

UCUENCA

Universidad de Cuenca

Facultad de Ciencias Médicas

Carrera de Medicina

Frecuencia y causas de cesárea en primigestas atendidas en el departamento de obstetricia del Hospital de especialidades José Carrasco Arteaga. Cuenca 2020

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Médico

Modalidad: Proyecto de investigación

Autores:

Bryan Stalin Guaicha Pulla

CI: 0106416001

Correo electrónico: bryanstalingp_98@hotmail.com

Jefferson Aníbal Tenemea Gómez

CI: 0106122492

Correo electrónico: jefferson05tenemea@gmail.com

Director:

Dr. Jorge Victoriano Mejía Chicaiza

CI: 0101557890

Cuenca, Ecuador

10 – noviembre - 2022

UCUENCA

RESUMEN

Antecedentes: La cesárea es un procedimiento quirúrgico que se realiza con el fin de preservar la vida de la madre o el feto. Los datos estadísticos del INEC muestran que para el 2020 en el sector público la prevalencia de partos por cesárea fueron del 34,8% mientras que en el sector privado la tasa alcanzó el 84,2%, valores muy por encima de los recomendados por la Organización Mundial de la Salud, los cuales deben oscilar entre el 10-15%.

Objetivos: Determinar la frecuencia y causas de cesárea en primigestas atendidas en el departamento de obstetricia del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga, 2020

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo-retrospectivo. El universo lo conformaron 873 pacientes que tuvieron su parto durante el año 2020, de estas, 301 (34,5%) mujeres fueron primigestas, de las cuales 187 (62.1%) terminaron su embarazo mediante una cesárea, los datos se obtuvieron de las historias clínicas de las pacientes atendidas en el departamento de obstetricia, cuya información está registrada en el sistema AS400 del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga. El análisis de los datos se realizó mediante el programa SPSS versión 26, las mismas que se presentaron mediante tablas.

Resultados: El 62,1% de primigestas culminaron su embarazo mediante cesárea. La causa principal fue el estado fetal no tranquilizador con 21,4%. Más de la mitad de las cesáreas se realizaron en pacientes con edades comprendidas entre los 20 a 29 años. La mayor parte de las pacientes tuvo un adecuado número de controles prenatales con un promedio de 7,1. Fueron solteras 38%, con instrucción secundaria 54%, procedentes y residentes de Cuenca (57,8% y 60,4% respectivamente).

Conclusiones: La frecuencia de cesárea en primigestas se encuentra por encima del porcentaje recomendado por la OMS. La principal causa fue el estado fetal no tranquilizador. La mayor parte de las cesáreas se realizaron en pacientes a término con un número adecuado de controles prenatales.

Palabras clave: Cesárea. Frecuencia. Primigesta.

ABSTRACT

Background: Cesarean section is a surgical procedure performed in order to preserve the life of the mother or fetus. Statistical data from INEC show that for 2020 in the public sector the prevalence of cesarean deliveries was 34.8% while in the private sector the rate reached 84.2%, values well above those recommended by the World Health Organization, which should range between 10-15%.

Objective: To determine the frequency and causes of cesarean section in primigravidae attended at the obstetrics department of the Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga, 2020.

Methodology: A descriptive-retrospective study was carried out. The universe of the data collected consisted of the clinical histories of the patients attended in the obstetrics department, whose information is registered in the AS400 system of the Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga. The data analysis was performed using the SPSS version 26 program, which was presented in tables.

Results: At the Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga, 6 out of 10 primigravidas ended their pregnancy by cesarean delivery. Of these, the predominant cause was non-reassuring fetal status with 21.4%, followed by preeclampsia with severe criteria with 13.9%. The average age of the patients was 25.9 years \pm 6.255. Most patients had an adequate number of prenatal controls with an average of 7.1 \pm 2.1. The majority of patients were single 38%, with secondary education 54%, coming from and living in Cuenca (57.8% and 60.4% respectively).

Conclusions: The frequency of cesarean section in primigravidae is above the percentage recommended by the WHO. The main cause corresponds to non-reassuring fetal status. Most cesarean sections were performed in term patients with an adequate number of prenatal controls.

Keywords: Cesarean section. Frequency. Primigravida.

UCUENCA

ÍNDICE

RESUMEN	2
ÍNDICE	4
AGRADECIMIENTOS	10
DEDICATORIA	11
CAPÍTULO I	12
1.1 INTRODUCCIÓN	12
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
1.2 JUSTIFICACIÓN	14
CAPÍTULO II	16
2. FUNDAMENTO TEÓRICO	16
2.1 HISTORIA	16
2.2 DEFINICIÓN	17
2.3 TIPOS	17
2.4 CAUSAS	18
2.5 TÉCNICAS	20
2.6 COMPLICACIONES	20
CAPÍTULO III	24
3. OBJETIVOS	24
3.1 OBJETIVO GENERAL	24
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	24
CAPÍTULO IV	25
4. DISEÑO METODOLÓGICO	25
4.1 TIPO DEL ESTUDIO	25
4.2 ÁREA DE ESTUDIO:	25
4.3 UNIVERSO	25
4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	25
4.5 VARIABLES	25
4.6 OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	26
4.7 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	26
4.8 PROCEDIMIENTO	26

UCUENCA

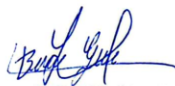
4.9 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS	27
4.10 ASPECTOS BIOÉTICOS	27
CAPÍTULO V	28
5. RESULTADOS Y ANÁLISIS	28
CAPÍTULO VI	36
6. DISCUSIÓN	36
CAPITULO VII	39
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	39
7.1 CONCLUSIONES	39
7.2 RECOMENDACIONES	39
CAPITULO VIII	40
8. BIBLIOGRAFÍA	40
CAPITULO IX	46
9. ANEXOS	46
9.1 ANEXO N.1. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	46
9.2 ANEXO N.2. FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	52
9.3 ANEXO N.3. RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS	54

CLÁUSULA DE LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Bryan Stalin Guaicha Pulla en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación "Frecuencia y causas de cesárea en primigestas atendidas en el departamento de obstetricia del Hospital de especialidades José Carrasco Arteaga. Cuenca 2020", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 10 de noviembre de 2022



Bryan Stalin Guaicha Pulla

C.I: 0106416001

CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Bryan Stalin Guaicha Pulla, autor del trabajo de titulación "Frecuencia y causas de cesárea en primigestas atendidas en el departamento de obstetricia del Hospital de especialidades José Carrasco Arteaga. Cuenca 2020", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 10 de noviembre de 2022



Bryan Stalin Guaicha Pulla

C.I: 0106416001

CLÁUSULA DE LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Jefferson Aníbal Tenemea Gómez en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación "Frecuencia y causas de cesárea en primigestas atendidas en el departamento de obstetricia del Hospital de especialidades José Carrasco Arteaga. Cuenca 2020", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 10 de noviembre de 2022



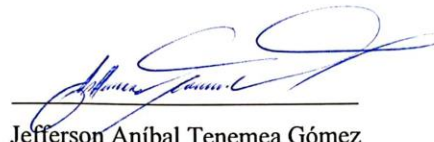
Jefferson Aníbal Tenemea Gómez

C.I: 0106122492

CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Jefferson Aníbal Tenemea Gómez, autor del trabajo de titulación “Frecuencia y causas de cesárea en primigestas atendidas en el departamento de obstetricia del Hospital de especialidades José Carrasco Arteaga. Cuenca 2020”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 10 de noviembre de 2022



Jefferson Aníbal Tenemea Gómez

C.I: 0106122492

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a nuestras familias por haber sido nuestro apoyo, no solo durante la carrera universitaria, sino a lo largo de nuestras vidas. A todos nuestros compañeros que nos ayudaron a crecer tanto personal como profesionalmente. De manera especial a nuestro tutor de tesis, por habernos guiado, no solo en la elaboración de este trabajo de titulación, sino durante la carrera universitaria, brindándonos el apoyo en la adquisición de conocimientos y valores que serán de utilidad en nuestra vida profesional.

Al Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga por permitirnos realizar el estudio y facilitarnos la recolección de la información.

DEDICATORIA

El presente trabajo de titulación lo dedicamos a nuestras familias, quienes gracias a su apoyo incondicional, sacrificio y arduo trabajo nos motivaron siempre a salir adelante y alcanzar los objetivos propuestos en nuestras vidas, permitiendo aflorar las mejores virtudes que se encuentran en cada uno de nosotros.

1.1 INTRODUCCIÓN

La cesárea es uno de los procedimientos quirúrgicos más comúnmente realizados en la práctica clínica, con el fin de preservar la vida de la madre o el feto.

En el año de 1985 la Organización mundial de la salud (OMS) establece como recomendaciones una tasa de cesáreas entre el 10 al 15%. No obstante, se debe realizar la operación cesárea a todas las mujeres que lo ameriten y no con la finalidad de alcanzar la tasa recomendada. De acuerdo a los datos presentados por la OMS en el año 2015, la tasa de cesárea en América Latina se encontraba en alrededor del 38,9 %. (1)

En el Ecuador, en los últimos años se ha dado un incremento de las cesáreas, con un predominio en el sector privado, para el 2015 la tasa de cesárea en este sector fue del 76,8% y en el año 2020 aumento hasta el 84,2%; esto debido al incremento de las cesáreas por petición materna y no por un criterio médicamente justificado. Al contrario del sector privado, en el área pública la tasa de cesárea ha ido decreciendo, para el año 2015 marcaba una tasa de 37,6% la cual descendió para el año 2020 a un valor de 34,8%. A pesar de descender algunos puntos porcentuales, se encuentra lejos de alcanzar las cifras recomendadas por la OMS. (2)

Según estudios realizados en los dos hospitales más grandes de la ciudad de Cuenca, Coronel (3) muestra que en el año 2019 en el Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga la prevalencia de cesárea fue del 49,06%; en el mismo año Barros y Ballesteros (4) demostraron que la prevalencia de cesárea en el Hospital Vicente Corral Moscoso fue de 38,11%.

En base a lo mencionado anteriormente, es de suma importancia identificar las causas o factores que llevan a que este procedimiento se realice con frecuencia, para de esta manera poder definir estrategias o guías que ayuden a disminuir su prevalencia.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La cesárea es uno de los procedimientos más frecuentes, cuya realización puede salvar la vida tanto de la madre como del feto, sin embargo, la incidencia de nacimientos realizados por este procedimiento ha ido en aumento en las últimas décadas. (5,6)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha planteado un porcentaje referencial, considerado una tasa ideal que fluctúa entre el 10 a 15% cuyo valor es recomendado a nivel mundial y cuya revisión data desde 1985. (7)

En 2015 un nuevo estudio realizado por la OMS destaca que, en países de las Américas, las tasas de cesárea son mucho más altas comparadas con el resto del mundo; en esta área geográfica al menos cuatro de cada diez partos son por vía quirúrgica, la cual excede a las recomendaciones de la OMS que son uno de cada diez. En este mismo estudio destaca que los valores superiores al 10% no muestran avances significativos en lo que respecta a la reducción en la mortalidad materno-fetal. Así también dicta que valores inferiores al 5% plantea limitaciones para realizar el procedimiento. Empero, las nuevas declaraciones de la OMS, recalcan que la atención debe ser integral y debe cubrir todas las necesidades del paciente y no limitar la atención con el fin de alcanzar una tasa preestablecida. (6,8)

Estudios realizados en la ciudad de Cuenca han demostrado un incremento en la tasa de cesáreas superior a las cifras recomendadas por la OMS (10 a 15%) a lo largo de los años, mostrando un incremento de la prevalencia en el Hospital Vicente Corral Moscoso del 24,9% en 2008 al 37,10% en 2014. (9,10)

Estudios actuales realizados en 2019 en el Hospital Vicente Corral Moscoso y José Carrasco Arteaga mostraron una prevalencia de primeras cesáreas del 38,1% y 49,06% respectivamente. (3,4)

Según los datos presentados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) en el año 2020 la tasa de cesáreas realizadas en el sector privado (84,2%) fueron superiores a las realizadas en el sector público, cuya tasa era de 34,8%. (2)

Al observar la tasa creciente de cesáreas en el Ecuador, se propone llevar a cabo un estudio sobre la frecuencia y causas de cesárea en primigestas en el Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga para estimar cuál es la realidad a nivel local.

UCUENCA

Por lo expuesto en la presente investigación, se plantea la siguiente interrogación “¿Cuál es la frecuencia y causas de cesárea en primigestas atendidas en el área de obstetricia del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga en el año 2020?”

1.2 JUSTIFICACIÓN

Según las recomendaciones publicadas por la OMS en 1985 y datos estadísticos presentados por las instituciones públicas e investigaciones realizadas en distintas casas de salud del Ecuador, se constata que las tasas de cesárea se encuentran muy por encima de los valores recomendados por el organismo internacional.

Por lo tanto, es importante realizar este tipo de estudio para determinar las causas que propician el incremento de cesáreas realizadas a nivel local, con el fin de conocer qué tipo de afecciones pueden llevar a una primera gestante a culminar su embarazo a través de una cesárea y no por parto natural.

Al conocer las causas, se puede actuar en forma preventiva para disminuir o evitar los factores de riesgo que predisponen a un parto quirúrgico en este grupo poblacional, debido a que la realización de la cesárea aumenta la morbi-mortalidad materna y su ejecución se debe llevar a cabo bajo un criterio médico establecido.

Los resultados que se obtuvieron en la presente investigación servirán para conocer cuáles son los principales factores que determinan la cesárea en primigestas y modificar los mismos para disminuir la frecuencia de cesárea; siendo las principales beneficiarias las gestantes atendidas en esta casa de salud. Los resultados se darán a conocer en el presente trabajo de investigación publicado en el repositorio de la Universidad de Cuenca para futuras revisiones de estudiantes, docentes e investigadores.

UCUENCA

El presente estudio se enmarca dentro de las líneas de investigación de la Universidad de Cuenca “salud integral sexual y reproductiva por ciclos de vida” (11) y según las líneas de investigación del Ministerio de Salud Pública 2013-2017, el estudio estaría relacionado con el área “materna “ línea de investigación “hemorragia materna” sublíneas de investigación “perfil epidemiológico, poblaciones vulnerables, complicaciones y secuelas”; línea de investigación “sepsis materna” sublínea de investigación “perfil epidemiológico” y línea de investigación “trastornos hipertensivos” líneas de investigación “perfil epidemiológico, poblaciones vulnerables, complicaciones y secuelas”. (12)

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1 HISTORIA

La cesárea es un procedimiento que se ha venido realizando a lo largo de la historia de la humanidad y corresponde a una técnica de la cual no se conoce con exactitud sus orígenes. A lo largo del tiempo, el término cesárea ha venido significando diferentes cosas, cambiando de indicaciones u objetivos hasta la época moderna. La operación cesárea no era un procedimiento para preservar la vida de la madre, sino que era un recurso para salvar la vida del bebé o para enterrar al bebé y a la madre por separado. El primer registro que se cuenta sobre el rescate tanto de la madre como el feto data de 1500, operación realizada a la esposa de Jacob Nufer. (13,14)

Los registros históricos señalan que la cesárea como definición tiene tres posibles orígenes, uno romano, otro griego y uno latino.(15) El primero, en la era romana se usó la palabra “Cesárea” como nombre de las ciudades fundadas y embellecidas por emperadores romanos; más tarde en la historia, los documentos hablan sobre una ley romana, la “lex Regia” o “ley de los césares” la cual prohibía sepultar a una madre gestante muerta con el feto en su interior, la ley dictaba que por medio de una incisión abdominouterina se debía extraer al niño para luego ser sepultado por separado; en un principio se aplicaba esta ley solo para separar los cuerpos y ser sepultados indistintamente, luego se modificó para que en toda mujer en estado avanzado del embarazo sea sometida a la operación luego de fallecer con el mismo propósito de separar los cuerpos o en caso de ser posible, salvar al niño. Otros datos históricos que avalan que la palabra se originó del imperio romano, cuentan que Julio César nació por una incisión practicada a su madre, no obstante, este origen se ha puesto en duda debido a que su madre pudo presenciar la invasión de Gran Bretaña por parte de su hijo. (14,15) El segundo, los griegos a través de sus relatos mitológicos cuentan que tanto Esculapio como Baco nacieron por cesárea, además narran que algunos de sus dioses participaron en una cesárea, algunos ejemplos cuentan que Hermes extrajo a Dionisio del vientre de su madre Semele por mandato de Zeus; otro de los relatos nos cuenta que Apolo saca a Esculapio del vientre de su madre Corinis que había sido asesinada por Artemis. (14,15) El tercero,

UCUENCA

existe una palabra de origen latino “caedere” o “scaedere” que significa cortar y que podría ser una de las razones que propicien la denominación de cesárea. (15)

Las indicaciones para la realización de la cesárea han venido cambiando en el transcurso del tiempo. Actualmente las cesáreas han ido en aumento, realizándose no sólo en situaciones que atenten contra la vida de la madre o el feto, sino también, para proporcionar confort a la madre. (13)

2.2 DEFINICIÓN

La cesárea es un procedimiento quirúrgico que permite la extracción de un feto y la placenta mediante laparotomía y posteriormente histerotomía (16,17)

2.3 TIPOS

- Cesárea electiva: intervención médico-quirúrgica que se programa previo al inicio del trabajo de parto, como consecuencia de una patología materna o fetal en la cual, el parto por vía vaginal representa un riesgo a la integridad física o vital de la madre, hijo o ambos. (18,19)
- Urgencia/Emergencia: La cesárea de urgencia se clasifica en: aquella que se realiza para resolver o prevenir un compromiso del bienestar materno o fetal. (19) Se clasifica en:
 - Categoría 1: riesgo inmediato para la vida de la gestante o del feto
 - Categoría 2: presencia de compromiso materno o fetal que no comprenda riesgo inmediato para la vida.
 - Categoría 3: ausencia de compromiso materno o fetal, pero que requiere un parto prematuro, por indicaciones clínicamente justificadas.

- Categoría 4: cirugía en base a la preferencia de la paciente. (18,19)

2.4 CAUSAS

Existen diversos escenarios en los cuales no se recomienda realizar un parto normal con el objetivo fundamental de preservar el bienestar de la madre y el feto, la cual se puede encontrar perturbada por alteraciones maternas o fetales. (19)

2.4.1 Causas Maternas

Parto previo por cesárea: Es la causa más frecuente de una cesárea posterior, cuyo factor pronóstico va a depender si persiste la causa que provocó la primera cesárea. (20)

Trastornos hipertensivos: En la actualidad no existe evidencia concluyente que respalde una conducta activa (cesárea) ante una conducta expectante en el manejo de una preeclampsia; sin embargo, representa un factor de riesgo que incrementa la morbilidad de la madre y/o del feto. (21)

Cirugía previa: Incluye una cirugía que involucre los órganos genitales internos, externos o pélvicos; como por ejemplo la miomectomía, traquelectomía, cirugía reconstructiva pélvica, etc.

Anomalías placentarias: incluye anomalías en la inserción placentaria (placenta previa, vasa previa, placenta acreta, increta y percreta) y desprendimientos placentarios, los cuales se asocian a hemorragias en el segundo y tercer trimestre del embarazo. (22)

Solicitud materna: Muchas madres sin patología o que no presentan alguna alteración que impida un parto vaginal prefieren el parto por cesárea debido a la ansiedad o temor que conlleva el parto natural. (19)

Traumatismos perineales: Generan una alteración en la arquitectura anatómica de los tejidos óseos que alteran el canal de salida normal. (16)

UCUENCA

Deformidad pélvica: Pueden conducir a una desproporción céfalo-pélvica. (23)

Infección: Se recomienda cesárea para reducir el riesgo de transmisión vertical en una madre infectada (VIH, VPH, VHS, etc.). (18)

Cesárea perimortem: parto de emergencia en una mujer con paro cardíaco. (24)

Tumores obstructivos benignos y malignos. (16)

2.4.2 Causas Materno-Fetales

Desproporción céfalo-pélvica: Incongruencia entre el tamaño de la pelvis materna y la cabeza fetal, lo que conlleva a una obstrucción en la labor del parto, evitando el paso del feto a través de la cavidad pélvica. (25)

Parto vaginal operatorio fallido: procedimiento en el cual no se logra el descenso de la cabeza fetal mediante el uso de instrumentos adecuados para la asistencia del parto (forceps, etc.), por lo que él mismo termina por cesárea. (26)

2. 4.3 Causas Fetales

Estado fetal no tranquilizador: El término reemplaza a lo que antes se denominaba “sufrimiento fetal agudo”, lo que corresponde a un disturbio metabólico que puede progresar a una hipoxia fetal progresiva y posteriormente a una acidosis secundaria a una oxigenación fetal inadecuada capaz de producir lesiones graves en el feto. (27) (28)

Presentación anómala: se denomina presentación anómala a toda presentación que no se encuentre en occipucio anterior, lo que conduce a un mayor riesgo de parto por cesárea, incrementando la morbilidad tanto para la madre como para el neonato. (29) (30)

Macrosomía: el término se utiliza cuando el feto alcanza un peso superior a 4000 g independientemente de la edad gestacional. (31)

Anomalía congénita: dependiendo de la naturaleza de las malformaciones fetales, tales como, hidrocefalia con macrocefalia concomitante, defectos de la pared anterior con hígado

UCUENCA

extracorpóreo, hidrops, etc, incrementan la probabilidad de un parto por cesárea en comparación con la población general. (32)

2.5 TÉCNICAS

Laparotomía

Tipos de incisiones en la piel: El abordaje uterino puede hacerse a través de una incisión longitudinal o transversal.

Incisiones

- Incisión de Pfannestiel: Es la técnica que se realiza con mayor frecuencia. Consiste en una incisión transversal de 10 cm de longitud, en la cual, se separan los músculos rectos en dirección vertical hasta reconocer el peritoneo parietal, luego se adentra en la cavidad peritoneal para identificar el segmento uterino donde se realizará la histerotomía. (33)

Histerotomía

- Incisión segmentaria transversa (técnica de Kerr): Se realiza una incisión transversal a nivel del segmento uterino inferior. Esta técnica se prefiere por presentar menos rotura en embarazos posteriores, por su facilidad de realización y sutura, mejor cicatrización y menor pérdida de sangre. Sin embargo, en caso de que se requiera una mayor apertura, se pueden desgarrar los ángulos de la incisión. (16,23,34)

2.6 COMPLICACIONES

La cesárea es un procedimiento que se realiza con la finalidad de disminuir la morbimortalidad materna. Según la OMS las cesáreas ayudan a preservar la vida tanto de la madre como el feto cuando están médicamente justificadas, por lo que la misma organización ha insistido en realizar estudios de las cesáreas innecesarias, porque, la tasa de cesárea superior al 10% no se encuentra relacionado con una disminución de la mortalidad materno-fetal. (7,35) Las cesáreas sin indicación médica pueden conllevar una serie de complicaciones, lo que implica un incremento en el tiempo

UCUENCA

hospitalario, aumento de los costos sanitarios y mayor riesgo de infección. (36) Dichas complicaciones pueden acarrear consecuencias graves para la vitalidad de la madre o el feto, aún si se realiza con éxito, el tiempo de recuperación es mayor con la cesárea que con el parto normal. (37)

2.6.1 Complicaciones intraoperatorias

- Complicaciones relacionadas a la anestesia: Los problemas generalmente se presentan debido a la punción epidural, ya que en la actualidad no se utiliza anestesia general. Los problemas que se pueden presentar son: cefalea postpunción que aparece en 5% de las pacientes con bloqueo epidural, otros menos frecuentes como: hipotensión, y algunos raros como el bloqueo dural completo y síndrome de Mendelson. (38)

- Complicaciones hemorrágicas: Es la complicación más frecuente de la cesárea. Para evitar la aparición de complicaciones mayores, hay que realizar un diagnóstico temprano y tratar la causa subyacente. Las hemorragias, pueden ser: implícitas al propio procedimiento quirúrgico o incidentales. (34)

- Implícitas al propio procedimiento quirúrgico: desgarros uterinos, vaginales o lesión de vasos uterinos.

- Incidentales: Atonía uterina, anomalías de la placentación (placenta acreta, etc.)

- Complicaciones Viscerales:

- Intestinales: Suelen ocurrir en el contexto de una cirugía previa. Dependiendo del tipo de lesión, se puede realizar una reparación primaria o una resección intestinal. (34)

- Tracto Urinario: Las lesiones se pueden ocasionar tanto en los uréteres como en la vejiga. El daño vesical ocurre generalmente durante la incisión con bisturí y el riesgo aumenta cuando se realiza una cesárea de emergencia, cesárea anterior o histerectomía por cesárea. La afeción de los

UCUENCA

uréteres se produce con más frecuencia cuando se realizan reparaciones de la histerotomía en los ligamentos anchos o la vagina. (16,34)

2.6.2 Complicaciones postoperatorias

- **Infección:** Es la complicación postoperatoria más frecuente y la que causa mayor morbilidad. Entre las complicaciones infecciosas tenemos: (34)

- Fiebre
- Infección del sitio quirúrgico/urinario
- Endometritis
- Bacteriemia
- Absceso pélvico
- Tromboflebitis pélvica séptica
- Shock séptico

2.6.3 Riesgo de embarazos posteriores (39)

- Embarazo ectópico
- Ruptura uterina
- Esterilidad

2.7 Contraindicaciones

La única contraindicación absoluta para realizar la cesárea es que la paciente no consienta el procedimiento, respetando su autonomía.

UCUENCA

Las contraindicaciones relativas son: (40)

- Coagulopatía grave
- Historial extenso de cirugía abdominal
- Óbito fetal
- Alteraciones fetales incompatibles con la vida

CAPÍTULO III

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la frecuencia y causas de cesárea en primigestas atendidas en el departamento de obstetricia del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga, 2020

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

3.2.1 Identificar al grupo de estudio de acuerdo a sus variables sociodemográficas: edad, estado civil, nivel de instrucción, ocupación, residencia, procedencia, peso, talla, índice de masa corporal, paridad, número de controles prenatales, edad gestacional, parto, tipo de cesárea.

3.2.2 Determinar la frecuencia de cesáreas en primigestas.

3.2.3 Identificar las principales causas de cesárea en primigestas.

CAPÍTULO IV

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DEL ESTUDIO

Estudio descriptivo retrospectivo.

4.2 ÁREA DE ESTUDIO:

El siguiente estudio se pretende desarrollar en el Departamento de Obstetricia del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca, ubicado entre Popayan y camino a Rayoloma.

4.3 UNIVERSO

El estudio tomará como universo la totalidad de historias clínicas que cumplan con los criterios de inclusión de pacientes atendidas en el departamento de obstetricia del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga en el año 2020. Para acceder a las mismas se utilizará la base de datos anonimizada de la institución, (Sistema AS400).

4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

4.4.1 Criterios de inclusión: se revisarán todas las historias clínicas completas de pacientes de todos los grupos de edades que fueron atendidas en el departamento de obstetricia en 2020.

4.4.2 Criterios de exclusión: Historias clínicas con datos insuficientes.

4.5 VARIABLES

- Edad
- Estado civil
- Nivel de instrucción
- Ocupación

UCUENCA

- Residencia
- Procedencia
- Controles prenatales
- Edad gestacional
- Causa de cesárea
- Tipo de cesárea
- Frecuencia de cesárea.

4.6 OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Ver Anexo 1.

4.7 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

4.7.1 Método

Observacional.

4.7.2 Técnica

Recolección de datos obtenidos de las historias clínicas de las pacientes que fueron atendidas en el departamento de obstetricia del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga, año 2020. Utilizando la base de datos anonimizada de la institución, (Sistema AS400).

4.7.3 Instrumentos

Se realizará un formulario que tome en cuenta las variables necesarias para el estudio (Ver Anexo 2).

4.8 PROCEDIMIENTO

El tema de tesis fue aprobado por la Presidenta de la Comisión de Trabajo de Titulación, Dra. Lorena Mosquera Vallejo. Supervisado por el director de tesis, Dr. Jorge Mejía.

4.9 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Para la elaboración de la base de datos y el análisis de la información usaremos el programa SPSS versión 26. La presentación de los resultados de las variables se realizará por medio de tablas, y su análisis se efectuará con los estadísticos: promedio, porcentaje, frecuencia.

4.10 ASPECTOS BIOÉTICOS

En el presente estudio se asegurará la confidencialidad de los datos registrados, los mismos serán empleados únicamente en el propósito de esta investigación y no se utilizará en ningún otro propósito que no fuera este estudio, por lo que la identidad de las pacientes será reservada por los investigadores. No existe conflicto de intereses.

Para evitar riesgo de fuga de información, utilizaremos códigos para cada historia clínica, con lo cual se protegerá la identidad del paciente. Además las únicas personas con acceso a la información a la base de datos son los investigadores por lo cual se evitaría el posible riesgo de fuga de información.

El beneficiario directo será la institución de salud porque contará con datos estadísticos en referencia al tema de estudio. En el mediano y largo plazo se pueden beneficiar investigadores que decidan utilizar este estudio como fuente de información.

Para acceder a los datos estadísticos se utilizará la base de datos anonimizada de la institución, (Sistema AS400).

5. RESULTADOS Y ANÁLISIS

En el proceso de recolección de datos, 873 historias clínicas cumplieron con los criterios de inclusión, de estos 301 correspondían a pacientes primigestas que fueron atendidos en el departamento de obstetricia del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga. Según los objetivos del presente estudio, se obtienen los siguientes resultados:

Tabla N.1

Frecuencia de cesárea en pacientes primigestas atendidas en el departamento de obstetricia del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga, período 2020.

Cuenca – Ecuador 2022

Vía de terminación	Frecuencia	Porcentaje
Cesárea	187	62,1 %
Parto	114	37,9 %
TOTAL	301	100 %

Elaborado por: Guaicha B. – Tenemea J.

Fuente: Base de datos

ANÁLISIS

En la tabla N.1, se demuestra que de un total de 873 pacientes que tuvieron su parto durante el año 2020, se evidenció que 301 (34,5%) mujeres eran primigestas, de estas al menos 6 de cada 10 terminaron su embarazo en un parto por cesárea, lo que significa una frecuencia de cesáreas en primigesta del 62.1% en esa casa de salud.

Tabla N.2

Distribución de 187 pacientes primigestas que se realizaron cesárea en el departamento de obstetricia del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga, período 2020, según datos sociodemográficos.

Cuenca – Ecuador 2022

VARIABLES sociodemográficas	Subvariables	Frecuencia	Porcentaje
Estado Civil	Soltera	71	38%
	Unión libre	64	34,2
	Casada	49	26,2%
	Divorciada	3	1,6
Edad	10 a 19	36	19,3%
	20 a 29	97	51,9%
	30 a 39	51	27,3%
	40 o más	3	1,6%
Instrucción	Secundaria	101	54%
	Superior	70	37,4%
	Primaria	16	8,6%
Procedencia	Cuenca	108	57,8%

UCUENCA

	Cañar	14	7,5%
	Paute	8	4,3%
	Nabón	7	3,7%
	Otros	50	26,7%
	Cuenca	113	60,4%
	Cañar	10	5,3%
	Nabón	7	3,7%
Residencia	Gualaceo	6	3,2%
	Otros	51	27,3 %
	Empleada privada	103	55,1%
	Ama de casa	36	19,3%
Ocupación	Estudiante	31	16.6%
	Empleada pública	17	9,1%
	TOTAL	187	100

Elaborado por: Guaicha B. – Tenemea J.

Fuente: Base de datos

ANÁLISIS

UCUENCA

Del presente estudio realizado en 187 pacientes primigestas a las que se le realizó parto por cesárea, se observa que solo un cuarto de la población estaban casadas, más de la mitad de cesáreas se realizaron en pacientes con edades comprendidas entre los 20 a 29 años (promedio de 25,9 años \pm 6,2) , la mitad tenían escolaridad secundaria y la mayoría eran procedentes y residentes de Cuenca (57,8% y 60.4% respectivamente), el 64,2% contaban con empleo público/privado y al menos 3 de cada 10 mujeres estaban en situación de dependencia.

Tabla N.3

Distribución de 187 pacientes primigestas que se realizaron cesárea en el departamento de obstetricia del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga, período 2020, según la cantidad de controles.

Cuenca – Ecuador 2022

Controles	Frecuencia	Porcentaje
0 a 4	17	9,1%
5 a 9	149	79,7%
10 a 14	20	10,7
15 o más	1	0,5
TOTAL	187	100%

Elaborado por: Guaicha B. – Tenemea J.

Fuente: Base de datos

ANÁLISIS

Del presente estudio realizado en 187 pacientes primigestas a las que se le realizó parto por cesárea, se observa que al menos 1 de cada 10 pacientes tienen una cantidad insuficiente de controles

UCUENCA

prenatales, el promedio de controles realizados fue de 7,1, los mismos que se encuentran dentro de las recomendaciones dispuestas por la OMS como número de controles mínimos que se deben realizar las mujeres en periodo de gestación.

Tabla N.4

Distribución de 187 pacientes primigestas que se realizaron cesárea en el departamento de obstetricia del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga, período 2020, según la edad gestacional.

Cuenca - Ecuador 2022

Edad Gestacional	Frecuencia	Porcentaje
<37	51	27,3%
37 a 39,6	90	48,1%
40 a 41,6	46	24,6%
TOTAL	187	100%

Elaborado por: Guaicha B. – Tenemea J.

Fuente: Base de datos

ANÁLISIS

Del presente estudio realizado en 187 pacientes primigestas a las que se le realizó parto por cesárea, se observa que al menos 1 de cada 4 pacientes tienen una edad gestacional menor a 37 semanas (prematuros). El promedio de edad gestacional fue de 37,4 semanas, es decir que la mayor parte de los embarazos llegaron a término.

Tabla N.5

Distribución de 187 pacientes primigestas que se realizaron cesárea en el departamento de obstetricia del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga, período 2020, según el tipo de cesárea.

Cuenca – Ecuador 2022

TIPO DE CESÁREA	Frecuencia	Porcentaje
Urgencia/Emergencia	181	96,8 %
Electiva	6	3,2 %
TOTAL	187	100 %

Elaborado por: Guaicha B. – Tenemea J.

Fuente: Base de datos

ANÁLISIS

Del presente estudio realizado en 187 pacientes primigestas a las que se le realizó parto por cesárea, 6 pacientes escogieron dicha vía de terminación de la gestación, debido a problemas específicos que presentaron las mujeres durante su embarazo, razón por la cual, posterior a consejería, se programó su cesárea.

Tabla N. 6

Distribución de 187 pacientes primigestas que se realizaron cesárea en el departamento de obstetricia del Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga, período 2020, según la causa obstétrica.

Cuenca – Ecuador 2022

Causa de Cesárea			Frecuencia	Porcentaje
Estado fetal	no	tranquilizador	40	21,4%
Preeclampsia con criterios de severidad			26	13,9%
Desproporción	cefalo- élvica de causa fetal		17	9,1%
Desproporción	cefalo- élvica de causa materna		14	7,5%
Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta			11	5,9%
Distocia de presentación			11	5,9%
Sospecha de covid 19			7	3,7%
Otros			61	32,6%
TOTAL			187	100%

Elaborado por: Guaicha B. – Tenemea J.

Fuente: Base de datos

ANÁLISIS

Del presente estudio realizado en 187 pacientes primigestas se evidencia que entre las principales causas de cesárea prevalece el estado fetal no tranquilizador, preeclampsia con criterios de severidad y la desproporción céfalo-pélvica como causas de más del 50% de las mismas. Como dato llamativo encontramos que dentro de las 10 primeras causas de cesárea se evidencia la sospecha de infección por SARS COV 2, debido a la emergencia sanitaria experimentada en su momento.

6. DISCUSIÓN

En los últimos años se ha dado un incremento de la práctica de las cesáreas tanto a nivel nacional como internacional con predominancia en el sector privado en relación al público, encontrándose valores por encima de las recomendaciones dictadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que van del 10 al 15%. No obstante, la misma institución, señala que cuando la misma se encuentra justificada, se considera efectiva para disminuir la morbi-mortalidad tanto materna como perinatal. (1) (2)

En el Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga durante el año 2020, se determinó que la prevalencia es del 62,1 %. En un estudio realizado por Barros y col., 2019, se determinó que el Hospital Vicente Corral Moscoso tuvo una prevalencia de cesárea primitiva del 38,11%. En el proyecto de titulación de Vega, 2019, realizado en el Hospital José María Velasco Ibarra de la ciudad de Tena, la prevalencia de cesárea en primigestas fue del 22%. Mientras que en el estudio de Hernández, 2020, realizado en el Hospital General de la zona No. 20. “La Margarita” perteneciente al Instituto Mexicano del seguro social, se evidenció que la prevalencia de cesárea en primigestas fue del 55,9%. En un estudio realizado en Georgia por Nedberg y col., 2020, de un total de 17065 primíparas, se evidenció que el 37,1% (6324) dieron parto por cesárea. (4, 41,42, 43)

En un estudio realizado por Contreras, 2018, en 623 pacientes primigestas que se realizaron cesárea en el Hospital Regional Asunción de Juigalpa, se evidenció que la mayor indicación de la misma corresponde a la desproporción céfalo-pélvica. Vega en 2019 en su estudio realizado en el Hospital Jose Velasco Ibarra de la ciudad de Tena reportó que la indicación más frecuente de que un parto termine en cesárea fue el compromiso del bienestar fetal en el 42%, seguido del desprendimiento de placenta con una prevalencia del 21%. En el estudio realizado por Hernandez, 2020, se demostró que la principal causa de cesárea corresponde al oligohidramnios con un 16,9%, seguido por el estado hipertensivo materno con un 9,2%. Joshi y col., 2021, en el hospital del Distrito Ballari,

UCUENCA

determinaron que la principal causa de cesárea correspondió al sufrimiento fetal con 40,11%, seguido por la desproporción cefalo-pélvica con 23,11% y Oligohidramnios con 14,7%. Esto en relación a nuestro estudio, cuya principal indicación fue el estado fetal no tranquilizador con un 21,4% y la preeclampsia con criterios de severidad con un 13,9%. Situación similar se observa en el estudio de Coronel, 2019, realizado en la misma casa de salud de nuestra investigación, donde reporta que la principal causa de cesárea es el estado fetal no tranquilizador, con una frecuencia de 17,98 %, sin embargo, este estudio no toma en cuenta el número de gestas de las pacientes sino enfoca la causa de primera cesárea sin tomar en cuenta embarazos previos. (3, 41, 42, 44, 45)

En relación a la edad de las pacientes primigestas sometidas a cesáreas, se demostró, en el estudio realizado por Contreras, 2018, en el Hospital Regional Asunción de Juigalpa, que el 59% de las cesáreas ocurren en pacientes menores de 20 años, a diferencia de nuestro estudio, donde predominan las cesáreas en primigestas en edades comprendidas entre los 20 y 29 años. En un estudio realizado en el presente año, por Mehedi y col., el hospital público de maternidad en la ciudad de Erbil, Iraq, se determinó que la edad promedio era de 22,55 años \pm 4,37 con un rango de 15 a 37 años de edad, en concordancia a nuestro estudio, cuyo promedio de edad es de 25,9 años \pm 6,255. (44, 46)

En el estudio de Hernández, 2020, realizado en el Hospital General de la zona No. 20. “La Margarita” perteneciente al Instituto Mexicano del seguro social, se evidenció que el estado civil predominante fue la unión libre con un 43,4%, seguido por mujeres casadas en un 29,5%. En relación a nuestro estudio, en donde se evidenció que la mayor parte de primigestas que se realizaron cesárea fueron solteras con un 38% seguido por la unión libre con un 34,2%. Echajaya, 2018 en su estudio realizado en el Hospital Militar Central de Lima difiere con los resultados de nuestro estudio, debido a que la mayoría de pacientes primigestas a las que se le realizó cesárea fue a pacientes cuyo estado civil es casada, las cuales representan un 58,6 %. (42, 47)

Joshi y col., 2021, en el hospital del Distrito Ballari, concluyeron que la mayor parte de cesáreas se daban en primigestas cuya edad gestacional se encuentra entre las 37 y 40 semanas de gestación, de igual manera en el estudio realizado por el Barros y col., 2019, se demostró que la mayor parte

UCUENCA

de cesáreas se dieron en pacientes cuyo grupo de edad gestacional se considera a término. De manera similar a nuestro estudio, donde más de la mitad de cesáreas se realizaron entre las 37 y 39,6 semanas de gestación. Echajaya en 2018, encontró que en el Hospital Militar Central de Lima, las cesáreas se realizaron en pacientes cuya gestación llegó a término en un 96,1% (4, 44, 47)

Contreras, 2018, en el Hospital Regional Asunción de Juigalpa demostró que la mayor parte de la población en estudio tuvo 3 controles prenatales (69%), mientras que solo el 13% tuvo 4 o más atenciones prenatales. En el estudio realizado por Mehedi y col., en el hospital público de maternidad en la ciudad de Erbil, Iraq, 2022, se demostró que el 69,5% de pacientes tuvieron 4 o más controles prenatales, mientras que el 30,5% tuvieron un control insuficiente (menos de 4 atenciones prenatales). En relación a nuestro estudio, en el cual se constató que la mayor parte de la población tuvo de 5 a 9 controles prenatales (79,7%), es decir un número adecuado según las recomendaciones dictadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS); y por otro lado solo 1 de cada 10 pacientes tuvieron una cantidad insuficiente de controles prenatales. (44,46)

En relación a la clasificación del tipo de cesárea, en el presente estudio se determinó que la mayoría de cesáreas (96,8%) fueron catalogadas como urgencia/emergencia, mientras que solo el 3,2% fueron cesáreas electivas. De manera similar, en el estudio realizado por Contreras, 2018, en el Hospital Regional Asunción de Juigalpa donde, de igual manera, se evidenció que hay predominancia de la cesárea de urgencia sobre la electiva con una prevalencia del 92% y 8% respectivamente. (44)

CAPÍTULO VII

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1 CONCLUSIONES

En el hospital de Especialidades José carrasco Arteaga durante el periodo 2020 se evidenció que 6 de cada 10 embarazos en primigestas terminaron en parto por cesárea (62,1%), lo cual se encuentra por encima del porcentaje dictado por el organismo internacional OMS.

Más de la mitad de cesáreas se realizaron en pacientes con edades comprendidas entre los 20 a 29 años (51.9%), en su mayoría solteras (38%). Más de la mitad tenían un nivel de instrucción secundaria y eran residentes y procedentes de la ciudad de Cuenca.

En relación a las causas de la cesárea, se encontró que la principal corresponde al estado fetal no tranquilizador, seguido por preeclampsia con criterios de severidad y por desproporción cefalopélvica de causa fetal.

La mayor parte de las cesáreas fueron a término con un adecuado número de controles prenatales (promedio de 7,1)

7.2 RECOMENDACIONES

Realizar capacitaciones periódicas a los profesionales de la salud para que desarrollen valoraciones meticulosas en las pacientes primigestas que acuden al Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga con el fin de disminuir la tasa de cesáreas y aumentar los partos vaginales.

Mayor control sobre las historias clínicas subidas al sistema AS400, debido que, algunas historias clínicas se encontraban incompletas, dificultando el estudio.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Boletín Nacimientos por cesárea: MSP 2012-2015. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/01/BOLET%C3%8DN-CESAREAS.pdf>
2. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Registro Estadístico de Nacidos Vivos y Defunciones Fetales 2020. INEC [Internet]. Quito: 2020. [Consultado el 09 de agosto de 2020]. Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/Nacidos_vivos_y_def_fetales_2020/Principales_resultados_ENV_EDF_2020.pdf
3. Coronel F. PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A CESÁREA PRIMITIVA. Hospital José Carrasco Arteaga, 2019 [Posgrado]. Universidad de Cuenca; 2021.
4. Barros J. PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A PRIMERA CESÁREA, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO. CUENCA, 2019. [Posgrado]. Universidad de Cuenca; 2020.
5. Furzán Jaime A. Nacimiento por cesárea y pronóstico neonatal. Arch Venez Puer Ped [Internet]. 2014 Jun [citado 2021 Jun 27];77(2):79-86. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06492014000200006&lng=es.
6. OPS/OMS. La cesárea sólo debería realizarse cuando es médicamente necesaria [Internet]. Washington, D.C. 20037, United States of America: 2015. [Consultado el 09 de agosto de 2020]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10646:2015-la-cesarea-solo-deberia-realizarse-cuando-es-medicamente-necesaria&Itemid=1926&lang=es
7. OMS. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea 2015. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.pdf;jsessionid=3D1311C3402CA6B3472F88756040B383?sequence=1
8. Ruiz S, Espino S, Vallejos A, Durán L. Cesárea: Tendencias y resultados. Scielo [Internet]. 2014 [citado 2021 Jun 27];28(1):33-40. Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-

[53372014000100006&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372014000100006&lng=es).

9. Carrasco I, Crespo S, Córdova J. ESTUDIO COMPARATIVO DE PREVALENCIA DE CESÁREAS EN EL HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO” Y EN EL HOSPITAL “HOMERO CASTANIER CRESPO” PERÍODO ENERO 2006 – DICIEMBRE 2008. [Pregrado]. Universidad de Cuenca; 2009.

10. Vega B, Villota L. PREVALENCIA Y CAUSAS DE CESÁREA EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, PERÍODO JULIO A DICIEMBRE DE 2014. CUENCA 2015 [Pregrado]. Universidad de Cuenca; 2016.

11. Universidad de Cuenca. Carrera de medicina [Internet]. Disponible en: <https://www.ucuenca.edu.ec/medicas/carreras/carrera-de-medicina-y-cirugia>

12. Ministerio de Salud Pública. Prioridades de investigación en salud, 2013-2017. MSP [Internet]. Quito [Consultado el 09 de agosto de 2020]. Disponible en: http://www.investigacionsalud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/10/PRIORIDADES_INVESTIGACION_SALUD2013-2017-1.pdf

13. Nih.gov. U.S. National Library of Medicine. Cesarean Section - A Brief History home page [Internet]. 2013 [citado 2021 Jun 27]. Disponible en: <https://www.nlm.nih.gov/exhibition/cesarean/index.html>

14. Bastarcan Ç, Polatlı G. History and Anatomy of Cesarean Section. International Health Administration and Education (Sanitas Magisterium). 2020 [citado 2021 Jun 27];6(1):1–9. Disponible en: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/922004>

15. Lugones Botell Miguel. La cesárea en la historia. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2001 Abr [citado 2021 Jun 27];27(1):53-56. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2001000100009&lng=es.

16. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Dashe J, Hoffman B, Casey B, et al. Parto por cesárea e histerectomía periparto. En: Cunningham F, Leveno K, et al., editores. Williams Obstetricia. 25 edición. México: McGraw Hill Inter América; 2019. p. 567–86.

17. Botero J, Júviz A, Henao G. Obstetricia y ginecología. 8th. ed. Bogotá. Quebecor World, 2018. p. 336

18. Ministerio de Salud Pública. Atención del parto por cesárea: Guía de práctica clínica 2016. MSP [Internet]. Quito; 2016 [Consultado el 09 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/ATENCION-DEL-PARTO-POR-CESAREA.pdf>
19. DynaMed [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services. 1995 - . Record No. T116315, Cesarean Section; [actualizado 2018 Nov 30, citado 2021 Jun 27]. Disponible en: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T116315>.
20. García C, López M, Monzalbo D. Parto después de cesárea ¿una opción segura?. Ginecol Obstet Mex [Internet]. 2015 [Consultado el 09 de agosto de 2020]. 83 (2) 69-87. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2015/gom152b.pdf>
21. Ministerio de Salud Pública. Trastornos hipertensivos del embarazo. Guía de Práctica Clínica (GPC). 2da edición; Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2016. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/MSP_Trastornos-hipertensivos-del-embarazo-con-portada-3.pdf
22. Ministerio de Salud Pública. Anomalías de inserción placentaria y vasos sanguíneos fetales: Guía de práctica clínica 2017. MSP [Internet]. Quito; 2017 [Consultado el 09 de agosto de 2020]. 1 (1) p. 11-26. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-ANOMALIAS-INSERCIÓN-PLACENTARIA-17-01-2017.pdf>
23. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. Obstetricia. 6ta edición. Buenos Aires: El Ateneo; 2005.
24. James R, Flint T. Cesárea. En: Ronald S, Beth Y, Arthur F, Ingrid E, editores. Obstetricia y ginecología de Danforth. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2009. p. 491–503.
25. Tolentino L, Yigeremu M, Teklu S, Attia S, Weiler M, Frank N, et al. Three-dimensional camera anthropometry to assess risk of cephalopelvic disproportion-related obstructed labour in Ethiopia. Interface Focus [Internet]. 2019 Agosto 16 [citado 2021 Agosto 10];9(5):20190036. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31485318/>
26. López M, Santalla A, Vico I, Manzanares S, Gallo J, Puertas A. Parto operatorio fallido. Elsevier [Internet]. Granada; 2012 [Consultado el 09 de agosto de 2020]. 55(9): p.453-457. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-parto-operatorio-fallido-S0304501312001483>

27. Gravett C, Eckert LO, Gravett MG, Dudley DJ, Stringer EM, Mujobu TBM, et al. Non-reassuring fetal status: Case definition & guidelines for data collection, analysis, and presentation of immunization safety data. *Vaccine* [Internet]. 2016 Dic [citado 2021 Agosto 10];34(49):6084–92. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5139811/>
28. Pazmiño A. Prevalencia y factores asociados a acidosis fetal en pacientes con diagnóstico de estado fetal no tranquilizador, Hospital Vicente Corral Moscoso, 2017 [posgrado]. Universidad de Cuenca; 2019. Carrera de medicina [Internet]. [Consultado el 09 de agosto de 2020]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/31997/1/tesis.pdf>
29. Ahmad A, Webb SS, Early B, Sitch A, Khan K, MacArthur C. Association between fetal position at onset of labor and mode of delivery: a prospective cohort study. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology* [Internet]. 2014 Feb [citado 2021 Agosto 10];43(2):176–82. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23929533/>
30. Caughey A, Sharshiner R, Cheng Y. Fetal malposition: impact and management. *Clinical Obstetrics & Gynecology* [Internet]. 2015 Junio [Consultado el 09 de agosto de 2020]. 58(2):241–5. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25851845/>
31. Abramowicz J, Ahn J. Fetal macrosomia [Internet]. Uptodate. 2020 [cited 2021 Aug 10]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/fetal-macrosomia>
32. Wataganar T, Grunebaum A, Chervenak F, Wielgos M. Delivery modes in case of fetal malformations. *Journal of Perinatal Medicine* [Internet]. 2017 [Consultado el 09 de agosto de 2020]. 45(3):273-279. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27071145/>
33. Carlos Schnapp S, Eduardo Sepúlveda S, Jorge Andrés Robert S. Operación cesárea. *Revista Médica Clínica Las Condes* [Internet]. 2014 Nov [citado 2021 Jun 27];25(6):987–92. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-operacion-cesarea-S0716864014706480>
34. Cabero L, Cabrillo E. Finalización del embarazo con cesárea. En: Cabero L, director. *Tratado de ginecología y obstetricia*. 2da edición, Madrid. Editorial Médica panamericana, 2012 pág 1592.
35. Aguirre Rafael, Antón José-Ignacio, Triunfo Patricia. Análisis de las cesáreas en Uruguay por tipo de centro hospitalario. *Gac Sanit* [Internet]. 2019 Ago [citado 2021 Jun 30] ; 33(4):

333-340. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112019000400333&Ing=es.

36. Maleki M, Mousavizadeh A, Parhizkar S, Shams M. Using Social Marketing to Reduce Intention of Cesarean Section in Iranian Women. Marozio L, editor. Journal of Pregnancy [Internet]. 2021 Jan 27 [citado 2021 Jun 29];2021:1–6. Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/jp/2021/3920126/>

37. Al-Kadri H, Al-Anazi S, Tamim H. Increased cesarean section rate in Central Saudi Arabia: a change in practice or different maternal characteristics. Int J Womens Health [Internet]. 2015 [citado 2021 Jun 27];7:685-692. Disponible en: <https://doi.org/10.2147/IJWH.S85215>

38. Briceño J. Indicaciones Y Complicaciones De Cesárea En Pacientes Ingresadas En El Hospital Isidro Ayora De Loja, Periodo Enero, Febrero, Marzo 2016. [Internet]. 2016. [citado 2021 Jun 27]. Disponible en: <http://dspace.unl.edu.ec:9001/jspui/bitstream/123456789/17187/1/TESIS.pdf>

39. Mylonas I, Friese K. Indications for and Risks of Elective Cesarean Section. Dtsch Arztebl Int. 2015 Jul 20 [citado 2021 Jun 27];112(29-30):489-95. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4555060/>

40. Sung S, Heba Mahdy. Cesarean Section [Internet]. Nih.gov. StatPearls Publishing; 2021 [citado 2021 Jun 27]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546707/>

41. Vega J, Maldonado C. 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. Riobamba; 2019. [citado 15 de septiembre de 2022]. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/7286/1/TESIS%20VEGA%20QUISPE%20JESY%20XIMENA-MED.pdf>

42. Hernández Guzmán M. Prevalencia de cesárea y factores asociados en primigestas en el Hospital General de Zona no. 20 «La Margarita» [Internet]. [Mexico]: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla; 2020 [citado 8 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://repositorioinstitucional.buap.mx/handle/20.500.12371/13924>

43. Nedberg IH, Rylander C, Skjeldestad FE, Blix E, Ugulava T, Anda EE. Factors Associated with Cesarean Section among Primiparous Women in Georgia: A Registry-based Study. J Epidemiol Glob Health. diciembre de 2020;10(4):337-43.

UCUENCA

44. Contreras Sierra CV. Incidencia de cesárea en primigestas ingresadas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional Asunción de Juigalpa, Chontales, Julio 2016 a Junio 2017 [Internet]. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua; 2018 [citado 8 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://repositorio.unan.edu.ni/16673/>
45. Joshi S, Rai R, Banu R, G. J. Analysis of incidence of caesarean sections in primigravida. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol.* abril de 2021;10(4):1433. DOI: <https://dx.doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20211115>
46. Mehedi S, Al-Diwan J, Al-Hadithi T. Cesarean Section Rate in a Sample of Primigravida Women in the Public Maternity Hospital in Erbil City, Iraq. *Int J Womens Health Reprod Sci.* 1 de abril de 2018;6:150-3. DOI: 10.15296/ijwhr.2018.25
47. Echajaya R, Obando J. Prevalencia de cesáreas en gestantes atendidas en el Hospital Militar Central durante el periodo de enero a diciembre del 2018. Lima; 2018. [citado 15 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/10622/Echajaya_sr.pdf?sequence=1&isAllowed=y

9. ANEXOS

9.1 ANEXO N.1. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Edad	Tiempo en años que una persona ha vivido desde su nacimiento.	Ordinal	Años cumplidos establecidos en el formulario.	10-19 años 20-29 años 30-39 años +40 años
Estado Civil	Situación afectiva y legal entre dos personas reconocidas por las leyes ecuatorianas.	Nominal	Condición legal	Soltero Casado Viudo Divorciado Unión libre

UCUENCA

Nivel de Instrucción	Grado más alto de escolaridad en una institución formal.	Ordinal	Años de educación aprobados en una institución	Primaria Secundaria Superior Sin estudios
Ocupación	Actividad a la que se dedica una persona de forma rutinaria.	Nominal	Actividad que realiza	Empleado público Empleado privado Estudiante Desempleado QQDD
Residencia	Lugar donde habita habitualmente en los últimos años.	Nominal	Lugar donde reside	Urbana Rural
Procedencia	Lugar de nacimiento.	Nominal	Lugar de origen	Local Otra provincia

UCUENCA

Paridad	Número total de embarazos que ha tenido una mujer, incluyendo abortos.	Ordinal	Antecedentes registrados en el formulario 051/AS400.	Primigesta Secundigesta Multípara Gran multípara
Número de controles prenatales	Visitas al médico para observar la evolución del embarazo.	Ordinal	Número de veces que fue atendido por un profesional de salud..	Escala numérica
Edad gestacional	Semanas de gestación desde el primer día de la última menstruación hasta la finalización del embarazo.	Ordinal	Número de semanas que duró el embarazo	Escala numérica
Parto	Proceso final de la gestación por el cual la mujer	Nominal	Procesos registrados en el formulario 051/AS400.	Parto natural Cesárea

UCUENCA

	expulsa al feto y la placenta.			
Tipo de Cesárea	Procedimiento quirúrgico que permite la salida de un feto, dependiendo de la urgencia.	Nominal	Elección del profesional para culminar el embarazo dependiendo del estado de salud de la paciente	Emergencia Urgencia Electiva

UCUENCA

<p>Causa de Cesárea</p>	<p>Situación que determina la conclusión del embarazo</p>	<p>Nominal</p>	<p>Evento que desencadenó una falla en el parto por vía vaginal</p>	<p>Maternas: parto previo por cesárea, trastornos hipertensivos, cirugía previa, anomalías placentarias, solicitud materna, traumatismos perineales, deformidad pélvica, infección, cesárea perimortem, tumores obstructivos.</p> <p>Materno-fetal: desproporción cefalopélvica, parto vaginal operatorio fallido.</p> <p>Fetales: estado fetal no</p>
-------------------------	---	----------------	---	--

UCUENCA

				tranquilizador, presentación anómala, macrosomía, anomalía congénita.
--	--	--	--	--

UCUENCA

9.2 ANEXO N.2. FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

DATOS GENERALES

Formulario número: _____ Fecha de recolección de datos: _____

Código de historia clínica: _____

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Edad: _____

Estado civil: Soltero () Casado () Viudo () Divorciado () Unión libre ()

Nivel de instrucción: Primaria () Secundaria () Superior () Sin estudios ()

Ocupación: Empleado Público () Empleado privado () Estudiante () Desempleado () QQDD ()

Residencia: Urbana () Rural ()

Procedencia: Local () Otra provincia _____

DATOS RELACIONADOS A LA GESTACIÓN

Paridad: _____

Controles prenatales: _____

Edad Gestacional: _____

Vía de terminación del parto: Parto natural () Cesárea ()

Tipo de Cesárea: Emergencia () Urgencia () Electiva ()

UCUENCA

Causa de cesárea: Materno () _____
_____ Fetal () _____

Materno - Fetal ()

Recursos Materiales	
Materiales y Suministros	
Impresiones	\$40
Esferos	
Operativos	
Transporte	\$250
Internet	
Anillado	
Software (SPSS)	
Materiales Humanos	

UCUENCA

Autores

Director