



UNIVERSIDAD ESTATAL DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA

“TRABAJO DE TITULACIÓN ESPECIAL”
PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE MAGISTER EN
SALUD PÚBLICA

TEMA

**“FACTORES MATERNOS QUE INDUCEN PARTO POR CESÁREA
EN EL HOSPITAL GENERAL “LIBORIO PANCHANA
SOTOMAYOR” DE SANTA ELENA”**

AUTOR: DR. JULIO EFRÉN JUEZ ESPINOZA

TUTOR: DR. JHONY JOE REAL COTTO

GUAYAQUIL – ECUADOR

JULIO 2017



OF.COORD.POSG.FCMUG.390.17
Junio 02 del 2017

DOCTOR
JULIO EFRÉN JUÉZ ESPINOZA
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA
Ciudad

Por medio del presente comunico a usted, que aplicando lo que consta en la Normativa vigente de **Unidad de Titulación Especial** de la Dirección de Postgrado Vicerrectorado de Investigación, Gestión Social de Conocimiento y Posgrado, su **Proyecto de Titulación** ha sido aprobado con el tema:

"FACTORES MATERNOS QUE INDUCEN AL PARTO POR CESÁREA, EN EL HOSPITAL "LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR DE SANTA ELENA".

Tutor: Dr. JHONY REAL COTTO, PHd.

El cual fue Revisado y aprobado por la Coordinación de Postgrado de la Facultad el día **02 de junio de 2017**, por lo tanto, puede continuar con la ejecución del mismo de acuerdo a la normativa establecida.

Atentamente,

Dr. Guillermo Campuzano Castro Msc.
COORDINADOR DE POSGRADO



C. archivo

Revisado y Aprobado por:	Dr. Guillermo Campuzano Castro, MSc.
Elaborado por:	Jorge Luis Rodríguez Ríos

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIAS Y TECNOLOGÍA	
FICHA DE REGISTRO DE TRABAJO DE TITULACIÓN ESPECIAL	
TÍTULO “FACTORES MATERNOS QUE INDUCEN PARTO POR CESÁREA EN EL HOSPITAL GENERAL “LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR” DE SANTA ELENA”	
Autor: Julio Efrén Juez Espinoza	Tutor: Dr. Jhony Joe Real Cotto Revisor:
INSTITUCIÓN: Universidad de Guayaquil	FACULTAD: Ciencias Médicas
CARRERA: MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA	
FECHA DE PUBLICACIÓN:	N° DE PÁGS.:
ÁREA TEMÁTICA: Salud Pública, Ginecología, Epidemiología, Salud Materna.	
PALABRAS CLAVE: Parto, cesárea, Riesgo, Factores	
<p>RESUMEN: Antecedentes. La cesárea es el procedimiento quirúrgico más realizado en mujeres de todo el mundo. Esta cirugía permite extraer un feto mediante laparotomía; es un procedimiento obstétrico para reducir daños al recién nacido y la madre, a nivel mundial la tasa ideal de cesárea debe estar entre el 10% y el 15% según la OMS. Objetivo general. Determinar los factores maternos que se relacionan con el procedimiento quirúrgico del parto por cesárea de las pacientes atendidas en el Hospital. Liborio Panchana Sotomayor de enero a junio del 2017. Metodología. De enfoque cuantitativo con diseño no experimental de tipo descriptivo, analítico de corte transversal. Resultados. Se observaron 354 embarazadas en edades comprendidas de entre 10 a 49 años de edad de las cuales 191 fueron cesárea, dando resultado del 53,95%. Conclusiones. Factor materno como el tipo de parto de acuerdo a las semanas de gestación constituye riesgo a la culminación del parto incidiendo entre estado de vida del recién nacido por el valor de $p=0,00$ demostrando riesgo en primigestas en edades muy tempranas y añosas. Otro factor materno es número de gestas que presenta una mujer, con la edad revelando valor de $p=0,00$ como factor de riesgo para que el parto culmine en cesárea. Para mejorar los conocimientos en las gestantes en la identificación de factores de riesgo que inciden en cesárea y poder tentativamente reducir número de casos se elaborara un programa de charlas educativas con enfoque de promoción y prevención.</p>	
N° DE REGISTRO (en base de datos):	N° DE CLASIFICACIÓN: N°
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):	
ADJUNTO PDF	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR:	Teléfono: 0996887170 E-mail: juliojuezsponzoa@hotmail.com
CONTACTO DE LA INSTITUCIÓN	Nombre: Secretaria de Coordinación de Posgrado de Facultad de Ciencias Médicas Teléfono: (04) 2288086 E-mail: egraduadosug@hotmail.com



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

ESPECIE UNIVERSITARIA- NIVEL POSTGRADO

Guayaquil, 10 de julio de 2017

Dr. Guillermo Campuzano Castro, MSc.
Coordinador de Posgrado
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de Guayaquil
Ciudad

De mis consideraciones

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de tutor del estudiante **Dr. Julio Efrén Juez Espinoza**, del Programa de Maestría en Salud Pública, nombrado por el Decano de la Facultad de Ciencias Médicas. CERTIFICO: que el Trabajo de Titulación Especial titulado **"FACTORES MATERNOS QUE INDUCEN PARTO POR CESÁREA EN EL HOSPITAL GENERAL "LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR" DE SANTA ELENA"** en opción al grado académico de Magíster en Salud Pública, cumple con los requisitos académicos, científicos y formales que establece el Reglamento aprobado para tal efecto.

Atentamente

Dr. Jhony Joe Real Cotto, MSc.

TUTOR

DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación, se lo dedico a mi querido padre que se encuentra ausente por su apoyo para culminar mi carrera profesional y que ha sido fuente de inspiración y motivación para la culminación de tan importante logro dios me lo bendiga siempre.

.Julio Efrén Juez Espinoza

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por haberme dado la sabiduría necesaria para poder llegar a cumplir mis metas tan anheladas, a mi madre por estar pendiente de mí en todo momento, a mis hijas Anais y Sehgia por ser mi apoyo incondicional en los momentos más difíciles de mi maestría para poder cumplir de mis metas. A mi amigo incondicional y tutor mi eterna gratitud por sus valiosos aportes, al Dr. Jhony Real Cotto.

DECLARACIÓN EXPRESA

“La responsabilidad del contenido de este trabajo de titulación especial, me corresponden exclusivamente; y el patrimonio intelectual de la misma a la UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL”

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Julio Efrén Juez Espinoza', is written over a horizontal line.

FIRMA

Dr. Julio Efrén Juez Espinoza

ABREVIATURAS

BBC: La British Broadcasting Corporation (*BBC*; en español: Corporación de Radiodifusión Británica)

MSP: Ministerio de Salud Pública

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

VIH: virus de inmunodeficiencia humana

EUA: Estados Unidos de América

AMM: Asociación Médica Mundial

Tabla de contenido

Resumen	
Introducción	1
Capítulo 1 MARCO TEÓRICO	4
1.1 Teorías generales	4
1.2 Teorías sustantivas.....	7
1.3 Referentes empíricos.....	12
Capítulo 2 MARCO METODOLÓGICO	15
2.1 Metodología:	15
2.2 Métodos:	16
2.3 Hipótesis	16
2.4 Universo y muestra.....	17
2.5 Operacionalización de variables	17
2.6 Gestión de datos	19
2.7 Criterios éticos de la investigación	19
Capítulo 3 RESULTADOS.....	21
3.1 Antecedentes de la población	21
3.2 Estudio de campo:.....	22
Capítulo 4 DISCUSIÓN	32
4.1 Contrastación empírica:	32
4.2 Limitaciones:.....	33
4.3 Líneas de investigación:.....	
4.4 Aspectos relevantes.....	33
Capítulo 5	35
PROPUESTA.....	35
MEDIDAS DE EDUCACIÓN A LAS EMBARAZADAS PARA DISMINUIR FACTORES DE RIESGO MATERNO QUE TERMINAN EN CESAREA.....	35
Introducción	35
Objetivo	35
Estudio de Factibilidad	35
Factibilidad Administrativa.....	35
Factibilidad legal.....	36
Descripción de la propuesta	36
Descripción de la propuesta	36
Conclusiones y recomendaciones.....	39
Bibliografía	
Anexos.....	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Variable Independiente.....	18
Tabla 2: Variables dependientes.....	19
Tabla 3: Distribución de frecuencias del total de partos.....	23
Tabla 4: Distribución de frecuencias por grupo etario.....	23
Tabla 5: Distribución de frecuencias del tipo de gestas.....	24
Tabla 6: Distribución de frecuencias de tipo de parto.....	24
Tabla 7: Distribución de frecuencias de tipo de nacimientos.....	25
Tabla 8: Distribución de frecuencias de estados de nacimiento.....	25
Tabla 9: Distribución de frecuencias por diagnósticos.....	26
Tabla 10: Tablas cruzadas entre el tipo de parto y el estado del nacimiento.....	28
Tabla 11: Prueba chi2 entre el tipo de parto y el estado del nacimiento.....	29
Tabla 12: Prueba chi2 entre el tipo de gestas y grupo etario.....	29
Tabla 13: Total de atenciones según tipo de gestas y grupo etario.....	30
Tabla 14: Numero de parto según grupo etario.....	30
Tabla 15: Prueba chi2 entre el tipo de parto y el grupo etario.....	30
Tabla 16: Total embarazadas según grupo etario y tipos de control prenatal.....	31
Tabla 17: Prueba chi2 entre el grupo etario y tipo de control prenatal.....	31

Título: FACTORES MATERNOS QUE INDUCEN PARTO POR CESÁREA EN EL HOSPITAL GENERAL “LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR” DE SANTA ELENA

Resumen

Antecedentes. La cesárea es el procedimiento quirúrgico más realizado en mujeres de todo el mundo. Esta cirugía permite extraer un feto mediante laparotomía; es un procedimiento obstétrico para reducir daños al recién nacido y la madre, a nivel mundial la tasa ideal de cesárea debe estar entre el 10% y el 15% según la OMS. **Objetivo general.** Determinar los factores maternos que se relacionan con el procedimiento quirúrgico del parto por cesárea de las pacientes atendidas en el Hospital. Liborio Panchana Sotomayor de enero a junio del 2017. **Metodología.** De enfoque cuantitativo con diseño no experimental de tipo descriptivo, analítico de corte transversal. **Resultados.** Se observaron 354 embarazadas en edades comprendidas de entre 10 a 49 años de las cuales 191 fueron cesárea, dando resultado del 53,95%. **Conclusiones.** Factor materno como el tipo de parto de acuerdo a las semanas de gestación constituye riesgo a la culminación del parto incidiendo entre estado de vida del recién nacido por el valor de $p=0,00$ demostrando riesgo en primigestas en edades muy tempranas y añosas. Otro factor materno es número de gestas que presenta una mujer, con la edad revelando valor de $p=0,00$ como factor de riesgo para que el parto culmine en cesárea. Para mejorar los conocimientos en las gestantes en la identificación de factores de riesgo que inciden en cesárea y poder tentativamente reducir número de casos se elaborara un programa de charlas educativas con enfoque de promoción y prevención.

Palabras claves: Parto, cesárea, Riesgo, Factores

Summary

Background. Caesarean section is the most commonly performed surgical procedure for women around the world. This surgery allows a fetus to be removed by laparotomy; Is an obstetric procedure to reduce damage to the newborn and the mother, worldwide the ideal rate of cesarean section should be between 10% and 15% according to the WHO.

General objective. To determine the maternal factors that are related to the surgical procedure of cesarean delivery of the patients treated at the Hospital. Liborio Panchana Sotomayor from January to June 2017.

Methodology. A quantitative approach with a non-experimental, descriptive, cross-sectional analytical design.

Results. A total of 354 pregnant women between the ages of 10 and 49 years of age were observed, of which 191 were cesarean, with a result of 53.95%.

Conclusions. Maternal factors such as the type of delivery according to the weeks of gestation constitutes risk to the culmination of labor, affecting the state of life of the newborn for the value of $p = 0.00$ showing a risk in primigravidae at very early and early ages. Another maternal factor is the number of pregnancies presented by a woman, with the age revealing a value of $p = 0.00$ as a risk factor for delivery to culminate in cesarean section. To improve the knowledge in pregnant women in the identification of risk factors that have an impact on cesarean section and to be able to tentatively reduce the number of cases, a program of educational talks with a promotion and prevention approach was developed.

Key words: Childbirth, Caesarean section, Risk factors

Introducción

En los actuales momentos el parto por cesárea representa un gran problema de Salud Pública a nivel mundial. La cesárea es el procedimiento quirúrgico más realizado en mujeres de todo el mundo tanto en instituciones públicas y privadas. Esta intervención quirúrgica permite extraer un feto mediante laparotomía e incisión de la pared uterina. Constituye un procedimiento obstétrico fundamental para reducir daños al recién nacido y a la madre, siempre y cuando se realice bajo justificación médica, varios factores han contribuido al aumento global de las tasas de cesáreas, entre ellos, mejores técnicas anestésicas y quirúrgicas, menor riesgo de complicaciones postoperatorias a corto plazo. (OMS, 2015)

A nivel mundial el procedimiento de parto por cesárea es realizado en un alto porcentaje de embarazadas; en Europa se reporta una incidencia de 21%, en Estados Unidos 26 %, en Australia 23% y en Latinoamérica (Chile, Argentina, Brasil, Paraguay y México) rebasa el 50%. En el Ecuador, en el año 2014 se reporta que el índice de parto por cesáreas solo del MSP fue de 41.2%. La Organización Mundial de la Salud (OMS). Desde 1985, los profesionales de la salud a nivel mundial han estimado que la tasa ideal de cesárea debe estar entre el 10% y el 15%. También desde entonces, las cesáreas son cada vez más frecuentes tanto en países desarrollados como en países en desarrollo. (MSP, 2016)

Considerando que el parto por cesárea puede afectar a la población durante todo el año es necesario reunir información clínica de calidad y de forma exacta para poder detectar, investigar y comprobar tempranamente los casos para tomar las medidas de prevención y control necesarias. Por lo que en este estudio se revisan factores biológicos

como edad, estatura; conductuales como tabaquismo, alcoholismo, drogadicción y clínicos como el diagnóstico, tipo de enfermedad, entre otros; así como las secuelas quirúrgicas y los trastornos uterino.

La problemática presentada lleva a formular lo siguiente: ¿Cuáles son los factores de riesgo materno relacionados al incremento de las cesáreas de las pacientes atendidas en el Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor de Santa Elena? Nuestra propuesta es evitar los factores maternos que inciden en el incremento de las cesáreas el en el Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor de Santa Elena durante los meses de enero a junio del presenta año ya que en Ecuador y en esta Provincia se ha convertido en un problema de Salud Pública y que permitan implementar medidas preventivas para prevenir la muerte materna y fetal

El objeto de estudio del presente trabajo es el embarazo y el campo de la investigación será los factores maternos que se asocia a la actuación del procedimiento quirúrgico del parto por cesárea. El objetivo general fue determinar los factores maternos que se relacionan con el procedimiento quirúrgico del parto por cesárea de las pacientes atendidas en el área de ginecobstetricia del Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor ubicado en Cantón Santa Elena de enero a junio del 2017. Los objetivos específicos fueron: determinar los factores maternos, establecer las causas de parto por cesáreas, relacionar los factores maternos con el procedimiento quirúrgico de parto por cesárea, propuesta de medidas preventivas de factores maternos que inciden en el procedimiento quirúrgico de cesárea.

La novedad científica de este estudio está dado por las múltiples complicaciones que se presentan durante el embarazo y por la dificultad de los profesionales de la salud en reconocer los factores de riesgos maternos que conllevan a realizar un procedimiento quirúrgico de parto por cesárea, surge la necesidad de exponerlos, el cual está relacionado a la problemática de salud que orienta a identificar medidas preventivas de factores maternos que inciden en el procedimiento quirúrgico de cesárea, propuestas para evitar consecuencias negativas en embarazos posteriores, así como ofrecer el conocimiento de a través del personal de primer nivel de salud para concientizar a la comunidad de los riesgo maternos que pueden presentarse durante el embarazo, conocer calidad de vida de los afectados facilita a las autoridades locales tomar las decisiones administrativas para optimizar los servicios de salud desde el primer hasta el tercer nivel, parámetros que se exponen en el objetivo de buen vivir del Plan Nacional del Buen Vivir, Constitución de la República de Ecuador además de los compromisos con organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Capítulo 1

MARCO TEÓRICO

1.1 Teorías generales

La cesárea es la intervención quirúrgica que permite extraer un feto mediante laparotomía e incisión de la pared uterina (histerotomía). Constituye un procedimiento obstétrico fundamental para reducir daños al recién nacido y a la madre, siempre y cuando se realice bajo justificación médica (MSP D. N., 2016). La cesárea se considera la más antigua y a la vez la más moderna de las operaciones obstétricas, pues de todas ellas es la que tardíamente ha alcanzado la perfección. No debemos olvidar que al someter a la embarazada a esta operación se incrementa el riesgo de complicar hasta siete veces más que el parto normal, es por eso que la cesárea se considera actualmente la gran solución obstétrica para los problemas, pero no debemos abusar de su práctica. (Sotelo, 2015)

Entre los tipos de cesarea se tiene: Según antecedentes obstetricos de la paciente la que se realiza por primera vez, iterativa cuando se practica en la paciente con antecedentes de dos o mas cesareas y previa cuando existe el antecedentes de una cesaras anterior. Según indicaciones; urgente es la que se practica para resolver o prevenir una complicación materna o fetal en etapa crítica; electiva cuando se programa para ser realizada en una fecha determinada por alguna indicación médica y se ejecuta antes que inicie el trabajo de parto (Secretaria de Salud, 2015)

Según técnica quirúrgica; corporal o clásico la incisión es vertical se realiza en el cuerpo uterino. Sus indicaciones son: cáncer cervicouterino invasor, embarazo pretermino, situación fetal transversa, histerorrafia corporal previa, placenta previa

cara anterior, cesárea posmortem, miomatosis uterina de grandes elementos y después de la cesárea se realizará una histerectomía. Sus desventajas son apertura y cierre más difícil, mayor hemorragia, adherencias, histerorrafia menos resistente que puede hacerse dehiscente durante otro embarazo; Segmento corporal (Beck); incisión es vertical y se realiza sobre el segmento y parte del cuerpo uterino. Sus principales indicaciones son: embarazo pretérmino, embarazo gemelar, situación fetal transversa, presentación pélvica, placenta previa en cara anterior del útero; Segmento arciforme o transversal (Kerr); procedimiento más usada por ventajas, al realizarse la incisión transversal del segmento inferior produce menos hemorragia permitiendo una fácil apertura y cierre de la pared uterina, formación de cicatriz uterina resistente con poca probabilidad de dehiscencia. (Secretaría de Salud, 2015)

La cesárea es una de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes en todo el mundo, y su frecuencia sigue aumentando, sobre todo en países ingresos altos y medianos. Aunque permite salvar vidas humanas, a menudo se practica sin que existan indicaciones clínicas, lo cual pone a las madres y a los niños en riesgo de sufrir problemas de salud a corto y a largo plazo. La cesárea puede ser necesaria cuando el parto vaginal sea un riesgo para la madre o el niño por ejemplo: parto prolongado, sufrimiento fetal o presentación anómala, también puede causar complicaciones como, discapacidad y muerte, sobre todo en entornos que carecen de instalaciones para realizar intervenciones quirúrgicas en condiciones seguras y tratar posibles complicaciones. Desde 1985, la comunidad sanitaria internacional ha considerado que la tasa “ideal” de cesáreas esta entre el 10% y el 15%. Nuevos estudios revelan que el número de muertes maternas y neonatales disminuye cuando

dicha tasa se acerca al 10%, pero no hay pruebas de que las tasas de mortalidad mejoren cuando se supera esa cifra del 10%. (OMS, 2015).

Debido a que la tasa de cesárea se incrementa, de un 15 a un 33% en los últimos 25 años, los riesgos de morbilidad y mortalidad materna también se incrementan, por las complicaciones infecciosas, hemorrágicas, anestésicas y trombo embolicas. El incremento injustificado de la cesárea eleva los costos hospitalarios y puede comprometer el futuro obstétrico de la mujer por existencia de una cicatriz uterina. Esta se asocia con una incidencia de infecciones entre el 8% y el 27%, mientras que el parto vaginal es del 2% al 3%. Los índices de transfusión debido a hemorragias en mujeres con cesárea alcanzan del 1% al 6%. La morbilidad materna es 5 a 10 veces mayor en la operación cesárea y la mortalidad es 2 a 4 veces mayor con relación al parto vaginal. Respecto a mortalidad perinatal, con la posible relación inversa entre número de cesáreas y mortalidad perinatal. Sin duda que la operación cesárea ha contribuido a la disminución de la misma, otras acciones obstétricas, neonatales y de salud pública también el Ecuador no ha estado ajeno a la situación mundial con respecto al parto por cesárea. (Ramírez, 2016)

En la actualidad tiene una importancia relevante esta entidad la cual es recogida en una destacada publicación auspiciada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), titulada “El mapa de los países donde se practican más y menos cesáreas en el mundo”. Los partos por cesárea se han convertido en una práctica demasiado habitual, a ojos de la Organización Mundial de la Salud (OMS). El consenso científico dice que cada país debería tener una tasa de entre un 10% y 15% de operaciones de este tipo, pero hay países que sobrepasa el 50%. Brasil está en la

cima de países con más cesáreas, con un 56% de partos llevados a cabo de este modo, según los datos proporcionados por la OMS a la BBC, Egipto sigue de cerca al país latinoamericano con un 51,8% de los partos por cesárea, le sigue Turquía, con una tasa del 47,5%. En Europa, Italia el 38,1% de sus nacimientos son por cesáreas. (OMS., 2015)

Como se puede observar que en América Latina esta cirugía está muy asentada: México, Argentina, Puerto Rico, Cuba y República Dominicana se encuentran en ese escalón de países con mayores cesáreas y bajando un peldaño; entre el 25,1% y el 35% de los partos por cesárea, están Chile, Paraguay, Uruguay, Colombia, Ecuador y Venezuela. Estos últimos tienen niveles similares a países como EEUU, España, China o Reino Unido, entre otros. Los países con menos cesareas en America Latina que cumplen con las recomendaciones de la OMS son Guatemala y Honduras, y otros que se acercan como Perú y Bolivia (OMS, 2015)

1.2 Teorías sustantivas

En la ocurrencia del parto por cesárea intervienen enfermedades maternas con factores de riesgos maternos que terminaron en parto por cesárea por complicaciones durante la gestación como: enfermedades hipertensivas durante el embarazo, placenta previa, enfermedades que imposibiliten el parto natural parto como herpes genital o VIH, útero con cicatrices previas, diabetes gestacional, pelvis demasiado estrecha, existencia de tumores en el canal del parto, mujeres con presencia de mala presentación del producto, embarazos gemelares. La OMS ha denominado parto obstruido a las categorías de trabajo de parto prolongado y la desproporción cefalopélvica, lo cual ocasiona secuelas en la madre y el niño y aporta 8 % de mortalidad materna. (Méndez, 2012)

En general no hay una única causa de parto por cesárea, a continuación se discute los diferentes factores de riesgo asociados a los partos por cesárea como: Factores de riesgo individuales de la madre.- Estos factores de riesgo que se asocia con la madre durante el embarazo y las complicaciones o secuelas que pueden llegar a un parto por cesárea, hay una serie características que son individuales de la gestante que afectan el embarazo que tiene que ver con la edad como el embarazo en adolescente, se considera como una etapa de la vida del ser humano donde ocurren cambios biológicos, psicológicos y sociales; la edad establecida por la Organización Mundial de la Salud está entre 10 y 19 años. Es un período crítico en el desarrollo de los comportamientos sexuales que pueden llevar a adquirir un embarazo no planeado y una infección de transmisión sexual, incluyendo VIH, por el alto grado de promiscuidad, Las complicaciones relacionadas con el embarazo se reportan entre las principales causas de muerte de las mujeres entre 15 y 19 años en casi todas las regiones de América Latina y el Caribe. (Barón, 2013)

El embarazo antes de los 20 y después de los 35 años, se asocia a un mayor riesgo materno y perinatal. El embarazo en menores de 20 años o embarazo en adolescente, además del mayor riesgo biológico que implica, genera una situación de riesgo social para el recién nacido y la madre. Además es un importante problema de salud pública en la mayoría de los países, especialmente para aquellos en desarrollo. El embarazo en mujeres de 35 o más años esta asociado a un aumento del riesgo de presentar una serie de patologías propias de la gestación y una mayor frecuencia de patologías maternas crónicas, que traen como consecuencia una un incremento de probabilidad de muerte materna y perinatal. (Donoso, 2014)

La preeclampsia enfermedad exclusiva de la gestación humana, que conlleva a morbimortalidad perinatal elevada; depende de la interacción entre varios genes maternos con el genotipo fetal y con factores medioambientales, lo que determina la generación de una respuesta que conlleva a la aparición de hipertensión arterial y proteinuria durante la segunda mitad del embarazo. Es una enfermedad sistémica, que cuando se acompaña de convulsiones se denomina eclampsia y ensombrece el buen estado de la madre y el feto (Salazar, 2014)

La preeclampsia constituye la primera causa de muerte materna en los países desarrollados y la tercera en los países en vía de desarrollo; se han descrito de 237 defunciones por cada 10 000 nacimientos, cada 3 min muere en el mundo una mujer por preeclampsia y 50 000 cada año. Factores hereditarios y adquiridos, familiares, ambientales e individuales parecen actuar de diversas maneras para que aparezca la preeclampsia. Esta patología se presenta en el 5-10 % de todos los embarazos y es más bien una enfermedad de primigestas (85 %), la padecen del 14,5 al 20 % de las pacientes con embarazo múltiple y el 25 % de las mujeres con hipertensión crónica. Otros factores identificados que aumentan el riesgo de preeclampsia son las edades maternas extremas, hipertensión crónica, enfermedad renal, diabetes mellitus, trombofilias, obesidad, síndrome de ovarios poliquísticos. En la actualidad es un problema de salud pública frecuente y es significativa su relación con el aumento de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. (Valdés, 2014)

El VIH/sida se ha convertido en un problema de salud mundial y el Ecuador no escapa a esta tendencia. La manera de afrontar la enfermedad debe prestar atención a las características específicas de la epidemia en el país, desde el punto de vista

médico, y desde su dimensión social, económica y cultural. La recomendación para la terminación del embarazo en pacientes VIH en el Ecuador es siempre la realización de cesárea electiva o programada entre 37 y 38 semanas, Carga viral >1000 copias a 34 semanas o desconocida, Evitar el nacimiento de recién nacidos prematuros. (MSP, 2017)

La diabetes gestacional se caracteriza por hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre) que se presenta durante el embarazo y alcanza valores que, pese a ser superiores a los normales, son inferiores a los establecidos para diagnosticar una diabetes. Las mujeres con diabetes gestacional corren mayor riesgo de sufrir complicaciones durante el embarazo y el parto. Además, tanto ellas como sus hijos corren mayor riesgo de padecer diabetes Mellitus de tipo 2 en el futuro. La Diabetes constituye la complicación más frecuente en el embarazo, reconocido así por la Organización Mundial de la Salud (OMS) incidiendo directamente en la madre y el feto. (OMS, 2016)

Factores de riesgo relacionados con el estilo de vida de la mujer y gestante.-

El consumo de tabaco materno así como también la exposición al humo de tabaco ambiental, afectan tanto al feto como a la madre. Las mujeres fumadoras tienen mayor riesgo de complicaciones obstétricas (placenta previa, aborto, espontáneo, parto prematuro) y complicaciones del feto y recién nacido (bajo peso al nacer, aumento de la mortalidad perinatal). La buena noticia es que las mujeres que dejan de fumar antes o durante el embarazo, no solo mejoran su salud en general sino que reducen su riesgo de ruptura prematura de membranas, embarazo pretérmino y bajo peso del recién nacido no se conoce las cifras exactas de mujeres que fuman durante

el embarazo y muchas de las que verdaderamente fuman en la consulta lo niegan (Acosta, 2013)

Las embarazadas que están conectadas visualmente a la televisión en un número de horas determinadas tienen una relación directa con parto. La realización de ejercicio físico es adecuada y no está contraindicada ya que producen bienestar físico y psicológico. El ejercicio aeróbico es necesario durante la gestación para fortalecer los músculos y activar la circulación venosa. Las actividades físicas recomendadas son: caminatas no extenuantes y ejercicios para fortalecer los músculos suelo pélvico y dorso lumbar. Todas ellas deberán estar acompañadas por una adecuada hidratación. (Acosta, 2013)

Las indicaciones para cesárea es quien sea el supuesto beneficiario de la intervención: maternas y fetales. Se acepta que existen indicaciones absolutas de cesáreas que no plantean problemas en la toma de decisiones por la evidencia de su necesidad; otras de justificación más discutible, son las que hoy proporcionan gran parte de la alta incidencia de cesáreas, las causas de la cesárea son: Maternas; desproporción céfalo-pélvica, estrechez pélvica, obstrucciones mecánicas de la vagina, fibrosis cervical, dos o más cesáreas previas, cesárea corporal. Entre las causas fetales tenemos: Feto en situación transversa, feto en presentación podálica, feto en variedad de frente, embarazo múltiple (dos o más), Gemelar monoamniótico monocorial, Gemelar bivitelino en que ambos no estén en cefálico, sufrimiento fetal agudo en el primer periodo del parto, macrosomía Fetal mayor de 4.500 gr. (Medina J. , 2016)

1.3 Referentes empíricos

Ginebra/Washington, DC, 10 de abril de 2015 (OPS/OMS)- El Parto por cesárea es una de las operaciones quirúrgicas más frecuentes del mundo, con tasas que siguen subiendo, y en particular en los países de ingresos medios y altos, la cesárea a menudo se realiza sin necesidad médica, poniendo a las mujeres y a sus bebés en riesgo de problemas de salud a corto y a largo plazo. La OMS ha considerado que la tasa ideal para las cesáreas varía entre 10% y 15%. Se estima que a nivel mundial, la tasa de cesárea supera el ideal. En las Américas, es del 38,9% en promedio, según los últimos datos disponibles en 25 países (OPS/OMS, 2015)

Los Países donde más se practica el parto por cesárea: No sólo en Brasil se ha extendido esta práctica de una forma desmesurada, Egipto siguen de cerca al país latinoamericano con un 51,8% de los partos llevados a cabo de esta manera. También, Turquía, que es el país que los sigue con una tasa del 47,5. Europa como en Italia el 38,1% de sus nacimientos se producen por cesárea. Países con menos cesáreas tenemos, que en América Latina tiene países que cumplen con las recomendaciones de la OMS en esta materia, tales como Guatemala y Honduras, y otros que se acercan como Perú y Bolivia. En este sentido citan a países africanos como Níger, Chad, Etiopía, donde las cesáreas apenas corresponden a un 2% de los nacimientos. (OMS/BBC, 2015)

En los Estados Unidos de América (EUA), en el 2006 se alcanzó un récord histórico de cesáreas. En ese año, el porcentaje de nacimientos por vía abdominal fue del 31.1%, con un aumento del 50% en la última década. En los países emergentes como China, la cesárea representa un porcentaje cercano al 40% de los nacimientos, de igual manera a Corea del Sur. Chile tiene el mayor porcentaje de

cesáreas en la población general con el 40%, incrementándose hasta un 51% en instituciones privadas. (Ruiz, 2014)

Buenos Aires, 28 de octubre de 2015 (OPS/OMS).- Funcionarios y profesionales de la salud de diferentes sectores del país advirtieron sobre el aumento de las cesáreas innecesarias en Argentina, esto se repite también en la región, donde cuatro de cada diez partos son por cesárea, Así lo indicaron durante un encuentro organizado por el Ministerio de Salud de la Nación, con el apoyo de OPS/OMS. La tasa de cesáreas se ubica en un promedio del 30,6% de los partos registrados en el país entre 2010 y 2013, de acuerdo con el Segundo Informe Nacional de Relevamiento Epidemiológico. (OPS/OMS, 2015)

Cuba no está ajena a este incremento de la operación cesárea, en estudios realizados por Piloto y colaboradores muestra el índice de cesáreas primitivas desde el año 1970 hasta el 2011, donde se visualiza en una escala ascendente de 3,7% hasta 30,4%. En el Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin las cifras de cesáreas alcanzadas es de 27,5% desde el 2010 hasta 2013, incrementándose en respecto a años anteriores. Por la importancia que reviste esta problemática se realizó esta investigación con el objetivo de determinar el comportamiento del parto por cesárea en el periodo comprendido de enero de 2010 a diciembre de 2013. La muestra fue 11 726 partos por cesárea. (Martínez H, 2015)

El indicador de cesárea primitiva en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro de la ciudad de Guaranda, muestra un parámetro superior al establecido por la OMS. La mayor cantidad de cesáreas primitivas correspondió a las gestantes multíparas

mayores de 20 años, a término. La desproporción céfalo pélvica y el compromiso de bienestar fetal fueron las causas fundamentales en la indicación. En el análisis e interpretación, el estudio realizado desde el 1 de mayo del 2015 hasta el 30 de abril del 2016 muestra el mayor número de gestantes 304 que representa el 69.2 % de la muestra, a las que se les realizó por primera vez una cesárea, cabe destacar que proceden de 11 parroquias de las cuales 3 son urbanas y las 8 restantes rurales. (Valdez.C, 2017)

Dávila G, en el año 2014 en su investigación titulada “Prevalencia y Causas de Cesárea en Pacientes del Servicio de Ginecología y Obstetricia” del Hospital Carlos Andrade Marín en el primer semestre del 2013, analizó 793 historias clínicas de pacientes cuyo embarazo culminó mediante cesárea, independientemente de la edad gestacional. La prevalencia de cesárea fue de 50,32%. La principal causa de parto por cesárea fue la cesárea previa con un 40,2%, seguida de la desproporción céfalo-pélvica con 13,5% y en tercer lugar la mala presentación fetal con 11%. (Gonzalo, 2014)

CAPITULO 2

MARCO METODOLÓGICO

2.1. Metodología.

La presente investigación está dirigida a las pacientes gestantes que reciben atención prenatal en el Hospital General “Dr. Liborio Panchana Sotomayor”, el propósito es conocer los factores de riesgos que presentaron las embarazadas que terminaron en parto por cesárea, el enfoque que se emplea en este estudio es el cuantitativo que se basa en la recolección de datos para probar la hipótesis establecida, a través del análisis estadístico, conteo y medición numérica, estableciendo patrones de comportamiento de la población objeto de estudio. (López, 2013)

Los datos fueron extraídos del historial clínico de las gestantes con factores de riesgo en los meses de enero hasta junio del 2017 dando como resultado 191 embarazadas de edades comprendidas entre 10 a 49 años con controles continuos en este hospital, estos datos serán analizados para determinar cuáles fueron las causas que provocaron que el parto se realizará por cesárea.

Este tipo de estudio se considera analítico ya que su finalidad es evaluar la relación causal entre un factor de riesgo y el efecto que conlleva la enfermedad tanto para la embarazada y el feto, esta investigación servirá para que las mujeres embarazadas puedan identificar los principales signos de alarmas durante su gestación para disminuir los factores de riesgos que inducen al parto por cesárea. Al definir las indicaciones de

cesáreas, se agruparon de la siguiente forma: Sufrimiento fetal agudo, bradicardia fetal, Cesárea Previa: incluye la cesárea anterior, y la cesárea iterativa; Trastornos Hipertensivos asociados al embarazo, Inducción fallida; Distocia de presentación: incluye las diferentes presentaciones (podálica, transverso, etc.); Desproporción cefalopélvica (Borrero, 2014)

2.2. Métodos.

La presente investigación se fundamenta en el método empírico y analítico debido a que el estudio se enfoca en el hecho, observación, medición y el experimento de los datos obtenidos en el Registro Diario de Intervenciones Quirúrgicas donde se determinaron las causas que indujeron al parto por cesárea de las pacientes que asisten al Hospital Liborio Panchana de enero hasta mayo del 2017 tomando en consideración a 191 gestantes.

El método utilizado fue de diseño no experimental de tipo descriptivo, analítico de corte transversal; permiten que el estudio que se está llevando a cabo se realice de una manera ordenada para conocer la verdad de los hechos, en este caso se analizaran las variables que intervienen en la investigación para observar las causas, naturaleza y los efectos, para comprender mejor su comportamiento estableciendo nuevos criterios acerca de los factores de riesgos maternos que presente las mujeres embarazadas. (Borrero, 2014)

2.3. Hipótesis.

Los factores maternos constituyen un riesgo para que el parto culmine en cesárea.

2.4. Universo y muestra.

La población del presente estudio está dirigida a las mujeres que tuvieron un parto por cesárea en los meses de enero y mayo del 2017, atendiendo a un total de 354 mujeres en edades de 10 a 49 años de edad, la investigación está enfocada los partos por cesáreas que tienen factores de riesgos maternos dando lugar a 191 pacientes registradas en las bases de datos del hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor.

El tipo de muestreo que se aplicó en este estudio fue el muestreo por conveniencia ya que se trabajó con el 100% de la población de embarazadas que tuvieron altos factores de riesgos que indujeron parto por cesárea seleccionando 191 embarazadas provenientes de este hospital que cumplieron con el criterio de selección.

2.5. Operacionalización de variables.

Tabla 1:

Variable Independiente

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA
Factores Materno	Morbilidades presentadas durante el embarazo	Número de mujeres embarazadas de parto por cesárea/Total de mujeres embarazadas	Enfermedades Hipertensivas Placentas Previas Herpes Genital o VIH Útero con cicatrices Tumores en el canal del Parto Presencia de mala presentación del producto. Embarazo Gemelar

Elaborado por: Juez J.

Tabla 2:
Variables dependientes

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA
Grupo Etario	Grupo de edades por rangos	Número de mujeres embarazadas con factores maternos por Grupo de edades / Total de embarazadas	1. [10-13 años] 2. [14-16 años] 3. [17-19 años] 4. [20-24 años] 5. [25-29 años] 6. [30-34 años] 7. [35 años y más]
Procedencia por Cantones	Cantones donde residen las embarazadas	Número de mujeres embarazadas por Cantones / Total de mujeres embarazadas	Esmeraldas Guayaquil La Libertad Playas Posorja Salinas Santa Elena
Procedencia por Parroquias	Parroquias donde residen las embarazadas	Número de mujeres embarazadas por Parroquias/ Total de mujeres embarazadas	Anconcito Atahualpa Ballenita Chanduy Colonche Esmeraldas Guayaquil José Luis Tamayo (Muey) La Libertad Manglaralto Playas Posorja Salinas San José de Ancón Santa Elena Santa Rosa Simon Bolívar (Julio Moreno)
Gestas	Proceso fisiológico de implantación, crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero.	Número de gestas de la paciente embarazada.	PRIMIGESTA SECUNDIGESTA TERCIGESTA MULTIGESTA
Tipo de Parto	El parto humano, también llamado nacimiento, es la culminación del embarazo humano hasta el periodo de salida del bebé del útero.	Tipo de parto de acuerdo a las semanas de gestación / Total embarazada	INMADURO PRETERMINO TERMINO POST-TERMINO

Estado Nacimiento	Condiciones del producto al ser expulsado o extraído de la madre.	Número de mujeres embarazadas con factores de riesgo.	MUERTO (OBITO FETAL) VIVO
Tipo de Control Prenatales	Número de controles que se realizan durante el periodo de gestación.	Número de embarazos con controles tipo de controles prenatales/ Total de embarazos.	< = 5 Controles insatisfactorios > = 5 Controles satisfactorios

Elaborado por: Juez J.

2.6. Gestión de datos.

Los datos fueron recolectados del departamento de estadísticas del Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor con la respectiva autorización del Director Médico Asistencial, siendo la encargada del área de estadística la que suministró las bases de datos de las Cirugías realizadas en el periodo de Enero a Mayo del 2017 además de la revisión de las fichas medicas de las pacientes embarazadas para realizar la respectiva verificación de la información suministrada. Para el tratamiento de la información se utilizó el programa SPSS versión 22 para analizar el comportamiento de las variables, obtención de las frecuencias y la comprobación de la hipótesis utilizando el Modelo del Chi_2 .

2.7. Aspectos éticos de la investigación.

El presente estudio está basado en los principios éticos de la declaración de Helsinki promulgado por la Asociación Médica Mundial “AMM” como una propuesta de investigación médica realizada en seres humanos, incluyendo información identificable de calidad siendo, además se ha erigido como un referente internacional en las investigaciones. (Helsinki, 2013)

La realización de este proyecto en el Hospital Dr. Liborio Panchana Sotomayor fue aprobada por el comité hospitalario de ética de esta institución o el director del hospital, (Anexo 3) esta investigación tiene como finalidad conocer los factores de riesgo que inducen al parto por cesaría de las gestantes, ya que se conoce que las complicaciones se producen por enfermedades hipertensivas, placenta previa, diabetes gestacional, cicatrices previas, herpes genital, embarazos gemelares y presencia de mala presentación del producto, de estos aspectos mencionados se determinará cuáles son los que se presentan con mayor frecuencia.

CAPÍTULO 3

RESULTADOS.

3.1. Antecedentes de la población.

El Hospital Dr. Liborio Panchana Sotomayor, está ubicado en el cantón Santa Elena de la provincia de Santa Elena en la Avenida Márquez de La Plata, se encuentra limitado al: Norte: Cementerio General de Santa Elena; Sur: Barrio 25 de diciembre; Este: Barrio 11 de Enero; Este: Sector K. Con sus coordenadas geográficas X 516351, Y 9753366. Es un Hospital General de complejidad segundo nivel donde recibe pacientes de los tres cantones de Santa Elena, La Libertad y Salinas a su vez como es un hospital de la zona 5 se recibe paciente de otras provincias que brinda atención en las especialidades de medicina interna, cirugía, pediatría, gineco-obstetricia, cardiología, traumatología, psicología y odontología, además de servicios técnicos complementario como rayos x, ecosonografía, audiología, laboratorio clínico, farmacia, terapia respiratoria y de lenguaje, vacunación, consejería, estadística y atención al usuario. Para el desarrollo de la investigación se identifica que entre la población atendida, sólo 354 pacientes que cumplen los criterios de estudio de madres embarazadas, de ellas realizaron parto por cesáreas 191 pacientes las mismo que fueron acogidas en el área de Ginecobstetricia del Hospital General Santa Elena en la Provincia Santa Elena, durante los meses de enero a mayo del presente año, notificadas en el sistema de Atención Integral de Pacientes e historias clínicas en físico.

3.2. Estudio de campo.

La investigación está basada en los registros de embarazadas con factores de riesgos que indujeron al parto por cesárea en los meses de enero a mayo del 2017 en edades comprendidas de entre 10 a 49 años de edad. A continuación, se realizó el análisis de las variables que intervienen en el estudio.

Tabla 3:

Distribución de frecuencias del total de partos

PARTOS	FRECUENCIA	%
Cesáreas	191	53,95%
Parto	163	46,05%
Embarazo	354	100,00%

Elaborado por: Juez J.

Dentro de los estudios realizados de enero a mayo del 2017 en la base de datos estadísticos de mujeres embarazadas en el Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor nos revelo que 354 embarazadas fueron atendidas en el área gineco-obstetra de esta institución dando como resultado del 53,95% casos terminaron en cesárea, donde la recomendación de la OMS refiere, que se han estimado que la tasa ideal de cesárea debe estar entre el 10% y el 15%

Tabla 4:

Distribución de frecuencias por grupo etario

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
[10-14 años]	1	,5	,5
[15-19 años]	37	19,4	19,9
[20-49 años]	153	80,1	100,0
Total	191	100,0	

Elaborado por: Juez J.

De acuerdo a la población obtenida, el mayor porcentaje se da en las embarazadas de 20 a 49 años de edad con el 80,1% mientras que el grupo etario de 10 a 14 años solo refleja un caso que representa el 0,5%.

Tabla 5:

Distribución de frecuencias del tipo de gestas.

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
PRIMIGESTA	56	29,3	29,3
SECUNDIGESTA	39	20,4	49,7
TERCIGESTA	41	21,5	71,2
MULTIGESTA	55	28,8	100,0
Total	191	100,0	

Elaborado por: Juez J.

Las embarazadas clasificadas de acuerdo al número de gestas que presentaban incluido el embarazo actual muestran un mayor porcentaje las primigestas con el 29,3% y las multigestas con el 28,8%, las tercigestas y secundigestas con el 21,5% y 20,4% respectivamente.

Tabla 6:

Distribución de frecuencias de tipo de parto

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
INMADURO	5	2,6	2,6
PRETERMINO	26	13,6	16,2
TERMINO	154	80,6	96,9
POST-TERMINO	6	3,1	100,0
Total	191	100,0	

Elaborado por: Juez J.

En la distribución por tipo de parto de acuerdo a las semanas de gestación se observa el mayor porcentaje en los partos a término que oscilan desde las 37 hasta las 40 semanas de gestación con el 80,6% de la población estudiada, mientras que el 13,6% se revela en las pacientes pre-termino que van desde las 28 hasta las 36 semanas de gestación con el 13,6%, con un parto inmaduro se refleja el 2,6% y el 3,1 el parto pos-termino.

Tabla 7:
Distribución de frecuencias de tipo de nacimientos.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<i>GEMELAR</i>	2	1,0	1,0
<i>UNICO</i>	189	99,0	100,0
Total	191	100,0	

Elaborado por: Juez J.

De acuerdo a los resultados que se presenta en la siguiente tabla muestra que la frecuencia de tipo de nacimientos corresponde a un 99% como único, mientras tanto el 1% es de tipo gemelar.

Tabla 8:
Distribución de frecuencias de estados de nacimiento.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<i>OBITO FETAL</i>	5	2,6	2,6
<i>VIVO</i>	186	97,4	100,0
Total	191	100,0	

Elaborado por: Juez J.

En la muestra estudiada, se observa el 97,4% de los nacimientos procedentes de estas cesáreas nacen vivos, mientras que un 2,6% nacen muertos cifra altamente elevada para la exigencias y normas nacionales.

Tabla 9:
Distribución de frecuencias por diagnósticos.

DIAGNOSTICO1	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
A600: Infección de genitales y trayecto urogenital debida a virus del herpes [herpes simple]	1	,5	,5
A630: Verrugas (venéreas) anogenitales	1	,5	1,0
D649: Anemia de tipo no especificado	2	1,0	2,1
G403: Epilepsia y síndromes epilépticos idiopáticos generalizados	2	1,0	3,1
I429: Cardiomiopatía, no especificada	1	,5	3,7
K42: Hernia umbilical	1	,5	4,2
N111: Pielonefritis crónica obstructiva	1	,5	4,7
N760: Vaginitis aguda	1	,5	5,2
N771: Vaginitis, vulvitis y vulvovaginitis en enfermedades infecciosas y parasitarias clasificadas en otra parte	1	,5	5,8
O109: Hipertensión preexistente no especificada, que complica el embarazo, el parto y el puerperio	1	,5	6,3
O120: Edema gestacional	1	,5	6,8
O13X: Hipertensión gestacional [inducida por el embarazo] sin proteinuria significativa	3	1,6	8,4
O140: Preeclampsia moderada	4	2,1	10,5
O141: Preeclampsia severa	18	9,4	19,9
O149: Preeclampsia, no especificada	1	,5	20,4
O15: Eclampsia	2	1,0	21,5
O150: Eclampsia en el embarazo	1	,5	22,0
O23: Infección de las vías genitourinarias en el embarazo	2	1,0	23,0
O233: Infección de otras partes de las vías urinarias en el embarazo	1	,5	23,6

O234: Infección no especificada de las vías urinarias en el embarazo	1	,5	24,1
O239: Otras Infecciones y las no especificadas de las vías genitourinarias en el embarazo	1	,5	24,6
O24: Diabetes mellitus en el embarazo	2	1,0	25,7
O260: Aumento excesivo de peso en el embarazo	1	,5	26,2
O300: Embarazo doble	2	1,0	27,2
O321: Atención materna por presentación de nalgas	6	3,1	30,4
O322: Atención materna por posición fetal oblicua o transversa	5	2,6	33,0
O324: Atención materna por cabeza alta en gestación a término	1	,5	33,5
O328: Atención materna por otras presentaciones anormales del feto	2	1,0	34,6
O330: Atención materna por desproporción debida a deformidad de la pelvis ósea en la madre	1	,5	35,1
O331: Atención materna por desproporción debida a estrechez general de la pelvis	6	3,1	38,2
O332: Atención materna por desproporción debida a disminución del estrecho superior de la pelvis	3	1,6	39,8
O333: Atención materna por desproporción debida a disminución del estrecho inferior de la pelvis	4	2,1	41,9
O334: Atención materna por desproporción fetopelviana de origen mixto, materno y fetal	1	,5	42,4
O342: Atención materna por cicatriz uterina debida a cirugía previa	52	27,2	69,6
O363: Atención materna por signos de hipoxia fetal	2	1,0	70,7
O364: Atención materna por muerte intrauterina	1	,5	71,2
O366: Atención materna por crecimiento fetal excesivo	1	,5	71,7
O410: Oligohidramnios	1	,5	72,3
O42: Ruptura prematura de las membranas	8	4,2	76,4
O420: Ruptura prematura de las membranas, e inicio del trabajo de parto dentro de las 24 horas	5	2,6	79,1
O429: Ruptura prematura de las membranas, sin otra especificación	1	,5	79,6
O44: Placenta previa	2	1,0	80,6
O441: Placenta previa con hemorragia	3	1,6	82,2
O45: Desprendimiento prematuro de la placenta [Abruptio placentae]	3	1,6	83,8

O470: Falso trabajo de parto antes de las 37 semanas completas de gestación	1	,5	84,3
O61: Fracaso de la inducción del trabajo de parto	1	,5	84,8
O62: Anormalidades de la dinámica del trabajo de parto	1	,5	85,3
O629: Anomalía dinámica del trabajo de parto, no especificada	1	,5	85,9
O649: Trabajo de parto obstruido debido a presentación anormal del feto no especificada	2	1,0	86,9
O68: Trabajo de parto y parto complicados por sufrimiento fetal	1	,5	87,4
O680: Trabajo de parto y parto complicados por anomalía de la frecuencia cardíaca fetal	1	,5	88,0
O688: Trabajo de parto y parto complicados por otras evidencias de sufrimiento fetal	1	,5	88,5
O689: Trabajo de parto y parto complicados por sufrimiento fetal, sin otra especificación	2	1,0	89,5
O990: Anemia que complica el embarazo, el parto y el puerperio	1	,5	90,1
Z35: Supervisión de embarazo de alto riesgo	8	4,2	94,2
Z353: Supervisión de embarazo con historia de insuficiente atención prenatal	1	,5	94,8
Z354: Supervisión de embarazo con gran multiparidad	1	,5	95,3
Z356: Supervisión de primigesta muy joven	9	4,7	100,0
Total	191	100,0	

Elaborado por: Juez J.

Con el diagnóstico de Atención materna por cicatriz uterina debida a cirugía previa se observa el 27,2% de las mujeres que culminaron en cesárea, mientras que la Preeclampsia severa continua con el 9,4%.

Tabla 10:*Tablas cruzadas entre el tipo de parto y el estado del nacimiento.*

TIPO DE PARTO	ESTADO DE NACIMIENTO		Total
	OBITO FETAL	VIVO	
INMADURO	0	5	5
PRETERMINO	5	21	26
TERMINO	0	154	154
POST-TERMINO	0	6	6
Total	5	186	191

*Elaborado por: Juez J.***Tabla 11:***Prueba chi2 entre el tipo de parto y el estado del nacimiento*

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	32,584 ^a	3	,000
Razón de verosimilitud	20,840	3	,000
N de casos válidos	191		

Elaborado por: Juez J.

La combinación de un factor materno como es el tipo de parto de acuerdo a las semanas de gestación constituye un riesgo a la culminación del parto ya que incide en el estado de vida del recién nacido se aprecia como un factor muy importante al dar un valor de $p = 0,00$ demostrando así una alta probabilidad de ser un factor determinante de riesgo. Para este estudio se planteó una hipótesis nula en el cual no existe diferencia entre el tipo de parto y el estado del nacimiento y una hipótesis alternativa en el cual existe diferencia entre el tipo de parto y el estado del nacimiento; dando como resultado que existe diferencia significativa con un valor de $p < 0,05$ por lo que se acepta la hipótesis alternativa y se rechaza la hipótesis nula, esto no al azar entre el tipo de parto y el estado de nacimiento.

Tabla 12:*Atenciones según tipo de gestas y grupo etario*

TIPO DE GESTAS	GRUPO ETARIO			Total
	[10-14 años]	[15-19 años]	[20-49 años]	
PRIMIGESTA	1	31	24	56
SECUNDIGESTA	0	5	34	39
TERCIGESTA	0	1	40	41
MULTIGESTA	0	0	55	55
Total	1	37	153	191

*Elaborado por: Juez J.***Tabla 13:***Prueba chi2 entre el tipo de gestas y grupo etario*

	Valor	Gf	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	71,652 ^a	6	,000
Razón de verosimilitud	75,187	6	,000
Asociación lineal por lineal	56,323	1	,000
N de casos válidos	191		

Elaborado por: Juez J.

Un factor materno importante es el número de gestas que presenta una mujer, enlazando con la edad o el grupo etario este revela un valor de $p = 0,00$ lo que constituye como un factor de riesgo importante para que el parto culmine en cesárea, ya que las variables se relacionan entre el grupo etario en temprana edad y los grupos consideradas añosas (> 35 años) en la edad fértil

Tabla 14:*Numero de parto según grupo etario*

TIPO DE PARTO	GRUPO ETARIO			Total
	[10-14 años]	[15-19 años]	[20-49 años]	
INMADURO	0	2	3	5
PRETERMINO	0	1	25	26
TERMINO	1	34	119	154
POST-TERMINO	0	0	6	6
Total	1	37	153	191

Tabla 15:*Prueba chi2 entre el tipo de parto y el grupo etario*

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	7,857 ^a	6	,249
Razón de verosimilitud	10,482	6	,106
Asociación lineal por lineal	0,154	1	,695
N de casos válidos	191		

Elaborado por: Juez J.

La combinación de la variable tipo de parto con el grupo de edad, estadísticamente no es significativo como un factor de riesgo ya que su valor de p es mayor a $P < 0,05$.

Tabla 16:*Embarazadas según grupo etario y tipos de control prenatal*

GRUPO ETARIO	CONTROLES PRENATALES		Total
	INSATISFACTORIOS	SATISFACTORIOS	
[10-14 años]	1	0	1
[15-19 años]	16	21	37
[20-49 años]	84	69	153
Total	101	90	191

Elaborado por: Juez J.

Tabla 17:*Prueba chi2 entre el grupo etario y tipo de control prenatal*

	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	5,439 ^a	3	,142
Razón de verosimilitud	7,365	3	,061
Asociación lineal por lineal	3	1	0,07460023
N de casos válidos	191		

Elaborado por: Juez J.

Las variables de grupo etario y controles prenatales no refleja resultados que incidan como un factor de riesgo ya que su nivel de significancia refleja un valor de p de 0,142, que es mayor al valor de $p < 0,05$

CAPÍTULO 4

DISCUSION

4.1. Contrastación empírica.

De acuerdo a los resultados arrojados en este estudio se puede apreciar que la frecuencia de realizar cesárea se encuentra en pacientes de 20 a 49 años con un porcentaje de 80,1% del total de la población analizada, el factor de riesgo materno predominante fue el diagnóstico de atención materna por cicatriz uterina debido a cirugía previa de 27,2% de pacientes a las que se les ha realizado intervención quirúrgica por cesárea; y al observar que el 80,1% pertenece a las edades desde los 20 a 49 años de edad. Además del total de la cesárea el 68,7% correspondieron a la indicación por cesárea previa 37,5%, mientras que en esta investigación la mayoría de las cesarías se realizaron por el diagnóstico de atención materna por cicatriz uterina debido a cirugía previa el mismo que es diferente al compararlo con el estudio realizado por (Medina, 2015) en el hospital Nacional Dos de Mayo en un periodo de enero a diciembre del 2015 el porcentaje total de cesáreas respecto al total de nacimientos fue de 57,5%, las gestantes oscilaron entre las edades de 20 a 35 años de edad.

Además, muestra una clara diferencia con el estudio realizado por (Salinas, Albornoz, & Reyes, 2013) se consideraron pacientes de una edad promedio de 28 años y el periodo de gestación fue de 39 semanas, donde el 36% de las pacientes eran primigestas, comparando con esta investigación el mayor porcentaje del grupo etario de 20 a 49 años correspondieron a pacientes multigestas con el 55%, cabe destacar que la

relación entre el tipo de gesta y grupo etario es un factor de riesgo que puede inducir un parto por cesárea.

En otro estudio realizado en la clínica San José de Cúcuta realizado por los autores (Laguado, Jaimes, & Salazar, 2011) el factor materno de preclampsia obtuvo un porcentaje de 3,9%, a diferencia del presente estudio donde el resultado fue del 12% para los tipos de preclampsia que se han detectado en el hospital Liborio Panchana, convirtiéndolo en un factor de alto riesgo para realizar el procedimiento de parto por cesárea.

4.2. Limitaciones.

Para las limitaciones en la presente investigación se consideraron importantes las siguientes: Datos de pacientes incompletos referentes a escolaridad y tabaquismo, y las embarazadas con capacidades especiales intelectuales o mentales.

4.3. Líneas de investigación.

Este estudio está enfocado en los factores maternos y la incidencia de que el parto culmine en cesárea, según los resultados mostrados se tienen mayor frecuencia de pacientes radica en diagnóstico de Atención materna por cicatriz uterina debida a una cirugía previa, el desarrollo de un nuevo estudio podrá basarse en los factores maternos y fetales que inducen al parto por cesárea para observar en donde recae el mayor riesgo de realizar el procedimiento antes mencionado.

4.4. Aspectos relevantes.

Entre los aspectos relevantes de esta investigación se pudo observar cada uno de los factores maternos que contribuyen al parto por cesárea, relacionando el tipo de gestas

con el grupo etario donde la mayor recurrencia está en pacientes de 20 a 49 años multigestas y el tipo de parto con el estado de nacimiento fueron de tipo termino con su producto nacido vivo, representando un factor predominante para la realización del procedimiento antes mencionado.

Capítulo 5

PROPUESTA

MEDIDAS DE EDUCACIÓN A LAS EMBARAZADAS PARA DISMINUIR FACTORES DE RIESGO MATERNO QUE TERMINAN EN CESAREA

Introducción

Una vez efectuado el estudio del problema en el Hospital General Santa Elena, se plantea una propuesta de realizar capacitaciones por parte de los médicos de las unidades de primer nivel que brindan atención en salud para que las gestantes puedan identificar y prevenir los factores de riesgos.

Objetivo

Fomentar medidas preventivas en las embarazadas que presentan factores de riesgo materno que terminan en cesáreas, atendidas en el hospital Liborio Panchana de Santa Elena.

Estudio de Factibilidad

Factibilidad Administrativa

En este punto el trabajo investigativo es factible, debido a la aprobación de la Dirección Técnica del Hospital General Dr. General Santa Elena, así mismo el apoyo del personal estadístico e informático quienes facilitaron información necesaria para el desarrollo del estudio, y poder establecer una propuesta frente a la problemática planteada.

Factibilidad legal

Es legalmente factible, debido a que no existe Ley, Norma o reglamento que impida el desarrollo de este tipo de propuesta preventiva para este tipo de accidentes.

Descripción de la propuesta

Motivar a las gestantes para concientizar sobre aspectos educativos con la finalidad de prevenir o evitar factores de riesgos maternos que terminan en cesáreas y ponen en riesgos al binomio madre e hijo

Descripción de la propuesta

La presente propuesta tiene enfoque de prevención con la finalidad de evitar los riesgos obstétricos que puedan terminar en cesáreas.

Para lograr el propósito de esta propuesta se debe realizar:

- **Planificación de actividades educomunicacionales constantes para disminuir vulnerabilidad y riesgos de cesárea.**
- Se solicitará autorización a la Dirección Distrital 24D01 Santa Elena para realizar actividades educacionales e informativas en los Centros de Salud Santa Elena.
- Presentación de videos en las salas de espera de las unidades de salud, relacionados sobre los diferentes factores de riesgo maternos que puedan terminar en cesárea y el reconocimiento oportuno de signos de alarma para esta patología.
- Coordinar actividades basadas en charlas educativas de control prenatal y enfermedades propias del embarazo a través de papelógrafo, rotafolio, talleres

interactivos, en las unidades de salud dirigido al club de embarazadas y mujeres en edad fértil.

- Entrega de volantes informativas sobre medidas preventivas para evitar factores de riesgo maternos.

- **Fortalecer conocimientos en los aspectos gineco-obstétricos al personal de salud mediante charlas para poder concientizar a las gestantes en los cuidados y maneras de prevención antes los factores de riesgo maternos.**
- Capacitar al personal de salud sobre la aplicación de las guías de prácticas clínicas de atención del parto por cesáreas tanto en el primero y segundo nivel de atención.
- Verificar la correcta aplicación de las normas del componente materno fetal especialmente sobre factores de riesgos para el monitoreo, seguimiento y evaluación trimestral de los avances obtenidos.
- Efectuar talleres interactivos con los profesionales de la salud del primer y segundo nivel del Distrito de Santa Elena con el objetivo de expresar las dificultades que existen en las unidades de salud para su mejoramiento.

- **Fomentar en las gestantes un buen control prenatal con el fin de evitar futuras complicaciones para su vida y del producto.**
- Captar a las mujeres embarazadas en la comunidad por los equipos básicos de salud dentro de los tres primeros meses de gestación para obtener un control prenatal de calidad.
- Educar a la gestante y las mujeres en edad fértil de los beneficios de tener mínimo 5 controles prenatales.

- Concientizar a la pareja de la embarazada sobre la importancia de acudir rutinariamente a las consultas prenatales y que él también puede acudir a la misma.
- Elaborar un acta de compromiso con la pareja para que acudan a los controles por el beneficio de la familia y su entorno, garantizando una buena atención oportuna y de calidad.

4.-Orientar a las gestantes a identificar los riesgos maternos que inciden en la cesárea.

- Educar sobre factores de riesgo y signos de alarma del parto.
- Elaborar un plan de seguimiento de embarazadas con factores de riesgo de parto y su cumplimiento tanto en domicilio como en la unidad de salud.
- Implementar club de gestantes de riesgo para toma de decisiones.

Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones

- Dentro de los estudios realizados de enero a junio del 2017 en la base de datos estadísticos de mujeres embarazadas en el Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor nos revelo que 354 embarazadas fueron atendidas en el área gineco-obstetraicia de esta institución dando como resultado del 53,95% casos terminaron en cesárea, donde la recomendación de la OMS refiere, que la tasa ideal de cesárea debe estar entre el 10% y el 15% .
- La combinación de un factor materno como el tipo de parto de acuerdo a las semanas de gestación constituye un riesgo a la culminación del parto ya que incide en el estado de vida del recién nacido demostrando así una alta probabilidad de ser un factor determinante de riesgo, en el cual existe diferencia entre el tipo de parto y el estado del nacimiento; obteniendo en esta institución 186 nacidos vivos y 5 que terminaron como óbito fetal, esto permite interpretar que las nociones educomunicacionales en la sociedad cuya frecuencia de pacientes gestantes en la casa de salud es de zona urbana debe ser fortalecida en conocimientos para que identifiquen factores de riesgo que puedan terminar en cesárea y poder tentativamente reducir número de casos.

Recomendaciones

- Es fundamental concientizar en las mujeres embarazadas que debe realizarse controles prenatales para verificar el desarrollo adecuado del feto y enseñarles a identificar los riesgos que conllevan a un parto por cesárea con sus riesgos correspondientes.
- Sería importante que los profesionales de salud, dedicados al área de Obstetricia analicen los diagnósticos para el manejo de la gestante con

inadecuado y ningún control prenatal, así como en las gestantes con Preeclampsia severa, y aquellas con ruptura prematura de membranas, así como efectuar un correcto ingreso de registro en la H.C de cada paciente que ingresa al área Ginecoobstetricia para así facilitar datos idóneos que puedan ser de aporte a futuras investigaciones.

- Implementar una unidad de cuidados intensivos materna y neonatal en el Hospital General Santa Elena para brindar atención integral tanto a la madre como al niño y evitar la referencia.

Bibliografía

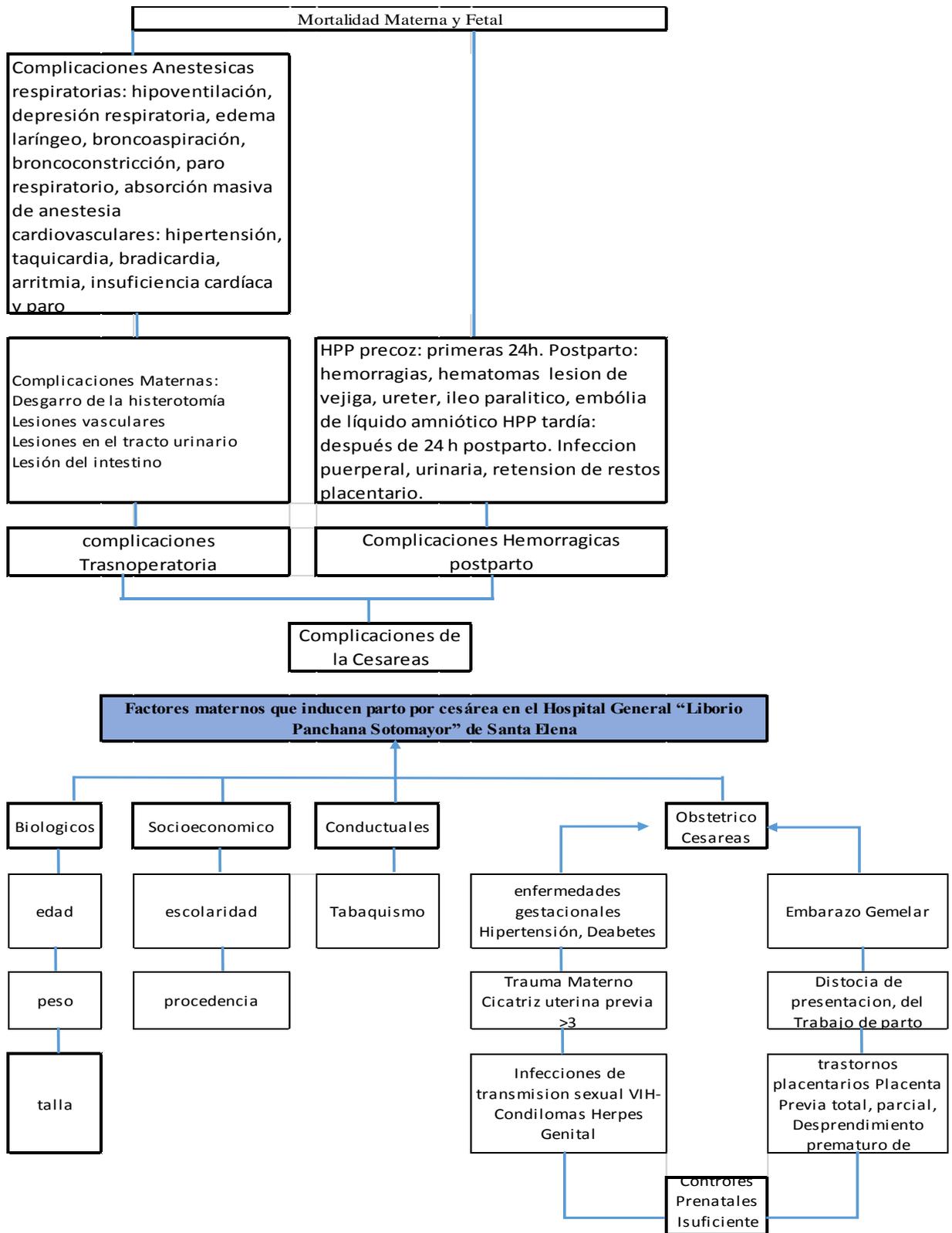
- Barón, J. V. (2013). Embarazo en adolescente complicaciones. *Revista Medica de Costa Rica y Centroamerica*, 65 - 69.
- Dirección Nacional de Maternidad e infancia Dr. I. Acosta, D. O. (Julio de 2013). Recomendacion para la practica del Control Preconcepcional, prenatal, y puerperal. *Hábitos y estilos de vida*. Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Salud de la Nación .
- Donoso, E. C. (2014). La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. *Revistamedica de Chile*, 168 - 174.
- Gonzalo, D. V. (Abril de 2014). Prevalencia y causas de cesárea en pacientes del servicio de Ginecología y. Quito, Pichincha, Ecuador.
- Helsinki. (19 de octubre de 2013). *Fundacion Intituto Roche*. Obtenido de https://www.institutoroche.es/legalactualidad/105/revision_de_la_ultima_actualizacion_de_la_declaracion_de_helsinki_que_principios_han_sido_modificados
- Hernández, J. R. (2010). *Metodología eb la investigacion clínica*. Obtenido de <http://fournier.facmed.unam.mx/deptos/seciss/images/investigacion/22.pdf>
- Hiraldá Martínez, J. L. (23 de Octubre de 2015). Comportamiento de la cesárea en pacientes del Hospital Vladimir Linch lenin de Holguin. Habana, Cuba.
- Laguado, N., Jaimes, A., & Salazar, L. (2011). *Revista ciencia y cuidados*. Obtenido de </Dialnet-FactoresMaternosYFetalesQueInducenAUnPartoPorCesar-3853516.pdf>
- López, I. L. (13 de mayo de 2013). *Enfoque Cuantitativo de la Investigación*. Obtenido de <http://enfoquecuantitativopositivismo.blogspot.com/>
- María P. Ramírez, S. H. (17 al 19 de Noviembre de 2016). Segundo Congreso Internacional de Investigacion en Ciencias de la Sañud. *COMPLICACIONES PERIPARTO CESÁREA VS PARTO EUTÓCICO, CLÍNICA JUAN N. CORPAS. 2016-2017*. Bogota, Colombia: Fundación Universitaria Juan N Corpas.
- Martínez, L. (9 de noviembre de 2010). *Centro Cochrane Iberoamericano*. Obtenido de http://www.cochrane.es/files/Recursos/presentacio_LMartinez.pdf
- Medina Huiza, J. (2016). Factores asociados a la indicación de cesárea en el Hospital Nacional Dos de Mayo de Enero a Diciembre del 2015. Lima, Peru.
- Medina, J. L. (2015). *Factores asociados a la indicación de cesárea en el Hospital Nacional Dos de Mayo*. Obtenido de http://repositorio.urp.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/urp/555/Medina_j.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- MSP. (2 de Noviembre de 2017). Guía de prevención y control de la transmisión materno infantil del VIH. Quito, Pichincha, Ecuador: MSP.

- MSP, D. d. (Agosto de 2016). Guia de Practicas línicas. *tención del parto por cesárea*. Quito, Pichincha, Ecuador.
- MSP, D. N. (Agosto de 2016). Guia de Practica Clínica. *Atención del parto por cesárea*. Quito, Pichincha, Ecuador.
- Nápoles Méndez, D. (2012). Consideraciones actuales sobre la operación cesárea. *Medisan 1579-1595*, 1581.
- OMS. (13 de julio de 2015). El mapa de los países donde se practican más y menos cesáreas en el mundo. (B. Mundo, Entrevistador)
- OMS. (10 de Abril de 2015). Solo se deben practicar las cesáreas que sean necesarias por motivos medicos. (C. Lindmeier, Entrevistador)
- OMS. (10 de Abril de 2015). *www.who.int>news>caessarean-sections*. Obtenido de OMS| Solo se debe practicar las cesareas que sean necesarias por motivos medico.
- OMS. (Noviembre de 2016). Diabetes.
- OMS/BBC. (13 de Julio de 2015). El mapa de los Paises donde se practican más y menos cesáreas en el Mundo.
- OPS/OMS. (28 de Octubre de 2015). Advierten sobre el aumento de cesáreas innecesareas en Argentina. Buenos Aires, Argentina.
- OPS/OMS. (10 de Abril de 2015). La cesárea solo debería realizarse cuando es medicamente necesaria . (C. d. Prensa, Entrevistador)
- Ruiz-Sánchez, J. E.-P.-A. (Enero-Marzo de 2014). Cesarea: Tendencias y Resultados. Mexico D.F., Miguel Idalgo, Mexico.
- Salazar Torres, L. G. (2014). El Bajo peso como concecuenciade la hipertension inducida por el embarazo. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 1-8.
- Salinas, H., Albornoz, J., & Reyes, A. (2010). *Revista Chilena - factores predictores de cesárea*. Obtenido de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262004000500005
- Secretaria de Salud, Subsecretaria de Prevención y protección de la Saluf. (26 de Abril de 2015). Cesarea Segura Lineamientos Tcnicos. *Cesarea Segura Lineamientos Tcnicos*. Chalputepec en Migue Hidalgo, Mexico : IEPSA Impresora y encuadernadora Progreso SA.
- Sotelo, M. C. (2015). repositorio.unan.edu.ni/3123/1/60559.pdf. Granada , Managua, Nicaragua.
- Valdés Yong, M. &. (2014). Factores de riesgo para preeclampsia. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 307 - 316.

Valdez Campoverde, C. (2017). Parto por cesárea primitiva en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro desde el 1 de mayo del 2015 al 30 de abril del 2016. Ambato, Tungurahua, Ecuador.

Anexos

Anexo 1 Árbol del problema



Anexo 2. Formulario de recolección de datos

#	NUM	FECHA DE REALIZACIÓN DE LA EPICRISIS	NOMBRE Y APELLIDO	HCU	F. NACIMIENTO	EDAD- A	EDAD- M	GENERO	EDNIA	DISCAPACIDAD %	CANTON	PARROQUIA	PROVINCIA	ZONA	DIRECCION	FECHA DE INGRESO	FECHA DE EGRESO
	237787	16/02/2017	IZAMALA MARIA ALEXANDRA	2,4E+09	24/02/1990	27	0	F	Mestiza	NO	La Libertad	La Libertad	Santa Elena	Urbana	B. Paraiso	13/02/2017	16/02/2017

DIAGNOSTICO INGRESO 1	DIAGNOSTICO INGRESO 2	DIAGNOSTICO INGRESO 3	DIAGNOSTICO INGRESO 4	DIAGNOSTICO INGRESO 5	DIAGNOSTICO DE EGRESO 1	DIAGNOSTICO DE EGRESO 2	DIAGNOSTICO DE EGRESO 3	DIAGNOSTICO DE EGRESO 4	DIAGNOSTICO DE EGRESO 5	# DE EGRESOS	TIPO DE DOC	EDAD	GE
O14t Preeclampsia severa	Z35 Supervisión de embarazo de alto riesgo				082t parto por cesárea de emergencia							27	7. (20-49 años)

GE	INDICAR SI ES RIESGO	NIVEL DE RIESGO (I-III)	OBSERVACION	SEMANA DE GESTACION	PARTO POR CESAREA O NORMAL	OCUPACION	CONTROL PRENATAL	PESO KG	TALLA	IMC	ESTADO	SEMANA GESTACION	CONTROL GRUPAL	ESTADO CIVIL
(20_49 años)	si	III	Embarazo de alto riesgo, enfermedad cardiaca	38	secundijesta	ama de casa	3	50	152	19,7359	normal	38	menos de 5	

Anexo 3. Autorización

Santa Elena, 16 de Junio 2017

Sr. Md.
Miguel San Martín Abarca
**DIRECTOR MEDICO DEL HOSPITAL GENERAL DR. LIBORIO PANCHANA
SOTOMAYOR.**
Ciudad.

*Autorizado
Conocer Docencia
Estadística y brindar
las facilidades del caso.
c/c. Dep. de Ginec. Obstet.*

De mi consideración:

Yo, **Dr. Julio Efrén Juez Espinoza** con cedula de identidad No. 0913127403 egresado de la Maestría de Salud Pública de la Universidad de Guayaquil, por motivo de la elaboración de mi trabajo de titulación, cuyo tema es Factores maternos que inducen parto por cesárea en el Hospital General "Liborio Panchana Sotomayor" de Santa Elena, solicito a usted muy comedidamente el respectivo permiso y aprobación para efectuar la revisión de las historias clínicas y los datos estadísticos del Hospital.

Cabe indicar, que no se quebrantara ninguna ley o fundamento reglamentario durante el desarrollo de este trabajo. Además, el protocolo de la investigación se realizara sin el uso de algún tipo de referencia o nombre de las personas involucradas, respetando los aspectos éticos y legales.

Atentamente,


Dr. Julio Efrén Juez Espinoza
C.I.0913127403



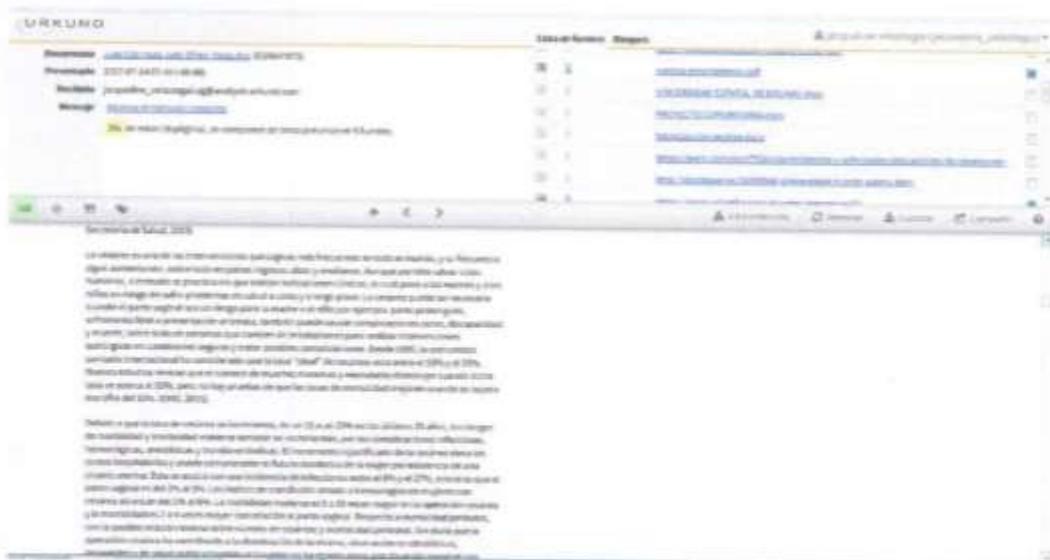
12h51
22.06.17

CERTIFICADO DE PLAGIO

Mg. Dr. Jhony Joe Real Cotto, Tutor de Tesis, a petición de la parte interesada.

CERTIFICO: que el presente trabajo de investigación de la Tesis de grado para optar el título de **Magister en Salud Pública** de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Guayaquil, presentada por el **Dr. Julio Efrén Juez Espinoza**, con cédula de identidad No. 0913127403

Cuyo tema de Tesis es: **"FACTORES MATERNOS QUE INDUCEN PARTO POR CESÁREA EN EL HOSPITAL GENERAL "LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR" DE SANTA ELENA"** Fue sometida al análisis del Software antiplagio URKUNDO cuyo resultado es del 3% en cuanto a coincidencias con otras publicaciones, el cual se encuentra dentro de los parámetros establecidos para la titulación.



The screenshot displays the URKUNDO plagiarism software interface. At the top, it shows the document title: "FACTORES MATERNOS QUE INDUCEN PARTO POR CESÁREA EN EL HOSPITAL GENERAL 'LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR' DE SANTA ELENA". Below this, there is a table with columns for "Título", "Autor", and "Enlace". The table lists several sources with a similarity percentage of 3% for each. Below the table, there is a large block of text providing a detailed explanation of the plagiarism check results and the software's functionality.

Certificación que confiero para fines pertinentes.

Atentamente,



Mg. Dr. Jhony Joe Real Cotto
TUTOR DE TESIS



Urkund Analysis Result

Analysed Document: Juez Espinoza Julio Efrén -Tesis.doc (D29647075)
Submitted: 2017-07-14 14:18:00
Submitted By: jacqueline_velastegui@hotmail.com
Significance: 3 %

Sources included in the report:

INFORME FINAL DE PRACTICA PRE-PROFESIONALES.docx (D11552233)
Introducción cesárea.docx (D20880238)

Instances where selected sources appear:

6