

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

"PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE CESAREA Y PARTO CEFALO VAGINAL  
EN EL HOSPITAL ENRIQUE GARCES DURANTE EL PERIODO DE  
ENERO A DICIEMBRE DEL 2010"

DISERTACION PREVIA A LA OBTENCION DEL TITULO DE  
MEDICO CIRUJANO

*MORERA BENITEZ MONICA PATRICIA*

*TUMIPAMBA ANDRADE SOFIA PILAR*

Director de tesis: Dr. René Buitrón, Docente de la Facultad de Medicina de la  
Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Quito, 2011

## AGRADECIMIENTOS

Nuestros más sinceros agradecimientos al Dr. René Buitrón nuestro tutor y a la vez nuestro amigo, por su paciencia, aportaciones y comentarios que hicieron que finalizásemos con gran éxito nuestra investigación

A la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, por darnos la oportunidad de aprender y forjarnos como los nuevos médicos con espíritu de servicio, y lo más importante de querer y amar lo que hacemos.

A nuestros amigos los Drs. Francisco Hidalgo y José Loza por ser nuestros lectores, y maestros.

Al Dr. Freddy Trujillo y Dr. Marco Ochoa, quienes nos dieron la aprobación para la realización de esta investigación en el Hospital Enrique Garcés.

Al Hospital Enrique Garcés por abrirnos las puertas y así permitir la realización de esta investigación.

Al Lcdo. Flores, Jefe del departamento de estadística del Hospital Enrique Garcés y a todo su personal, quienes amablemente nos facilitaron las historias clínicas que ayudaron a la recolección de los datos necesarios para el estudio.

A toda nuestra familia, amigos y personas que hemos conocido a lo largo de nuestra carrera y al realizar esta investigación, todos ellos han contribuido con nuestro desarrollo personal y profesional brindándonos su apoyo incondicional.

Mónica y Sofía

## DEDICATORIA

Primeramente dedico el presente estudio y toda mi vida a Dios, porque sin él no hubiese llegado a donde me encuentro y a ser una persona cada vez mejor.

A mis padres: Hernando y Mercedes, a mi hermana: Adriana, por ser mis pilares de trabajo y constancia, por enseñarme a luchar, a levantarme de los tropiezos, a mirar siempre hacia adelante, por su entrega y apoyo incondicional en cada momento de mi vida. Gracias por ser mi bella familia.

A mi esposo: Hernán por ser la persona incondicional, por darme las palabras de aliento que cada día hicieron que siguiera adelante sin mirar atrás y lo más importante, por darme y enseñarme el amor verdadero. Gracias por ser el regalito de Dios te amo mucho.

A mis suegros: Manuel y Rosa, a mi cuñada: Nelly y a mis sobrinas: Kelly y Camila, que son como mi segunda familia, gracias por acogerme dentro de su hogar como si fuese una hija, una hermana y una tía, por sus consejos y apoyo en todo momento, y por haberme dado el mejor esposo.

A todos mis pacientes por enseñarme día a día cosas nuevas que me ayudaron en mi vida profesional y personal.

Mónica Morera

## DEDICATORIA

A mis padres y hermanas por su apoyo y cariño durante toda mi vida.

A mi familia: Carlos y mis hijos por ser mi luz y mi impulso para seguir adelante y alcanzar mis metas gracias a su apoyo, gran amor y paciencia.

Sofía T. A.

## TABLA DE CONTENIDOS

TABLA DE CONTENIDOS .....	5
LISTA DE TABLAS .....	9
LISTA DE ILUSTRACIONES Y GRÁFICOS.....	13
ABREVIATURAS USADAS EN ESTE TEXTO .....	14
RESUMEN.....	16
ABSTRACT.....	20
CAPITULO I.....	23
1.1 INTRODUCCIÓN.....	23
CAPITULO II.....	25
2.1 PARTO NORMAL .....	25
2.1.1 EL MIOMETRIO .....	26
2.1.2 BIOQUÍMICA DE LA CONTRACCION DEL MUSCULO LISO .....	27
2.1.3.1 Teorías sobre el inicio del trabajo de parto .....	27
2.1.3.2 Otros factores que participan en el inicio del parto.....	30
2.1.3.3 Inicio del parto fisiológico.....	35
2.1.3.4 Inicio del parto desde el punto de vista clínico .....	36
2.2 PARTO POR CESÁREA .....	40
2.2.1 Reseña Histórica .....	40
2.2.2 Frecuencia .....	42
2.2.3 Indicaciones .....	45
2.2.3.1 Causas maternas:.....	45

2.2.3.2 Causas fetales: .....	46
2.2.3.3 Causas mixtas: .....	46
2.2.3.4 Cesárea por cesárea anterior: .....	47
2.2.4 CLASIFICACION .....	51
2.2.4.1 Según los antecedentes obstétricos de la paciente: .....	51
2.2.4.2 Según las indicaciones: .....	51
2.2.4.3 Según técnica quirúrgica: .....	51
2.2.5 TECNICAS QUIRURGICAS.....	51
2.2.5.1 Corporal o clásica: .....	51
2.2.5.2 Segmento corporal: (Beck).....	52
2.2.5.3 Segmento arciforme o transversal: (Kerr) .....	52
2.2.6 Contraindicaciones: .....	52
2.2.7 Complicaciones .....	53
2.2.8 Complicaciones fetales .....	56
2.3 LEY DE MATERNIDAD GRATUITA.....	57
3.1 MATERIALES Y MÉTODOS.....	60
3.1.1 Problema .....	60
3.1.2 Objetivo general .....	61
3.1.3 Objetivos específicos.....	61
3.2 HIPÓTESIS.....	61
3.4 METODOLOGÍA.....	61
3.4.1 TIPO DE ESTUDIO.....	61
3.4.2 MUESTRA.....	62
3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES DEL ESTUDIO.....	62
3.6 Criterios de inclusión .....	64
3.7 Criterios de exclusión .....	65

3.8 Procedimientos de medición e intervención .....	65
3.9 PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS .....	66
3.10 ASPECTOS BIOÉTICOS.....	66
<b>CAPITULO IV .....</b>	<b>67</b>
<b>4.1 RESULTADOS .....</b>	<b>67</b>
<b>4.1.1 RESULTADOS DE PARTOS CEFALO VAGINALES HEG 2010 .....</b>	<b>67</b>
<b>4.1.1.1 CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS Y SOCIALES DE LAS     PACIENTES ATENDIDAS EN EL HEG.....</b>	<b>67</b>
<b>4.1.1.2 SIGNOS VITALES DE LAS PACIENTES AL MOMENTO DE     LLEGAR AL CENTRO OBSTETRICO DEL HEG.....</b>	<b>70</b>
<b>4.1.1.3 VALORES ANTROPOMÉTRICOS.....</b>	<b>71</b>
<b>4.1.1.4 ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:.....</b>	<b>72</b>
<b>4.1.1.5 ANTECEDENTES GINECO OBSTETRICOS.....</b>	<b>72</b>
<b>4.1.1.6 CONTROL PRENATAL.....</b>	<b>76</b>
<b>4.1.1.7 TRABAJO DE PARTO .....</b>	<b>78</b>
<b>4.1.1.8 DATOS DEL RECIEN NACIDO .....</b>	<b>82</b>
<b>4.1.2 REPORTE DE RESULTADOS DE CESAREAS HEG 2010 .....</b>	<b>84</b>
<b>4.1.2.1 CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS Y SOCIALES DE LAS     PACIENTES ATENDIDAS EN EL HEG.....</b>	<b>84</b>
<b>4.1.2.3 VALORES ANTROPOMÉTRICOS.....</b>	<b>88</b>
<b>4.1.2.4 ANTECEDENTES PATOLOGICOS.....</b>	<b>89</b>
<b>4.1.2.5 ANTECEDENTES GINECO OBSTETRICOS.....</b>	<b>90</b>
<b>4.1.2.6 CONTROL PRENATAL.....</b>	<b>93</b>
<b>4.1.2.7 TRABAJO DE PARTO .....</b>	<b>95</b>
<b>4.1.2.8 DATOS DEL RECIEN NACIDO .....</b>	<b>99</b>
<b>4.1.3 CRUCE DE VARIABLES EN PARTO CEFALO VAGINAL .....</b>	<b>101</b>
<b>4.1.4 CRUCE DE VARIABLES EN PARTO POR CESAREA.....</b>	<b>113</b>

<b>CAPITULO V.....</b>	<b>124</b>
<b>5.1 DISCUSIÓN.....</b>	<b>124</b>
<b>CAPÍTULO VI.....</b>	<b>133</b>
<b>6.1 CONCLUSIONES.....</b>	<b>133</b>
<b>CAPÍTULO VII.....</b>	<b>137</b>
<b>7.1 RECOMENDACIONES.....</b>	<b>137</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>139</b>
<b>ANEXO 1.....</b>	<b>140</b>
<b>ANEXO 2.....</b>	<b>143</b>
<b>ANEXO 3.....</b>	<b>144</b>
<b>ANEXO 4.....</b>	<b>145</b>
<b>ANEXO 5.....</b>	<b>146</b>
<b>ANEXO 6.....</b>	<b>147</b>
<b>ANEXO 7.....</b>	<b>148</b>
<b>ANEXO 8.....</b>	<b>149</b>
<b>ANEXO 11.....</b>	<b>152</b>
<b>ANEXO 12.....</b>	<b>153</b>
<b>ANEXO 13.....</b>	<b>154</b>
<b>ANEXO 14.....</b>	<b>155</b>
<b>ANEXO 15.....</b>	<b>156</b>
<b>ANEXO 16.....</b>	<b>157</b>
<b>ANEXO 17.....</b>	<b>158</b>
<b>ANEXO 18.....</b>	<b>159</b>
<b>ANEXO 21.....</b>	<b>162</b>
<b>ANEXO 22.....</b>	<b>163</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>164</b>

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Tasa de partos por cesárea según los primeros ocho países.....	44
Tabla 2. Score predictor de éxito de parto vaginal al someter a prueba de trabajo de parto a paciente con antecedente de cesárea.....	50
Tabla 3 Relación de nivel escolar-edad en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010.....	101
Tabla 4 Relación de vivienda-edad en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010.....	102
Tabla 5 Relación de nivel escolar-ingreso en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010.....	102
Tabla 6 Relación de ingreso-edad en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010.....	103
Tabla 7 Relación de ingreso-etnia en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010.....	104
Tabla 8 Relación de aborto-edad en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010.....	104
Tabla 9 Relación de aborto-ingreso en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010.....	105
Tabla 10 Relación de aborto-estado civil en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010.....	106
Tabla 11 Relación de edad-aborto en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010.....	106
Tabla 12 Relación de gestas-menarquía en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010.....	107
Tabla 13 Relación de sangrado-placenta en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010.....	108
Tabla 14 Relación de sangrado-placenta en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010.....	108

Tabla 15 Relación de estado civil-edad en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010. ....	109
Tabla 16 Relación de edad-gestas en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010. ....	109
Tabla 17 Relación del periodo intergenésico-edad en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010. ...	110
Tabla 18 Relación de parejas sexuales-edad en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010. ....	111
Tabla 19 Relación de embarazo planeado-edad en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010. ....	111
Tabla 20 Relación de planificación familiar-edad en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010. ....	112
Tabla 21 Relación de edad-paptest en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010. ....	112
Tabla 22 Relación de edad-vivienda en el embarazo el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010. ....	113
Tabla 23 Relación de edad-estado civil en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010. ....	114
Tabla 24 Relación de edad-ingresos en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010. ....	115
Tabla 25 Relación de edad-número de gestas en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010. ....	116
Tabla 26 Relación de edad-abortos en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010. ....	116
Tabla 27 Relación entre edad- realización de pap test en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010. ...	117
Tabla 28 Relación entre edad-ligadura en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010. ....	117
Tabla 29 Relación entre edad-peso del recién nacido en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010. ...	118
Tabla 30 Relación entre edad-período intergenésico en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010. ...	119

Tabla 31 Relación entre instrucción-ingreso en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010.....	120
Tabla 32 Relación entre instrucción-gestas en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010.....	121
Tabla 33 Relación entre instrucción-IVSA en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010.....	121
Tabla 34 Relación entre estado civil-período intergenésico en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010. ..	122
Tabla 35 Relación entre periodo intergenésico-peso del recién nacido en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010. ....	123
Tabla 36 Relación entre estado civil-embarazo planeado en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010. ..	123
Tabla 37 Distribución de ocupación en el estudio de Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos céfalo vaginales en el HEG durante el año 2010.....	144
Tabla 38 Distribución del lugar de vivienda en el estudio de Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos céfalo vaginales en el HEG durante el año 2010.....	145
Tabla 39 Frecuencia del grupo sanguíneo en mujeres del estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos Céfalo Vaginales en el HEG durante el año 2010. ....	147
Tabla 40 Distribución de los APF en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010. ....	148
Tabla 41 Distribución de los APP en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010. ....	149
Tabla 42 Distribución de las frecuencias de edad de IVSA en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010. ..	150
Tabla 43 Distribución del número de ecos en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010.....	151
Tabla 44 Patologías durante el embarazo en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010.....	152
Tabla 45 Distribución del personal en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010. ....	153
Tabla 46 Distribución de ocupación en el estudio de Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos céfalo vaginales en el HEG durante el año 2010.....	155

Tabla 47 Distribución del lugar de vivienda en el estudio de Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos céfalo vaginales en el HEG durante el año 2010.....	156
Tabla 48 Frecuencia del grupo sanguíneo en mujeres del estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos Céfalo Vaginales en el HEG durante el año 2010. ....	157
Tabla 49 Distribución de los APF en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010. ....	158
Tabla 50 Distribución de los APP en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010. ....	159
Tabla 51 Distribución de las frecuencias de edad cuando IVSA en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010. ...	160
Tabla 52 Distribución del número de ecos en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010. ....	161
Tabla 53 Distribución de indicaciones de cesárea en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010. ...	162
Tabla 54 Distribución de la hora del parto en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010. ....	163

## LISTA DE ILUSTRACIONES Y GRÁFICOS

Ilustración 1 Utilización de la maternidad gratuidad desde el año 1994-2004.....	59
Ilustración 2 Distribución en percentiles de la edad en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos céfalo vaginales en el HEG durante el año 2010. ....	143
Ilustración 3 Distribución de barrios de procedencia de la muestra de mujeres que terminaron el parto por vía vaginal en el Hospital Enrique Garcés durante el año 2010. ....	146
Ilustración 4 Distribución en percentiles de la edad en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos céfalo vaginales en el HEG durante el año 2010. ....	154

## **ABREVIATURAS USADAS EN ESTE TEXTO**

**AMPc:** Adenosin monofosfato cíclico

**GMPc:** Guanosín monofosfato cíclico

**HEG:** Hospital Enrique Garcés

**HPSJ:** Hospital Patronato San José

**IESS:** Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

**SCS:** Subcentro de Salud

**MSP:** Ministerio de Salud Pública

**CLAP:** Centro Latinoamericano de Perinatología

**APP:** Antecedentes patológicos personales

**APF:** Antecedentes patológicos familiares

**HTA:** Hipertensión

**DM:** Diabetes Mellitus

**RCIU:** Retardo de Crecimiento Intrauterino

**PPT:** Parto Pretérmino

**SFA:** Sufrimiento Fetal Agudo

**RPM:** Ruptura prematura de membranas

**IVU:** Infección de vías urinarias

**DCP:** Desproporción Céfalo-Pélvica

**HPV:** Virus del Papiloma Humano

**CO:** Centro Obstétrico

**OMS:** Organización Mundial de la Salud

**OPS:** Organización Panamericana de la Salud

**INNFA:** Instituto nacional del niño y la familia.

## RESUMEN

**Lugar:** Hospital Enrique Garcés del MSP

**Tipo de estudio:** Prevalencia

**Objetivo:** Determinar las características epidemiológicas de las cesáreas y partos céfalo vaginales en el Hospital Enrique Garcés durante el año 2010.

**Muestra:** Aleatoria

**Universo:** Pacientes que se sometieron a cesárea o parto céfalo vaginal en el HEG durante el período de Enero a Diciembre del 2010.

**Tamaño de la muestra:** 204 pacientes

**Variables:** Demográficas, antecedentes gineco- obstétricos, APP, APF, patología del embarazo, tipo de parto, atención del parto, complicaciones en el parto.

### **Resultados:**

Durante el año 2010 se produjeron un total de 5593 partos de los cuales el 65% terminaron en parto cefalovaginal y 35% por medio de cesárea, se analizó una muestra de 204 pacientes, las edades prevalentes de las pacientes de ambos grupos estuvieron entre los 17 a 23 años principalmente, siendo más frecuente encontrar mujeres mayores en los

partos por cesárea, más del 90% de las mujeres del estudio pertenecen a la raza mestiza, la mayoría de las cuales son casadas o viven en unión estable con sus parejas, siendo solteras un 15% de ellas, la mayoría tuvo un nivel de instrucción secundaria y se dedican a realizar quehaceres domésticos, tan solo un 35% viven en casa propia y sus viviendas se distribuyen hacia el sur del Distrito Metropolitano de Quito.

El 50% de mujeres que terminaron su embarazo por vía vaginal cursaban su primer embarazo y no habían tenido hijos anteriormente, en el grupo de mujeres a las que se les realizó cesárea más del 50% eran multiparas, el 25% de ambos grupos refieren haber tenido al menos un aborto.

Más del 65% de los embarazos no fueron planificados, a pesar de esto, más del 85% de la población refiere no haber usado ningún método anticonceptivo.

Se analizó además las patologías prevalentes durante el embarazo encontrándose en ambos grupos que la IVU, anemia, vaginitis y preeclampsia son las más frecuentes, la única enfermedad de transmisión sexual encontrada fue el HPV, gran parte de estas mujeres se realizaron sus controles prenatales en subcentros de salud cercanos a su lugar de vivienda con un promedio de 6 controles y 3 ecografías realizadas en ambos grupos.

La edad gestacional promedio al momento del parto fue de 39 semanas en los partos cefalovaginales y de 38 semanas en los partos por

cesárea, dentro de estos últimos existió un óbito fetal y un embarazo gemelar. Las principales causas de cesárea fueron el antecedente de cesárea en primer lugar con un 43% de los casos, seguido por distocias de presentación con el 14%, SFA el 12%, distocia de dilatación 9%, como las causas más representativas.

La mayoría de los partos vaginales fueron atendidos por internos rotativos del área de ginecología del hospital representando el 61%, mientras que los partos por cesárea fueron realizados en su mayor porcentaje (46%) por médicos postgradistas.

El grupo que presentó mayor número de complicaciones fue el grupo de mujeres que tuvieron parto vaginal presentando desgarros y retenciones placentarias principalmente, los partos por cesárea se complicaron en solo un 5% por infección, sin embargo la estancia hospitalaria promedio de los partos vaginales fue de 2 días mientras que la estancia hospitalaria de los partos que terminaron por cesárea fue de 3.

Con respecto a los neonatos aproximadamente el 70% tuvieron peso adecuado para la edad gestacional, y necesitaron al momento de su recepción, en su mayoría tan solo estimulación, otras intervenciones que se realizaron en menos del 40% en ambos casos fue la administración de oxígeno y aspiración de secreciones, tan solo un neonato de sexo femenino nacida por parto vaginal necesito masaje cardíaco en su recepción debido a haber tenido sufrimiento fetal agudo. El APGAR al minuto promedio en

ambos grupos fue de 8, mientras que a los cinco minutos fue de 9, sin haber diferencias significativas en ambos grupos.

**Conclusiones:**

En el presente estudio se pudo observar que las mujeres que tuvieron parto cefalovaginal como parto por cesárea tienen características bastante similares entre sí en cuanto a datos socio demográficos y socio económicos, las diferencias encontradas radican en el manejo del parto y su evolución durante su estancia hospitalaria por razones obvias.

También se puede concluir que el promedio de cesáreas está por sobre el porcentaje recomendado por la OMS

Se observó que las mujeres que tuvieron parto vaginal tuvieron más complicaciones que aquellas que tuvieron partos por cesárea.

**Palabras claves:** Parto céfalo vaginal, cesárea, perfil epidemiológico.

## **ABSTRACT**

**Place:** Enrique Garcés Hospital

**Type of study:** Prevalence

**Objective:** To determine epidemiologic characteristics of cesarean and vaginal delivery in the Enrique Garcés Hospital during the year 2010.

**Sample:** randomly selected

**Universe group:** Patients who give birth by cesarean delivery or vaginal delivery in the Enrique Garcés Hospital during the period from January to December of the year 2010.

**Sample size:** 204 patients

**Variables:** Demographic, gynecological and pregnancy history, medical personal history, family background, pregnancy illness, labor and delivery, intrapartum assessment and obstetrical complications.

**Results:**

During the year 2010 were there an amount of 5593 deliveries, 65% of them were vaginal deliveries and 35% were cesarean deliveries, in this

study were analyzed a total of 204 patients, the mean age was ranging from 17 to 23 years old in both groups, the older women were in the cesarean delivery group. More than 90% of patients are mustezoes, the majority are married or live in domestic partnership, just 15% of them are still single. The schooling of most of them was secondary, and their occupation was housekeeper, and only 35% of them have their own house the others rent their houses, almost all come from the south of the metropolitan district of Quito.

About 50% of women who had vaginal delivery have not been pregnant before, 50% of women who had cesarean delivery have already had other pregnancies, 25% of women in both groups have had at least one abortion.

More than 65% of pregnancies were unintended, nevertheless more than 85% of women have not use a contraceptive method.

Common diseases during pregnancy were urinary infections, anemia, vulvovaginitis and preeclampsia, the only sexual transmission disease found was HPV, most of the women attended public health centers for their prenatal check ups. The average check ups was six, and the middle number of ultrasound scans was four.

The gestational age range was from 38 to 39 weeks, there was a case of fetal obitus and a case of twin pregnancy. The three main reasons for

cesarean delivery were previous cesarean delivery (43%), breech presentation (14%), acute fetal distress (12%).

Sixty one percent of vaginal deliveries were assisted by boarding pupils, forty six percent of cesarean deliveries by physicians who are in a gynecology postgrade.

Seventy percent of newborn babies have adequate weight, the majority did not need neonatal reanimation, only one female newborn needed cardiac massage. APGAR scores are normal in newborns of both groups.

**Conclusions:**

Women in this study with vaginal or cesarean delivery have similar socio demographical and socio economic characteristics, the differences found are established in partum attention and postpartum management.

The amount of cesarean deliveries is over the rate recommended by the World Health Organization.

The number of complications post partum is larger in vaginal deliveries than in cesarean deliveries.

**Key words:** vaginal delivery, cesarean delivery, epidemiologic characteristics.

## **CAPITULO I.**

### **1.1 INTRODUCCIÓN**

Hasta hace pocos años, el nacimiento de un niño era un acontecimiento familiar y de la comunidad que tenía lugar en los hogares con la protección y ayuda de otras mujeres entrenadas y el acompañamiento de toda la familia.

A fines del siglo XIX y principios del siglo XX comienza a institucionalizarse y a medicalizarse el parto con el fin de disminuir las muertes maternas y neonatales resultantes de los partos patológicos, esto fue considerado un progreso ya que efectivamente dichas muertes disminuyeron, pero, a la vez, el parto se transformó en un acto médico cuyos significados científicos dejaron de lado los aspectos psicosociales siendo necesaria la incorporación en hospitales de todo un equipo de salud, enfermeras, médicos, y otros para encargarse de la atención del parto, ante un acto privado y natural para ahora ser acto público y manejado como una enfermedad muchas veces de manera incómoda para la mujer, el recién

nacido y los familiares debido a normas estrictas de hospitales que evitan el contacto temprano del recién nacido con su madre y aíslan a la madre del resto de su núcleo de apoyo familiar.

Así, el equipo de Salud pasa a ser el eje de las decisiones y a usar tecnologías y procedimientos destinados a los embarazos o partos de riesgo en todos los casos, incluso en aquellos totalmente normales, transformando las acciones usadas en casos excepcionales en acciones rutinarias. El incremento de la tecnología (ecografías, monitoreo electrónico, anestesia peridural, etc.) ha llevado a un alejamiento del parto natural y a un incremento progresivo y abusivo del parto por cesárea, sin una mejora sustancial en los resultados obstétricos o neonatales.

De acuerdo a la OMS, no existen argumentos que justifiquen una tasa de cesáreas superior al 15 % y considera porcentajes superiores a este como un indicador de mala calidad de atención obstétrica, ya que aumentaría los riesgos innecesarios para la mujer y su hijo, y desde la perspectiva económica, representa una sobrecarga para los sistemas de salud que de por sí funcionan con recursos limitados.

## **CAPITULO II.**

### **2.1 PARTO NORMAL**

El parto normal (OMS 1996) se define como aquel de inicio espontáneo, de bajo riesgo desde el comienzo del trabajo de parto, hasta la finalización del nacimiento. El niño nace en forma espontánea, en presentación cefálica, entre las 37 y 41 semanas completas de edad gestacional. Luego, tanto la madre como el niño están en buenas condiciones<sup>1</sup>

Durante las primeras 36 a 38 semanas del embarazo el miometrio se encuentra en reposo, después de este prolongado período se instaura una fase de transición durante la cual tiene lugar el ablandamiento y borramiento progresivo del cuello uterino.

Las contracciones miométriales no inductoras de dilatación cervical pueden observarse en cualquier momento del embarazo, estas se

---

<sup>1</sup> OMS, 1996

caracterizan por aparecer de forma irregular, poca intensidad y corta duración. Las molestias causadas por estas contracciones se limitan a la parte inferior del abdomen y a la región inguinal. Cerca del término del embarazo estas contracciones se hacen más frecuentes y producen el llamado trabajo de parto falso.

Las últimas horas del embarazo se caracterizan por contracciones uterinas que determinan la dilatación del cuello uterino y provocan el descenso del feto por el canal del parto. Antes de que empiecen estas intensas y dolorosas contracciones, el útero debe estar preparado para el trabajo de parto.

### **2.1.1 EL MIOMETRIO**

El miometrio posee características especiales en comparación con los músculos esqueléticos, que le dan ventaja con respecto a la eficiencia de las contracciones para lograr la expulsión del feto durante el parto. Así, el grado de acortamiento de las células musculares lisas durante las contracciones tiene mayor magnitud que el alcanzado por las células musculares estriadas, la fuerza de contracción generada que ejercen se da en todas las direcciones mientras que en el músculo estriado la fuerza se ejerce en sentido longitudinal de las células musculares, la organización de las células en el miometrio es diferente pues los filamentos gruesos y delgados se disponen en fascículos largos y entremezclados en las células, este ordenamiento facilita un mayor grado de acortamiento y la generación de mayor fuerza contráctil.

## **2.1.2 BIOQUÍMICA DE LA CONTRACCION DEL MUSCULO LISO**

Se produce interacción entre la actina y la miosina, la miosina está compuesta por numerosas cadenas livianas y pesadas y se organiza en miofilamentos gruesos, la interacción entre la miosina y la actina conducen a la activación de la ATPasa, la hidrólisis del ATP y la generación de fuerza que es mediada por la fosforilación enzimática de la cadena liviana de 20 kilodaltons (masa molecular) de la miosina. Esta reacción de fosforilación es catalizada por la enzima cinasa de las cadenas livianas de la miosina que es activada por el calcio.

El calcio se fija a la calmodulina, una proteína reguladora fijadora de calcio que a su vez se fija en una cinasa de las cadenas livianas de la miosina y activa a esta enzima. Por esta razón los agentes que actúan sobre las células musculares lisas miométriales e inducen un aumento de la concentración citosólica intracelular de calcio promueven la contracción muscular.

Los factores asociados con un descenso de la concentración intracelular de calcio promueven la relajación muscular. Así, el AMPc y el GMPc actúan induciendo un descenso de calcio, por lo que los factores que inducen un aumento de la concentración intracelular de estos promueven la relajación uterina.

## **2.1.3 INICIO DEL TRABAJO DE PARTO**

### **2.1.3.1 Teorías sobre el inicio del trabajo de parto**

En la actualidad existen múltiples teorías sobre el inicio del parto, pero las que prevalecen desde una perspectiva superficial consisten en la hipótesis del mantenimiento del embarazo y la teoría de la inducción del parto por una uterotonina, además se cree en la participación del feto humano maduro, mediante un mecanismo todavía indefinido, como origen de la señal inicial para el inicio del parto.

La hipótesis más completa y más abalada por los científicos es la existencia de un “gen reloj placentario”, que se activa desde etapas más tempranas del embarazo y que determinaría la duración de la gestación y el momento del parto. Este reloj controlaría una señal significativa que es el Factor Liberador de Corticotropina Placentaria (CRF).

La CRF aumenta de forma exponencial en el tejido placentario durante la gestación tardía, y las concentraciones de CRF en el plasma materno aumentan de forma similar en el tiempo. La secreción de CRF se inhibe con progesterona y óxido nítrico, y es estimulada por oxitocina, prostaglandinas, catecolaminas y por glucocorticoides.

Así se ha sugerido que los incrementos en la concentración de cortisol circulante, en el compartimiento materno en respuesta al estrés o en el compartimiento fetal en respuesta a la activación del eje Hipotálamo-Hipófisis- Adrenal (HHA) o al estrés como la hipoxemia, podrían dar lugar a un estímulo que aumenta la generación de CRF placentario.

Las evidencias clínicas de esta relación son:

Dos grandes estudios independientes, en los que el aumento de las concentraciones de CRF en plasma materno se midió en pacientes que presentaban un parto pretérmino y recibieron glucocorticoides prenatales para la maduración pulmonar fetal. Varios estudios han demostrado que las concentraciones de CRF en plasma están aumentadas notablemente en pacientes con riesgo real de parto prematuro.

Mc Lean y cols. Descubrieron un aumento de las concentraciones de CRF en sangre materna ya desde la semana 14 de gestación, en pacientes destinadas a tener un parto prematuro. Mientras que las concentraciones de CRF fueron más bajas en aquellas pacientes que tuvieron un parto postérmino<sup>2</sup>.

El mecanismo del inicio del parto actualmente más aceptado es el siguiente:

El aumento de la CRF así como la activación del eje HHA fetal produce un aumento del cortisol fetal. El cortisol fetal estimula la expresión del gen de Hormona Prostaglandina Sintetasa-2 (PGHS-2) en las células trofoblásticas fetales. Estas células expresan receptores de glucocorticoides, que no se encuentran en el compartimiento materno placentario. La expresión placentaria aumentada de PGHS-2 tiene como resultado un incremento progresivo de la expresión de PGE2, desde la placenta al

---

<sup>2</sup> Mc Lean M, Bisids A, Davies J. A placentae clock control ling the length of human pregnancy. Nat Med.1995;1:460.

compartimiento fetal. Por lo tanto, esta relación sugiere un sistema de retroalimentación positiva según el cual la PGE2 placentaria estimula la actividad del eje HHA fetal, cuyo producto final es el cortisol, y promueve la ulterior producción de PGE2 por parte de la placenta. La PGE2 placentaria a su vez aumenta la expresión de del Citocromo P450 C17 hidroxilasa en el trofoblasto fetal. El incremento de esta enzima permitirá la conversión de pregnenolona a esteroides C19 y, por lo consiguiente a estrógenos.

El incremento en la producción placentaria de PGHS-2 y Citocromo P450 depende del cortisol fetal, pero resulta independiente de los cambios de los estrógenos.

Los estrógenos por su lado activan la expresión génica de las Proteínas Activadoras de Contractilidad Uterina (CAP) en el tejido uterino materno. Los estrógenos resultan también clave para la activación de PGHS-2 en el endometrio materno. La expresión de la PGHS-2 endometrial produce un incremento de la salida a la circulación materna de PGF2alfa, que actúa sobre el miometrio favoreciendo su activación.

### **2.1.3.2 Otros factores que participan en el inicio del parto**

#### *Factores miometriales.*

Activación de la contractilidad miometrial es el punto crucial para el desencadenamiento del parto.

#### *Estrógenos y progesterona.*

El embarazo es un estado hiperestrogénico. El incremento de la producción de estrógenos que se produce ya desde las primeras fases, produce las siguientes modificaciones:

- Hipertrofia de células miometriales.
- Síntesis de proteínas contráctiles del miometrio (actina, miosina, quinasas.)
- Aumento y activación de los canales de calcio.
- Descenso del umbral de excitación de la célula miometrial.
- Mejora de la transmisión del impulso contráctil de célula a célula.

Los estrógenos en sí, no promueven las contracciones uterinas, sino la capacidad de producir contracciones enérgicas y coordinadas. Por el contrario la progesterona aumenta el umbral de excitación celular y dificulta la transmisión del estímulo contráctil de célula a célula.

Estas observaciones sugerían que para que se desencadenara el parto sería necesaria una disminución de progesterona, como ocurre en la mayoría de las especies de mamíferos. Pero en el humano no ocurre así, de hecho la concentración de progesterona no disminuye hasta después de la expulsión de la placenta.

Es muy probable que los estrógenos y progesterona actúen conjuntamente, así tanto los estrógenos como la progesterona se secretan en cantidades progresivamente mayores a lo largo de casi todo el embarazo, pero desde el séptimo mes de gestación la secreción de estrógenos sigue

aumentando mientras que la secreción de progesterona se mantiene constante. Por esto se sostiene que el cociente estrógenos/progesterona aumenta lo suficiente como para ser responsable, al menos parcialmente del aumento de la contractilidad uterina.

Ambas hormonas son fundamentales para la correcta y efectiva contracción uterina. Sabemos que tras una contracción miometrial la célula entra en un período refractario durante el cual es insensible a los estímulos y no se contrae.

Bajo el dominio estrogénico, la célula miometrial es muy excitable, responde a estímulos muy pequeños, que producen contracciones segmentarias y fraccionadas en el miometrio ya que las células acaban de contraerse y se encuentran en el período refractario (bloqueo estrogénico) por lo que es muy difícil que el estímulo se propague.

Bajo el dominio de la progesterona el umbral de excitación es más alto para producir una contracción. Pero cuando este es lo suficientemente intenso para desencadenar la contracción, este se propaga con mayor facilidad ya que la mayoría de las células vecinas no están en período refractario.

#### *Receptores miometriales para oxitocina.*

Un fenómeno llamativo que ocurre en el endometrio a lo largo de la gestación es el importante incremento de los receptores de membrana de las células miometriales para la oxitocina. Este aumento es mucho más

importante en el último trimestre de la gestación y explica en parte la insensibilidad relativa del útero en los primeros meses de gestación a la administración de oxitocina.

El incremento de receptores para oxitocina aparecen gracias a los efectos de los estrógenos, la distensión miometrial, las prostaglandinas y otros efectos no conocidos y su concentración aumenta unas 100 veces durante el embarazo.

Este incremento explica que el útero sea cada vez más sensible a la acción de las concentraciones de oxitocina, de tal modo que el útero podría empezar a contraerse sin necesidad de que aumentan los niveles de oxitocina.

La concentración de estos receptores es más elevada en el fondo y partes superiores del útero, que en el segmento inferior, siguiendo un gradiente descendente. Probablemente la distribución de los receptores es la responsable del “triple gradiente descendente” de la contracción uterina, por lo que esta es más precoz, más intensa y más duradera en el fondo uterino que en el segmento inferior.

Los receptores de oxitocina también se encuentran presentes en amnios, tejidos coriónicos y deciduales y estimulan la producción de prostaglandinas.

*Ventanas intercelulares.*

Otra importante modificación que se produce en el miometrio durante el tercer trimestre de la gestación, es la aparición de comunicaciones o ventanas intercelulares entre células miometriales.

La aparición de comunicaciones intercelulares es estimulada por la influencia de los estrógenos y las prostaglandinas e inhibida por la progesterona y los antagonistas de las prostaglandinas. Su finalidad es facilitar el paso de segundos mensajeros de célula a célula para la transmisión del impulso contráctil y por lo tanto de la propagación de la onda contráctil uterina.

#### *Distensión mecánica miometrial.*

La distensión progresiva a la que se ve sometido el miometrio a lo largo de la gestación es un factor que estimula la síntesis de receptores para la oxitocina. Además se supone que la distensión miometrial excesiva, es como un traumatismo y esto causaría un aumento en la formación de la síntesis de prostaglandinas miometriales que estimulan su contractilidad.

#### *Factores endocrinos.*

Entre estos tenemos distintas sustancias como son: la oxitocina, la relaxina, prostaglandinas y otras sustancias.

La oxitocina, se forma en los núcleos supraóptico y paraventricular del hipotálamo, de ahí es secretado hacia el lóbulo posterior de la hipófisis donde se acumula y se vierte a la circulación sistémica de forma pulsátil. Los factores que en condiciones fisiológicas producen una liberación de la

oxitocina son la distensión uterina, estímulo mecánico del cervix, el coito, estimulación mecánica de las mamas, estímulos emocionales, entre otros. En el embarazo y el parto, la actividad uterina y la liberación de oxitocina se influyen mutuamente.

Las prostaglandinas F2 alfa y E2 aumentan muy rápidamente en el líquido amniótico al término de la gestación. Los lugares fundamentales de su síntesis son el amnios, la decidua y el miometrio, estas disminuyen el umbral uterino a la oxitocina, formando uniones GAP célula a célula y receptores para la oxitocina, y estimulando directamente la contracción y coordinación miometrial.

La concentración de relaxina es máxima entre la semana 8 y 12 del embarazo, es producida por el cuerpo lúteo exclusivamente. Su acción es a través de relajación del útero, pero al finalizar la gestación también se produce en placenta y decidua y promueve también el ablandamiento cervical pues estimula a nivel cervical las colagenasas disminuyendo la rigidez cervical y facilitando las modificaciones en el cuello uterino.

Actualmente aún se desconoce en gran medida acerca del inicio del trabajo de parto, para su estudio se pueden diferenciar dos conceptos:

### **2.1.3.3 Inicio del parto fisiológico**

El parto comienza a prepararse ya desde las primeras fases de la gestación. Se refiere a todos los cambios que se producen en el organismo y que dan lugar a la preparación para el parto.

#### **2.1.3.4 Inicio del parto desde el punto de vista clínico**

Un signo relativamente confiable de instauración inminente de trabajo de parto, si no se ha hecho un examen vaginal en las 48 horas precedentes, es la eliminación vaginal de una cantidad escasa de moco teñido con sangre. Este hallazgo refleja la salida del tapón mucoso que ocupaba el canal cervical durante el embarazo, pero este es un indicador tardío dado que en ese momento el trabajo de parto ya está en curso o a punto de comenzar en las próximas horas. Este proceso se ha dividido en cuatro fases, que son las siguientes:

##### ***FASE 0.***

Se inicia con la misma gestación, con los cambios fisiológicos de la musculatura uterina, determinados por esta. Se caracteriza por una escasa actividad contráctil, con muy poca sensibilidad a la oxitocina, y una gran resistencia del cérvix a su dilatación, apareciendo las conocidas contracciones de Braxton Hicks.

##### ***FASE I.***

Ocurre en las últimas 3-4 semanas, y es en este período cuando se producen los fenómenos fundamentales de la preparación para el desencadenamiento del parto. Se observa un aumento progresivo de la actividad contráctil uterina, un aumento de la respuesta a la oxitocina y modificaciones en el cérvix. Al final de esta fase se produce la fase de latencia descrita por Friedman, en ella se producen los cambios finales

preparatorios del cérvix, en especial su reblandecimiento y borramiento, mientras que de forma paralela van aumentando las contracciones uterinas, que son percibidas clínicamente no como dolor sino como presión o endurecimiento uterino.

## ***FASE II.***

Es el propio parto, caracterizado por una actividad contráctil uterina coordinada y eficaz que determina la dilatación cervical y la expulsión fetal y placentaria. Hay gran respuesta a la oxitocina. En esta fase se describen tres períodos:

### *Primer periodo o fase de dilatación:*

Comienza cuando se alcanzan contracciones del útero de frecuencia, intensidad y duración suficientes para inducir el borramiento y la dilatación progresiva del cuello uterino, este período finaliza cuando el cuello uterino se encuentra completamente dilatado y es suficiente para permitir el paso de la cabeza fetal, y esto es una dilatación de 10 centímetros, por lo tanto este período es el de borramiento y dilatación cervicales y comprende el intervalo entre el inicio del trabajo de parto y la dilatación cervical completa.

En este periodo se describen dos fases:

1. Fase latente: Periodo comprendido entre el inicio del parto y la fase activa (Dilatación de 4 cm.). Su duración promedio normal es: En la paciente nulípara 8,6 horas y en la paciente multípara de 5,3 horas.

Se considera como una fase latente prolongada cuando excede de:  
20 horas en la nulípara y 14 en la multípara

2. Fase activa. Comienza con una dilatación por encima de 4 cm, y termina con un borramiento y dilatación completos. Se caracteriza por presentar unas contracciones uterinas cuya frecuencia son de 3 a 5 en 10 minutos y de 30 a 60 segundos de duración.

En esta fase, se presenta una velocidad de dilatación de: 1cm/h en la paciente nulípara y de 1,5cm/h en la paciente multípara. Con una duración promedio: de 10 horas en nulíparas y de 6 a 7 horas en multíparas.

La fase activa a su vez, se subdivide en: Fase de aceleración, fase de aceleración máxima y fase de desaceleración.

Simultáneamente ocurre el descenso de la presentación fetal, al inicio de la fase de desaceleración comienza especialmente un rápido proceso de descenso de la presentación fetal. Los límites normales para el descenso son: En nulíparas un descenso superior a 1 cm/h y en multíparas un descenso superior a 2 cm/h.

#### *Segundo periodo o fase de expulsión.*

Inicia con la dilatación y borramiento totales del cuello uterino y termina con la salida completa del feto al exterior del canal del parto, dura hasta dos horas en nulíparas y una hora en multíparas.

#### *Tercer periodo o alumbramiento.*

Abarca el periodo desde la expulsión fetal hasta el alumbramiento completo de la placenta y membranas fetales, dura de 15 a 30 minutos.

*Cuarto periodo.*

Descrito recientemente, se inicia tras la expulsión de la placenta y finaliza unas dos horas después, en el que acontecen los mecanismos de hemostasia de los vasos que alcanzaban la placenta. Más que un espacio definido, es un periodo clínico en el que se pueden producir graves fenómenos hemorrágicos de fracasar estos mecanismos.

***FASE III.***

Es la fase en la que se produce la recuperación completa del aparato genital a su estado pregestacional, se le conoce con el nombre de puerperio y acontece en un lapso de tiempo de 7 a 10 semanas.

## 2.2 PARTO POR CESÁREA

### 2.2.1 Reseña Histórica

La cesárea se considera la más antigua y a la vez la más moderna de las operaciones obstétricas, pues de todas ellas es la que tardíamente ha alcanzado la perfección. Algunos autores atribuyen el origen de la palabra *cesárea* al verbo latín *caedere* (cortar), mientras otros estiman que según leyendas romanas, se impuso el nombre posterior al nacimiento de *Julio César* (100 a.C.), quien se supone vino al mundo de este modo.<sup>3</sup>

La ley romana dictada por Numa Pompilio, la “*lex caesarea*”, prescribía su uso como una manera de sacar al bebé del vientre de la madre cuando ésta acababa de morir, a fin de enterrarlos separadamente y, en raras ocasiones, para salvar la vida del bebé.

El título de la “*lex caesarea*” debe de estar influido por esta leyenda, en una mezcla de “*caesus*” y “*Caesar*”. En alemán se dice *Kaiserschnitt* (el corte del emperador), sin duda proveniente de forma directa de la leyenda del nacimiento de Julio César.

---

<sup>3</sup> Dr. John Essien, Dra. Jessica Bardales Mita, Dr. José Manuel Rodríguez Fernández. Cesárea Primitiva: Comportamiento en nuestro medio. *Archivo Medico de Camagüey* 2004;8 (4)ISSN 1025-0255.

En el S. XIX se la comenzó a utilizar en partos obstruidos con feto vivo, aumentando su aplicación en el S.XX<sup>4</sup>

Su mortalidad era tan alta que fue considerada un objetivo inalcanzable, un remedio heroico. En un período de 90 años (1787-1876) en París no hubo sobrevivientes de este tipo de operación, en 1865 se reportó en Gran Bretaña una tasa de 85 % y en 1882 el punto de inflexión se produjo cuando *Max Sänger* introdujo la sutura de la pared uterina.

La primera de estas operaciones en la que se sabe que sobrevivieron tanto la madre como el bebé ocurrió en Suiza en 1500. Se cree que Jacob Nufer, un castrador de cerdos, le hizo esta operación a su esposa tras una prolongada labor.

Trautman (Alemania) la empleó en 1610, en otro caso en el que sobrevivió la madre. Pero este fue un caso raro, pues, el procedimiento tenía una alta mortalidad.

Existen antecedentes de fines de 1700 y comienzos de 1800 de operaciones cesáreas realizadas en casos de partos dificultosos con el objeto de intentar salvar las vidas de madre e hijo. Las tasas de éxito eran extremadamente bajas.

En 1751 se halló documentación escrita que apunta que la cesárea debía realizarse en mujeres cuyo parto vaginal fuera imposible, indicando que ésta era una oportunidad de salvar vidas.

---

<sup>4</sup> CLAP, 1998

Incluso cuando sobreviviera ocasionalmente el hijo, la operación era casi siempre fatal para la madre. En la segunda mitad del siglo XIX en Gran Bretaña e Irlanda la mortalidad era del 85%. A pesar de que la operación fue teniendo diversos refinamientos, hasta el siglo XX la tasa de muerte materna como secuela de la operación era del 75%.

Phillep Physic propuso en 1822 las bases para la intervención cesárea extraperitoneal. En 1882, Max Sänger escribió un tratado que hizo época, describiendo el empleo de sutura uterina casi igual a como se hace hoy en día, y propuso la operación que se conoce como “Cesárea Clásica”.<sup>5</sup>

En la actualidad, gracias al progreso alcanzado en la obstetricia por la introducción de antibióticos, al empleo de la hemotransfusión y a la mejoría en los métodos anestésicos, ha disminuido la morbimortalidad materno-fetal y ello se asocia a las escasas muertes reportadas por procedimientos de urgencia complicados, con estos resultados la realización de esta operación en las dos últimas décadas se ha cuadruplicado y es por eso que se considera actualmente la gran solución obstétrica.

### **2.2.2 Frecuencia**

Recientemente, el empleo de la cesárea ha aumentado a un ritmo acelerado en gran parte a causa del amplio interés que se otorga al reconocimiento del SFA real o sospechado.

---

<sup>5</sup> Max Sänger (1853-1903): An Historical Note on Uterine Sutures in Caesarean, the journal of gynecology recuperado de <http://www.ispub.com/journal/section.html>.

Desde mediados de los 60 a los 80 la cesárea ha aumentado de menos de un 5 % hasta más de 15 %, siendo desde entonces un motivo de preocupación mundial, las indicaciones encontradas se clasificaron en cinco ítems: 1. Distocias, 2. Cesárea previa, 3. Presentación podálica, 4. SFA y 5. Otras indicaciones, algunos autores refieren que el diagnóstico de SFA se reduce al mínimo utilizando la prueba del cuero cabelludo fetal y que las indicaciones que deben considerarse y quizás valorarse nuevamente son las distocias y la cesárea previa.

La mortalidad materna y fetal suele aumentar más tras la cesárea que tras el parto vaginal, en parte a la complicación que motivo el procedimiento, la mortalidad no debe superar el 1 por 1000. El principal problema de muerte es por la anestesia, sepsis grave, episodio trombo embólico y hemorragia.<sup>6</sup>

En la década de los 40 se produjo la “liberalización de la cesárea”, pasando de ser el 2 al 4% del total de los nacimientos y comenzando un aumento sostenido y generalizado hasta nuestros días. Por ejemplo, en Estados Unidos pasó de ser el 5,5% del total de los nacimientos en 1970 a ser el 23,0% en el 2000; en Suecia más que se duplicó en los 70's, alcanzando en el año 2001 a ser el 17,0% del total de nacimientos.

En América Latina, Chile aparece como el país con mayores tasas, siendo el 40,0% del total de los nacimientos en el 2004. Para Uruguay, la tasa anual promedio entre los años 1985 y 1989 fue 16,8% mientras que en el 2003 llegó a ser 27,0%, observándose además enormes diferencias entre

---

<sup>6</sup> John Williams (2000): Obstetricia de Williams, Mexico, Edt Salvat, Tercera edición, pags. 841-850.

instituciones. Al igual que en el resto de América Latina, las frecuencias más altas de los nacimientos por cesárea se observan en las instituciones privadas. En nuestro país, Ecuador durante el año 2009 se atendieron 120.484 casos de parto único espontáneo y 64.917 partos únicos por cesárea representando el 53,88% del total para el año.<sup>7</sup>

**Tabla 1. Tasa de partos por cesárea según los primeros ocho países**

	País	Porcentaje
1	Puerto rico	48 %
2	China	46 %
3	Paraguay	42 %
4	Ecuador	40 %
5	Vietnam	36 %
6	Tailandia	34 %
7	Estados Unidos	33 %
8	India	18 %

Fuente: OMS

En Ecuador uno de cada cuatro partos (25%) de mujeres de 20 a 49 años durante los últimos 5 años fue vía cesárea. La proporción de operaciones era mayor en los partos de adolescentes de 15 a 17 años (29%).

La tasa general de Cesárea en el periodo de 1999-2004 resulto ser de 26 %.<sup>8</sup> La tasa más alta se encuentra en los establecimientos del Intituto Ecuatoriano de Seguridad Social (50.0%), en las clínicas, hospitales y médicos privados (49.8 %) y en Hospital Patronato San José (40.2%).<sup>9</sup>

Los factores influyentes de este aumento incluyen una menor tolerancia a tomar riesgos, temor a los juicios por mal praxis, adelanto

<sup>7</sup> INEN, 2009

<sup>8</sup> Porcentaje de partos por cesarea en ecuador  
[http://www.siise.gov.ec/PageWebs/sijoven/ficsjo\\_J58.htm](http://www.siise.gov.ec/PageWebs/sijoven/ficsjo_J58.htm)

<sup>9</sup> Guevara María (2007), Principales complicaciones de cesarea, Tesis inédita, PUCE, Quito-Ecuador

tecnológico que permite diagnósticos precoces de sufrimiento fetal, la cesárea en la presentación pelviana para mayor seguridad y el aumento de cesáreas electivas por incremento de cesáreas primarias. En Latinoamérica, las tasas de cesárea alcanzan valores que superan el 15% (valor límite superior sugerido por la Organización Mundial de la Salud en 1985). Entre los años 1995 y 1997, Brasil, República Dominicana, Ecuador, Chile y Argentina encabezaban la lista con los más altos índices (por encima de 25 %). Actualmente, se conoce que en Lima las tasas de cesárea alcanzan, en algunos centros, cifras como 32,3% y 37,6%.<sup>10</sup>

### **2.2.3 Indicaciones**

Se recomiendan la cesárea cuando el parto vaginal puede ser arriesgado para el niño o la madre, las causas pueden ser: Maternas, Fetales o Mixtas.

#### **2.2.3.1 Causas maternas:**

- Distocia de partes óseas (desproporción cefalo pélvica):
  - Estrechez pélvica.
  - Pelvis asimétrica o deformada.
  - Tumores óseos de la pelvis.
- Distocia de partes blandas:
  - Malformaciones congénitas.
  - Tumores del cuerpo o segmento uterino, cérvix, vagina y vulva que obstruyen el conducto del parto.

---

<sup>10</sup> José Fernando Echáis, Cesárea. Experiencia en el hospital general de Oxapampa, Ginecología y obstetricia, Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología, 2004, [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol50\\_n2/a05.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol50_n2/a05.htm)

- Cirugía previa del segmento y/o cuerpo uterino, incluyendo operaciones cesáreas previas.
- Cirugía previa del cérvix, vagina y vulva que interfiere con el progreso adecuado del trabajo del parto.
- Distocia de la contracción.
  - Hemorragia (placenta previa o desprendimiento prematuro de la placenta normoinserta)
  - Patología materna incluyendo nefropatías, cardiopatías, hipertensión arterial o diabetes mellitus.

#### **2.2.3.2 Causas fetales:**

- Macrosomía fetal que condiciona desproporción cefalo pélvica.
- Alteraciones de la situación, presentación o actitud fetal
- Prolapso de cordón umbilical
- Sufrimiento fetal
- Malformaciones fetales incompatibles con el parto
- Embarazo prolongado con contraindicación para parto vaginal
- Cesárea post mortem
- Gestación múltiple

#### **2.2.3.3 Causas mixtas:**

- Síndrome de desproporción cefalo pélvica
- Preeclampsia/eclampsia
- Embarazo múltiple
- Infección amniótica

- Isoinmunización materno-fetal

### ***Cesárea electiva:***

Solo se indicara este tipo de cesárea en las siguientes situaciones:

- Pelvis con un diámetro conjugado menor de 9 centímetros.
- Pelvis asimétrica con alteraciones llamativas del estrecho superior o medio.
- Pelvis fracturadas con callos frescos no consolidados o con callos hipertróficos que reduzcan la capacidad pélvica
- Presentaciones anómalas: nalgas, cara y frente
- Malos antecedentes obstétricos ( fetos muertos, fetos grandes de más de 4000 gr)
- Mujeres VIH, ya que esto reduce el riesgo de infección del recién nacido.
- Embarazos gemelares: donde el primer gemelo esta en presentación cefálica, la morbimortalidad perinatal esta aumentada para el segundo gemelo. Sin embargo el efecto de una cesárea electiva en mejorar el resultado para el segundo gemelo es incierto, por lo que no debe recomendarse esta de rutina.<sup>11</sup>

### **2.2.3.4 Cesárea por cesárea anterior:**

Es la indicación que más se encuentra a nivel mundial. La tasa mundial de cesáreas después de una previa es del 82 %, lo que contribuye a

---

<sup>11</sup> Cabero Luis, (2004) Tratado de Ginecología y Obstetricia, editorial Panamericana, España, pags.792-795

la tasa general con el 16 %, los factores de morbilidad que se miden son: hemorragia, histerectomía y la infección.

Se ha visto que la rotura uterina es rara pero se incrementa si se realiza un parto vaginal al haber tenido una cesárea anterior de 12 a 35 por 10000, esto condiciona que la tasa de cesáreas de repetición sea alta, pudiéndose evitar muchas de ellas con una prueba de trabajo de parto, que en la mayoría de casos lleva a un parto vaginal exitoso, evitando así el alto costo social y económico que conlleva el efectuar una nueva cesárea, disminuyendo los días de hospitalización y la morbilidad puerperal. Una historia de cesárea previa no constituye una indicación estricta para una cesárea de repetición.

La sentencia hecha por Craigin en 1916, de que "después de cesárea, siempre cesárea", actualmente permanece vigente sólo para un grupo pequeño de gestantes, ya que fue promulgada en una etapa de la medicina en la que no se realizaba en forma rutinaria incisiones en el segmento inferior y tampoco se contaba con el arsenal terapéutico actual. Por lo tanto, se hace necesaria una reevaluación de esta doctrina, ya que los riesgos de una cicatriz uterina, como son la mortalidad materna o fetal por rotura, han disminuido drásticamente.<sup>12</sup>

En el pasado se usaba una incisión vertical para la cesárea que cortaba las fibras musculares del útero. Las cesáreas modernas generalmente se practican con una incisión horizontal siguiendo el recorrido

---

<sup>12</sup> Dr. Alberto Gonzalo Romero, Dra. Ramona Verónica Arce, Dra. Stella Maris Lind, Dra. Claudia Roxana Bazán (2004), prueba de trabajo de parto en pacientes con antecedentes de cesarea previa, Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina vol. N° 135 Pág. 12-16

de las fibras musculares. El útero mantiene entonces mejor su integridad y puede tolerar las fuertes contracciones del alumbramiento en el futuro, la conducta aceptada es la de dejar evolucionar el parto y actuar según su evolución.<sup>13</sup>

En la década de los 80 se efectuaron múltiples estudios que demostraron que el parto por vía vaginal era posible y que el riesgo era mínimo, siempre y cuando la cicatriz uterina fuera transversa baja.

Según el estudio realizado por Paolo Rossi, nos demuestra que la rotura uterina ocurre en 0,1% de todos los embarazos a término y que se puede asociar a una dehiscencia de cicatriz uterina previa, un parto espontáneo rápido, estimulación excesiva con oxitocina, multiparidad, desproporción cefalo pélvica o una presentación transversa no reconocida.

Las manifestaciones de rotura incluyen: 1. Dolor abdominal severo, frecuentemente irradiado al hombro debido a irritación subdiafragmática por la sangre intraabdominal; dolor en la zona de la cicatriz; 2. Hipotensión materna hasta shock y muerte materna. 3. Bradicardia fetal hasta muerte fetal.

Por lo que se recomendó utilizar un score predictor de éxito de parto vaginal a las pacientes que tenga antecedente de cesárea, en el estudio donde se utilizó este score se encontró una rotura uterina como

---

<sup>13</sup> Guía clínica: indicación de cesáreas recuperado de <http://www.csm.cl/documentos/Guia+clinica+indicacion+cesarea.pdf>

complicación siendo dos veces más frecuente en pacientes con cesárea previa versus a una cesárea electiva a repetición, sin embargo el riesgo sigue siendo bajo.

Así, concluyen que la modalidad de parto vaginal fue afectada significativamente por 5 variables que se incorporaron al sistema de puntaje: edad materna menor de 40 años, presencia de parto vaginal previo, razón para la primera cesárea, borramiento y dilatación cervical al ingreso. Un aumento del puntaje se correlacionó con mayor probabilidad de parto vaginal posterior o cesárea. Es así como puntaje 0 a 2 significa 49% parto vaginal, y puntaje 8 a 10, 95% parto vaginal <sup>14</sup>

**Tabla 2. Score predictor de éxito de parto vaginal al someter a prueba de trabajo de parto a paciente con antecedente de cesárea.**

	Ítems	Puntaje
A	Edad menor de 40 años	2
B	Parto vaginal previo:	4
	- Antes y después de cesárea	2
	- Luego de primera cesárea	1
	- Antes de primera cesárea	0
C	Razón para primera cesárea:	1
	- Diferente a falla de progresión del parto	
D	Borramiento al ingreso:	1
	- 75 %	1
	- 25 – 75 %	0
	- 25 %	
E	Dilatación al ingreso de 4 cm o mas	1

Fuente: Flamm B., Geiger A: Vaginal birth after cesarean delivery: an admission scoring system.

<sup>14</sup> Drs, Paolo Rissi, Ernesto Perucca, Roberto Altamirano (2003), Nacimiento por parto vaginal después de una cesarea. Prueba de trabajo de parto versus cesarea electiva a repetición. Rotura uterina una complicación posible. Revista chilena de Obstetricia y Ginecología. 68(6): 523-528.

Obstet Gynecol 1997; 90: 907-10.

Elaborado: Las autoras

## **2.2.4 CLASIFICACION**

### **2.2.4.1 Según los antecedentes obstétricos de la paciente:**

- **Primera:** Es la que se realiza por primera vez.
- **Iterativa:** Es la que se practica en una paciente con antecedentes de dos o más cesáreas.
- **Previa:** es cuando existe el antecedente de una cesárea anterior.

### **2.2.4.2 Según las indicaciones:**

- **Urgente:** Es la que se practica para resolver o prevenir una complicación materna o fetal en etapa crítica.
- **Electiva:** Es la que se programa para ser realizada en una fecha determinada por alguna indicación médica y se ejecuta antes de que inicie el trabajo de parto.

### **2.2.4.3 Según técnica quirúrgica:**

- Corporal o clásica.
- Segmento corporal (Tipo Beck).
- Segmento arciforme (Tipo Kerr).

## **2.2.5 TECNICAS QUIRURGICAS**

### **2.2.5.1 Corporal o clásica:**

Es la incisión es vertical que se realiza en el cuerpo uterino. Sus indicaciones más frecuentes son: cáncer cérvico-uterino invasor, embarazo pretérmino, situación fetal transversa con dorso inferior, histerorrafia corporal previa, procesos adherenciales o varicosos importantes en el segmento inferior, placenta previa en cara anterior, cesárea post mortem, miomatosis

uterina de grandes elementos y cuando después de la cesárea se realizará una histerectomía. Sus desventajas son apertura y cierre más difícil, mayor hemorragia, adherencias más frecuentes, histerorrafia menos resistente que puede hacerse dehiscente durante un nuevo embarazo.

#### **2.2.5.2 Segmento corporal: (Beck)**

La incisión es vertical y se realiza sobre el segmento y parte del cuerpo uterino. Sus principales indicaciones son: embarazo pretérmino, embarazo gemelar, situación fetal transversa con dorso inferior, presentación pélvica, placenta previa en la cara anterior del útero, anillo de retracción e histerorrafias corporales previas. Las desventajas de esta técnica no difieren de la anterior.

#### **2.2.5.3 Segmento arciforme o transversal: (Kerr)**

Es la técnica quirúrgica más usada por sus múltiples ventajas. Al realizarse una incisión transversal del segmento inferior tiene las ventajas de producir menos hemorragia, y permitir una fácil apertura y cierre de la pared uterina, formación de cicatriz uterina muy resistente con poca probabilidad de dehiscencia y ruptura en embarazos subsecuentes y así como pocas adherencias postoperatorias.

#### **2.2.6 Contraindicaciones:**

La cesárea en si no tiene contraindicaciones, pero se indica con menor frecuencia si el feto esta muerto o es demasiado pequeño para sobrevivir, si el cuello esta rígido, largo y sin dilatar, cuando los mecanismo de coagulación materna estén alterado y por lo tanto puedan causar hemorragias.

## 2.2.7 Complicaciones

Las estadísticas de los noventa sugieren que menos de una mujer por cada 2.500 que tengan cesárea morirá, comparado con una en 10.000 para el parto vaginal, lo que quiere decir, como todo procedimiento operatorio tienen sus consecuencias.<sup>15</sup>

El riesgo de complicaciones es igual entre las primeras cesáreas y las de repetición, pero las complicaciones mayores son claramente superiores en las repetidas.

Las complicaciones se clasifican en:

### 2.2.7.1 Intraoperatorias:

- Lesión de vejiga: Esta se evita manteniendo la vejiga vacía mediante sonda. Si se presenta lesión, se deberá mantener con sonda Foley por catorce días y reparar en un segundo tiempo operatorio.
- Lesión intestinal: Es más frecuentes cuando hay adherencias abdominales en personas con cirugías previas.
- Hemorragias de los senos venosos del segmento: Se acepta como normal una pérdida de hasta 1000 cc. de sangre.
- Incisión de la placenta: Se debe ampliar rápidamente la histerotomía, extraer al feto y ligar rápidamente el cordón para disminuir el riesgo de anemia fetal.

---

<sup>15</sup> Rosario Cárdenas, Complicaciones asociadas a la cesarea: la importancia de un uso módicamente justificado. Gaceta Medica de México, Gac Med MEX v. 138 n 4 2002

- Inercia uterina: No hay progresión de la retracción uterina para la producción de isquemia y la eliminación de restos. Se debe estimular la contractilidad uterina mediante masajes o farmacológicamente con oxitocina. Si no cede se deben ligar los vasos hipogástricos y ováricos, o bien, realizar la histerectomía.
- Embolia amniótica.
- Embolia aérea.
- Lesión fetal.

#### *2.2.7.2 Postoperatorias:*

Infecciosas: con una incidencia que fluctúa entre 19.7 % y 51 % siendo el riesgo de infección 5 a 10 veces mayor luego del parto vaginal.<sup>16</sup>

- Endometritis: 12% y 40% con y sin antibióticos respectivamente. Hay pacientes con mayor riesgo de infección, como ser las desnutridas, obesas, trabajo de parto prolongado, fiebre intraparto, RPM, cirugía laboriosa. A modo preventivo en nuestro medio se usa Cefazolina 2 gramos.<sup>17</sup>
- Absceso de la herida operatoria: se presenta de un 5 al 7 % y su tratamiento es el drenaje del material purulento mediante el retiro de los puntos. Habitualmente se cierra espontáneamente en un período no mayor a los 15 días.
- Complicaciones sépticas: Un 2% presenta abscesos, tromboflebitis pelvianas o shock séptico.

---

<sup>16</sup> Burgos Salinas Silvia, Saona Pedro, Carvajal Luz (1999), Endometritis post cesáreas: factores de riesgo. Revista Medica Herediana. Lima-Perú

<sup>17</sup> Sánchez Denis(2008), Guía clínica: Operación cesarea, tesis inédita, PUCE, Quito-Ecuador

- Infección urinaria post cesárea: Por técnica deficiente en la colocación de la sonda, o por mantenerla un tiempo prolongado (más de 24 hrs.).

#### 2.2.7.3 Hemorrágicas:

- Inercia uterina: Condiciona una mayor morbi-mortalidad materna, se controla con altas dosis de oxitocina.

- Hematomas pélvicos del ligamento ancho: Son secundarios a hemostasia insuficiente durante el acto quirúrgico. Pueden asociarse al cierre de la histerotomía en pacientes hipotensas, con hipertensión o coagulopatías. Con frecuencia no requieren tratamiento quirúrgico y son autolimitadas, a menos que por ecografía se aprecie signos de crecimientos de ellos con signos de anemia aguda.

- Hematoma subaponeurótico: Es el tipo más frecuente en la técnica de Pfannestiel.

- Anemia.

#### 2.2.7.4 Otras:

- Ileo intestinal: Es una complicación rara que cede con la deambulación precoz y el uso de prokinéticos intestinales.

- Obstrucción intestinal.

- Hernia incisional: muy rara en el Pfannestiel.

#### Complicaciones a largo plazo:<sup>18</sup>

- Cesárea en gestaciones posteriores

- Rotura uterina

---

<sup>18</sup> Universidad de Chile Hospital José Joaquín Aguirre departamento de Ginecología-Obstetricia. Cesárea <http://biblioteca.vitanet.cl/coleccion/600/610/618/chile-cesarea.pdf>

- Placenta previa
- Placenta acreta
- Adherencias

### **2.2.8 Complicaciones fetales**

- Distress respiratorio
- Muerte fetal
- Laceraciones

## 2.3 LEY DE MATERNIDAD GRATUITA

La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia es un instrumento para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de todas las mujeres del Ecuador, consagrados en la actual Constitución.

Es un aporte para superar la barrera económica de acceso a la salud al financiar los gastos de medicamentos, micronutrientes (vitaminas), insumos médicos y de laboratorio, sangre y sus componentes, para prestaciones de salud sexual y reproductiva y de salud infantil sin costo para los usuarios en todas las unidades de salud del Ministerio de Salud Pública del país.<sup>19</sup>

Esta ley se encuentra dirigida a mujeres embarazadas y a niños menores de 5 años, lo que les proporciona:

**Maternidad:** Control prenatal, atención del parto normal y de riesgo, cesárea, post-parto, emergencias obstétricas, violencia intrafamiliar, toxemia, sepsis, dotación de sangre y hemoderivados.

**Antes o después del embarazo: Programas de salud sexual y reproductiva:** Métodos de planificación familiar, detección VIH, ETS

**Recién nacidos/as:** Atención del/a recién nacido/a sanos y con patología en los diferentes niveles de complejidad de acuerdo a su necesidad, incluido sangre y hemoderivados.

---

<sup>19</sup> MSP del Ecuador. Unidad Ejecutora de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia - UELMGAI

**Niños/as menores de cinco años:** Enfermedades comprendidas en la estrategia de AIEPI y sus complicaciones.

Esta ley se encuentra financiada por el 3 % del ICE, 15.100.000 del fondo solidaridad y recursos del INNFA para reducción de la muerte materna e infantil y de salud reproductiva.

Responsabilidad del MSP:

- Aplicar las disposiciones de la Ley “con carácter obligatorio en todos sus establecimientos” y “en sus diferentes niveles de gestión”.
- Definir las normas nacionales que garanticen la aplicación de la Ley (Garantizar la calidad de las prestaciones y el funcionamiento de los programas nacionales de control de enfermedades).
- Acreditar a otras “entidades prestadoras de servicios de salud sin fines de lucro, incluyendo las de la Medicina Tradicional” para participar como proveedores.
- Establecer las directrices técnicas para que los Municipios pongan en marcha programas de promoción de los derechos sexuales y reproductivos y de la salud infantil y organicen sistemas para el transporte oportuno de las emergencias obstétricas, neonatales y pediátricas.<sup>20</sup>

---

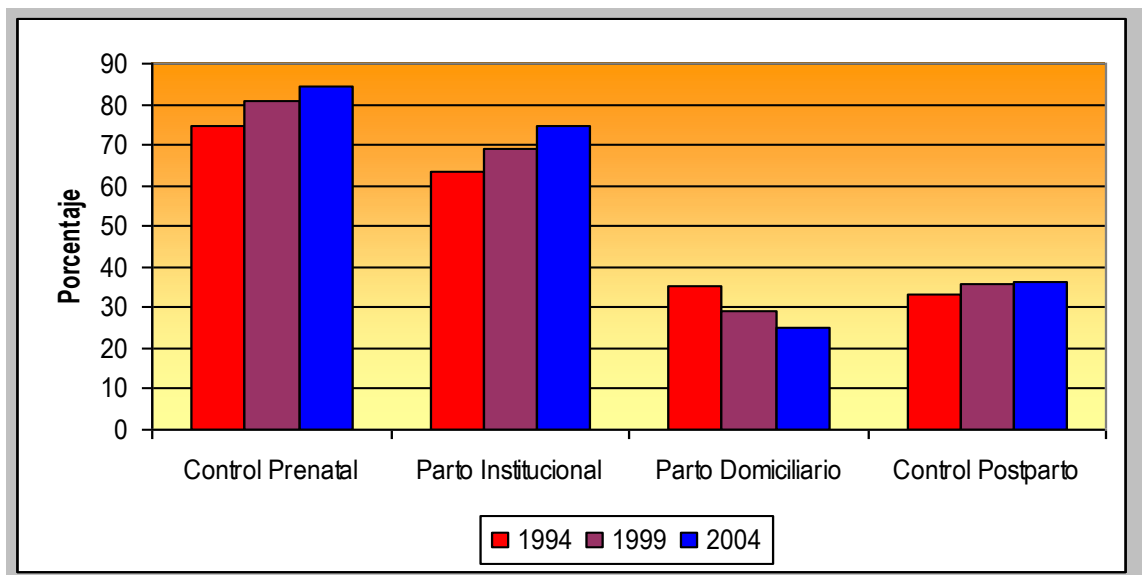
<sup>20</sup> Reglamentos a la ley de maternidad gratuita recuperado [www.programamujerescdh.cl/media/.../Ecuador\\_mat2.doc](http://www.programamujerescdh.cl/media/.../Ecuador_mat2.doc)

Impactos:

1. La mortalidad materna no ha disminuido (1995-2004)
2. La mortalidad infantil ha presentado un ligero descenso (1994-2004)
3. El MSP, financia cerca del 30.7% del consumo nacional de anticonceptivos, en particular de la población que reside en las zonas rurales, Sierra, Amazonía e Insular. (ENDEMAIN,2004)

Desde el año 1994 al 2004 se observó que esta ley favorece a las madres embarazadas tanto en el control prenatal como en el parto, como se observa en el gráfico.

**Ilustración 1 Utilización de la maternidad gratuita desde el año 1994-2004**



Fuente: MSP  
Elaborado: MSP

La ley de Maternidad gratuita es uno de los mejores logros que se ha alcanzado en el país. Las experiencias que se han dado en algunas ciudades es al momento, un motivo de intercambio de información entre personas y entidades inmersas en el tema.

## **CAPITULO III.**

### **3.1 MATERIALES Y MÉTODOS**

#### **3.1.1 Problema**

En el hospital se atienden diariamente partos céfalo vaginales y se realiza el procedimiento de cesárea por las complicaciones que se presentan en el embarazo como son sufrimiento fetal, distocia de presentación, desproporción céfalo pélvica entre otras, lo que hace que este procedimiento quirúrgico haga que exista menos muertes maternas y fetales, pero la pregunta que nos hacemos es porque la incidencia de cesáreas a aumentado a pesar del tiempo y a alcanzado más del 15 % como nos recomienda la OMS, por eso nuestro problema sería:

¿Cuál es perfil epidemiológico de las cesáreas y partos cefalovaginales en el Hospital Enrique Garcés durante el período de Enero a Diciembre del 2010?

¿Por qué existe una incidencia alta de cesáreas en el Hospital Enrique Garcés?

¿Cuáles son los factores que llevan a realizar la cesárea o parto céfalo vaginal en este Hospital?

¿Cuál es la indicación principal para que un embarazo termine en cesárea en esta casa de salud?

¿Qué tipo de parto (céfalo vaginal o cesárea) realizado en este Hospital trae más complicaciones?

**3.1.2 Objetivo general:** Determinar el perfil epidemiológico de cesárea y parto céfalo vaginal en el Hospital Enrique Garcés, durante el periodo de enero a diciembre del 2010

### **3.1.3 Objetivos específicos**

- Establecer las complicaciones que se presentan después de una cesárea o parto céfalo vaginal.
- Definir la indicación principal para que un parto termine en cesárea
- Identificar las personas que realizan estos procedimientos

## **3.2 HIPÓTESIS**

La prevalencia de partos por cesárea en el Hospital Enrique Garcés es más alta que los parámetros propuestos por la OMS.

El principal motivo que conlleva a la realización de cesárea es haber tenido una cesárea anterior

Las pacientes sometidos a cesárea presentan más complicaciones que las pacientes que tuvieron partos normales.

## **3.4 METODOLOGÍA**

### **3.4.1 TIPO DE ESTUDIO**

Prevalencia

### 3.4.2 MUESTRA

Se calculó la muestra a partir de los siguientes datos:

z: Intervalo de confianza 95%: 1.96

p: Probabilidad de ocurrencia: 1/20

1-p o Q = Probabilidad de no ocurrencia

Precisión : 0.05 (5%).

Muestra: 200 pacientes, conociendo que el 35 % de partos del total del año 2010 terminaron en cesárea, decidimos tomar la muestra de 130 partos vaginales y 70 partos por cesárea, por lo cual tomamos al azar un número de 11 partos cefalovaginales y 6 partos por cesárea de cada mes del año 2010, lo que nos da una muestra total de 204.

### 3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES DEL ESTUDIO

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR
Sexo	Fenotipo de la persona	Fenotipo	Femenino
Edad	Años cumplidos	Cronológica	Tiempo de vida en años
Instrucción	Nivel de estudios alcanzado	cualitativa	Primaria Secundaria Superior
Domicilio	Lugar de residencia. Barrio	Cualitativa	Barrio referido por la paciente
Estado civil	Estado civil	cualitativa	Soltera Casada Unión estable Divorciada Viuda
Religión	Religión que	cualitativa	Católica

	profesa		Cristiana Testigo de Jehová Ninguna Otros
APF	Enfermedades de miembros familiares	Cualitativa	Enfermedades referidas
APP	Enfermedades que padece la paciente	Cualitativa	Enfermedades referidas
Gestas	Número de gestas incluyendo la actual	cuantitativa	Número referido por la paciente
Periodo intergenésico	Periodo de tiempo transcurrido desde el último embarazo al embarazo actual	Cronológica	Años
Planificación del embarazo	Embarazo planeado	Cualitativa	Si No
Controles prenatales	Lugar donde se realizaron los controles	Cualitativa	Hospital público Subcentro de salud Privado
Controles prenatales	Número de controles	Cuantitativa	#
Suplemento nutricional y /o de vitaminas	Antecedente de haber recibido suplementos nutricionales durante su embarazo	Cualitativa	Acido fólico Hierro Multivitaminas
Ecografías	Número de ecografías realizadas	Cuantitativa	#
Patologías del embarazo	Enfermedades presentadas por la paciente en el transcurso del embarazo actual	Cualitativa	Patologías diagnosticadas referidas por la paciente
Tipo de parto	Terminación del embarazo	Cualitativa	Cesárea Parto céfalo vaginal
Antecedente de cesárea anterior	Terminación del embarazo anterior	Cualitativa	Si/no

Indicación de cesárea	Factores para la realización de cesárea	Cualitativa	Sufrimiento fetal Desproporción céfalo pélvica Distocia de presentación Cesárea anterior Placenta previa oclusiva Ruptura uterina Herpes genital HPV Preeclampsia Macrosomía fetal
Edad gestacional al nacimiento	Semanas al nacimiento	Cuantitativa	Tiempo en semanas
Medico	Persona que realiza el procedimiento	Cualitativa	Interno Residente Postgradista Tratante
Anestesia	Tipo de anestesia que se utilizo en el procedimiento	Cualitativa	Epidural Raquídea Local
Morbilidad	Complicaciones post parto	Cualitativa	Complicaciones presentadas por cada paciente
Tiempo de hospitalización	Días que permanece internada la paciente debido al parto	Cuantitativa	Días número

### 3.6 Criterios de inclusión

Los utilizados en nuestro estudio:

- Pacientes atendidas en el Hospital Enrique Garcés durante el periodo de Enero a Diciembre del 2010

- Pacientes que se realizaron cesárea o parto céfalo vaginal durante el periodo de Enero a Diciembre del 2010
- Pacientes que cuenten con historia clínica con datos completos para poder realizar la correlación de información personal y la de estadística

### **3.7 Criterios de exclusión**

- Pacientes que no han sido intervenidos en el Hospital Enrique Garcés.
- Pacientes que se encuentren fuera del periodo de tiempo, Enero a Diciembre del 2010
- Pacientes que no cuenten con historia clínica

### **3.8 Procedimientos de medición e intervención**

Con la debida autorización del Director de Docencia del Hospital Enrique Garcés se realizara una recopilación de datos de la base de datos del hospital y de las Historias Clínicas de las pacientes sometidas a cesárea o parto céfalo vaginal durante el periodo de Enero a Diciembre del 2010, en donde se investigará edad, tipo de intervención (cesárea o parto céfalo vaginal), indicación para la cesárea, semanas de gestación, persona que realizó el procedimiento, complicaciones, tipo de anestesia y otros factores.

#### **ANEXO 1. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

### **3.9 PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS**

Con los datos obtenidos se determinará el perfil epidemiológico de las cesáreas y partos cefalovaginales que se produjeron en el Hospital Enrique Garcés durante Enero a Diciembre del 2010, se hará un análisis estadístico en el programa Microsoft Excel, SPSS 18, EPI map, Epi info 6.

### **3.10 ASPECTOS BIOÉTICOS**

Este estudio se basa en la información proporcionada en las historias clínicas y en la base estadística del Hospital Enrique Garcés, por lo tanto no se hará ninguna intervención que ponga en riesgo a ningún paciente.

La confidencialidad se guardara en cuanto a su identidad y los datos personales no serán utilizados o divulgados de ninguna manera en el estudio, tan solo fueron identificados a través de su número de historia clínica.

## **CAPITULO IV**

### **4.1 RESULTADOS**

Durante el año 2010 hubo un total de 5593 partos en el Hospital Enrique Garcés de los cuales 1976 terminaron en cesárea y 3617 terminaron en parto normal.

#### **4.1.1 RESULTADOS DE PARTOS CEFALO VAGINALES HEG 2010**

##### **4.1.1.1 CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS Y SOCIALES DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HEG**

###### *Edad:*

Se analizó una muestra de 132 mujeres sometidas a parto céfalo vaginal cuyo promedio de edad fue de 24,13 años, con una desviación estándar de 6,5 años, una mediana de 23 años y una moda de 17 años. La mínima edad que se encontró en la muestra fue de 14 años y una máxima de edad de 40 años. En el estudio se encontró que el 18,9 % son adolescentes, el 42,4 % son jóvenes, el 37,9 % son adultas jóvenes y un 0,8 % fueron adultas.

###### **ANEXO 2. GRAFICO 2**

###### *Etnia:*

El 3,8 % son afrodescendientes, 91,7 % son mestizas, 3,8 % indígenas y 0,8 % de raza blanca.

*Estado civil:*

Con respecto a la variable estado civil se halló que el 38,6 % de mujeres están casadas, 0,8 % están divorciadas, 15,9 % están solteras y 44,7 % se encuentran en una unión estable

*Instrucción:*

El 2,3 % de mujeres no tienen ningún nivel escolar, el 33,3 % tienen realizado primaria, 59,8 % secundaria y 4,5 % superior. De ellas el 1,5 % eran analfabetas y 98,5 % son alfabetas.

*Ocupación:*

El 0,8 % de las mujeres tienen como ocupación ser cajeras, cocineras, costureras, estilistas, lavanderas, limpieza, recepcionista y vendedora, el 1,5 % son floricultoras, empleadas domésticas y niñeras, el 6,8 % son estudiantes, el 7,6 % son comerciantes y el 75 % tienen como ocupación los QQDD.

ANEXO 3. TABLA 37

*Vivienda:*

Se encontró que el 38,6 % viven en casa propia y el 61,4 % de mujeres arriendan donde viven.

### *Domicilio:*

Se observó el lugar de vivienda de las 132 mujeres, el 0,8 % de ellas provienen de los siguientes y/o parroquias: en la ciudadela La Gatazo, Alangasi, Atucucho, Chaguarquingo, La Libertad, El Tejar, Comité del Pueblo, la Marín, La Merced, La Raya, Los Dos Puentes, El Quinche, Nanegalito, Pintag, Quito Sur, Reino de Quito, San Bartolo, San Miguel de Amagasi, Santa Lucía, Tandapi, Vencedores, Villaflora, el 1,5 % viven en lomas de Puengasi, Barrio Nuevo, Carapungo, Ciudadela Ibarra, Guajalo, Luluncoto, Sangolqui, Solanda, Santa Rosa, Turubamba, Conocoto. El 2,3 % de las mujeres viven en Chilibulo, El Recreo, El pintado y en La Ferroviaria, el 3 % se encuentran en El camal, la Colmena, La Mena y en San Roque, el 3,8 % en la Ecuatoriana, con el 6,1 % en Guamani y en la Magdalena, con 6,8 % en la Lucha de los Pobres y con el porcentaje de 22,7 % en Chillogallo.

ANEXO 4. TABLA 38

ANEXO 5. GRAFICO 3

### *Religión:*

En el estudio se encontró que el 69,7 % son Católicas, el 14,4 % son Cristianas, 10,6 % no poseen ninguna religión y el 5,3 % son Testigos de Jehová.

### *Ingresos:*

El promedio de ingresos fue de 360 dólares, con una desviación estándar de 128 dólares, una mediana de 320 dólares y una moda de 300 dólares. El mínimo ingreso fue de 130 dólares y un ingreso máximo de 800 dólares. De las 132 mujeres estudiadas el 9.8 % no tienen ningún ingreso económico, el 18.9 % tienen el sueldo básico y el 71.2 % ganan más del sueldo básico.

#### *Grupo Sanguíneo:*

Se halló que el 11,4 % de mujeres tienen el grupo sanguíneo A+, el 2,3 % son AB+, el 1,5 % son B-, el 5,3 % son B+, el 0,8 % tienen O-, y siendo el grupo sanguíneo más representativo el O+ se encuentra el 78,8 %.

#### ANEXO 6. TABLA 39

#### **4.1.1.2 SIGNOS VITALES DE LAS PACIENTES AL MOMENTO DE LLEGAR AL CENTRO OBSTETRICO DEL HEG**

##### *Presión arterial diastólica:*

El promedio de presión arterial diastólica fue de 70 mmHg, con una desviación estándar de 9,9, una mediana y una moda de 70. La mínima de presión arterial diastólica fue de 58 mmHg y una máxima de 112 mmHg.

##### *Presión arterial sistólica:*

Se encontró que el promedio de presión arterial sistólica fue de 110 mmHg, con una desviación estándar de 13, una mediana y una moda de

110. La mínima de presión arterial sistólica fue de 90 mmHg y una máxima de 159 mmHg.

*Frecuencia cardiaca:*

Se halló que el promedio de frecuencia cardíaca fue de 79,5; con una desviación estándar de 7,1; una mediana y una moda de 80. La mínima de 60 y una máxima de 107 por minuto. En donde la frecuencia cardiaca normal fue un 93,3 %, con bradicardia en 1,5 % y con taquicardia 4.5%

*Frecuencia respiratoria:*

En las 132 mujeres se observó que la mínima FR fue de 18 y la máxima de 27, una mediana y una moda de 20, una desviación de 1,8 por minuto y un promedio de 21,1.

La frecuencia respiratoria de las pacientes que entraron al CO fue normal en un 52,3 % y 47 % presentaron taquipnea.

#### **4.1.1.3 VALORES ANTROPOMÉTRICOS**

*Talla:*

Se encontró un promedio de 155,63 cm, una mediana de 155 cm, una moda de 160 cm, una desviación estándar de 7, la talla mínima fue de 151 cm y una talla máxima de 176 cm.

*Peso:*

En el estudio se encontró un promedio de 66,6 Kg, una mediana de 66 Kg, una moda de 68 Kg, con una desviación estándar de 11,3 Kg, un peso mínimo de 46 Kg y un peso máximo de 104 Kg.

#### **4.1.1.4 ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:**

*APF:* En los antecedentes patológicos familiares de las 132 mujeres estudiadas se encontró que el 75 % no refieren ningún antecedente familiar y el 25 % si refieren, entre ellos tenemos la HTA con un 10,6 %, DM 10,6 %, con el 2,3 % Ca gástrico y la cardiopatía, con 1,5 % Ca de seno, con el 0,8% Ca de pulmón, TB y Ca de útero.

#### **ANEXO 7. TABLA 40**

*APP:* En el estudio se encontró que el 0,8 % de mujeres tuvieron anemia ferropénica, artritis, gastritis, hepatitis A, hiperhidrosis y pterigium, en un 95,5 % no refieren ningún antecedente patológico.

#### **ANEXO 8. TABLA 41**

##### *Hábitos perniciosos:*

El 0,8 % fueron fumadoras pasivas y el 99,2 % no tenían ningún hábito pernicioso

#### **4.1.1.5 ANTECEDENTES GINECO OBSTETRICOS**

##### *Gestas:*

Se encontró que el mínimo de gestas es 0 y el máximo es de 7 hijos, con un promedio de 1,45, una mediana de 1 hijo, una moda de 0 y una desviación estándar de 1,5.

El 34,1 % tienen un hijo, el 28 % tienen 2 hijos, el 15,9 % tiene 3 hijos, el 11,4 % tienen 4 hijos, el 5,3 % tienen 5 hijos, el 3 % tienen 6 hijos, el 0,8 % tienen 7 hijos y el 1,5 % tiene 8 hijos.

#### *Gestas previas:*

En el estudio se encontró que el 61,4 % son nulíparas, el 33,3 % son multíparas y en un 5,3 % son gran multíparas.

#### *Partos vaginales:*

El promedio fue de 1,25, una desviación estándar de 1,38, una moda de 0 y una mediana de 1, un mínimo de 0 partos y un máximo de 7 partos. En las mujeres estudiadas se encontró que el 0,8 % han tenido 6 y 7 partos vaginales, el 1,5 % han tenido 5 partos vaginales, 3 % 4 partos vaginales, un 12,1 % han tenido 3 partos vaginales, 14,4 % han tenido 2 partos vaginales, 30,3 % han tenido un solo parto vaginal y el 37,1 % iba a ser su primer parto vaginal.

#### *Abortos:*

El 81,1 % no han presentado ningún tipo de aborto, el 16,7 % han tenido 1 aborto y el 2,3 % han presentado 2 abortos. Con IC: 12.64 a 26.6 %

#### *Nacidos:*

En el estudio tenemos que el 0,8 % nacieron muertos, el I.C va de 0.01 a 4.14 %.

*Periodo intergenésico:*

El mínimo período intergenésico fue de 0 y el máximo es de 13 años, con un promedio de 2,6 años, una mediana de 2 años, una moda de 0 años y una desviación estándar de 3,2 años. El 19,7 % tienen un periodo intergenésico corto, seguida de un 20,5 % con un periodo intergenésico adecuado y con un 13,6 % con un periodo intergenésico largo.

*Menarquía:*

El Mínimo de edad en la presentación de la menarquía fue de 11 años y un máximo de 18 años, con un promedio de 13,2 años, una mediana de 13 años, una moda de 14 años y una desviación estándar de 1,3 años. El 35,6 % tuvo una menarquía temprana, seguida de 49,2 % de una menarquía media y con un 15,2 % presentaron una menarquía tardía.

*Ciclos menstruales:*

El 32,6 % de mujeres presentan ciclos irregulares y el 67,4 % tienen ciclos regulares.

*Inicio de la vida sexual:*

En el estudio se encontró que el promedio del IVSA es de 16,7 años, con una mediana y moda de 16 años, una desviación estándar de 2,1 años, una mínima de 12 años y una máxima de 25 años. Siendo su primera

relación sexual en la adolescencia con 82,6 %, con el 16,7 % cuando fueron jóvenes y con el 0,8 % las adultas jóvenes.

#### ANEXO 9. TABLA 42

##### *Parejas sexuales:*

El número de parejas sexuales que tuvieron las 132 mujeres del estudio fue de un mínimo de 1 pareja y un máximo de 5 parejas, con un promedio de 1,53, una mediana y moda de 1 y una desviación estándar de 0,7. El 57,6 % solo han tenido una pareja sexual, con el 32,8 % han tenido 2 parejas, con el 7,6 % han tenido 3 parejas y con el 0,8 % 4 y 5 parejas sexuales.

##### *ETS:*

En el estudio se encontró que el 0,8 % de las mujeres presentaron HPV con I.C de 0.01 a 4.14 %. Lo que nos da a conocer que una de cada dos mujeres han tenido ETS durante su vida.

##### *Planificación del embarazo:*

Se observó que el 67,4 % de las mujeres no planificaron su embarazo y 32,6 % de ellas si lo hicieron.

##### *Método de planificación usado antes del embarazo:*

Se encontró que el 88.6 % de las mujeres no uso ningún tipo de método anticonceptivo, el 9.1 % utilizo un método hormonal, el 1.5 % uso DIU y con un 0.8 % utilizo el método de barrera.

#### **4.1.1.6 CONTROL PRENATAL**

##### *Ecos:*

El número de ecos mínimos que se realizaron las mujeres del estudio fue de 0 (no se realizó ninguno) y un máximo de 9 ecos, una mediana de 3 ecos, una moda de 2 ecos, una desviación estándar de 1,7 y un promedio de 2,89. El 5,3 % no se realizó ningún eco, el 12,9 % se realizaron un solo eco, el 31,1 % se realizaron 2 ecos, el 20,3 % se realizaron 3 ecos, el 15,9 % se han realizado 4 ecos, el 1,5 % de las mujeres se realizaron entre 6, 8 y 9 ecos, con el 2,3 % se realizaron 7.

##### **ANEXO 10. TABLA 43**

##### *Hallazgos en el último eco:*

El eco reportó en un 0,8 % prolapso de cordón, placenta previa parcial, oligohidramnios + óbito fetal y circular de cordón, con 1,5 % RCIU, con 3 % oligohidramnios y en el 87,9 % no se encontró ningún hallazgo anormal.

##### *Controles:*

Se encontró un promedio de números de controles prenatales de 5,86, con una desviación estándar de 2,46, una mediana de 6 controles y una moda de 6 controles. La mínima fue de 0 lo que significa que no se realizó ningún control y un máximo de 15 controles.

##### *Lugar de los controles prenatales:*

En el estudio se encontró que el 0,8 % se realizaron en el HGOIA, el 2,3 % en Tierra nueva, el 3 % en un consultorio privado, el 5,3 % en el HEG y HPSJ, el 81,8 % en los subcentros de salud del MSP y el 1,5 % no se realizaron controles.

#### *Suplementos vitamínicos:*

En el estudio se encontró que el 86,4 % tomo suplementos vitamínicos y el 13,6 % no lo hizo. El 83,3 % tomo ácido fólico, el 48,3 % vitaminas y 69,7 % hierro.

#### *Vacuna antitetánica:*

El 13,6 % de ellas no se aplicaron la vacuna antitetánica, con I.C de 8.28 a 20.6 %.

#### *Paptest:*

El 59,1 % si se lo realizaron con IC de 50.1 a 67.6 %, con un periodo de tiempo mínimo de 1 año y un máximo de 6 años, un promedio de 1,6 años, una mediana, moda y una desviación estándar de 1 año.

#### *Patologías infecto contagiosas:*

En el estudio se encontró que el 2,3 % de las mujeres del estudio tienen HPV y condilomas con IC de 0.47 a 6.50 %.

#### *Patología durante el embarazo:*

Se encontró en el estudio que el 43,9 % presentó una patología durante el embarazo y el 56,1 % no lo presentó. El 0,8 % de mujeres tuvieron Hiperemesis y amenaza de PPT, el 1,5 % amenaza de aborto, el

4,5 % se encontró preeclampsia, el 6,8 % vaginitis y anemia, y el 32,6 % IVU siendo esta la más frecuente de las patologías.

ANEXO 11. TABLA 44

#### **4.1.1.7 TRABAJO DE PARTO**

##### *Dilatación al ingreso:*

En las mujeres el promedio de dilatación fue 6.18 cm, con una desviación estándar de 2.48, una mediana de 6 y una moda de 5. La mínima dilatación que se presentó fue de 1 cm y una máxima de 10 cm.

##### *Borramiento al ingreso:*

El promedio de borramiento fue 77.12%, con una desviación estándar de 18.5, una mediana de 80 y una moda de 90. El mínimo de borramiento con lo que ingreso la paciente fue de 10 y el máximo de 100.

##### *RPM:*

De las 132 mujeres estudiadas el 37 de ellas tuvieron RPM con IC de 20.56 a 36.50 %. Un promedio de 4.8 horas, una mediana de 4 horas, una moda de 2 horas, una desviación estándar de 3.5 horas, con un mínimo de 1 hora y un máximo de 16.

##### *Inicio del parto:*

El 0,8 % tuvieron una conducción en el parto, el 6,1 % de las mujeres tuvieron inducción y con 93,2 % un inicio espontáneo.

##### *Posición fetal:*

El 100 % de las mujeres tuvieron una presentación fetal cefálica.

#### *Monitoreo fetal:*

Al 97 % de pacientes no se les realizó un monitoreo fetal dentro del centro obstétrico, sólo al 3 % de las mujeres se les llevó a cabo este procedimiento, los hallazgos fueron disminución de movimientos fetales y bradicardia fetal en uno de los casos, los 3 restantes fueron normales.

#### *FCF:*

Se encontró que el 93,9 % tenían una FCF normal, el 2,3 % bradicardia y el 3 % taquicardia.

#### *Edad gestacional:*

El promedio de edad gestacional fue 39 semanas, con una desviación estándar de 1,32, una mediana y moda de 39. El mínimo de edad fue de 34 semanas y el máximo de 42 semanas.

#### *Hora de ingreso a Centro Obstétrico:*

Ingresaron al Centro Obstétrico en un 56,8 % en la mañana, el 23,5 % en la tarde y con el 19,7 % en la noche.

#### *Hora del parto:*

Se encontró que el 43,2 % tuvieron su bebé en la mañana, el 25,8 % en la tarde y con un 30,3 % en la noche.

#### *Horas de labor de parto:*

El promedio de horas de labor fue de 10,8 horas, con una mediana de 11 horas, una moda 12 horas, una desviación estándar de 5,6, un mínimo de 1 hora y un máximo de 32 horas.

*Liquido amniótico:*

En el estudio el 76,5 % presentaron LA claro con grumos, el 6,8 % LA meconial pesado y en 16,7 % LA tinte meconial. Por lo tanto un 23,5 % de alteración en el Liquido meconial que demuestra SFA con IC de 16.5 a 31.6%.

*Episiotomía:*

En el 51,5 % de mujeres no se realizo episiotomía con intervalos de confianza de 42,66 a 60.3 %.

*Desgarros:*

El 33, 3 % tuvieron desgarro con IC de 25.3 a 42.00 %, en donde el 20,5 % presento desgarro grado I, el 10,6 % desgarro grado II, y el 1,5 % desgarro grado IV.

*Manejo activo:*

En el 74,2 % se realizó manejo activo y en el 25,8 % no se realizó este procedimiento.

*Placenta:*

El 9,1 % tuvo una placenta retenida con intervalos de confianza de 4,78 a 15,34 %.

#### *Sangrado en el parto:*

En el estudio se encontró un promedio de 298 ml de sangrado durante el parto, con una mediana de 275 ml, una moda de 200 ml, una desviación estándar 144 ml, con una mínima de 100 ml y un máximo de 900 ml. A dos personas se les transfundió paquetes globulares lo que representa el 1,5 % de las mujeres estudiadas con IC de 0.18 a 5.36 %

#### *Medicación durante el parto:*

El 100 % de las mujeres recibieron medicación intraparto. Con el 0,8 % recibieron anestesia general, el 23,5 % antibióticos, el 50,8 % anestesia local, 74,3 % oxitócicos y con el 99, 2 % el uso de analgesia IV.

#### *Otra medicación intraparto:*

En el 0,8 % de las pacientes se utilizo Amlodipina + sulfato de Mg y Rogan, el 1,5 % sulfato de Mg, el 3 % Misoprostol, el 3,8 % Metilergonovina y el 90,2 % no se utilizo ninguna otra medicación.

#### *Persona que atendió el parto:*

En el estudio se encontró que el 60,6 % de los partos céfalo vaginales fueron atendidos por el Interno, el 31,8 % por el Residente, con 5,3 % por el Postgradista y con 2,3 % el Tratante.

#### ANEXO 12. TABLA 45

#### *Días de hospitalización:*

El promedio de días de hospitalización fue de 2,12 días, con una desviación estándar de 1,09 días, una mediana y moda de 2 días. La mínima fue de 1 día y una máxima de 9 días.

*Complicaciones en el parto:*

En 11,4 % se observó que existieron complicaciones en el parto con IC de 6.50 a 18.04

Dentro de las complicaciones se encontró que el 8,3 % tuvieron retención placentaria, el 1,5 % se presentó atonía uterina y el 0,8 % infección y retención placentaria.

*Método de planificación familiar postparto: Ligadura*

En un 16,7 % de las mujeres se realizó la ligadura como método de planificación con IC de 10.74 a 24.13 %.

#### **4.1.1.8 DATOS DEL RECIEN NACIDO**

*Sexo del RN:*

En el estudio el 55,3 % fueron de sexo femenino y el 44,7 % fueron de sexo masculino.

*Peso del RN:*

Los RN que nacieron en el HEG tuvieron un promedio de peso de 3016 gr, una mediana y una moda de 3000, una desviación estándar de 463,6, un mínimo de 1400 y un máximo de 4700.

El 74,2 % de RN tuvieron un PAEG, el 15,2 % PBEG (IC: 9,15 a 22,4 %) y un 10,6 % un PEEG (IC: 5,9 a 17,15 %).

*Talla del RN:*

El promedio de talla fue de 47,85 cm, con una desviación estándar de 2,5 cm, una mediana y una moda de 48 cm. La mínima de 40 cm y una máxima de 56.

*Perímetro cefálico:*

Los RN tuvieron un promedio de PC de 33,55 cm, con una desviación estándar de 1.35 cm, una mediana de y una moda de 33 cm. La mínima de 29 cm y una máxima de 37.

*Apgar al 1 minuto:*

El promedio de apgar al primer minuto fue de 7,9, con una desviación estándar de 1,02, una mediana y una moda de 8. La mínima de 0 y una máxima de 9.

*Apgar a los 5 minutos:*

Los 132 RN tuvieron un promedio de apgar a los cinco minutos de 8,8, con una desviación estándar de 0,9, una mediana y una moda de 9. La mínima fue de 0 y una máxima de 10.

*Reanimación del RN:*

En el 0,8 % se utilizó masaje cardíaco (IC: 0.01 a 4.14), el 1,5 % máscara, el 11,4 % aspiración, el 38,6 % oxígeno y con 96,3 % estimulación.

*Muerte del RN:*

El 1,5 % de los RN nacieron muertos con IC de 0.18 a 5.36 %.

*Patologías del RN:*

En el 97,7 % de los RN de las mujeres del estudio no se encontró ninguna patología del RN, con el 0,8 % se encontró agenesia de miembro superior derecho junto a malformación de miembro superior izquierdo, defectos congénitos mayores y microtia de pabellón auricular derecho. Con intervalos de confianza que van de 5,9 a 17,15 %.

*Referencias y Transferencias:*

En el estudio se encontró que el 95,5 % de mujeres se autorefieren al Hospital y el 4,8 % son de transferencia de HGOIA, Machachi, Nanegalito, Quinche, SCS 4 y de Guamaní, las causas se evidencian en las hojas de transferencia como fue por falta de espacio físico, prolapso de cordón, taquicardia fetal y oligoamnios.

#### **4.1.2 REPORTE DE RESULTADOS DE CESAREAS HEG 2010**

##### **4.1.2.1 CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS Y SOCIALES DE LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HEG**

*Edad:*

Se analizó un total de 76 mujeres que terminaron su embarazo por cesárea cuyo promedio de edad fue de 25,66 años con una desviación

estándar de 7,6 años; una mediana de 23,5 años y una moda de 20 años. La mínima edad fue de 16 años y la máxima de 42.

En donde el 14,5 % son adolescentes, el 38,8 % son jóvenes, el 43,4 % son adultas jóvenes y en un 5,3 % son adultas.

#### ANEXO 13. GRAFICO 4

##### *Etnia:*

El 92,1% son mestizas, el 3,9 % son indígenas, el 2,6 % son afrodescendientes y 1,3 % son de raza blanca.

##### *Estado civil:*

Se analizó el estado civil de las 76 mujeres del estudio obteniéndose que el 44,7% son casadas, el 40,8 % viven en unión estable y el 14,5 % son solteras.

##### *Instrucción:*

El 26,3% tienen instrucción primaria, el 59,2% secundaria y el 13,2 % superior y del 1,3 % de las pacientes no han alcanzado ningún tipo de instrucción.

##### *Alfabetas:*

En el 98,7 % de las mujeres son alfabetas y 1,3 % son analfabetas.

##### *Ocupación:*

El análisis de la ocupación que tienen las 76 pacientes, indica que el 73,7% se dedican a QQDD, el 7,9% son estudiantes, el 3,9% son empleadas domésticas y comerciantes, el 2,6 % son profesoras, el 1,3 % son Cocineras, niñeras, recepcionista, secretaria y trabajadora social.

#### ANEXO 14. TABLA 46

##### *Vivienda:*

El número de mujeres que viven en casa propia es del 35,5%, mientras que las que viven en casa arrendada son el 64,5 %.

##### *Domicilio:*

Los barrios de procedencia de las 76 mujeres embarazadas que tuvieron parto por cesárea provienen de los siguientes barrios y/o parroquias: el 1,3 % de La Villaflora, Santa Prisca, Santa Ana, San Juan, El Recreo, Quitumbe, Quito sur, El Quinche, Puengasi, Monjas, Pintag, La Pradera, La Marín, Guajalo, Los dos Puentes, Conocoto, Ciudadela Ibarra, Chilibulo, Cayambe, Caupicho, Bellavista, Beaterio, Baeza, el 2,6 % Sangolqui, San Bartolo, Lucha de los Pobres, La Mena 2, La Ecuatoriana, Ferroviaria, Cotocollao y el La Gatazo, con el 3,9% Machachi, Chimbacalle, el 5,3 % Guamani, el 7,9 % Solanda, el 10,5 % La Magdalena y con el 17, 1 % Chilligallo.

#### ANEXO 15. TABLA 47

##### *Religión:*

El 69,7% son católicas, el 14,5% no tiene ninguna religión y el 7,9 % son cristianas y testigos de Jehová.

*Ingresos:*

El ingreso económico de las mujeres fue de un promedio de 363,14 dólares, con una desviación estándar de 148,31, una mediana de 320 dólares, moda de 300 dólares, y un mínimo de 30 dólares y un máximo de 1000.

Las mujeres que reciben un salario menor del básico representan el 17,1%, el 75 % tienen un ingreso mayor del básico y el 3,9 % reciben ayuda de sus padres.

*Grupo sanguíneo:*

Se encontró que el 77,6 % tienen el grupo sanguíneo O+, el 13,2 % con grupo sanguíneo A+ y el 9,2 % son B+.

ANEXO 16. TABLA 48

**4.1.2.2 SIGNOS VITALES DE LAS PACIENTES AL MOMENTO DE LLEGAR AL CENTRO OBSTETRICO DEL HEG**

*Presión arterial diastólica:*

Tuvimos una media de 73,76 con una desviación estándar de 12,101. El valor de la mediana y moda de 70, los valores mínimos y máximos son 60 y 108 mmHg respectivamente.

*Presión arterial sistólica:*

El promedio fue de 115,13 mmHg, con una desviación estándar de 17,065 mmHg, una mediana y moda de 110 mmHG. El mínimo 80 mmHg y máximo de 160.

*Frecuencia cardíaca:*

Se encontró un promedio de 80,39 por minuto, con una desviación estándar de 8,705, se obtuvo una mediana y moda de 80. Los valores mínimo y máximo fueron 60 y 101 mmHg respectivamente.

La mayoría de mujeres entraron con una FC normal en un 86.8 % y taquicardia con el 11.8 %.

*Frecuencia respiratoria:*

El resultado del análisis de la frecuencia respiratoria arroja un promedio de 21,43, una desviación estándar de 1,939. La mediana fue de 21 y la moda fue de 20. Los valores de frecuencia mínimo y máximo fueron de 18 y 28 respectivamente.

El 53,9 % de las mujeres entraron con una taquipnea y el 44,7 % con una respiración normal.

#### **4.1.2.3 VALORES ANTROPOMÉTRICOS**

*Talla:*

Con un promedio de 154,49 cm, una desviación estándar de 6,989 cm. La mediana de 154 cm y la moda de 150 cm. Con una mínima de 139 cm y la máxima de 176 cm.

*Peso:*

Se encontró un promedio de 67,19 kg, una desviación estándar de 10,13 Kg. Una media de 65 Kg y moda de 62 Kg. El mínimo de 48 Kg y máximo de 98 kg.

#### **4.1.2.4 ANTECEDENTES PATOLOGICOS**

*Antecedentes Patológicos Familiares*

El 71,1 % no presentaron ninguna patología familiar, el 11.8% presentaron HTA, el 10.5% la DM y con el 1,3 % al Ca gástrico, cardiopatías, epilepsia, hemofilia y al osteosarcoma.

ANEXO 17. TABLA 49

*Antecedentes patológicos personales:*

Se encontró que el 81,6 % no tenían ningún antecedente, el 3,9 % presentan HTA, el 2,6 % alergia a la penicilina e hipotiroidismo, el 1,3 % asma, colelitiasis, epilepsia, gastritis, hemorroides, lupus eritematoso sistémico y síndrome de ovario poliquístico.

ANEXO 18. TABLA 50

*Hábitos perniciosos:*

El 3,9 % fueron fumadoras pasivas durante el embarazo, el 1,3 % fueron fumadora activa + alcohol y fumadora activa.

#### **4.1.2.5 ANTECEDENTES GINECO OBSTETRICOS**

##### *Gestas:*

Un promedio de gestas de 2,43, con una desviación estándar de 1,482, una mediana de 2 y una moda de 1. El mínimo de 1 gesta y un máximo de 7.

##### *Gestas previas:*

En el estudio se encontró que el 34,2 % son nulíparas, el 53,9 % fueron múltiparas y el 11,8 % son gran múltiparas.

##### *Partos vaginales:*

El promedio de partos vaginales que tuvieron las pacientes antes de esta gesta fue de 0.54, mediana y moda de 0, desviación estándar de 1.05, un mínimo de 0 y un máximo de 5 partos. El 73,7% no han tenido ningún parto vaginal (es su primer bebe), el 9,2 % han tenido entre 1 y 2 partos, el 6,6 % 3 partos y el 1,3 % cinco partos.

##### *Partos por cesárea:*

Las mujeres que nunca han tenido una cesárea anteriormente son el 52,6 %, el 40,8% han tenido una cesárea anterior y el 6,6% tuvieron 2 cesáreas anteriores.

*Abortos:*

Las pacientes que nunca han tenido un aborto son el 75%, el 19,7% 1 aborto, el 3,9% 2 abortos y el 1,3% 3 abortos (IC: 15.78 a 36.2 %)

*Embarazos ectópicos:*

Solo el 1,3 % han presentado un embarazo ectópico con un IC: 0.03 a 7.11

*Nacimientos:*

El 1,3 % de los RN nacieron muertos con un IC de 0.03 a 7.11 .

*Periodo intergenésico:*

El promedio fue de 2,91 años, con una desviación estándar de 3,602, un mínimo de 1 año y un máximo de 16 años, una moda de 2 años. De 10 pacientes no se tiene datos, ya que su gesta terminó en aborto y 15 de ellas cursaban con su primer embarazo.

Se encontró que el 36,8 % tuvieron un periodo intergenésico corto, el 35,5 % un periodo intergenésico adecuado y un 10,5 % un periodo intergenésico largo.

*Menarquía:*

La edad promedio en que se presentó la primera menstruación fue a los 13 y 16 años, con una desviación estándar de 1,507, una mediana y moda de 13 años, la mínima de 10 años y la máxima de 17.

El 34,7 % tuvieron una menarquía temprana, el 48 % una menarquía media y el 17,3 % una menarquía tardía.

*Ciclos menstruales:*

El 71,1 % de las mujeres del estudio tienen ciclos menstruales regulares y el 25 % ciclos irregulares.

*Inicio de la vida sexual:*

Según el análisis la edad promedio de inicio de vida sexual es de 17,78 años de edad, con una desviación estándar de 3,207 y una moda de 18 años. La edad mínima fue de 12 años y la máxima de 28.

En el estudio se encontró que el 17,3 % han tenido su primera relación sexual a los 18 años, con el 11,8 % a los 16 años, con el 10,5 % a los 15, 17 y 19 años, con el 9,2 % a los 14 y 20 años, con 5,3% menos de 12 años, con 3,9 % a los 22 y 24 años, con 2,6 % a los 13 y 26 años, con 1,3 % a los 14 y 28 años.

Siendo su primera relación sexual en el 63,2 % en la adolescencia, el 27,6 % en la juventud y el 3,9 % cuando eran adultas jóvenes.

ANEXO 19. TABLA 51

*Parejas sexuales:*

El número promedio de parejas sexuales fue de 1,68 con una desviación estándar de 0,841. La moda es de 1 pareja sexual. El número máximo es de 5 y la mínima de 1 pareja.

Con el 44,7 % han tenido una sola pareja, el 39,5 % 2 parejas, el 6,6 % 3 parejas y el 2,6 % 5 parejas.

*ETS:*

El 6,6 % presento HPV con IC de 2.17 a 14.7 %.

*Planificación del embarazo:*

En el 68,4% de las mujeres su embarazo no fue planeado y el 31.6 % si fueron planeados.

*Método de planificación usado antes del embarazo:*

El 76,3 % no usaron ningún método anticonceptivo, el 11,8 % un método hormonal, el 5,3 % DIU y barrera, el 1,3 % uso el método del ritmo.

#### **4.1.2.6 CONTROL PRENATAL**

*Ecos:*

Se obtuvo un promedio de 3,16 ecografías, con una desviación estándar de 1,51, una mediana de 3,16, una moda de 3 ecografías y valores mínimos y máximos de 0 y 10 respectivamente.

El 31,6 % se realizaron 3 ecos, el 27,6 % 2 ecos, el 15,8 % 4 ecos, el 11,8 % 5 ecos, el 6,6 % 1 eco y el 1,3 % 10 ecos y en otros casos ningún eco.

ANEXO 20. TABLA 52

*Hallazgos en el eco:*

En el 81,6 % fueron normales, el 14,5 % se halló una presentación fetal anómala, el 3,9 % anomalía placentaria, el 2,6 % bienestar fetal anómalo, el 1,3 % embarazo gemelar, óbito fetal y alteración del líquido amniótico.

#### *Controles prenatales:*

Un promedio de controles de 7,28, con una desviación estándar de 2,869, una mediana de 7 y una moda de 6, el número mínimo 2 y el máximo de 16.

#### *Lugar de los controles prenatales:*

El lugar más frecuente son los subcentros de salud del MSP con un 73,7 %, el 7,9 % en el HEG, el 6,6 % en el HPSJ, el 5,3 % en consultorio privado, el 3,9 % en el HGOIA, con el 1,3 % en el HGOIA y en el HPAS.

#### *Medicamentos durante el embarazo:*

La medicación más utilizada fueron los suplementos multivitamínicos, con el 80,3 % el ácido fólico, el 73,7 % hierro y el 53,9 % vitaminas.

#### *Vacuna antitetánica:*

El 10,5 % no la recibieron con IC de 4.65 a 19.7 %.

#### *Paptest:*

En el 40,8 % no se han realizado un papanicolao nunca (IC: 29.64 a 52.67 %) y con el 2,6 % no refieren.

En cuanto al tiempo de realización obtuvimos un promedio de 1,24, una mediana de 1, una moda de 1 y una desviación estándar de 0,52, el máximo de tres y el mínimo de 1 año,

*Patologías infecto contagiosas:*

Dentro de las patologías infecto contagiosas padecidas durante el embarazo el 5,3 % presentaron HPV manifestándose con condilomas acuminados en vagina y vulva, IC de 1.45 a 12.94 %.

*Patología durante el embarazo:*

Con un 30,3% IVU, el 21.1 % vaginitis y vaginosis, el 13,2% preeclampsia, el 9,2% anemia, amenaza de aborto y amenaza de PPT, el 2,6 % la diabetes gestacional y con el 1,3 % la eclampsia.

*Administración de corticoides:*

En la semana 30 y 31 del embarazo en 1,3 % y con el 5,3 % en la semana 32.

#### **4.1.2.7 TRABAJO DE PARTO**

*Dilatación al ingreso:*

Una dilatación promedio de 2,88, con una desviación estándar de 2,263, la mediana es de 2, la moda es de 1. El mínimo fue de 0 y el máximo de 10cm.

*Borramiento al ingreso:*

Un promedio de 45,53%, con una desviación estándar de 26,25, la mediana fue del 50%, la moda del 10%. El mínimo y máximo fueron de 0 y 100% respectivamente.

*RPM:*

El 11 de ellas tuvieron RPM (IC: 7.45 a 24.42), con un promedio de 6,09 horas, desviación de 3,11 horas, una mediana de 6 horas, una moda de 4, un mínimo de 2 y un máximo de 12 horas

*Posición fetal:*

Se encontró que el 85,5 % fue cefálico, con el 9,2 % podálico y con el 5,3 % transverso.

*Monitoreo fetal:*

Al 92,1 % no se le realizó un monitoreo fetal y al 7,9 % si se le realizó. En el monitoreo fetal se encontró que en el 1,3 % presentó actividad uterina irregular, DIPS II, taquicardia + actividad uterina irregular y en el mismo porcentaje se observó falta de latido cardíaco.

*FCF:*

Un promedio de 140,10, con una desviación estándar de 7,22. La mediana y la moda son de 140 lpm. Con valores de frecuencia cardíaca mínimos y máximos de 120 lpm y 162 lpm respectivamente. El 80.3 % tuvo una FCF normal y el 1,3 % con taquicardia.

*Edad gestacional:*

La edad gestacional promedio al momento del parto fue de 38 semanas, la desviación estándar fue de 1,6, la mediana y la moda fueron de 39 semanas y los valores mínimo y máximo fueron de 32 y 41 semanas de gestación respectivamente.

*Hora de ingreso a Centro Obstétrico:*

Ingresaron al CO en la mañana el 43,4 %, el 34,2 % en la tarde y el 22,4 % en la noche.

*Indicaciones de cesárea:*

La principal causa con el 43,4 % fue el de haber tenido una cesárea anterior, el 14,5 % distocia de presentación, el 11,8 % SFA, el 9,2 % distocia de dilatación, desproporción cefalopélvica con el 6,6 %, condilomas acuminados en vagina y vulva con el 5,3 %, preeclampsia con el 3,9 %, y el 1,3% desprendimiento de placenta, embarazo gemelar, óbito fetal y placenta previa.

ANEXO 21. TABLA 53

*Hora en que se realizó la cesárea:*

El 46,1 % se realizó la cesárea en la mañana, el 25 % en la tarde y el 28,9 % en la noche.

*Anestesia:*

El 76,3% de las pacientes recibieron anestesia raquídea, el 21,1% recibieron anestesia peridural y el 2,6% recibieron anestesia general.

*Persona que atendió la cesárea:*

En el estudio se encontró que el 46,1 % fue atendido por postgradistas, con el 30,3 % por los residentes y con el 23,7 % por el tratante.

ANEXO 22. TABLA 54

*Características del líquido amniótico:*

En la mayor parte de los partos el líquido amniótico se caracterizó por ser líquido claro con grumos con el 69,7%, líquido amniótico meconial pesado con el 22,4%, y el 6,6% por líquido amniótico con tinte meconial (IC: 19.11 a 40.48 %)

*Sangrado en el parto:*

El promedio de sangrado fue de 590 ml, con una desviación estándar de 322, 9. La mediana y la moda son de 500 ml. El sangrado mínimo fue de 300 ml y el máximo fue de 2500 ml. Se debe mencionar que el mayor sangrado de produjo en la paciente que presentó el óbito fetal y fue necesaria la administración de paquetes globulares a la paciente.

*Complicaciones:*

El número de pacientes que presentó complicaciones luego de la cesárea fue de 5,3 % (IC: 1.45 a 12.93 %)

Las principales complicaciones fueron infección de la herida quirúrgica con el 2,6 %, con el 1,3 % hemorragia e hipotonía uterina.

*Días de hospitalización:*

El promedio fue de 3 días, con una desviación estándar de 1,52. Con una mediana y moda de 3 y 2 días respectivamente. El mínimo de 1 y un máximo de 12 días.

*Método de planificación familiar postparto: Ligadura*

El 31,6 % de las mujeres del estudio se realizaron ligadura como planificación familiar con IC de 21.38 a 43.25 %.

*Transferencias:*

Con el 1,3 % de Cayambe, SCS de Yaruqui, Baeza y Guamani, con el 2,6 % Machachi, HGOIA y de Sangolqui. Las causas se evidencian en las hojas de transferencia como fue por falta de espacio físico, distocia de presentación y conducción fallida.

**4.1.2.8 DATOS DEL RECIEN NACIDO**

*Sexo del RN:*

El 42,1 % de RN fueron de sexo femenino y el 57,9 % de sexo masculino.

*Peso:*

El promedio fue de 3008 gramos, la desviación estándar de 469 gr. La mediana de 3000 gr y la moda de 2750 gr. Los pesos mínimo y máximo

fueron de 1250 y 4100 gramos. De los cuales el 19,7 % son de PBEG, el 65,8 % PAEG y el 14,5% con PEEG

*Talla:*

La talla promedio de los RN fue de 46,9 cm, con una desviación estándar de 2,469. La mediana de 47 y la moda de 46. Los valores mínimos y máximo son 38 y 51 cm respectivamente.

*Perímetro cefálico:*

El valor promedio de perímetro cefálico es de 34,15, con una desviación estándar de 1,698. La mediana y la moda son de 34 cm. Los valores mínimo y máximo son de 27 cm y 39 cm respectivamente.

*Apgar al 1 minuto:*

Un promedio de apgar al primer minuto de 8, una mediana y moda de 8, una desviación estándar de 1,11, un mínimo de 0 y un máximo de 9.

*Apgar al los 5 minutos:*

A los 5 minutos el promedio de APGAR fue de 8,9, una mediana y moda de 9, una desviación estándar de 1,09, un mínimo de 0 y un máximo de 10.

*Reanimación del RN:*

En el 98,7 % de RN se utilizó la estimulación como medio de reanimación, el 56,6 % con oxígeno y el 13,2 % aspiración.

### 4.1.3 CRUCE DE VARIABLES EN PARTO CEFALO VAGINAL

Nivel escolar-Edad:

En el estudio se observó que el nivel escolar depende mucho de la edad, el 2,27 % de mujeres no han tenido ningún nivel escolar y el 60 % de ellas tienen un nivel escolar secundaria, siendo mayor a nivel de la mujer joven (19-24 años). Como se puede apreciar en la siguiente tabla.

**Tabla 3 Relación de nivel escolar-edad en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010.**

	Nivel escolar				Total
	NINGUNO	PRIMARIA	SECUNDARIA	SUPERIOR	
Edad Adolescente	0	10	15	0	25
Joven	0	14	38	4	56
Adulto joven	2	20	26	2	50
Adulto	1	0	0	0	1
Total	3	44	79	6	132

Fuente: Base de datos  
Elaboración: Autoras  
 $p < 0.05$  VK = 0.3

Vivienda- Edad:

Al relacionar la edad con si es o no propietario de la vivienda se encontró que el 61% de las encuestadas vivían arrendando y de ellas el 76% eran adolescentes.

**Tabla 4 Relación de vivienda-edad en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010.**

		Vivienda		Total
		ARRENDADA	PROPIA	
Edad	Adolescente	19	6	25
	Joven	38	18	56
	Adulto joven	24	26	50
	Adulto	0	1	1
Total		81	51	132

Fuente: Base de datos  
 Elaboración: Autoras  
 p < 0.05 VK: 0.2

**Nivel escolar- Ingreso:**

Al relacionar el ingreso medio mensual con el nivel de escolaridad, se evidencio que en todos los niveles de escolaridad, predomina el ingreso superior al salario básico.

**Tabla 5 Relación de nivel escolar-ingreso en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010.**

		Nivel escolar				Total
		NINGUNO	PRIMARIA	SECUNDARIA	SUPERIOR	
Ingreso	No ingreso	0	5	7	1	13
	Sueldo básico	0	9	15	1	25
	Mayor del sueldo Básico	3	30	57	4	94
Total		3	44	79	6	132

Fuente: Base de datos  
 Elaboración: Autoras  
 p=0.935 VK: 0.08

### Ingreso-Edad:

Se observa en el estudio que las mujeres adolescentes, jóvenes, adultas jóvenes y adultas tienen un ingreso económico mayor del sueldo básico. El 9,84 % de ellas no tienen ningún ingreso, el 19 % poseen un sueldo básico y el 71,2 % tienen un sueldo mayor al básico.

**Tabla 6 Relación de ingreso-edad en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010.**

		Ingreso			Total
		No ingreso	Sueldo básico	Mayor del sueldo básico	
Edad	Adolescente	8	6	11	25
	Joven	4	13	39	56
	Adulto joven	1	6	43	50
	Adulto	0	0	1	1
Total		13	25	94	132

Fuente: Base de datos  
Elaboración: Autoras  
p <0.05 VK: 0.2

### Ingreso-Etnia:

Las mujeres mestizas tienen un ingreso mayor al básico en un 72 %, el 18,1 % de ellas tienen un sueldo básico y el 10 % no tienen ningún ingreso, las mujeres afrodescendientes tienen en un 3,3 % un sueldo mayor al básico, y en las indígenas vemos que el 40 % tienen un sueldo básico y un sueldo mayor al básico.

**Tabla 7 Relación de ingreso-etnia en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010.**

		Ingreso			Total
		No ingreso	Sueldo básico	Mayor del sueldo básico	
Etnia	BLANCA	0	0	1	1
	INDIGENA	1	2	2	5
	MESTIZA	12	22	87	121
	NEGRA	0	1	4	5
Total		13	25	94	132

Fuente: Base de datos  
 Elaboración: Autoras  
 $p = 0.76$  y  $VK: 0.11$

Abortos-Edad:

En la edad donde más se presenta abortos es en la mujer joven en un 16 % y en la adulta joven con 24 %.

**Tabla 8 Relación de aborto-edad en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010.**

		Abortos			Total
		0	1	2	
Edad	Adolescente	24	1	0	25
	Joven	46	9	1	56
	Adulta joven	36	12	2	50
	Adulta	1	0	0	1
Total		107	22	3	132

Fuente: Base de datos  
 Elaboración: Autoras  
 $p = 0.34$   $VK: 0.16$

### Aborto-Ingreso:

Los abortos se presentan más en mujeres que tienen ingresos económicos mayores al sueldo básico con el 23.4 % y en un 7.7 % en aquellas que poseen un ingreso menor al básico.

**Tabla 9 Relación de aborto-ingreso en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010.**

		Aborto		Total
		No aborto	Si aborto	
Ingreso	No ingreso	12	1	13
	Sueldo básico	23	2	25
	Mayor del sueldo básico	72	22	94
Total		107	25	132

Fuente: Base de datos  
Elaboración: Autoras  
 $p = 0.34$  VK: 0.13

### Aborto-Estado civil:

Se vio que las que más han tenido abortos en un 19.6 % son las mujeres casadas, y en unión estable en 20.3 %; en menor porcentaje las mujeres solteras en 14.2 %.

**Tabla 10 Relación de aborto-estado civil en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010.**

	Aborto		Total
	No aborto	Si aborto	
Estado civil CASADA	41	10	51
DIVORCIADA	1	0	1
SOLTERA	18	3	21
UNION ESTABLE	47	12	59
Total	107	25	132

Fuente: Base de datos  
 Elaboración: Autoras  
 p = 0.89 VK: 0.06

**Edad-Aborto:**

Se observo que el 56 % de adultas jóvenes, el 40 % en mujeres jóvenes y en un 4 % de adolescentes han tenido abortos. Como se observa en la tabla.

**Tabla 11 Relación de edad-aborto en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010.**

	Edad				Total
	Adolescente	Joven	Adulto joven	Adulto	
Aborto no aborto	24	46	36	1	107
si aborto	1	10	14	0	25
Total	25	56	50	1	132

Fuente: Base de datos  
 Elaboración: Autoras  
 p= 0.08 VK: 0.22

### Gestas- Menarquía:

El mayor número de gestas se ve en mujeres que han tenido una menarquía media en un 49 %, en comparación con aquellas que tuvieron una menarquía temprana con 35 % y en la tardía con el 15 %.

**Tabla 12 Relación de gestas-menarquía en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010.**

		Gestas								Total
		1	2	3	4	5	6	7	8	
Menarquía	Temprana	20	11	8	3	2	2	0	1	47
	Media	16	20	13	10	3	2	0	1	65
	Tardía	9	6	0	2	2	0	1	0	20
Total		45	37	21	15	7	4	1	2	132

Fuente: Base de datos  
Elaboración: Autoras  
p =0.22 VK: 0.25

### Sangrado-placenta:

El 91 % de las mujeres tuvieron un alumbramiento de una placenta completa con un sangrado de 200 ml (26,5 %) y en un 9 % con placenta retenida en donde hubo un sangrado de 400 ml (10,6 %).

**Tabla 13 Relación de sangrado-placenta en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010.**

		Sangrado												Total	
		100	150	200	220	250	300	350	400	500	550	600	800		900
Place nta	COMPLETA	6	8	34	1	14	30	5	10	6	1	2	2	1	120
	RETENIDA	0	0	1	0	2	0	1	4	2	0	1	1	0	12
Total		6	8	35	1	16	30	6	14	8	1	3	3	1	132

Fuente: Base de datos

Elaboración: Autoras

p= 0.06 VK: 0.39

Hora del parto- Persona que atendió el parto:

En el estudio observamos que la mayor cantidad de partos vaginales se atienden en la mañana (45,5 %) y en la noche el 29,1 %, el procedimiento es llevado a cabo mas por los internos rotativos en un 60 %, seguidos de los residentes en el 31 %.

**Tabla 14 Relación de sangrado-placenta en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010.**

		Hora del parto			Total
		Mañana	Tarde	Noche	
Persona que atendió el parto	INTERNO	36	20	23	79
	POSTGRADISTA	1	4	2	7
	RESIDENTE	19	10	13	42
	TRATANTE	1	0	2	3
Total		57	34	40	131

Fuente: Base de datos

Elaboración: Autoras

p = 0.38 VK: 0. 15

Estado civil- Edad: En el presente estudio se observó que la mayoría de adolescentes son solteras en un 44 % y las que se encuentran casadas en un 34 % son las jóvenes. Como se observa en la tabla.

**Tabla 15 Relación de estado civil-edad en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010.**

	Estado civil				Total
	CASADA	DIVORCIADA	SOLTERA	UNION ESTABLE	
Edad Adolescente	7	0	11	7	25
Joven	19	0	9	28	56
Adulto joven	24	1	1	24	50
Adulto	1	0	0	0	1
Total	51	1	21	59	132

Fuente: Base de datos

Elaboración: Autoras

$p < 0.05$  VK: 0.25

Edad-Gestas: Las nulíparas se encuentran en adolescentes (30,8 %) y en jóvenes (54,3 %), las multíparas fueron las mujeres adultas jóvenes (72,7 %) y las adultas jóvenes fueron gran multíparas (85,7 %). Como se observa en la tabla.

**Tabla 16 Relación de edad-gestas en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010.**

	Edad				Total
	Adolescente	Joven	Adulto joven	Adulto	
Gestas Nulípara	25	44	12	0	81
Multípara	0	12	32	0	44
Gran Multípara	0	0	6	1	7
Total	25	56	50	1	132

Fuente: Base de datos

Elaboración: Autoras

$p < 0.05$  VK: 0.52

#### Periodo intergenésico-Edad:

El periodo intergenésico corto lo vemos a nivel de las mujeres adolescentes, el periodo intergenésico adecuado esta en las jóvenes (40,7 %) y adultas jóvenes (37,5 %), y el periodo intergenésico largo en las mujeres adultas jóvenes (42,5 %). Como se ve en la tabla.

**Tabla 17 Relación del periodo intergenésico-edad en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010.**

		Periodo intergenésico			Total
		Corto	Adecuado	Largo	
Edad	Adolescente	3	0	0	3
	Joven	15	11	1	27
	Adulto joven	8	15	17	40
	Adulto	0	1	0	1
Total		26	27	18	71

Fuente: Base de datos  
Elaboración: Autoras  
p < 0.05 VK: 0.39

#### Parejas sexuales-Edad:

La mayoría de mujeres adolescentes, jóvenes y adultas mayores han tenido una sola pareja con el 57,5 %, las que han tenido 3 parejas son las jóvenes y adultas jóvenes con el 9 % y con el 10,2 % respectivamente.

**Tabla 18 Relación de parejas sexuales-edad en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010.**

		Parejas sexuales					Total
		1	2	3	4	5	
Edad	Adolescente	21	4	0	0	0	25
	Joven	33	18	5	0	0	56
	Adulto joven	21	21	5	1	1	49
	Adulto	1	0	0	0	0	1
Total		76	43	10	1	1	131

Fuente: Base de datos

Elaboración: Autoras

$p = 0.23$  VK: 0.19

#### Embarazo planeado-Edad:

En el 67,4 % de los embarazos no fueron planeados. Como se observa en la tabla.  $p = 0.65$  VK: 0.11

**Tabla 19 Relación de embarazo planeado-edad en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010.**

		Embarazo planeado		Total
		NO	SI	
Edad	Adolescente	19	6	25
	Joven	37	19	56
	Adulto joven	32	18	50
	Adulto	1	0	1
Total		89	43	132

Fuente: Base de datos

Elaboración: Autoras

#### Planificación familiar-Edad:

En el estudio encontramos que el 14 % de las adultas jóvenes han utilizado anticonceptivos hormonales, seguida de las jóvenes con el 5,35 %, en la adulta joven no hubo utilización de ningún método anticonceptivo.

**Tabla 20 Relación de planificación familiar-edad en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010.**

		Planificación familiar				Total
		BARRERA	DIU	HORMONAL	NINGUNO	
Edad	Adolescente	0	0	2	23	25
	Joven	1	1	3	51	56
	Adulto joven	0	1	7	42	50
	Adulto	0	0	0	1	1
Total		1	2	12	117	132

Fuente: Base de datos  
 Elaboración: Autoras  
 $p = 0.88$  VK: 0.10

**Paptest-Edad:**

Se observa en la tabla que la mayoría de mujeres jóvenes, adultas jóvenes y adultas se han realizado un paptest (81 %), a diferencia de las adolescentes que reportan no haberse realizado ninguno hasta el momento (33.3 %).

**Tabla 21 Relación de edad-paptest en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010.**

		Edad				Total
		adolescente	joven	adulto joven	adulto	
Paptest	NO	18	26	10	0	54
	SI	7	30	40	1	78
Total		25	56	50	1	132

Fuente: Base de datos  
 Elaboración: Autoras  
 $p < 0.05$  VK: 0.39

#### 4.1.4 CRUCE DE VARIABLES EN PARTO POR CESAREA

##### *Edad- vivienda*

Se observó que dentro el grupo de mujeres viven en casa arrendada el 54% de adolescentes, el 64% de jóvenes, el 66% de adultas jóvenes y el 75% de adultas.

**Tabla 22 Relación de edad-vivienda en el embarazo el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010.**

		Vivienda		Total
		ARRENDADA	PROPIA	
Edad	Adolescente	6	5	11
	Joven	18	10	28
	Adulto joven	22	11	33
	Adulto	3	1	4
Total		49	27	76

Fuente: Base de datos  
Elaboración: Las autoras  
p= 0.865, VK: 0.098

##### *Edad-estado civil*

Con respecto al estado civil de las mujeres de acuerdo a su edad, el 54% de adolescentes son solteras, el 57% de las jóvenes viven en unión estable, 60% de las adultas jóvenes están casadas al igual que el 50% de las adultas, notando así que a mayor edad las mujeres prefieren el matrimonio, mientras que en la adolescencia las mujeres permanecen solteras en su mayoría y la unión estable es preferida por mujeres adultas jóvenes en mayor parte.

**Tabla 23 Relación de edad-estado civil en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010.**

		Estado civil			Total
		CASADA	SOLTERA	UNION ESTABLE	
Edad	Adolescente	1	6	4	11
	Joven	11	1	16	28
	Adulto joven	20	3	10	33
	Adulto	2	1	1	4
Total		34	11	31	76

Fuente: Base de datos  
 Elaboración: Autoras  
 p = 0.001 VK: 0.395

### *Edad-ingresos*

La mayoría de mujeres cuentan con ingreso mayor al salario básico independientemente de su grupo etario. Con respecto a las que tienen un ingreso menor al salario básico son: 10% adolescentes, 21% son jóvenes, 17% son adultas jóvenes y 25% son adultas; reciben ayuda económica de sus padres el 20% de adolescentes y el 3% de jóvenes.

**Tabla 24 Relación de edad-ingresos en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010.**

		Ingresos			Total
		INGRESO MENOR AL SALARIO BASICO	INGRESO MAYOR AL SALARIO BASICO	RECIBE AYUDA DE LOS PADRES	
Edad	Adolescente	1	7	2	10
	Joven	6	21	1	28
	Adulto joven	5	25	0	30
	Adulto	1	3	0	4
Total		13	56	3	72

Fuente: Base de datos  
 Elaboración: Autoras  
 p = 0.213 VK: 0.241

#### *Edad-número de gestas*

Según la edad, las mujeres presentan diferente número de partos, encontramos así que la mayor parte de adolescentes cursaban su primer embarazo (81%), las jóvenes ya eran multíparas el 54% y las adultas jóvenes con el 67%. Dentro del grupo de grandes multíparas solo tenemos a las jóvenes que representan el 89% y a las adultas que representan el 11%, no hay adolescentes ni jóvenes en este grupo.

**Tabla 25 Relación de edad-número de gestas en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010.**

		Gestas			Total
		NULIPARA	MULTIPARA	GRAN MULTIPARA	
Edad	Adolescente	9	2	0	11
	Joven	13	15	0	28
	Adulto joven	3	22	8	33
	Adulto	1	2	1	4
Total		26	41	9	76

Fuente: Base de datos  
 Elaboración: Autoras  
 p =0.000 VK:0.428.

*Edad-abortos*

Han tenido un aborto el 14% de las mujeres jóvenes, 30% de las mujeres adultas jóvenes y el 25% de las mujeres adultas; han tenido dos abortos 9% de las mujeres adultas jóvenes y tres abortos el 3% de las mismas, el resto no ha tenido ningún aborto.

**Tabla 26 Relación de edad-abortos en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010.**

		Abortos				Total
		0	1	2	3	
Edad	Adolescente	11	0	0	0	11
	Joven	24	4	0	0	28
	Adulto joven	19	10	3	1	33
	Adulto	3	1	0	0	4
Total		57	15	3	1	76

Fuente: Base de datos  
 Elaboración: Autoras  
 p=0.191 VK: 0.233

### *Edad- pap test*

En lo referente al papanicolao se lo han realizado alguna vez en su vida el 36% de adolescentes, 43% de jóvenes, 72% de adultas jóvenes y el 75% de adultas.

**Tabla 27 Relación entre edad- realización de pap test en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010.**

		Pap test			Total
		NO REFIERE	NUNCA	SI	
Edad	Adolescente	0	7	4	11
	Joven	1	15	12	28
	Adulto joven	1	8	24	33
	Adulto	0	1	3	4
Total		2	31	43	76

Fuente: Base de datos  
Elaboración: Autoras  
 $p = 0.174$  VK: 0.243

### *Edad-ligadura*

El 9% de mujeres adolescentes se realizó salpingectomía luego de su parto, 14% de jóvenes, 52% de adultas jóvenes y el 100% de adultas.

**Tabla 28 Relación entre edad-ligadura en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010.**

		Ligadura		Total
		NO	SI	
Edad	Adolescente	10	1	11
	Joven	24	4	28
	Adulto joven	16	17	33
	Adulto	2	2	4
Total		52	24	76

Fuente: Base de datos  
Elaboración: Autoras  
 $p = 0.004$  VK: 0.416

### *Edad-peso del recién nacido*

La mayor parte de mujeres tuvieron neonatos de peso normal, dentro de las que tuvieron peso bajo fueron el 14% adolescentes, 29% jóvenes, 43% adultas jóvenes, y 14% adultas.

**Tabla 29 Relación entre edad-peso del recién nacido en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010.**

		PRN1 RECODIFICADO			Total
		PESO BAJO	PESO NORMAL	PESO ELEVADO	
Edad	Adolescente	1	10	0	11
	Joven	2	21	5	28
	Adulto joven	3	25	5	33
	Adulto	1	2	1	4
Total		7	58	11	76

Fuente: Base de datos  
Elaboración: Autoras  
p =0.674 VK: 0.163

### *Edad-período intergenésico*

Con respecto al período intergenésico fue corto en el 80% de adolescentes, 48% de jóvenes, 23% de adultas jóvenes y 100% de adultas. Un período intergenésico largo lo tuvieron el 31% de mujeres adultas jóvenes, el resto tuvo períodos intergenésicos normales.

**Tabla 30 Relación entre edad-período intergenésico en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010.**

		Periodo Intergenesico			Total
		CORTO	ADECUADO	LARGO	
Recodificada	Adolescente	8	2	0	10
	Joven	12	13	0	25
	Adulto joven	6	12	8	26
	Adulto	2	0	0	2
Total		28	27	8	63

Fuente: Base de datos  
 Elaboración: Autoras  
 p = 0.002 VK: 0.408

### *Instrucción-ingreso*

De acuerdo a la instrucción tienen ingresos menores al salario básico 26% de las mujeres con instrucción primaria y 19% de las que tienen instrucción secundaria. Ingresos superiores al salario básico con 68% de las mujeres con instrucción primaria, 79% de las que tienen instrucción secundaria y el 89% de las mujeres con instrucción superior, además de una mujer analfabeta.

**Tabla 31 Relación entre instrucción-ingreso en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010.**

		Ingresos			Total
		INGRESO MENOR AL SALARIO BASICO	INGRESO MAYOR AL SALARIO BASICO	RECIBE AYUDA DE LOS PADRES	
Instrucción	NINGUNA	0	1	0	1
	PRIMARIA	5	13	1	19
	SECUNDARIA	8	34	1	43
	SUPERIOR	0	8	1	9
Total		13	56	3	72

Fuente: Base de datos  
 Elaboración: Autoras  
 p = 0.616 VK: 0.176

#### *Instrucción-gestas*

La mujer analfabeta de este estudio es gran múltipara, las que tienen instrucción primaria son en un 50% múltiparas y 25% nulíparas y gran múltiparas, las mujeres con instrucción secundaria son 42% nulíparas y 55% múltiparas solo el 2% son gran múltiparas y las mujeres con instrucción superior son 60% múltiparas y 20% nulíparas y gran múltiparas.

**Tabla 32 Relación entre instrucción-gestas en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010.**

		Gestas			Total
		NULIPARA	MULTIPARA	GRAN MULTIPARA	
Instrucción	NINGUNA	0	0	1	1
	PRIMARIA	5	10	5	20
	SECUNDARIA	19	25	1	45
	SUPERIOR	2	6	2	10
Total		26	41	9	76

Fuente: Base de datos  
 Elaboración: Las autoras  
 p = 0.011 VK: 0.330

*Instrucción-IVSA*

Al comparar el inicio de vida sexual y la instrucción encontramos que quién no tiene instrucción inicio su vida sexual en la adolescencia. Las mujeres con instrucción primaria iniciaron su vida sexual en la adolescencia (79%) y en la etapa joven (21%). Como se ve en la tabla.

**Tabla 33 Relación entre instrucción-IVSA en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010.**

		IVSA			Total
		ADOLESCENTE	JOVEN	ADULTO JOVEN	
Instrucción	NINGUNA	1	0	0	1
	PRIMARIA	15	4	0	19
	SECUNDARIA	29	13	0	42
	SUPERIOR	3	4	3	10
Total		48	21	3	72

Fuente: Base de datos  
 Elaboración: Las autoras  
 p = 0.001 VK: 0.395

### *Estado civil-período intergenésico*

El estado civil en relación al período intergenésico nos muestra como mujeres casadas tienen 29% período corto, 55% tienen un período adecuado y 16% tienen un período largo, las mujeres solteras tienen 83% períodos cortos, 17% período adecuado, y las que viven en unión estable, 54% tienen período corto, 35% período adecuado y 11% períodos largos.

**Tabla 34 Relación entre estado civil-período intergenésico en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010.**

		Periodo Intergenésico			Total
		CORTO	ADECUADO	LARGO	
Estado civil	CASADA	9	17	5	31
	SOLTERA	5	1	0	6
	UNION ESTABLE	14	9	3	26
Total		28	27	8	63

Fuente: Base de datos  
Elaboración: Autoras  
 $p = 0.103$  VK: 0.247

### *Período intergenésico- peso del recién nacido*

Las mujeres que tuvieron período intergenésico corto tienen 11% recién nacidos de PB, 72% RN con peso adecuado 18% con peso elevado; de las que tuvieron período intergenésico adecuado 78% tienen RN de peso adecuado, tan solo 7% tiene RN de PB y 15% RN de peso elevado.

**Tabla 35 Relación entre periodo intergenésico-peso del recién nacido en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010.**

	Peso del RN			Total
	PESO BAJO	PESO NORMAL	PESO ELEVADO	
Periodo intergenésico CORTO	3	20	5	28
ADECUADO	2	21	4	27
LARGO	1	6	1	8
Total	6	47	10	63

Fuente: Base de datos

Elaboración: Autoras

p = 0.977 VK: 0.061

*Estado civil-embarazo planeado*

El 50% de mujeres casadas si planearon su embarazo, de las mujeres solteras el 82% no planearon su embarazo, en cuanto a las mujeres que viven en unión estable el 84% no planearon su embarazo.

**Tabla 36 Relación entre estado civil-embarazo planeado en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010.**

	Planificación familiar		Total
	NO	SI	
Estado civil CASADA	17	17	34
SOLTERA	9	2	11
UNION ESTABLE	26	5	31
Total	52	24	76

Fuente: Base de datos

Elaboración: Autoras

p = 0.008 VK: 0.357

## **CAPITULO V.**

### **5.1 DISCUSIÓN**

En el presente estudio se observó que el 35% de los embarazos terminaron por cesárea lo que nos confirma que la tasa de cesáreas ha ido en aumento a nivel mundial en los últimos años, por lo tanto no se cumple con lo que sugiere la OMS, de que la cantidad de cesáreas sea de 10-15 %, se ha visto también un aumento de este porcentaje en otros países como es el caso de Perú con un 24 %, Colombia 18,9 %, Cuba con el 18%, el más bajo es el de Venezuela con 9,2 %.<sup>21</sup>

Actualmente los embarazos en adolescentes se han incrementado a nivel mundial, dos de cada diez mujeres son adolescentes. El inicio de la vida sexual activa a temprana edad, la falta de uso y desconocimiento sobre métodos anticonceptivos y sexualidad, son algunas de las causas para que este fenómeno suceda, así tenemos que el total de adolescentes que ingresaron al HEG para la atención de su parto fue de 1116 de las cuales el 26,7 % terminó por cesárea.

Por lo tanto el embarazo en adolescentes representa un problema de salud pública, no solo asociado a los trastornos orgánicos propios de la juventud moderna, sino porque están implicados factores socioculturales y

---

<sup>21</sup> OMS

económicos que comprometen el binomio madre-hijo, estancia hospitalaria y costos para el país.<sup>22</sup>

Actualmente la mujer busca tener estudio, realizarse a nivel profesional y formar una familia, sin embargo persiste el analfabetismo pues en este estudio el 1,47% de las mujeres son analfabetas, además muchas de ellas tan sólo alcanzan el nivel de instrucción primario, llegando la gran mayoría al nivel secundario y son contadas las mujeres que tienen instrucción superior.

El mayor porcentaje de mujeres se dedica a la realización de quehaceres domésticos, el resto se desenvuelve en ocupaciones como la de comerciante y muchas otras aún se encuentran cursando sus estudios. Igualmente la mayor parte vive en casas arrendadas y tienen un salario promedio de 360 dólares al mes con lo cual tienen que abastecer todos los gastos familiares incluyendo servicios básicos, vivienda, alimentación, estudio y salud, siendo esto algo preocupante ya que sus hijos pueden tener a futuro un déficit nutricional y no alcanzar un grado de escolaridad que les permita cambiar su calidad de vida, creándose un círculo de pobreza.<sup>23</sup>

Además de todo lo señalado todos estos factores contribuyen a que la mujer no tenga conocimiento de la importancia de realizarse un buen control prenatal y llevar de manera adecuada su embarazo, lo cual las hace

---

<sup>22</sup> Drs. Claudia Urbina, José Pacheco (2006), Embarazo en adolescentes, Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia Vol. 52(1):118-123

<sup>23</sup> Guillermo E. Perry, Omar S. Arias (2005), Reducción de la pobreza y crecimiento: Círculos virtuosos y Círculos viciosos, Banco mundial, vol. 2

vulnerables a padecer varias patologías y a tener el riesgo de presentar complicaciones graves durante su gestación, parto e incluso problemas con el recién nacido al brindarle los cuidados necesarios.

Por tradición cultural se veía a la mujer únicamente en su papel de producción de hijos, por tanto, su función era darlos a luz y criarlos dando por hecho una unión matrimonial con el padre biológico y su dependencia de este. Sin embargo, la situación actual exige a la mujer desempeñarse en otros ámbitos como madre, esposa, y trabajadora, lo que se denomina actualmente como triple carga. Otro de los cambios importantes es la aceptación social de las madres solteras que deben criar y mantener a sus hijos por sí solas, además de desempeñarse en el ámbito laboral y muchas veces también el académico.<sup>24</sup> Esto ocasiona en varias mujeres inestabilidad emocional debido al sentimiento de soledad e impotencia ya que no existen redes de apoyo familiares ni sociales en muchos de estos casos.

Se observó que la mayoría de mujeres embarazadas tenían un estado civil entre unión estable en un 44.7 % y de casadas un 38,6 %, lo que hace presumir que la tradición cultural de que la mujer embarazada debe tener una relación matrimonial o estable se mantiene.

La realización de papanicolao es también un tema de interés pues es la prueba de cribado de cáncer de cérvix uterino más utilizada por su

---

<sup>24</sup> Andrés Salazar-Arango; María Margarita Acosta-Murcia (2009) consecuencias del embarazo adolescente en el estado civil de la madre joven: estudio piloto en Bogotá, Colombia, Vol.12, No 2

facilidad de realización, en el estudio se observó que muchas mujeres a pesar de llevar varios años de vida sexual activa y tener ya varias gestas no se han realizado nunca esta prueba.

Es por esto que aunque gran parte de las mujeres se realizaron los controles prenatales pertinentes en centros de salud, no se observa que se les realice papanicolao ni tampoco se les administró adecuadamente vacuna antitetánica, en cambio hay predominio de prescripción de suplementos vitamínicos y realización excesiva de ecografías sin que existan, en gran parte de los casos, motivos para ello. Al respecto el Ministerio de Salud Pública recomienda un mínimo de 5 controles y un control óptimo con 12, y que se realicen 3 ecos, uno en cada trimestre de la gestación, y si en alguno de ellos se encuentra algún problema se realizarán más a criterio del médico tratante<sup>25</sup>; con esto se asegura la salud de la gestante antes, durante y después del parto, se reduce en lo posible las complicaciones, se planea un parto seguro y disminuye la morbi-mortalidad materna y fetal.

Los SCS de los barrios de donde proviene la mayoría de mujeres tienen un área de maternidad, casi 4 de cada 10 partos se produjeron en la mañana en horas laborables de los mismos, sin embargo las mujeres acudieron al Hospital, lo cual denota una subutilización de los servicios prestados por los subcentros de salud que hacen que se sature el servicio

---

<sup>25</sup> Ministerio de Salud Pública (1999), Normas y procedimientos para la atención de la salud reproductiva.

de ginecología de Hospitales especializados en la atención de mujeres y RN que realmente presenten complicaciones.

Es importante conocer el tipo de sangre de la madre no solo por la posibilidad de necesitar transfusión sanguínea en caso de complicación por sangrado abundante, sino también por el hecho de necesitar inmunización con Rogan en el caso de que exista incompatibilidad RH, que a pesar de no ser tan frecuente como lo vemos en el estudio debe ser tomado en cuenta por complicaciones que se puedan presentar en futuros embarazos.

A pesar que las mujeres saben que durante el embarazo está contraindicado el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, debido a las complicaciones que puede presentar el feto como RCIU, Síndrome de alcoholismo fetal entre otros, algunas mujeres del estudio fueron fumadoras activas, pasivas e incluso consumían alcohol sin medir los riesgos ya sea por el medio en donde se desenvuelven o por falta de información.

Durante la etapa preconcepcional el 20,4 % de las mujeres afirman ser fumadoras, porcentaje que disminuye al 9,8 % durante el embarazo, aunque vuelve a elevarse al 11,4 % durante el período de lactancia.

En el caso del consumo de alcohol, el 39,2 % de las mujeres encuestadas reconocen consumir alcohol durante el periodo

preconcepcional, descendiendo el porcentaje a un 13,5 % durante el embarazo, y elevándose al 18,1 % durante la lactancia.<sup>26</sup>

Se encontró que a pesar de la mayoría de mujeres no planificaron su embarazo actual, no utilizaron ningún método anticonceptivo, incluso mujeres que habían tenido varios partos anteriores no realizaban planificación familiar por lo cual muchas de ellas presentaron periodos intergenésicos cortos y una gran carga familiar sin tomar en cuenta las implicaciones que tiene esto en lo económico y para la salud materno fetal.<sup>27</sup>

Es importante tener en cuenta la etnia de las mujeres embarazadas, ya que algunos estudios han reportado que la raza negra o afrodescendiente esta mas propicia de presentar HTA, obesidad y diabetes gestacional. los autores resaltan la importancia de implementar intervenciones enfocadas en la reducción del sobrepeso y la obesidad como forma de prevenir o retrasar el aparecimiento de estas enfermedades y poner énfasis en el cuidado preconcepcional para que se reduzcan las complicaciones maternas y del recién nacido.<sup>28</sup>

---

<sup>26</sup> 'Jornadas Nacionales de Alimentación' (2010), El tabaquismo y el consumo de alcohol disminuye en las mujeres durante su embarazo, aunque lo recuperan en la lactancia

<sup>27</sup> Jorge Conde, Mercedes Fernández (2001), Intervalo intergenésico, revista del Hospital Materno Infantil Ramón sarda, Vol 20.

<sup>28</sup> JM Lawrence, Kaiser (2008), Aumenta la prevalencia de Diabetes pregestacional en mujeres norteamericanas, artículo recuperado de <http://www.siicsalud.com/dato/editorial.php/98717>.

Las patologías más frecuentes encontradas en ambos grupos fueron IVU, anemia y preeclampsia, se puede notar además que las mujeres que tuvieron su parto por cesárea tuvieron más patologías tanto en el transcurso de su embarazo como dentro sus antecedentes personales, lo cual puede ser una causa para que haya sido necesaria la realización de cesárea.

Se ha descrito en varias revisiones que a toda mujer se le debe realizar un monitoreo fetal al momento en que llega a la institución en que será atendido su parto, debido a que es importante la detección precoz por medio de este, de problemas con el feto como el sufrimiento fetal agudo, siendo está una de las causas de morbimortalidad neonatal e indicaciones de terminación del embarazo por medio de cesárea. En el HEG no se ha visto esto, son pocas las mujeres a las que se realiza monitoreo por falta de equipos para su realización.

Para profundizar respecto a los partos por cesárea, las principales indicaciones que hicieron que el parto termine de esta forma coinciden con las causas presentadas en diferentes estudios<sup>29</sup>, siendo estas el antecedente de tener una cesárea anterior, distocias de presentación, y SFA. Además existen datos de que en varios Hospitales y clínicas privadas

---

<sup>29</sup> William Vargas González\*, Germán Vargas Martínez\*\*PREVALENCIA DE OPERACIONES CESAREAS EN HOSPITALES DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL, (*Rev. Cost. Cienc. Méd.* 1982; 3(2):189-192).

está práctica ha ido en aumento además por la gran incidencia de cesáreas electivas<sup>30</sup>.

En nuestro medio es bien conocido que en los hospitales en los que se realiza docencia la mayor parte de partos cefalovaginales son atendidos por los internos rotativos de los servicios de ginecología, y los partos por cesárea son atendidos en su mayoría por residentes y post gradistas. Si bien todos son personal de salud capacitado se encontraron en este estudio algunas complicaciones como desgarros y retenciones placentarias en los partos cefalovaginales e infección de la herida quirúrgica y atonía uterina en los partos por cesárea, algo importante que se observó además fue un mayor porcentaje de pacientes que tuvieron complicaciones en los partos cefalovaginales que las que lo hicieron por cesárea.

Muchos de los problemas observados en este estudio como falta de planificación familiar y déficit de controles prenatales puede deberse a que las mujeres no tienen conocimiento sobre la ley de maternidad gratuita que les otorga varios beneficios para su salud sexual, reproductiva y a sus hijos menores de cinco años a los que tienen acceso en todos los servicios del MSP del país.

Las pacientes de este estudio tenían valores antropométricos adecuados y el mayor número de recién nacidos tuvo peso adecuado, así mismo el manejo dado a las pacientes que acudieron para tener su parto en

---

<sup>30</sup> Gregory K., Henry O., Gellens A., Hodell C., Platt L. Repeat cesareans: How many are elective?. *Clin Obstet Ginecol* 1994; 84 (2): 574-578.

el HEG fue óptimo pues aunque hubo ciertas complicaciones no fueron graves y fueron escasas, los neonatos presentaron puntajes de APGAR dentro de rangos normales y la estancia hospitalaria tanto de madres como de los recién nacidos fue corta, se observó sólo un caso de muerte durante el año 2010 debido a que la paciente presentó HELLP. (Este caso no consta en el estudio, se obtuvo el dato del centro de estadística del Hospital.)

## **CAPÍTULO VI**

### **6.1 CONCLUSIONES**

1. La prevalencia de cesáreas fue del 35% y está fuera del margen recomendado por la OMS del 10-15 %.
2. Es evidente la necesidad de controlar el embarazo en adolescentes de nuestro país, pues se pudo observar que existe un alto porcentaje de embarazo en este grupo de edad lo cual conlleva serios problemas socio económicos y emocionales tanto para las madres y para sus hijos.
3. La mayoría de mujeres afronta condiciones de vida adversas pues deben desempeñar el papel de madres, trabajadoras y amas de casa a la vez, con importantes limitaciones económicas y sin poder acceder a un nivel de estudio que les permita tener mayores oportunidades en el ámbito laboral.
4. A pesar de la disponibilidad de subcentros de salud en los barrios de donde provienen las pacientes, estos no logran captarlas en forma adecuada tanto para la realización de controles prenatales como para prestar el servicio de atención del parto a pesar de que cuentan con un área de maternidad.

5. Los partos céfalo vaginales que se realizaron en el HEG podrían haber sido atendidos en los SCS, ya que la mayoría se realizan en horas laborables de estos evitándose así la saturación del servicio de ginecología de este Hospital.
6. El grupo sanguíneo mayoritario fue el ORh+, sin embargo, es necesario tomar en cuenta que existen algunas mujeres con factor Rh- para las cuales es indispensable la utilización de Rogan y así evitar complicaciones en futuros embarazos.
7. Las mujeres del estudio no han planificado su embarazo, muchas son multíparas, existen períodos intergenésicos cortos y además la gran mayoría refiere no haber usado un método anticonceptivo, lo cual denota un pobre control de la natalidad, por tanto, sería importante que se refuerce a nivel de instituciones educativas, el núcleo familiar y el sistema de salud la educación sexual y planificación familiar, además el personal médico debe promocionar los métodos anticonceptivos disponibles y aprovechar oportunidades para hablar sobre planificación con sus pacientes que llevan una vida sexual activa aunque ese no sea el motivo de consulta y siempre como una sugerencia no como imposición.
8. Se está dando un mal uso, por exceso, a la realización de ecografías obstétricas, esto puede deberse a que se involucran intereses económicos sobre el interés en el bienestar materno fetal que sería el

motivo justo para su realización pues se observó esto en mujeres que se realizaron sus controles en la consulta privada.

9. La patología más frecuente durante el embarazo fue la IVU, seguida por anemia, vaginitis y preeclampsia, estas son patologías que pueden y deben ser manejadas a nivel de los SCS y si se realiza esto en forma adecuada se contribuye en gran medida a evitar complicaciones durante el embarazo y parto.
10. Las personas que atienden los partos están capacitadas para hacerlo, a pesar de esto se encuentran algunas complicaciones como son, en los partos vaginales, retención placentaria y desgarros, y en partos por cesárea hemorragia, hipotonía uterina e infección de herida.
11. La mayoría de mujeres fueron mestizas, con instrucción secundaria, estado civil casadas o en unión estable, viven en casa arrendada, su ocupación los QQDD y su salario promedio es de 360 dólares.
12. Las mujeres que terminaron su parto por cesárea presentan mayor número de patologías tanto previas al embarazo como durante el mismo.
13. Dentro de los hábitos perniciosos algunas mujeres fueron fumadoras pasivas durante el embarazo, otras admiten haber sido fumadoras activas, el uso de alcohol es infrecuente.

14. Las mujeres no tienen conocimiento sobre la ley de maternidad gratuita, por esto muchas no acudieron a los subcentros para realizar planificación familiar, ni para controles prenatales.
15. Las transferencias fueron hechas por falta de espacio físico, distocia de presentación y conducción fallida.
16. El manejo dado a las gestantes en el período prenatal, durante la labor y el parto en el HEG fue adecuado, no se observaron complicaciones graves y el estado de salud de las madres y recién nacidos fue bueno sin tener hospitalizaciones prolongadas.

## **CAPÍTULO VII**

### **7.1 RECOMENDACIONES**

1. Incentivar a las pacientes y a sus parejas a acudir a los controles del embarazo, ya que en estos se detectan y se tratan varias condiciones que pueden determinar la necesidad de que el parto termine en cesárea.
2. Utilizar o crear un protocolo propio del servicio donde consten las indicaciones más importantes para cesárea e intentar disminuir la incidencia de este procedimiento.
3. Dar a conocer a las mujeres embarazadas los subcentros de salud que tienen maternidad y que se están cercanos a su hogar para que al llegar el momento del parto y si no existe ninguna complicación este sea realizado ahí sin que saturen los Hospitales y que estos se dediquen más a la atención de casos graves en los que está en riesgo bienestar materno y fetal.
4. Aprovechar los controles prenatales para instruir a las madres sobre signos de alarma que pueden desencadenar complicaciones durante el parto y acerca del lugar más adecuado para este se produzca de acuerdo a su situación en particular.

5. Aumentar la promoción de métodos anticonceptivos y de planificación familiar a toda mujer en etapa reproductiva tanto en subcentros de salud, como en la consulta privada y de hospitales, así se disminuiría el gran número de embarazos no planificados y de adolescentes gestantes.
6. Mejorar el manejo de las madres gestantes en los subcentros de salud facilitándoles el acceso a las consultas y medicamentos necesarios para el tratamiento de enfermedades, sabiendo que las más frecuentes son IVU, anemia, vaginitis y preeclampsia, según lo aportado por este estudio.
7. El HEG debe tener en su farmacia la vacuna de inmunización (Rogan), para aquellas mujeres que presenten incompatibilidad sanguínea.
8. Incrementar la supervisión a los internos rotativos en especial en el período de cambio de rotaciones para evitar complicaciones como desgarros por falta de práctica.
9. Los médicos encargados o tratantes que van a realizar las cesáreas deberían colocar siempre una nota preoperatoria explicando claramente la causa de la realización de este procedimiento y como se obtuvo el diagnóstico, ya que en muchas historias no se dispone de este dato.

## **ANEXOS**

## ANEXO 1

### HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

FECHA DE INGRESO.....hora.....  
TRANSFERENCIA.....

**SIGNOS VITALES** PA.....FC.....FR.....**ANTROPOMETRIA**  
PESO.....TALLA.....

NOMBRE .....HCL.....

GRUPO sanguíneo.....

DOMICILIO – BARRIO.....(URBANO/  
RURAL) CASA propia.....arrendada.....

TELÉFONO (TELEF)..... RELIGION.....

EDAD (años CUMPLIDOS) O FECHA DE NACIMIENTO.....

ETNIA..... (blanca, indígena, mestiza, negra)

ALFABETA SI o No ESTUDIOS Primaria... Secundaria... Universitaria...

OCUPACION.....HOGAR: Organizado...desorganizado...,  
Salario\$.....

ESTADO CIVIL Casada... Unión estable... Soltera... Divorciada... Viuda...

**ANTECEDENTES FAMILIARES**.....

**ANTECEDENTES PERSONALES**

.....  
**ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS**

MENARQUIA...CICLOS...IVS...ETS...PS...GESTAS PREVIAS...PARTOS  
/ VAGINALES ...CESÁREAS... ABORTOS...ECTOPICOS...NACIDOS  
VIVOS...NACIDOS MUERTOS...HIJOS VIVOS....

**FIN EMBARAZO ANTERIOR** año.....

**GE STACION ACTUAL**

EMBARAZO PLANEADO si o no

ANTICONCEPCIÓN ANTES DE EMBARAZO ACTUAL

Ninguno...Barrera...DIU...Hormonal...PAE...Ritmo....

FECHA DE ÚLTIMA MENSTRUACIÓN (FUM).....

ULTIMA ECOGRAFÍA normal...o hallazgos anormales

.....#.....

ESTILOS DE VIDA Fumadora activa...pasiva...alcohol .... drogas....  
medicamentos....

Hierro.....Acido fólico .....Multivitaminicos.....

**INMUNIZACIONES**

Antitetánica...otras.....

PAPANICOLAO tiempo del

último.....Hallazgos.....

**PATOLOGÍAS INFECCIONASAS DEL EMBARAZO**

ACTUALToxoplasmosis.....Vih/sida..... Rubeola..... Papiloma virus.....

Condilomas vaginales..... Herpes virus genital.....

Sifilis.....Otras.....Ninguna.....

**OTRAS PATOLOGÍAS DEL EMBARAZO**

Ivu..... Vaginitis/vaginosis..... Preeclampsia ..... Eclampsia..... Diabetes gestacional..... Amenaza de aborto..... Amenaza de parto prematuro..... Ninguna.....

**EXAMENES CLINICOS**  
 Biometria hb.....hcto.....

**CONSULTAS PRENATALES TOTAL**.....

Lugar.....(centro de salud, hospital, consultorio particular)

**CORTICOIDES ANTENATALES** si o no y semana.....

**TRABAJO DE PARTO**.....horas inicio espontáneo.....inducido.....  
 Dilatación.....Borramiento.....(al ingreso) FCF.....

**MONITOREO** si o no. normal..... hallazgos anormales.....

**SUFRIMIENTO FETAL** si o no

**EDAD GESTACIONAL**.....semanas

**EMBARAZO UNICO**.....**EMBARAZO MULTIPLE**.....#FETO

**ROTURA DE MEMBRANAS** anteparto.....horas o intraparto.....

**CARACTERISTICAS DEL LIQUIDO AMNIÓTICO** claro con grumos.....meconial.....

**PRESENTACIÓN / SITUACIÓN** Cefálica.....Pelviana.....Transversa.....

**FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO**.....

**RN VIVO**..... o **RN MUERTO**..... **Y CAUSA**.....

**TERMINACIÓN DEL EMBARAZO** Espontánea..... Cesárea.....  
 Fórceps.....Vacuum..... Otra.....

**INDICACIÓN PRINCIPAL DE INDUCCIÓN DE PARTO O CESÁREA**  
 inducción.....cesárea.....  
 .....  
 forceps.....vacum.....otras.....  
 .....

**EPISOTOMÍA SI O NO** , hubo **DESGARROS SI**(Grado 1 a 4).....**NO**.....

**ALUMBRAMIENTO MANEJO ACTIVO SI o NO**  
**PLACENTA** completa.....retenida.....  
**SANGRADO**.....ml

**MEDICACIÓN RECIBIDA DURANTE LABOR DE PARTO Y PARTO**  
 Ocitócicos ...Antibióticos ...Analgésicos intra venosos...Anestesia local periné (episiotomía)...  
 Anestesia regional peridural....raquídea..... mixta..... Anestesia general ...  
 expansores de volumen ...  
 Transfusión: Sangre entera... paquetes globulares... plaquetas... plasma...  
 Otros .....

**ATENDIÓ:** Medico tratante.....Post gradista.....  
 Residente.....Interno..... Externo .....

**REFERIDA** Hospitalización..... Recuperación.....  
 uci.....otro hospital.....

**FECHA DE EGRESO**.....**TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN**.....**DÍAS U HORAS**

**COMPLICACIONES** SANGRADO postparto.....ml

INFECCIONES SI o NO Herida quirúrgica post cesárea.....Otros focos.....

MUERTE: causas.....

**LIGADURA SI o NO**

**RECIEN NACIDO**

SEXO Femenino,.. Masculino... No definido...

PESO AL NACER.....gramos, PC.....cm, Talla.....cm

APGAR (min) 1m.....5m.....

**REANIMACIÓN**

Estimulación ...Aspiración de boca y nariz... Máscara... Oxígeno... Masaje cardiaco (masaje)... Intubación endotraqueal (tubo)... ninguno...

**FALLECE EN LUGAR DE PARTO SI o NO**

**REFERIDO**

Alojamiento conjunto ... UCI/UC intermedios...Otro establecimiento....

**DEFECTOS CONGÉNITOS SI o NO, cuáles?**

.....

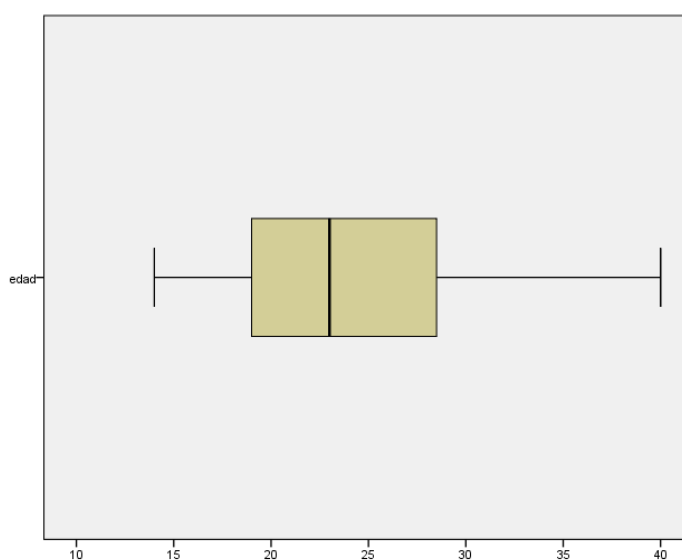
.....

**ENFERMEDADES** diferentes de malformaciones congénitas o producidas como complicación del parto.....

## ANEXO 2.

En el siguiente Box Plot se encuentra la distribución en percentiles de la edad

**Ilustración 2** Distribución en percentiles de la edad en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos céfalo vaginales en el HEG durante el año 2010.



Fuente: Base de datos  
Elaboración: Las autoras

### ANEXO 3.

Tabla 37 Distribución de ocupación en el estudio de Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos céfalo vaginales en el HEG durante el año 2010.

OCUPACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CAJERA	1	0,8
COCINERA	1	0,8
COMERCIANTE	10	7,6
COSTURERA	1	0,8
EMPLEADA DOMESTICA	2	1,5
ESTILISTA	1	0,8
ESTUDIANTE	9	6,8
FLORICULTORA	2	1,5
LAVANDERA	1	0,8
LIMPIEZA	1	0,8
NIÑERA	2	1,5
QQDD	99	75
RECEPCIONISTA	1	0,8
VENDEDORA	1	0,8
<b>TOTAL</b>	<b>132</b>	<b>100</b>

Fuente: Base de datos  
Elaboración: Las autoras

#### ANEXO 4.

**Tabla 38 Distribución del lugar de vivienda en el estudio de Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos céfalo vaginales en el HEG durante el año 2010.**

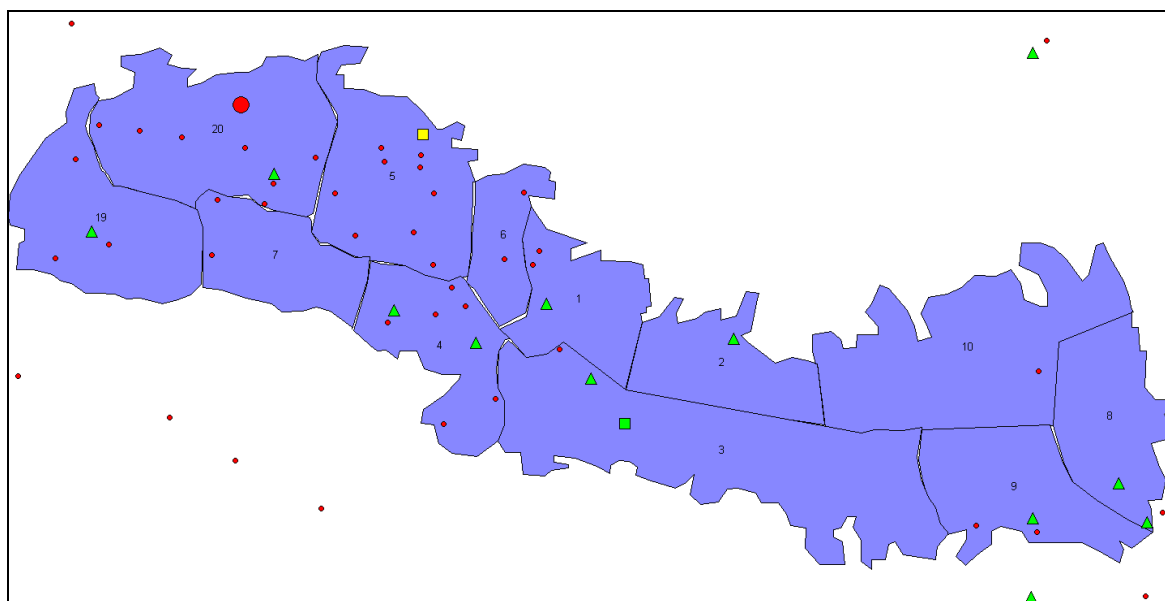
DOMICILIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
AGATAZO	1	0,8
ALANGASI	1	0,8
ATUCUCHO	1	0,8
BARRIONUEVO	2	1,5
CAMAL	4	3,0
CARAPUNGO	2	1,5
CHAGUARQUINGO	1	0,8
CHILIBULO	3	2,3
CHILLOGALLO	30	22,7
CIMA DE LA LIBERTAD	1	0,8
CIUDADELA IBARRA	2	1,5
COMITÉ DEL PUEBLO	1	0,8
CONOCOTO	2	1,5
EL PINTADO	3	2,3
EL QUINCHE	1	0,8
EL RECREO	3	2,3
EL TEJAR	1	0,8
FERROVIARIA	3	2,3
GUAJALO	2	1,5
GUAMANI	8	6,1
LA COLMENA	4	3,0
LA ECUATORIANA	5	3,8
LA MAGDALENA	8	6,1
LA MARIN	1	0,8
LA MENA	4	3,0
LA MERCED	1	0,8
LA RAYA	1	0,8
LOS DOS PUENTES	1	0,8
LUCHA DE LOS POBRES	9	6,8
LULUNCOTO	2	1,5
NANEGALITO	1	0,8
PINTAG	1	0,8
PUENGASI	2	1,5
QUITO SUR	1	0,8
REINO DE QUITO	1	0,8
SAN BARTOLO	1	0,8
SAN MIGUEL DEAMAGASI	1	0,8
SAN ROQUE	4	3,0
SANGOLQUI	2	1,5
SANTA LUCIA	1	0,8
SANTA ROSA	2	1,5
SOLANDA	2	1,5
TANDAPI	1	0,8
TURUBAMBA	2	1,5
VENCEDORES	1	0,8
VILLAFLORA	1	0,8
<b>TOTAL</b>	<b>132</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Base de datos  
Elaboración: Las autoras

## ANEXO 5.

Distrito Metropolitano de Quito, Áreas del Ministerio de Salud Pública

**Ilustración 3 Distribución de barrios de procedencia de la muestra de mujeres que terminaron el parto por vía vaginal en el Hospital Enrique Garcés durante el año 2010.**



• Pacientes embarazadas

Fuente: Base de datos

Elaborado: Las autoras

▲ Servicios de Maternidad

■ Hospital Enrique Garcés

## ANEXO 6.

**Tabla 39 Frecuencia del grupo sanguíneo en mujeres del estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos Céfalo Vaginales en el HEG durante el año 2010.**

<b>GS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
A+	15	11,4
AB+	3	2,3
B-	2	1,5
B+	7	5,3
O-	1	0,8
O+	104	78,8
<b>TOTAL</b>	<b>132</b>	<b>100</b>

Fuente: Base de datos  
Elaboración: Las autoras

## ANEXO 7.

**Tabla 40 Distribución de los APF en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010.**

PATOLOGIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HTA	14	10,6
DM	14	10,6
CA GASTRICO	3	2,3
CARDIOPATIA	3	2,3
CA DE SENO	2	1,5
CA UTERO	1	0,8
TB	1	0,8
NO REFIERE	99	75
<b>TOTAL</b>	<b>132</b>	<b>100</b>

Fuente: Base de datos  
Elaboración: Las autoras

## ANEXO 8.

**Tabla 41 Distribución de los APP en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010.**

<b>PATOLOGIA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
ANEMIA FERROPENICA	1	0,8
ARTRITIS	1	0,8
GASTRITIS	1	0,8
HEPATITIS A	1	0,8
HIPERHIDROSIS	1	0,8
NO REFIERE	126	95,5
PTERIGIUM OJO IZQ	1	0,8
<b>TOTAL</b>	<b>132</b>	<b>100</b>

Fuente: Base de datos  
Elaboración: Las autoras

## ANEXO 9.

**Tabla 42 Distribución de las frecuencias de edad de IVSA en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010.**

IVSA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
12	2	1,5
13	1	,8
14	12	9,1
15	24	18,2
16	35	26,5
17	14	10,6
18	21	15,9
19	10	7,6
20	7	5,3
21	2	1,5
22	1	,8
23	1	,8
24	1	,8
25	1	,8
<b>TOTAL</b>	<b>132</b>	<b>100</b>

Fuente: Base de datos  
Elaboración: Las autoras

## ANEXO 10

**Tabla 43 Distribución del número de ecos en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010.**

ECOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	7	5,3
1	17	12,9
2	41	31,1
3	27	20,5
4	21	15,9
5	10	7,6
6	2	1,5
7	3	2,3
8	2	1,5
9	2	1,5
<b>TOTAL</b>	<b>132</b>	<b>100</b>

Fuente: Base de datos  
Elaboración: Las autoras

## ANEXO 11.

Tabla 44 **Patologías durante el embarazo en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010.**

<b>PATOLOGIA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
IVU	43	32,6
VAGINITIS	9	6,8
ANEMIA	9	6,8
PREECLAMPSIA	6	4,5
AMENAZA DE ABORTO	2	1,5
AMENAZA DE PPT	1	0,8
HIPEREMESIS	1	0,8
<b>TOTAL</b>	<b>132</b>	<b>100</b>

Fuente: Base de datos  
Elaboración: Las autoras

## ANEXO 12.

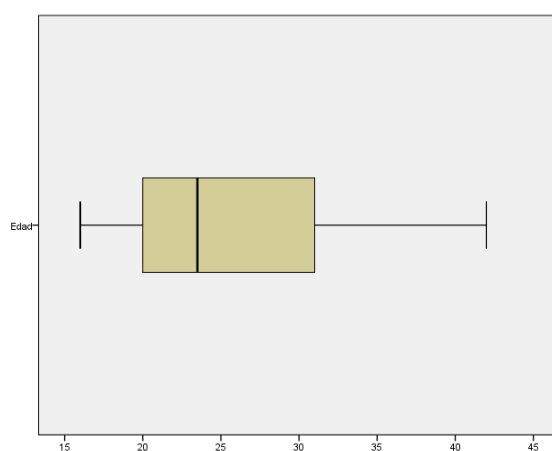
**Tabla 45 Distribución del personal en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010.**

<b>PERSONAL</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
INTERNO	80	60,6
POSTGRADISTA	7	5,3
RESIDENTE	42	31,8
TRATANTE	3	2,3
<b>TOTAL</b>	<b>132</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Base de datos  
Elaboración: Las autoras

## ANEXO 13.

**Ilustración 4 Distribución en percentiles de la edad en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos céfalo vaginales en el HEG durante el año 2010.**



Fuente: Base de datos  
Elaboración: Las autoras

## ANEXO 14.

**Tabla 46 Distribución de ocupación en el estudio de Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos céfalo vaginales en el HEG durante el año 2010.**

<b>OCUPACION</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
COCINERA	1	1,3
COMERCIANTE	3	3,9
EMPLEADA DOMESTICA	3	3,9
ESTUDIANTE	6	7,9
LICENCIADA	1	1,3
NIÑERA	1	1,3
PROFESORA	2	2,6
QQDD	56	73,7
RECEPCIONISTA	1	1,3
SECRETARIA	1	1,3
TRABAJADORA SOCIAL	1	1,3
<b>TOTAL</b>	<b>76</b>	<b>100</b>

Fuente: Base de datos  
Elaboración: Las autoras

## ANEXO 15.

**Tabla 47 Distribución del lugar de vivienda en el estudio de Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos céfalo vaginales en el HEG durante el año 2010.**

DOMICILIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
AGATASO	2	2,6
BAEZA	1	1,3
BEATERIO	1	1,3
BELLAVISTA	1	1,3
CAUPICHO	1	1,3
CAYAMBE	1	1,3
CHILIBULO	1	1,3
CHILLOGALLO	13	17,1
CHIMBACALLE	3	3,9
CIUDADELA IBARRA	1	1,3
CONOCOTO	1	1,3
COTOCOLLAO	2	2,6
DOS PUENTES	1	1,3
FERROVIARIA	2	2,6
GUAJALO	1	1,3
GUAMANI	4	5,3
LA ECUATORIANA	2	2,6
LA MAGDALENA	8	10,5
LA MARIN	1	1,3
LA MENA 2	2	2,6
LA PRADERA	1	1,3
LUCHA DE LOS POBRES	2	2,6
MACHACHI	3	3,9
MONJAS	1	1,3
PINTAG	1	1,3
PUENGASI	1	1,3
QUINCHE	1	1,3
QUITO SUR	1	1,3
QUITUMBE	1	1,3
RECREO	1	1,3
SAN BARTOLO	2	2,6
SAN JUAN	1	1,3
SANGOLQUI	2	2,6
SANTA ANA	1	1,3
SANTA PRISCA	1	1,3
SOLANDA	6	7,9
VILLAFLORES	1	1,3
Total	76	100,0

Fuente: Base de datos  
Elaboración: Las autoras

## ANEXO 16.

**Tabla 48 Frecuencia del grupo sanguíneo en mujeres del estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos Céfalo Vaginales en el HEG durante el año 2010.**

<b>GS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
A+	10	13,2
B+	7	9,2
O+	59	77,6
<b>TOTAL</b>	<b>76</b>	<b>100</b>

Fuente: Base de datos  
Elaboración: Las autoras

## ANEXO 17.

**Tabla 49 Distribución de los APF en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010.**

<b>PATOLOGIA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
NO REFIERE	54	71,1
CA GASTRICO	1	1,3
CARDIOPATIA	1	1,3
DIABETES	8	10,5
EPILEPSIA	1	1,3
HEMOFILIA	1	1,3
HTA	9	11,8
OSTEOSARCOMA	1	1,3
<b>TOTAL</b>	<b>76</b>	<b>100</b>

Fuente: Base de datos  
Elaboración: Las autoras

## ANEXO 18.

**Tabla 50 Distribución de los APP en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010.**

<b>PATOLOGIA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
NO REFIERE	62	81,6
ALERGIA PENICILINA	2	2,6
ASMA	1	1,3
COLELITIASIS	1	1,3
EPILEPSIA	1	1,3
GASTRITIS	1	1,3
HEMORROIDES	1	1,3
HIPOTIROIDISMO	2	2,6
HTA	3	3,9
LES	1	1,3
SOP	1	1,3
<b>TOTAL</b>	<b>76</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Base de datos  
Elaboración: Las autoras

## ANEXO 19.

Tabla 51 Distribución de las frecuencias de edad cuando IVSA en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
X	4	5,3
12	1	1,3
13	2	2,6
14	7	9,2
15	8	10,5
16	9	11,8
17	8	10,5
18	13	17,1
19	8	10,5
20	7	9,2
22	3	3,9
24	3	3,9
26	2	2,6
28	1	1,3
<b>TOTAL</b>	<b>76</b>	<b>100</b>

Fuente: Base de datos  
Elaboración: Las autoras

**ANEXO 20.**

**Tabla 52 Distribución del número de ecos en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010.**

<b>ECOS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
0	1	1,3
1	5	6,6
2	21	27,6
3	24	31,6
4	12	15,8
5	9	11,8
6	3	3,9
10	1	1,3
<b>TOTAL</b>	<b>76</b>	<b>100</b>

Fuente: Base de datos  
Elaboración: Las autoras

## ANEXO 21.

**Tabla 53 Distribución de indicaciones de cesárea en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010.**

CAUSAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CESAREA ANTERIOR	33	43,4
CONDILOMAS ACUMINADOS	4	5,3
DESPRENDIMIENTO DE PLACENT	1	1,3
DESpropORCION CEFALOPELVIC	5	6,6
DISTOCIA DE DILATACION	7	9,2
DISTOCIA DE PRESENTACION	11	14,5
EMB GEMELAR	1	1,3
OBITO FETAL	1	1,3
PLACENTA PREVIA	1	1,3
PREECLAMPSIA	3	3,9
SFA	9	11,8
<b>TOTAL</b>	<b>76</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Base de datos  
Elaboración: Las autoras

## ANEXO 22.

**Tabla 54 Distribución de la hora del parto en el estudio Perfil Epidemiológico de Cesárea y Partos normales en el HEG durante el año 2010.**

PERSONAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
POSTGRADISTA	35	46,1
RESIDENTE	23	30,3
TRATANTE	18	23,7
Total	76	100,0

Fuente: Base de datos  
Elaboración: Las autoras

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Manual de Obstetricia, Diagnóstico y Tratamiento. Salvat, Eds. 1984. pp 341-368
2. Dr. John Essien, Dra. Jessica Bardales Mita, Dr. José Manuel Rodríguez Fernández. Cesárea Primitiva: Comportamiento en nuestro medio. Archivo Medico de Camagüey 2004;8 (4)ISSN 1025-0255.
3. Dunn, L. J. Cesárea y otras operaciones obstétricas. En: Tratado de Ginecología y Obstetricia de Danforth. 6ª edición. Editorial Interamericana. pp: 673-684, 1990.
4. John Williams (2000): Obstetricia de Williams, Mexico, Edt Salvat, Tercera edición, pags. 841-850.
5. MOULD TAJ, CHONG S, SPENCER JAD, GALLIVAN S. Women's involvement with the decision preceding their caesarean section and their degree of satisfaction. Br J Obstet Gynaecol 1996; 103: 1074-7.
6. Albrechtsen - S: et al: Evaluation of a protocol on selecting fetuses with breech presentation for vaginal delivery or cesarean section: AM - J - Obstet Gynecol. 1997 sep; 177 (3): 586-92.
7. Porcentaje de partos por cesárea en Ecuador.  
[http://www.siise.gov.ec/PageWebs/sijoven/ficsjo\\_J58.htm](http://www.siise.gov.ec/PageWebs/sijoven/ficsjo_J58.htm)
8. Mozurkewich EL, Hutton EK. Elective repeat cesarean delivery vs trial of labor: a meta-analysis of the literature from 1989 to 1999. Am J Obstet Gynecol 2000;183: 1187-97
9. Guevara María (2007), Principales complicaciones de cesarea, Tesis inédita, PUCE, Quito-Ecuador
10. Gómez-Dantés O. Cómo detener la epidemia de cesáreas. Salud Pública Mex 2004.
11. Minkoff H. Powderly KR. Chervenak F, Mc Cullough LB. Ethical dimensions of elective primary cesarean delivery. Obstet Gynecol 2004.

- 12.SOTO L, Carmen et al. EDUCACIÓN PRENATAL Y SU RELACIÓN CON EL TIPO DE PARTO: UNA VÍA HACIA EL PARTO NATURAL Rev. chil. obstet. ginecol. 2006, vol.71, n.2
- 13.Schwarcz-Sala-Duverges: OBSTETRICIA. Editorial El Ateneo. Argentina. 5ta.edición. 1999.
- 14.Beck, William Jr.: National Medical Series for Independent Study. Obstetrics and Gynecology. 4th edition. Williams and Wilkins. USA. 1997.
- 15.American College of Obstetricians and Gynecologists. Vaginal birth after previous cesarean delivery. Practice Bulletin N° 2, 1998.
- 16.Ballesté, M. y Fernández, A., Derechos reproductivos y cesáreas. En: Cesáreas, tendencias actuales y perspectivas. SSA/Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México / InPer. México, 1997. pp 55-64.
- 17.Cunningham, G.F., Mac Donald, C.P., Gant, F.N., Leveno, J.K., Gilstrap, C.L., Hankins, D.V. and Clark, C.S. Williams Obstetricia. 20ª. Edición. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires. 1998.
- 18.Bohen, F., H, Davison, Kand, Barret, J.M. The effect of electronic fetal monitoring on the incidence of cesarean section. Am. J. Obstet. Gynecol. 141: 295-298, 1991.
- 19.[www.aspame.net/charlas/partonormal.pdf](http://www.aspame.net/charlas/partonormal.pdf)
- 20.Cotton, D.B., Operación Cesárea. En: Niswander, K.R., Manual de Obstetricia, Diagnóstico y Tratamiento. Salvat, Eds. 1984. pp 341-368
- 21.Williams Obstetrics. 14ª edición. Appleton Century-Crofts, New York, 1971, páginas 1163-1190.
- 22.Gregory K., Henry O., Gellens A., Hodell C., Platt L. Repeat cesareans: How many are elective?. Clin Obstet Ginecol 1994; 84 (2): 574-578.
- 23.JM Lawrence, Kaiser (2008), Aumenta la prevalencia de Diabetes pregestacional en mujeres norteamericanas, artículo recuperado de <http://www.siicsalud.com/dato/editorial.php/98717>.

24. William Vargas González\*, Germán Vargas Martínez\*\*PREVALENCIA DE OPERACIONES CESAREAS EN HOSPITALES DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL, (*Rev. Cost. Cienc. Méd.* 1982; 3(2):189-192).
25. Drs. Claudia Urbina, José Pacheco (2006), Embarazo en adolescentes, *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia* Vol. 52(1):118-123
26. Guillermo E. Perry, Omar S. Arias (2005), Reducción de la pobreza y crecimiento: Círculos virtuosos y Círculos viciosos, Banco mundial, vol. 2
27. Reglamentos a la ley de maternidad gratuita recuperado [www . programamujeres cdh.cl /media/.../ Ecuador\\_mat2. doc](http://www.programamujeres.cdh.cl/media/.../Ecuador_mat2.doc)
28. Andrés Salazar-Arango, María Margarita Acosta-Murcia (2009) consecuencias del embarazo adolescente en el estado civil de la madre joven: estudio piloto en Bogotá, Colombia, Vol.12, No 2
29. Ministerio de Salud Publica (1999), Normas y procedimientos para la atención de la salud reproductiva.
30. 'Jornadas Nacionales de Alimentación' (2010), El tabaquismo y el consumo de alcohol disminuye en las mujeres durante su embarazo, aunque lo recuperan en la lactancia
31. Jorge Conde, Mercedes Fernández (2001), Intervalo intergenésico, revista del Hospital Materno Infantil Ramón sarda, Vol 20.
32. Rosario Cárdenas, Complicaciones asociadas a la cesárea: la importancia de un uso módicamente justificado. *Gaceta Medica de México*, Gac Med MEX v. 138 n 4 2002
33. Sánchez Denis(2008), Guía clínica: Operación cesárea, tesis inédita, PUCE, Quito-Ecuador
34. Drs. Frenk Mora Julio, Ruelas Barajas Enrique, Tapia Conyer Roberto, Castañón Romo Roberto, Cesárea segura, México, 2002, recuperado de [www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7101.pdf](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7101.pdf)
35. Dra. Cremonte Ortiz Alejandra, Cesárea abdominal, 2004, recuperado de [www.med.unne.edu.ar/posgrado/cursomedgral/clases/280308ec](http://www.med.unne.edu.ar/posgrado/cursomedgral/clases/280308ec).

- 36.Drs. Aller Juan, Moreno Iztúriz José, Moreno-Romero José, Cesárea, histerectomía Obstétrica e histerorráfía, Capitulo 45, recuperado de [www.fertilab.net/om/om\\_45.pdf](http://www.fertilab.net/om/om_45.pdf)
- 37.Paterson-Brown S. Should doctors perform an elective caesarean section on request? Yes, as long as the woman is fully informed. *BMJ*. 1998; 317(7156):462
- 38.Hofmeyr GJ, Mathai M, Shah A, Novikova N, Técnicas para la cesárea, Biblioteca Cochrane, Numero 2, 2008, Oxford
- 39.Vanina Lepore Gisela, Sampor Claudia Vanesa, Storni María Paola, Incidencia y principales indicaciones de cesarea, Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina - N° 150 – Octubre 2005, Chaco-Argentina.
- 40.Azcona Ruiz Beatriz, Ibarrola Vidaurre María, Larrañaga Azcarate Carlos, Asistencia al parto normal, Libro electrónico de Temas de Urgencia  
[www.cfnavarra.es/salud/PUBLICACIONES/Libro%20electronico%20de%20temas%20de%20Urgencia/22.Ginecologicas/Asistencia%20al%20parto%20normal.pdf](http://www.cfnavarra.es/salud/PUBLICACIONES/Libro%20electronico%20de%20temas%20de%20Urgencia/22.Ginecologicas/Asistencia%20al%20parto%20normal.pdf).
- 41.Drs. Nápoles Méndez Danilo, Bajuelo Páez Amelia Emilia, Téllez Córdova María del Socorro, Couto Núñez Dayana, El partograma y las desviaciones del trabajo de parto, *MEDISAN* 2004;8 (4):64-72.
- 42.Amu O, Rajendran S, Bolaji II. Should doctors perform an elective caesarean section on request? Maternal choice alone should not determine method of delivery. *BMJ*. 1998; 317(7156):463-5.
- 43.Rodrigo Sánchez G, Hantz I Ortiz O, Alberto Chávez M, Parto vaginal en pacientes con antecedente de una cesárea previa, Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Medicina, 2002.
- 44.F. Bretelle, L. Cravello, R. Shojai, V. Roger, C. D'ercole, B. Blanc, Parto vaginal después de dos cesáreas previas, *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* (Ed. Española) 2001; 1: 360-363, *Marsella- Francia*.

45. Cárdenas Rosario, Complicaciones asociadas a la cesárea: la importancia de un uso módicamente justificado, Gaceta Médica Mexicana, 2003.
46. Burgos Salinas Silvia, Carbajal arroyo luz, Saona Ugarte Pedro, Endometritis post-cesárea: factores de riesgo, 2003 recuperado de [www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v10n3/v10n3ao3.pdf](http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v10n3/v10n3ao3.pdf)
47. Dr. Alfredo Sardiñas Ramírez, La operación cesárea y la obstetricia de hoy, Ginecol Obstet Mex 2005;73: 155-9
48. Guía Clínica: Indicaciones de cesárea, Clínica Santa María, 2008, [www.clinicasantamaria.cl/documentos/Guia+clinica+indicacion+cesar+ea.pdf](http://www.clinicasantamaria.cl/documentos/Guia+clinica+indicacion+cesar+ea.pdf).
49. Althabe F, Belizán JM, Villar J, Alexander S, Bergel E, Ramos S, Romero M; Segunda opinión obligatoria para reducir cesáreas innecesarias en Latinoamérica: un estudio randomizado en racimo, Revista Chilena de Ginecología, Group Lancet 2004; 363:1934-40
50. Villar J. Valladares E. Wojdyla D. Relación entre tasa de cesárea y mortalidad materna y neonatal. Lancet 2006; 367:1819-29