



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**ESCUELA DE MEDICINA**

**TEMA**

**INDICACIONES ABSOLUTAS Y RELATIVAS DE CESÁREA SEGMENTARIA  
Y SUS COMPLICACIONES.**

**ESTUDIO A REALIZAR EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO. PERIODO  
2013-2014**

**TESIS DE TRABAJO DE TITULACIÓN PRESENTADO COMO  
REQUISITO PARA OPTAR POR EL GRADO DE MÉDICO GENERAL**

**NOMBRE DEL ESTUDIANTE**

**DIANA ANDREA MARTÍNEZ LEON**

**NOMBRE DEL TUTOR**

**DR. ROBERTO ROBLES**

**GUAYAQUIL-ECUADOR**

**AÑO**

**2016**

**I**



Presidencia  
de la República  
del Ecuador



Plan Nacional  
de Ciencia, Tecnología,  
Innovación y Saberes



SENESCYT

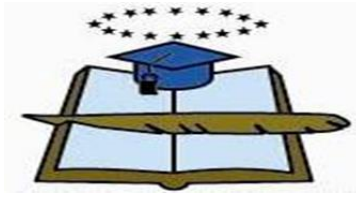
Secretaría Nacional de Educación Superior, Ciencia,  
Tecnología e Innovación

## **REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA**

### **FICHA DE REGISTRO DE TESIS**

**TITULO Y SUBTITULO: INDICACIONES ABSOLUTAS Y RELATIVAS DE CESÁREA SEGMENTARIA Y SUS COMPLICACIONES. ESTUDIO A REALIZAR EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO. PERIODO 2013-2014.**

<b>AUTOR/ES:</b> DIANA ANDREA MARTÍNEZ LEON	<b>REVISORES:</b> DR ROBERTO ROBLES
<b>INSTITUCIÓN:</b> Universidad de Guayaquil	<b>FACULTAD:</b> Facultad de Ciencias Medicas
<b>CARRERA:</b> Medicina	
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	<b>N. DE PAGS:</b>
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	
<b>PALABRAS CLAVE: INDICACIONES, CESAREA, COMPLICACIONES</b>	
<p><b>RESUMEN:</b> El propósito de este trabajo de investigación es determinar las indicaciones absolutas y relativas de cesárea segmentaria y cuáles son sus complicaciones, estudio a realizar en el Hospital Universitario de Guayaquil durante el periodo 2013 – 2014. Después de culminar con el trabajo de investigación y guiados con Excel, llegamos a la conclusión de que se registraron en el hospital 390 casos de cesáreas segmentaria de los cuales el mayor índice para las indicaciones absolutas para cesárea fueron las cesáreas anteriores con un 32% y en casos mínimos fueron cesárea por infección por VIH con un 4%. Y entre las indicaciones relativas para cesárea segmentaria con mayor frecuencia tenemos los antecedentes de cesárea de largo tiempo. Como complicaciones tenemos que el 40% de estos pacientes presentaron como complicaciones hemorragias.</p>	
<b>N. DE REGISTRO (en base de datos):</b>	<b>N. DE CLASIFICACIÓN:</b>
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>	
<b>ADJUNTO URL (tesis en la web):</b>	
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b> DIANA ANDREA MARTÍNEZ LEON	<b>Teléfono:</b> 09988144372 <b>E-mail:</b> mail:diana25_30@hotmail.com
<b>CONTACTO EN LA INSTITUCION:</b>	<b>Nombre: UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL</b>
	<b>Teléfono: (04)229-3598</b>
	<b>E-mail: www.ug.edu.ec</b>



## **CERTIFICADO DEL TUTOR**

EN MI CALIDAD DE TUTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN PARA OPTAR EL TITULO DE MEDICO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS.

**CERTIFICO QUE:** HE DIRIGIDO Y REVISADO EL TRABAJO DE TITULACION DE GRADO PRESENTADO POR LA SRTA. **DIANA ANDREA MARTÍNEZ LEON.**

**CUYO TRABAJO DE TITULACION ES:** INDICACIONES ABSOLUTAS Y RELATIVAS DE CESÁREA SEGMENTARIA Y SUS COMPLICACIONES.

ESTUDIO A REALIZAR EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO. PERIODO 2013-2014.

REVISADO Y CORREGIDO QUE FUE EL TRABAJO DE TITULACION, SE APROBÓ EN SU TOTALIDAD, LO CERTIFICO:

---

**DR. ROBERTO ROBLES**

TUTOR.



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE MEDICINA**

Este Trabajo de Titulación cuya autoría corresponde a **MARTINEZ LEON DIANA ANDREA** ha sido aprobado, luego de su defensa publica, en la forma presente por el Tribunal Examinador de Grado Nominado por la Escuela de Medicina, como requisito parcial para optar por el título de Médico.

**MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

**MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

**PRESIDENTE DEL TRIBUNAL**

**SECRETARIA  
ESCUELA DE MEDICINA**

## **DEDICATORIA**

A Dios, por darme salud, el conocimiento y la fuerza necesaria para superar los obstáculos presentados, brindándome sabiduría que sin duda sabré emplear en beneficio del prójimo.

A mis padres, Julio Cesar y Luisa los pilares fundamentales de mi vida, por su amor, sabios consejos y apoyo incondicional me han enseñado a nunca rendirme ante las adversidades.

A mis compañeros porque juntos hemos compartido momentos de tristeza y felicidad que quedaran grabados por siempre en mi memoria.

## **AGRADECIMIENTO**

A nuestro Dios Señor Jesucristo que con su amor e infinita bondad guía mi camino ayudándome a mantener mi fe para no desfallecer antes dificultades.

A mis padres y hermanos quienes han sido testigos fieles de mi perseverancia y han sabido ser el soporte necesario a lo largo de estos años acompañándome en cada aventura que decido emprender.

A todos los Doctores y Docentes quienes aportaron con sus conocimientos y experiencias mientras cursaba por mi carrera de medicina.

Al Dr. Roberto Robles, tutor de Tesis, por su participación y asesoramiento en la realización de la misma.

## RESUMEN

El propósito de este trabajo de investigación es determinar las indicaciones absolutas y relativas de cesárea segmentaria y cuáles son sus complicaciones, estudio a realizar en el Hospital Universitario de Guayaquil durante el periodo 2013 – 2014.

Después de culminar con el trabajo de investigación y guiados con Excel, llegamos a la conclusión de que se registraron en el hospital 390 casos de cesáreas segmentaria de los cuales el mayor índice para **las indicaciones absolutas para cesárea** fueron las cesáreas anteriores con un 32% y en casos mínimos fueron cesárea por infección por VIH con un 4%.

Y entre las indicaciones relativas para cesárea segmentaria con mayor frecuencia tenemos los antecedentes de cesárea de largo tiempo.

Como complicaciones tenemos que el 40% de estos pacientes presentaron como complicaciones hemorragias.

**PALABRAS CLAVES:** Cesárea segmentaria absolutas y relativas

## **ABSTRACT**

The purpose of this research is to determine the absolute and relative indications of segmental cesarean and what are its complications, study performed at the University Hospital of Guayaquil during the period 2013-2014.

After completing the research and guided with Excel, we conclude that occurred in the hospital 390 cases of segmental cesarean sections of which the highest rate for the absolute indications for cesarean section were previous cesarean deliveries with 32% and in cases were cesarean minimum for HIV infection with 4%.

And among the relative indications for cesarean segmental most often we have a history of cesarean long time.

As complications we have 40% of these patients had complications as bleeding.

**KEYWORDS:** Cesarean absolute and relative Segmental





## **DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD**

Declaro que los resultados obtenidos en la investigación que se presenta como requisito a la obtención del título son absolutamente originales, auténticos y personales, las responsabilidades que pudieran derivarse de este trabajo competen exclusivamente al autor.

---

**DIANA ANDREA MARTÍNEZ LEON**

**C.I 0930114830**

## INDICE GENERAL

### TABLA DE CONTENIDO

<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO I .....</b>	<b>2</b>
<b>EL PROBLEMA.....</b>	<b>2</b>
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	2
JUSTIFICACIÓN .....	3
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....	4
DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA .....	4
PREGUNTAS DE LA INVESTIGACIÓN .....	4
<b>OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS .....</b>	<b>5</b>
OBJETIVO GENERAL .....	5
OBJETIVOS ESPECIFICOS .....	5
<b>CAPÍTULO II.....</b>	<b>6</b>
<b>MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>6</b>
BASES TEÓRICAS .....	7
DEFINICIÓN.....	7
TIPOS DE CESAREA. ....	7
INDICACIONES .....	9
MATERNAS .....	9
FETALES.....	9
OVULARES.....	10
MATERNO FETALES:.....	10
TECNICA QUIRURGICA. ....	11
LAPAROTOMÍA DE PFANNENSTIEL:.....	11
HISTEROTOMÍA: .....	12
HISTERORRAFÍA:.....	12
LAPAROTOMÍA MEDIA INFRA UMBILICAL:.....	13
TÉCNICA DE PELOSI: .....	13
RIESGOS – BENEFICIOS MATERNOS.....	13
COMPLICACIONES .....	14

COMPLICACIONES ANESTÉSICAS:.....	14
COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS: .....	15
COMPLICACIONES INFECCIOSAS:.....	15
COMPLICACIONES TROMBOEMBÓLICAS:.....	15
PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN O HIPOTESIS .....	16
VARIABLES:.....	16
VARIABLE INDEPENDIENTE: .....	16
VARIABLES DEPENDIENTE: .....	16
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES .....	17
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES .....	18
<b>CAPÍTULO III .....</b>	<b>19</b>
<b>MATERIALES Y MÉTODOS .....</b>	<b>19</b>
DISEÑO METODOLOGICO .....	19
LOCALIZACIÓN.....	19
CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO.....	19
PERIODO DE INVESTIGACIÓN.....	20
UNIVERSO Y MUESTRA .....	20
UNIVERSO.....	20
MUESTRA.....	20
VIABILIDAD .....	21
CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	21
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN .....	21
TIPO DE INVESTIGACIÓN .....	21
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	21
TECNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	22
ANÁLISIS DE DATOS .....	22
RECURSOS HUMANOS Y FÍSICOS EMPLEADOS .....	22
RECURSOS HUMANOS.....	22
RECURSOS FÍSICOS .....	23
<b>CAPITULO IV.....</b>	<b>24</b>
<b>ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS .....</b>	<b>24</b>
ANALISIS DE LA INFORMACION.....	24

GRAFICO 1 .....	24
GRAFICO 2.....	25
GRAFICO 3 .....	26
GRAFICO 4.....	27
<b>CAPITULO V. ....</b>	<b>28</b>
<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....</b>	<b>28</b>
CONCLUSIONES .....	28
RECOMENDACIONES .....	28
<b>CAPITULO VI.....</b>	<b>29</b>
PROPUESTA.....	29
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>30</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>34</b>

## INTRODUCCIÓN

La cesárea es una de las operaciones abdominales realizadas con mayor frecuencia en mujeres en países desarrollados como en los que se encuentran en vías de desarrollo. A nivel mundial, el índice de cesáreas ha aumentado, sin embargo siguen persistiendo las diferencias en la atención en el manejo del curso del embarazo en zonas rurales y urbanas (Constantine & Saade , 2012).

La Organización Mundial de la Salud estima que la proporción de cesárea en el mundo es de 10-15% y ha reportado cifras del 15-18% en países de primer mundo, como Suecia, Francia, Noruega, etc. En Latinoamérica el porcentaje se duplica entre 36-42%, especialmente en México y Brasil (Organización Mundial de la Salud , 2013).

Esta investigación tiene como objetivo determinar las indicaciones de la cesárea segmentaria y sus complicaciones en mujeres embarazadas del Hospital Universitario en el periodo 2013-2014, esto permitirá disminuir el índice de complicaciones a través de la actualización de información sobre este procedimiento quirúrgico, que nos permita la toma e decisiones para realizarla e identificar grupos susceptibles a tener mala evolución clínica. Se espera contribuir con recomendaciones y planteamiento de estrategias de prevención de complicaciones postoperatorias. Se analizará los antecedentes obstétricos, la incidencia a nivel mundial de la cirugía, epidemiología, métodos complementarios de diagnóstico y técnicas quirúrgicas vigentes hasta la actualidad.

El presente estudio será de tipo descriptivo, transversal y retrospectivo. Se analizará la información de todas las pacientes que se les realizó cesárea segmentaria por diversos motivos en el Hospital Universitario, se determinará las complicaciones presentadas y su relación con los factores de riesgo. Se establecerá los factores causales y relación con edad, antecedentes obstétricas, enfermedades coexistentes, se comparará con la estadística internacional de la región y se determinará los resultados favorables y los que tuvieron complicaciones.

Se espera que este estudio sea base para futuras investigaciones comparativas con otros métodos de tratamiento, disminuir la tasa de cesáreas innecesarias y fomentar el parto vaginal entre las afiliadas de esta institución.

## **CAPÍTULO I**

### **EL PROBLEMA**

#### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En la actualidad las mejoras en la finalización del embarazo ha ayudado a reducir las tasas de morbilidad materna y perinatal; pero ha incrementado las tasas de cesáreas, cuyas complicaciones generan problemas de salud, especialmente en países de altos ingresos donde hay una sobreutilización de este recurso (Dahlke & Mendez, 2013).

El manejo inadecuado de oxitocina, la pobre monitorización fetal, la ruptura artificial de membranas antes del trabajo de parto activo, el falso concepto de que una cesárea obliga a una cesárea subsecuente, poca información ofrecida a las mujeres sobre los beneficios del parto vaginal y las complicaciones implícitas de las cesáreas, constituyen las principales razones de practicar cesáreas innecesarias (Han C, 2014), que sumado al afán de lucro de los proveedores de la salud, perfila que la tendencia en aumento de esta cirugía se convierta en un problema de salud pública que debe analizarse adecuadamente.

Actualmente las indicaciones para una cesárea segmentaria continúan generando controversias, no existe un consenso absoluto acerca de cuál es la modalidad adecuada según el tipo de embarazo. La finalización del embarazo va a depender de la gravedad, de las comorbilidades asociadas y del tipo de paciente.

Las complicaciones y los riesgos de una cesárea pueden afectar la calidad de vida de la gestante en forma importante, con repercusión sistémica y fetal, que sumado al aumento de la población de pacientes que consultan a esta institución y por ser uno de los procedimientos más frecuentes que se observan en las unidades ginecológicas del país,

se fundamentan la realización de este estudio.

En el Hospital Universitario se observa un incremento significativo del número de cesáreas en los últimos años, al no existir información estadística de su prevalencia ni identificadas las causas que motivan este incremento, esta investigación permitirá en forma documentada establecer su frecuencia, las complicaciones presentadas y su relación con factores de riesgo.

## **JUSTIFICACIÓN**

En el Hospital Universitario no hay estudios actualizados en los últimos cinco años que demuestren información estadística actualizada sobre la asociación la prevalencia de cesáreas, sus indicaciones y complicaciones, mi interés es reportar esta serie de pacientes, comentar sobre su evolución postquirúrgica y paralelamente correlacionar los tratamientos implementados con los resultados clínicos.

Los altos costos que ocasiona esta cirugía, el riesgo de posibles complicaciones postoperatorias y el creciente aumento cesáreas innecesarias, ha planteado en las instituciones de salud evitar comprometer el futuro obstétrico de la madre, fomentando la utilización del parto vaginal, que representaría un ahorro substancial y una rápida reincorporación a las actividades diarias.

La tendencia en aumento de cesáreas repetidas y el temor del especialista en someter a la paciente con cesárea previa al estrés uterino de un parto vaginal, nos plantea la interrogante si las cesáreas realizadas en el Hospital Universitario tenían la indicación absoluta para su realización o estuvieron presentes otros factores no relacionados con la condición clínica de la gestante. Además los resultados del estudio determinará la prevalencia de complicaciones postoperatorias presentadas durante el periodo de estudio.

Este estudio es conveniente porque proporcionará información actualizada del comportamiento demográfico, factores de riesgo y complicaciones de la cesárea segmentaria en la población de gestantes del Hospital Universitario durante el año 2013-2014. Además es de vital importancia implementar formas de evaluación en el hospital que permitan documentar la evolución clínica postoperatoria y cuantificar los

resultados de la cirugía, de esta forma se espera que ayuden a determinar si los manejos que empleamos son adecuados y cuál obtiene los mejores resultados clínicos que permitan la toma de decisiones para reducir la incidencia de complicaciones o secuelas.

A través de una investigación descriptiva y observacional, que identifique los factores de riesgo y determine su asociación con las complicaciones presentadas, será posible disminuir la incidencia de cesáreas y promover el parto natural.

## **FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuáles son las indicaciones y complicaciones de las cesáreas segmentarias realizadas en el Hospital Universitario de Guayaquil durante el periodo 2013-2014?

## **DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA**

**Tema de investigación:** Indicaciones absolutas y relativas de cesárea segmentaria y sus complicaciones.

**Campo:** Salud pública.

**Área:** Ginecología y Obstetricia.

**Aspecto:** Cesárea segmentaria.

**Lugar:** Hospital Universitario.

**Período:** 2013-2014

## **PREGUNTAS DE LA INVESTIGACIÓN**

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de la población de estudio?
2. ¿Cuáles son las causas maternas, fetales y ovulares asociadas a la cesárea segmentaria de la población de estudio?
3. ¿Cuáles son los factores de riesgo y complicaciones de cesárea segmentaria en la población de estudio?



## **OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Determinar las indicaciones y complicaciones de la cesárea segmentaria realizadas en el Hospital Universitario durante el periodo 2013-2014, mediante la revisión de historias clínicas para disminuir la morbimortalidad materno-fetal.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Establecer las características sociodemográficas de la población de estudio.
- Determinar las causas maternas, fetales y ovulares asociadas a la cesárea
- Identificar los factores de riesgo y complicaciones de cesárea segmentaria en la población de estudio.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

A nivel mundial se llevan a cabo aproximadamente 18.5 millones de cesáreas al año, de las cuales la mitad se las considera como innecesarias y producen un costo elevado de aproximadamente 5.4 veces más de lo esperado para la atención del nacimiento (5) (Morera, 2013).

Según la **Organización Mundial de la Salud** (OMS) los nacimientos que se dan por cesárea están relacionados con un aumento de la morbilidad tanto materno como fetal, en estudios realizados en varios países latinoamericanos, arrojan como resultado que éste tipo de cirugías son útiles en casos de emergencia, pero pueden ser muy perjudicial en mujeres sanas sin una clara indicación (Organización Mundial de la Salud. , 2012). La Organización Mundial de la Salud en el año de 1985, indicó que no existía justificación para que las tasas de cesáreas se incrementarán más allá del 10% - 15%, sin importar la región de la región (Comité de Opinión, 2010).

En países Europeos como **Gran Bretaña** se reporta una tasa del 21%, en Australia 23% y en Estados Unidos del 26%. En países de Latinoamérica las cifras son aún importantes, así lo indica la OMS, en un proyecto realizado entre el 2004 -2005 en 24 ocho países, con todas las mujeres admitidas para parto en 120 instituciones seleccionadas aleatoriamente, la mediana de la tasa de partos por cesárea fue del 33% y, en hospitales privados se observaron tasas de hasta el 51% (World Health Report, 2010).

En **países Asiáticos** el aumento de las cesáreas es muy elevado así se tiene que en China existen 46.2% de nacimientos por cesárea, siendo el país con la tasa más elevada, le sigue **Sri Lanka, Vietnam y Tailandia**. Este continente también ostenta una tasa del 11,7%, de cirugías realizadas sin indicación médica, cifra mucho mayor que la de los demás estados analizados, Vietnam, registró sólo un 1% (World Health Report, 2010).

Al momento, en **Chile, Argentina, Brasil, Paraguay y México** rebasa el 50% en el Perú se reporta Hoy en día, en Lima las tasas de cesárea alcanzan cifras entre el 32,3-

37,6% (Schnapp, Sepúlveda , & Robert, 2014). En **México** el índice de cesáreas en los hospitales de segundo nivel es del 15% y del 20% en los del tercer nivel en relación con el total de nacimientos (Muñoz, Rosales , Domínguez, & Serrano , 2011).

En **Ecuador** hace diez años predominaban los partos, al momento han perdido espacio frente a las cesáreas. Estas se han incrementado casi 16 puntos desde el 2004. Según los resultados de la Ensanut en el 2012 las tasas de han elevado de un 25,8 % al 41,2 %, en cuanto a la tasa de cesáreas realizadas (Patiño , Pineda , & Polo , 2011).

## **BASES TEÓRICAS**

### **DEFINICIÓN**

La cesárea es una intervención quirúrgica que se la realiza comúnmente, utilizada para la finalización de un embarazo o parto dificultoso que a su vez ayudará a la conservación de la salud y la vida materno-fetal; cuyo objetivo es extraer el feto y sus anexos a través de una laparotomía e incisión del útero. Se debe realizar bajo indicaciones precisas sean estas de origen materno, fetales u ovulares (González Hernando , 2013).

### **TIPOS DE CESAREA.**

Ésta se va a clasificar de acuerdo a varias circunstancias tales como.

Según la magnitud del riesgo materno fetal:

1. **Absoluta:** El parto debe resolverse a través de ésta intervención, como sería una placenta previa oclusiva total, presentación fetal de tronco, cicatrices uterinas previas superior a dos, etc (Oyuela & Ricardo , 2010) (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013).
2. **Relativa** va a estar sujeta de acuerdo a diversas circunstancias clínicas, como por ejemplo: sufrimiento fetal agudo, preeclampsia severa, cicatriz de cesárea previo, etc (Oyuela & Ricardo , 2010) (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013)..

3. Según el momento de la decisión:

1. **Electiva ó programada:** durante la evolución del embarazo se ha establecido previamente una causa que va a determinar que la mejor opción del nacimiento es a través de ésta intervención (Suárez López, Campero , De la Vera , Rivera, & Hernández , 2013).
2. **De Urgencia:** es aquella que se va a llevar a cabo como consecuencia de una patología aguda y grave de la madre o el feto con riesgo vital o de mal pronóstico neurológico fetal (Suárez López, Campero , De la Vera , Rivera, & Hernández , 2013).

De acuerdo al Instituto Nacional de Excelencia Clínica (NICE) del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido, la clasifica en 4 puntos basados en el bienestar fetal (Varas , Lattus , & Aedo , 2013).

- **Categoría I.** Hay amenaza inmediata para la vida tanto de la mujer como del feto. Está intervención se la debe realizar bajo condiciones como bradicardia fetal severa, prolapso de cordón, ruptura uterina y pH fetal menor de 7.2 (Varas , Lattus , & Aedo , 2013).
- **Categoría II.** no existe una amenaza inminente para la vida. El grado de urgencia para la finalización del embarazo y de evitar un futuro deterioro de las condiciones de la madre o del feto, son por ejemplo, la existencia previa de hemorragia previa al parto, la falta en el progreso de trabajo de parto asociado a compromiso materno o fetal (Varas , Lattus , & Aedo , 2013).
- **Categoría III.** Se requiere interrumpir el embarazo a pesar de que no hay compromiso materno o fetal, ejemplo, RPM, cesárea programada con trabajo de parto (Varas , Lattus , & Aedo , 2013).
- **Categoría IV.** Cesárea electiva (Varas , Lattus , & Aedo , 2013).

## **INDICACIONES.**

### **MATERNAS**

- Cicatriz uterina previa por cirugía ginecológica.
- Más de dos cesáreas segmentarias, para evitar el riesgo de rotura uterina.
- Tumor previo.
- Cáncer cérvico – uterino.
- Plastia vaginal previa con el fin de evitar daño anatómico de los tejidos previamente reparados quirúrgicamente.
- Patologías sistémicas graves
- Herpes genital activo al momento del parto.
- Cicatriz de cesárea corporal
- Desproporción céfalo-pélvica por estrechez pelviana.
- Las mujeres portadoras de virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que están embarazadas, debe proponerse operación cesárea programada a las 38 semanas de gestación, debido a que ella reduce el riesgo de transmisión de VIH de madre a hijo
- En mujeres con terapia antirretroviral en el embarazo y carga viral menor de 1.000 copias por ml a la semana 34, se debe decidir la vía del parto en base a condición obstétrica (Hospital los Andes, 2010) (Martínez, González Moreno, Barrios Prieto , Panduro, Fajardo , & Martínez , 2013).

### **FETALES**

- Distocia de presentación, podálica, transversa, frente, compuesta
- Macrosomía fetal mayor de 4300 gramos
- Embarazo múltiple, en los cuales el primer feto no está en presentación cefálica, la misma que no debería realizarse antes de las 38 semanas de gestación debido al mayor riesgo de problemas respiratorios en los neonatos
- Anomalías fetales severas que contraindiquen el parto vaginal (Hospital los Andes, 2010) (Martínez, González Moreno, Barrios Prieto , Panduro, Fajardo , & Martínez , 2013).

## **OVULARES**

- Placenta previa oclusiva ya sea que cubra parcial o completamente el orificio cervical interno.
- Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta que es un Evento obstétrico de gran gravedad que produce hipoxia y muerte fetal, las que pueden conducir al útero de Couvelaire y alteraciones de factores de coagulación.
- Prolapso de cordón umbilical.
- Infección ovular sin expectativa de parto vaginal (Hospital los Andes, 2010) (Hospital los Andes, 2010) (Martínez, González Moreno, Barrios Prieto , Panduro, Fajardo , & Martínez , 2013)

## **MATERNO FETALES:**

- Desproporción céfalo – pelviana
- Hemorragia grave del embarazo y parto (Consenso de la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología , 2014)

<b>INDICACIONES</b>	
<b>ABSOLUTAS</b>	<b>RELATIVAS</b>
Antecedentes de neoplasias y fistulas	Antecedente perdida fetal recurrente
Desproporción cefalo-pelvica	Cáncer cervical
Cardiopatía severa	Periodo expulsivo prolongado
Miomas cervicales	Sufrimiento fetal
Presentaciones y situaciones normales	Tumores pélvicos
Feto macrosómico	Indicación de interrupción pretermino
Desprendimiento prematuro de placenta	Eclampsia
Distocias de presentación	Intervenciones previas sobre cuerpo o cuello del útero
Distocias de contracción	Trastornos hipertensivos
Cesárea corporal anterior	Primigesta precoz o de edad avanzada
Placenta previa	Embarazo gemelar

### **TECNICA QUIRURGICA.**

Paciente se la colocará en decúbito lateral izquierdo ligero el que va a permite un mejor retorno venoso. El mismo que se va a lograr desplazando el útero por compresión manual lateral o uso de cuña en región lumbar derecha que posteriormente se retirará iniciada la cirugía (Piloto & Nápoles Méndez , 2014).

### **LAPAROTOMÍA DE PFANNENSTIEL:**

Se realiza una incisión transversal de 10-12 cm de longitud por sobre el pubis. Se profundizará por planos hasta llegar a la aponeurosis la cual se va a incidir de la misma manera. Se disecciona el plano muscular sub-aponeurótico a partir de la línea media, se realiza hemostasia teniendo especial cuidado con los vasos perforantes (Piloto & Nápoles Méndez , 2014).

Se divulsiona los rectos abdominales hasta identificar el peritoneo parietal y se penetra a la cavidad peritoneal identificándose previamente el segmento uterino (Piloto & Nápoles Méndez , 2014).

### **HISTEROTOMÍA:**

La más frecuentemente incisión utilizada es la transversa baja, entre sus ventajas está una menor pérdida sanguínea y riesgo de ruptura uterina posterior. Se identifica el segmento uterino el mismo que debe ser de menor grosor y con se incide transversalmente el peritoneo visceral descendiendo previamente la vejiga (Barriga Moreno , Bautista Sánchez , & Navarro Vargas , 2012) (Hospital Ramón Sardá , 2010) (Hospital Ramón Sardá , 2010).

La incisión a nivel del útero se realizara de manera transversa y arciforme con la finalidad de evitar la vasculatura del ligamento ancho. Se procederá a seccionar el amnios se y se extraerá el feto, dependientes del tipo de presentación serán las maniobras utilizadas (Barriga Moreno , Bautista Sánchez , & Navarro Vargas , 2012) (Hospital Ramón Sardá , 2010).

La ligadura del cordón se recomienda realizarla por al menos 30 segundos posterior a la extracción fetal con el fin de optimizar hematológicamente al neonato. El alumbramiento manual no ha mostrado beneficio en comparación con el alumbramiento espontáneo. Habitualmente se administra oxitocina cuya finalidad será favorecer la retracción uterina (Barriga Moreno , Bautista Sánchez , & Navarro Vargas , 2012) (Hospital Ramón Sardá , 2010).

### **HISTERORRAFÍA:**

La técnica más recomendada es la sutura continúa en uno o dos planos o con puntos separados invaginantes. Se puede utilizar catgut crómico o vicryl # 0 o #1. El cierre del peritoneo visceral puede o no realizarse y si se lleva a cabo se utilizará, sutura corrida o con puntos separados con material reabsorbible. El peritoneo parietal se cerrará con material reabsorbible con afrontamiento muscular. La aponeurosis se cerrará con material reabsorbible vicryl # 0. Se preconiza la hemostasia en todos los tiempos.



Posteriormente se cerrará los demás planos con la técnica habitual en cirugías abdominales (Barriga Moreno , Bautista Sánchez , & Navarro Vargas , 2012) (Hospital Ramón Sardá , 2010).

### **LAPAROTOMÍA MEDIA INFRA UMBILICAL:**

Esta técnica se realizará ante una posibilidad potencial de ampliación de la laparotomía, cuando hay una cicatriz previa o ante una urgencia (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia , 2010).

### **TÉCNICA DE PELOSI:**

Incisión de piel similar a Pfannenstiel, con profundiza por planos hasta llegar a la aponeurosis. Se divulsiona los rectales para luego continuar con disección digital el restante de línea media y entrada a peritoneo. No se desplaza la vejiga hacia inferior debido a que no se disecciona el peritoneo visceral (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia , 2010) (Laguado , Jaimes , Meza , Mora , & Cáceres, 2011).

La apertura de útero será por línea media, el ampliamente lateral se hará sólo por tracción digital. Se extrae el feto, posteriormente se administrará oxitocina. Se realizará el cierre uterino con sutura continua con poliglactina en una sola capa. No se realiza cierre de peritoneo visceral ni parietal así como músculo. La aponeurosis se cerrará con poliglactina (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia , 2010) (Laguado , Jaimes , Meza , Mora , & Cáceres, 2011).

### **RIESGOS – BENEFICIOS MATERNOS.**

Los beneficios descritos a corto plazo tras la utilización de este recurso quirúrgico en comparación con el parto vaginal incluyen un menor riesgo de hemorragia posparto y de transfusión, menor número de complicaciones transquirurgicas, y una disminución de la incontinencia urinaria durante el primer año después del parto a los 2 años y 5 años no se ha evidenciado diferencias de acuerdo al tipo de parto. Los posibles beneficios de un parto planificado se atenúa por la edad materna avanzada y un IMC >30. Ambos

procedimiento cursarán con dolor postparto, dolor pélvico, la depresión post-parto, afectarán la función ano rectal, la función sexual, hay tendencia al posible prolapso de órganos pélvicos, y la mortalidad materna (IMMS, 2012) (Medina Pinto, Ortiz Gavilán, & Miño , 2011).

Los riesgos asociados a la solicitud materna de la cesárea son las mayores complicaciones posibles en embarazos posteriores tales como la rotura uterina, alteraciones placentarias como la placenta previa y acreta en alguna de sus variantes, lesiones vesicales, lesiones intestinales, y la indicación de una histerectomía. Las cicatrices uterinas someten a las mujeres a un mayor riesgo de rotura uterina en embarazos posteriores (Martínez Salazar , 2013).

## **COMPLICACIONES**

La cesárea es un procedimiento quirúrgico que tiene alta mortalidad materna y fetal a nivel mundial. A continuación se enuncian las posibles complicaciones que se pueden presentar durante el acto obstétrico (Quesnel, López Rioja, & Monzalbo Núñez, 2015) (Puma , Díaz, & Caparó, 2015):

### **COMPLICACIONES ANESTÉSICAS:**

- Hipotensión
- Cefalea pos punción dural
- Otras menos frecuentes (Bloqueo dural completo, paro cardiorrespiratorio, Síndrome de Mendelson, etc.) (Quesnel, López Rioja, & Monzalbo Núñez, 2015) (Puma , Díaz, & Caparó, 2015).

### **COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS:**

- Desgarro de la histerotomía
- Lesiones vasculares
- Lesiones en el tracto urinario
- Lesión del intestino
- Lesiones nerviosas (Quesnel, López Rioja, & Monzalbo Núñez, 2015) (Puma , Díaz, & Caparó, 2015).

### **COMPLICACIONES INFECCIOSAS:**

- Endometritis
- Infección del tracto urinario
- Infección de la herida quirúrgica
- Tromboflebitis séptica pélvica
- Otras menos frecuentes (bacteriemia, sepsis, absceso pélvico, peritonitis, fascitis necrotizante, etc.) (Quesnel, López Rioja, & Monzalbo Núñez, 2015) (Puma , Díaz, & Caparó, 2015)

### **COMPLICACIONES TROMBOEMBÓLICAS:**

- Trombosis venosa profunda
- Trombo embolismo pulmonar (Puma , Díaz, & Caparó, 2015).

## **PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN O HIPOTESIS**

Para este estudio se ha planteado las siguientes hipótesis:

- Hipótesis de investigación (Hi): La mayor parte de cesáreas segmentarias se realizan sin indicaciones absolutas y relativas
- Hipótesis nula (Ho): La mayor parte de cesáreas segmentarias se realizan con indicaciones absolutas y relativas

## **VARIABLES:**

### **VARIABLE INDEPENDIENTE:**

- Indicaciones
- Complicaciones de cesárea segmentaria.

### **VARIABLES DEPENDIENTE:**

- Factores de riesgo.
- Condiciones post- parto

## OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES	DEFINICION	INDICADORES	ESCALA VALORATIVA	FUENTE	
<b>V. Independiente</b>					
<b>Indicaciones de Cesárea segmentaria</b>	Extracción fetal a través de la incisión de la pared abdominal (laparotomía) y de la pared uterina (histerotomía)	Absolutas	Embarazo pretérmino	< 1500 g peso fetal, Ecografía	H. Clínica
			Distocia de presentación	Maniobras de leopold, Ecografía, Tacto vaginal	H. Clínica
			Macrosomía fetal	Peso mayor o igual a 4000 g Índice ponderal	H. Clínica
			Placenta previa oclusiva	Ecografía vaginal/abdominal	H. Clínica
			Sufrimiento fetal agudo	Ecografía, Monitoreo fetal, Auscultación ruidos cardíacos fetales	H. Clínica
		Relativas	Distocias de la dinámica	Frecuencia, Intensidad, Duración y Tono basal Palpación manual Tocografía externa/interna	H. Clínica
			Distocias de la progresión	Trabajo parto prolongado, Fase de latencia prolongada	H. Clínica
Enfermedades fetales	Ecografía		H. Clínica		
<b>Complicaciones de la Cesárea segmentaria</b>	Factor secundario que dificulta la recuperación inmediata y total del paciente después de realizada la cirugía	Cefalea postpunción	Dolor holocraneano pulsátil, moderada a gran intensidad Aumenta con bipedestación y maniobras Valsalva Cede al decúbito	H. Clínica	
		Hipotensión arterial	PAS <100 mmHg PAD < 60 mm Hg	H. Clínica	
		Infección de la herida quirúrgica	Elevación de reactantes de fase aguda (PCT, PCR), Leucocitos > 10.000 x mm <sup>3</sup> , secreción purulenta	H. Clínica	
		Seroma	Tumoración fluctuante de herida quirúrgica, no signos de flogosis y eliminación de secreción serosa blanquecina	H. Clínica	
		Hemorragia	Sangrado del tracto genital de 500 cc o más en las primeras 24 horas	H. Clínica	
		Lesión vesical	Hematuria macroscópica	H. Clínica	

## OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES	DEFINICION	INDICADORES	ESCALA VALORATIVA	FUENTE
<b>V. Dependiente</b>	Cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo, que aumente su probabilidad de desarrollar una evolución desfavorable de una enfermedad	Edad	< 16 años 17-19 años 20-35 años > 35 años	H. Clínica
<b>Factores de riesgo</b>		Comorbilidades	DM, HTA, obesidad, inmunosupresión, desnutrición, LES, enfermedades tiroideas	H. Clínica
		Parto pretérmino		H. Clínica
		RPM > 6 horas	Test Nitrazina, arborización de líquido amniótico, ecografía	H. Clínica
		Tiempo quirúrgico	< 1 hora 1-2 horas > 2 horas	H. Clínica

## **CAPÍTULO III**

### **MATERIALES Y MÉTODOS**

#### **DISEÑO METODOLÓGICO**

El estudio es de tipo descriptivo retrospectivo de enfoque cuantitativo de diseño no experimental y transversal siguiendo un método observacional y correlacional.

#### **LOCALIZACIÓN**

El estudio se llevara a cabo en el Hospital Universitario de Guayaquil, el cual se encuentra ubicado en la Ciudad de Guayaquil, Provincia del Guayas, Vía Perimetral Km 23.5.

#### **CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO**

Este anteproyecto tiene como zona de estudio al Hospital Universitario de Guayaquil, el cual está ubicado en la República del Ecuador, Provincia de Guayas, Cantón Guayaquil, Vía Perimetral Km 23.5.

El complejo hospitalario tiene una extensión de 12 hectáreas y consta de 11 edificaciones, de las cuales 4 se encuentran terminadas y en funcionamiento. Dispone de 120 camas y servicios de consulta externa, cuidados intensivos de adultos y pediátricos, neonatología, 5 quirófanos, laparoscopia, laboratorio clínico, imagenología, tomógrafo, ecografía, densitometría ósea, mamografía, anatomía patológica y optometría (Ministerio de Salud Pública, 2013).

Su misión es ofertar servicios de atención integral de salud a la comunidad universitaria, a sus familiares y a la población en general, con calidez, calidad técnica, científica, humana y competitiva, bajo principios de efectividad, equidad y solidaridad. Tiene como visión ser una institución de atención integral de salud, docencia en servicio, educación continua e investigación científica permanente en las ciencias de la salud; con miras a constituirse en un modelo de gestión nacional e internacional. En pleno funcionamiento contribuirá a mejorar las condiciones de salud y vida de los

ecuatorianos y fortalecerá el desarrollo académico de la Universidad de Guayaquil (Ministerio de Salud Pública, 2013).

El Hospital Universitario de Guayaquil otorga servicios médicos de alta calidad a través del desarrollo de nuestro talento humano. Impulsando la Investigación científica y el desarrollo tecnológico dentro de las políticas de Mejoramiento continuo (Ministerio de Salud Pública, 2013)

En el mes de Abril del 2005, se inaugura la primera fase de atención con los servicios de Consulta Externa en la Unidad Gineco Obstétrica Perinatólogica, atendiendo en esta fase únicamente a los servidores universitarios y sus familiares. En Julio del mismo año se realiza la inauguración de los servicios para toda la comunidad. En Enero del 2006, se procede a la transformación de la Unidad Gineco Obstétrica Perinatólogica, en Hospital general. En esta nueva etapa se aperturan nuevos servicios en Consulta Externa, atención extendida e inicia la planificación para la apertura de hospitalización general. El 17 de mayo de 2013 se dio el traspaso, de la Universidad de Guayaquil al Ministerio de Salud Pública, de la administración del Hospital Universitario

## **PERIODO DE INVESTIGACIÓN**

El presente trabajo de investigación comprende desde el año 2013 -2014

## **UNIVERSO Y MUESTRA**

### **UNIVERSO**

Todas las pacientes embarazadas ingresados en el Hospital Universitario de la ciudad de Guayaquil, que se les realizó cesárea segmentaria en el periodo del 1 de enero del 2013 hasta el 31 de diciembre del 2014.

### **MUESTRA**

En el hospital Universitario de Guayaquil entre los años 2013- 2014 se presentaron 390 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión de la investigación y que se les realizó cesárea segmentaria en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario durante el periodo de estudio, excluyendo del total de universo a pacientes no gestantes al estudio así como a pacientes que tuvieron parto eutócico.



## **VIABILIDAD**

Este trabajo de titulación es un estudio viable porque tiene la aprobación del departamento de Docencia e Investigación del Hospital Universitario, que permitirá el acceso a las historias clínicas. Cuenta con el área de Ginecología y Obstetricia, donde son ingresados diariamente pacientes embarazadas que son sometidas a cesárea segmentaria.

Del mismo modo, se cuenta con el personal de salud (residentes, postgradistas, enfermeras e internos), equipos, tratamientos y materiales necesarios para dicha investigación. Además laboro en la institución en calidad de Interna de medicina. Es de interés de la institución que existan datos estadísticos que demuestren la prevalencia de complicaciones de la cesárea segmentaria y sus factores de riesgo asociados. Además se cuenta con el apoyo de los representantes de la Universidad de Guayaquil y existen las correspondientes autorizaciones para su ejecución.

## **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Se incluirá en el estudio a gestantes a las que se le realizo cesárea segmentaria en el Hospital Universitario de Guayaquil en el periodo del 1 de enero del 2013 hasta el 31 de diciembre del 2014.

## **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

Se excluirá en el estudio a gestantes a las que se le realizo cesárea segmentaria en el hospital Universitario de Guayaquil fuera del periodo establecido así como a pacientes que tuvieron parto eutócico.

## **TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Retrospectivo, Observacional, Descriptivo

## **DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

No experimental y transversal

## **TECNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

La obtención de los datos se realizará mediante la revisión de fichas clínicas de la unidad de Gineco-obstetricia y de los archivos del Servicio de estadística del Hospital Universitario, donde están descritos los antecedentes clínicos, antecedentes obstétricos clasificación del trastorno hipertensivo, diagnóstico, evolución y tratamiento realizado. Se elaborará una hoja de recolección de datos en Excel, la cual se realizará a todos los pacientes del estudio y a sus familiares en el momento de ingreso a la unidad hospitalaria.

## **ANÁLISIS DE DATOS**

Se realizará en hojas de cálculo del programa de Microsoft Excel, donde todos los datos se expresaran como frecuencia absoluta y porcentaje. Posteriormente la información será ingresada en el programa estadístico IBM SPSS 19.0. Se utilizará estadística descriptiva y pruebas no paramétricas para el análisis de los datos.

Para la descripción de las variables se emplearan frecuencias simples, porcentajes, promedios, desviación estándar e intervalos de confianza al 95%. Para la determinar la relación entre variables cualitativas se empleará la prueba de Chi cuadrado considerándose significativos valores de  $P < 0.05$ . Se utilizará Odd Ratio y riesgo relativo para establecer los factores protectores y de riesgo de esta enfermedad. La información será presentada en forma de tablas y gráficos para una mejor comprensión, de acuerdo a las variables de estudio.

## **RECURSOS HUMANOS Y FÍSICOS EMPLEADOS**

### **RECURSOS HUMANOS**

- Interno de Medicina
- Tutor de Tesis
- Personal del departamento estadístico del Hospital Universitario de Guayaquil
- Pacientes.

## **RECURSOS FÍSICOS**

- Hospital Universitario de Guayaquil
- Datos estadísticos de la Entidad de salud
- Bolígrafos
- Laptops
- Impresoras
- Papel bond
- Escáneres
- Cuadernos.
- Hojas de ingreso.

## CAPITULO IV

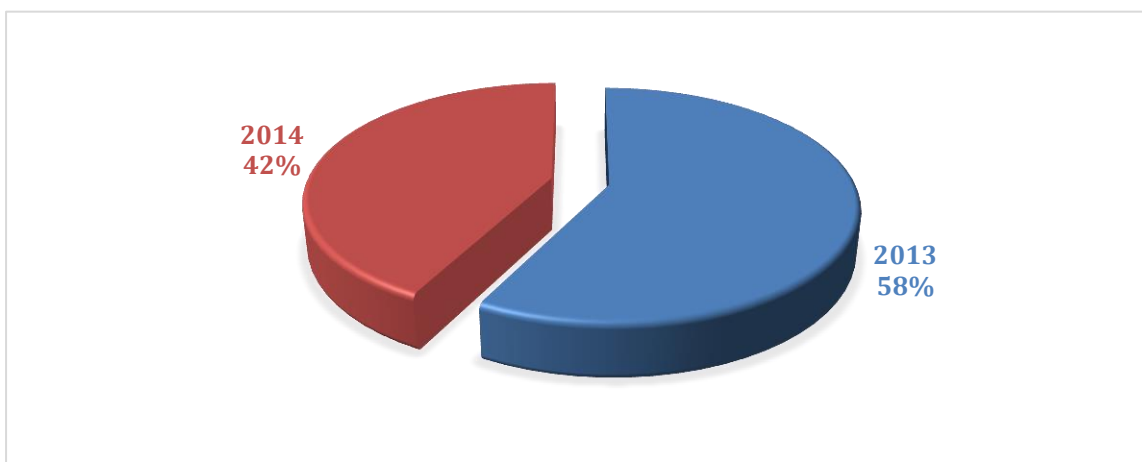
### ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

#### ANALISIS DE LA INFORMACION.

El presente estudio está diseñado en base a los consolidados clínicos y datos estadísticos que reposan en la base de datos de estadística del Hospital Universitario de Guayaquil y se tomarán en cuenta las variables y los criterios antes señalados y de la misma manera serán tabulados en Excel durante el periodo de estudio 2013 – 2014.

#### GRAFICO 1

**UNIVERSO DE PACIENTES QUE FUERON REGISTRADAS E INTERVENIDAS POR CESAREA SEGMENTARIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL DURANTE EL PERIODO 2013 – 2014.**



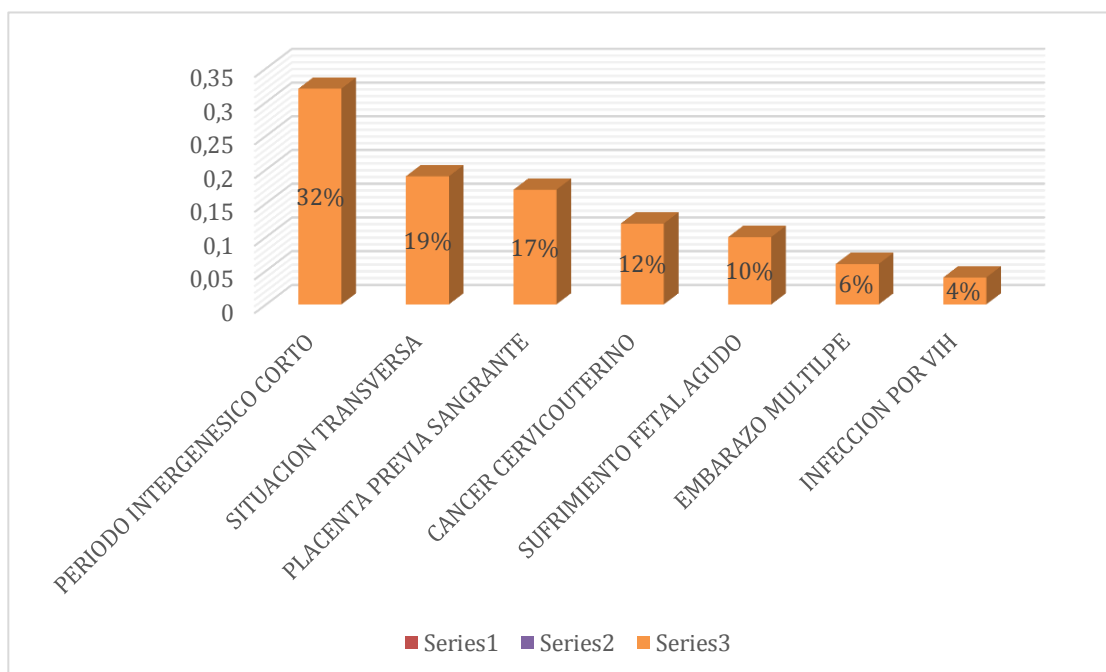
**Fuente:** Estadísticas del Hospital Universitario.

2013	225
2014	165
<b>TOTAL</b>	<b>390</b>

Se muestra el universo de pacientes que fueron registradas por el Hospital y que fueron intervenidas por cesárea segmentaria dentro del periodo de estudio, y tenemos un total de 390 pacientes

## GRAFICO 2

LUEGO DE REVISAR LOS DATOS ESTADISTICOS DETALLAMOS EN EL SIGUIENTE CUADRO REPRESENTATIVO LAS INDICACIONES ABSOLUTAS PARA CESAREA QUE PRESENTARON LAS PACIENTES EN ESTUDIO, Y NO TUVIERON OTRO RECURSO QUE PRACTICAR CESAREA

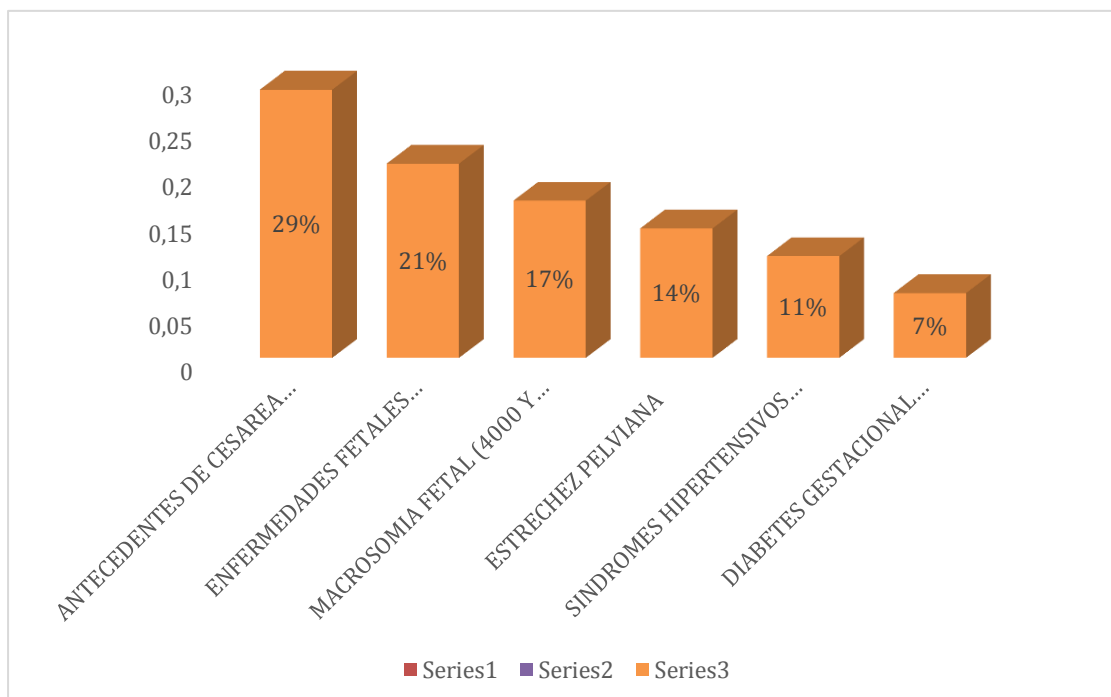


**Fuente:** Estadísticas del Hospital Universitario.

Confirmamos que entre las indicaciones absoluta para cesárea segmentaria que presentaron las pacientes de estudio, predominan las cesáreas anteriores con un periodo intergenesico corto (32%), seguido de la posición fetal transversa(19%), luego los casos de placenta previa sangrante(17%), ruptura uterina que generalmente se dieron por el corto periodo intergenesico(12%), luego están los casos de sufrimiento fetal agudo con presencia de bradicardia fetal  $>100Lx$ , luego el cáncer cervicouterino con el 6%, y finalmente las pctes con infección por VIH (4%).

### GRAFICO 3

DETALLAMOS EN EL SIGUIENTE CUADRO REPRESENTATIVO LAS INDICACIONES RELATIVAS PARA CESAREA QUE PRESENTARON LAS PACIENTES EN ESTUDIO, Y QUE PUDIERON DAR EL NACIMIENTO VIA ELECTIVA.

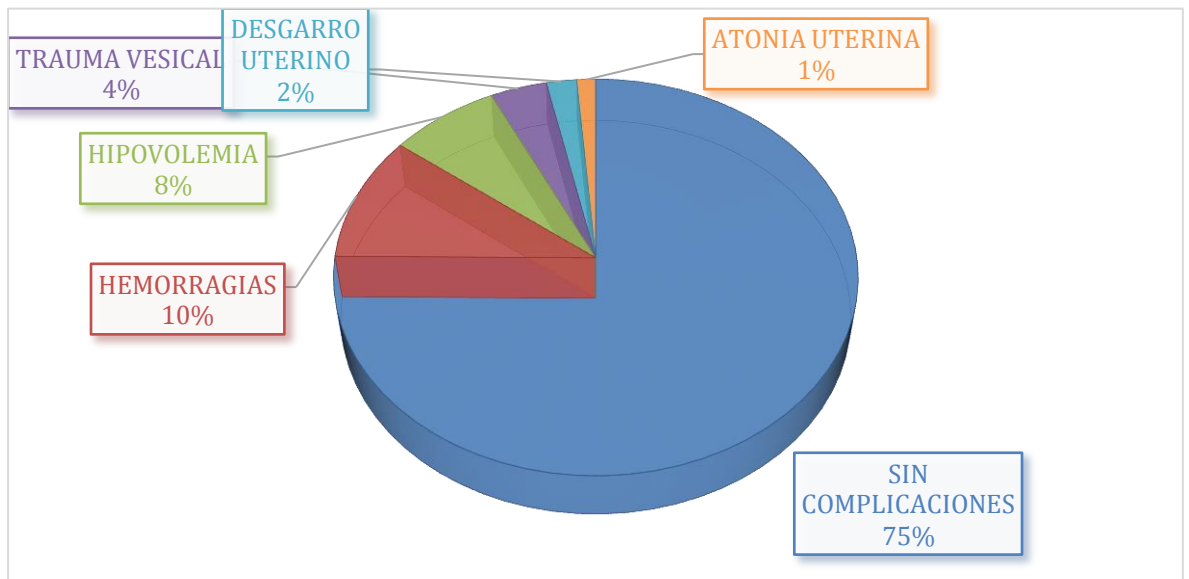


**Fuente:** Estadísticas del Hospital Universitario.

Confirmamos que las pacientes que se sometieron a cesárea segmentaria con indicaciones relativas en primer lugar tenemos los antecedentes de largo tiempo con 29% de los casos, seguido de las enfermedades fetales (malformaciones) con un 21%, luego la Macrosomía fetal 4000 y 4500gramos, con un 17%, luego tenemos los casos de estrechez pélvica (14%), seguido de los síndromes hipertensivos (11%), y finalmente diabetes gestacional con un 7% de los casos en estudio.

#### GRAFICO 4

EN ESTE ESQUEMA DETALLAREMOS LAS COMPLICACIONES QUE EXPERIMENTARON LAS PACIENTES CON CESAREA SEGMENTARIA DENTRO DEL CAMPO Y PERIODO DE



Columna1	Columna2
SIN COMPLICACIONES	293
HEMORRAGIAS	40
HIPOVOLEMIA	29
TRAUMA VESICAL	15
DESGARRO UTERINO	8
ATONIA UTERINA	5
TOTAL	390

**Fuente:** Estadísticas del Hospital Universitario.

Confirmamos que de 390 pacientes en estudio, 293 NO presentaron complicaciones, mientras q la complicación más frecuente fue las hemorragias con un total de 40 pacientes (10%) y el mínimo fue atonía uterina con 5 pacientes equivalente al 1%.

## **CAPITULO V.**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **CONCLUSIONES**

Después de culminar con el trabajo de investigación y guiados con Excel, llegamos a la conclusión de que se registraron en el hospital 390 casos de cesáreas segmentaria de los cuales el mayor índice para **las indicaciones absolutas para cesárea** fueron las cesáreas anteriores con un 32% y en casos mínimos fueron cesárea por infección por VIH con un 4%.

Y entre las indicaciones relativas para cesárea segmentaria con mayor frecuencia tenemos los antecedentes de cesárea de largo tiempo.

Como complicaciones tenemos que el 40% de estos pacientes presentaron como complicaciones hemorragias.

#### **RECOMENDACIONES**

- Plantear un plan educacional dirigido a las mujeres en etapa de gestación sobre la importancia de una cesárea en los momentos absolutos y relativos.
- Fomentar con conocimiento sobre el tema a las pacientes que cuentan con algunos factores que ameriten la cesárea segmentaria.
- Reforzar a la sociedad en general sobre la importancia de la cesárea segmentaria especialmente en casos de riesgo-beneficio



## **CAPITULO VI.**

### **PROPUESTA**

- Fomentar la información sobre las indicaciones absolutas y relativas de cesárea segmentaria.
- Reforzar la importancia de los controles prenatales con la finalidad de pronosticar con tiempo la posibilidad de una cesárea segmentaria.
- Implementar medios de asesoría sobre la importancia de cesárea segmentaria en los casos altamente absolutos.
- Informar a las mujeres en estado de gestación sobre el peligro del periodo intergenesico corto y las diferentes complicaciones.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Constantine , C., & Saade , G. (2012). The first cesarean: role of "Fetal Distress" diagnosis . *Semin Perinatol* , 36: 379-383.
2. González Hernando , I. (2013). La Cesárea. *Revista Digital de Iconografía Medieval* , 10: 1-15.
3. Oyuela , G. J., & Ricardo , J. (2010). Psicoprofilaxis e índice de cesáreas. *Revista Medica del Instituto Mexicano de Seguridad Social Práctica Clínico - Quirúrgica* , 48(4) : 439-442.
4. Organización Mundial de la Salud . (2013). Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. *Organizacion Mundial de la SALud* .
5. Dahlke , J., & Mendez, H. (2013). Evidence - Based surgery for cesarean delivery. *Am J. Obstet Gynecol* .
6. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2013). Evolución de la Tasa de Cesáreas en Hospitales Generales SNS años 2001- 2011. *Serie de Informes Breves CMBD* .
7. Suárez López, L., Campero , L., De la Vera , E., Rivera, L., & Hernández , M. (2013). Características sociodemográficas y reproductivas asociadas con el aumento de cesáreas en Mexico. *Salud Pública de México* , 55(2): S225-S234.
8. Varas , J., Lattus , J., & Aedo , S. (2013). Operación cesárea: Protocolo de indicación . *Revista de Obtetricia y Ginecología Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brouuse* , 8(1): 43-48.
9. Patiño , D., Pineda , A., & Polo , D. (Junio de 2011). Tesis previa a la obtención del Título de Médico. Estudio descriptivo de prevalencia y correlación clínico - quirúrgico de cesáreas en el Hospital José Carrasco Arteaga año 2010 . Cuenca , Azuay, Ecuador : Universidad de Cuenca .

10. Schnapp, C., Sepúlveda , E., & Robert, J. A. (2014). Operación Cesárea . Revista Medico Clínica Condes , 25(6): 987-992.
11. Hospital los Andes. (2010). Indicación de Resolución del Parto vaginal Vía Cesárea . Servicio de Gineco-Obstetricia .
12. Martínez, D., González Moreno, J., Barrios Prieto , E., Panduro, G., Fajardo , S., & Martínez , D. (2013). Cesárea . Revista Médica MD , 4(4) : 251-261.
13. Consenso de la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología . (2014). Racionalización del uso de la cesárea en Colombia. Consenso de la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología (FECOLSOG) y la Federación de Perinatología (FECOPEN). Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología , 65(2): 139-151.
14. Piloto , M., & Nápoles Méndez , D. (2014). Consideraciones sobre el índice de cesárea primitiva . Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia , 40(1): 35-47.
15. Barriga Moreno , A. P., Bautista Sánchez , J., & Navarro Vargas , J. R. (2012). Indicación de cesárea en el Instituto Materno Infantil (IMI). Revista de la Facultad de Medicina , 60(2): 11-115.
16. Hospital Ramón Sardá . (2010). Guía de Práctica Clínica: Diabetes y embarazo . Hospital Ramón Sardá .
17. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia . (2010). Parto vaginal tras cesárea. ProSego - Protocolos Asistenciales en Obstetricia , 1-11.
18. Muñoz, J., Rosales , E., Domínguez, G., & Serrano , C. (2011). Operación cesárea: ¿Indicación, justificación o preocupación justificada? Revista de Ginecología y Obstetricia de Mexico , 739(2): 67-74.
19. Laguado , N., Jaimes , A., Meza , J., Mora , M., & Cáceres, Y. (2011). Factores Maternos y fetales que inducen a un parto por cesárea. Revista Ciencia y Cuidado , 8(1): 55-60.

20. IMMS. (2012). Elevada recurrencia a las cesáreas: revertir la tendencia y mejorar la calidad en el parto . Encuesta Nacional de Salud y Nutrición , 1-4.
21. Medina Pinto, S., Ortiz Gavilán, A. V., & Miño , C. (2011). Incidencia e Indicaciones de Cesáreas. Revista de Postgrado de la Vía Cátedra de Medicina , 207: 12-15.
22. Martínez Salazar , G. (2013). Criterios para el Manejo de Cesárea de Urgencia . Revista Mexicana de Anestesiología , 36(1): S159-S162.
23. Morera, M. (2013). Variabilidad en la Tasa de Cesáreas entre hospitales públicos de Costa Rica . Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología , 78(2): 119-125.
24. Quesnel, C., López Rioja, M. D., & Monzalbo Núñez, D. (2015). Parto después de Cesárea ¿una opción segura? Revista Mexicana de Ginecología y Obstetricia , 83: 69-87.
25. Puma , J., Díaz, J., & Caparó, C. (2015). Complicaciones maternas de la cesárea en gestantes a término en periodo expulsivo en un hospital general de Lima - Perú. Revista Medica Hered , 26: 17-23.
26. Alcaldía de Guayaquil. (11 de Jan de 2012). Geografía de Guayaquil. Recuperado el 2 de Nov de 2015, de <http://www.guayaquil.gov.ec/guayaquil/la-ciudad/geografia>
27. Ministerio de Salud Pública. (Apr de 3 de 2013). Recuperado el 5 de Jan de 2016, de Hospital Universitario de Guayaquil: <http://www.salud.gob.ec/tag/hospital-universitario-guayaquil/>
28. Han C, J. X. (2014). Application of dexmedetomidine combined with ropivacaine in the cesarean section under epidural anesthesia. Zhonghua Yi Xue Za Zhi , 94 (44), 3501-5.
29. Organización Mundial de la Salud. . (2012). Seguimiento de los servicios obstétricos de urgencia: Manual.
30. World Health Report. (2010). Background Paper, No 30. The Global Numbers and Costs of Additionally Needed and Unnecessary Caesarean Sections Performed per

Year: Overuse as a Barrier to Universal Coverage. . Available:  
<http://www.who.int/healthsystems/topic>.

31. Comité de Opinión. (2010). Antimicrobial Prophylaxis fro Cesarean Delivery:  
Timing of Administration . *Obstet Gynecolo* , 116 (3), 791-793.

## ANEXOS

### INDICACIONES

1. *Absolutas*: no existe otro recurso que practicar cesárea
2. *Relativas*: se indica porque ofrece mejores ventajas, aunque se puede atender por vía vaginal
3. *Electivas*: médico la escoge por ser el método más conveniente para la madre o porque la paciente lo solicite.

**Clasificación**

**INDICACION DE CESAREA**

Vanessa Benitez Chávez

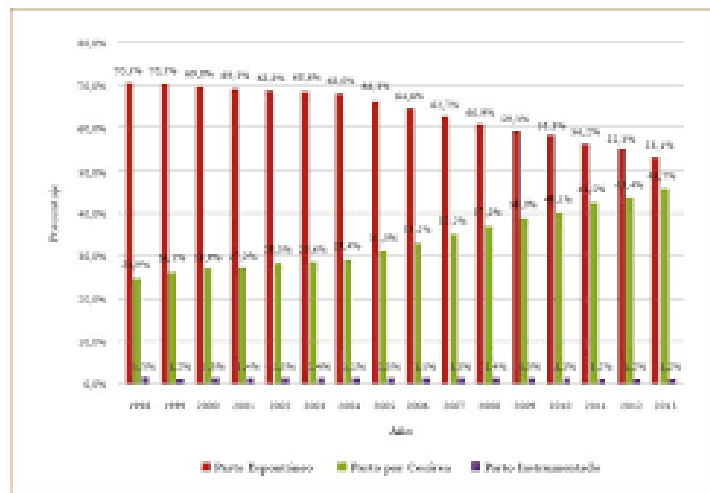
Centro Interdisciplinario en Ciencias de la Salud

IPN

Indicaciones de Cesárea:

- Tiempo: Electiva, Urgente
- Indicación: Absolutas, Relativas
- Origen: Rotacional, Facial, Múltiple
- Tipo operario: a) Electiva, b) Segmentaria, c) Transversaria, d) Longitudinal
- Antecedentes obstétricos: Repetida, Perforada, Electiva

Figura 1. Preparación del tipo de nacimiento en Colombia, 1995-2011



Fuente: DANE - Estadísticas Vitales (7).