina (ley de los césares); la leyenda cuenta que *Julio César* nació de esta modo y por último, los escritos atribuidos a Plinio, historiador de la antigüedad, que aseveraba que el primero de los césares nació por vía abdominal (10).

La primera referencia histórica a la realización de una cesárea en una mujer viva corresponde a la practicada en el año de 1500 Jacob Nufer, un castrador de cerdos, le realizó una intervención a su esposa.

Una reseña histórica importante es la intervención que se realizaba antes de la introducción de la anestesia en 1600; la incisión solía hacerse en el abdomen por fuera de los músculos rectos, en el sitio hacia el que se rotara el útero, con el fin de proteger la vejiga. El niño se extraía por el costado de la madre. Sin embargo la causa de muerte era infección por falta de drenaje de loquios (11).

En gran Bretaña en el siglo de 1800 y aproximadamente en el año de 1876 se describe la sepsis como causa principal de muerte. Luego de saber esto la tasa de mortalidad disminuyó considerablemente al introducir eventos puntuales como la como anestesia, hemoterapia, sutura uterina, antibióticos; siendo así la práctica de la cesárea se hizo cada vez más popular.

Según la OMS desde 1985, los profesionales de la salud de todo el mundo han considerado que la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10% y el 15%.

En América latina se realizan más cesáreas que en otras partes del mundo con un porcentaje de 38% sobrepasando el límite considerado por la OMS. Encabezando la lista se encuentra Brasil con 52% (6).

En un estudio realizado en el Hospital Vicente Corral Moscoso durante el periodo 2008-2010; por la Universidad de Cuenca, posgrado de ginecología y obstetricia en el 2011, se evidencio que un alto porcentaje de primeras cesáreas (27.5%) corresponde al grupo de madres adolescentes (12).

1.2 DEFINICIÓN

La cesárea es una intervención de cirugía mayor para extraer el feto del interior de la madre mediante la sección o corte en la pared abdominal y del útero (1, 14,15).

1.3 TIPOS DE CESÁREA

Según antecedentes obstétricos:

- Primera: cuando el procedimiento quirúrgico es realizado por primera vez.
- Iterativa: es la que se practica cuando la paciente tiene antecedentes de más de 2 cesáreas.
- Previa: cuando existe el antecedente de una cesárea anterior (15).

Según sus indicaciones:

- Cesárea electiva: es una intervención programada, que se efectúa en pacientes con patología materna o fetal que contraindique un parto por vía vaginal.
- Cesárea en curso de parto o de recurso: es aquella que se indica y realiza durante el parto por dificultades, frecuentemente por distocia. Dentro de estos problemas están: desproporción pélvico fetal, inducción del parto fallida, distocia de dilatación o descenso y parto estacionado (15).
- Cesárea urgente: es aquella intervención que se realiza como consecuencia de una patología aguda grave de la madre o del feto, que pongan en peligro la vida de la madre o del feto, o del pronóstico neurológico fetal, es aconsejable la finalización del embarazo rápidamente (15).

Según la técnica quirúrgica:

- Corporal o clásica: es aquella donde se realiza una incisión es vertical en el cuerpo uterino. Sus principales indicaciones son: embarazos pre términos, situación fetal transversa, placenta previa en cara anterior, cesáreas pos miomatosis y cuando después se realiza histerectomía (16).
- Segmento corporal (Beck): es aquella donde se realiza una incisión es vertical sobre el segmento y parte del cuerpo uterino. Sus principales indicaciones son: embarazo pre término, placenta previa en la cara anterior del útero, anillo de retracción (17).
- Segmento arciforme o transversal (Kerr): es una técnica quirúrgica donde se realiza una incisión transversal del segmento inferior, es muy utilizada ya tiene algunas ventajas como: producir menos hemorragia, permitir una fácil apertura y cierre de la pared uterina, formación de cicatriz uterina muy

resistente con poca probabilidad de dehiscencia y ruptura en embarazos subsecuentes y así como pocas adherencias postoperatorias (17).

1.4 PRINCIPALES INDICACIONES

De acuerdo a los protocolos basados en la evidencia, se ha visto que existen muchos motivos por los cuales es necesario realizar una cesárea; dentro de las causas se incluye la distocia, riesgo asociado al bienestar fetal, cicatriz uterina previa, presentación de nalgas, embarazo múltiple, enfermedad materna y macrosomía (18,19,20,21).

Indicaciones fetales incluyen:

- Distocias de presentación: podálica, pelviana y transversa: está indicada la cesárea para reduce la mortalidad y la morbilidad perinatal y neonatal (22).
- Macrosomía fetal: Se indica cesárea cuando el peso fetal estimado es superior a 5000 g en mujeres no diabéticas y con peso estimado superior a 4500 g en diabéticas (20).
- Malformaciones fetales: Se recomienda cesárea para prevenir complicaciones en el parto vaginal (20).
- Retardo de crecimiento intrauterino severo: Se recomienda la cesárea para disminuir el riesgo de morbilidad y mortalidad que presentan los recién nacidos (22).
- Parto pretérmino: La cesárea está indicada cuando el estimado de peso fetal ecográfico es menor de 1500 gr (20).

Indicaciones maternas:

- Transmisión vertical de infecciones maternas
 - ❖ Infecciones por VIH+: Se recomienda ofrecer cesárea para disminuir el riesgo de transmisión del virus al recién nacido durante el parto.

❖ Infección primaria por virus herpes simple genital (VHS): durante el tercer trimestre de gestación, se les debe realizar la cesárea, para reducir el riesgo de infección neonatal.

- Embarazo múltiple: Se recomienda la cesárea cuando el primer gemelo no está en presentación cefálica (22).
- Cesárea previa: Se recomienda cuando se ha realizado 2 o más cesáreas anteriores por el riesgo de ruptura uterina (22).
- Placenta previa: Se recomienda la cesárea a las mujeres con una placenta que cubre parcial o totalmente el orificio cervical interno (placenta previa total o parcial (20).

Indicaciones mixtas:

- Desproporción céfalo pélvica: condición que impide la resolución del parto vaginal, su indicación es la Cesárea (22).

Las indicaciones de cesárea urgente/emergente más frecuentes son:

- Prolapso de cordón: está indicada la cesárea para evitar las complicaciones fetales por hipoxia (23)
- Ruptura uterina
- Sospecha/pérdida de bienestar fetal: padecimientos materno-fetales que comprometen la perfusión placentaria, como: infecciones, trastornos hipertensivos, isoimmunización Rh, diabetes con daño vascular, anemia severa, que se traducen generalmente en un retardo en el crecimiento fetal intrauterino y oligoamnios. En donde está indicada la Cesárea para evitar la muerte fetal (22).

En un estudio descriptivo realizado en el Hospital José Carrasco Arteaga en el 2011, se obtuvieron los siguientes resultados: la prevalencia de cesárea es 61.6%, el grupo que predominó fue de 20-30 años con 55.6% y en mujeres con nivel superior fue el 44.4%, la cesárea por primera vez fue la de mayor



frecuencia con 47.8%, y la principal indicación fue cesárea anterior con 32.2% (4).

En el 2011 en Argentina se realizó un estudio descriptivo retrospectivo acerca de incidencia e indicaciones de cesárea con los siguientes resultados: incidencia de cesáreas un 32% en cuanto a las indicaciones la cesárea anterior corresponde al 30.94%, el sufrimiento fetal agudo con 16% , el 9.76% por falta de progresión del trabajo de parto, distocias con el 9.04%, negativa al parto con el 9.04%, el 5.45% fueron por ginecorragia de la segunda mitad del embarazo, el 3.80% fue por desproporción pélvica, el 3.30% por embarazo gemelar y el 13.13% otras por otras causas (22).

1.5 COMPLICACIONES DE LA CESÁREA

Este procedimiento quirúrgico presenta más complicaciones comparado con el parto vaginal, la mortalidad asociada al procedimiento es de aproximadamente el 5,8 x 100.000 nacimientos (24).

Entre las fuentes de morbimortalidad materna se encuentran: problemas de tipo infeccioso, enfermedad tromboembólica, complicaciones anestésicas, y de la herida quirúrgica.

Las complicaciones de la cesárea son (24):

1. Transoperatorias:

- Complicaciones maternas:

- Atonía uterina, hipotonía: presenta cuando hay gestación múltiple, polihidramnios, o un intento fallido de un parto vaginal en el cual hubo estimulación con oxitocina durante un período prolongado
- Hemorragia
- Lesiones de intestinales se encuentran con una prevalencia 0.1% de todas las cesáreas

-
- Lesiones vesicales y ureterales
 - Prolongación de la histerorrafia (desgarrar o lacerar las arterias uterinas).
 - Anestésicas: cefalea pos puncional, hipoventilación, depresión respiratoria, edema laríngeo, broncoaspiración, broncoconstricción, hipotensión, taquicardia, bradicardia, arritmia, insuficiencia cardíaca y paro cardíaco
 - Complicaciones fetales: traumatismos, depresión respiratoria.

2. Posopertorias (24).

1. Complicaciones maternas:

- Inmediatas: hipotonía uterina, hemorragias, hematomas, lesiones en vejiga, uréter, intestino e íleon paralítico.
- Mediatas:
 - Infecciones urinaria se asocia al uso de sonda vesical, con una incidencia entre 2-16%.
 - Endometritis: se presenta en el 20% de las cesáreas.
 - Anemia, hemorragia por retención de restos lacentarios, dehiscencia de la histerorrafia entre otras.
 - infección de sitio quirúrgico: el riesgo de presentarla corresponde entre 2.5 – 15%
- Tardías: ruptura uterina en caso de embarazos subsecuentes, procesos de adherencias.

2. Complicaciones fetales: taquipnea transitoria, síndrome de adaptación pulmonar.

En un estudio retrospectivo, realizado en el Hospital Nacional Cayetano Heredia se evidencia que las complicaciones más frecuentes son la infección de herida



operatoria (0,7 a 7,5%), la transfusión e sangre (5,3%), la hemorragia puerperal (3,1%), la endometriitis (1,6% a 8,3%), desgarro de histerorrafia , lesión urinaria e intestinal. La frecuencia de atonía uterina de la cesárea fue del 3%, mientras que sumados los casos de atonía e hipotonía agrupan al 14,9%. En cuanto a la hemorragia puerperal, se evidencio que las mujeres sometidas a cesárea en periodo expulsivo tienen 3,1 veces más probabilidades de sufrir una pérdida de sangre mayor de 1000 ml y tienen 2,9 veces más probabilidades de ser trasfundidas (25).



CAPITULO III

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia y causas de cesárea en el Hospital Vicente Corral Moscoso durante el período julio- diciembre 2014.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

3.2.1 Establecer la prevalencia de cesárea.

3.2.2 Caracterizar al grupo de estudio según las variables demográficas y los antecedentes gineco-obstétricos.

3.2.3 Identificar las causas de cesárea en el grupo estudio.

CAPITULO IV

4 DISEÑO METODOLOGICO

4.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó una investigación de tipo descriptiva, retrospectiva y cuantitativa.

4.2 AREA DE ESTUDIO

Se consideró como área de estudio el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso, ubicado en la ciudad de Cuenca, en la avenida 12 de Abril junto al parque Paraíso. Se recolectaron los datos de las historias clínicas en el departamento de estadística de esta casa de salud.

4.3 UNIVERSO Y MUESTRA

Universo: Está formado por las historias clínicas de las pacientes que fueron sometidas a cesárea en el Hospital Vicente Corral Moscoso desde julio hasta diciembre de 2014.

4.4 CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

Criterios de inclusión:

- Historias clínicas de las pacientes que fueron sometidas a cesárea en el Hospital Vicente Corral Moscoso desde julio hasta diciembre de 2014.

Criterios de exclusión:

- Historias clínicas que carezcan de datos útiles para el estudio.



4.5 VARIABLES

- Edad
- Peso
- Estatura
- Estado civil
- Residencia
- Instrucción
- Ocupación
- Antecedentes gineco-obstétricos
- Historia del embarazo
- Tipo de cesárea
- Causa de la cesárea

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES (Véase anexo 1)

4.6 METODOS, TECNICAS E INSTRUMENTOS

Se recolectó la información necesaria de las historias clínicas del departamento de estadística del Hospital Vicente Corral Moscoso utilizando un formulario en el cual constan todas las variables necesarias para el estudio. (Véase anexo 2).

Se empleó para el análisis de datos el programa SPSS, los resultados se representaron en tablas utilizando frecuencia absoluta y porcentajes.

4.7 ASPECTOS ETICOS

En nuestro estudio aseguramos total confidencialidad de los datos obtenidos, los cuales únicamente se emplearon para esta investigación. Facultamos a cualquier persona o entidad evaluar los resultados presentados.

CAPITULO V

5 RESULTADOS Y ANALISIS

PREVALENCIA DE CESAREA.

La tabla 1 nos indica la distribución de 2658 pacientes atendidas por parto ya sea vaginal o por cesárea, en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso durante julio a diciembre de 2014. De todas ellas 986 fueron sometidas a cesárea, lo que representa el 37.1%.

De los 986 casos solo se incluyeron en este estudio a 513 pacientes, debido a que en el resto las historias clínicas carecían de datos útiles para nuestra investigación, por lo que se excluyeron de la misma.

TABLA 1

Distribución de 2658 pacientes atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Vicente Corral Moscoso según el tipo de parto. Cuenca-2016.

TIPO DE PARTO	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Parto vaginal	1672	62,90
Cesárea	986	37,10
Total	2658	100

Fuente: Informe de producción hospitalaria HVCM 2014

Elaborado por las autoras.

DISTRIBUCION SEGÚN EDAD, ESTADO CIVIL, INSTRUCCIÓN, OCUPACION Y LUGAR DE RESIDENCIA.

La menor edad encontrada fue 15 años, el grupo de mayor frecuencia fue el de 20-29 años de edad con el 53,6%, mientras que las pacientes de mayor o igual a 40 años corresponden a la menor cantidad.

El 47,4% de las mujeres son casadas, el 71,9% tiene instrucción secundaria y el 57,5% se dedicaba a los quehaceres domésticos. El 59,6% reside en zonas urbanas.

TABLA 2

Distribución de 513 pacientes sometidas a cesárea en el Hospital Vicente Corral Moscoso según el estado civil, la instrucción, la ocupación y el lugar de residencia. Cuenca-2016.

EDAD(años)	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
15-19	96	18,7
20-29	275	53,6
30-39	132	25,7
≥ 40	10	1,9
Total	513	100,0
ESTADO CIVIL	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Soltera	105	20,5
Casada	243	47,4
Divorciada	3	0,6
Unión Libre	162	31,6
Total	513	100,0

INSTRUCCIÓN		Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
	Ninguna	20	3,9
	Primaria	103	20,1
	Secundaria	369	71,9
	Superior	21	4,1
	Total	513	100,0
OCUPACION		Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
	Empleada	24	4,7
	Profesional independiente	1	0,2
	Quehaceres Domésticos	295	57,5
	Otros	193	37,6
	Total	513	100,0
RESIDENCIA		Frecuencia	Porcentaje
	Urbana	306	59,6
	Rural	207	40,4
	Total	513	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por las autoras

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

El 3,3% de las madres son primigestas y el 96.7% son multíparas.

TABLA 3

Distribución de 513 pacientes sometidas a cesárea en el Hospital Vicente Corral Moscoso según antecedentes gineco-obstétricos. Cuenca-2016.

GESTAS	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Primigesta	17	3,3
Múltipara	496	96,7
Total	513	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por las autoras

CAUSA DE CESAREA

. La causa de cesárea más frecuente fue cesárea anterior con el 42,9%.

TABLA 4

Distribución de 513 pacientes sometidas a cesárea en el Hospital Vicente Corral Moscoso según causa de la cesárea. Cuenca-2016.

CAUSA	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Distocia	54	10,5
Riesgo asociado al bienestar fetal	76	14,8
Cesárea anterior	220	42,9
Presentación de nalgas	21	4,1
Embarazo múltiple	4	,8
Enfermedad materna	40	7,8
Macrosomía	34	6,6
Otras causas	64	12,5
Total	513	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por los autores

CAPITULO VI

6 DISCUSIÓN

El incremento de la cesárea, que constituye la operación obstétrica más comúnmente efectuada, ha sido motivo de preocupación en los últimos años. En un informe del Ministerio de Salud Pública y del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) del 2014 (3) se publica que los partos por cesárea se incrementaron en el Ecuador en alrededor del 60% en un promedio de 8 años.

La cesárea, cuando está justificada desde el punto de vista médico, es eficaz para prevenir la morbilidad materna y perinatal. Sin embargo, no están demostrados los beneficios del parto por cesárea para las mujeres o los neonatos en quienes este procedimiento resulta innecesario. Como en cualquier otra cirugía, la cesárea está asociada a riesgos a corto y a largo plazo que pueden perdurar por muchos años después de la intervención y afectar a la salud de la mujer, y del neonato, así como a cualquier embarazo futuro. (7)

Se revisaron 986 historias clínicas de pacientes cuyo embarazo culminó con cesárea durante el período de tiempo comprendido entre julio a diciembre de 2014, de las cuales se incluyeron en nuestra investigación a 513 pacientes, bajo este marco presentamos los siguientes aspectos.

La prevalencia de cesárea en nuestro medio es alta, de todas las pacientes que fueron atendidas por parto en el servicio de gineco-obstetricia en el período de tiempo estudiado, el 37,10% fueron sometidas a cesárea, mientras que el 62,90% fue parto vaginal. Estas cifras están en contradicción con las recomendaciones de la OMS, que establece que la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10% y el 15% (7). Asimismo estudios anteriores exponen resultados similares, en el año 2011 en el Hospital José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca la intervención

por cesárea representó el 32.83% del total de nacimientos (26). En el Hospital Carlos Andrade Marín de la ciudad de Quito en el año 2013 la prevalencia de cesáreas fue de 50,32% (16), en el mismo año en México de un total 2148 mujeres embarazadas al 52.5% se le realizó cesárea. Se concluye que el resultado encontrado en el presente estudio, se encuentra sobre lo esperado por la OMS, por otra parte concuerda con estudios realizados en otras investigaciones (27).

El rango de edad de mayor frecuencia fue el de 20-29 años; representó el 53,6 %; luego las pacientes entre 30- 39 años con el 25,7 %; posteriormente el grupo de 10-19 años con el 18,7% y por último las mujeres añosas de ≥ 40 años con el 1,9%. (28).

Respecto a antecedentes de partos vaginales, 68,6% de las madres no ha tenido ninguno, 19,7% tuvo 1, 8,6% tuvo 2, 2,9% tuvo 3 y el 0,2% tuvo 4 partos. En cuanto a cesáreas previas, el 53,8% se había realizado 1 cesárea anterior, 2 cesáreas 41,5%, ninguna 3,9 %, mientras que 3 y 4 cesáreas se habían realizado el 0,6% y 0,2% respectivamente. Se evidencia un alto porcentaje de pacientes con cesáreas previas, en el 2011 en un estudio argentino se muestra la tendencia de aumento de las cesáreas respecto a años anteriores, principalmente a expensas de la cesárea anterior e iterativa (29). En un estudio sobre prevalencia y causas de cesárea en el año 2014 en el Hospital Carlos Andrade Marín de la ciudad de Quito (16) se exponen antecedentes similares: el 32,9 % son madres primigestas, el 20,7 % son madres que tienen uno o más partos anteriores, 40,6 % madres tienen una o más cesáreas previas, 27,2 % son madres que presentan uno o más abortos como antecedente.

En el 75,2% de los casos se realizó cesárea de emergencia, mientras que en el 24,8% fue programada. Resultados similares se encontraron en el 2011 (26), donde del total de cesáreas realizadas el 64.9% fueron de emergencia y tan solo el 35.1% programadas.



Las causas de cesárea fueron las siguientes: 42,9% cesárea anterior, 14,8% riesgo asociado al compromiso del bienestar fetal, 12,5% otras causas, 10,5% distocias, 7,8% enfermedad materna, 6,6% macrostomía fetal, 4,1% presentación de nalgas y 0,8% embarazo múltiple. En la Fundación Humanitaria Pablo Jaramillo en la ciudad de Cuenca en el año 2012 (30) se obtuvieron resultados similares, la causa más frecuente fue cesárea anterior (32,4%), luego sufrimiento fetal agudo (8%) y en tercer lugar la desproporción cefalopélvica (7,8%).

CAPITULO VII

7 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1 CONCLUSIONES

- En el Hospital Vicente Corral Moscoso en el período de julio a diciembre de 2014 es alta la prevalencia de cesárea (37,1%).
- Predominó las pacientes con rango de edad de 20-29 años (53,6%), con 50-69 kg de peso (65,3 %) y de 145-154 cm de estatura (55,9%).
- El 47,4% son madres casadas, 71,9% tienen instrucción secundaria, 57,5% se dedican a los quehaceres domésticos y 59,6% residen en zonas urbanas.
- Son primigestas el 3,3%, el 68,6% no tiene antecedentes de partos vaginales, el 6,6 % presentó abortos anteriores y el 96,1% tuvo alguna cesárea previa.
- En cuanto a la historia del embarazo, el 56,3 % de las pacientes acudieron a 5 o más controles prenatales, el 6,6% tuvo algún trastorno hipertensivo, hubo hemorragias en el 3,7% de los casos, 3,7% presentó amenaza de aborto y 9,6% ruptura prematura de membranas.
- El 75,2% fueron cesáreas de emergencia y las causas más frecuentes identificadas son cesárea anterior (42,9%) y riesgo asociado al bienestar fetal (14,8%).



7.2 RECOMENDACIONES

- Preparar y capacitar a las instituciones de salud y al personal médico para realizar partos vaginales después de una cesárea anterior.
- Llenado adecuado de las historias clínicas, lo que permitirá futuras investigaciones con datos más exactos.

CAPITULO VIII

8 BIBLIOGRAFIA

1. Organización Mundial de la Salud .Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Human Reproduction Program. [Internet]. 2015. [citado 02 Agosto 2015] Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161444/1/WHO_RHR_15.02_spa.pdf?ua=1
2. Schnapp C, Sepúlveda E, Robert J. Operación cesárea. [Internet]. 2014 [citado 02 Agosto 2015]. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=90374092&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=202&ty=79&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=202v25n06a90374092pdf001.pdf
3. Instituto Nacional de estadística y censo (INEC), MSP e INEC presentan resultados de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva. [Online]. 2014 [cited 2015 /08 01]. Available from: "<http://www.ecuadorencifras.gob.ec/>" <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/>
4. Astudillo D, Guillen C. Prevalencia de parto por cesárea e identificación de su etiología en el Hospital José Carrasco Arteaga. Cuenca. Período 2011 .[Internet]. 2012[citado 02 Agosto 2015]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/19821>
5. Carrasco I, Crespo S, Córdova . Estudio comparativo de prevalencia de cesáreas en el hospital Vicente Corral Moscoso y en el Hospital Homero Castanier Crespo periodo enero 2006 diciembre 2008. Cuenca 2009. [Internet]. 2012. [citado 02 Agosto 2015]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/19821>
6. Abalos E. Técnicas y materiales alternativos para cesárea. [Internet]. 2011. [citado 02 Agosto 2015]. Disponible en:

- http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/caesarean/CD004663_abalose_com/es
7. Organización Mundial de la Salud .Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Human Reproduction Program .[Internet]. 2015. [citado 06 Agosto 2016] Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161444/1/WHO_RHR_15.02_spa.pdf?ua=1
 8. Robert J. Unidad de Medicina Materno Fetal. Departamento de Ginecología y Obstetricia. [Internet].2014. [citado 02 Agosto 2015]. Vol. 25. Núm. 06. Disponible en: <http://www.elsevier.es/en-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-operacion-cesarea-90374092>
 9. Revista El Seguro Médico. El 5% de las cesáreas son innecesarias según la OMS. [Internet]. 2010. [citado 02 Agosto 2015]. Disponible en: <http://www.elseguromedico.es/medicina-salud/EI-5-de-las-cesareas-son-innecesarias-segun-la-OMS.htm>
 10. Fernández H, Roque M. La cesárea, mitología o realidad? Rev 16 de Abril 1996.191(2):27-9.
 11. Tacuri Ceballos C, Matorras Weinig R, Nieto Díaz A, Ortega Gálvez A. Historia de la cesárea. Tokoginecol 1997; 56 (4):189-93.
 12. Arias M, Rodríguez M, López V. et al. Embarazo en adolescente en el hospital Vicente Corral Moscoso en el periodo enero 2008 diciembre 2010. Cuenca 2010. 2011.
 13. Gary Cunningham, F. et al. (2006) Obstetricia de Williams. Vigésimosegunda Edición. México. Mc Graw Hill.
 14. Rubio- Romero J, Fonseca -Pérez J, Pérez S et al. Racionalización del uso de la cesárea en Colombia. Consenso de la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología (FECOLSOG) y la Federación Colombiana de Perinatología (FECOPEN). Bogotá, 2014. [Internet]. 2014 [citado 02 Agosto 2015]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342014000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=es

15. Cunningham F, Leveno K, Hauth J, et al: Cesárea es histerectomía peripato. En: Obstetricia de Willians, 22^a edición. Mc Graw Hill. México, DF. 2006; 2005; paginas 702-709
16. Dávila G. Prevalencia y causas de cesárea en pacientes del servicio de Ginecología y Obstetricia del H.C.A.M. en el primer semestre de 2013. Quito 2014. [Internet]. 2014. [citado 02 Agosto 2015]. Disponible en: <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/2958/1/109870.pdf>
17. Clinic Barcelona Hospital Universitario. Protocolo de Cesárea [Internet]. 2012. [citado 02 Agosto 2015]. Disponible en: <https://www.medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/obstetricia/cesarea.pdf>
18. Molina C, et al. Índice de cesárea e indicación es médicas de primera cesárea en el servicio de obstetricia del hospital San Juan de Dios, Bogotá. [Internet]. 2012. [citado 02 Agosto 2015]. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=481407&indexSearch=ID>
19. The American Congress of Obstetricians and Gynecologists “Parto por cesárea” [Internet]. 2011. [citado 02/08/2015]. Disponible en: http://www.acog.org/publications/patient_education/sp006.cfm
20. Adánes, G. “Indicaciones de Cesárea”. Asturias. Hospital Universitario Central de Asturias – Protocolos. [Internet]. 2010. [citado 02/08/2015]. Disponible en: <http://www.hca.es/huca/web/contenidos/servicios/dirmedica/almacen/documentos/clinica/obstetricia/Partos%201%20cesarea%20indicaciones.pdf>
21. Medina S, Ortiz, Miño L. Incidencia e indicaciones de Cesárea. . [Internet]. 2011. [citado 25/01/2016] Disponible en : med.unne.edu.ar/revista/revista207/3_207.pdf
22. Ministerio De Salud Pública. Atención del parto por cesárea. [Internet]. 2014. [citado 04/03/2016]. Disponible en : http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-Atencion_del_Partо_por_cesarea.pdf

23. Ministerio De Salud de Chile. Guía perinatal. [Internet]. 2015. [citado 04/03/2016]. Disponible en : <http://cedipcloud.wix.com/minsal-2015#!cesrea/c21px>
24. Saju, J. (2011) "Cesarean delivery". Medscape julio de 2011.
25. Puma J; Diaz J y Caparo C. Complicaciones maternas de la cesárea en gestantes a término en periodo expulsivo en un hospital general de Lima, Perú. Rev Med Hered [online]. 2015, vol.26, n.1 [citado 2016-09-14], pp. 17-23 . Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2015000100004&lng=es&nrm=iso. ISSN 1018-130X
26. Patiño D., Pineda A. Polo D. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PREVALENCIA Y CORRELACIÓN CLÍNICO - QUIRÚRGICO DE CESÁREAS EN EL HOSPITAL "JOSÉ CARRASCO ARTEAGA" AÑO 2010. [Internet] 2011. [citado 14/07/2016]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/5063/1/MED205.pdf>
27. Rosado J., Montoya S., Dzul K., Zavala J., Puerto F. Frecuencia, indicaciones y conocimiento de embarazadas sobre la cesárea: El caso de un hospital de la ciudad de Mérida, Yucatán. [Internet] 2013. [citado 05/08/2016]. Rev Biomed 2013; 24 (3) Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revbio/bio-2013/bio133e.pdf>
28. Donoso E., Carvajal J., Vera C., Poblete J. La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. [Internet] 2014. [citado 14/08/2016]. Rev Med Chile 2014; 142: 168-174 Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v142n2/art04.pdf>
29. Medina S., Ortiz A., Miño L. INCIDENCIA E INDICACIONES DE CESAREAS [revista en la Internet]. 2011 [citado 2016 Ago 14] ; Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina. N° 207 – Junio 2011 Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372014000100006&lng=es



30. Jáuregui M. Principales causas de cesárea en la Fundación Humanitaria Pablo Jaramillo, enero -diciembre de 2011. Trabajo de graduación previa a la obtención del título de Médico. Cuenca, Ecuador 2012. [internet] 2012. [citado 2016-08-08] Disponible en: <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/88/1/09248.pdf>

CAPITULO IX

9 ANEXOS

9.1 ANEXO # 1: OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENCIONES	INDICADOR	ESCALA
Edad	Cantidad de años que un ser ha vivido Desde su nacimiento.	Ordinal	Años cumplidos establecidos por la cedula de identidad.	10-19 20-29 30-39 40 y más
Peso	El peso equivale a la fuerza que ejerce un cuerpo sobre un punto de apoyo, originada por la acción del campo gravitatorio local sobre la masa del cuerpo.	Ordinal	Peso en kilogramos.	30-49 kg 50-69 kg 70-89 kg ≥ 90 kg
Estatura	Designa la altura de un individuo, viene definida por factores	Ordinal	Talla en centímetros	≤144 cm 145-154 cm 155-164 cm ≥165 cm



	genéticos y ambientales.			
Estado civil	Condición legal de una persona en relación a otra y reconocida por las leyes ecuatorianas	Nominal	Condición legal	Soltera Casada Divorciada Unión libre
Residencia	Localización geográfica donde vive habitualmente, de forma permanente junto a su familia.	Nominal	Lugar donde vive	Urbana Rural
Instrucción	Es el grado más alto de escolaridad formal, de años aprobados o asistidos dentro del sistema educaional.	Ordinal	Años aprobados o asistidos	Ninguna Primaria Secundaria Superior
Ocupación	Actividad a la que se dedica una persona de forma rutinaria y	Nominal	Actividad rutinaria	Empleada Profesional independiente



	por la cual recibe algún ingreso.			QQDD Otros
Antecedentes Gineco-obstetras	Condiciones que pueden influenciar en la salud y riesgo de padecer complicaciones para la madre y/o el niño.	Ordinal	Gestaciones Partos Abortos Cesáreas	Número
Historia del embarazo	Evolución clínica del control del embarazo	Ordinal /nominal	Consultas prenatales Hipertensión arterial Hemorragias Amenaza de aborto Ruptura membranas	Número Si/no
Tipo de cesárea	Intervención quirúrgica que permite la salida o nacimiento de un feto mediante una incisión	Nominal	Tipo	Emergencia Programada



	abdominal, dependiendo su urgencia.			
Causas de cesárea	Situaciones que determinan la finalización del embarazo por cesárea.	Nominal	Presencia	Distocia Riesgo asociado al bienestar fetal Cicatriz uterina previa (cesárea anterior Presentación de nalga Embarazo múltiple Enfermedad materna Macrosomia



9.2 ANEXO # 2: FORMULARIO DE RECOLECCION DE DATOS.

**PREVALENCIA Y CAUSAS DE CESAREA EN EL HOSPITAL VICENTE
CORRAL MOSCOSO, PERÍODO JULIO- DICIEMBRE DE 2014, CUENCA 2016.**

FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Datos de filiación: H Cl..... Edad..... años
Estado civil: Soltera..... Casada..... Divorciada.... Unión Libre.....
Residencia: Urbana..... Rural.....
Instrucción: Ninguna.....Primaria..... Secundaria..... Superior.....
Ocupación: Empleada.....Profesional independiente..... QQ DD.....
Otros.....

Antecedentes gineco – obstétricos:

Gestas..... Partos..... Abortos..... Cesáreas.....

Cesárea Emergencia..... Programada.....

Causas de cesárea

Distocia.....
Riesgo asociado al bienestar fetal.....
Cicatriz uterina previa (cesárea anterior).....
Presentación de nalga.....
Embarazo múltiple.....
Enfermedad materna.....
Macrostomia.....
Otras causas.....

Observaciones:

.....