UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE MEDICINA

TESIS

PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS EN PARTOS POR CESÁREA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL

ESTUDIO A REALIZAR EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL

PERIODO 2013 - 2015

PREVIO A LA OBTENCION DEL TITULO DE MEDICO

AUTORES:

JOSÉ MIGUEL ÁVILA PACHECO

JHON ARTURO NAVARRETE MARTÍNEZ

TUTOR:

DRA. ELIANA ROBLES GRANDA

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	**PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS EN PARTOS POR CESÁREA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL**		
	Estudio a realizar en el Hospital universitario de Guayaquil periodo 2013 - 2015		
AUTORES:	**Sr. Ávila Pacheco José, Sr. Navarrete Martínez Arturo**		
REVISOR:	**Dra. Eliana Robles**		
INSTITUCIÓN:	**Universidad Estatal de Guayaquil**		
UNIDAD/FACULTAD:	**Ciencias médicas**		
MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:	**Medicina**		
GRADO OBTENIDO:	**Médico**		
FECHA DE PUBLICACIÓN:		**No. Páginas:**	**56**
ÁREAS TEMÁTICAS:	**Salud Pública, Ginecología**		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	**Embarazo, parto vaginal, cesárea, partograma**		

RESUMEN/ABSTRACT: Introducción: se conoce que la terminación fisiológica del embarazo es por vía vaginal, ya que esta ofrece diversos beneficios sobre el feto. La OMS ha establecido que el porcentaje de partos por cesárea debe ser entre el 10 al 15%, pero en la actualidad este porcentaje es mayor llegando a cifras del 30% o incluso mayores. Es por esto que se decidió estudiar la prevalencia de partos por cesárea en el Hospital Universitario de Guayaquil para conocer si el mismo cumple con lo que dictamina la OMS.

Materiales y métodos: se obtuvo información de las historias clínicas y partogramas de paciente con embarazos que culminaron en parto vaginal, así como parto por cesárea.

Resultados: El porcentaje de cesáreas en el Hospital universitario de Guayaquil supera

en un 33% el recomendado por la OMS

Palabras clave: Embarazo, parto vaginal, cesárea, partograma

ADJUNTO PDF:	**SI**	**NO**
CONTACTO CON AUTORES:	**Teléfono: 0984884486, 0984610409**	E-mail: jorsef1@gmail.com , anavarrete009@gmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	**Nombre: Universidad estatal de Guayaquil**	
	Teléfono:042 284505	
	E-mail:	

Universidad de Guayaquil

FACULTAD CIENCIAS MEDICAS

ESCUELA/CARRERA MEDICINA

UNIDAD DE TITULACIÓN

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR REVISOR

Habiendo sido nombrado **INGRID ESMERALDA GURUMENDI ESPAÑA**, tutor del trabajo de titulación "**PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS EN PARTOS POR CESÁREA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL"** certifico que el presente trabajo de titulación, elaborado por **JHON ARTURO NAVARRETE MARTÍNEZ** portador de la Cédula de Identidad **0924619174** y **JOSÉ MIGUEL ÁVILA PACHECO** portador de la Cédula de Identidad **0922856539,** con mi respectiva supervisión como requerimiento parcial para la obtención del título de médico , en la Carrera de medicina, Facultad de ciencias médicas, ha sido **REVISADO Y APROBADO** en todas sus partes, encontrándose apto para su sustentación.

INGRID ESMERALDA GURUMENDI ESPAÑA
DOCENTE TUTOR REVISOR

C.I. No. 0920459237

UNIDAD DE TITULACIÓN

LICENCIA GRATUITA INTRANSFERIBLE Y NO EXCLUSIVA PARA EL USO NO COMERCIAL DE LA OBRA CON FINES NO ACADÉMICOS

Nosotros **Jhon Arturo Navarrete Martínez** portador de la Cédula de Identidad **0924619174** y **José Miguel Ávila Pacheco** portador de la Cédula de Identidad **0922856539**, certifico que los contenidos desarrollados en este trabajo de titulación, cuyo título es **"PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS EN PARTOS POR CESÁREA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL"** son de mi absoluta propiedad y responsabilidad Y SEGÚN EL Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN*, autorizo el uso de una licencia gratuita intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la presente obra con fines no académicos, en favor de la Universidad de Guayaquil, para que haga uso del mismo, como fuera pertinente

Jhon Arturo Navarrete Martínez
C.I. 0924619174

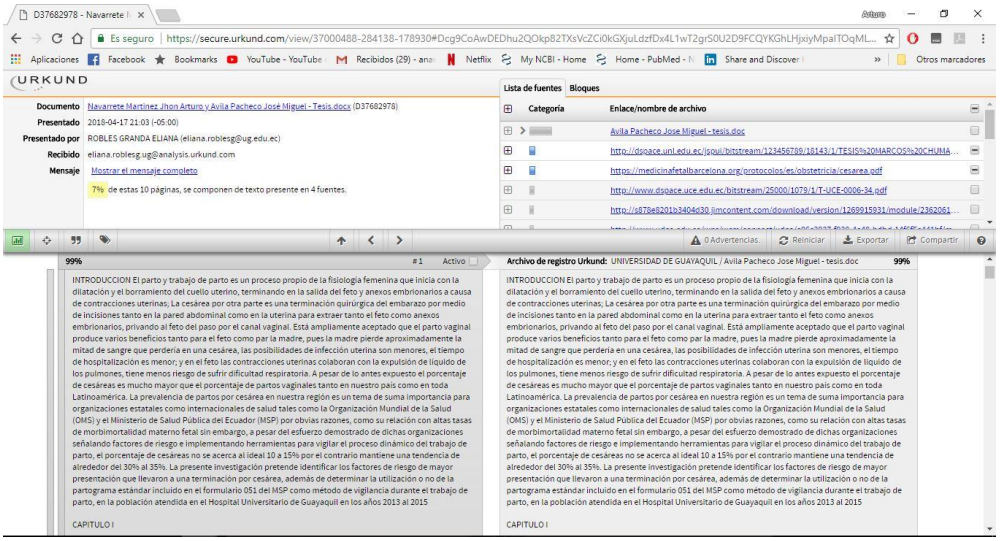
José Miguel Ávila Pacheco
C.I. 0922856539

*CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN (Registro Oficial n. 899 - Dic./2016) Artículo 114.- De los titulares de derechos de obras creadas en las instituciones de educación superior y centros educativos.- En el caso de las obras creadas en centros educativos, universidades, escuelas politécnicas, institutos superiores técnicos, tecnológicos, pedagógicos, de artes y los conservatorios superiores, e institutos públicos de investigación como resultado de su actividad académica o de investigación tales como trabajos de titulación, proyectos de investigación o innovación, artículos académicos, u otros análogos, sin perjuicio de que pueda existir relación de dependencia, la titularidad de los derechos patrimoniales corresponderá a los autores. Sin embargo, el establecimiento tendrá una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra con fines académicos.

FACULTAD CIENCIAS MEDICAS
ESCUELA/CARRERA MEDICINA
UNIDAD DE TITULACIÓN

CERTIFICADO PORCENTAJE DE SIMILITUD

Habiendo sido nombrado **ELIANA ROBLES GRANDA**, tutor del trabajo de titulación certifico que el presente trabajo de titulación ha sido elaborado por **JHON ARTURO NAVARRETE MARTÍNEZ** portador de la Cédula de Identidad **0924619174** y **JOSÉ MIGUEL ÁVILA PACHECO** portador de la Cédula de Identidad **0922856539,** con mi respectiva supervisión como requerimiento parcial para la obtención del título de **MÉDICO**.
Se informa que el trabajo de titulación: "**PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS EN PARTOS POR CESÁREA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL",** ha sido orientado durante todo el periodo de ejecución en el programa antiplagio URKUND quedando el 7 % de coincidencia.



https://secure.urkund.com/view/37000488-284138-178930#q1bKLVayijY0M9UxNLMAYksdQ3OTWB2l4sz0vMy0zOTEvORUJSsDPQMzC2NLcwsjI0szc0NTE0uzWgA=

DRA. ELIANA ROBLES GRANDA
DOCENTE TUTOR
C.I. 0909401911

Universidad de Guayaquil

FACULTAD CIENCIAS MEDICAS
ESCUELA/CARRERA MEDICINA
UNIDAD DE TITULACIÓN

DR. CECIL FLORES BALSECA
DIRECTOR DE LA ESCUELA DE MEDICINA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
Ciudad. -

De mis consideraciones:

Envío a Ud. el Informe correspondiente a la tutoría realizada al Trabajo de Titulación "**PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS EN PARTOS POR CESÁREA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL"** de los estudiantes **JHON ARTURO NAVARRETE MARTÍNEZ** y **JOSÉ MIGUEL ÁVILA PACHECO**, indicando que han cumplido con todos los parámetros establecidos en la normativa vigente:

El trabajo es el resultado de una investigación.
El estudiante demuestra conocimiento profesional integral.
El trabajo presenta una propuesta en el área de conocimiento.
El nivel de argumentación es coherente con el campo de conocimiento.

Adicionalmente, se adjunta el certificado de porcentaje de similitud y la valoración del trabajo de titulación con la respectiva calificación.

Dando por concluida esta tutoría de trabajo de titulación, **CERTIFICO**, para los fines pertinentes, que los estudiantes están aptos para continuar con el proceso de revisión final.

Atentamente,

DRA. ELIANA ROBLES GRANDA
TUTOR DE TRABAJO DE TITULACIÓN

C.I. 0909401911

DEDICATORIA

Queremos dedicar este trabajo a Beatriz Pacheco y Lourdes Martínez, nuestras madres sin las cuales no tendríamos pilares para apoyarnos, y son quienes día a día nos impulsan a conseguir nuestras metas profesionales y personales con ahínco, amor, devoción y fe. Sus ejemplos de virtud, paciencia y trabajo duro viven siempre en nuestras memorias como guías en nuestras vidas.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos profundamente a nuestra tutora Dra. Eliana Robles por su paciencia y dedicación en este proceso de realización de tesis, que sin importar fecha y hora estuvo dispuesta a prestarnos su ayuda para alcanzar nuestras metas. No hubiésemos podido pedir mejor tutora

CONTENIDO

INDICE DE TABLAS XII
Indice de ilustraciones XIII
INTRODUCCION 1
CAPITULO I 3
EL PROBLEMA 3
Planteamiento del problema 3
Formulación del problema 3
Objetivo general. 3
Objetivos específicos. 4
Justificación 4
Variables 5
Operacionalización de las variables 5
HIPÓTESIS 7
CAPITULO II 8
MARCO TEÓRICO 8
GENERALIDADES. 8
ANTECEDENTES. 8
DEFINICIONES. 10
EL PARTOGRAMA 13
Llenado del Partograma. 15
Fisiología del trabajo de parto. 17
Frecuencia cardiaca fetal (FCF). 18
Actividad uterina 18
Dilatación cervical. 18
Planos de Hodge. 19
La Curva Real. 19
La Curva de Alerta 20
Ruptura de membranas. 20
Cesárea 22
Criterios para realización de cesárea. 22
Medidas pre-operatorias. 23
Apertura de la pared. 23
Incisión uterina. 23
Extracción del feto y placenta. 24
Cierre del útero y la pared abdominal 24
FACTORES DE RIESGO 25
CAPITULO III 26
MATERIALES Y MÉTODOS 26
Metodología a emplearse 26

ZONA DE TRABAJO 26
UNIVERSO Y MUESTRA 26
Universo 26
Muestra 27
Tipo de muestreo 27
Criterios de inclusión 27
Fuente de información 28
CAPITULO IV 29
RESULTADOS Y DISCUSIÓN 29
CAPITULO V 34
CONCLUSIONES 35
CAPITULO VI 36
RECOMENDACIONES 36
BIBLIOGRAFÍA 37
ANEXOS 39

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Operacionalización de variables 5
Tabla 2:Planos de Hodge 19
Tabla 3: Universo, periodo 2013 – 2015 29
Tabla 4: Muestra, periodo 2013 – 2015 29
Tabla 5: Factores de riesgo en embarazo a término 31
Tabla 6:Factores infecciosos en embarazos a termino 32
Tabla 7: Factores de riesgo en partos por cesárea.....33
Tabla 8: Partogramas en pacientes con cesáreas realizadas 34

INDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1: 540 cesáreas representan el 48%, 587 partos vaginales el 52%.....30
Ilustración 2: Porcentaje de presentación de factores de riesgo en embarazos a término 31
Ilustración 3: factores infecciosos en embarazos a término.....32
Ilustración 4: Porcentaje de presentación de factores de riesgo en partos por cesárea 33
Ilustración 5: Porcentaje de cesáreas con partogramas realizados.....34

Universidad de Guayaquil

FACULTAD CIENCIAS MEDICAS
ESCUELA/CARRERA MEDICINA
UNIDAD DE TITULACIÓN

"PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS EN PARTOS POR CESÁREA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL"

Autores: José Ávila Pacheco,
Arturo Navarrete Martínez
Tutor: Dra. Eliana Robles

RESUMEN

Se conoce que la terminación fisiológica del embarazo es por vía vaginal, ya que esta ofrece diversos beneficios sobre el feto. La OMS ha establecido que el porcentaje de partos por cesárea debe ser entre el 10 al 15%, pero en la actualidad este porcentaje es mayor llegando a cifras del 30% o incluso mayores. Es por esto que se decidió estudiar la prevalencia de partos por cesárea en el Hospital Universitario de Guayaquil para conocer si el mismo cumple con lo que dictamina la OMS. Se obtuvo información de las historias clínicas y partogramas de paciente con embarazos que culminaron en parto vaginal, así como parto por cesárea. El porcentaje de cesáreas en el Hospital universitario de Guayaquil supera en un 33% el recomendado por la OMS y el 30% de nacimientos por cesárea no tenía partograma realizado

Palabras clave: Embarazo, parto vaginal, cesárea, partograma

Universidad de Guayaquil

FACULTAD CIENCIAS MEDICAS
ESCUELA/CARRERA MEDICINA
UNIDAD DE TITULACIÓN

"PREVALENCE AND RISK FACTORS ASSOCIATED IN CESAREAN BIRTHS AT THE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUAYAQUIL"
"

Authors: José Ávila Pacheco,
Arturo Navarrete Martínez
Advisor: Dra. Eliana Robles

ABSTRACT

It is known that the physiological termination of pregnancy is by vaginal delivery because this offers numerous benefits to the fetus. The WHO has established that the percentage of cesarean births must be between 10% to 15%, but in the actual time this has risen to 30% ore even more. This is why it was decided to study the prevalency of cesarean births in the Hospital Universitario de Guayaquil to know if it accomplishes what the WHO has established. Information was obtained from clinical charts and partographs from patients whose pregnancies ended by vaginal delivery as well as cesarean delivery. The percentage of cesarean births at the Hospital universitario de Guayaquil exceed in 33% the recomended by the WHO, and 30% of cesarean deliveries did not had a partograph realized

Keywords: Pregnancy, vaginal delivery, cesarean delivery, partograph

INTRODUCCION

El parto y trabajo de parto es un proceso propio de la fisiología femenina que inicia con la dilatación y el borramiento uterino, terminando en la salida del feto y anexos embrionarios a causa de contracciones uterinas; La cesárea por otra parte es una terminación quirúrgica del embarazo por medio de incisiones tanto en la pared abdominal como en la uterina para extraer el feto y anexos embrionarios, privando al feto del paso por el canal vaginal.

Está ampliamente aceptado que el parto vaginal produce varios beneficios tanto para el feto como para la madre, pues la madre pierde aproximadamente la mitad de sangre que perdería en una cesárea, las posibilidades de infección uterina son menores, el tiempo de hospitalización es menor; y en el feto las contracciones uterinas colaboran con la expulsión de líquido de los pulmones, tiene menos riesgo de sufrir dificultad respiratoria.
A pesar de lo antes expuesto el porcentaje de cesáreas es mucho mayor que el porcentaje de partos vaginales tanto en nuestro país como en toda Latinoamérica.

La prevalencia de partos por cesárea en nuestra región es un tema de suma importancia para organizaciones estatales como internacionales de salud tales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) por obvias razones, como su relación con altas tasas de morbimortalidad materno fetal, sin embargo, a pesar del esfuerzo demostrado de dichas organizaciones señalando factores de riesgo e implementando herramientas para vigilar el proceso dinámico del trabajo de parto el porcentaje de cesáreas no se acerca al ideal 10 a 15% por el contrario mantiene una tendencia de alrededor del 30% al 35%.

La presente investigación pretende identificar los factores de riesgo de mayor presentación que llevaron a una terminación por cesárea, además de determinar la utilización o no de la partograma estándar incluido en el formulario 051 del MSP como método de vigilancia durante el trabajo de parto, en la población atendida en el Hospital Universitario de Guayaquil en los años 2013 al 2015

CAPITULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del problema

Existe un alto índice de partos por cesárea en mujeres gestantes que acudieron por embarazos a término a casas hospitalarias del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) en los años 2013 al 2015 (1), en la literatura médica se conocen varios factores de riesgo que conllevan a que un embarazo termine por cesárea y la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha determinado el partograma como herramienta para controlar la duración del trabajo de parto y valorar si requiere o no una terminación por cesárea, sin embrago se desconocen los factores específicos en la población que se atiende en el Hospital Universitario de Guayaquil y si existe o no un correcto uso de esta herramienta.

Formulación del problema

Cuál es la relación de los factores de riesgo y el deficiente de uso del partograma con partos por cesárea de mujeres gestantes a término en el Hospital universitario de Guayaquil en el período 2013 – 2015.

Objetivo general.

- Determinar la relación de factores de riesgo y el deficiente de uso del partograma en partos por cesárea en el HUG desde el año 2013 hasta el 2015.

Objetivos específicos.

- Clasificar el tipo de parto asistido en: partos vaginales y partos por cesárea en el HUG entre el año 2013 al 2015.
- Establecer los factores de riesgo de mayor presentación y prevenibles del grupo estudiado que según la literatura médica conllevan a la terminación de un parto por cesárea.
- Cuantificar la prevalencia de dichos factores de riesgo en los partos por cesárea en el HUG entre el año 2013-2015.
- Determinar el porcentaje de uso del partograma en las pacientes con gestación a término cuyo parto fue atendido en el HUG.

Justificación

El parto por cesárea cuando está justificado previene morbimortalidad materna y perinatal, sin embargo, como manifiesta la OMS (1) como en cualquier otra cirugía, está asociada a riesgos a corto y largo plazo que pueden perdurar por muchos años después de la intervención, por lo cual no están demostrados los beneficios del parto por cesárea en mujeres o neonatos en quienes este procedimiento es innecesario.

"*A nivel de población, las tasas de cesárea superiores al 10% no están asociadas con una reducción en las tasas de mortalidad materna y neonatal*." (1)

Se investigará el número de partos en el HUG del 2013 al 2015 para valorar la prevalencia de partos por cesárea, así también se establecerán los factores de riesgo que conllevan a esta práctica junto con la determinación de uso o no del partograma y de esta manera podamos proveer información a dicha entidad para que mantenga o realice cambios en su organización y planificación del manejo de partos en esta nueva etapa hospitalaria como centro materno infantil. Siendo beneficiadas las usuarias gestantes que prefieran un parto normal.

Variables

Variables dependientes: Partos por cesárea

Variables independientes: número de controles prenatales, partogramas realizados, placenta previa, desprendimiento previo de placenta normo inserta (DPPNI), factores infecciosos, macrosomía fetal, desproporción cefalopélvica

Operacionalización de las variables

Tabla 1: Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICIÓN	INDICADOR	VALOR
Partograma	Representación visual gráfica de los valores y eventos relacionados al curso del trabajo de parto	Realización	• Presencia • Ausencia
Control Prenatal	Conjunto de actividades sanitarias que reciben las embarazadas durante la gestación, enfocadas a la evolución del bienestar materno fetal	Número	• <5 • 5
Placenta Previa	Implantación o	Diagnóstico	• Presencia

	deslizamiento de la placenta de manera total o parcial en la porción inferior de útero, de tal manera que puede ocluir el cuello uterino.		• Ausencia
Cicatriz uterina previa	Presencia de una cicatriz en musculatura uterina debida a cesárea realizada con anterioridad	Diagnóstico	• Presencia • Ausencia
Factores infecciosos	Invasión de agentes patógenos antes o durante el embarazo que conlleven o no sintomatología	IVU TORCH VIH	• Presencia • Ausencia
Comorbilidades	Presencia o efecto de uno o más trastornos además del proceso o trastorno primario	Tabaquismo Hipertensión Diabetes Alcoholismo Consumo de drogas	• Presencia • Ausencia
Macrosomía fetal	El desarrollo o tamaño excesivo del cuerpo del feto, más allá de	Diagnóstico	• Presencia • Ausencia

	parámetros normales		
Desproporción céfalo pélvica	Trastorno en el cual la cabeza o el cuerpo de un bebé es demasiado grande para pasar por la pelvis de la madre	Diagnóstico	• Presencia • Ausencia
Oligohidramnios	Índice de líquido amniótico de 0 a 2 cm	Diagnóstico	• Presencia • Ausencia

HIPÓTESIS

Los distintos factores de riesgo prevenibles que no son manejados a tiempo y el mal uso del formulario 051 del Ministerio de salud pública que incluye el partograma pueden aumentar el índice de partos por cesárea en el Hospital Universitario de Guayaquil

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

GENERALIDADES.

El embarazo es el conjunto de cambios fisiológicos en el cuerpo de la mujer que va a culminar en la formación de un nuevo ser humano cuyo fin es el de preservar la especie, este tiene una duración variable entre 37 semanas a 42 semanas, pero en ciertas ocasiones este puede preceder o exceder este intervalo.

La culminación del embarazo puede ser de dos formas, parto vaginal que es la vía fisiológica de terminación en donde el producto atraviesa el canal vaginal ayudado por la dinámica del útero. Este brindara mayores beneficios a los productos.

La otra vía es el parto por cesárea, el cual es una intervención quirúrgica cuyo fin es la remoción del producto alojado en el útero cuando fisiológicamente no se dan las condiciones que favorezcan el parto por vía vaginal. Según la OMS este procedimiento solo debe darse en el 20% de los casos como máximo, ya que conlleva a riesgos materno fetales.

ANTECEDENTES.

La cesárea es empleada como método de terminación del embarazo cuando no existen las condiciones adecuadas para que se de en parto por vía vaginal, el problema radica que a lo largo de los años se ha hecho común para las mujeres decidir por este procedimiento por diversos factores como la comodidad de la paciente o el menor tiempo de trabajo de parto, olvidándose que solo debe realizarse en caso que el parto por vía vaginal no pueda culminar.

Es por eso que la OMS declaro que:

> “En la actualidad, no hay un sistema de clasificación de las cesáreas que sea aceptado internacionalmente que permita comparar de forma significativa y pertinentes de las tasas de cesárea entre los distintos establecimientos sanitarios y entre ciudades y regiones. La OMS ha propuesto utilizar el sistema de clasificación de Robson como estándar global para evaluar y comparar las tasas de cesárea, y hacer un seguimiento al respecto en los establecimientos sanitarios a lo largo del tiempo y entre ellos.”

A nivel de América Latina ha existido un aumento de cesáreas en relación a los partos vaginales desde la década de los 90, yéndose en contra de lo establecido por la OMS. Según datos estadísticos (2) en los años 90 en los países latinoamericanos la tasa de cesáreas fluctuaba entre 16.8 y 40%, incluso al día actual este porcentaje parece aumentar en ciertas regiones latinoamericanas.
Se establece lo siguiente en hospitales mexicanos:

> "Aunque la Norma Oficial Mexicana establece que el índice inicial recomendado de cesáreas es de 15 % para los hospitales de segundo nivel y de 20 % para los de tercer nivel, en algunos países se acepta la posibilidad de que esta incidencia sea hasta de 29 %. En la actualidad, algunos reportes en México muestran tasas mayores a 40 %" (2)

En el Ecuador el porcentaje de cesáreas es incluso mayor que en otros países latinoamericanos, un estudio realizado en el Instituto de seguridad social en Cuenca (3) concluyo en un estudio de 146 casos de prevalencia de parto por cesárea fue del 61.6% en un grupo de edad entre 20 a 30 años, lo cual triplicaría lo establecido por la OMS.

DEFINICIONES.

Cesárea: es una intervención quirúrgica que se emplea para lograr el nacimiento del feto cuando este no puede o no debe ser llevado a cabo por vía vaginal (4)

Cesárea electiva: cesárea programada en donde la causa que compromete el bienestar de la madre y el feto es una urgencia que se ha prevenido con controles, por lo que se puede dar una fecha para su ejecución. (4)

Cesárea de emergencia: aquella que debe ser realizada en el momento que ingresa la paciente a la unidad hospitalaria, de lo contrario compromete el bienestar materno fetal. (4)

Cesárea en curso de parto: se indica y realiza durante el curso del parto por distintos problemas, generalmente por distocia. Se incluyen: desproporción pélvico fetal, inducción del parto fallida, distocia de dilatación o descenso y parto estacionado. No existe riesgo inminente para la madre ni para el feto. (4)

Partograma*:* Un partograma es una representación gráfica del progreso de la labor de parto de mujeres graficando la duración de la labor en horas frente a la dilatación cervical en centímetros. (5)

Bacteriuria asintomática: Bacteriuria asintomática es la presencia de un número significativo de bacterias en la orina que ocurre sin ninguno de los síntomas usuales como ardor al orinar o micción frecuente.

Hipertensión arterial: aumento de la tensión arterial sistólica en 30 mm Hg o diastólica en 15 mm Hg, también se considera a cifras de tensión arterial sistólica mayores o iguales a 140 mm Hg y diastólicas de 90 mm Hg

Hipertensión arterial crónica: hipertensión diagnosticada previo a un embarazo

Hipertensión gestacional: hipertensión arterial diagnosticada durante el embarazo

Preeclampsia: es la hipertensión de reciente comienzo (tensión arterial > 140/90 mm Hg) más una proteinuria reciente inexplicable (> 300 mg/24 h) después de las 20 semanas u otros criterios

Eclampsia*:* Enfermedad que afecta a la mujer en el embarazo o el puerperio, que se caracteriza por convulsiones seguidas de un estado de coma; suele ir precedida de otras afecciones como hipertensión arterial, edemas o presencia de proteínas en la orina.

Infección de vías urinarias: La infección del tracto urinario (ITU) consiste en la colonización y multiplicación microbiana, habitualmente bacteriana, a lo largo del trayecto del tracto urinario.

Placenta previa: condición en donde la placenta presenta una inserción baja que puede llegar a ocluir el orificio cervical interno, conlleva a un sangrado en el tercer trimestre de embarazo.

Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta (DPPNI): es el desprendimiento de la inserción placentaria que conlleva a la aparición de un hematoma retro placentario y conlleva a una indicación de cesárea de emergencia.

Inducción: Procedimientos dirigidos a estimular contracciones uterinas en mujeres embarazadas que no se encuentran en trabajo de parto y que buscan inducir el parto vaginal. (6)

Conducción: estimular las contracciones uterinas, es decir una vez iniciadas se potencia el efecto de las mismas. (6)

Producto macrosómico: producto a término o postérmino con un peso mayor a los 4000 gramos, el cual no va a ser capaz de atravesar el canal de parto.

Virus del papiloma humano (VPH): son un grupo de virus relacionados entre sí. Pueden causar verrugas en diferentes partes del cuerpo. Existen más de 200 tipos. Cerca de 40 de ellos afectan a los genitales. Estos se propagan a través del contacto sexual con una persona infectada. Algunos de ellos pueden ponerle en riesgo desarrollar un cáncer. (7)

Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH): virus arn que ataca los linfocitos cd4 produciendo un estado de inmunodepresión permanente, este se transmite por secreciones corporales y sangre.

Herpes activo: causado por el virus del herpes 2, el cual en fase activa presenta lesiones vesiculares en el canal de parto las cuales pueden infectar al producto en su paso por el mismo. (8)

Oligohidramnios: disminución en la cantidad de líquido amniótico dentro de la cavidad uterina, lo que lleva a un sufrimiento fetal.

EL PARTOGRAMA

El Partograma es una herramienta útil para medir la evolución de un trabajo de parto, este nos va a permitir conocer si el parto se está llevando a cabo de forma normal o si existe una obstrucción del mismo, esto permite valorar si la paciente necesita someterse a cesárea o continuar su parto por vía vaginal.

Como definición del Partograma podemos considerar:

> "Un partograma es una representación gráfica del progreso de la labor de parto en donde se va a graficar la dilatación cervical en relación a las horas.
>
> El partograma es una herramienta sencilla, de bajo coste que proporcionar un resumen continuo del trabajo de parto. El partograma es un formulario impreso, generalmente en papel, en él se registran las observaciones sobre el trabajo de parto".

Se conoce hasta la fecha más de 200 tipos de partogramas diferentes, pero actualmente el más usado es el del Centro Latinoamericano de Perinatología junto a la OMS y OPS.

La OMS plantea que el parto debe durar como máximo 8 horas en su fase latente, si dura más se le considera fase latente prolongado, indicando que se deben tomar las medidas para evitar esto y sus complicaciones; hablamos de la ruptura artificial de membranas y la colocación de oxitocina, si el trabajo de parto luego de estas medidas no evoluciona se debe realizar una cesárea.

Objetivos del Partograma.

- Prevenir o diagnosticar el trabajo de parto prolongado
- Reducir el índice de cesáreas.
- Disminuir la morbilidad y mortalidad materno perinatal.
- Se asequible, universal y de fácil entendimiento para que el personal de salud ofrezca las mejores opciones en el trabajo de parto.

Ventajas.

- Predice precozmente la rotura uterina.
- Facilita archivar y computar los datos.
- Constituye un método de lenguaje universal.
- Económico y asequible.
- Disminuye la morbilidad y mortalidad materno perinatal,
- Garantiza un seguimiento con alta calidad.
- Evita la prolongación del trabajo de parto y las consecuencias que de ello se derivan.

Contraindicación del Partograma

- Anemia
- Embarazo múltiple.
- Mala presentación fetal.
- Labor prematura de parto.
- Labor obstruida.
- Estatura muy corta menor.
- Hemorragia ante parto.
- Preeclampsia o eclampsia.
- Sufrimiento fetal Agudo.
- Cicatriz por cesárea previa.

Llenado del Partograma.

1. Identificar los datos de la paciente en la parte superior del partograma.
2. Utilizar la tabla ubicada en la parte inferior derecha del partograma, para registrar las evaluaciones clínicas desde el ingreso de la paciente al hospital.
3. En la parte superior derecha se grafica la curva de dilatación cervical, las de alerta y de descenso de la cabeza fetal
4. En el borde inferior de la tabla están las horas de registro del trabajo de parto activo, que van desde las cero horas hasta las catorce. Cada segmento corresponde a una hora, dividida en cuatro porciones de quince minutos.
5. El partograma tiene una línea de base, señalada con una flecha, a partir de la cual se inicia la construcción de las curvas de alerta.
6. La curvad de alerta sirve para conocer si el parto se está obstruyendo
7. Posterior al nacimiento se debe evaluar por una hora a la puérpera con la toma de signos vitales cada 15 minutos.

El nacimiento, que es un proceso fisiológico, no está exento de riesgos tanto para la madre como para el feto, ya que existen circunstancias que se pueden desarrollar antes del inicio del trabajo de parto o durante este. El médico debe garantizar que el parto vaginal es factible, y por lo tanto se puede conducir un trabajo de parto, para lo cual se deben cumplir las siguientes condiciones:

1.Identificar el trabajo de parto activo

2. Realizar en cada evaluación clínica la verificación de los requisitos para el éxito del parto

3. Evaluar la pelvis: al ingreso en el trabajo de parto se debe evaluar si el canal es apto para permitir el paso del producto, el feto en el progreso del trabajo de parto es el que va a determinar si la pelvis es adecuada. Deben identificarse los antecedentes

perinatales como parto difícil, intervención quirúrgica intraparto, cicatrices uterinas previas, etc.

La evaluación de la pelvis debe dirigirse a palpar las prominencias óseas que limitan el canal del parto. También es importante evaluar los tejidos blandos que recubren el canal de parto. Evaluar la dinámica uterina, ya que si existe una disminución de la misma esto va a dificultar el trabajo de parto e incluso podría llevar a su detención.

4. Evaluar las características fetales: el feto es un elemento activo del trabajo de parto, ya que este tiene una dinámica propia en la cual va a repercutir la presentación, actitud, posición y polo de presentación. El feto puede estar en una situación favorable, pero modificar el trabajo de parto al adquirir una presentación anómala.

5. Evaluación fetal y del ambiente intrauterino: el feto es el protagonista principal del trabajo de parto, las medidas que se toman para la correcta progresión del mismo existen para mantener una vitalidad fetal optima y que este no se complique una vez culminado la labor. Por eso es importante mantener un monitoreo continuo del mismo para conocer es estado de salud y prevenir complicación al nacimiento.

Fisiología del trabajo de parto.

Conocer las diferentes etapas del trabajo de parto es lo que permite el correcto llenado de un partograma, Friedman describió 3 fases:

Fase latente.

- Modificación cervical hasta los 4 centímetros
- Dura de 18 a 24 horas
- Contracciones irregulares

Fase activa

- Comienza a los 4 centímetros
- Existe una actividad contráctil optima
- Existe el descenso de la cabeza fetal hacia el estrecho pélvico

Fase expulsiva

- Termina de descender la cabeza fetal, llegando hasta el introito vulvar donde gracias a la dinámica uterina es expulsado finalmente.

La línea de alerta se define como el percentil 90 de la dilatación de una población de referencia, es decir que el 90% de las mujeres han tenido su parto en el límite esperado, no ha existido obstrucción del parto, mientras que solo el 10% de las mujeres se demorarán más del tiempo estipulado por la línea de alerta para el nacimiento.

Cuando la curva de dilatación de la gestante cruza a la derecha la línea de alerta o p90, significa que se está alejando del comportamiento normal y es necesario reevaluar los requisitos para el trabajo de parto exitoso.

Este momento es importante para corregir las potenciales alteraciones del proceso normal y tomar conductas médicas validadas como la aplicación de analgesia epidural, el refuerzo de la actividad uterina con oxitócicos, la realización de una ruptura artificial de membranas o la mejoría de las condiciones clínicas maternas y fetales.

De lo contrario, permitir que la curva de dilatación cervical continúe avanzando en el tiempo hacia la derecha y sin progreso, estamos omitiendo la vigilancia materna y se lleva a un riesgo de presentar complicaciones materno fetales por obstrucción del parto.

Frecuencia cardiaca fetal (FCF).

Van desde 90 por minuto, hasta 200 por minuto. La frecuencia cardiaca fetal debe medirse entre contracciones. Se toma la frecuencia cardiaca fetal por un minuto completo y durante 15 segundos multiplicado por 4, para la búsqueda de DIPS tipo II, por lo menos una vez cada 30 minutos durante la fase activa y durante cada 5 minutos durante el segundo periodo (periodo expulsivo).

Cuando se investiga el DIPS II, éste debe considerarse positivo cuando una caída transitoria de la FCF con respecto a la basal tenga una amplitud mayor de 15 latidos por minuto. Si bien se considera normal una frecuencia cardiaca fetal entre 120 y 160 latidos por minutos, la variabilidad normal no debe exceder los 12 latidos, si hay bradicardia o taquicardia en período de relajamiento se debe sospechar sufrimiento fetal.

Actividad uterina

Lo normal en el Trabajo de Parto es que se produzcan 3 a 5 contracciones uterinas en 10 minutos. A medida que el trabajo de parto va progresando, las contracciones uterinas aumentan en frecuencia, intensidad y duración. Se considera normal 3 a 5 contracciones uterinas en 10 minutos; de 40 a 60 segundos de duración y de intensidad normal (++).

Dilatación cervical.

se grafica utilizando un Punto en el tiempo real que se corresponde con la dilatación cervical. El graficar correctamente la dilatación cervical nos permite elaborar adecuadamente la Curva Real y la Curva de Alerta. La variedad de Posición de la Presentación se debe determinar al momento de realizar el tacto vaginal para precisar la dilatación cervical.

Planos de Hodge.

De acuerdo al grado de encajamiento y descenso de la presentación, tomando como punto de referencia el diámetro biparietal del polo fetal deben graficarse según corresponda a cualquiera de los planos:

Tabla 2:Planos de Hodge

	Planos de Hodge	Estaciones de lee
Borde superior del pubis	Plano I	Estación -4
Borde inferior del pubis	Plano II	Estación -2
Espinas ciáticas	Plano III	Estación 0
Vértice del coxis	Plano IV	Estación +4

La Curva Real.

Resulta de la unión con una línea continua de los diferentes puntos correspondiente a los tactos realizados por la persona que examina. La curva real debe elaborarse desde el primer contacto con la parturienta en trabajo de parto, hasta el momento del nacimiento.

Al monitorear el Partograma con curva de alerta y no encontrar una curva real graficada hasta el momento del nacimiento traduce que:

- A la parturienta le fue realizada una operación cesárea, por lo tanto, no se graficó la curva real hasta el final.
- La parturienta fue referida a otra unidad de salud de mayor nivel de resolución.

La Curva de Alerta

La Curva de Alerta (línea punteada) deberá iniciarse, en los casos de parturientas que llegan con poca dilatación, al momento que la Curva Real se intercepta con la Línea de Base. Este punto de intersección deberá ser marcado no con un punto, ya que se confundiría con otro tacto realizado, sino con un cero pequeño (0) y que se denota como punto cero.

En situaciones en donde la parturienta llegue con trabajo de parto avanzado, la elaboración de la curva de alerta se iniciará según corresponda.

Ruptura de membranas.

Si las membranas ovulares se hubiesen roto espontáneamente, en tiempo real debe registrarse como ruptura prematura de membranas, o si sucediere al momento de realizar un tacto vaginal, ya sea accidentalmente o por una indicación precisa, en tiempo real debe registrarse como ruptura artificial de membranas.

Elaboración de la Curva de Alerta: El recurso de salud que vigila el trabajo de parto o atiende partos, debe seleccionar de forma correcta, de acuerdo a las características de la parturienta, la columna correspondiente a ese caso particular en una de las 5 variantes:

Vertical: Todas, con membranas íntegras, no importando la paridad

Horizontal: hay 2 categorías Multíparas y Nulípara, puede estar con membranas ovulares íntegras o rotas.

Debe compararse e interpretarse la curva real que se va obteniendo en los diferentes tactos realizados, con la curva de alerta previamente elaborada.

La Curva de Alerta es el tiempo máximo normal (en base al Percentil 10) que puede durar el trabajo de parto. Normalmente, en ninguna situación la Curva Real debe cruzar la Curva de Alerta. Tampoco es normal que la Curva Real sea vertical y que se aleje demasiado de la Curva de Alerta.

Los cambios de patrones en la curva de alerta deben graficarse en el Partograma:

- De posición vertical a horizontal
- De membranas íntegras a rotas
- De horizontal a vertical
- Membranas integras o rotas

Hay que recordar que la vigilancia del trabajo de parto no significa estar haciendo tactos vaginales, ya que no es aconsejable realizar más de un tacto vaginal cada 4 horas sino la valoración integral de la parturienta, de hecho, la utilización adecuada del Partograma, permite incluso reducir el número de tactos que se realizan a la parturienta, reduciendo las molestias y el riesgo de infecciones.

CESÁREA

Criterios para realización de cesárea.

Maternos.

- Cesárea anterior
- Hemorragia ante parto
- Tumor previo
- Cáncer cérvico uterino
- Síndrome hipertensivo severa
- Ruptura uterina
- Trombocitopenia autoinmune severa
- Herpes genital activo
- Falta de progreso del trabajo de parto/Inducción fracasada
- Placenta previa
- DPPNI

Fetales

- Anomalía de presentación o posición
- Monitorización intra parto no tranquilizadora
- Anomalía fetal
- Prolapso cordón
- Prevención distocia hombro
- Parto prematuro extremo
- Embarazo gemelar con distocia presentación
- RCIU severo

Mixtas

- Desproporción céfalo pélvica
- Procedimiento.

Medidas pre-operatorias.

La paciente debe permanecer en el área de preoperatorio, previa colocación de vía, ser informada de todo lo que se le va a realizar y si es posible ser sometida a consulta con psicología. (5)

Apertura de la pared.

Incisión de Pfannenstiel.

Es la incisión más estética en la cual se incide sobre el tejido de la pared abdominal a nivel supra púbico, se diseca el tejido subcutáneo y muscular llegando a los rectos abdominales. Esta incisión permite un tiempo de recuperación corto y deja resultados más estéticos, menor riesgo de sangrado y formación de eventraciones.

Laparotomía media infraumbilical.

Esta incisión da mayor visión del útero ya que nos permite observar el cuerpo del útero en su totalidad y esta debe ser realizada en los siguientes casos:

- cesáreas urgentes que comprometan la vida materno fetal
- gran hemorragia
- cuando se sospecha sangrado en abdomen superior
- trastornos de la coagulación
- cesárea perimortem
- cirugía infraumbilical previa

Incisión uterina.

Incisión segmentaria transversal baja

Se da a través del cuello uterino en la porción más estrecha, es la incisión uterina de elección, se asocia a menor riesgo de hemorragia, cicatriza mejor, menor probabilidad de infección puerperal y evita que en una gestación posterior exista ruptura del útero.

Puede darse el caso que si se sobre extiende la incisión se llegue a lesionar los vasos uterinos.

Incisión corporal vertical o clásica.

- Aquí se incide de forma coronaria el cuerpo uterino, esta conlleva a mayor riesgo de hemorragia e infección postparto, solo se realiza en ciertas situaciones como:
- parto pretérmino
- situación transversa del producto
- miomas cervicales
- adherencias importantes
- cesárea postmortem
- placenta previa

Extracción del feto y placenta.

El feto se extrae de forma manual sin el uso de instrumentos como los fórceps o ventosas ya que estos pueden llevar a lesión. Se realiza presión en el fondo uterino para apoyar a la salida del feto de la cavidad uterina, una vez se extrae el feto se procede a esperar que el cordón umbilical deje de pulsar para campearlo y cortarlo separando la unión feto placentaria.

Posterior a esto viene el alumbramiento que es la fase en la que se procede a extraer la placenta. Se administra 10 UI de oxitocina intramuscular a la madre aumentando así las contracciones uterinas y previniendo hemorragia postparto, y posterior a esto se procede a tracción manual del cordón umbilical con movimientos circulares para ir desprendiendo las membranas ovulares.

Cierre del útero y la pared abdominal

Se procede a la sutura de las diferentes capas incididas en esta intervención, siendo primero el cierre del útero, el cual se realiza con vicryl 1 en monocapa, esto cuando se realiza la incisión transversal. En caso de haber realizad la incisión vertical se cierran las 3 capas uterinas.

Es importante recalcar que no debe exteriorizarse el útero durante su cierre ya que este puede llevar a un aumento de sangrado e infección.

Luego se procede a la sutura de los músculos abdominales y su fascia, así mismo con vicryl 1, se realizará una sutura continua. Luego se procede a suturar el tejido

subcutáneo para evitar formación de serohematomas y al final se cierra piel con nylon 3.0.

FACTORES DE RIESGO

Prevenibles

- Controles prenatales insuficientes
- Herpes activo
- VPH
- VIH
- Drogadicción materna
- Falta de educación
- Infecciones de vías urinarias no tratadas

No prevenibles

- Trastornos hipertensivos del embarazo (preeclampsia, eclampsia)
- DPPNI
- Placenta previa
- Oligohidramnios
- Distocias
- Desproporción cefalopélvica
- Presentación fetal

CAPITULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

METODOLOGÍA A EMPLEARSE

- **Enfoque**: cuantitativo.
- **Diseño de investigación:** no experimental.
- **Tipo de investigación:** vertical.
- **Métodos de investigación empírico:** medición.
- **Métodos de investigación teóricos**: comparativo.

Este trabajo de investigación es de tipo cuantitativo por lo cual se va a emplear el siguiente método para la recolección de datos:

Medición: se recolectará información del sistema informático del HUG para realizar base de datos y obtener datos estadísticos en relación a la problemática.

ZONA DE TRABAJO

El estudio se realizó en el Hospital Universitario de Guayaquil ubicado en el kilómetro 23 de la vía perimetral, con la información del periodo de enero del 2013 a diciembre del 2015.

El cantón Guayaquil es una entidad territorial subnacional ecuatoriana, capital de la provincia del Guayas, en la República del Ecuador. Con más de 2.350.915 habitantes, según estadísticas del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) del 2010, es el cantón más poblado del Ecuador. Su cabecera cantonal es la ciudad de Santiago de Guayaquil, lugar donde se agrupa más del 85% de su población total.

UNIVERSO Y MUESTRA

Universo

Todas las pacientes con embarazo a término, que fueron sujetas a parto eutócico o cesárea en el Hospital Universitario de Guayaquil durante el período del estudio.

Partos vaginales	Cesáreas
2013: 391	2013: 320
2014: 356	2014: 418
2015: 454	2015: 290

Muestra

Muestra significativa de las pacientes con embarazo a término, pre término o post término que hayan sido sujetas a parto eutócico o cesárea en el Hospital Universitario de Guayaquil durante el período del estudio, valor obtenido por la fórmula:

$$\mathrm{n} = \frac{\mathrm{N} * Z^2 * p * q}{d^{2*}(N-1) + Z^2 * p * q}$$

Donde:

- N = Total de la población
- Z= 1.96 (constante del nivel de confianza es del 95%)
- p = proporción esperada (en este caso 0.5)
- q = 1 – p (en este caso 1-0.5 = 0.50)
- d = precisión (en este caso 5%).
- n= muestra significativa

Muestra partos vaginales	Muestra Cesáreas
2013: 194	2013:175
2014: 185	2014: 200
2015: 208	2015: 165

Tipo de muestreo

Aleatorio simple, seleccionando al azar los expedientes que cumplan los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión

- Embarazo a termino
- Feto vivo
- Presentación cefálica
- Peso mayor de 2500 gramos

Fuente de información

Expedientes clínicos de las madres en estudio proporcionados por el departamento de estadística del Hospital Universitario de Guayaquil.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

De las historias clínicas obtenidas del departamento de estadística del Hospital Universitario de Guayaquil se realizó revisión de las diferentes variables las cuales incluyeron los formularios 051 respectivos obteniéndose los siguientes resultados.

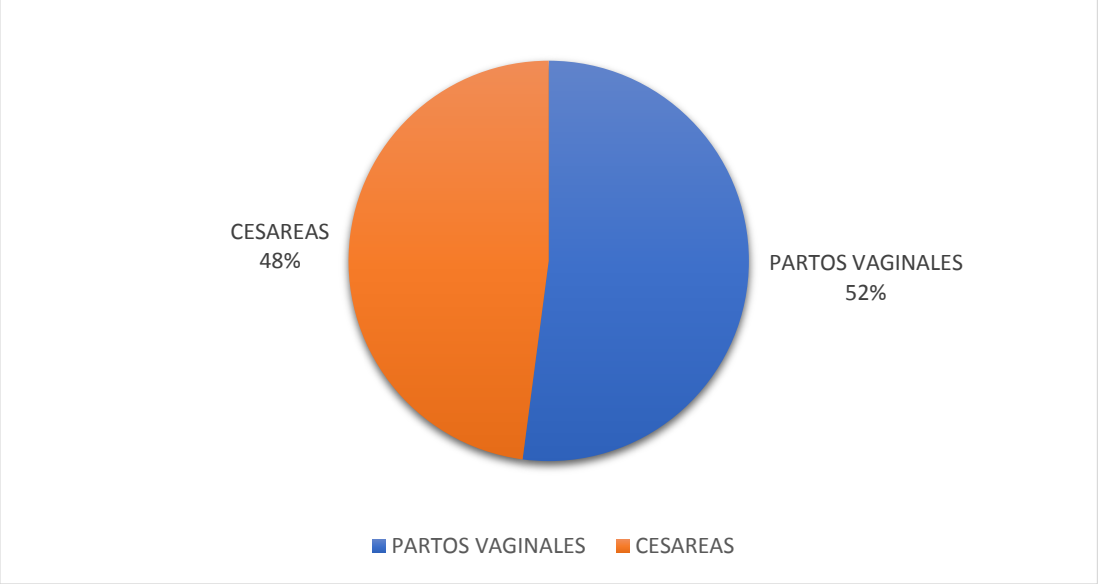
Tabla 3: Universo, periodo 2013 – 2015

PERIODO	PARTO VAGINAL	CESAREA	TOTAL
2013	391	320	711
2014	356	418	774
2015	454	290	744
TOTAL	1201	1028	2229

Tabla 4: Muestra, periodo 2013 – 2015

PERIODO	PARTO VAGINAL	CESAREA	TOTAL
2013	194	175	369
2014	185	200	385
2015	208	165	373
TOTAL	587	540	1127

Ilustración 1: 540 cesáreas representan el 48%, 587 partos vaginales el 52%



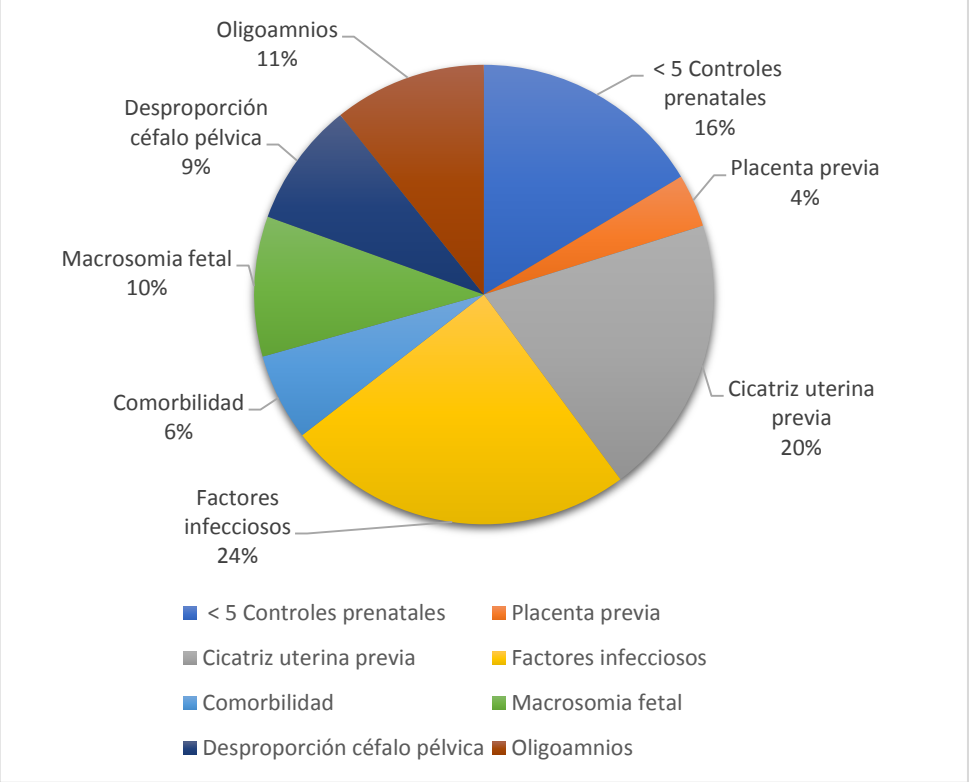
De los cuales se puede apreciar que el porcentaje de cesáreas en el período 2013-2015 sobrepasa por mucho el establecido por la OMS, como se refleja en la ilustración 4.

De la totalidad de embarazos a término atendidos se encontraron como factores de riesgo en la muestra estudiada:

Tabla 5: Factores de riesgo en embarazo a término

FACTORES DE RIESGO EN EMBARAZOS A TERMINO	
FACTORES INFECCIOSOS	225
CICATRIZ UTERINA PREVIA	180
< 5 CONTROLES PRENATALES	150
OLIGOHIDRAMNIOS	98
MACROSOMÍA FETAL	90
DESPROPORCIÓN CÉFALO PÉLVICA	80
COMORBILIDAD	56
PLACENTA PREVIA	34
TOTAL	913

Ilustración 2: Porcentaje de presentación de factores de riesgo en embarazos a término



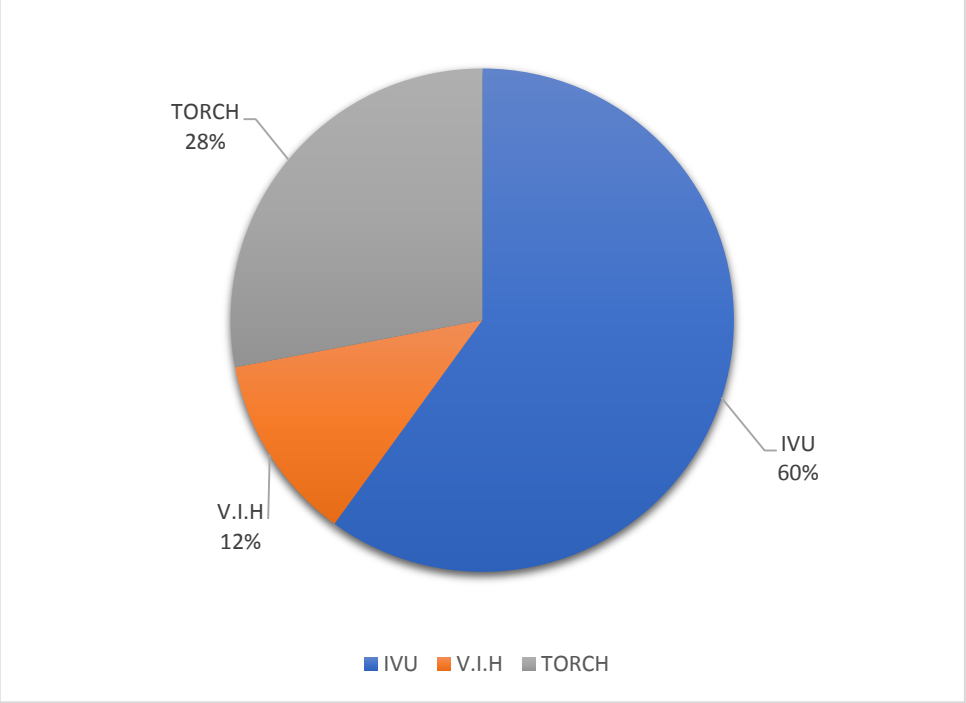
Siendo los de mayor presentación factores infecciosos, cicatriz uterina previa, y menos de 5 controles prenatales. Un 18% de las pacientes del grupo estudiado no registraba factores de riesgo

De los factores infecciosos se obtuvo lo siguiente:

Tabla 6:Factores infecciosos en embarazos a termino

FACTORES INFECCIOSOS EN EMBARAZOS A TERMINO	
I.V.U	135
TORCH	63
V.I.H	27
TOTAL	225

Ilustración 3: factores infecciosos en embarazos a término



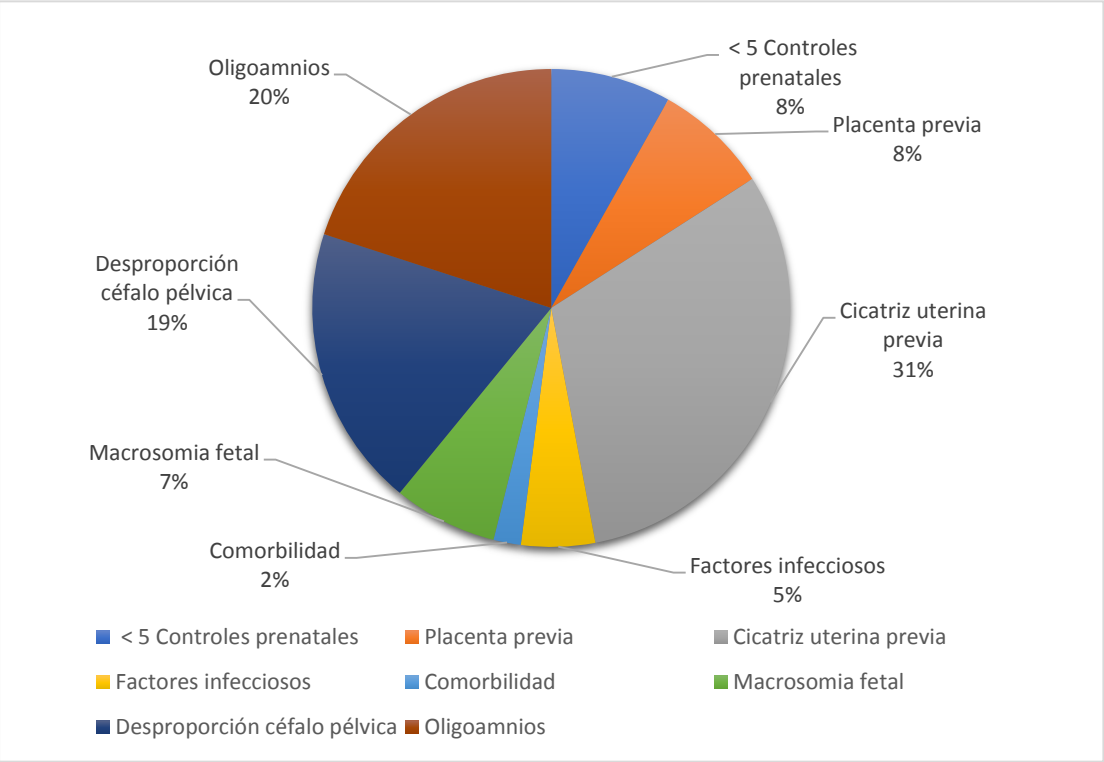
Dejando claro que las infecciones de vías urinarias son el factor infeccioso de mayor presentación, seguidas por las enfermedades agrupadas como TORCH, y en último lugar las infecciones por VIH

Del grupo de pacientes que fueron sometidas a cesárea en el grupo de estudio se obtuvo:

Tabla 7: Factores de riesgo en partos por cesárea

FACTORES DE RIESGO EN PARTOS POR CESAREA	
Cicatriz uterina previa	168
Oligohidramnios	108
Desproporción céfalo pélvica	103
< 5 Controles prenatales	44
Placenta previa	42
Macrosomía fetal	38
Factores infecciosos	27
Comorbilidad	10
TOTAL	540

Ilustración 4: Porcentaje de presentación de factores de riesgo en partos por cesárea



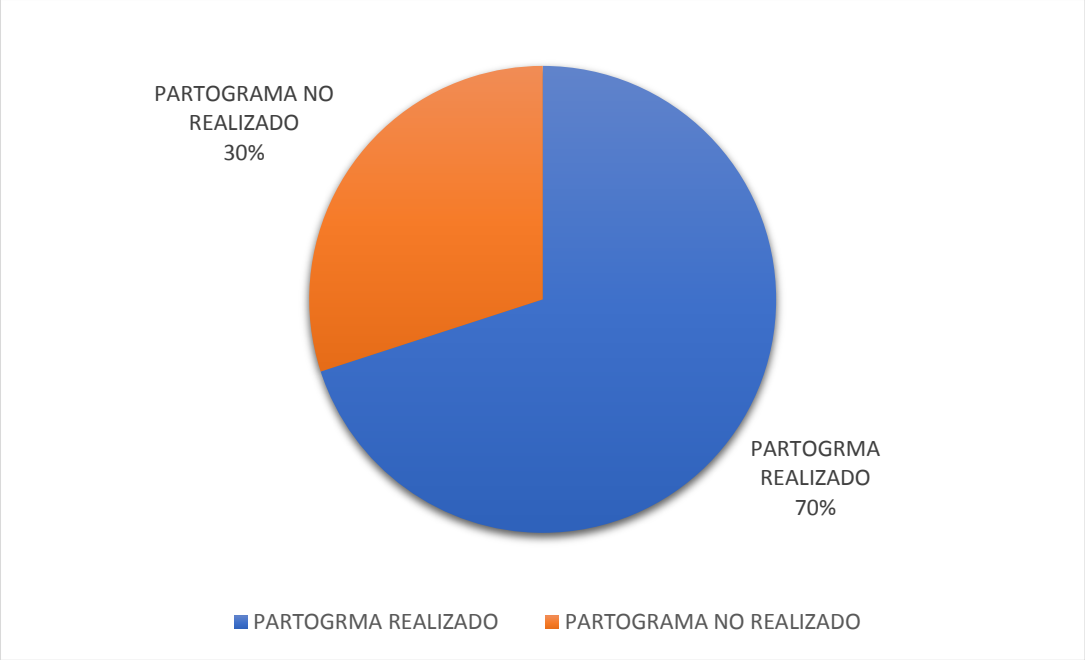
Observamos una clara diferencia de presentación en los factores de riesgo de las pacientes sometidas a cesárea, siendo el de mayor presentación la presencia de cicatriz uterina previa con 168 casos, seguido por Oligohidramnios con 108 casos. Cabe recalcar que el 5% representado por factores infecciosos fueron todos casos de pacientes VIH positivas.

En relación a la realización del partograma:

Tabla 8: Partogramas en pacientes con cesáreas realizadas

PORCENTAJE DE PARTOGRAMAS	
PARTOGRAMA REALIZADO	378
PARTOGRAMA NO REALIZADO	162
TOTAL	540

Ilustración 5: Porcentaje de cesáreas con partogramas realizados



Encontramos resultados de realización del partograma bastante alarmante, de las 540 cesáreas estudiadas, 162 (30%) no tenían realizado el partograma, es decir no tenían ningún trazado de curva de alerta ni de ningún otro tipo observándose solamente escrito el tipo de parto.

CAPITULO V

CONCLUSIONES

- ✓ El porcentaje de cesáreas en el Hospital universitario de Guayaquil supera el recomendado por la OMS.

- ✓ El principal factor de riesgo para cesárea en el Hospital Universitario de Guayaquil es la presencia de cicatriz uterina previa.

- ✓ El segundo factor de riesgo para cesárea en el Hospital Universitario de Guayaquil es el diagnostico de Oligohidramnios.

- ✓ El factor de riesgo infeccioso de mayor presentación en pacientes con cesáreas es el V.I.H.

- ✓ Un porcentaje apreciable de cesáreas en el periodo estudiado no presentó partograma realizado.

- ✓ No fue posible valorar el porcentaje correcto de trabajo de parto prolongado por la falta de realización del partograma en un grupo apreciable de los casos estudiados.

- ✓ El porcentaje de pacientes con cesárea sin realización de partograma es similar al porcentaje con el que el Hospital universitario de Guayaquil supera el recomendado de cesáreas de la OMS

CAPITULO VI

RECOMENDACIONES

- ✓ Mejorar el control de gestión de calidad referente al buen llenado del partograma.
- ✓ Reforzar la promoción de salud en el primer nivel de salud para un diagnostico precoz de Oligohidramnios.
- ✓ Promover el parto vaginal en pacientes con una cicatriz uterina previa dependiendo de las características individuales de las pacientes.
- ✓ Fomentar el correcto llenado del partograma.
- ✓ Capacitar de manera continua a los profesionales de salud en el uso del partograma.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Boletín nacimientos por cesárea 2012-2015. 2015..
2. martinez salazar gj, grimaldo valenzuela p, vasquez peña g. [pdf].; 2015 [cited 2018 abril 1. Available from: http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2015/im155r.pdf.
3. astudillo d, guillen c, gaybor m. prevalencia de parto por cesarea en un Hospital de tercer nivel del instituto ecxuatoriano de seguridad social. revista medica HJAC. 2013 marzo; 1(5).
4. servicio de medicina maternofetal, barcelona. [pdf].; 2012 [cited 2018 marzo 5. Available from: https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/obstetricia/cesarea.pdf.
5. chuman herrera m. [pdf].; 2017 [cited 2018 marzo 2. Available from: http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/18143/1/TESIS%20MARCOS%20CHUMAN.pdf .
6. aragon hernandez j, avila vergara m, beltran montoya j. [pdf].; 2017 [cited 2018 marzo 6. Available from: http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2017/gom175f.pdf.
7. medlineplus. medlineplus. [Online].; 2017 [cited 2018 marzo 5. Available from: https://medlineplus.gov/spanish/hpv.html.
8. wikipedia. wikipedia. [Online].; 2017 [cited 2018 marzo 5. Available from: https://es.wikipedia.org/wiki/Virus_del_herpes_simple.
9. Sama CB TNDVMUDTAF. Knowledge and utilization of the partograph: A cross-sectional survey among obstetric care providers in urban referral public health institutions in northwest and southwest Cameroon. 2017..
10. Bedwell C LKPCLD. A realist review of the partograph: when and how does it work for labour monitoring? 2017..
11. Zelellw DA TTGG. Knowledge and Attitude of Obstetric Care Providers on Partograph and Its Associated Factors in East Gojjam Zone, Northwest Ethiopia. 2016..
12. Markos D BD. Knowledge and utilization of partograph among health care professionals in public health institutions of Bale zone, Southeast Ethiopia. 2016..
13. Neal JL LNNAKKAJ. Pilot Study of Physiologic Partograph Use Among Low-Risk, Nulliparous Women With Spontaneous Labor Onset. 2016..
14. Mezmur H SATB. Health professional's knowledge and use of the partograph in public health institutions in eastern Ethiopia: a cross-sectional study. 2017..
15. Celik F CEAPKSKMYMKG. Cesarean section: requested mode of delivery?. 2017..
16. Dhakal KB DSBS. Profile of Caesarean Section in Mid-Western Regional Hospital in Nepal. 2018..
17. OMS, HRP. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. 2015..
18. OMS. http://apps.who.int. [Online].; 2015 [cited 2018 Marzo 3. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.pdf?sequence=1.
19. mancero hidalgo p, ordoñez cordero s. [pdf].; 2016 [cited 2018 marzo 5. Available from: http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/26934.
20. agudelo jaramilo b, gomez davilaq j, faciolince perez s. [pdf].; 2007 [cited 2017 marzo 5. Available from: http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/e96c2927-f938-4a48-bdbd-14f6f5e441bf/multiguia04.pdf?MOD=AJPERES.
21. lugones m. [pdf].; 2001 [cited 2018 marzo 5. Available from: http://files.sld.cu/anestesiologia/files/2012/06/cesarea-en-la-hiatoria2.pdf.
22. Dalal A.R PAC. The Partograph in Childbirth: An Absolute Essentiality or a Mere Exercise? 2017..
23. Prado DS MRGRBIBFCRGR. Practices and obstetric interventions in women from a state in the Northeast of Brazil. 2017..

24. Agah J BRNMBS. Comparison of effacement curve with dilatation curve for prediction of labor progression. 2017..
25. Lee NJ NJLNKS. Comparing Different Partograph Designs for Use in Standard Labor Care: A Pilot Randomized Trial..
26. Albolino S DGIDTMRFBTFIBICGDTMTR. Safety and quality in maternal and neonatal care: the introduction of the modified WHO Safe Childbirth Checklist. 2017..
27. Jaribu J PSGCMFSJ. Improving Tanzanian childbirth service quality. 2018..
28. Gunnarsson B SEJIRJSA. On predicting time to completion for the first stage of spontaneous labor at term in multiparous women. 2017..
29. Mandiwa C ZC. Documentation of the partograph in assessing the progress of labour by health care providers in Malawi's South-West zone. 2017..
30. Merzougui L MNBTLAHHJRFR. [Evaluation of the compliance rate of partograph use in a Tunisian Maternity ward: a targeted clinical audit]..

ANEXOS

HOJA RECOLECTORAS DE DATOS

HISTORIA CLINICA	FACTORES DE RIESGO	DIAGNOSTICO DE INGRESO	PARTOGRAMA REALIZADO	TIPO DE PARTO

Ilustración 6: Hoja de partograma

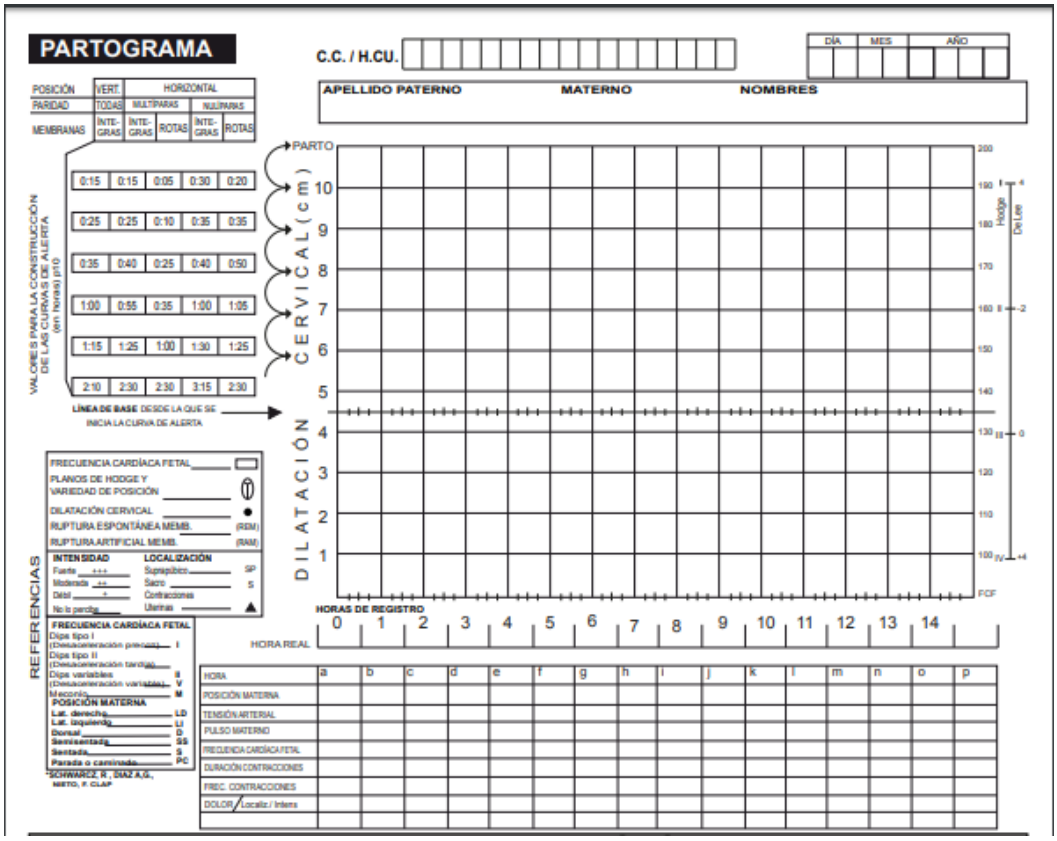


Ilustración 7: Ejemplo de partograma no realizado

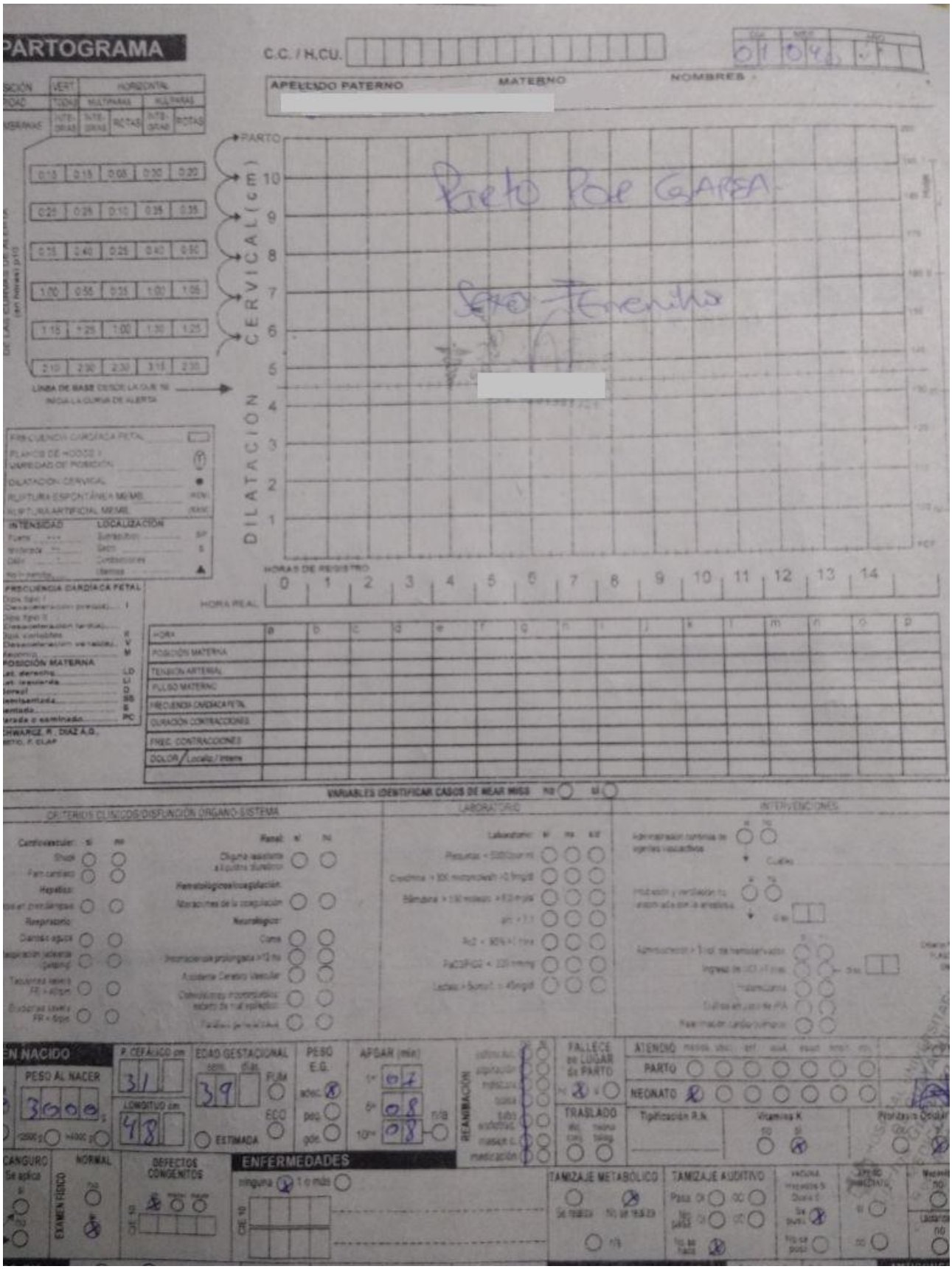
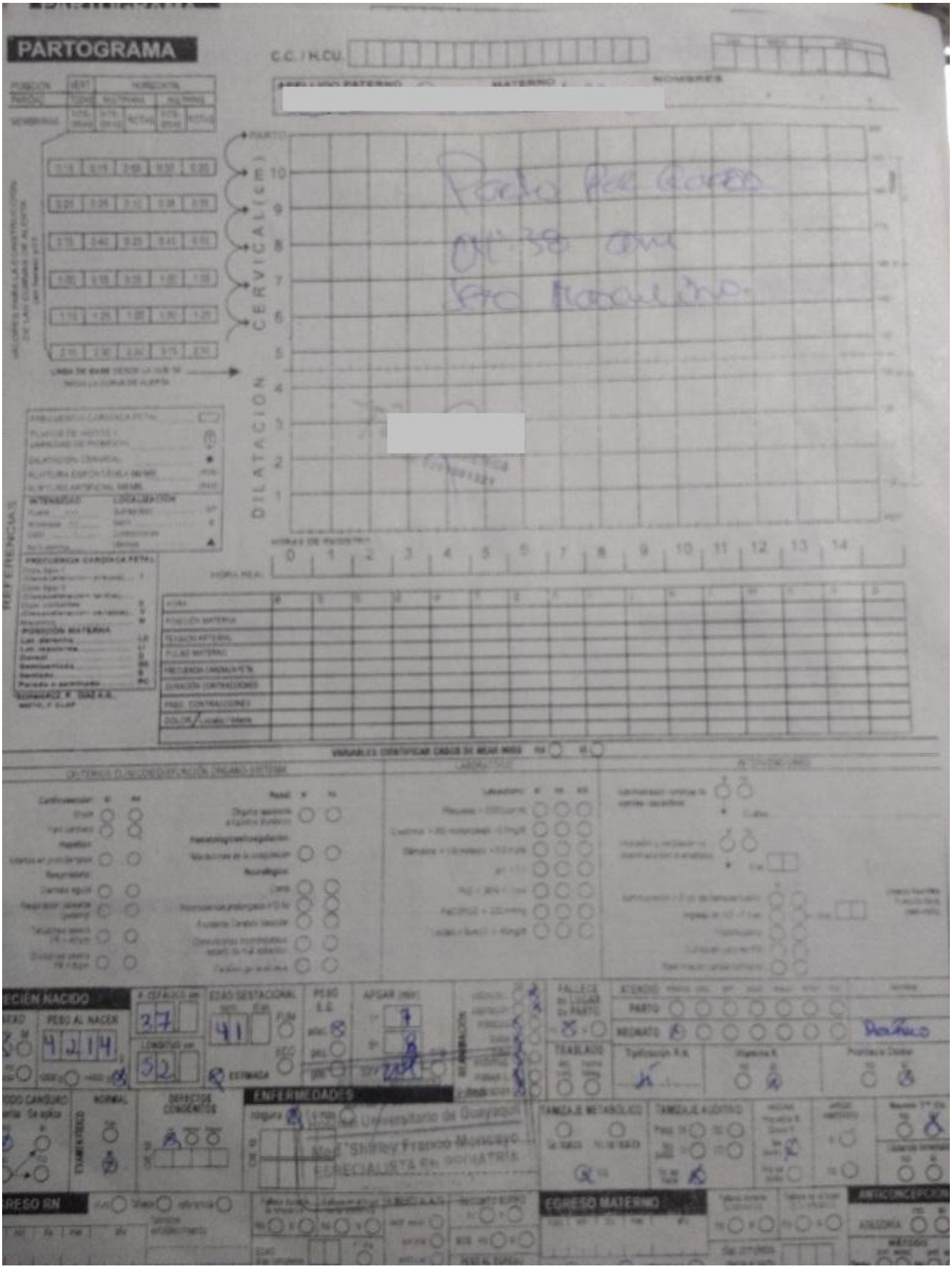



Ilustración 8:Ejemplo de partograma no realizado