



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CENTRO DE POSGRADOS**

**PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A CESAREA PRIMITIVA.
HOSPITAL JOSE CARRASCO ARTEAGA, 2019**

Tesis previa a la obtención del
título de Especialista en
Ginecología y Obstetricia

Autora: Md. Fanny Piedad Coronel Barbecho
CI: 0104259767
Correo: fannyco984@hotmail.com

Director: Dra. Elizabeth Patricia Espinoza Rojas
CI: 0104988795

Asesor: Dra. Zoila Katherine Salazar Torres

Cuenca – Ecuador

20-mayo-2021



RESUMEN:

Antecedentes: la prevalencia de cesárea se ha incrementado a nivel mundial en los últimos 50 años, actualmente es alrededor del 30% en comparación con un 5% en los años 60.

Objetivo: establecer la prevalencia y factores asociados a cesárea primitiva, Hospital José Carrasco Arteaga, año 2019.

Metodología: se trata de un estudio transversal. La muestra conformó 267 gestantes que cumplieron con los criterios de inclusión. Los datos fueron analizados en el programa SPSS 25, las variables de estudio fueron presentadas en porcentaje, el factor asociado se estableció con valores de Razón de Prevalencias con intervalo de confianza del 95%, se aceptó la hipótesis con valor $p < 0,05$.

Resultados: la prevalencia de cesárea primitiva fue 49,06%, 63,67% fueron adultas jóvenes, 53,93% casadas, 59,55% de residencia urbana, 43,45% secundaria y 60,67% empleadas. El sobrepeso representó 54,31% y el 80,9% tuvo una gestación a término. Las condiciones desfavorables fueron 17,9% estado fetal no tranquilizador, distocia fetal 13% y materna 8.6%, la obesidad como comorbilidad fue 35,2% y los factores asociados con significancia estadística fueron: estado fetal no tranquilizador (RP= 2,6, $p = 0,000$), distocia fetal (RP= 2,4, $p = 0,000$), distocia materna (RP= 2,2, $p = 0,000$) y preeclampsia (RP = 1,91; $p = 0,000$)

Conclusiones: la prevalencia de cesárea primitiva fue 49,06%, la mayoría fueron adultas jóvenes, la finalización del embarazo fue a término, y los factores asociados fueron: estado fetal no tranquilizador, distocia fetal y materna y preeclampsia.

Palabras clave: Cesárea. Factores de riesgo. Prevalencia. Distocia. Sufrimiento fetal.



ABSTRACT:

Background: the prevalence of cesarean section has increased worldwide in the last 50 years, currently it is around 30% compared to 5% in the 60s.

Objective: to establish the prevalence and factors associated with primitive cesarean section, Hospital José Carrasco Arteaga, year 2019.

Methodology: this was a cross-sectional study. The sample consisted of 267 pregnant women who met the inclusion criteria. The data were analyzed in the SPSS 25 program, the study variables were presented in percentage, the associated factor was established with values of Prevalence Ratio with 95% confidence interval, the hypothesis was accepted with p-value < 0.05.

Results: the prevalence of primitive cesarean section was 49.06%, 63.67% were young adults, 53.93% married, 59.55% urban residence, 43.45% high school and 60.67% employed. Overweight represented 54.31% and 80.9% had a full-term pregnancy. The unfavorable conditions were 17.9% non-reassuring fetal status, 13% fetal dystocia and 8.6% maternal dystocia, obesity as comorbidity was 35.2% and the associated factors with statistical significance were: non-reassuring fetal status (PR= 2.6, p = 0.000), fetal dystocia (PR= 2.4, p = 0.000), maternal dystocia (PR= 2.2, p = 0.000) and preeclampsia PR= 1.91, p = 0.000).

Conclusions: the prevalence of primitive cesarean section was 49.02%, the majority were young adults, the termination of pregnancy was at term, and the associated factors were: non-reassuring fetal status, fetal and maternal dystocia and preeclampsia.

Key words: Cesarean section. Risk factors. Prevalence. Dystocia. Fetal distress.



Contenido

RESUMEN:.....	2
ABSTRACT:	3
Contenido.....	4
.CAPÍTULO I.....	10
1. INTRODUCCIÓN:	10
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
1.2. JUSTIFICACIÓN	13
CAPÍTULO II.....	15
2. FUNDAMENTO TEÓRICO	15
2.1. Definición	15
2.2. Historia	15
2.3. Tipos de cesárea	15
2.4. Indicaciones de Cesárea.....	16
2.5. Causas frecuentes de cesárea según tipo de indicación.....	17
2.6. Distocias.....	17
2.7. HIPÓTESIS:	19
CAPÍTULO III	21
3.1. Objetivo general.....	21
3.2. Objetivos específicos.....	21
CAPÍTULO IV	22
4. DISEÑO METODOLÓGICO	22
4.1. Tipo de Estudio	22
4.2. Área de Estudio	22



4.3. Universo y muestra 22

4.4. Criterios de inclusión y exclusión 23

4.5. Variables 23

4.6. Métodos, técnicas e instrumentos..... 23

4.6.1. Método..... 23

4.6.2. Técnica..... 24

4.6.3. Instrumentos..... 24

4.7. Supervisión 24

4.8. Plan de tabulación y análisis 24

4.9. Aspectos Éticos: 24

CAPÍTULO V 26

5. RESULTADOS..... 26

CAPÍTULO VI 30

6. DISCUSIÓN..... 30

CAPÍTULO VII..... 34

7. Conclusiones y recomendaciones. 34

7.1. Conclusiones..... 34

7.2. Recomendaciones..... 34

8. BIBLIOGRAFIA 36

9. ANEXOS 40

9.1. Anexo 1: Operacionalización de variables..... 40

9.2. Anexo 2: Cronograma de trabajo 42



Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

Fanny Piedad Coronel Barbecho, en calidad de autor/a y titular de los derechos morales y patrimoniales de la tesis "**PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A CESAREA PRIMITIVA. HOSPITAL JOSE CARRASCO ARTEAGA, 2019**", 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 la tesis en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 20-mayo.2021

Fanny Piedad Coronel Barbecho

C.I: 0104259767



Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

Fanny Piedad Coronel Barbecho, en calidad de autor/a y titular de los derechos morales y patrimoniales de la tesis "**PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A CESAREA PRIMITIVA. HOSPITAL JOSE CARRASCO ARTEAGA, 2019**", 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 la tesis en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 20-mayo.2021

Fanny Piedad Coronel Barbecho

C.I: 0104259767



DEDICATORIA

Dedico esta tesis a mi querido esposo Henry, y agradezco a Dios por haberlo puesto en mi camino, por ser la persona que me apoyo estos tres años, sin ti no lo hubiera logrado, gracias por tanto amor; de igual manera a mis hijos Ismael y Camila, ustedes han sido mi inspiración para continuar día a día, para conseguir esta meta.

A mi familia, mi madre Leticia y a mis hermanos Alicia, Hugo y Martha, quienes han sido mi apoyo desde siempre, ustedes conocen las adversidades de nuestras vidas, sin ustedes no hubiera llegado donde estoy, gracias por todo.

A toda la familia de mi esposo, por aportar con un granito de arena, en especial a José y Mariana, por ser las mejores personas que he conocido, gracias por todo el cariño.



AGRADECIMIENTO

A mi directora, Dra., Elizabeth Espinoza y asesora Dra. Katherine Salazar por brindar su conocimiento y orientación durante el desarrollo de esta tesis.

Al Hospital José Carrasco Arteaga, por la apertura brindada para obtener la información necesaria.

Gracias



.CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN:

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cesárea es la cirugía que con más frecuencia se practica (1).

Estudios del 2014 indican que en el mundo en las últimas dos décadas hubo un crecimiento anual de cesárea de 1 %, por ejemplo en África 3,5 %; Sudáfrica 15,9 %, Egipto de 11,4 % y Túnez de 8 %. en Asia 15,9 %, China (40,5 %), Hong Kong (27,4 %) y en el Líbano (23,3 %), comparando con el continente europeo 19%, siendo Italia el primer lugar con 36,5 %, Portugal 30 %. En América Latina y el Caribe 29,2 %, con cifras más elevadas en México (39,1 %), Brasil (36,7 %), República Dominicana (31,3 %) y Chile (30,7 %) (2).

La justificación médica para realizar una cesárea es la presencia de factores de riesgo que pueden poner en peligro la vida de la madre o del niño en un parto normal. Debido a que la prevalencia de cesárea aumenta, aproximadamente un 15 a 33 % en los últimos 25 años, los riesgos de morbilidad materna también se elevan y puede comprometer el futuro obstétrico de la mujer, así como los resultados perinatales, pues los nacidos por cesárea tienen dos veces más probabilidad de morir en el periodo neonatal (3).

Con el alto índice de cesáreas en los últimos años, se ve necesario realizar estudios encaminados a identificar factores relacionados con este proceder quirúrgico para crear estrategias que disminuyan este indicador, así como la morbilidad materna y perinatal, es por ello que decidí realizar este estudio para describir el comportamiento de algunas variables relacionadas con la cesárea primitiva en pacientes operadas en el Hospital José Carrasco Arteaga.

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se debe realizar cesáreas con indicación médica que no sobrepase el 15% (4).



Existe una diferencia marcada en las recomendaciones sobre la indicación de la cesárea entre las diferentes asociaciones de obstetras: la ACOG indica que ante la ausencia de información significativa en los riesgos y beneficios de la cesárea, si el médico cree que promueve la salud y el bienestar de la paciente y su feto, está éticamente justificada; en cambio, la FIGO afirma que no existe evidencia suficiente sin razones médicas de un beneficio para realizarla (5).

De acuerdo con el boletín Evaluación de tecnologías sanitarias del Ministerio de Salud, en 2014, en América Latina el porcentaje de cesáreas fue 38% (6).

En una nueva declaración, la OMS recalca la importancia de las necesidades de individualizar al paciente y establecer metas con respecto a la tasa de cesáreas (7).

Essien y cols., (8) en su estudio descriptivo, Hospital "Ana Betancourt de Mora", con 493 mujeres embarazadas que terminaron en parto por cesárea primitiva, encontró sus indicaciones: sufrimiento fetal agudo 44,21 %, disdinamia 19,26 % y la mala presentación fetal 17,84 %.

Millán M, (3) realizó un estudio en el Hospital Carlos Manuel de Céspedes de Bayamo, donde ocurrieron 2122 nacimientos, con 694 cesáreas primitivas (32,7 %), y encontró que se relaciona con las condiciones cervicales desfavorables (35,88%).

Díaz y cols., (9) en 2015, realizó un estudio observacional descriptivo en el Hospital Dr. Antonio Luaces Iraola, con 3001 partos cuya muestra fue 1048 cesáreas primitivas (34.9%), las principales causas fueron: estado fetal intranquilizante 36.0%, desproporción cefalopélvica 16.0%, presentación pelviana 8.49%, oligohidramnios 7.53%, preeclampsia grave 6,20%

Hernández y cols., (10) indica en su estudio descriptivo transversal acerca del comportamiento de la cesárea primitiva en el Hospital "Alberto Fernández Valdés" en Cuba, desde julio 2012- septiembre 2013, encontrando una prevalencia de 34,9 %, siendo las malas condiciones obstétricas el 29,9 %, estado fetal intranquilizante 14,2 % y desproporción céfalo-pélvica 14,2 %.



En Ecuador, en 2015, según el boletín Nacimiento por cesárea del MSP 2012-2015 muestra que en el MSP la prevalencia de cesárea corresponde al 34,8% y en el hospital José Carrasco Arteaga al 55,1% (11).

La tasa de cesáreas ha aumentado drásticamente en los últimos años, y llegando a ser un factor importante en países desarrollados y subdesarrollados, por lo que se recomienda mayor ahínco en las posibles consecuencias de la misma en la salud materno-fetal (12), dentro de las indicaciones de cesárea primitiva subjetivas se encuentran el rastreo fetal no tranquilizador y el fracaso en el progreso en la fase latente del parto (13).

El incremento de esta tasa se asocia proporcionalmente a la edad materna, y a su vez, mientras más joven es la adolescente, mayor es la incidencia de desproporción cefalopélvica, constituyendo una causa importante de partos operatorios, aunque no un factor indicativo para cesárea (14).

Según datos demográficos de salud sexual y reproductiva del MSP e INEC, las cesáreas se ampliaron en el Ecuador en alrededor del 60% alrededor de 8 años (15).

Otros factores asociados a cesárea primitiva y como complicación grave de la preeclampsia es el síndrome HELLP, según Labarca L y cols., (16) indica que el 42,34% de mujeres con esta patología fueron primíparas y que la vía de parto por cesárea fue del 74,77%.

Existen un sinnúmero de comorbilidades maternas relacionadas con la cesárea, la obesidad es una de ellas, pues con respecto a la ganancia de peso en relación al IMC, se observó que la probabilidad de cesárea con un peso ganado por arriba de las recomendadas corresponde a 36% en sobrepeso y 34.62 en obesidad, con aumento de la probabilidad en 6.27 y 9.62 respectivamente (17).

Por esta razón se plantea realizar un estudio acerca de la prevalencia y factores asociados a cesárea primitiva, ya que, con los antecedentes a nivel mundial y latinoamericano esta cifra va en aumento al par con los embarazos adolescentes que constituyen factores de riesgo para terminación del embarazo por vía alta. En



tales circunstancias es necesario hacer un análisis cuantitativo y cualitativo con las muestras que se tomaran de un número de pacientes y en un determinado tiempo, para evidenciar y determinar algunos de estos rasgos asociados a la primera cesárea, a más de determinar alguna tendencia en porcentajes de incidencia. Por lo cual nos planteamos la siguiente pregunta:

¿Cuál es la prevalencia y factores asociados a cesárea primitiva en pacientes con labor de parto que acude al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital José Carrasco Arteaga durante el año 2019?

1.2. JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo de investigación se encuentra enmarcado en las prioridades de investigación en salud, 2013- 2017, del MSP, dentro del área “materna” en la línea de investigación “obstrucción de la labor” y “sublínea complicaciones y secuelas” y a la vez dentro de la línea de investigación de la universidad de Cuenca “ Salud sexual y reproductiva” y que a la vez corresponde a líneas de investigación de cursos de posgrado de Ginecología, dentro de esto morbilidad y mortalidad en ginecología y obstetricia.

Este estudio determina cifras que brindarán un aporte teórico-practico para nuevos conocimientos como resultado de un proceso investigativo, estos podrán ser aceptados y analizados por diferentes entidades y comunidad médica.

Con la identificación de la prevalencia y los factores asociados a cesárea primitiva se puede llegar a establecer programas de proceder para el manejo adecuado de la misma con el fin de obtener una mejora en los recursos logísticos e insumos de esta casa de salud, teniendo un impacto económico totalmente favorable, estos nuevos recursos se podrán destinar o implementar en otras actividades.

Por lo tanto, la población beneficiaria a futuro, serán las nuevas gestantes que acudirán para atención de su parto, ya que nos permitirá como una herramienta útil,



examinar aciertos y debilidades en la toma de decisiones, además orientar como incidir en mejorar el comportamiento al momento de establecer la vía de terminación del embarazo.

Este trabajo de investigación tendrá un beneficio en busca del conocimiento de los factores de riesgo con el fin de proporcionar un adecuado manejo de la paciente para una satisfacción profesional y personal.



CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1. Definición

Cesárea es un procedimiento quirúrgico a nivel abdominal de la madre para extraer el producto de la concepción, que permite salvar vidas humanas (1).

2.2. Historia

Su origen, en época del emperador romano Julio César, menciona que la mujer embarazada que fallecía no podía ser enterrada con el feto, y se le practicaba una cirugía similar a la que se hace hoy (18).

En 1793 se realizó la primera cesárea con éxito en Inglaterra, un año después en los Estados Unidos, en 1820 en Venezuela y en septiembre de 1877 en México (18).

2.3. Tipos de cesárea

Según el protocolo de cesárea del hospital Clinic Barcelona (19):

2.3.1. **Cesárea electiva:** en gestantes con patología materna o fetal que contraindique un parto vaginal (19).

2.3.2. **Cesárea en curso de parto:** se realiza durante el curso del parto por distintos problemas como desproporción pélvico fetal, inducción del parto fallida, distocia de dilatación o descenso y parto estacionado; sin riesgo inminente para la madre ni para el feto (19).

2.3.3. **Cesárea urgente:** se realiza rápidamente como consecuencia de una patología aguda grave de la madre o del feto, con riesgo vital materno-fetal o del pronóstico neurológico fetal (19).



2.4. Indicaciones de Cesárea

2.4.1. Cesárea electiva: presentación de nalgas, situación transversa u oblicua, macrosomía fetal, placenta previa, infecciones maternas (gestantes portadoras de condilomas acuminados que afecten el canal blando, pacientes VIH+, afectas de herpes genital), cesárea iterativa, antecedentes de miomectomía, cesárea previa con incisión uterina corporal vertical o clásica o histerotomía transversa ampliada en “T”, compromiso fetal que contraindique la inducción-monitorización de la FCF del parto, patología médica materna (cardiopatía, riesgo de evento cerebro vascular), y en algunos casos de prematuridad y gestaciones múltiples (19).

2.4.2. Cesárea en curso de parto:

2.4.2.1. Fracaso de inducción: tras 12 horas de oxitocina endovenosa, no se hayan alcanzado condiciones establecidas de parto cuando la maduración cervical no se produce adecuadamente (19). Pjantar, demostró que el factor más importante de respuesta cervical era el borramiento del cuello (20).

2.4.2.2. Parto estacionado: en condiciones de trabajo activo de parto han transcurrido más de 3 horas sin progresión de la dilatación o borramiento) (19).

2.4.2.3. Desproporción pelvifetal: el punto guía de la presentación no llegue al tercer plano tras un periodo de tiempo, con una dilatación completa, dinámica activa y pujos activos (19).

2.4.3. Cesárea Urgente o Emergente: se incluyen: sospecha o pérdida de bienestar fetal, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, prolapso de cordón, ruptura uterina(19).

2.4.3.1. Sufrimiento fetal: la introducción de la cardiotocografía ha elevado el indicador de cesárea pues se ha observado una libertad de los médicos en realizarla cuando se altera alguno de los componentes del monitoreo; en un estudio reciente, la ACOG refirió que al mostrar 50 trazados de CTG a 50 médicos diferentes, solo 22 % coincidió, dos meses después se mostraron los mismos trazados a los mismos médicos y solo 1 de cada 5 concordó con



el resultado anterior; también señaló 99 % de falsos positivos, razón por la cual se puede decir que el monitoreo fetal es un indicativo de cesárea con baja sensibilidad (20).

2.5. Causas frecuentes de cesárea según tipo de indicación

2.5.1. Maternas: cesárea anterior, hemorragia ante parto, tumor previo, cáncer cérvico-uterino, síndrome hipertensivo severo, ruptura uterina, trombocitopenia autoinmune severa, herpes genital activo, inducción fracasada, placenta previa, Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (21).

2.5.2. Fetales: anomalía de presentación o posición, monitorización intraparto no tranquilizadora, anomalías fetales, prolapso del cordón, prevención de distocia de hombro, parto prematuro extremo, embarazo gemelar con distocia de presentación, retardo del crecimiento intrauterino severo (21).

2.5.3. Mixta: desproporción céfalo-pélvica (21).

2.6. Distocias

Son situaciones de estados fetales o maternos que aumentan el riesgo para la madre o el feto y que a su vez constituyen factores para realización de cesárea, ya sea de causa absoluta o relativa y, maternas y/o fetales (21).

2.6.1. Distocias Maternas

2.6.1.1. De tejidos blandos: de los tejidos musculo aponeuróticos que entran en contacto con el polo fetal durante el trabajo de parto: anexos del cuerpo uterino, del cuello, la vagina, la vulva o el periné (22).

2.6.1.2. De anexos: miomas uterinos del segmento inferior, y cara posterior, quistes ováricos pediculados (22).

2.6.1.3. Cervicales, vaginales y vulvares: cicatrices cervicales posteriores a desgarros cervicales anteriores, cirugías (conizaciones o amputaciones y cauterizaciones), edema del cuello provocado por maniobras traumáticas



durante la labor; entre distocias vaginales y vulvares tenemos cirugías vaginales, condilomatosis vulvovaginales o perineales (22).

2.6.1.4. Por anomalías de los anexos ovulares: brevedad del cordón o cordón demasiado corto que puede ocasionar un abrupto placentario; circular del cordón puede provocar desaceleraciones variables en el monitoreo fetal durante el trabajo de parto asociadas a signos de sufrimiento fetal sin causa aparente, o falta del descenso de la presentación (22). Finalmente el procúbito (membranas intactas) y procidencia (membranas rotas) del cordón, es cuando éste se convierte en la parte que se presenta en el estrecho superior, constituyen una emergencia obstétrica pues se acompaña de alta mortalidad fetal (22).

2.6.1.5. Por anomalías de la placenta: placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta y la insuficiencia placentaria, de todas estas, la única que puede elegirse como cesárea electiva constituye la placenta previa sin sangrado, y las otras constituyen verdaderas urgencias (22).

2.6.2. Distocias Fetales

Son ocasionadas por varias situaciones y pueden considerarse como absolutas y relativas (22).

2.6.2.1. Absolutas: aquellas que no permiten el nacimiento vaginal sin poner en riesgo la vida materna o fetal y es necesario culminar en cesárea, estas son:

Situación transversa: cuando el eje longitudinal del feto es perpendicular al eje longitudinal materno, ocurre en 1 de cada 300 partos, y se atribuye a la prematuridad, multiparidad, tumores uterinos, úteros con alteraciones anatómicas, inserción baja de placenta y fetos con malformaciones o tumores (22).

Macrosomía fetal: corresponde a 5% de los recién nacidos, cuyo peso es mayor a 4.000 gramos, puede causar distocia del estrecho superior al no permitir el descenso y el encajamiento, o en el estrecho inferior, dando origen



a la distocia de hombros, se considera como causa de desproporción fetopélvica (22)

Hidrocefalia: puede ser por factores genéticos, infecciones virales y congénitas del sistema nervioso central (22).

Los gemelos unidos o siameses ocurren 1 por 25.000 partos (22).

Las modalidades de bregma, frente y cara: son aquellas en las cuales se pierde la actitud fetal normal de flexión de la cabeza, y altera los diámetros cefálicos que se van a presentar en el estrecho superior de la pelvis, se asocian con desproporción cefalopélvica, prematuridad y ruptura prematura de las membranas (22).

2.6.2.2. **Relativas:** son aquellas que no necesariamente evitan el nacimiento vaginal, constituyen:

Presentación de pelvis: se asocia con prematurez, malformaciones fetales, miomatosis uterina y placenta previa, constituye alrededor de 2–4 % de los nacimientos; ha sido la indicación para la cesárea en la que más investigaciones han coincidido respecto a los beneficios que proporciona esta operación programada en relación con el parto vaginal (20). La cesárea programada es más segura en este caso aunque existen más complicaciones para las madres (23).

Mala posición fetal: deben hacer sospechar de desproporción feto pélvica e incluyen: occipito posterior persistente (10 a 15%), asinclitismo (22).

Distocia de hombros: relacionado con macrosomía fetal (22).

2.6.3. **Otras Distocias:** infecciones como HIV, las recomendaciones deben ajustar las decisiones según las condiciones de cada paciente; sin embargo, con una carga viral reciente mayor de 1.000 copias puede estar indicada la cesárea por mayor probabilidad de transmisión perinatal (22).

2.7. HIPÓTESIS:

La prevalencia de cesárea primitiva en gestantes con labor de parto con edad entre 15 a 45 años ingresadas en el departamento de obstetricia del hospital José Carrasco Arteaga es mayor al 15% y está asociada a factores como estado fetal no



tranquilizador, distocias maternas, distocias fetales, preeclampsia, síndrome HELLP y oligohidramnios, comparada con aquellas pacientes que no poseen estos factores.



CAPÍTULO III

3.1. Objetivo general

Establecer la prevalencia y factores asociados a cesárea primitiva en gestantes con labor de parto de 15 a 45 años que ingresan al departamento de obstetricia del hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca, periodo enero-diciembre 2019.

3.2. Objetivos específicos

1. Describir las características sociodemográficas y clínicas, como: edad, estado civil, residencia, instrucción, ocupación, estado nutricional, número de gestas, número de partos y edad gestacional.
2. Determinar la presencia condiciones desfavorables: como estado fetal no tranquilizador, distocias maternas/fetales y comorbilidad materna.
3. Establecer la asociación entre cesárea primitiva y estado fetal no tranquilizador, distocias maternas, distocias fetales, preeclampsia, síndrome HELLP y oligohidramnios.



CAPÍTULO IV

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. Tipo de Estudio

El presente estudio fue analítico de corte transversal, porque se recolectaron simultáneamente los datos que nos ayudaron para la investigación de las causas desencadenantes como factores asociados de la cesárea primitiva, y se recogió la muestra en un periodo determinado de tiempo.

4.2. Área de Estudio

El estudio se llevó a cabo en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital José Carrasco Arteaga ubicado en la ciudad de Cuenca, en la avenida 24 de mayo y vía Rayoloma.

4.3. Universo y muestra

Para el cálculo del tamaño de la muestra se consideró una población de 1775 partos ocurridos en el año 2018 en el Hospital José Carrasco Arteaga, el 8% corresponde al factor menos frecuente de cesárea primitiva (presentación pelviana) (9), el nivel de confianza fue del 95%, con un margen de error del 3%.

Fórmula

$$n = \frac{N \times q \times p \times z^2}{(N - 1) \times e^2 + p \times q \times z^2}$$

$$n = \frac{1775 \times 0.92 \times 0.08 \times 1.96^2}{(1775 - 1) \times 0.03^2 + 0.08 \times 0.92 \times 1.96^2}$$



n = 267,05

Por lo tanto, la muestra estuvo constituida por 267 historiales clínicos de pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, y fueron seleccionados por muestreo probabilístico aleatorio simple.

4.4. Criterios de inclusión y exclusión

4.4.1. Criterios de inclusión: Historias clínicas de pacientes que ingresaron en labor de parto al área de Gineco-obstetricia y que fueron sometidas a cesárea por primera vez, a partir de las 22 hasta las 42 semanas de gestación, de 15 a 45 años.

4.4.2. Criterios de exclusión: historias clínicas incompletas, y por causa ajenas a labor de parto y pacientes con comorbilidades no asociadas a la gestación como cardiopatías, nefropatías, enfermedades neurológicas, que ingresaron al área de Ginecología y obstetricia.

4.5. Variables

Dependiente: cesárea primitiva.

Independiente: edad, peso, talla, estado civil, residencia, instrucción ocupación, estado nutricional, paridad, edad gestacional, cesárea, causas de cesárea, distocia materna, distocia fetal, comorbilidades (Hipertensión arterial crónica, Diabetes gestacional, Hipotiroidismo, Obesidad), Anexo 2

4.6. Métodos, técnicas e instrumentos

4.6.1. Método

Luego de la aprobación del proyecto de tesis por parte del comité académico de la especialidad de Ginecología y Obstetricia, comité de bioética y de la Coordinación de Investigación del Hospital José Carrasco Arteaga, se realizó un muestreo probabilístico aleatorio simple de las historias clínicas de las pacientes que



cumplieron los criterios de inclusión y que ingresaron en labor de parto al servicio de ginecología y obstetricia del hospital José Carrasco Arteaga.

4.6.2. Técnica

Observacional o documental

4.6.3. Instrumentos

La información se recolectó de los historiales clínicos de las pacientes que acudieron a labor de parto registrados en el sistema AS400.

4.7. Supervisión

El presente trabajo de investigación fue supervisado por el director de tesis Dra.: Elizabeth Patricia Espinoza Rojas y asesor: Dra. Zoila Katherine Salazar Torres.

4.8. Plan de tabulación y análisis

Los datos fueron analizados en el programa SPSS 25, las variables de estudio fueron presentadas en porcentaje, el factor asociado se estableció con valores de Razón de Prevalencias con intervalo de confianza del 95% y se aceptó la hipótesis con valor $p < 0,05$.

4.9. Aspectos Éticos:

En el presente estudio se realizó utilizando los principios de las leyes y reglamentos del Ecuador que defienden al individuo y se aseguran la total confidencialidad de los datos obtenidos, los cuales únicamente se emplearon para esta investigación. Además, se consideró la declaración de Helsinki (Sexta Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013), por ello este estudio, para su elaboración recibió la aprobación de la Comisión Académica de Posgrado y del Comité de Bioética de la



Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, así como a la Coordinación de Investigación del Hospital José Carrasco Arteaga.

Para garantizar la confidencialidad de la información recolectada se guardó absoluta reserva y únicamente el investigador del estudio tuvo acceso a dicha información, y al tratarse de un estudio de fuentes secundarias, no hubo riesgo para las pacientes y no existió beneficios directos para las participantes, pero con los resultados se esperará beneficios a futuro.



CAPÍTULO V

5. RESULTADOS

Se levantó información de 267 historias clínicas de mujeres que ingresan al departamento de gineco-obstetricia del hospital José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca, en edades comprendidas entre los 15 y 45 años, de donde se evidenciaron los siguientes resultados:

Tabla 1. Prevalencia de cesárea primitiva en usuarias del hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca – 2019.

		n	%
Cesárea	Si	131	49,06
	No	136	50,94
Total		267	100,00

En la tabla 1, se indica que la prevalencia de cesárea primitiva en el hospital José Carrasco Arteaga durante el año 2019 fue del 49,06%.



Tabla 2. Características sociodemográficas y clínicas. Hospital José Carrasco Arteaga, periodo 2019.

Características sociodemográficas y clínicas		n = 267	100%
Grupos de edad	Adolescente	6	2,25
	Plena juventud	45	16,85
	Adulta joven	170	63,67
	Adulta mayor	46	17,23
Estado Civil	Soltera	56	20,97
	Casada	144	53,93
	Divorciada	4	1,50
	Unión libre	63	23,60
Residencia	Urbano	159	59,55
	Rural	108	40,45
Instrucción	Ninguno	2	0,75
	Primaria	44	16,48
	Secundaria	116	43,45
	Superior	105	39,33
Ocupación	QQDD	35	13,11
	Empleada	162	60,67
	Estudiante	10	3,75
	Otros	60	22,47
Estado Nutricional	Normal	28	10,49
	Sobrepeso	145	54,31
	Obesidad 1	73	27,34
	Obesidad 2	20	7,49
Edad gestacional	Obesidad 3	1	0,37
	Inmaduro	3	1,12
	Prematuro o pretérmino	48	17,98
	Recién nacido a término	216	80,90

*Edad media 29,4 ($\pm 5,2$ años)

*Promedio de edad gestacional 38 semanas ($\pm 3,3$ días)

*Promedio gestaciones 2 (± 1 gestación)

*Promedio de número de partos 1,2 ($\pm 1,2$ partos)

En la tabla 2, se observa que alrededor de 6 de cada 10 mujeres fueron adultas jóvenes (25 a 34 años), el 53,93% eran casadas, 59,55% de residencia urbana, con nivel de instrucción secundaria con 43,45%, la ocupación como empleada 60,67%. Mas de la mitad de las pacientes se encontraba con sobrepeso (54,31%) y la edad gestacional de 38 semanas para finalización del embarazo fue del 80,9%.



Tabla 3. Condiciones desfavorables de las participantes de estudio. Hospital José Carrasco Arteaga, periodo 2019.

Condiciones desfavorables de las participantes del estudio		n	%
Estado fetal no tranquilizador	No	219	82,0
	Si	48	18,0
	Total	267	100,0
Distocia materna	No	244	91,4
	Si	23	8,6
	Total	267	100,0
Tipos de Distocia Materna	Ninguna	244	91,4
	Desproporción cefalopélvica	11	4,1
	Tejidos blandos	12	4,5
	Total	267	100,0
Distocia fetal	No	232	86,9
	Si	35	13,1
	Total	267	100,0
Tipos de Distocia fetal	Ninguna	232	86,9
	Situación transversa	2	0,7
	Presentación pélvica	8	3,0
	Mala posición fetal	3	1,1
	Macrosomía fetal	3	1,1
	Desproporción cefalopélvica	16	6,0
	Distocia funicular	1	0,4
	Malformación fetal	2	0,7
	Total	267	100,0
Comorbilidad	No	28	10,5
	Sobrepeso	145	54,3
	Obesidad	94	35,2
	Total	267	100,0

En la tabla 3, se puede observar que dentro de las condiciones desfavorables se encuentra primeramente el estado fetal no tranquilizador con 18%, seguido de la distocia fetal con 13%, en la cual destaca la DCP con 6%, mientras que la distocia materna se encuentra en 8.6%, siendo la más alta la distocia de tejidos blandos con 4.5%, mientras que la comorbilidad materna encontrada representada por la obesidad corresponde al 35,2%.



Tabla 4. Factores asociados a la cesárea primitiva de 267 pacientes en labor de parto en el hospital José Carrasco Arteaga, periodo 2019.

Cesárea primitiva					
	Si		No		RP (IC95%)
	n	%	n	%	Valor p
Estado fetal no tranquilizador					
Si	48	17,98	0	0,00	2,6 (2,2 – 3,1)
No	83	31,09	136	50,94	p = 0,000
Preeclampsia					
Si	20	7,49	3	1,12	1,91 (1,5 – 2,3)
No	111	41,57	133	49,81	p = 0,000
Distocia materna					
Si	23	8,61	0	0,00	2,2 (1,9 – 2,6)
No	108	40,45	136	50,94	p = 0,000
Distocia fetal					
Si	35	13,11	0	0,00	2,4 (2,0 – 2,8)
No	96	35,96	136	50,94	p = 0,000

En la tabla 4, se evidencia que existe una asociación estadísticamente significativa entre cesárea primitiva y los siguientes factores: estado fetal no tranquilizador RP= 2,6; (IC: 2,2 – 3,1), p=0,000, distocia fetal (RP= 2,4; (IC: 2,0 – 2,8), p = 0,000, distocia materna RP= 2,2; (IC: (1,9 – 2,6), p=0,000, y preeclampsia RP = 1,91; (IC: 1,5 – 2,3), p=0,000. No se encontraron casos con las variables Síndrome HELLP y Oligohidramnios, por lo tanto, no se considera factores asociados a cesárea primitiva.



CAPÍTULO VI

6. DISCUSIÓN

En el Hospital José Carrasco Arteaga, durante el año 2019, cumpliendo con la hipótesis planteada en mi estudio, la prevalencia de primera cesárea fue del 49,06%, en un estudio realizado por Millán M., (3) 2010, encontró el 32,7 %, mientras que Díaz y cols., (9) 2015, en su estudio evidencio un 34,9%, dato similar al encontrado por Hernández y cols., (10) 2013, quien manifiesta que la cesárea primitiva en un hospital de Cuba fue de 34,9 %. Comparando estos 3 estudios con mi estudio se puede observar que difiere ampliamente con un 15% aproximadamente.

Redondo A., (24) en un estudio transversal de 111 hospitales españoles, encontró la cesárea primitiva fue mayor en hospitales particulares (34,7%), en contraste con Ruiz J., (25) 2014, donde las pacientes con derecho al seguro social tuvieron mayor porcentaje de cesáreas respecto a las mujeres atendidas en hospitales públicos.

Manny A., (26) 2018 indica que según la OMS Brasil se encuentra con un 56%, Egipto con 51.8%, Turquía con 47,5%, Italia con 38.1%; con datos similares en América Latina, en Ecuador, 2015, según el Boletín nacimiento por cesárea del MSP 2012-2015 (11), el hospital José Carrasco Arteaga tuvo 55,1%, y el MSP 34,8%, con lo cual se puede evidenciar claramente que desde hace 5 años en el hospital del IESS de Cuenca la prevalencia de cesárea fue mayor que en el MSP.

Respecto a los factores sociodemográficos en este estudio se observa que 63,67% fueron mujeres adultas jóvenes (25 a 34 años), similar a los resultados de Manny A., (26) 2018, donde manifiesta una edad de 31 ± 4 años para cesárea primitiva, mientras que Condega y cols., (27) 2015, en la ciudad de Granada observó una edad entre 12 a 19 años, esta diferencia amplia respecto a mi estudio puede obedecer a factores sociales donde la falta de información sobre salud sexual y reproductiva conlleva a embarazo adolescente y por ende terminación del parto por cesárea.



Respecto a la edad gestacional el 80.9% fue a término, que concuerdan con los resultados de Manny A., (26) quien indica que fue de 38.5 semanas, y que a su vez contrasta con el estudio de Ruiz J, (25) en 2014, quien indica edades gestacionales entre 29 y 36 semanas con probabilidad del 57% de terminar en cesárea, lo cual puede ser de causa multifactorial, donde principalmente se incluye el control prenatal, puesto que si este no es adecuado el embarazo puede presentar complicaciones que requieran su terminación de forma temprana.

Con relación al estado civil el 53,93% eran casadas, 23,6% unión libre, 20,97 % eran solteras, datos que difieren de Rojas y cols., (28) en 2017 que en su estudio menciona 36.07 % fueron convivientes y el 30.33% casadas; también podemos ver en mi estudio que la secundaria fue mayor con 43%, seguido de superior 39.3%, y primaria tan solo 16%; con valores similares al estudio de Rojas y cols., (28) respecto a la secundaria 37,7 %, pero totalmente diferente en instrucción superior pues su estudio manifiesta que solo corresponde al 19,67%, y a su vez mis datos contrastan totalmente con el estudio de Chavarría y cols., (29) 2018 con respecto al nivel primario 37,7%.

Cerca de 60% pertenece a residencia urbana pero no se encontraron estudios que asocien la procedencia con el riesgo de cesárea primitiva.

Referente a la ocupación, mi estudio indica un 60,67% para empleada, en contraste con Chavarría y cols., (29) que manifiesta que el 88.7% eran ama de casa, pero concordando con Ruiz J, (25) quien en su artículo indica que la seguridad social contribuye como factor determinante para el incremento de las cesáreas en ciertas poblaciones (25), debido a que las pacientes con mayor nivel de instrucción tienen acceso a trabajos estables y puede beneficiarse de la seguridad social, mientras que las pacientes con nivel de instrucción más bajo no puede gozar de este derecho.

Más de la mitad de la población se encontraba con sobrepeso 54,31%, lo cual puede contribuir como un riesgo para cesárea como lo indica Fernández A, en 2016, (30)



quien evidencio una relación estadísticamente significativa entre la cesárea y el sobrepeso con un 26,1% (OR 1,48; IC95% 1,27-1,73).

Dentro de las condiciones desfavorables en mi estudio se encontró el estado fetal no tranquilizador (18%, que concuerda con los estudios de: Nelson JP, (31) 2017, donde se observó sufrimiento fetal 18,5%, y Hernández y cols, (10) indica 14,2%; no así, en este mismo estudio indica valores para DCP de 14.2%, mientras que en mi estudio se observó 6% para DCP como distocia fetal, en tanto que en Condega y cols., (27) indica que el 6.6% fue por distocia de presentación fetal contrastando totalmente con mi estudio que reporto un 13% para distocia fetal.

Comparando con Díaz y cols, (9) cuyas condiciones desfavorables en su estudio fueron: estado fetal intranquilizante 36.0%, desproporción cefalopélvica 16.0%, presentación pelviana 8.49%, en mi estudio se encuentran porcentajes totalmente diferentes con valores mucho menores aunque el estado fetal continua ocupando el primer lugar.

Así mismo Urbina C y cols, (32) 2017 en su estudio realizado en el Hospital de Lima, concluyen que las condiciones desfavorable en adolescentes fueron: sufrimiento fetal agudo 12.40%; distocia de presentación fetal 11.8%; cuyos datos son cercanos a mi estudio 18% y 13% respectivamente, aunque difiere de la población de mujeres, esto puede deberse a que las adolescentes no se encuentran en condiciones aptas para el embarazo y parto, el cual puede complicarse durante la labor y terminar en cesárea.

Por otro lado en mi estudio la distocia materna se encontró un 8.6%, siendo la más alta la distocia de tejidos blandos con 4.5%, concordando con Díaz y cols, (9) quien indica la distocia de tejidos blandos (4,49%), que a su vez concuerda con Millán M, (3) pero con valores mucho más elevados pues indica que las condiciones cervicales desfavorables (35,88%), mientras que Medina J, (33), en 2016 evidencio que la principal distocia materna es placenta previa. Así también en mi estudio la desproporción cefalopélvica materna fue 4.1%, difiriendo de Condega y cols., (27) quien muestra el 9.4%.



Se encontró que la obesidad como comorbilidad materna para cesárea fue del 35,2%, valores similares muestra López y cols., (17) 2014 indicando una relación del 22% para un peso normal y 32% para pacientes con sobrepeso y obesidad

Acerca de los factores asociados a cesárea primitiva todos los mencionados poseen valores estadísticamente significativos, en el caso de estado fetal no tranquilizador (RP= 2,6; IC: 2,2 – 3,1, $p = 0,000$), concuerda con el estudio de Huamán y cols., (34) 2018, donde se muestra una asociación entre cesárea y sufrimiento fetal agudo [$p=0,000$; RP: 2,68; (IC: 1,99-3,60)], de igual manera la distocia fetal en mi estudio (RP= 2,4; IC: 2,0 – 2,8; $p=0,000$) muestra datos similares con presentación fetal [$p=0,034$; RP: 2,14 (IC: 1,37-3,34)] y finalmente la distocia materna (RP= 2,2; IC:1,9 – 2,6, $p=0,000$), también coincide con dicho estudio donde manifiesta que existe una asociación significativa entre cesárea y desprendimiento prematuro de placenta [$p=0,039$; RP: 2,61 (IC: 1,73-3,94)] y placenta previa ($p=0,013$; RP: 2,71 (IC: 1,92-3,82)], mientras que difiere de Yousaf A, (35), 2018, quien indica que los factores asociados a cesáreas son: el prolapso del cordón umbilical, la edad y la obesidad materna, aunque no se dispone de datos estadísticos; y respecto a la preeclampsia en mi estudio muestra (RP = 1,91; IC: 1,5 – 2,3, $p=0,000$), concordando con el estudio de Andía A, (36) 2017 donde indica que la principal asociación con cesárea es la preeclampsia o eclampsia previa con 36,76% ($P=0,034$).

Entre las limitaciones del estudio destacan principalmente la obtención de la información donde se pueda conocer la verdadera causa de la cesárea, registrada en el sistema AS400, principalmente cuando la condición desfavorable fue el estado fetal no tranquilizador.



CAPÍTULO VII

7. Conclusiones y recomendaciones.

7.1. Conclusiones

La prevalencia de cesárea primitiva en el hospital José Carrasco Arteaga en 2019 fue muy superior a la recomendada por la OMS.

Más de la mitad de las mujeres fueron adultas jóvenes, casadas, de residencia urbana, de instrucción secundaria y de ocupación empleada; la mayoría se encontraba con sobrepeso y la edad gestacional a término para finalización del embarazo fue bastante alta.

Dentro de las condiciones desfavorables la de mayor valor fue el estado fetal no tranquilizador, seguido de DCP fetal, y finalmente la distocia materna (tejidos blandos), además se encontró que la obesidad como comorbilidad tiene un porcentaje elevado.

Los factores asociados a cesárea primitiva fueron: estado fetal no tranquilizador, distocia fetal, distocia materna y preeclampsia, con valores estadísticamente significativos.

7.2. Recomendaciones

Debido al incremento exagerado de la cesárea en los últimos años a nivel mundial, y en nuestra institución de estudio, es importante que los profesionales realicen una valoración minuciosa de la paciente a la hora de tomar la decisión de realizar este procedimiento, agotando todas las posibilidades con el fin de evitarlo, teniendo presente el futuro obstétrico de la paciente y de esta manera disminuir su prevalencia para tratar de cumplir las normas que dicta la OMS.

Se recomienda implementar en la institución, una comisión de auditoría que realice el seguimiento respectivo donde se justifique la realización del procedimiento.



Es imprescindible efectuar regularmente charlas en la institución con la finalidad de dar a conocer a los profesionales a cargo de las pacientes obstétricas la necesidad de mantener los indicadores de salud dentro de las metas establecidas tanto por el MSP y la OMS, para el beneficio de la paciente.

Finalmente, se recomienda que el manejo durante el control prenatal desde el inicio sea este encaminado a identificar correctamente los factores de riesgo de complicaciones del embarazo, sobre todo de los trastornos hipertensivos que se ha visto que en nuestra institución conlleva a realizar una primera cesárea.



8. BIBLIOGRAFIA

1. OMS. Solo se deben practicar las cesáreas que sean necesarias por motivos médicos. World Health Organization [Internet]. 2015 Abr 2015-04-22 20:28:18; 1:[1-2 pp.]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/caesarean-sections/es/>.
2. Piloto M. Consideraciones sobre el índice de Cesárea Primitiva:2014:[1 p.]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2014000100005.
3. Millan M, Mendoza A. Factores relacionados con la Cesárea primitiva. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2010; 36(3):[1-4 pp.]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000300007&lng=es.
4. OMS. Declaracion de la OMS sobre tasas de cesárea 2015 [8]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.pdf?sequence=1.
5. Joaquín RS. Cesárea: Tendencias y resultados 2013 [8]. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2014/ip141f.pdf>.
6. MSP. Evaluacion de tecnologias Sanitarias2014; Boletin ETES:[6 p.]. Available from: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/10/Boletin-ETES.pdf>.
7. Salud OMdl. Solo se deben practicar las cesáreas que sean necesarias por motivos médicos: World Health Organization; 2015 [updated 2015-04-22 20:28:18. Boletin]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/caesarean-sections/es/>.
8. Essien J, Bardales J. Cesárea Primitiva Comportamiento en nuestro medio2014; 8(4):[1-10 pp.]. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=211117790002>.
9. Diaz G, Salas Y. Comportamiento de algunas variables relacionadas con la Cesárea Primitiva. Mediciego [Internet]. 2015; 21(1):[1-6 pp.]. Available from: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol21_no1_15/pdf/T12.pdf.
10. Hernández J, Martínez F. Caracterización de Cesáreas Primitivas en Santa Cruz del Norte. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2017 Sep; 43(3):[1-8 pp.]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2017000300007.
11. Ecuador MdSPd. Boletin Nacimientos por cesárea: MSP; 2012-2015 [20]. Available from: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/01/BOLET%C3%8DN-CESAREAS.pdf>.



12. Adam I. Epidemic pandemic of Cesarean delivery the scope of the problem. *Int J Health Sci (Qassim)* [Internet]. 2014 Jan; 8(1):[5-6 pp.]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4039579/>.
13. Boyle A, Reddy U. Epidemiología del Parto por Cesárea El Alcance del Problema 2012 [308-14]. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S014600051200047X>.
14. Moya J. Estrategia educativa para disminuir la incidencia de Cesárea en IESS Ambato Enero-Junio 20142015; 1(1):[1-82 pp.]. Available from: <http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/494/1/TUAMED035-2015.pdf>.
15. MSP, INEC. Resultados de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva. ENSANUT [Internet]. 2014 Oct. Available from: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/msp-e-inec-presentan-resultados-de-demografia-y-salud-sexual-y-reproductiva/>.
16. Labarca L. Prevalencia del síndrome de HELLP en gestantes críticas: Maternidad "Dr. Armando Castillo Plaza", Maracaibo, Venezuela. *Rev chil obstet ginecol* [Internet]. 2016 06/2016; 81(3):[194-201 pp.]. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-75262016000300005&lng=es&nrm=iso&tlng=esAvailable
17. Lopez L. Factores de Riesgo en la Terminación del Embarazo por Operación Cesárea en Mujeres Atendidas en el Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora. 2014; 31:[96-100 pp.]. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/bolclinhosinfson/bis-2014/bis142f.pdf>.
18. Villanueva L. Operación cesárea una perspectiva integral. *Revista de a Facultad de Medicina* [Internet]. 2004 Dic; 47(6):[6 p.]. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2004/un046e.pdf>.
19. Ros C, Bellart J. Protocolo de Cesárea. Hospital Clínic de Barcelona [Internet]. 2012 Feb; 1(1):[1-9 pp.]. Available from: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/obstetricia/cesarea.html>.
20. Nápoles D. Consideraciones actuales sobre la operación cesárea. *MEDISAN* [Internet]. 2012; 16. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192012001000013&script=sci_arttext&tlng=pt.
21. Williams, editor. *Obstetricia*. 24 ed 2015.
22. Mercado M. Distocias. Universidad Nacional de Colombia [Internet]. 2010:[24 p.]. Available from: <http://www.bdigital.unal.edu.co/2795/17/9789584476180.15.pdf>.
23. Hofmeyr C. Cesárea programada para parto en presentación podálica a término 2008; 3. Available from: <http://www.fisterra.com/guias2/cochrane/AB000166-ES.htm>.



24. Redondo A. Variabilidad en el porcentaje de cesáreas y en los motivos para realizarlas en los hospitales españoles. Gac Sanit [Internet]. 2013 06/2013; 27(3):[258 p.]. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112013000300012.
25. Sánchez J. Cesárea: Tendencias y resultados. Perinatol Reprod Hum [Internet]. 2014 03/2014; 28(1):[33 - 40 pp.]. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0187-53372014000100006&lng=es&nrm=iso&tlng=es Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372014000100006&lng=es&nrm=iso&tlng=es Available from: <http://www.scielo.org.mx/pdf/prh/v28n1/v28n1a6.pdf>.
26. Manny A. Incidencia de la operación cesárea según la clasificación de 2018; 86:[261-9 pp.]. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2018/cc183i.pdf>.
27. Condega M MH. Comportamiento de Cesáreas Primitivas Hospital Amistad Japón: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2015.
28. Rojas M. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y FACTORES ASOCIADOS A LA CESÁREA EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI DE AGOSTO 2016 a JULIO 2017 2018:[36 - 8 pp.]. Available from: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/123456789/1480/TITULO%20-%20Rojas%20Mor%C3%B3n%20-%20Miriam%20Danaiz.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
29. Chavarría L. FACTORES ASOCIADOS A LA INDICACIÓN DE CESÁREA EN EMBARAZADAS ATENDIDAS POR EL SERVICIO DE OBSTETRICIA. HOSPITAL AMISTAD JAPÓN – NICARAGUA. GRANADA. ENERO A DICIEMBRE 2017 2021:[73 p.]. Available from: <https://repositorio.unan.edu.ni/9149/1/98755.pdf>.
30. Fernandez J. Sobrepeso y obesidad maternos como factores de riesgo independientes para que el parto finalice en cesárea. Nutricion hospitalaria [Internet]. 2016 11/29/2016; 33(6):[1324 p.]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
31. Nelson J. Indications and appropriateness of caesarean sections performed in a tertiary referral centre in Uganda: a retrospective descriptive study. The Pan African medical journal [Internet]. 2017 02/03/2017; 26:[26 - 64 pp.]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28451041/>.
32. Caldas A. Factores de riesgo asociados a cesáreas en adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, La Merced - 2017 2019:[76 - 83 pp.]. Available from: <http://repositorio.undac.edu.pe/bitstream/undac/908/1/TESIS%20OBST%20CALDAS%20Y%20AGUILAR%20OKREPOSITORIO.pdf>.



33. Medina J. FACTORES ASOCIADOS A LA INDICACIÓN DE CESÁREA EN EL2016:[25 - 36 pp.]. Available from: https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/555/Medina_j.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
34. Huaman N. Factores relacionados a partos por cesárea en el Hopsital II ES-SALUD de Huánuco. Rev Perú Investig Salud [Internet]. 2018; 2(1):[10-7 pp.]. Available from: <http://revistas.unheval.edu.pe/index.php/repis/article/view/208/195>.
35. Yousaf A. Identification of factors influencing the rise of cesarean sections rates in Pakistan, using MCDM2018 2018-10-08T00:00:00Z; 31(8). Available from: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/IJHCQA-04-2018-0087/full/html>.
36. Andía A. Factores determinates de la cesárea en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno, período enero-diciembre 20172017; 1. Available from: http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/6392/And%C3%ADa_Mamani_Albert.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

**9. ANEXOS****9.1. Anexo 1: Operacionalización de variables**

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA
Edad	Cantidad de años que un ser ha vivido Desde su nacimiento.	Mujeres entre 18 y 40 años	Años cumplidos establecidos por la cedula de identidad.	Numérica
Peso	Designa el peso de un individuo, definido por factores genéticos y ambientales	Normal Bajo Sobrepeso	Peso en kg	Numérica
Talla	Designa la altura de un individuo, viene definida por factores genéticos y ambientales	Normal Alta Baja	Talla en centímetros	Numérica
Estado nutricional	situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes.	Peso que posee una paciente	Índice de masa corporal	Ordinal Desnutrición Normal Sobrepeso Obesidad
Estado civil	Condición legal de una persona en relación a otra y reconocida por las leyes ecuatorianas	Situación de las personas determinadas por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Condición legal	Nominal Soltera Casada Divorciada Unión libre
Residencia	Localización geográfica donde vive habitualmente,	Residencia habitual	Lugar donde vive	Nominal Urbana



	de forma permanente junto a su familia.			Rural
Instrucción	Es el grado más alto de escolaridad formal, de años aprobados o asistidos dentro del sistema educacional.	Completa Incompleta	Años aprobados o asistidos	Ordinal Ninguna Primaria Secundaria Superior Otra
Ocupación	Actividad a la que se dedica una persona de forma rutinaria y por la cual recibe algún ingreso.	Posee o no posee ocupación	Actividad rutinaria	Nominal QQDD Empleado Otros
Edad gestacional	Duración del embarazo calculada desde el primer día de la última menstruación normal hasta el momento del parto.	Número de semanas desde la fecha de la última menstruación	La que se registra en la historia clínica	Numérica
Paridad	Número total de embarazos que ha tenido una mujer, incluyendo abortos.	Biológica	La que se registra en la historia clínica	Numérica Gestaciones Partos Abortos Cesárea
Cesárea	Intervención quirúrgica que permite la salida o nacimiento de un feto mediante una incisión abdominal, dependiendo su urgencia.	Clasificación de Cesárea según la urgencia.	Análisis y Situación previa	Nominal Si no
Causa de Cesárea	Situación que determina la finalización del embarazo	Situación clínica materno fetal	Estado materno fetal	Nominal Materna Fetal
Causa materna	parto difícil o prolongado, causado por factores maternos o fetales que	biológica	La que se registra en la historia clínica	Nominal Pélvicas: desproporción cefalopélvica



	interfiere con la evolución fisiológica del mismo.			Tejidos blandos (cervicales y vaginales).
Causa fetal	parto difícil o prolongado, causado por factores maternos o fetales que interfiere con la evolución fisiológica del mismo.	Biológica	La que se registra en la historia clínica	Nominal Desproporción cefalopélvica Situación trasversa Presentación pelviana Mala posición fetal Macrostomía fetal Distocia funicular Malformación fetal
Comorbilidades	toda condición u enfermedad que puede predisponer o representar una complicación para las pacientes, que puede estar presente desde antes del embarazo	Biológica	La que se registra en la historia clínica	Nominal Trastorno hipertensivo del embarazo Diabetes gestacional Hipotiroidismo Obesidad

9.2. Anexo 2: Cronograma de trabajo

Cronograma	Junio 2018	Julio 2018	Agosto 2018	Octubre 2018	Enero - junio 2020	Julio - septiembre 2020	octubre - nov 2020	diciembre 2020
Planteamiento del problema	x							
Marco teórico		x						
Presentación de protocolo			x	x				
Aprobación de protocolo					x			
Recolección de datos						x		
Análisis de los resultados							x	
Presentación de documento final								x