



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA**
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

UNIVERSIDAD CATOLICA DE CUENCA.

UNIDAD ACADEMICA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD.

FACULTAD MEDICINA.

Incidencia y principales indicaciones de cesáreas realizadas en el Hospital

Luis F. Martínez. Enero – Junio 2017

ELABORADO POR:

JOSE JAVIER ORDOÑEZ CABRERA

TUTOR:

DR. CRISTIAN CORDERO JARAMILLO.

CUENCA – ECUADOR

2017

DEDICATORIA

Para conseguir mis objetivos en la vida, no solamente es necesario el esfuerzo personal y la dedicación, es por ello quiero reconocer y dedicar este trabajo a los que han sido un pilar fundamental durante todo este trayecto, a mis padres los cuales me brindaron su apoyo durante todo el tiempo, que con amor, paciencia y fe depositaron su confianza y creyeron en mí, y a mi hermano el cual ha sido un ejemplo de perseverancia para cumplir la meta que me he propuesto, para ellos, con el mayor respeto les expreso mi más grande deuda y gratitud y espero que la reciban con el mismo amor y devoción como yo la dedico.

AGRADECIMIENTO

Mi profundo agradecimiento a la Universidad Católica de Cuenca, a todos los directivos y profesores que día a día se preocupan por incentivar la investigación, la creatividad, la originalidad y el esfuerzo personal, llevando así la prestigiosa labor de formar verdaderos profesionales de la salud con capacidad de servirse a sí mismos y a los demás.

Expreso mi imperecedera gratitud al Dr. Cristian Cordero Jaramillo quien, con sus conocimientos y su gran sentido de responsabilidad hizo posible la culminación de un anhelo de objetivos propuestos.

Un reconocimiento fraterno al Hospital Luis Fernando Martínez, a su director y al personal el cual me brindó su apoyo para la culminación de este trabajo.

INDICE

RESUMEN.....	6
SUMMARY.....	8
CAPITULO I	10
1 INTRODUCCION.....	10
2 JUSTIFICACION.	10
CAPITULO II	11
3 FUNDAMENTO TEORICO.	11
3.1 CONCEPTO.....	11
3.2 HISTORIA.	11
3.3 ANATOMIA.	11
3.4 ESTADO CONTEMPORANEO DE LA CESAREA.	12
3.5 INDICACIONES.	12
3.6 TECNICA QUIRURGICA.	14
3.6.1 ANESTESIA.	15
3.6.2 INCISIONES DE ACUERDO A LA CONDICION MÉDICA.	15
3.6.3 TECNICA TIPO KERR.	15
3.7 MORTALIDAD Y MORBILIDAD MATERNA.	17
3.8 CUIDADOS POSTOPERATORIOS.	18
3.9 PARTO LUEGO DE LA OPERACIÓN CESAREA.	19
4 ESTUDIOS CORRESPONDIENTES.	20
CAPITULO III	24
5 OBJETIVOS.....	24
5.1 OBJETIVO GENERAL.....	24
5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.	24
6 HIPOTESIS.....	24
CAPITULO IV	25
7 METODOLOGIA.....	25
7.1 AREA DE ESTUDIO.....	25
7.2 TIPO DE ESTUDIO.....	25
7.3 UNIVERSO Y MUESTRA.	25
7.4 CRITERIOS DE INCLUSION.	25
7.5 CRITERIOS DE EXCLUSION.	25
7.6 DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES.	26
7.7 METODO PARA RECOLECCION DE DATOS.	28

7.8 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS.....	28
7.9 PLAN DE TABULACION Y ANALISIS.....	29
8 PROCEDIMIENTOS.....	29
CAPITULO V.....	30
9 RESULTADOS.....	30
CAPITULO VI.....	36
10 DISCUSIÓN.....	36
CAPITULO VII.....	38
11 CONCLUSIONES.....	38
12 RECOMENDACIONES.....	39
BIBIOGRAFIA.....	40
ANEXOS.....	43

RESUMEN.

ANTECEDENTES.

La cesárea es un tipo de intervención quirúrgica cuyo propósito es la extracción del producto de la concepción ya sea vivo o muerto, a través de una incisión a nivel de la pared uterina. ⁽¹⁾

OBJETIVO.

El objetivo del presente trabajo es determinar la incidencia y las principales indicaciones de las cesáreas realizadas en el hospital básico Luis Fernando Martínez de la ciudad de Cañar en el periodo Enero a Junio del 2017

MATERIALES Y METODOS.

Es un estudio de tipo descriptivo, cuantitativo, retrospectivo y transversal, el cual se realizó en el hospital básico “Luis Fernando Martínez” de la ciudad de cañar. El universo estuvo constituido por un total de 604 pacientes que ingresaron al departamento de ginecología y obstetricia. La población a ser estudiada fueron todas las mujeres embarazadas en las cuales está indicada la necesidad de realizar una cesárea.

La información fue debidamente recolectada en un formulario que contiene: la indicación de la cesárea, edad de a paciente, residencia, si se realizó algún otro tipo de procedimiento quirúrgico, días de estancia hospitalaria y posibles complicaciones maternas producidas. La información recolectada se agrupo en cuadros estadísticos, el análisis fue cuantitativo.

Se utilizó el programa Microsoft Excel 2016 y para la tabulación y análisis de los mismos se empleó el programa estadístico informático SPSS.

RESULTADOS.

En el Hospital Luis Fernando Martínez durante el año 2017, la intervención cesárea representa el 27,67% de total de nacimientos en ese año, las mujeres entre los 20-24 años, residentes del cantón Cañar son las que con mayor frecuencia se someten a este tipo de intervención, del total de cesáreas la principal causa fue por cesárea anterior con un 49,40% (41 casos) del total de la población, seguida de compromiso del bienestar fetal, distocia de presentación y desproporción cefalopelvica.

CONCLUSION.

La cesárea anterior fue la principal indicación de cesárea en la población atendida en el Hospital Luis Fernando Martínez durante el 2017. Las causas fetales estuvieron en segundo lugar y las causas maternas no presentaron mayor prevalencia en esta población

PALABRAS CLAVES.

CESÁREA, CAUSAS MATERNAS, CAUSAS FETALES.

SUMMARY.

BACKGROUND.

Caesarean section is a type of surgical intervention whose purpose is to extract the product of the conception either alive or dead, through an incision at the level of the uterine wall. (1)

OBJECTIVE.

The objective of the present study is to determine the incidence and main indications of cesarean sections performed at the Luis Fernando Martinez Basic Hospital in the city of Cañar in the period January to June of 2017

MATERIALS AND METHODS.

It is a descriptive, quantitative, retrospective and transversal study, which was carried out in the basic hospital "Luis Fernando Martínez" of the city of Cañar. The universe was constituted by a total of 604 patients who entered the department of gynecology and obstetrics. The population to be studied were all pregnant women in whom the need for a cesarean section is indicated.

The information was duly collected in a form containing: indication of cesarean section, age of a patient, residence, if any other type of surgical procedure, days of hospital stay and possible maternal complications were performed. The collected information was grouped in statistical tables, the analysis was quantitative.

The Microsoft Excel 2016 program was used and for the tabulation and analysis of the same the statistical software program SPSS was used.

RESULTS.

In the Hospital Luis Fernando Martinez during 2017, the cesarea intervention represents 27.67% of total births in that year, women between 20-24 years of age, residents of canton are the most frequently subjected to this type of intervention, of the total cesareas, the main cause of cesarean was cesarean anterior with 49.40% (41 cases) of the total population, followed by commitment of fetal well-being, presentation dystocia and cephalopelvic disproportion.

CONCLUDING.

The previous cesarean was the main cause of cesarean in the population attended at the Hospital Luis Fernando Martinez during 2017. The fetal causes were in second place and the maternal causes did not present greater prevalence in this population

KEY WORDS.

CEREAL, MATERNAL CAUSES, FETAL CAUSES.

CAPITULO I

1 INTRODUCCION.

La cesárea es la extracción del feto a través de una incisión en la pared abdominal (laparotomía) y de una incisión uterina (histerotomía); constituye una de las principales intervenciones abdominales de mujeres tanto de países industrializados como de países en vías de desarrollo. Las tasas de cesárea han crecido en os últimos años; en Estados Unidos se han observado un incremento de un 3% a 5% en los años 70 hasta un 29% en reportes recientes. ⁽⁶⁾

La tasa de cesáreas recomendada por la O.M.S (Organización Mundial de la Salud) es de 15%, el colegio americano de obstetras y ginecólogos de 15,5%. ⁽⁶⁾ Con esta tesis se podrá conocer la incidencia de cesáreas en el Hospital Luis Fernando Martínez de la ciudad de cañar; debido al aumento en la frecuencia de las cesáreas en los últimos años se puede considerar importante conocer la incidencia de esta intervención en la realidad local de la ciudad.

2 JUSTIFICACION.

El presente estudio descriptivo, retrospectivo, es factible realizarlo en el periodo de tiempo establecido. El universo que se utilizara en este estudio son pacientes sometidas a intervención cesárea en el hospital Luis Fernando Martínez en el año.

El presente trabajo fue autofinanciado y de bajo costo ya que se emplearán datos ya existentes por lo que se generara una base de datos en Microsoft Excel y se utilizara el programa estadístico informático spss para la obtención de los resultados.

La problemática con respecto al incremento de casos de cesárea en dicha institución hace factible e interesante la realización de dicho estudio. Al mismo tiempo es novedoso ya que por medio del mismo se va a aportar conocimientos que no se tienen en el hospital Luis Fernando Martínez con relación a esta problemática. Además, los resultados obtenidos nos permitirán discernir de una mejor manera sobre los criterios que se tiene para la realización de una cesárea.

CAPITULO II

3 FUNDAMENTO TEORICO.

3.1 CONCEPTO

La cesárea es una intervención quirúrgica la cual tiene como objetivo la extracción del producto de la concepción ya sea vivo o muerto esta se realiza por medio de una incisión en la pared abdominal laparotomía y en la pared uterina (histerotomía).

(1)

3.2 HISTORIA.

El origen del término cesárea es desconocido, pero se han sugerido algunas explicaciones entre las cuales tenemos:

- Se postula que el romano Julio Cesar nació de esa forma por lo que la operación se llamó cesárea; sin embargo, el fundamento de esta tesis no es muy veras por varios hechos incluyendo que la madre de Julio Cesar vivió muchos años después de su nacimiento en el año 100 A.C. y hasta el siglo XVII la operación era casi siempre letal. ⁽¹⁾
- También se postula que el nombre proviene de la ley romana creada en el siglo VIII Antes de Cristo, que ordenaba que se hiciera el procedimiento en las mujeres que se morían en las ultimas semana de gestación, esta ley se conocía como Lex regia que posteriormente se llamaría Lex cesarea⁽¹⁾
- La última teoría hace referencia a que proviene del verbo latín Caedere que significa cortar siendo esta la más probable. ⁽¹⁾

3.3 ANATOMIA.

El útero el cual es el órgano destinado a contener al producto de la fecundación está situado en la cavidad pélvica, en la línea media entre la vejiga urinaria y el recto, superior a la vagina. El itsmo del útero divide a este órgano en cuerpo y cuello; generalmente el útero se halla en ante flexión formando un ángulo de 100 a 120 grados aproximadamente. ⁽⁵⁾

3.4 ESTADO CONTEMPORANEO DE LA CESAREA.

A nivel mundial se ha observado un incremento en el número de partos por cesárea y aunque no están claros los motivos por los que se ha dado dicho incremento, existen algunas explicaciones que ponemos en consideración a continuación. ⁽¹⁾

- Un mayor porcentaje de embarazos ocurre en nulíparas las cuales tienen un mayor riesgo de cesárea. ⁽¹⁾
- La edad materna promedio ha aumentado por lo que las mujeres añosas tienen mayor riesgo de cesárea. ⁽¹⁾
- La mayoría de los fetos en presentación pelviana se extraen por cesárea
- La prevalencia de obesidad en las mujeres ha aumentado de manera notoria. ⁽¹⁾
- La frecuencia de aplicación de fórceps medio y extracciones por vacío desde el plano medio ha disminuido. ⁽¹⁾
- La inducción durante el parto ha aumentado el riesgo de cesárea. ⁽¹⁾
- Los problemas con litigios por negligencia médica han contribuido a un aumento de esta cirugía. ⁽¹⁾
- Se realizan muchas cesáreas electivas por la preocupación de las pacientes a lesiones que se producen por el parto vaginal o por evitar el dolor durante el trabajo de parto. ⁽¹⁾

3.5 INDICACIONES.

La decisión de realizar una cesárea es un dilema con el cual los médicos tienen que lidiar diariamente, esta depende de la existencia de una o más de las indicaciones de cesárea. Estas indicaciones son múltiples y abarcan varios parámetros entre los cuales se encuentran causas comunes como una cesárea anterior hasta causas infrecuentes como gemelos siameses que supongan distocia.

Las causas de cesárea de acuerdo al ministerio de salud pública se incluyen en la tabla N 1.

TABLA NUMERO 1: INDICACIONES DE CESAREA

TIPO DE CAUSA	INDICACION
CAUSA MATERNA	• Tumores benignos o malignos del canal del parto. • Cirugía uterina previa, plastia vaginal. • Patología que comprometa el bienestar materno y/o feta. • Desprendimiento de retina, insuficiencia cardíaca o respiratoria. • Psicosis, retardo mental, alteraciones de la conciencia.
CAUSA FETAL	• Compromiso del bienestar fetal. • Distocias de presentación. • Embarazo múltiple con distocia de presentación o patología obstétrica. • Malformaciones fetales o gemelos siameses que supongan distocia. • Macrosomia fetal.
CAUSAS MATERNO-FETALES	• Antecedentes obstétricos desfavorables: óbito fetal, mortinato, muerte neonatal precoz, uso de fórceps. • Riesgo de transmisión vertical: infección por VIH (Virus de inmunodeficiencia humana) – HPV (Virus de papiloma

	humano) / condilomatosis – herpes genital activo. Preclamsia grave, eclampsia o síndrome de HELLP (H hemólisis. EL enzimas hepáticas elevadas. LP bajo recuento de plaquetas) que no ceden al tratamiento.
CAUSAS OBSTETRICAS	• Cesárea iterativa (si no aplica parto vaginal postcesarea) • Distocias dinámicas de trabajo de parto. • Desproporción cefalopevica. • Desprendimiento prematuro de placenta grado II. • Placenta previa oclusiva total o parcial. • Prolapso de cordón umbilical. • Rotura uterina previa.

Fuente: Ministerio de Salud Pública. Atención del parto por cesárea: Guía Práctica Clínica. Quito: 2015.

3.6 TECNICA QUIRURGICA.

El procedimiento de cesárea es similar en todas las regiones del mundo. La histerotomía se realiza generalmente a nivel del segmento inferior (cesárea segmentaria o de Kerr) o a nivel del cuerpo uterino (cesárea segmento-corporal o de Kroning).⁽¹⁻¹²⁾

3.6.1 ANESTESIA.

El tipo de anestesia utilizado durante la cesárea puede ser:

Conductiva: es la de elección, incluye la anestesia peridural, de no ser posible la utilización de esta se podría utilizar raquídea. ⁽⁶⁾

General: se utiliza en casos de emergencia como: placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, sufrimiento fetal agudo, hipertensión inducida por el embarazo, eclampsia cardiopatías o psicópatas. ⁽⁶⁾

3.6.2 INCISIONES DE ACUERDO A LA CONDICION MÉDICA.

La que con mayor frecuencia se utiliza y recomendada es la incisión de Pfannenstiel. La media infraumbilical se la utiliza en las siguientes indicaciones.

- Sufrimiento fetal agudo.
- Cesárea por cesárea anterior con incisión media.
- Macrosomia fetal.
- Placenta previa.
- Situación transversa.
- Difícil abordaje del segmento uterino.
- Cesárea con madre en mal estado general.
- Preeclampsia y eclampsia. ^(6, 11)

3.6.3 TECNICA TIPO KERR.

1. Laparotomía tipo Pfannenstiel: corte transversal de 10 a 12 cm de longitud a 2 a 3 cm sobre la sínfisis del pubis que integra piel, tejido celular subcutáneo y aponeurosis.
2. Se puede realizar también laparotomía media infraumbilical desde el ombligo a la sínfisis del pubis.
3. Colocación de separadores abdominales.

4. Incisión a nivel del pliegue peritoneal vesico uterino.
5. Sección transversal, con bisturí, en la parte media del segmento de aproximadamente 3 centímetros de longitud sin que interese a membranas ovulares.
6. Prolongación de la incisión hacia los lados con tijeras de mayo curvas o divulsión digital, tratando de mantener integra las membranas ovulares y no lesionar las arterias uterinas.
7. Incisión de membranas ovulares, aspiración de líquido amniótico con manguera de succión.
8. Introducción de la mano del médico entre la cabeza del feto y la mitad inferior del segmento.
9. Compresión del fondo uterino en el sentido del canal del parto por parte del médico o el ayudante.
10. Extracción del feto.
11. Aspiración de secreciones del feto.
12. Pinzamiento y sección del cordón umbilical.
13. Pinzamiento de los ángulos y bordes anterior y posterior del segmento uterino con pinzas no traumáticas de Rochester y Allis.
14. Extracción de placenta y membranas.
15. Revisión de la hemostasia.
16. Revisión de la cavidad uterina y limpieza de la misma.
17. Histerorrafia en tres planos.
18. Sutura continua con catgut crómico 0 o 1 la primera capa.
19. Sutura continua de peritoneo vesico uterino con catgut crómico 2/0.
20. Revisión de histerorrafia y anexos.
21. Retiro de valva.
22. Limpieza de cavidad abdominal.
23. Cierre de pared por planos: peritoneo con catgut 2/0.
24. Aproximación de músculos rectos anteriores, sutura de aponeurosis, aproximación de tejido celular subcutáneo cuando el tejido es mayor de 2 centímetros de espesor.
25. Cierre de piel mediante ethilon 3/0.
26. Colocación de apósito en herida. ^(6, 7, 9)

3.7 MORTALIDAD Y MORBILIDAD MATERNA.

La morbilidad materna por cesárea es más alta en comparación con el parto vaginal. Sus principales causas son infección puerperal, hemorragia y tromboembolias. Puede no ser inmediata ya que pueden presentarse complicaciones a los 60 días después de la cesárea. ^(10, 17)

COMPLICACIONES MATERNAS DE LA CESAREA.

COMPLICACIONES

INTRAOPERATORIAS:

Hemorragia debida a:

- Sección de vasos del segmento.
- Sección de grandes vasos.
- Sangrado en la zona de inserción placentaria.
- Hipodinamia uterina.
- Iatrogenia.

Accidentes y complicaciones anestésicas:

- Sobredosis.
- Aspiración.

Lesiones de órganos vecinos:

- Vejiga.
- Uréter.
- Intestino.

**COMPLICACIONES
POSTOPERATORIAS:**

Precoces:

- Trastornos de la motilidad intestinal.
- Shock hemorrágico.
- Edema agudo de pulmón.
- Paro cardiorespiratorio.

Tardías:

- Infecciones de la herida.
- Endometritis, miometritis.
- Pelviperitonitis, peritonitis.
- Shock séptico.
- Urológicas: infección.
- Anemia secundaria.

Secuelas tardías:

- Disminución de la fertilidad.
- Complicaciones obstétricas.
- Ruptura uterina.
- Predisposición para presentar posteriormente placenta previa y presentaciones fetales anormales.

Fuente: Molina. X. et.al Normas en Obstetricia. 1ra edición. Universidad de Cuenca. Cuenca Julio 2013.

3.8 CUIDADOS POSTOPERATORIOS.

Durante las primeras 24 horas se recomienda:

- Los primeros cuidados operatorios se realizarán en la sala de recuperación, por el lapso de 4 horas.
- Nada por vía oral por 8-12 horas.
- Control de signos vitales cada 15 minutos por 2 horas, luego cada 3 horas.
- Control de sangrado transvaginal.
- Control de consistencia y altura de fondo uterino.
- Control de apósito y sangrado.
- Líquidos (Lactato Ringer 1000cc, dextrosa al 5% en 1000cc de solución salina por vía parenteral 2000 a 3000cc).
- Uso de oxitócicos (10UI) en cada solución dependiendo de la contractibilidad uterina.
- Analgésicos vía venosa posteriormente vía parenteral.
- Antibióticos profilácticos: amoxicilina o ampicilina más sulbactam.
- Cefalosporinas de tercera generación.
- Control de diuresis.
- Deambulación precoz: alrededor de 8-12 horas postoperatorias con asistencia.
- Lactancia precoz del recién nacido inmediatamente después del nacimiento.
- Medidas higiénicas: duchas vulvares 2 a 3 veces por día.
- Dieta blanda más líquidos a partir de las 8-12 horas postoperatorias.
- Entre las 24-36 horas postoperatorias se retirará el apósito si existe una buena coaptación de los bordes de la herida quirúrgica.
- Al octavo día postcesareas se retirarán los puntos, con la paciente ambulatoria.
- El alta recibirá la paciente entre las 24-72 horas.
- Recibirá las respectivas instrucciones puerperales y anticonceptivas. (11, 12, 18, 20)

3.9 PARTO LUEGO DE LA OPERACIÓN CESAREA.

Un nuevo embarazo no debe ocurrir antes de los dos años debido al riesgo de la dehiscencia de la cicatriz de histerorrafia durante el mismo y sobre todo durante el

parto es del 0,2 – 0,4%. Se debe permitir el parto, luego de la operación cesárea, solo cuando se cumpla los siguientes requisitos:

- Motivación de la paciente y del personal médico sobre la factibilidad.
- Cesárea anterior segmentaria transversa con técnica estandarizada, adecuada y con postoperatorio sin complicaciones.
- Ausencia de la causa que motivo la cesárea anterior.
- Inexistencia actual de una nueva indicación de cesárea.
- Presentación cefálica de feto único.
- Peso fetal estimado en alrededor de 3000gr.
- Vigilancia y control de la labor de parto, que debe considerarse de alto riesgo, mediante monitorización y realizado por un equipo obstétrico eficiente.
- Abreviación del periodo expulsivo mediante la aplicación de un fórceps profiláctico; seguido de revisión manual de la cavidad uterina con la paciente bajo anestesia, para descartar ruptura de cicatriz.
- El servidor obstétrico contera con banco de sangre, servicio de anestesia permanente y con posibilidades de realizar cirugía inmediata. (12, 13, 14)

4 ESTUDIOS CORRESPONDIENTES.

Actualmente, la cesárea es la intervención quirúrgica realizada con mayor frecuencia en obstetricia y ello se debe a factores tales como: la disminución de sus riesgos (antibióticos, bancos de sangre, etc.) y nuevas indicaciones sustentadas en mejores resultados perinatales. Sin embargo, a pesar de los grandes avances en materiales quirúrgicos y anestésicos y la modernización de las técnicas operatorias y anestésicas, la morbilidad materna asociada a la cesárea sigue siendo tres veces superior a la de un parto vaginal. ⁽⁹⁾ La frecuencia de las cesáreas se ha ido incrementando a tal punto que actualmente lo que apareció como una solución, ahora se vislumbra como un problema por la excesiva liberalización a la que ha sido conducida. ^(2, 8)

La O.M.S en la década de los 80 realizó una recomendación para la tasa de cesáreas, que este no supere el 15% de los nacimientos, pero desafortunadamente esta meta no se cumplió.⁽¹⁾ A partir del año 1996, la tasa global de cesáreas ha aumentado cada año de manera notable en casi todos los países desarrollados y en vías de desarrollo, y en el año 2002 era de 26% la más alta alguna vez registrada en los Estados Unidos.⁽²⁾ En España su número se duplicó en los últimos 15 años y en el 2001 alcanzó el 23% de los partos.⁽¹⁰⁾ En el Reino Unido los nacimientos por esta vía se incrementaron de solo 4% en 1970 a más de 20% en el año 2003.⁽¹¹⁾ En los Estados Unidos de América los nacimientos quirúrgicos pasaron de 5% en 1988 al 23% en el año 2000.⁽¹²⁾ Japón, que hace un uso muy extensivo de las parteras tradicionales, es una de las pocas naciones desarrolladas (junto con Holanda y los países escandinavos) que parece haber evitado esta epidemia. Su porcentaje de nacimientos por cesárea es menor de 10%. ⁽¹²⁾

Las cifras de los países de ingresos medios de América Latina son todavía más alarmantes. En Brasil más de 30% de los nacimientos son cesáreas. En Chile este porcentaje asciende a 40%. ⁽¹³⁾

Cesárea por razones no médicas para embarazos a término.

Este estudio de la Biblioteca Cochrane Plus indica que ante el aumento progresivo de cesáreas a nivel mundial se ha determinado la importancia de evaluar los efectos de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, incluyendo la morbilidad psicológica materna del parto por cesárea programada versus el parto vaginal programado en mujeres sin una clara indicación clínica para la cesárea. Mediante búsquedas realizadas en el registro especializado de ensayos controlados del grupo Cochrane de embarazo y parto (Diciembre 2005), MEDLINE (1974 hasta Abril 2005), EMBASE (1974 hasta Abril 2005) y otras bases de datos además de una búsqueda manual de referencias bibliográficas de todos los artículos recuperados, trabajos no publicados, resúmenes presentados en congresos

internacionales, y contacto con fuentes expertas se determinó que no existen pruebas de ensayos controlados aleatorios que sirvan de base para realizar recomendaciones sobre la practica relacionada con la cesárea por las razones no médicas para el embarazo a término. Ante la falta de datos proporcionados por ensayos controlados, se recomienda realizar una revisión sistémica de estudios observacionales y de una síntesis de datos cualitativos, para poder evaluar mejor los efectos a corto y largo plazo de la cesárea y el parto vaginal. ⁽²¹⁾

Las cesáreas en México: tendencias, niveles y factores asociados.

En un estudio realizado en México que tuvo como objetivo describir el comportamiento de la cesáreas en México en los últimos 10 años, se observó que el porcentaje de nacimientos por cesárea en el ámbito nacional se incrementó en los últimos 10 años a un ritmo ligeramente superior al 1% anual, legando a un porcentaje nacional en México de cesáreas en 1999 ligeramente superior a 35% se demostró que el ritmo de crecimiento fue considerablemente mayor en el sector de seguridad social y el sector privado. Los valores más altos correspondieron a sector privado con un 53% y las instituciones de seguridad social presentaron un porcentaje de cesáreas de 38,2%. Es decir que en México se ha observado una tendencia, al igual que muchos otros países de Norte América, Europa y algunos países de ingresos medios de América Latina. ⁽¹⁴⁾

Incidencia y principales indicaciones de cesárea.

Este estudio descriptivo y retrospectivo realizado en la maternidad del hospital Julio C. Perrando de Argentina tuvo como objetivo determinar la incidencia de cesáreas anual, sus indicaciones, patologías maternas asociadas y resultados perinatales. Se observó que, de un total de 5633 nacimientos, se registraron 803 cesáreas, con una incidencia del 14%. Las principales indicaciones fueron: sufrimiento fetal agudo (29%), presentación podálica (24%), cesárea iterativa (23%), falta de progresión (8%), desproporción fetopelvica (4%), desprendimiento prematuro de placenta normoinsera (4%9, situación transversa (3%), eclampsia (1%), y otras (4%). Se

halaron patologías maternas asociadas en el 19% de las pacientes, estas fueron: hipertensión arterial (65%), rotura prematura de membranas (22%), diabetes (6%), corioamnionitis (5%), virus herpes simple (3%), carcinoma cervical (1%), cardiopatía (1%). Según e grupo de edad la incidencia fue: menores de 20 años e 25%, 21 a 34 años 69% y mayores de 35 años 17%. El peso promedio de os recién nacidos fue de 3095 gramos y e Apgar de 7 a minuto. ⁽¹⁵⁾

Cesárea programada para parto en presentación podálica.

Una de las indicaciones frecuentes de la cesárea es la presentación podálica; debido a este hecho este estudio evalúa los efectos de la cesárea programada por presentación podálica de feto único a término sobre las medidas de resultado del embarazo. Este estudio incluyo una búsqueda en el registro de estudios clínicos de grupo Cochrane de embarazo y parto y en el registro central Cochrane de estudios de estudios cínicos controlados para comparar la cesárea programada por presentación podálica de feto único a término versus el parto vaginal programado. Se concluyó entonces que la cesárea programada en comparación con el parto vaginal programado disminuyo la muerte perinatal o neonatal con respecto a la presentación podálica de feto único a término, a expensas de un cierto aumento de la morbilidad materna. Existió información limitada sobre las consecuencias a largo plazo de la cesárea, como las funciones reproductivas y el ajuste emocional en el estudio. ⁽²²⁾

CAPITULO III

5 OBJETIVOS.

5.1 OBJETIVO GENERAL.

Determinar la incidencia y principales indicaciones de las cesáreas realizadas en el hospital básico Luis Fernando Martínez de la ciudad de Cañar en el periodo enero a junio del 2017.

5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Precisar la incidencia de las cesáreas realizadas en el Hospital Básico Luis Fernando Martínez de la Ciudad de Cañar en el periodo enero a junio del 2017.
- Especificar las principales indicaciones de las cesáreas en estudio.
- Definir el grupo de edad con mayor frecuencia de cesáreas.
- Residencia de las pacientes que tuvieron un parto por cesárea.
- Conocer las complicaciones maternas debido a las cesáreas.
- Determinar los días de estancia hospitalaria de las pacientes que tuvieron cesáreas
- Indicar si hubo algún tipo de procedimiento quirúrgico realizado además de la cesárea.

6 HIPOTESIS.

Debido a la tendencia de la tasa mundial de cesáreas observado en los estudios recopilados se puede predecir que la incidencia y la tasa de cesárea será igual superior a los valores recomendados por la O.M.S. además se puede pronosticar que las principales indicaciones serán similares a las indicaciones demostradas en otros estudios.

CAPITULO IV

7 METODOLOGIA.

7.1 AREA DE ESTUDIO.

El presente trabajo se realizará en el área de Ginecología y Obstetricia del Hospital Luis Fernando Martínez de la ciudad de Cañar, Ecuador.

7.2 TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio de tipo descriptivo, cuantitativo, retrospectivo y transversal.

7.3 UNIVERSO Y MUESTRA.

El universo está constituido por un total de 604 pacientes que ingresaron al departamento de ginecología y obstetricia del hospital Luis Fernando Martínez de la ciudad de Cañar en el periodo comprendido entre Enero y Junio del 2017.

7.4 CRITERIOS DE INCLUSION.

- Se incluyeron todas las cesáreas realizadas por indicación obstétrica, causas maternas o fetales.

7.5 CRITERIOS DE EXCLUSION.

- Las historias clínicas que tengan la información incompleta sobre la cesárea.

7.6 DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES.

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	INDICADORES	ESCALA DE MEDIDA
Cesárea	Intervención quirúrgica para el nacimiento de feto a través de incisiones en la pared abdominal y el útero	Pacientes que fueron realizadas cesáreas	Realización de cesárea	Escala nominal: SI NO
Indicación	Condición materna, fetal, materno-fetal u obstétrica que determino la realización de la cesárea.	Pacientes que fueron realizadas cesárea de acuerdo a las indicaciones de cesárea.	Indicaciones maternas, indicaciones fetales, indicaciones materno-fetales- indicaciones obstétricas.	Escala Ordinal
Edad	Mayor o menor probabilidad de pacientes realizadas cesáreas según edad.	Pacientes que fueron realizadas cesáreas por grupos de edad: < 18 años 19-23 24-28 29-33 24-38	Incidencia de cesárea según los grupos de edad	Escala ordinal

		39-43 44-48 49-53 54-58 59-63 > 64		
Residencia	Lugar de domicilio de la paciente	Cantón o ciudad donde existe en lugar de domicilio de la paciente	Domicilio de la paciente	Escala nominal
Complicaciones maternas	Complicación operatoria o postoperatoria que se produjo durante la estancia hospitalaria de las pacientes como consecuencia de la intervención quirúrgica	Determinar si existió alguna complicación de las cesáreas	Tipo de complicación	Escala ordinal: SI NO
Días de estancia hospitalaria	Número de días durante los cuales las pacientes que fueron realizadas cesáreas permanecieron hospitalizadas	Pacientes que fueron realizadas cesáreas según el número de días de estancia hospitalaria	Número de días de estancia hospitalaria: 1 día 2 días 3 días	Escala Intervalo

			4 días	
			> 4 días	
Intervenciones quirúrgicas que incluyeron además algún otro tipo de procedimiento.	Intervenciones quirúrgicas en donde durante el tiempo quirúrgico se realizó además de la cesárea otra operación	Cantidad de pacientes que fueron intervenidas quirúrgicamente de acuerdo al tipo de operación	Intervenciones quirúrgicas que fueron solo cesáreas e intervenciones que fueron cesárea más otro procedimiento quirúrgico.	Escala nominal

7.7 METODO PARA RECOLECCION DE DATOS.

Se realizó una revisión sistémica y programada de los datos de las pacientes que fueron realizadas cesáreas que constaron en el departamento de estadística del Hospital Luis Fernando Martínez la cual posteriormente se trasladó al instrumento de recolección de datos.

7.8 INSTRUMENTO DE RECOLLECCION DE DATOS.

La información fue debidamente recolectada en un formulario que contiene: la indicación de la cesárea, edad de a paciente, residencia, si se realizó algún otro tipo de procedimiento quirúrgico, días de estancia hospitalaria y posibles complicaciones maternas producidas, el mismo se llenó con la información brindada por el departamento de estadística del hospital.

7.9 PLAN DE TABULACION Y ANALISIS.

La información recolectada se agrupo en cuadros estadísticos, el análisis fue cuantitativo.

Para esto se utilizó el programa Microsoft Excel 2016 y para la tabulación y análisis de los mismos se empleó el programa estadístico informático SPSS. Las medidas estadísticas que se utilizaron en el desarrollo de la tabulación de datos fueron representados a través de tablas y gráficos según la naturaleza de cada variable.

Con los resultados se procedió a elaborar la discusión de las variables en comparación con la hipótesis y estudios correspondientes.

8 PROCEDIMIENTOS

Para la realización del presente estudio se procederá al cumplimiento de lo siguientes aspectos:

- Solicitud al director del hospital Luis Fernando Martínez para la autorización del distrito de salud 03D02 para que proporcione los elementos necesarios para la recolección de datos.
- Aprobación de la solicitud.
- Búsqueda de pacientes que fueron realizadas cesárea, por medio de la revisión de las fichas de historia clínica del departamento de estadística y de las pacientes ingresadas en el departamento de ginecología y obstetricia en el periodo enero julio del 2017.
- Implementar el instrumento de recolección de datos a las fichas de las pacientes.

CAPITULO V

9 RESULTADOS.

Para el cumplimiento de los objetivos propuestos se procedió a la tabulación de datos para obtener los siguientes resultados:

Tabla 1. Incidencia de parto por cesárea según mes de atención. Hospital Luis Fernando Martínez, enero - junio 2017.

MES DE ATENCIÓN	PARTOS	PARTOS POR CESÁREA	FRECUENCIA
ENERO	43	9	20,93%
FEBRERO	48	15	31,25%
MARZO	48	18	37,50%
ABRIL	43	13	30,23%
MAYO	55	10	18,18%
JUNIO	63	18	28,57%
TOTAL PERÍODO	300	83	27,67%

Fuente: Registros de egresos hospitalarios. Hospital Luis Fernando Martínez.

Elaboración: José Ordóñez.

La incidencia de parto por cesárea en el período enero – junio fue de 27,67%. Como se puede observar en la tabla 1, la incidencia de parto por cesárea fue variable durante los meses de estudio. La mayor incidencia se registró en el mes de marzo (37,50%), seguida de febrero (31,25%), abril (30,23%), junio (28,57%), enero (20,93%) y finalmente mayo (18,18%). La tendencia de la incidencia se puede observar en el gráfico 1.

Tabla 2. Distribución de indicaciones de parto por cesárea. Hospital Luis Fernando Martínez, enero – junio 2017.

INDICACIONES CESÁREA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CESÁREA ITERATIVA	41	49,40%
COMPROMISO DEL BIENESTAR FETAL	18	21,69%
DISTOCIA DE PRESENTACIÓN: PODÁLICA, OBLICUA, PELVIANA, TRANSVERSA O CARA	9	10,84%
DESproporción CÉFALO-PÉLVICA	4	4,82%
CESÁREA URGENTE PARA RESOLVER COMPLICACIONES MATERNAS	3	3,61%
CONDILOMATOSIS EXTENSA	2	2,41%
EMBARAZO GEMELAR CON PRIMER GEMELO QUE NO ESTE EN PRESENTACION CEFÁLICA	2	2,41%
PARTO PROLONGADO	1	1,2%
PLACENTA ACRETA	1	1,2%
PROLAPSO DE CORDON UMBILICAL	1	1,2%
CAUSAS NO INCLUIDAS EN LA GUÍA PRÁCTICA CLÍNICA DE PARTO POR CESAREA NI NORMA Y PROTOCOLO MATERNO	1	1,2%
TOTAL	83	100%

Fuente: Registros de egresos hospitalarios. Hospital Luis Fernando Martínez.

Elaboración: José Ordóñez.

Las indicaciones para cesárea están presentadas en la tabla 2, se observa que aproximadamente 1 de cada 2 cesáreas se realizaron debido a que se trató de una cesárea iterativa (49,40%); le siguen en frecuencia el compromiso del bienestar fetal (21,69%), las diferentes distocias de presentación (10,84%), desproporción céfalo-pélvica (4,82%) y aquellas realizadas urgentemente por complicaciones maternas (3,61%) entre las más importantes. Las demás causas de cesárea se pueden apreciar en el cuadro anterior.

Tabla 3. Distribución de pacientes atendidas por parto por cesárea según grupo de edad. Hospital Luis Fernando Martínez, enero – junio 2017.

EDAD (AÑOS)	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<15	2	2,41%
15-19	13	15,66%
20-24	23	27,71%
25-29	16	19,28%
30-34	14	16,87%
35-39	12	14,46%
40-45	3	3,61%
TOTAL	83	100%

ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS - EDAD	
MEDIA	26,34
DESVIACIÓN TÍPICA	7,07
MÍNIMO	14
MÁXIMO	41
MODA	23

Fuente: Registros de egresos hospitalarios. Hospital Luis Fernando Martínez.

Elaboración: José Ordóñez.

En lo relacionado a la edad de las pacientes atendidas, la tabla 3 y el gráfico 2 muestran que el parto por cesárea fue más frecuente en el grupo de edad entre 20 y 24 años con el 27,71% (frecuencia mayor a 1 de cada 4 pacientes), le sigue el grupo de 25 a 29 años (19,28%) y el de 30 a 34 años de edad (16,87%); no deja de llamar la atención que un 2,41% de las pacientes tuvieron menos de 15 años de edad. La media de edad de las pacientes sometidas a cesárea fue de $26,34 \pm 7,07$ años, la edad mínima fue de 14 años, la máxima de 41 años y la moda de 23 años.

Tabla 4. Distribución de pacientes atendidas por parto por cesárea según lugar de residencia habitual. Hospital Luis Fernando Martínez, enero – junio 2017.

RESIDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CAÑAR	38	45,78%
EL TAMBO	13	15,66%
LA TRONCAL	9	10,84%
HONORATO VASQUEZ	5	6,02%
GUALLETURO	4	4,82%
DUCUR	3	3,61%
SUSCAL	3	3,61%
JUNCAL	2	2,41%
GENERAL MORALES	2	2,41%
INGAPIRCA	1	1,20%
EL TRIUNFO	1	1,20%
ZHUD	1	1,20%
CHONTAMARCA	1	1,20%
TOTAL	83	100%

Fuente: Registros de egresos hospitalarios. Hospital Luis Fernando Martínez.

Elaboración: José Ordóñez.

La tabla anterior muestra la distribución de las pacientes sometidas a parto por cesárea según su lugar de residencia habitual, casi la mitad de las pacientes fueron residentes en Cañar (45,78%), el 15,66% residieron en El Tambo, un 10,84% en La Troncal y un 6,02% en Honorato Vásquez; los demás lugares de residencia y sus frecuencias se pueden observar en la tabla 4.

Tabla 5. Distribución de pacientes atendidas por parto por cesárea según días de estancia hospitalaria. Hospital Luis Fernando Martínez, enero – junio 2017.

ESTANCIA HOSPITALARIA (DÍAS)	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	1	1,20%
2	51	61,45%
3	19	22,89%
4	4	4,82%
5	6	7,23%
6	1	1,20%
7	1	1,20%
TOTAL	83	100%

ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS – ESTANCIA HOSPITALARIA	
MEDIA	2,63
DESVIACIÓN TÍPICA	1,08
MÍNIMO	1
MÁXIMO	7
MODA	2

Fuente: Registros de egresos hospitalarios. Hospital Luis Fernando Martínez.

Elaboración: José Ordóñez.

La estancia hospitalaria global estuvo entre 1 y 7 días después de la intervención (cesárea), el 61,45% de las pacientes estuvieron hospitalizadas durante 2 días y un 22,89% fueron hospitalizadas durante 3 días. La media de la estancia hospitalaria fue de $2,63 \pm 1,08$ días (tabla 5). No se presentaron complicaciones derivadas del procedimiento en las pacientes durante el período de estudio.

Tabla 6. Distribución de pacientes atendidas por parto por cesárea según procedimientos adicionales realizados. Hospital Luis Fernando Martínez, enero – junio 2017.

CIRUGÍAS ADICIONALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA	20	24,1%
NINGUNA	63	75,9%
TOTAL	83	100%

Fuente: Registros de egresos hospitalarios. Hospital Luis Fernando Martínez.

Elaboración: José Ordóñez.

El 24,10% de las pacientes atendidas por parto por cesárea fueron esterilizadas quirúrgicamente, siendo el único procedimiento adicional realizado en este grupo durante el período de estudio propuesto.

CAPITULO VI

10 DISCUSIÓN.

El incremento de cesáreas en estos últimos años ha sido notorio, según la organización mundial de la salud la prevalencia estimada para partos por cesárea es del 15%, no obstante, la realidad en el hospital Luis F. Martínez de la ciudad de Cañar sobrepasa este dato con un 27,67% en el periodo de estudio. Este es un hecho que se presenta en muchos lugares del mundo. De acuerdo con un estudio publicado por la O.M.S, en 8 países de América Latina en alrededor de cien mil mujeres de entre 24 y 43 años, el porcentaje de cesáreas se ubica en 33%. Este incremento reciente ha colocado el porcentaje nacional de cesáreas en poco más de 35%, cifra comparable con Brasil y Chile. ⁽⁶⁾

En relación al motivo por el cual se realizó esta intervención, se observa que aproximadamente 1 de cada 2 cesáreas se realizaron debido a que se trató de una cesárea anterior (49,40%) ocupando el primer lugar en frecuencia, estos datos indican el gran porcentaje de pacientes con cesárea anterior que se someten a esta intervención, a pesar que las guías de ministerio de salud pública indica que la paciente puede practicar parto vaginal con una cesárea anterior. Varios factores han contribuido al aumento global de las tasas de cesáreas, entre ellos, mejores técnicas anestésicas y quirúrgicas, menor riesgo de complicaciones postoperatorias a corto plazo, factores demográficos y nutricionales, y la percepción de la seguridad del procedimiento por parte de los prestadores y las pacientes. Este último es un factor que influye en el incremento de cesárea electiva sin indicación médica específica. Sin embargo, los resultados obtenidos en la Encuesta Global de Salud Materna y Perinatal de la OMS indican que el aumento de las tasas de cesáreas se relaciona con un mayor uso de tratamiento antibiótico en el periodo puerperal e incremento de la morbilidad materna severa. El aumento en la tasa de nacimiento por cesárea, está también asociado con un aumento en las tasas de morbi-mortalidad neonatal. Con el consecuente incremento de estadía de los recién nacidos en unidades de cuidados intermedios o intensivos durante siete días. ⁽³⁾

Con respecto al grupo etario el porcentaje de cesáreas es más frecuente en pacientes de 20 a 24 años, similar a la situación de otros hospitales de la región como el hospital Homero Castañier Crespo de la ciudad de Azogues.

Las cesáreas a pesar de que las personas la consideran una intervención quirúrgica segura, informes de la OMS indican que esta conlleva a un riesgo de 10 veces mayor para ingreso en UCI que un parto vía vaginal. ⁽⁶⁾

La mayor parte de pacientes sometidas a cesárea son residentes de zonas urbanas con un nivel de instrucción que va desde secundario a superior en relación con pacientes de la zona rural hecho que indica la inclinación de las pacientes de las zonas rurales por la atención de parto vaginal por sus costumbres sobre todo el parto intercultural el cual está indicado por el Ministerio de Salud pública bajo las normas, parámetros y personal adecuado para ello.

Entre las indicaciones para cesárea, se observa que aproximadamente 1 de cada 2 cesáreas se realizaron debido a que se trató de una cesárea anterior (49,40%); le siguen en frecuencia el compromiso del bienestar fetal (21,69%), las diferentes distocias de presentación (10,84%), desproporción céfalo-pélvica (4,82%) y aquellas realizadas urgentemente por complicaciones maternas (3,61%) entre las más importantes. Durante 30 años, los profesionales de la salud de todo el mundo han considerado que la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10% y el 15%. Para ello se han basado en la siguiente declaración hecha por un panel de expertos en salud reproductiva en una reunión organizada por la OMS en 1985 en Fortaleza (Brasil): “No hay justificación alguna para que ninguna región presente una tasa superior al 10-15%”. El panel llegó a esta conclusión a partir de la revisión de los pocos datos existentes en ese momento, procedentes principalmente de países europeos donde, con esta tasa de cesárea, se obtenían resultados maternos y perinatales adecuados. ⁽⁶⁾

CAPITULO VII

11 CONCLUSIONES.

- En el Hospital “Luis Fernando Martínez” durante el año 2017, la intervención cesárea representa el 27,67% del total de nacimientos en ese año lo cual supera el porcentaje recomendado por la Organización Mundial de la Salud.
- Del total de cesáreas realizadas se observa que aproximadamente 1 de cada 2 cesáreas se realizaron debido a que se trató de una cesárea iterativa 49,40% sin considerarlo como una emergencia mientras que el 50,60% se las realizo considerándolas como emergencias.
- Las mujeres de 20 a 24 años del área urbana son el grupo que representa un mayor porcentaje de cesáreas, esto puede deberse al hecho de las costumbres de las personas del área rural y la preferencia de estas por el parto vaginal.
- Con respecto a la distribución de las pacientes sometidas a parto por cesárea, casi la mitad de las pacientes fueron residentes en Cañar (45,78%), el 15,66% residieron en El Tambo, un 10,84% en La Troncal y un 6,02% en Honorato Vásquez con lo que se confirma el gran porcentaje de pacientes del área urbana que son intervenidas por cesárea.
- La estancia hospitalaria global fue entre 1 y 7 días después de la intervención (cesárea), el 61,45% de las pacientes estuvieron hospitalizadas durante 2 días y un 22,89% fueron hospitalizadas durante 3 días. La media de la estancia hospitalaria fue de $2,63 \pm 1,08$ días. No se presentaron

complicaciones derivadas del procedimiento en las pacientes durante el período de estudio.

- El 24,10% de las pacientes atendidas por parto por cesárea fueron esterilizadas quirúrgicamente, siendo el único procedimiento adicional realizado en este grupo durante el período de estudio propuesto, como método de planificación familiar solicitado por las pacientes.

12 RECOMENDACIONES.

Es de suma importancia fijar criterios, los cuales permitan establecer parámetros los cuales indiquen si es necesario o no la intervención cesárea, no solamente basados en las recomendaciones dadas por la Organización Mundial de la Salud, sino ajustados a nuestro medio, considerando las condiciones existentes en nuestro país.

Es de gran importancia que los profesionales de la salud los cuales están involucrados con la ginecología y obstetricia analicen los diagnósticos pre y post quirúrgicos para que así se de una valoración del paciente adecuado y el diagnostico sea más acertado para que así se justifique la misma, además de mejorar el entrenamiento académico del personal de la institución ya que esta situación es de suma importancia ya que compromete el bienestar tanto de la madre como del feto.

BIBIOGRAFIA.

1. Muñoz-Molina M, Poo-Figueroa AM, Bustos-Medina L, Baeza-Weinmann B. Acuerdo entre tres evaluadores y un experto en la detección de riesgo relacional en el posparto entre la madre y su recién nacido, Temuco, IX región, Chile, 2010. Rev Colomb Obstet Ginecol. 30 de junio de 2014;65(2):129.
2. Pablo Enrique Hoyos, Rodrigo Cifuentes B. Algoritmos de Cifuentes. Bogotá: Distribuna Editorial; 2012.
3. Ministerio de Salud Pública. Atención del parto por cesárea: Guía Práctica Clínica. [Internet]. Primera Edición. Quito: Dirección Nacional de Normatización: Corrección de estilo; 2015. Disponible en: http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-Atencion_del_Partido_por_cesarea.pdf
4. Martínez-Salazar GJ, Grimaldo-Valenzuela PM, Vázquez-Peña GG, Reyes-Segovia C, Torres-Luna G, Escudero-Lourdes GV. Caesarean section: History, epidemiology, and ethics to diminish its incidence. Rev Médica Inst Mex Seguro Soc. 2015;53(5):608.
5. Ruiz-Sánchez J, Espino y Sosa S, Vallejos-Parés A, Durán-Arenas L. Cesárea: Tendencias y resultados. Perinatol Reprod Humana. 2014;28(1):33–40.
6. Organización Mundial de la Salud. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea [Internet]. 2015. Disponible en: file:///C:/Users/josej/Desktop/TESIS%20JOSE/bibliografias/WHO_RHR_15.02_spa.pdf
7. Diana Lucía Sánchez López. IMPACTO DE LA CESÁREA SOBRE LA SALUD MATERNA Y PERINATAL: REVISIÓN SISTEMÁTICA. Universidad del Rosario; 2012.
8. Schwars L, Duverges C, Diaz A, Fescina R. Obstetricia. 6 edición. El Ateneo; 2012.

9. BOTERO J. Obstetricia y Ginecología. Novena Edición. Colombia: QuebecorWorld; 2015.
10. Schnapp SC, Sepúlveda SE, Robert SJA. Operación cesárea. Rev Médica Clínica Las Condes. 2014;25(6):987–992.
11. Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información de Salud - MSP Ecuador. Producción hospitalaria_MSP_2015_V9 [Internet]. Tableau Software. [citado 6 de marzo de 2017]. Disponible en: https://public.tableau.com/views/Produccionhospitalaria_MSP_2015_V9/MENU?%3Aembed=y&%3AshowVizHome=no&%3Adisplay_count=y&%3Adisplay_static_image=y&%3AbootstrapWhenNotified=true
12. Vogel JP, Betrán AP, Vindevoghel N, Souza JP, Torloni MR, Zhang J, et al. Use of the Robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: a secondary analysis of two WHO multicountry surveys. Lancet Glob Health. 3(5):e260-70.
13. Molina. X. et.al Normas en Obstetricia. Revision 1ra edición. Universidad de Cuenca. Cuenca Julio 2013.
14. Guía de Práctica Clínica para la Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea México: Instituto Mexicano de Seguro social; 2014.
15. Parto después de una cesárea. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013
16. Algoritmos de Cifuentes / Pablo Enrique Hoyos, Rodrigo Cifuentes B. - Bogotá: Distribuna Editorial, 2012.
17. LOPEZ T. Bonney's gynaecological surgery. 11th ed. John Wiley & Sons Ltd, The Atrium, Southern Gate, Chichester, West Sussex, PO19 8SQ, UK. 2015.
18. Cifuentes Borrero, Rodrigo Ginecología y obstetricia basadas en las nuevas evidencias Rodrigo Cifuentes B. — Bogotá: Distribuna Editorial, 2013.

19. SYMONDS I. ARULKUMARAN S. Ginecología y Obstetricia Escencisl. Elsevier España, S.L. Travessera de Gracia, 17-21 - 08021 Barcelona, España. 2014.
20. CARVAJAL J. RALPH C. Manual de Obstetricia y Ginecología. Pontificia universidad de Chile. 2015.
21. Danilo Nápoles Méndez. Consideraciones actuales sobre la operación cesarea. Hospital General Docente “Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso”, avenida Cebreco, km 1½, reparto Pastorita, Santiago de Cuba, Cuba. 2012 Correo electrónico: danilon@medired.scu.sld.cu
22. Lavender T, Hofmeyr GJ, Neilson JP, Kingdon C, Gyte GML. Cesárea por razones no médicas para el embarazo a término (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2014 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2014 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
23. Hofmeyr GJ, Hannah ME. Cesárea programada para parto en presentación podálica a término (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2014 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2014 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

ANEXOS.



Cuenca, 26 de junio de 2017

El Comité de Ética en Investigación en Seres Humanos de la Unidad Académica de Salud y Bienestar de la Universidad Católica de Cuenca **CERTIFICA** que ha conocido, analizado y aprobado el protocolo de estudio intitulado "INCIDENCIA Y PRINCIPALES INDICACIONES DE CESÁREAS REALIZADAS EN EL HOSPITAL LUIS F MARTINEZ. ENERO - JUNIO 2017", cuyo investigador principal es el Sr. José Javier Ordoñez Cabrera y que se encuentra siendo dirigida por el Dr. Cristian Cordero Jaramillo.

Es todo cuanto se puede decir en honor a la verdad.

Atentamente,

COORDINADOR DEPARTAMENTO DE BIOÉTICA

Cañar, 18 de Mayo del 2017.
Oficio N° 2017-0095-HLFM-D

Doctores

**DEPARTAMENTO UNIDAD DE TITULACIÓN
UNIVERSIDAD CATOLICA DE CUENCA
Cuenca.-**

De mi consideración:

Luego de un atento saludo, autorizo que la Int. JOSE JAVIER ORDOÑEZ CABRERA, realice en esta casa de salud en su parte correspondiente la investigación con el tema: "INSIDENCIA Y PRINCIPALES INDICACIONES DE CESAREAS EN EL HOSPITAL LUIS FERNANDO MARTÍNEZ ENERO – JUNIO 2017".

Particular que pongo en su conocimiento para los fines consiguientes.

Atentamente,



Ing. Renato Millaga Yépez

**ANALISTA DE TALENTO HUMANO DEL
HOSPITAL LUIS F. MARTÍNEZ**





UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

Cuenca, 16 de Mayo de 2017

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD.

Yo José Javier Ordóñez Cabrera, suscriptor de la presente carta me comprometo a mantener la confidencialidad en relación a toda la documentación e información obtenida en el proceso de investigación del tema "Incidencia y principales indicaciones de cesáreas realizadas en el Hospital Luis F. Martínez. Enero – Junio 2017." Por lo que declaro estar de acuerdo con lo siguiente:

- a. No divulgar a terceras personas o instituciones el contenido de cualquier documentación o información, como arte o resultado del proceso de investigación.
- b. No permitir a terceros el manejo de documentación resultante del proceso de recolección de datos.
- c. No explotar ni sacar provecho en beneficio propio, o permitir el uso externo de información obtenida o conocimiento adquirido durante el proceso de investigación.
- d. No conservar documentación que sea de propiedad institucional, ni permitir que se realicen copias no autorizadas de la misma.

Si por algún motivo faltase a este compromiso, acepto la responsabilidad por mis actos.

José Javier Ordóñez Cabrera.

INTERNO DE MEDICINA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CUENCA

Manuel Vega y Pío Bravo
Teléfonos: 830752 – 4123175
www.ucacue.edu.ec

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS UNIVERSIDAD CATOLICA DE CUENCA

UNIDAD ACADEMICA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD

FACULTAD MEDICINA

Edad de la paciente: _____

Lugar de residencia de la paciente (cantón): _____

Indicación de cesárea: _____

- Días de Hospitalización:
- ☐ 1 día
 - ☐ 2 días
 - ☐ 3 días
 - ☐ 4 días
 - ☐ Más de 4 días

Complicaciones maternas producidas durante su estancia hospitalaria.

No

Si Especifique: _____

Se realiza otro tipo de procedimiento quirúrgico además de la cesárea.

No

Si Especifique: _____

Incidencia y principales indicaciones de cesáreas realizadas en el Hospital Luis F. Martínez. Enero – Junio 2017

INFORME DE ORIGINALIDAD

9%

INDICE DE SIMILITUD

8%

FUENTES DE
INTERNET

0%

PUBLICACIONES

5%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

2%

Submitted to Universidad de San Martín de
Porres

Trabajo del estudiante

2

1%



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA**
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

**UNIDAD ACADEMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE MEDICINA Y ENFERMERIA**

Cuenca, 18 de septiembre del 2017.

Señor, Doctor.

Lorgio Aguilar

DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN

Señora, Doctora.

Patricia Vanegas

DIRECTORA DE UNIDAD DE TITULACIÓN

Por medio del presente me permito indicar a su persona que el Trabajo de Grado, de título: "Incidencia y principales indicaciones de cesáreas realizadas en el Hospital Luis F. Martínez. Enero – Junio 2017" realizado por el estudiante José Javier Ordoñez Cabrera ha cumplido con las recomendaciones sugeridas por los pares revisores asignados, motivo por el cual me permito sugerir se dé paso a la sustentación del mismo.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Dr. Cristian Cordero


Dr. Cristian Cordero J.
GINECOLOGÍA - OBSTETRICIA
MSP Libro 1 Folio 4-N.10

Manuel Vega y Pio Bravo
Teléfonos: 830752 – 4123175
www.ucacues.edu.ec



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA**
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

UNIDAD ACADEMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA Y ENFERMERIA

Yo, José Javier Ordóñez Cabrera, autor del proyecto de investigación titulado: "INCIDENCIA Y PRINCIPALES INDICACIONES DE CESAREAS REALIZADAS EN EL HOSPITAL LUIS FERNANDO MARTINEZ. ENERO-JUNIO 2017"; reconozco y acepto el derecho de la Universidad Católica de Cuenca, de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médico. El uso que la Universidad hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.;

Atentamente.

José Javier Ordóñez Cabrera.

Manuel Vega y Pio Bravo

Teléfono: 830752-413175

www.ucacue.edu.ec