



UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER
HUMANO
ESCUELA DE ENFERMERÍA

TEMA:

**“CAUSAS QUE INCIDEN EN LA REALIZACIÓN DE
CESÁREAS EN EL HOSPITAL PROVINCIAL ALFREDO
NOBOA MONTENEGRO, DE LA CIUDAD DE GUARANDA
DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2015, EN
RELACIÓN AL INDICADOR ESTABLECIDO POR LA
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)”**

AUTORAS:

ARGUELLO CHÁVEZ JESSICA JULIANA
SÁNCHEZ MORENO LIZBETH ALEXANDRA

TUTOR:

DR. MARCELO TAPIA

GUARANDA – ECUADOR

DEDICATORIA

Este proyecto lo dedico a Dios por haberme brindado la oportunidad de vivir, a mi Madre por ser el pilar fundamental en mi vida, por haberme brindado su apoyo incondicional y por los grandes sacrificios que hizo para darme la mejor herencia, que es la educación y a mis hijos por ser mi fuente de fuerza para salir adelante.

Jessica Arguello

A mi amado hijo Andrew Samuel por ser mi motivación, mi inspiración e impulso para no rendirme y continuar con mis metas y sueños, por su comprensión en los días de mi ausencia y por su infinito amor entregado que han sido la llama de mi interior para sobresalir y ser mejor cada día.

A mis amados padres por ser el pilar fundamental de mi existencia, por la trasmisión de sus valores que me han permitido ser quien soy como persona; porque gracias a ellos he podido avanzar sin rendirme, aunque caiga al andar, por ser mis guías para labrar mi propio destino.

Lizbeth Sánchez

AGRADECIMIENTO

A Dios por brindarnos la fuerza necesaria para culminar con éxito una etapa más en nuestras vidas y superar todos los obstáculos que se han presentado a lo largo de nuestra formación académica.

Agradecemos también a la Universidad Estatal de Bolívar, Facultad de Ciencias de la Salud y del Ser Humano – Escuela de Enfermería, por abrirnos sus puertas y acogernos para formarnos profesionalmente, agradecemos a todos los docentes quienes contribuyeron con sus sabios conocimientos para convertirnos en profesionales de éxito, a nuestro tutor académico por su apoyo, guía, cooperación y permanente supervisión de nuestro trabajo investigativo.

Nuestro reconocimiento de gratitud a las autoridades y profesionales del Hospital Provincial Alfredo Noboa Montenegro, por permitirnos desarrollar nuestra investigación en tan prestigiosa institución y a todas las personas que de una u otra manera contribuyeron en el desarrollo del presente trabajo investigativo.

Jessica Arguello

&

Lizbeth Sánchez

ÍNDICE DE CONTENIDO

PORTADA	
DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTO	3
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	4
ÍNDICE DE TABLA.....	7
ÍNDICE DE GRÁFICO	8
ÍNDICE DE ANEXOS.....	9
RESUMEN EJECUTIVO	10
INTRODUCCIÓN	14
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	16
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	17
1.3. OBJETIVOS	17
1.3.1. Objetivo General	17
1.3.2. Objetivos Específicos	17
1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	18
1.5. LIMITACIONES	19
2. CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	20
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	20
2.2. BASES TEÓRICAS.....	22
2.2.1. Antecedentes históricos	22
2.2.2. Definición de cesárea	23
2.2.3. Tipos de cesárea	23
2.2.4. Causas más frecuentes de una cesárea.....	25
2.2.5. Riesgos de una cesárea	27
2.2.6. Ventajas de una cesárea.....	30

2.2.7.	Principales indicaciones	31
2.2.8.	Consideraciones no clínicas	32
2.2.9.	Indicador de cesáreas de la Organización Mundial de la Salud	33
2.2.10.	Clasificación de Robson	34
2.3.	DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	35
2.4.	SISTEMA DE VARIABLES	41
2.5.	INFORMACIÓN GENERAL HOSPITAL PROVINCIAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO.....	43
2.5.1.	Reseña histórica.....	43
2.5.2.	Misión.....	44
2.5.3.	Visión	45
2.5.4.	Base Legal	45
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO		46
3.1.	NIVEL DE INVESTIGACIÓN	46
3.2.	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	47
3.3.	MÉTODO DE INVESTIGACIÓN	48
3.4.	POBLACIÓN Y MUESTRA.....	48
3.4.1.	Población	48
3.4.2.	Muestra.....	49
3.5.	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	49
3.6.	TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	49
3.7.	ANÁLISIS Y PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN	51
3.7.1.	Entrevista realizada a los tres especialistas de gineco-obstetricia del Hospital Alfredo Noboa Montenegro	57
CAPÍTULO IV: RESULTADOS O LOGROS ALCANZADOS SEGÚN LOS OBJETIVOS PLANTEADOS		64
4.1.	RESULTADO SEGÚN OBJETIVO 1 - OBJETIVO GENERAL	64
4.2.	RESULTADO SEGÚN OBJETIVO 1 – OBJETIVO ESPECIFICO....	64

4.3.	RESULTADO SEGÚN OBJETIVO 2 – OBJETIVO ESPECIFICO	66
4.4.	RESULTADO SEGÚN OBJETIVO 3 – OBJETIVO ESPECIFICO	66
	CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	68
5.1.	CONCLUSIONES:	68
5.2.	RECOMENDACIONES:	69
	BIBLIOGRAFÍA	70
	ANEXOS	72

ÍNDICE DE TABLA

Tabla 1: Variable Independiente – Causas que inciden en la realización de cesáreas	41
Tabla 2: Variable Dependiente – Indicador establecido por la Organización Mundial de la Salud	42
Tabla 3: Partos efectuados en el segundo semestre del año 2015, en el Hospital Provincial Alfredo Noboa Montenegro.....	51
Tabla 4: Partos efectuados por cesárea en el segundo semestre del año 2015, en el Hospital Provincial Alfredo Noboa Montenegro - descripción mensual.	52
Tabla 5: Tipo de cesárea efectuada en el segundo semestre del año 2015 en el Hospital Provincial Alfredo Noboa Montenegro.	53
Tabla 6: Tipo de cesárea efectuada en el segundo semestre del año 2015 en el Hospital Provincial Alfredo Noboa Montenegro – descripción mensual.	54
Tabla 7: Causas identificadas de cesáreas efectuadas en el II semestre del año 2015, en el Hospital Provincial Alfredo Noboa Montenegro.	55
Tabla 8: Factores que inciden para que en el HANM, se rebasen los indicadores establecidos	58
Tabla 9: ¿Quiénes toman la decisión de hacer cesárea?	59
Tabla 10: TEST de Robson	60
Tabla 11: Causas que justifican realizar una cesárea	61
Tabla 12: Cumplimiento normativa del MSP del Ecuador ni el indicador de la OMS	62
Tabla 13: Estrategia más factible para aplicar en el HANM, en la reducción de la incidencia de cesáreas	63

ÍNDICE DE GRÁFICO

Gráfico 1: Clasificación de Robson	35
Gráfico 2: Partos efectuados en el segundo semestre del año 2015, en el Hospital Provincial Alfredo Noboa Montenegro.....	51
Gráfico 3: Partos efectuados por cesárea en el segundo semestre del año 2015, en el Hospital Provincial Alfredo Noboa Montenegro - descripción mensual.	52
Gráfico 4: Tipo de cesárea efectuada en el segundo semestre del año 2015 en el Hospital Provincial Alfredo Noboa Montenegro.....	53
Gráfico 5: Tipo de cesárea efectuada en el segundo semestre del año 2015 en el Hospital Provincial Alfredo Noboa Montenegro – descripción mensual.	54
Gráfico 6: Causas identificadas de cesáreas efectuadas en el II semestre del año 2015, en el Hospital Provincial Alfredo Noboa Montenegro.	56
Gráfico 7: Factores que inciden para que en el HANM, se rebasen los indicadores establecidos	58
Gráfico 8: ¿Quiénes toman la decisión de hacer cesárea?	59
Gráfico 9: TEST de Robson.....	60
Gráfico 10: Causas que justifican realizar una cesárea	61
Gráfico 11: Cumplimiento normativa del MSP del Ecuador ni el indicador de la OMS	62
Gráfico 12: Estrategia más factible para aplicar en el HANM, en la reducción de la incidencia de cesáreas	63

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Oficio dirigido al director del Hospital Alfredo Noboa Montenegro.....	72
Anexo 2: Disposición sobre intervenciones de cesáreas en Hospitales del MSP	73
Anexo 3: Con la líder del Servicio Centro Quirúrgico Obstétrico Lic. Ethela Taco pidiéndole permiso para sacar información.	75
Anexo 4: Obteniendo información en el Centro Quirúrgico Obstétrico de los Partes Operatorios.....	76
Anexo 5: Entrevista a los especialistas del Hospital Alfredo Noboa Montenegro del Servicio de Ginecología y Obstetricia	77
Anexo 6: Causas de cesárea por edad, efectuada en el segundo semestre, en el Hospital Provincial Alfredo Noboa Montenegro (Julio-Diciembre 2015).....	78
Anexo 7: Cronograma de Actividades.....	79

RESUMEN EJECUTIVO

El presente trabajo investigativo cuya temática es **“CAUSAS QUE INCIDEN EN LA REALIZACIÓN DE CESÁREAS EN EL HOSPITAL PROVINCIAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO, DE LA CIUDAD DE GUARANDA DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2015, EN RELACIÓN AL INDICADOR ESTABLECIDO POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)”**, se realiza con el propósito de identificar y comprender las causas que inciden en la realización de cesáreas en el Hospital Provincial Alfredo Noboa Montenegro y relacionarlo con el Indicador establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) con el propósito de verificar si se está dando cumplimiento con el rango establecido que es del 10% -15%. Esto en concordancia con el interés que despierta el tratar una problemática de salud que crece aceleradamente sin que exista el debido control para evitar el sometimiento de pacientes a intervenciones quirúrgicas innecesarias, que podrían poner en riesgo la vida tanto de la madre como del niño.

En este proyecto se utilizó diferentes tipos de investigaciones como son: Descriptivo: ya que se procedió a analizar información recopilada del Departamento de Estadística, del libro de partos diarios del Centro Obstétrico e información del Departamento de Epidemiología del HANM; Transversal: debido a que la recolección de información describe las variables y características de la problemática investigativa dentro de un período de tiempo determinado y Retrospectivo: permite determinar la relación existente entre las variables y a su vez analizar información de hechos ocurridos, de tal manera que se pueda identificar la causa que lo ocasionó.

Dicha metodología utilizada fue con la finalidad de obtener información oportuna, veraz y convincente sobre el índice de cesáreas efectuadas en dicha unidad y las causas que influyen en su realización; cabe mencionar que también aplicó instrumentos investigativos como guías de observación y entrevistas la misma que confirma los datos recopilados. Como resultados se llegó a determinar que de 722 partos atendidos durante el periodo Julio – Diciembre del

2015, en la unidad de salud el 44% corresponden a 319 cesáreas, y que las causas más frecuentes para su realización son: Cesárea Anterior, Sufrimiento Fetal y Desproporción Céfalopélvica.

Siendo uno de nuestros objetivos primordiales, proponer estrategias factibles dirigidas a los profesionales del servicio Gineco - Obstétrico para disminuir el índice de cesáreas, se recomienda se las instaure en estricta observancia a las disposiciones de las instancias de salud, tanto nacional como internacional.

ABSTRACT

The present research work, whose theme is **"CAUSES THAT INCIDED IN THE REALIZATION OF CESÁREAS IN THE ALFREDO NOBOA MONTENEGRO PROVINCIAL HOSPITAL, OF THE CITY OF GUARANDA DURING THE SECOND SEMESTER OF THE YEAR 2015, IN RELATION TO THE INDICATOR ESTABLISHED BY THE WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO)"**, is carried out with the purpose of identifying and understanding the causes that influenced the evident increase in cesarean deliveries in the Provincial Hospital Alfredo Noboa Montenegro and relate it to the Indicator established by the World Health Organization (WHO) Purpose of verifying if it is complying with the established range that is of 10% -15%. This is in accordance with the interest aroused in treating a health problem that grows rapidly without proper control to avoid subjecting patients to unnecessary surgical interventions that could endanger the life of both mother and child.

This project used different types of research such as: Descriptive: since the information collected from the Department of Statistics, the book of daily deliveries of the Obstetric Center and information from the Department of Epidemiology of the HANM were analyzed; Transversal: because data collection describes the variables and characteristics of the research problem within a given period of time and Retrospective: allows to determine the relationship between the variables and at the same time to analyze information of events occurred, in such a way that Can identify the cause that caused it.

This methodology was used in order to obtain timely, truthful and convincing information on the rate of cesarean sections performed in this unit and the causes that influence its implementation; It is worth mentioning that it also applied investigative tools such as observation guides and interviews which confirm the data collected. As a result, it was determined that of the total number of deliveries attended at the health unit, 44% corresponded to cesarean sections,

and that the most frequent causes were: Anterior Cesarean, Fetal Suffering and Pelvic Cephalic Disproportion. Results that show the non-compliance with the international standards of the World Health Organization.

As one of our primary objectives, to propose feasible strategies aimed at the professionals of the Gyneco - Obstetric service to reduce the rate of cesarean sections, it is recommended to establish them in strict compliance with the provisions of the national and international health bodies.

INTRODUCCIÓN

Se ha denominado a este trabajo de investigación como **“CAUSAS QUE INCIDEN EN LA REALIZACIÓN DE CESÁREAS EN EL HOSPITAL PROVINCIAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO, DE LA CIUDAD DE GUARANDA DURANTE EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO 2015, EN RELACIÓN AL INDICADOR ESTABLECIDO POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)”**, porque la realidad en el área Gineco – Obstétrica, palpada en nuestra labores al interior de la institución, cuando se trata de casos de parto por cesárea, ha despertado el interés investigativo en conocer, ¿cuáles son las causas que motivan un incremento acelerado en estas intervenciones quirúrgicas?, y por ende, determinar la pertinencia de los casos atendidos en relación con las causas establecidas por Organización Mundial de la Salud.

Los avances tanto de la ciencia como de la técnica han facilitado enormemente para el ser humano la satisfacción de sus necesidades con el uso de bienes y servicios que nos permiten disminuir ciertos riesgos y obstáculos que en nuestra vida se presentan, así también facilitar ciertos procedimientos traumáticos para el ser humano.

Existen en la actualidad avances científicos, en áreas de la salud específicamente en uno de los procesos más maravillosos que tiene la vida que es el alumbramiento o parto, una de ellas es la posibilidad de la práctica de cesáreas, lo cual está regularizado por el organismo rector en temas de salud a nivel internacional Organización Mundial de la Salud OMS, entre sus indicadores y acorde con su filosofía de acción, ha señalado que la cesárea es una práctica que se debe emplear lo menos posible.

En tal sentido, hemos considerado que es muy importante tratar esta temática, que ya es un problema de salud pública; su incremento acelerado requiere una atención especializada urgente y para ello es conveniente revisar y considerar los indicadores y protocolos que al respecto han delineado los organismos competentes.

Este estudio aporta también a la concientización a los profesionales de la salud, que muchas veces por cumplir una petición de sus pacientes o en otros casos por realizar una valoración médica equivocada o poco profesional, pueden inducir a una cirugía innecesaria, que podría venir acompañada de una serie de riesgos que en el peor de los casos puede ser la muerte.

Por lo expuesto es imprescindible el estudio pormenorizado de las causas que inducen a la práctica de las cesáreas y al cumplimiento o no de los indicadores pertinente. En tal sentido el presente trabajo está estructurado de la siguiente manera:

CAPITULO I; contempla la identificación y formulación de la problemática, tratado en los apartados: Planteamiento del problema, Formulación del problema, Objetivos de la investigación, Justificación y limitaciones de la misma.

CAPITULO II; describe temas como Antecedentes de la investigación, bases teóricas del estudio, definición de términos, variables y su operacionalización.

CAPITULO III; Comprende el diseño metodológico, el nivel de la investigación, la población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, así como procesamiento y análisis de los mismos.

CAPÍTULO IV; Hace referencia a los resultados y logros alcanzados según, conforme a los objetivos propuestos en la investigación.

CAPÍTULO V; Aborda el establecimiento de conclusiones y recomendaciones, así como la presentación de la bibliografía consultado y los anexos.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La cesárea es una operación quirúrgica que se emplea para lograr el nacimiento del feto cuando este no puede ser llevado a cabo mediante el parto eutócico; cuya finalidad es extraer al feto del vientre materno, realizando una incisión (laparotomía) en los diferentes planos del abdomen y útero de la madre. Según investigaciones efectuadas y observaciones durante nuestro Internado Rotativo de Enfermería, se determinó un considerable aumento en el número de cesáreas efectuadas, superando el porcentaje recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que establece del 10 al 15%.

La presente investigación se desarrolla debido a que el porcentaje de cesáreas dentro del Hospital Provincial Alfredo Noboa Montenegro, durante el segundo semestre del año 2015 se percibió un considerable aumento en el número de cesáreas, siendo 319 casos del total de 722 partos atendidos; por tal motivo se considera necesario investigar e identificar las causas que generan el incremento de dichas intervenciones quirúrgicas, estableciendo una relación con el indicador proporcionado por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Además, otro problema que se identificó es que los profesionales del Área de Gineco - Obstetricia, no se basan en normas y protocolos establecidos para realizar las cesáreas.

Por otro lado es indispensable conocer que las cesáreas al igual que cualquier otra intervención quirúrgica, implica riesgos y complicaciones, aumentando la morbimortalidad tanto de la madre como del feto; entre las causas generales que conllevan a efectuar una cesárea se citan las siguientes: cesárea anterior, desproporción céfalo-pélvica, preclampsia, sufrimiento fetal agudo, enfermedades de transmisión sexual, ruptura prematura de membranas, antecedentes de intervenciones quirúrgicas, entre otras.

Por lo mencionado anteriormente es recomendable que la práctica de cesáreas se efectúe únicamente cuando existan indicaciones médicas debidamente justificadas, para ello se requiere que los profesionales entendidos en esta rama

se encuentren capacitados, de ahí la importancia de que realicen valoraciones medicas eficientes, intentando de esta manera reducir el nivel de intervenciones quirúrgicas innecesarias, precautelando la vida de la madre y de su bebé.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo se relaciona el Indicador establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) con las causas que conllevan a una cesárea en el Hospital Provincial Alfredo Noboa Montenegro, de la Ciudad de Guaranda durante el segundo semestre del año 2015?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo General

Determinar la relación existente entre el Indicador establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y las causas que conllevan a una cesárea, en el Hospital Provincial Alfredo Noboa Montenegro, de la Ciudad de Guaranda durante el segundo semestre del año 2015.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Identificar las causas que influyen en la realización de cesáreas en el Hospital Provincial Alfredo Noboa Montenegro.
- Realizar un análisis comparativo entre los datos estadísticos obtenidos durante el segundo semestre del año 2015 en relación al indicador establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS).
- Proponer estrategias factibles dirigidas a los profesionales del servicio Gineco - Obstétrico para disminuir el índice de cesáreas en el Hospital Provincial Alfredo Noboa Montenegro, de la Ciudad de Guaranda.

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El interés médico - científico y académico que despierta el evidente incremento en el número de cesáreas realizadas dentro del Hospital Provincial Alfredo Noboa Montenegro, de la ciudad de Guaranda durante el segundo semestre del año 2015, permite que la presente investigación, justifique plenamente su realización.

Este estudio presenta una importante información técnica y científica, la misma que permitirá al lector contar con una fuente de consulta confiable, a la vez que se convierte en una fuente de información y guía para quienes se interesan en hacer estudios de esta naturaleza. En el ámbito académico la ejecución de esta investigación permite poner en práctica los conocimientos adquiridos, durante los años de formación académica, con el objetivo de realizar un trabajo de calidad, que sirva de base para futuras investigaciones y que sobre todo permite aportar a una situación que puede constituirse en un problema de salud pública, por los riesgos que implica someterse innecesariamente a una intervención quirúrgica que pone el peligro la vida de la madre y su hijo.

Los beneficiarios directos de este trabajo investigativo son los médicos que atienden partos y sobre todo las mujeres que acuden con frecuencia a esta casa de salud, en situaciones de parto que dependiendo de las condiciones se convertirá en un parto normal o cesárea, además se beneficiaría la institución y por ende la colectividad, ya que se podría corregir aquellos aspectos que innecesariamente obligan a incurrir en procedimientos quirúrgicos de riesgo. El tener la posibilidad de cumplir con indicadores y estándares mundiales dictados por organismos como la OMS, constituye un elemento de valor a la trayectoria institucional.

Para la realización de este trabajo investigativo se dispone de los recursos, las colaboraciones pertinentes y las autorizaciones debidas para acceder a la información que es la clave de este trabajo, así como el deseo ferviente de aportar con un granito de arena a las ciencias médicas, en razón que existe una normativa que exige la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Por lo expuesto, se entiende que existen los elementos y razones suficientes para justificar la realización de este trabajo de investigación que guarda sobre todo novedad e interés médico – científico.

1.5. LIMITACIONES

- La demora en trámites de tipo administrativo en la casa de salud objeto de este estudio para acceder a la información de tipo estadística, así como los expedientes o historias clínicas de las pacientes sometidas a cesáreas en el segundo semestre del periodo 2015.
- La poca y casi nula bibliografía especializada para fundamentar científicamente nuestros conocimientos sobre el tema investigado.
- El reducido número de especialistas Gineco – Obstetras del Hospital Provincial Alfredo Noboa Montenegro, así como su poca disponibilidad de tiempo, para aplicar las entrevistas diseñadas para obtener sus comentarios respecto al tema de estudio.
- La no existencia de trabajos de investigación similares y aplicados a la realidad local que nos sirvan de guía para el desarrollo de nuestra investigación.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Diversos estudios a nivel nacional e internacional sobre las causas que inciden en la realización de cesáreas, se pueden encontrar mediante el uso de internet y otras fuentes de información, sin embargo, en el Hospital Provincial Alfredo Noboa Montenegro y en la Universidad Estatal de Bolívar no existe ningún trabajo similar que pueda servir de base para el presente estudio.

A continuación, se exponen algunos trabajos de similar índole, con los criterios de sus autores:

TEMA: Estudio Descriptivo de Prevalencia y Correlación Clínico - Quirúrgico de Cesáreas en el Hospital “José Carrasco Arteaga” Año 2010, publicada en la Universidad de Cuenca en el año 2011, cuyas autoras Daira Patiño, Andrea Pineda Monge y Diana Polo Tapia concluyen que:

“Durante el año 2010, en el Hospital “José Carrasco Arteaga”, las cesáreas representan el 32.87% del total de nacimientos en aquel año, superando lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud, es decir de cada 10 maternas 3 se realizan este tipo de intervención, además cabe recalcar el principal motivo para realizar una cesárea, se encuentran el antecedente de una cesárea anterior (36.54%), a esta se suma el compromiso Fetal Agudo (10.48%), alteraciones en la presión arterial durante el embarazo (11.90%), y con un menor porcentaje distocias tanto maternas como fetales. **(Patiño, Pineda , & Polo, 2010)**

TEMA: Principales causas de cesáreas en la Fundación Humanitaria Pablo Jaramillo, publicada en el año 2011:

El autor (Jauregui Calle, 2011), manifiesta que “El número de cesáreas en el año 2011 fue del 43,38% del total de mujeres atendidas, lo cual resulta un indicador alto en relación a lo expuesto por la OMS, ya que recomienda que la tasa de cesáreas no supere el 15% en hospitales de segundo nivel y del 20% en hospitales de tercer nivel, en relación con el total de nacimientos”.

TEMA: Estrategia educativa para disminuir la incidencia de cesáreas en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Ambato, publicada en el año 2015, en la Universidad Regional Autónoma de los Andes, su autor Julio Espinoza Moya manifiesta que:

El autor (Espinoza Moya, 2015), manifiesta que “La tasa de cesáreas en relación a los partos vaginales observados en el Hospital del IESS – Ambato, en el período de estudio fue del 61,91%, además se identificó que la primera causa de cesárea fue el antecedente de una cesárea anterior (41,6%)”.

TEMA: Cesárea, Tasa, Indicaciones y Factores de Morbimortalidad Materno Perinatal Asociados en el Hospital San Juan Bautista de Huaral en el período 2003-2005,

(Oshiro, 2007), logró demostrar que la tasa de cesárea se encuentra por encima del 10% propuesto por la OMS, la principal indicación para su realización fue la cesárea previa y la complicación más frecuente en la cesárea fue la Infección de Vías Urinarias.

INTERPRETACIÓN

De los trabajos citados anteriormente se puede manifestar que los autores poseen la misma conclusión en sus respectivos estudios, que es el alto índice de cesáreas efectuadas en los centros de salud, tanto a nivel nacional como internacional, incumpliendo con el indicador establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que es el 15% en hospitales de segundo nivel y 20% en hospitales de tercer nivel.

Además, concluyen que el principal motivo para la realización de una cesárea, son los antecedentes de una cesárea anterior y seguidamente la desproporción céfalo-pélvica (DCP). 8

De acuerdo a estos antecedentes se considera necesario efectuar la presente investigación, con el propósito de evaluar el índice de cesáreas efectuadas en el

Hospital Provincial Alfredo Noboa Montenegro, durante el segundo semestre del año 2015, en relación al indicador establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), de tal manera que se pueda evaluar el cumplimiento del mismo; además es indispensable identificar las causas más frecuentes que conllevan a la realización de una cesárea.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. Antecedentes históricos

Se debe mencionar que la cesárea era ya conocida en el año 715 a.C. Entonces, una ley romana dictada por Numa Pompilio, la "lex caesarea", ordenaba su uso en mujeres en etapa de gestación con el objetivo de sacar al bebé cuando ésta acababa de morir, a fin de enterrarlos separadamente y, en raras ocasiones, para salvar la vida del bebé.

El origen de la cesárea se dice que no está notoriamente establecida. Ciertos autores especulan que proviene del emperador Julio Cesar por haber nacido de esta manera, aunque es más aceptada la teoría de que procede del termino latin caedere (cortar o hacer una fisura).

Cuenta la leyenda que Julio César nació mediante una operación así en el año 100 a.C., y de ahí provendría el nombre, aunque es probable que derive realmente de la ley anterior. Además, el término podría derivarse del verbo latino caedere, "cortar, efectuar una fisura". En roma se usaba la expresión "a matre caesus" (cortado de su madre) para describir la operación.

La primera intervención evidenciada en la que permanecieron vivos la madre e hijo fue efectuada en el año 1500 por Jacob Nufer en Suiza, castrador de cerdos, en su mujer, que posterior dio a luz a cinco hijos más por parto vaginal.

Entre los siglos XVII Y XIX la práctica de la cesárea se ejecutaba solo cuando el parto vaginal era imposible como única salida de salvaguardar la vida de la madre y el feto, ya que en esos entonces la mortalidad era muy elevada (mayor a un 80%).

En 1882 Max Sanger adjunta la sutura uterina en la histerectomía semejante o igual a como se hace hoy en día.

En 1908 Latzko ejecuto la primera cesárea extraperitoneal a fin de prevenir las peritonitis post operatorias.

En 1912 Kronigh efectúo la primera incisión segmentaria vertical y en 1925, Kerr detalló la técnica actual de histerectomía segmentaria transversa.

Cabe mencionar que con el paso del tiempo y el avance técnico científico de la medicina se ha ido reduciendo la mortalidad gracias a estos puntos clave:

- Aceptación de los principios de la asepsia.
- Introducción de la sutura uterina por Max Sänger en 1882.
- Avances en la anestesia.
- Transfusión de sangre.
- Antibióticos.

2.2.2. Definición de cesárea

Según (Romero, Biruete , & Borrego, 2014) la cesárea “Es la intervención quirúrgica que 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”.

Entonces la cesárea consiste en una intervención quirúrgica, en la cual se realiza una incisión en el abdomen y útero de la madre, cuyo propósito es la extracción de uno o más bebés.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), recomienda la realización de cesáreas únicamente cuando un parto vaginal (eutócico) podría conducir a complicaciones médicas, además que la cesárea debiera ser utilizada solo en el 15% de embarazos.

2.2.3. Tipos de cesárea

De acuerdo a (Ros, Bellart, Hernández, & Plaza, 2012) las cesáreas se clasifican en:

- **CESÁREA ELECTIVA:** Este tipo de cesárea se realiza en gestantes con patología materna o fetal que contraindique o no sea recomendado

un parto por vía vaginal, es decir se considera como una intervención programada, entre ellas están:

- **Presentación de nalgas, transversa u oblicua:** Se ofrecerá siempre una versión cefálica externa a las 36 semanas.
 - **Macrosomía fetal:** Cuando el peso fetal sea superior a los valores normales del percentil establecido.
 - **Placenta previa:** Cuando la placenta se desarrolla en el segmento inferior del útero y causa sangrado durante el embarazo y el parto.
 - **Infecciones maternas:** Gestantes portadoras de condilomas acuminados que afecten extensivamente el canal blando. Pacientes VIH+, herpes genital, entre otros.
 - **Cesárea iterativa:** Mayor o igual a 2 cesáreas anteriores (riesgo de ruptura uterina del 1,4%).
 - Gestantes sometidas a cirugía uterina previa con apertura de cavidad endometrial (miomectomía).
 - Cesárea previa con incisión uterina corporal vertical o clásica o histerotomía transversa ampliada en “T”, poseen riesgo de ruptura uterina del 1.6% y 6% respectivamente.
 - Patología médica materna que desaconseje parto vaginal por cardiopatía, riesgo de ACV, entre otros.
 - En algunos casos de prematuridad, CIR y gestaciones múltiples, dependerá de las circunstancias individuales de cada caso, y se actuará según los protocolos específicos.
- **CESÁREA EN CURSO DE PARTO O DE RECURSO:** Este tipo de cesárea es utilizada durante el curso del parto debido a distintos problemas, como se detallan a continuación:
- **Fracaso de inducción:** Cuando después de 12 horas de oxitocina iv, no se haya alcanzado condiciones establecidas de parto (cérvix borrado un 50%, dilatado 2-3 cm, con dinámica uterina activa).
 - **Parto estacionado:** Cuando habiéndose establecido condiciones de trabajo activo de parto, hayan transcurrido más de 3 horas sin progresión de las condiciones obstétricas (dilatación o borramiento).

- **Desproporción pelvifetal:** Se determinará cuando, en situación de labor de parto, no haya afinidad, adecuada entre los diámetros de la pelvis con los diámetros de la cabeza de la criatura.
 - **Cesáreas electivas que inician trabajo de parto espontáneo:** por ejemplo, presentación podálica o cesárea iterativa.
- **CESÁREA URGENTE:** Es aquella que se realiza cuando existe una patología aguda grave de la madre o del feto, con riesgo vital materno-fetal, lo que hace aconsejable la finalización del embarazo rápidamente, entre ellas están:
- Sospecha/pérdida de bienestar fetal
 - Desprendimiento prematuro de la placenta normoincorta (DPPNI), es la separación accidental de la placenta de su zona de inserción normal después de las 20 semanas y antes del nacimiento del feto.
 - Prolapso de cordón
 - Ruptura uterina
 - Embolia de líquido amniótico
 - Oligohidramnios

2.2.4. Causas más frecuentes de una cesárea

Hoy en día existen varios motivos para que se proceda a realizar partos por cesárea, en ocasiones se lo realiza cuando el parto por vía vaginal no se lo pueda llevar a cabo, pero también existen motivos que incluyen los factores de riesgo tanto para la madre como para el bebé. La decisión final únicamente depende del médico y de la madre. De acuerdo a (Cabero L, Saldívar, & Cabrillo, 2007); (Bonilla Musoles & Pellicer, 2003); (Botella Llusia & Clavero Núñez, 1993), son causas más frecuentes de una cesárea los que se detallan a continuación:

- **PARTO PROLONGADO O DISTOCCIA:** Trabajo de parto difícil provocada por diferentes factores que abarca todas las desproporciones

pélvicas fetales, los cuales impiden el desarrollo de las contracciones y dilataciones no logrando así la expulsión del producto.

- **DESPROPORCIÓN CÉFALO PÉLVICA (DCP):** Factor que puede ser de origen materno/fetal o mixto el cual hay una disminución de las dimensiones de la pelvis en relación al producto, es decir, hay una pérdida de la relación armoniosa feto pélvico.
- **CESÁREA ANTERIOR:** Se entiende como antecedentes quirúrgicos de dos o más de cirugías uterina.
- **PLACENTA PREVIA:** Es la implantación de la placenta total o parcial en el orificio del cuello uterino, quedando así la masa de la placenta por delante de la presentación fetal en el canal del parto.
- **SUFRIMIENTO FETAL AGUDO:** Alteraciones de la frecuencia cardíaca del feto antes o durante la etapa del parto; debido a una disminución del intercambio metabólico materno/fetal, dichas alteraciones producen daños irreversibles con secuelas, provocando así incluso la muerte del producto.
- **RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (RPM):** Salida o pérdida del líquido amniótico provenientes de las membranas ovulares en embarazos mayor de 20 semanas de gestación o 2 horas antes de iniciar la etapa de labor de parto.
- **PREECLAMPSIA:** Trastorno único del embarazo que se desarrolla tras las 20 semanas de gestación, parto o puerperio se manifiesta con signos como la presión arterial alta y síntomas como proteinuria, edema o ambas, poniendo en riesgo la vida tanto de la madre como del feto, esta puede ser leve o grave.
- **ECLAMPSIA:** Síndrome que se desarrolla tras las 20 semanas de gestación parto o puerperio el cual es manifestado por la aparición de

convulsiones seguido de un estado de coma más signos y síntomas antecedentes de la preclampsia.

- **CIRCULAR DE CORDÓN:** Es una anomalía del parto en la cual el cordón sobrepasa la presentación del feto por el cérvix provocando una compresión de los vasos umbilicales dando como resultado una asfixia fetal.
- **EMBARAZO MULTIPLE:** Desarrollo simultáneamente de más de un feto en el vientre materno, resultado de la fecundación de uno o más óvulos, o cuando el ovulo se divide dando como lugar embarazo gemelar.
- **INCOMPATIBILIDAD DE FACTOR RH:** Denominada también enfermedad hemolítica perinatal, complicación que se da por la incompatibilidad de los antígenos de los eritrocitos de la madre y del producto ya sea del grupo ABO o del grupo RH, esta enfermedad puede ser leve o grave y es necesario la exsanguíneo trasfusión.
- **MACROSOMIA FETAL:** Riesgo asociado a madres con diabetes puede ser pregestacional o gestacional definiéndolo también de distintos modos como el crecimiento fetal excesivo o el peso al nacer superior a 4000g, superando así el percentil 90 para la edad gestacional.
- **INFECCIONES MATERNAS:** Se entiende como la invasión o multiplicación de microorganismos: virus, hongos, bacterias, parásitos en el cuerpo de la gestante originando enfermedades infecciosas, las cuales afectan al desarrollo normal del embarazo, interrumpiendo su curso o afectando al feto.

2.2.5. Riesgos de una cesárea

Una cesárea es una cirugía abdominal importante y por eso presenta más riesgos que el parto vaginal, su recuperación es más lenta que la recuperación de un parto vaginal, además es similar a otros tipos de cirugía mayor, las cesáreas también

conllevan un riesgo de posibles complicaciones, como a continuación se detallan:

RIESGOS PARA EL BEBÉ

- **Problemas Respiratorios.** - Los bebés que nacen por cesárea son más propensos a desarrollar problemas respiratorios en el puerperio inmediato, como la taquipnea transitoria del recién nacido (TTR). Este problema se caracteriza por una respiración anormalmente rápida, luego de los primeros días del nacimiento, por tal motivo es recomendable realizar una cesárea cuando la gestante cumpla las 39 semanas de embarazo, según lo manifiesta (Berghella, Mackeen, & Jauniaux, 2002)

Además, en las cesáreas que se realizan antes de las 39 semanas de gestación o sin prueba de madurez pulmonar, este riesgo aumenta ya que él bebé puede presentar otro problema respiratorio, como el síndrome de dificultad respiratoria, cabe mencionar que datos estadísticos demuestran que 35 de cada 1000 bebés nacidos por cesárea poseen dificultad para respirar, frente a 5 de cada 1000 bebés nacidos por parto vaginal. (Olivares, 2006)

- **Lesión Quirúrgica.**- (Ham, Dongen, & Mulder, 1997), aunque no en un porcentaje tan alto, pero en algunos casos pueden existir cortes con el bisturí en el bebé, en una relación de uno o dos bebés por cada cien.
- **Hipertensión Pulmonar.**- (Levine, 2001) los niños nacidos por cesárea programada pueden desarrollar cuatro veces más hipertensión pulmonar persistente, comparados con nacimientos por vía vaginal.
- **Menor probabilidad de amamantar.**- Al someterse a una cesárea, la madre puede presentar dificultad para amamantar, debido a la intervención quirúrgica realizada, además que puede presentar ausencia de leche materna, por lo cual los bebés son alimentados con leche de fórmula, pero este tipo de alimentación provoca consecuencias adversas en la salud del recién nacido. (Declercq, Sakala, & Carry, 2002)

RIESGOS PARA LA MADRE

- **Infecciones de la membrana que recubre el útero.-** (Olivares, 2006) Conocido como endometritis, puede causar fiebre, dolor uterino y flujo vaginal con mal olor.
- **Hemorragia promedio más alta.-** (Olivares, 2006) En algunos casos no se requiere transfusión pero el riesgo es mayor; existe la probabilidad de pérdida de mayor cantidad de sangre mediante una cesárea que por un parto vaginal.
- **Lesión quirúrgica.-** (Olivares, 2006) Aunque este riesgo es muy bajo, pero puede existir lesiones en la vejiga o en el útero.
- **Reacciones a la anestesia.-** (Olivares, 2006) La madre puede experimentar dolor de cabeza en los días posteriores al parto, también suele existir la ausencia de leche materna.
- **Coágulos de sangre.-** (Olivares, 2006) el riesgo de producirse coágulos de sangre es mayor en una cesárea que en un parto vaginal, estos coágulos pueden situarse en las piernas y en los órganos pélvicos.
- **Infecciones en la herida.-** (Olivares, 2006) en algunos casos suele infectarse la herida de una cesárea, ya sea por inadecuada higiene, exceso de fuerza, entre otros.

Una cesárea puede causar problemas en futuros embarazos y comprende un riesgo mayor de:

- Placenta previa.
- Placenta que crece dentro del músculo del útero y tiene problema para separarse después de que el bebé nace (placenta adherida).
- Ruptura uterina.

Estas afecciones pueden llevar a que se presente sangrado profuso (hemorragia), lo cual puede requerir transfusiones de sangre o la extirpación del útero (histerectomía). (Berghella, Mackeen, & Jauniaux, 2002)

RIESGOS DE LAS CESÁREAS REPETIDAS

- Aumenta el riesgo de muerte materna

- Aumenta la posibilidad de lesión quirúrgica debido al tejido cicatrizal anterior.
- Estadísticamente 1 de cada 100 mujeres que tengan cesáreas anteriores pueden presentar un embarazo ectópico.
- La existencia de mujeres sin cicatriz en el útero, éstas pueden presentar lo siguiente
 - Riesgo de 4 veces mayor el desarrollo de una placenta previa con 1 cesárea anterior.
 - Riesgo de 7 veces, con 2 o 3 cesáreas anteriores.
 - Riesgo de 45 veces mayor con el antecedente de 4 o más cesáreas previas.

El riesgo de placenta previa incrementa la posibilidad de que el bebé fallezca e incrementa el parto pre-termino. (CIMS)

2.2.6. Ventajas de una cesárea

A continuación se citan las ventajas de un parto por cesárea, aunque este no debe ser electivos o por comodidad, por lo contrario se debe efectuar únicamente cuando fuese necesarios, las ventajas que cita el autor (Pinheiro, 2016) son las siguientes:

- La madre puede elegir la fecha exacta del nacimiento de acuerdo a lo indicado por su médico.
- Este tipo de parto permite a la madre a reducir el estrés materno, ya que transmite la idea de un ambiente plenamente controlado.
- El trabajo de parto es corto en relación al parto vaginal ya que éste dura mucho más tiempo.
- Garantiza que la cirugía será realizada por especialistas, además que el médico tratante estará disponible en el día del parto.
- Impide los nacimientos posmaduros (con más de 42 semanas de gestación), lo que está asociado a un mayor riesgo de problemas para el recién nacido.
- Elimina el riesgo de complicaciones relacionadas al proceso de trabajo de parto vaginal, como lesión del plexo braquial relacionado a distocia

de hombro, traumas óseos (fractura de clavícula, cráneo y húmero) o asfixia provocada por complicaciones intraparto.

- Reduce el riesgo, a largo plazo, de prolapso uterino o de vejiga e incontinencia urinaria en la madre.

2.2.7. Principales indicaciones

Las indicaciones pueden agruparse de diversas maneras: maternas, fetales y mixtas, de acuerdo con la comisión de Bioética de la SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia) 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 buena parte de la alta incidencia de cesáreas, según lo establece (Moreno & Félix, 2006)

INDICACIONES MATERNAS

- **Enfermedad Hipertensiva del Embarazo:** Generalmente en casos de **preeclampsia leve** con embarazo a término se plantea la indicación de cesárea cuando no existe respuesta a la inducción de parto o si hay signos de deterioro materno o fetal y en la **preeclampsia severa**, es necesario terminar la gestación por riesgo materno y fetal, se optará por la cesárea, en especial si hay signos de eclampsia o desarrollo del Síndrome Hellp o si se trata de restricción de crecimiento fetal o bebés de peso muy bajo.
- **Complicaciones Médicas Asociadas:** Cuando existen enfermedades asociadas a la gestación se elige la vía del parto de acuerdo a la complicación obstétrica, por ejemplo, el herpes genital reciente o activo, salvo membranas rotas más de 4 horas, VIH+, diabetes mellitus complicada, cardiopatía severa, cuadro de lupus eritematoso sistémico activo, madre con sensibilización Rh, entre otras; la realización de la cesárea es indispensable.
- **Cáncer de Cuello Uterino:** Toda gestante con diagnóstico de cáncer invasivo del cuello uterino después de las 22 a 26 semanas debe ser sometida a cesárea inmediatamente se demuestre la madurez fetal.

- **Incisión Uterina Previa:** En los casos de cesárea previa, la cicatriz de la incisión en la pared uterina puede predisponer a su rotura antes o durante el trabajo de parto, por tal motivo se considera a cesárea indispensable en este caso.

INDICACIONES FETALES

- **Sufrimiento Fetal:** El diagnóstico de sufrimiento fetal agudo es indicación para efectuar inmediatamente una cesárea, así como la hipoxemia y la acidosis fetal durante el trabajo de parto pueden producir muerte fetal o una lesión neurológica posterior.
- **Mala Presentación Fetal:** Los casos con feto en situación transversa, presentación de cara mento-posterior o de frente, presentaciones cefálicas deflexionadas, desproporciones fetopelvicas relativas, presentación podálica, peso fetal muy bajo (fragilidad fetal), presentación podálica incompleta (riesgo de prolapso de cordón); son indicaciones de cesárea inmediata.
- **Prematuridad:** La experiencia obstétrica y neonatológica indica que el feto prematuro tiene más riesgo de traumatismo obstétrico si nace por vía vaginal, más aún, si viene en presentación podálica. Por tal motivo se recomienda que los fetos con peso menor o igual a 1500g deban nacer por cesárea.

2.2.8. Consideraciones no clínicas

Generalmente en nuestro medio existen varias causas no clínicas que forman parte de las indicaciones de cesárea, las mismas que deben ser analizadas minuciosamente, según (Campero, y otros, 2007) detalla algunas de ellas:

- **Edad materna:** La tasa de cesáreas aumenta con la edad materna, es decir, las madres más jóvenes tienen un mayor riesgo de parto prematuro,

mientras que las madres más mayores tienen más probabilidades de tener una cesárea.

- **Instrucción de los profesionales:** La capacitación y formación académica de los profesionales puede interferir en la decisión quirúrgica (parto eutócico o cesárea).
- **Cesárea a Demanda:** Es frecuente que la propia paciente pida la realización de una cesárea, probablemente debido a la creencia de que esta intervención es igual de segura que el parto vaginal.

2.2.9. Indicador de cesáreas de la Organización Mundial de la Salud

América Latina presenta mayor índice de cesáreas, ésta región es donde se realizar mayormente ésta práctica, aunque muchas de las veces son innecesarias; lo cual expone a riesgos a miles de madres y sus bebés. De acuerdo a reportes de la OMS (Organización Mundial de la Salud), en Latinoamérica casi 4 de cada 10 partos se realizan por cesárea, lo que corresponde a un 38,9%; por tal no va acorde a lo recomendado por la OMS que es entre el 10% y 15%. (Organización Mundial de la Salud , 2004)

Cabe mencionar que países como Estados Unidos y España presentan porcentajes altos de cesáreas (33% y 25%) respectivamente, según un informe presentado por la OMS en el año 2014. Brasil es el país donde más se realizan las cesáreas, posee un promedio del 54% y en los servicios privados este índice aumenta por sobre el 80%; las cifras aumentan en países con mayor proporción de personas indígenas que practican partos ancestrales como Bolivia en donde la cifra de cesáreas pasó del 14,6% en el año 2008 al 19% en el año 2012; Perú el índice de cesáreas pasó del 15,8% al 25%; en república Dominicana registraba el 44%, Colombia el 43%, México el 39%, Chile el 37%, Ecuador presenta un índice del 41% en el año 2014; lo contrario ocurre en Haití, ya que en éste país el índice de cesáreas es relativamente bajo (5,5%), debido al escaso acceso a los servicios de salud.

Se cree que la comodidad y ganancia económica para los equipos médicos son los principales motivos por lo que los médicos realizan las cesáreas; según Ana Quiroz directora del Centro de Información y Servicios de Asesorías en Salud de Nicaragua manifiesta que “*El alza del índice de cesáreas no tiene nada que*

ver con una necesidad médica, sino que los profesionales piensan más en su comodidad que en el bienestar de la mujer gestante”, además en países donde el costo de un parto normal y una cesárea es el mismo, el índice de la cesárea sigue en alza; cabe mencionar que otro motivo para su realización se debe a que mujeres son temerosas y no desean pasar por el dolor del parto vaginal.

Hoy en día varios intentos se han realizado por regular el número de cesáreas; en América Latina se ha implementado una estrategia para minimizar este índice, que incluye una doble valoración médica, con el propósito de justificar cada una de las cesáreas y la entrega de información a los pacientes para que ellos evalúen los riesgos a los que se expone su realización, por tal motivo según la OMS manifiesta que las cesáreas se deben efectuar únicamente cuando éstas sean necesarias. (Organización Mundial de la Salud , 2004)

En Ecuador, en agosto del año 2015, el Ministerio de Salud emitió un acuerdo que expide “los lineamientos para la racionalización de la práctica de cesáreas”. El primer paso fue la publicación de la Guía, posteriormente se planea un proceso de socialización y capacitación en todo el país, el objetivo es alcanzar el 15% recomendado por la OMS, además, plantea el control a las clínicas y hospitales privados por medio de la Dirección de Calidad, este organismo recibirá la información de partos por cesáreas y vaginales de cada casa de salud del país y los auditará. (EL COMERCIO, 2015)

2.2.10. Clasificación de Robson

La Organización Mundial de la Salud (OMS) realizó dos investigaciones sistemáticas a fin de estimar el valor, los beneficios y las posibles desventajas de esta clasificación para entender mejor las tasas y las tendencias de cesárea en todo el mundo. Este sistema planteado por el Dr. Michael Robson en 2001 estratifica las mujeres según sus características obstétricas y en efecto, permite comparar las tasas de cesárea en cada grupo con menor número de factores de confusión. (Organización Mundial de la Salud , 2004)

Gráfico 1: Clasificación de Robson



Fuente: (Organización Mundial de la Salud , 2004)

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

ABORTO: Expulsión del producto de la concepción de menos de 500 gramos de peso o hasta 20 semanas de gestación.

ANTÍGENOS: Fragmento molecular inadecuada o toxica para el organismo, que desencadena una formación de anticuerpos en el sistema inmune.

ASFIXIA: Trastorno de la función respiratoria debido a la falta de oxígeno en el organismo o por la acumulación de dióxido de carbono (Co₂) en los tejidos.

CANAL DE PARTO: Conducto por el que circula el producto durante el parto, comprende desde el estrecho superior de la pelvis hasta el orificio de la vagina.

CÉRVIX: Porción fibromuscular inferior del útero ubicada en el fondo de la vagina.

CESÁREA ELECTIVA: Intervención quirúrgica programada, decidida desde el punto de vista médico sin que haya actividad uterina, sufrimiento fetal, o dificultades maternas

CESÁREA ITERATIVA: Intervención quirúrgica en una gestante con antecedentes de dos o más cesáreas.

CONTRACCIONES: Dinámica uterina que se da lugar en las diferentes etapas del embarazo y trabajo de parto.

DESPROPORCIÓN: Se hace referencia a la falta de similitud en proporciones de un cuerpo o de ciertas partes relacionadas entre sí con otros.

DISTOCIA: Anormalidad en el mecanismo del parto que interfiere con la evolución fisiológica del mismo.

EDAD GESTACIONAL: Duración del embarazo calculada desde el primer día de la última menstruación normal hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio.

EDEMA: Hinchazón de aspecto blanda resultado de la acumulación de líquido en el espacio intercelular o intersticial de los tejidos de un cuerpo.

EMBARAZO DE ALTO RIESGO: Aquel en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre o del producto.

EMBARAZO NORMAL: Es el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a término.

EMERGENCIA OBSTÉTRICA: Condición de complicación de la gestación que implica riesgo de morbilidad o mortalidad materno-perinatal.

ENDOMETRITIS: Infección bacteriana que produce la irritación del endometrio.

EUTOCIA: Corresponde al parto normal cuando el feto se presenta en vértice y el proceso termina sin necesidad de ayuda artificial a la madre o al producto.

EXSANGUINEO TRANSFUSIÓN: Procedimiento que se pone en práctica para transferir sangre a un neonato cuando este tiene un desorden de incompatibilidad de factor RH.

HEMORRAGIA: Pérdida de sangre de manera excesiva o fuera de lo normal a causa de una lesión directa o indirecta de un vaso arterial o venoso.

HIPERTENSIÓN: Patología crónica que expresa la elevación persistente de la presión sanguínea en las paredes de las arterias.

HIPOXEMIA: Déficit del nivel de oxígeno en sangre.

HIPOXIA: Situación en donde el aporte de oxígeno a las células no puede cubrir las necesidades metabólicas.

INDICADOR: Dato informativo que cumple la función de medir o comparar ciertas características de un proyecto en ejecución, programa o actividad.

INDUCCIÓN: Acción que se realiza en las gestantes a término con el fin de provocar el trabajo de parto.

INFECCIÓN: Invasión o desarrollo de gérmenes patógenos en los tejidos del huésped provocando una enfermedad.

INCISIÓN: Corte que se realiza sobre una superficie, tejido, o capa tisular con un instrumento cortante.

LAPARATOMÍA: Incisión quirúrgica que se realiza en el área del abdomen o vientre con el objetivo de examinar, explorar ciertos problemas del mismo.

LÍQUIDO ANMIÓTICO: Sustancia transparente contenido en el saco amniótico, que ayuda al feto a moverse y lo protege de traumatismo externos.

MEMBRANAS OVULARES: Capas de tejido que envuelven el saco ovular y el corion, preservando al líquido amniótico y al feto de invasiones microbianas.

MICROORGANISMOS: Seres vivos que pueden ser visto por medio de un microscopio y son de diversas clases como virus, hongos, bacterias y entre otros, que pueden causar enfermedades.

MIOMECTOMÍA: Extirpación de fibromas en el útero por medio de una intervención quirúrgica sin provocar lesiones en el mismo.

MUERTE MATERNA: Es la que ocurre en una mujer mientras está embarazada, durante el parto o dentro de la etapa de puerperio, independientemente de la duración y lugar del embarazo producida por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales.

NACIMIENTO: Expulsión completa o extracción del organismo materno del producto de la concepción, independientemente de que se haya cortado o no el cordón umbilical o esté unido a la placenta y que sea de 21 o más semanas de gestación. El término se emplea tanto para los que nacen vivos como para los mortinatos.

OLIGOHIDRAMNIOS: Es la disminución del líquido amniótico con un valor inferior a 50mm.

OVULO: Célula reproductora femenina que se origina en los ovarios, susceptible a ser fecundado por un espermatozoide dando lugar a un cigoto o cuando este madura ocurre la destrucción.

PARTO CON PRODUCTO A POSTÉRMINO: Expulsión del producto del organismo materno de 42 o más semanas de gestación.

PARTO CON PRODUCTO A TÉRMINO: Expulsión del producto del organismo materno de 37 semanas a 41 semanas de gestación.

PARTO CON PRODUCTO INMADURO: Expulsión del producto del organismo materno de 21 semanas a 27 semanas.

PARTO CON PRODUCTO PREMATURO: Expulsión del producto del organismo materno de 28 semanas a menos de 37 semanas de gestación.

PARTO PRETÉRMINO: Expulsión del producto del organismo materno de 28 semanas a menos de 37 semanas de gestación.

PARTO: Conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del producto, la placenta y sus anexos por vía vaginal. Se divide en tres periodos: dilatación, expulsión y alumbramiento.

PROTEINURIA: Presencia de proteínas en la orina en cantidades superiores a la normal.

PUERPERIO NORMAL: Periodo que sigue al alumbramiento y en el cual los órganos genitales maternos y el estado general vuelven a adquirir las características anteriores a la gestación y tiene una duración de 6 semanas o 42 días.

RECIÉN NACIDO A TÉRMINO: Producto de la concepción de 37 semanas a 41 semanas de gestación, equivalente a un producto de 2,500 gramos o más.

RECIÉN NACIDO INMADURO: Producto de la concepción de 21 semanas a 27 semanas de gestación o de 500 gramos a menos de 1,000 gramos;

RECIÉN NACIDO PREMATURO: Producto de la concepción de 28 semanas a 37 semanas de gestación, que equivale a un producto de 1,000 gramos a menos de 2,500 gramos.

RECIÉN NACIDO PRETÉRMINO: Producto de la concepción de 28 semanas a menos de 37 semanas de gestación;

RECIÉN NACIDO VIVO: Se trata de todo producto de la concepción proveniente de un embarazo de 21 semanas o más de gestación que después de concluir su separación del organismo materno manifiesta algún tipo de vida, tales como movimientos respiratorios, latidos cardíacos o movimientos definidos de músculos voluntarios.

RECIÉN NACIDO: Producto de la concepción desde el nacimiento hasta los 28 días de edad.

RIESGO: Probabilidad que acontezca un suceso con consecuencias negativas.

RUPTURA UTERINA: Es la solución de persistencia no quirúrgica, patológica de la pared uterina, que acontece por encima del cuello y en gestaciones avanzadas.

TRABAJO DE PARTO: Conjunto de acontecimientos que permiten el nacimiento del feto y la expulsión de la placenta.

RECIÉN NACIDO POSTÉRMINO: Producto de la concepción de 42 semanas o más de gestación.

2.4. SISTEMA DE VARIABLES

Tabla 1: Variable Independiente – Causas que inciden en la realización de cesáreas

CONCEPTO	DIMENSIONES	INDICADOR	TÉCNICAS/INSTRUMENTOS
Circunstancias o fundamentos que dan origen a una condición de riesgo tanto para la madre como para el bebé; y que, medicamente valorada conduce a la realización de una intervención quirúrgica (cesárea) para la extracción del feto, del vientre de la madre.	Valoraciones médicas.	Datos estadísticos del número de casos atendidos por cesárea.	<ul style="list-style-type: none"> • Recopilación de información del INEC, departamento de Estadística • Recopilación de información del libro de partos diarios del Centro Obstétrico. • Recopilación de información del Departamento de Epidemiología. • Tabulación de información y cuadros estadísticos.
	Complicaciones para un parto normal.	Datos estadísticos de las causas que inciden en una cesárea.	
	Características de las pacientes.	Edad Materna	
	Valoración del riesgo/beneficio.	Tipo de cesárea (programada – emergencia)	

Autores: Arguello Jessica & Sánchez Lisbeth

Tabla 2: Variable Dependiente – Indicador establecido por la Organización Mundial de la Salud

CONCEPTO	DIMENSIONES	INDICADOR	TÉCNICAS/INSTRUMENTOS
<p>Las cesáreas son indispensables para salvar la vida de las madres y de los neonatos, únicamente cuando sean justificadas por motivos médicos, desde 1985 la Organización Mundial de la Salud establece que la tasa de cesáreas debe oscilar entre el 10% y 15%, para prevenir la morbilidad materna y perinatal. (EL COMERCIO, 2015)</p>	<p>Clasificación de Robson</p> <p>Causas que inciden en la cesárea</p> <p>Tasa de morbilidad materna y perinatal.</p> <p>Factores socioeconómicos</p>	<p>Datos estadísticos del porcentaje de cesáreas a nivel mundial.</p> <p>Datos estadísticos del número de casos atendidos por cesárea en el Hospital Provincial Alfredo Noboa Montenegro.</p> <p>Datos estadísticos de mortalidad materna y neonatal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Información recopilada de fuentes bibliográficas (internet, MSP, OMS) • Información recopilada en el Hospital Provincial Alfredo Noboa Montenegro, segundo semestre del año 2015 • Entrevistas formuladas a los profesionales especialistas del área Gineco Obstétrico • Tabulación de información y cuadros estadísticos.

Autores: Arguello Jessica & Sánchez Lisbeth

2.5. INFORMACIÓN GENERAL HOSPITAL PROVINCIAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO

2.5.1. Reseña histórica

Guaranda es la capital de la Provincia de Bolívar, en esta ciudad se encuentra el Hospital Provincial Alfredo Noboa Montenegro (HANM) ubicado entre las calles: José María Cisneros y Selva Alegre, el Hospital Alfredo Noboa Montenegro corresponde al Sistema Nacional de Servicios de Salud del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, ubicado en Segundo Nivel de Complejidad, contando con una cobertura poblacional de 178.089 habitantes de la provincia Bolívar, la misma que se divide en los diferentes Distritos de Salud como son: Chimbo - San Miguel, Chillanes, Echeandía y Guaranda siendo el Hospital Alfredo Noboa Montenegro ubicado dentro del área uno.

El HANM fue creado en el año 1860 como hospital de emergencia con la finalidad de atender a los heridos del combate de Tumbaco y Yauqui, y se encontraba a cargo de la sociedad de mujeres de la ciudad de Guaranda.

Durante la presidencia de José María Caamaño, el 3 de mayo de 1884 mediante decreto legislativo se establece el Hospital de Guaranda bajo la dirección de las hermanas de la caridad, llevando el nombre de Hospital de Jesús, ubicado inicialmente en las calles 7 de Mayo y Rocafuerte.

A partir de Diciembre de 1926, por asistencia de la Junta de Beneficencia se da un progreso material y técnico, iniciándose la atención clínica y quirúrgica del paciente de acuerdo a evaluación y requerimiento del médico de aquella época. Se inaugura el Hospital de Guaranda el día 8 de marzo de 1984, iniciándose con dos salas para hombres y mujeres, una sala para las religiosas, capilla, botica y cocina.

Ante el crecimiento poblacional y demanda de atención médica, así como los avances científicos y tecnológicos en medicina, fue necesario la ampliación y cambio de la estructura física del Hospital, mediante gestiones realizadas por las autoridades y pueblo bolivarense, durante la presidencia del Doctor Rodrigo

Borja se inaugura el nuevo hospital bajo el nombre de HANM el día 13 de Julio de 1992, con una capacidad de 120 camas.

El HANM es considerado Hospital General por el tipo de atención que brinda, contando con cuatro especialidades básicas: cirugía, clínica, pediatría, Gineco-obstetricia, por el tiempo de permanencia del paciente es un Hospital Agudo, según la ubicación geográfica es un Hospital Provincial, prestando así una atención de salud integral a usuarios ambulatorios como también de hospitalización de la ciudad de Guaranda y su área de influencia, cumpliendo de esta manera con actividades multisectoriales de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud con participación de toda la comunidad en forma organizada, colaborando y contribuyendo a la formación y capacitación permanente de personal y desarrollando actividades de investigación científica y operativa.

Actualmente dentro del hospital existe las áreas de Neonatología, traumatología, cardiología, emergencia, consulta externa; servicio de rayos x, laboratorio clínico, ecosonografía, electrocardiograma, estomatología y rehabilitación.

En la actualidad el Hospital General Provincial Alfredo Noboa Montenegro se convirtió en la segunda casa de salud de la Coordinación Zonal 5-SALUD en recibir la acreditación internacional de la organización Accreditation Canadá International (ACI), en el mes de mayo del año 2015, certificación que solo se entrega a los hospitales que cumplen con los estándares mundiales de calidad, calidez y seguridad de la atención hospitalaria.

2.5.2. Misión

El Hospital Alfredo Noboa Montenegro presta atención Humanizada, integral, individualizada de calidad en las cuatro especialidades básicas, además constituye la unidad de referencia institucional.

2.5.3. Visión

El Hospital Alfredo Noboa Montenegro contará con una adecuada capacidad resolutive, técnica, administrativa, financiera que permitirá brindar una atención de calidad en acciones inherentes al diagnóstico oportuno, tratamiento eficaz y rehabilitación de secuelas mentales y sociales que conducirán a la satisfacción de las necesidades del usuario interno y externo.

2.5.4. Base Legal

- **Constitución de la República del Ecuador**

TÍTULO II DERECHOS

CAPÍTULO TERCERO - SESIÓN CUARTA

Mujeres embarazadas

Art. 43.- El Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los derechos a:

- 1.** No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral.
 - 2.** La gratuidad de los servicios de salud materna.
 - 3.** La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto.
 - 4.** Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia.
- Guía de Práctica Clínica 2016 establecido por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador
 - Estatutos Internos

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Los niveles de investigación son necesarios ya que permiten obtener información relevante, veraz y oportuna sobre la problemática en estudio, incrementado los conocimientos del investigador, además la finalidad radica en formular nuevas teorías o mejorar las existentes en cuanto a la temática que se encuentra analizando. Los niveles de investigación a ser utilizados en el presente trabajo investigativo son los que se detallan a continuación:

- **Descriptivo.** - Se utilizó el estudio descriptivo ya que se procedió a analizar información recopilada del Departamento de Estadística, del libro de partos diarios del Centro Obstétrico e información del Departamento de Epidemiología del HANM, dicha información contiene datos sobre las causas que incidieron en la realización de cesáreas durante el segundo semestre del año 2015, tipo de cesárea y características generales de la paciente.
- **Transversal.** - Constituye un nivel de estudio transversal debido a que la recolección de información describe las variables y características de la problemática investigativa dentro de un período de tiempo determinado; es decir permite analizar las causas que inciden en la realización de cesáreas, durante el segundo semestre del año 2015, en el HANM en relación al indicador establecido por la OMS.
- **Retrospectivo.** - Este nivel de investigación permite determinar la relación existente entre las variables y a su vez analizar información de hechos ocurridos, de tal manera que se pueda identificar la causa que lo ocasionó; es decir, mediante esta investigación se podrá analizar los factores que exponen a las mujeres gestantes a incurrir en una cesárea.

3.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño metodológico de toda investigación está compuesto por métodos, técnicas e instrumentos a ser utilizados, de tal manera que permita comprobar la temática establecida, alcanzar los objetivos planteados y poder resolver el problema de investigación descrito.

La metodología de investigación a ser utilizada será mediante un enfoque cualitativo y cuantitativo que a la vez al ser utilizado de manera conjunta generan un tercer enfoque que es el enfoque mixto.

El enfoque de la investigación es un proceso que está directamente relacionada a los métodos de investigación que son dos: método inductivo que generalmente asociado con la investigación cualitativa, consiste en ir de los casos particulares a la generalización; mientras que el método deductivo, es asociado habitualmente con la investigación cuantitativa cuya característica es ir de lo general a lo particular.

- **Enfoque Cuantitativo.** - Este tipo de enfoque se utiliza para la recolección de información, con la finalidad de dar solución a la problemática identificada en la presente investigación; especialmente se basa en el análisis estadístico para establecer con exactitud patrones de comportamiento de una población; mediante este enfoque se pretende utilizar herramientas como cuestionarios, datos estadísticos y otros mecanismos para analizar la información.
- **Enfoque Cualitativo.** - Se utiliza para estudiar la realidad en su contexto natural, interpretando la problemática de acuerdo con las personas y fenómenos implicados, en este tipo de enfoque se utiliza diversidad de instrumentos para la obtención de información como entrevistas, observaciones indirectas, historias de vida, entre otros; instrumentos en los que se describe detalladamente el ámbito de la problemática.
- **Enfoque Mixto.** - Incluye las mismas características de los dos enfoques mencionados anteriormente, este tipo de enfoque es un proceso que

recolecta, analiza y vincula datos cuantitativos y cualitativos en un mismo estudio o una serie de investigaciones para responder a un planteamiento.

3.3. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

Son procedimientos que se aplican para lograr los objetivos establecidos en la investigación; de tal manera que se pueda explicar el origen de la problemática identificada y las soluciones que se puedan efectuar.

- **Histórico – Lógico.** - Permite investigar el desarrollo de la operación cesárea a través del tiempo, observando la relación existente entre las causas que conllevan a su realización y el indicador establecido por la Organización Mundial de la Salud; además permite analizar las recomendaciones emitidas por expertos en la materia y su respectivo cumplimiento.
- **Inductivo – Deductivo.-** Este método va de lo particular a lo general, para ello se procedió a identificar el índice de cesáreas realizadas en el Hospital Provincial Alfredo Noboa Montenegro, además se identificó las causas más frecuentes que conllevan a su realización; finalmente se logró conocer el índice de cesáreas que se efectúan en diversos países a nivel mundial; todo este análisis se realiza con el propósito de conocer el cumplimiento del indicador de la Organización Mundial de la Salud que establece entre 10% - 15%.

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.4.1. Población

El universo de estudio fueron 319 pacientes que, durante el segundo semestre del año 2015, fueron sometidas a cesárea en el Hospital Provincial Alfredo Noboa Montenegro, esto mediante el análisis de sus respectivas historias clínicas o expedientes. Se recogió también los aportes de los tres especialistas Gineco – Obstetras de dicha casa de salud.

3.4.2. Muestra

En el presente trabajo de investigación no se requiere el cálculo de la muestra, ya que la información requerida se obtiene de todas las pacientes que fueron sometidas a cesárea durante el segundo semestre del año 2015 en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro; además se procede a efectuar entrevistas a Especialistas del Área Gineco-Obstétrico de la unidad de salud, que forman un total de tres especialistas.

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En la presente investigación se aplicaron técnicas de recolección de datos como se describe a continuación:

- 1. Observación Indirecta y Análisis de Documentos:** se aplicó a las Historias clínicas de las 319 pacientes intervenidas quirúrgicamente para extraer datos como causas de cesárea y otros relacionados.
- 2. Entrevista:** como técnica de observación directa se aplicó a los tres especialistas Gineco – Obstetras del Hospital Provincial Alfredo Noboa Montenegro.

3.6. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Previa la autorización al Dr. Mario Silva - Director del Hospital Provincial Alfredo Noboa Montenegro, se solicitó al Departamento de Docencia facilite la información requerida para el desarrollo del presente proyecto investigativo, para lo cual se procedió a recabar información de los datos del INEC que reposan en el Departamento de Estadística, posteriormente se utilizó las historias clínicas de todos los casos de parto por cesárea ocurridos en el segundo semestre del año 2015.

La información que no constaba en las historias clínicas se obtuvo del libro de partos diarios y partes operatorios del Centro Quirúrgico Obstétrico al que se

accedió previa autorización del Jefe de Servicio del Área Gineco-Obstétrico y Líder de Enfermería del Centro Quirúrgico Obstétrico.

Dicha información fue organizada en una base de datos generada en Microsoft Excel 2010 para su respectivo análisis, tabulación y descripción; utilizando técnicas estadísticas como la distribución de frecuencias y sus representaciones gráficas, así también medidas de ubicación como la media, la moda, la mediana que han permitido identificar las causas más recurrentes; con el fin de proporcionar conclusiones convincentes que sustente los criterios establecidos en el proyecto investigativos; dichos resultados se mostrarán mediante gráficos y tablas estadísticas.

Finalmente se procedió a realizar una entrevista, previo a un cuestionario estructurado, a profesionales especialistas en el Área de Gineco-Obstétrico, de tal manera que los criterios vertidos sean utilizados en la comprobación con la información obtenida anteriormente; es decir, que los datos recolectados sean de argumento similar a las respuestas entregadas por los profesionales de dicha área.

La información obtenida de las pacientes fue tomada confidencialmente, y fueron utilizados únicamente con objetivos de carácter investigativo para el presente estudio.

3.7. ANÁLISIS Y PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN

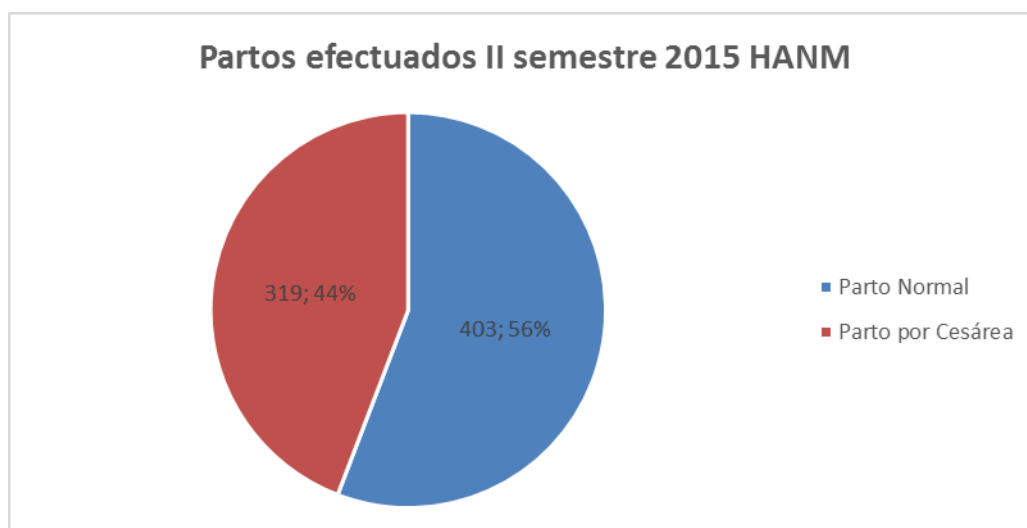
Tabla 3: Partos efectuados en el segundo semestre del año 2015, en el Hospital Provincial Alfredo Noboa Montenegro.

PARTO	NUMERO	PORCENTAJE
Número de Parto Normal	403	56%
Número de Parto Cesárea	319	44%
TOTAL	722	100%

Elaborado por: Arguello Jessica & Sánchez Lizbeth

Fuente: Historias Clínicas, Libro de Partos Diarios y Partes Operatorios

Gráfico 2: Partos efectuados en el segundo semestre del año 2015, en el Hospital Provincial Alfredo Noboa Montenegro.



Elaborado por: Arguello Jessica & Sánchez Lizbeth

Fuente: Historias Clínicas, Libro de Partos Diarios y Partes Operatorios

INTERPRETACIÓN: Los registros estadísticos reflejan que, en el segundo semestre del año 2015, se realizaron 722 casos de partos, de los cuales 319 por distintas causas establecidas en las valoraciones medicas fueron sometidas a cesárea, lo que representa un índice del 44%; que claramente supera el indicador establecido por la OMS (10% - 15%), considerándose que las cesáreas se deben practicar lo menos posible. Realidad que amerita un análisis adecuado ya que el índice de cesáreas muestra que aproximadamente 4 de cada 10 gestantes son intervenidas quirúrgicamente, lo que hace suponer que la gran mayoría de mujeres gestantes con riesgos para el parto acuden a esta casa de salud.

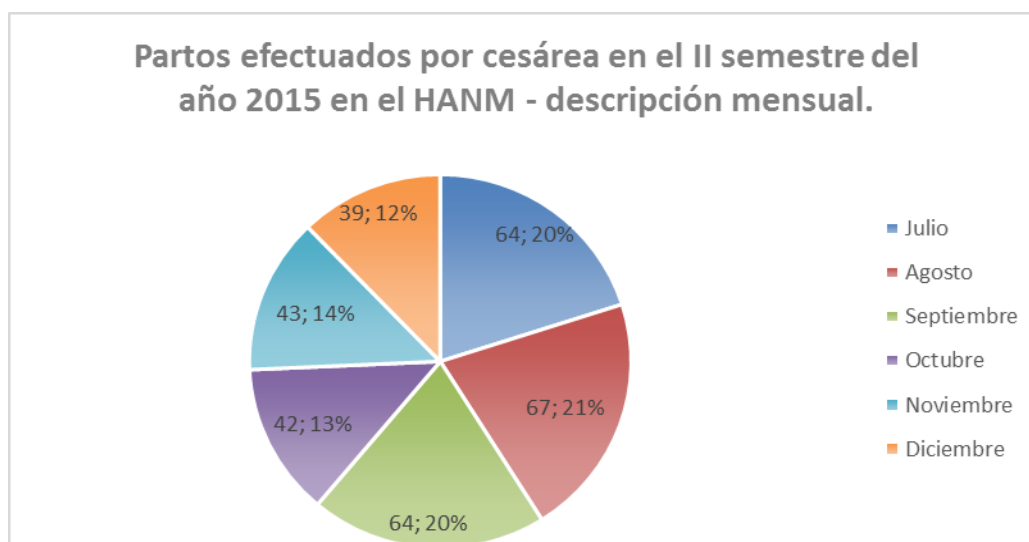
Tabla 4: Partos efectuados por cesárea en el segundo semestre del año 2015, en el Hospital Provincial Alfredo Noboa Montenegro - descripción mensual.

MESES	Número	Porcentaje
JULIO	64	20%
AGOSTO	67	21%
SEPTIEMBRE	64	20%
OCTUBRE	42	13%
NOVIEMBRE	43	13%
DICIEMBRE	39	13%
TOTAL	319	100%

Elaborado por: Arguello Jessica & Sánchez Lizbeth

Fuente: Historias Clínicas, Libro de Partos Diarios y Partes Operatorios

Gráfico 3: Partos efectuados por cesárea en el segundo semestre del año 2015, en el Hospital Provincial Alfredo Noboa Montenegro - descripción mensual.



Elaborado por: Arguello Jessica & Sánchez Lizbeth

Fuente: Historias Clínicas, Libro de Partos Diarios y Partes Operatorios

INTERPRETACIÓN: El mayor número de cesáreas se practicaron en el I trimestre del periodo estudiado, con un comportamiento similar que ha fluctuado entre el 20% y el 21%, respecto del total de cesáreas del semestre. Los tres meses posteriores se observó un decrecimiento de aproximadamente 7% - 8%, que representaban entre 20 y 25 pacientes menos, lo cual también se mantuvo constante. Esta descripción mensual de los datos deja ver que los tres últimos meses pese a la disminución, tampoco se logró ubicar dentro del rango del indicador de la OMS, pues respecto del total de partos, las cesáreas ocurrieron en un 35%. Lo cual respalda la interpretación de datos del gráfico 2.

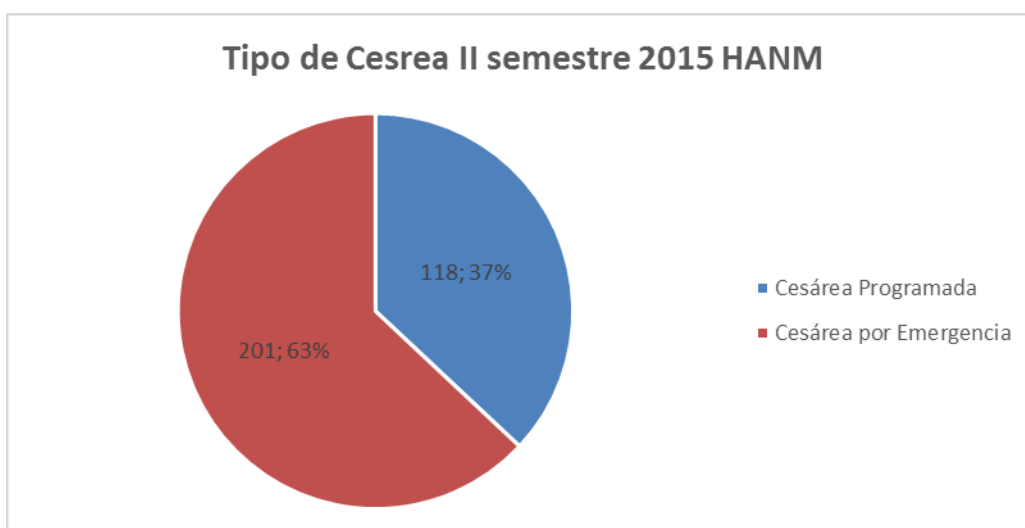
Tabla 5: Tipo de cesárea efectuada en el segundo semestre del año 2015 en el Hospital Provincial Alfredo Noboa Montenegro.

TIPO	NUMERO	PORCENTAJE
Cesárea Programada	118	37%
Cesárea por Emergencia	201	63%
TOTAL	319	100%

Elaborado por: Arguello Jessica & Sánchez Lizbeth

Fuente: Historias Clínicas, Libro de Partos Diarios y Partes Operatorios

Gráfico 4: Tipo de cesárea efectuada en el segundo semestre del año 2015 en el Hospital Provincial Alfredo Noboa Montenegro.



Elaborado por: Arguello Jessica & Sánchez Lizbeth

Fuente: Historias Clínicas, Libro de Partos Diarios y Partes Operatorios

INTERPRETACIÓN: De las 319 cesáreas practicadas en el segundo semestre de 2015, el 63% fueron de emergencia debido a causas como ruptura prematura de membrana, labor de parto prolongada, sufrimiento fetal, desproporción cefalopelvica y otras; mientras que, el 37% restante fueron programadas seguramente por causas que según prescripción médica eran necesarias para proteger la vida de la madre y su hijo, entre estas destaca cesárea anterior, fobia al parto, partos gemelares, hipertensión y otras. La descripción de los datos permite visualizar que entre 3 y 4 pacientes de cada 10 cesáreas realizadas la han programado con el médico; y como consecuencia los 6 restantes se encuentran en condiciones imprevistas que comprometen un riesgo de muerte, por tanto, se someten a intervención quirúrgica no prevista.

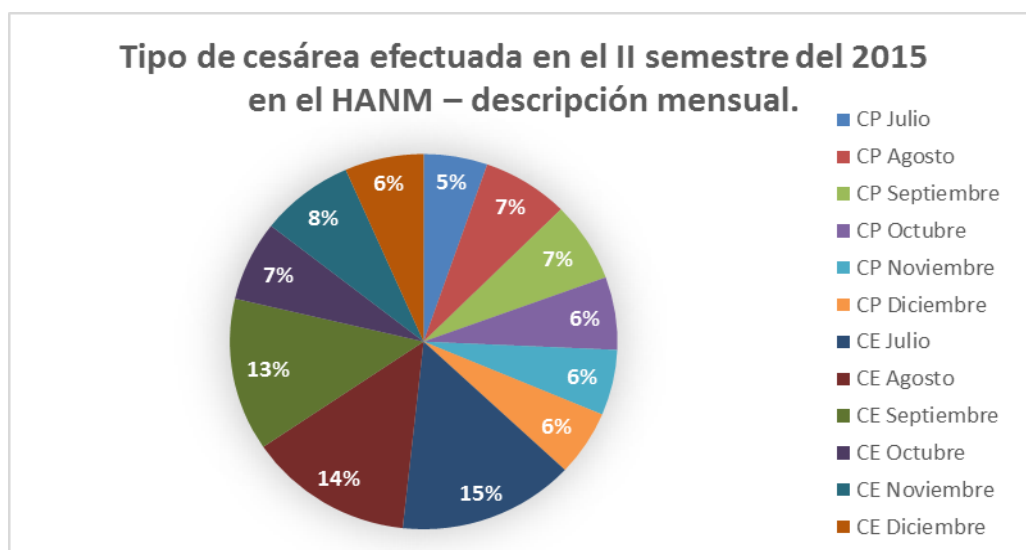
Tabla 6: Tipo de cesárea efectuada en el segundo semestre del año 2015 en el Hospital Provincial Alfredo Noboa Montenegro – descripción mensual.

TIPO	MESES	NUMERO	PORCENTAJE
CESÁREA PROGRAMADA	JULIO	17	5%
	AGOSTO	23	7%
	SEPTIEMBRE	22	7%
	OCTUBRE	20	6%
	NOVIEMBRE	18	6%
	DICIEMBRE	18	6%
CESÁREA DE EMERGENCIA	JULIO	47	15%
	AGOSTO	44	14%
	SEPTIEMBRE	42	13%
	OCTUBRE	22	7%
	NOVIEMBRE	25	8%
	DICIEMBRE	21	7%
TOTAL:		319	100%

Elaborado por: Arguello Jessica & Sánchez Lizbeth

Fuente: Historias Clínicas, Libro de Partos Diarios y Partes Operatorios

Gráfico 5: Tipo de cesárea efectuada en el segundo semestre del año 2015 en el Hospital Provincial Alfredo Noboa Montenegro – descripción mensual.



Elaborado por: Arguello Jessica & Sánchez Lizbeth

Fuente: Historias Clínicas, Libro de Partos Diarios y Partes Operatorios

INTERPRETACIÓN: La distribución mensual de datos, permite evidenciar que todos los meses del II semestre, se ha presentado mayor número de cesáreas por emergencia. El mes de julio destaca con el mayor porcentaje pues se triplica las cesáreas por emergencia respecto de las programadas. Se identifica entonces que existe una alta demanda de pacientes que acuden por causas imprevistas y que quizá no puede controlar directamente esta casa de salud.

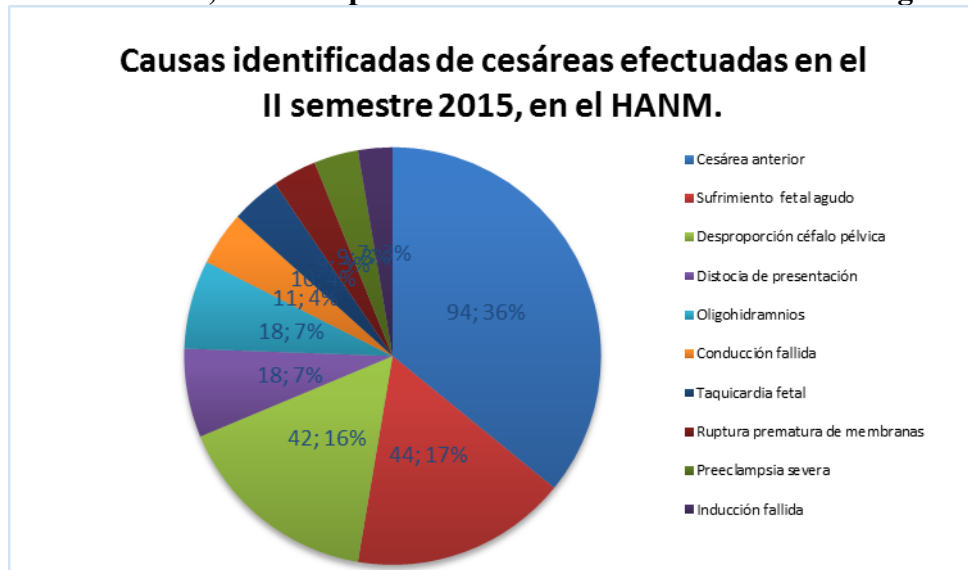
Tabla 7: Causas identificadas de cesáreas efectuadas en el II semestre del año 2015, en el Hospital Provincial Alfredo Noboa Montenegro.

CAUSAS	Número	Porcentaje
CESÁREA ANTERIOR	94	29,47%
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO	44	13,79%
DESPROPORCIÓN CÉFALO PÉLVICA	42	13,17%
DISTOCIA DE PRESENTACIÓN	18	5,64%
OLIGOHIDRAMNIOS	18	5,64%
CONDUCCIÓN FALLIDA	11	3,45%
TAQUICARDIA FETAL	10	3,13%
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	9	2,82%
PREECLAMPSIA SEVERA	9	2,82%
INDUCCIÓN FALLIDA	7	2,19%
EXPULSIVO PROLONGADA	6	1,88%
CIRCULAR DE CORDÓN	4	1,25%
LABOR DE PARTO PROLONGADA	4	1,25%
EMBARAZO GEMELAR	4	1,25%
PELVIS ESTRECHA	3	0,94%
MACROSIMIA FETAL	3	0,94%
H.P.V	3	0,94%
CONDILOMATOSIS GENITAL EXTERNO	2	0,63%
PRESENTACIÓN PODÁLICO	2	0,63%
VAGINOSIS	2	0,63%
HIPERTENSIÓN ARTERIAL GESTACIONAL	2	0,63%
FOBIA AL PARTO	2	0,63%
DOBLE CIRCULAR DE CORDÓN	2	0,63%
INCOMPATIBILIDAD DE FACTOR RH	2	0,63%
EMBARAZO POST TERMINO SIN LABOR DE PARTO	2	0,63%
HERNIA FUNCIONAL	1	0,31%
ECLAMPSIA	1	0,31%
HIPERTONÍA UTERINA	1	0,31%
PRESENTACIÓN PELVIANA	1	0,31%
LUXACIÓN DE CADERAS	1	0,31%
COREANCONITIS	1	0,31%
PLACENTA PREVIA	1	0,31%
BRADICARDIA FETAL	1	0,31%
PROLAPSO DE CORDÓN	1	0,31%
EPILEPSIA	1	0,31%
ÚTERO BICORNEO	1	0,31%
PREECLAMPSIA LEVE	1	0,31%
CRISIS CONVULSIVA	1	0,31%
PLACENTA SUCECCTURIATA	1	0,31%
TOTAL:	319	100%

Elaborado por: Arguello Jessica & Sánchez Lizbeth

Fuente: Historias Clínicas, Libro de Partos Diarios y Partes Operatorios

Gráfico 6: Causas identificadas de cesáreas efectuadas en el II semestre del año 2015, en el Hospital Provincial Alfredo Noboa Montenegro.



Elaborado por: Arguello Jessica & Sánchez Lizbeth

Fuente: Historias Clínicas, Libro de Partos Diarios y Partes Operatorios

INTERPRETACIÓN: Existieron 39 causas que dieron origen a la práctica de cesáreas en las pacientes atendidas en el II semestre de 2015. En la representación gráfica se encuentran descritas las 10 causas con mayor incidencia. Entre ellas la cesárea anterior es la de mayor frecuencia con 29,47% que corresponde a 94 casos, ubicados en su mayoría en el tipo de cesárea programada; pues, solo unos pocos ocurren por emergencia por presentarse acompañada de otras circunstancias de riesgo como por ejemplo el sufrimiento fetal. En segundo caso se ubica el sufrimiento fetal agudo que se presenta en 13,79%; 44 casos que en su mayoría corresponden a emergencias; la desproporción céfalo pélvica es la tercera causa con 13,17%, tiene mayor incidencia en cesáreas de emergencia, pero también se presenta de manera programada. La distocia de presentación y oligohidramnios se presentan en cuarto y quinto lugar con un 5,64%. La conducción fallida, taquicardia fetal, ruptura prematura de membranas, preeclampsia severa e inducción fallida, se presentan en porcentajes que fluctúan en el 2 y el 4%. Las demás causas en su mayoría corresponden a cesáreas por emergencia que deben ser necesariamente atendidas sin ningún tipo de programación. Entonces podríamos suponer que la gran cantidad y diversidad de causas conllevan una elevada demanda de cesáreas en el HANM, lo que incide en rebasar los indicadores de la OMS.

3.7.1. ENTREVISTA REALIZADA A LOS TRES ESPECIALISTAS DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO

1. ¿De acuerdo a la OMS, cuyo indicador señala que el porcentaje normal de cesáreas es del 10-15%; que factores considera, inciden para que, en el HANM, se rebasen los indicadores establecidos.
2. ¿Las parturientas que acuden al HANM, son quienes toman la decisión de realizarse cesáreas o son situaciones médicas que lo exigen?
3. ¿Se aplica el TEST de Robson en las evaluaciones obstétricas?
4. ¿Cuáles son las causas justificadas para realizar una cesárea programada?
5. ¿En la revisión de partes operatorios y datos estadísticos evidenciamos que no se cumple a cabalidad con la normativa del MSP del Ecuador ni el indicador de la OMS, que podría indicar al respecto?
6. De las siguientes cual sería la estrategia más factible para aplicar en el HANM, para la reducción de la incidencia de cesáreas:

Pregunta 1: ¿De acuerdo a la OMS, cuyo indicador señala que el porcentaje normal de cesáreas es del 10-15%; que factores considera, inciden para que en el HANM, se rebasen los indicadores establecidos?

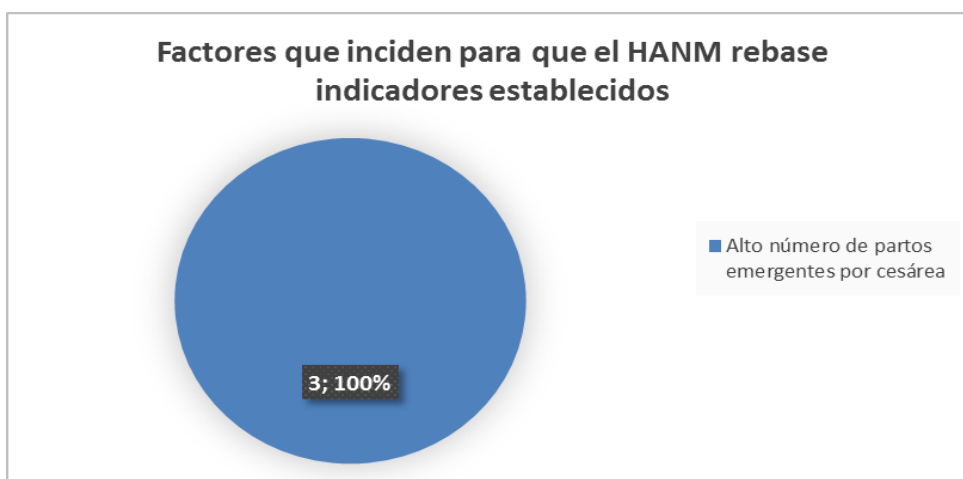
Tabla 8: Factores que inciden para que en el HANM, se rebasen los indicadores establecidos

Ítem	Frecuencia	Porcentaje
El alto número de partos emergentes por cesárea que acuden a esta casa de salud.	3	100%
TOTAL	3	100%

Elaborado por: Arguello Jessica & Sánchez Lizbeth

Fuente: Entrevista realizada a los tres especialistas Gineco-Obstetras del HANM.

Gráfico 7: Factores que inciden para que en el HANM, se rebasen los indicadores establecidos



Elaborado por: Arguello Jessica & Sánchez Lizbeth

Fuente: Entrevista realizada a los tres especialistas Gineco-Obstetras del HANM.

INTERPRETACIÓN: Los tres especialistas entrevistados, manifestaron como factor de incidencia para rebasar los indicadores de la OMS, respecto del número de cesáreas que se deben practicar, al alto número de partos emergentes por cesárea que se presentan continuamente, y necesariamente deben atenderlos. La demanda es significativa y las circunstancias ameritan atender a las pacientes, lo cual podría convertirse en una de las principales causas para que se rebasen los indicadores de la OMS. La presente interrogante y su respuesta, además contribuyen a fundamentar los datos recopilados estadísticamente en cuanto al alto porcentajes de cesáreas emergentes.

Pregunta 2: ¿Las parturientas q acuden al HANM, son quienes toman la decisión de realizarse cesáreas o son situaciones médicas que lo exigen?

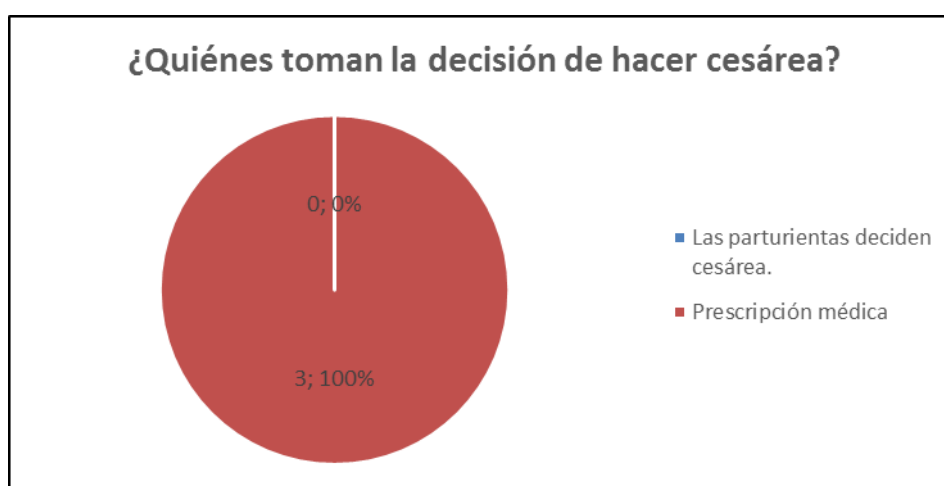
Tabla 9: ¿Quiénes toman la decisión de hacer cesárea?

Ítem	Frecuencia	Porcentaje
Las parturientas deciden cesárea.	0	0%
Prescripción médica	3	100%
TOTAL	3	100%

Elaborado por: Arguello Jessica & Sánchez Lizbeth

Fuente: Entrevista realizada a los tres especialistas Gineco-Obstetras del HANM.

Gráfico 8: ¿Quiénes toman la decisión de hacer cesárea?



Elaborado por: Arguello Jessica & Sánchez Lizbeth

Fuente: Entrevista realizada a los tres especialistas Gineco-Obstetras del HANM.

INTERPRETACIÓN: Los tres especialistas coinciden plenamente en que las cesáreas son practicadas por prescripción médica posterior a una valoración gineco-obstetra de las pacientes, más no por pedido de las parturientas, pues se cumplen parámetros y normas establecidos por los organismos de control. En tal sentido la valoración y el criterio médico prevalecen a una petición que quizá por temor en algunos casos las pacientes pueden sugerir.

Pregunta 3: ¿Se aplica el TEST de Robson en las evaluaciones obstétricas?

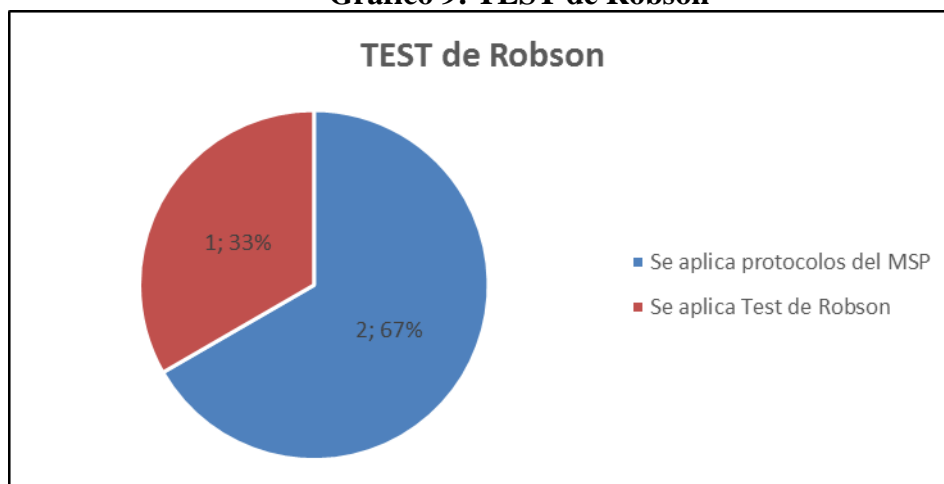
Tabla 10: TEST de Robson

Ítem	Frecuencia	Porcentaje
Se aplica protocolos del MSP	2	67%
Se aplica test de Robson	1	33%
TOTAL	3	100%

Elaborado por: Arguello Jessica & Sánchez Lizbeth

Fuente: Entrevista realizada a los tres especialistas Gineco-Obstetras del HANM.

Gráfico 9: TEST de Robson



Elaborado por: Arguello Jessica & Sánchez Lizbeth

Fuente: Entrevista realizada a los tres especialistas Gineco-Obstetras del HANM.

INTERPRETACIÓN: Dos especialistas señalan que se aplica los protocolos de valoración obstétricas determinados por el Ministerio de Salud Pública. El otro especialista señaló que, si aplica el test de Robson, porque además lo considera estrechamente relacionado con los protocolos del MSP.

Pregunta 4: ¿Cuáles son las causas justificadas para realizar una cesárea programada?

Tabla 11: Causas que justifican realizar una cesárea

Ítem	Frecuencia	Porcentaje
Todas aquellas circunstancias que previa una valoración gineco-obstetra de la paciente, resultan como factores de riesgo para la madre y su hijo en un parto normal.	3	100%

Elaborado por: Arguello Jessica & Sánchez Lizbeth

Fuente: Entrevista realizada a los tres especialistas Gineco-Obstetras del HANM.

Gráfico 10: Causas que justifican realizar una cesárea



Elaborado por: Arguello Jessica & Sánchez Lizbeth

Fuente: Entrevista realizada a los tres especialistas Gineco-Obstetras del HANM.

INTERPRETACIÓN: Los tres especialistas señalan como causas justificadas para la práctica de una cesárea a todos aquellos factores o circunstancias que representen un riesgo de daño tanto para la madre como para su hijo al someterse a un parto normal. Este criterio se desprende de una valoración gineco-obstetra a la paciente. En tal sentido la prescripción médica es la que determina las causas que conllevan a una intervención quirúrgica.

Pregunta 5: En la revisión de partes operatorios y datos estadísticos evidenciamos que no se cumple a cabalidad con la normativa del MSP del Ecuador ni el indicador de la OMS, que podría indicar al respecto?

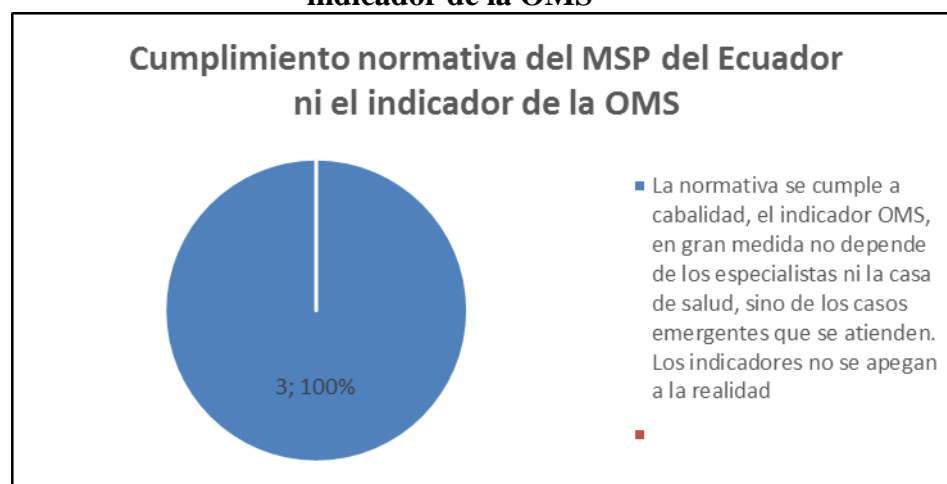
Tabla 12: Cumplimiento normativa del MSP del Ecuador ni el indicador de la OMS

Ítem	Frecuencia	Porcentaje
La normativa se cumple a cabalidad, el indicador OMS, en gran medida no depende de los especialistas ni la casa de salud, sino de los casos emergentes que se atienden. Los indicadores no se apegan a la realidad	3	100%
TOTAL	3	100%

Elaborado por: Arguello Jessica & Sánchez Lizbeth

Fuente: Entrevista realizada a los tres especialistas Gineco-Obstetras del HANM.

Gráfico 11: Cumplimiento normativa del MSP del Ecuador ni el indicador de la OMS



Elaborado por: Arguello Jessica & Sánchez Lizbeth

Fuente: Entrevista realizada a los tres especialistas Gineco-Obstetras del HANM.

INTERPRETACIÓN: El 100% de los entrevistados comparten el criterio de que se cumple la normativa, pero con respecto al indicador de la OMS, dicen no tener el control ya que existe una gran demanda de cesáreas en territorio, podría deberse a que las gestantes en estas condiciones acuden con mayor confianza por la capacidad de la institución. Además, señalaron que la realidad es muy diferente a lo que los indicadores señalan porque no se puede valorar a índices mundiales lo que ocurre en cada localidad.

Pregunta 6: De las siguientes cual sería la estrategia más factible para aplicar en el HANM, para la reducción de la incidencia de cesáreas:

- Sesiones clínicas para discusión del caso (especialista, médico residente, anestesiólogo)
- Análisis por pares de todos los casos
- Entrenamiento al personal médico y de enfermería, en controles prenatales para corregir factores medicables.
- Adecuado control prenatal y aplicación de profilaxis obstétricas en consulta externa

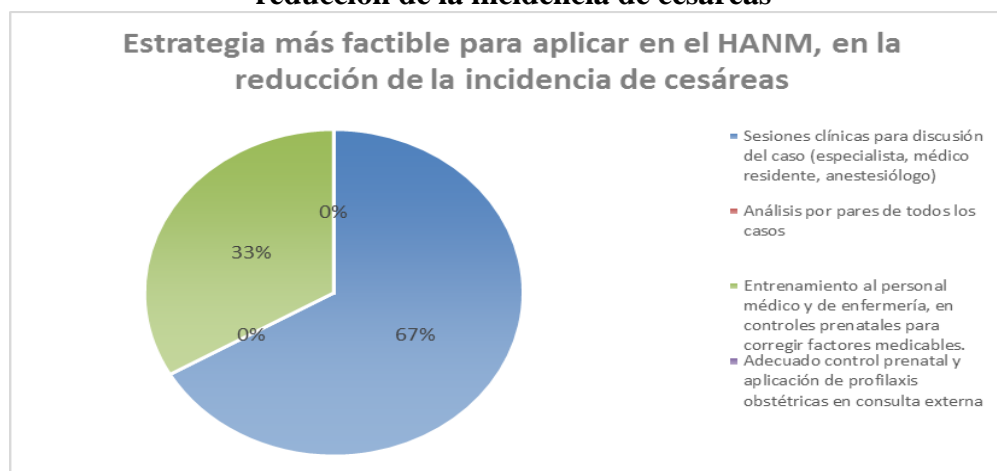
Tabla 13: Estrategia más factible para aplicar en el HANM, en la reducción de la incidencia de cesáreas

Ítem	Frecuencia	Porcentaje
Sesiones clínicas para discusión del caso (especialista, médico residente, anestesiólogo)	2	67%
Análisis por pares de todos los casos	0	0%
Entrenamiento al personal médico y de enfermería, en controles prenatales para corregir factores medicables.	1	33%
Adecuado control prenatal y aplicación de profilaxis obstétricas en consulta externa	0	0%
TOTAL	3	100%

Elaborado por: Arguello Jessica & Sánchez Lizbeth

Fuente: Entrevista realizada a los tres especialistas Gineco-Obstetras del HANM.

Gráfico 12: Estrategia más factible para aplicar en el HANM, en la reducción de la incidencia de cesáreas



Elaborado por: Arguello Jessica & Sánchez Lizbeth

Fuente: Entrevista realizada a los tres especialistas Gineco-Obstetras del HANM.

INTERPRETACIÓN: El 67% de los entrevistados es decir 2 de 3 han escogido como la estrategia más factible las Sesiones clínicas para discusión del caso (especialista, médico residente, anestesiólogo), en consideración a que del criterio de los especialistas se puede determinar con mayor exactitud si procede o no una cesárea. Uno de los especialistas ha considerado pertinente el Entrenamiento al personal médico y de enfermería, en controles prenatales para corregir factores medicables.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS O LOGROS ALCANZADOS SEGÚN LOS OBJETIVOS PLANTEADOS

4.1. RESULTADO SEGÚN OBJETIVO 1 - OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación existente entre el Indicador establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y las causas que conllevan a una cesárea, en el Hospital Provincial Alfredo Noboa Montenegro, de la Ciudad de Guaranda durante el segundo semestre del año 2015.

4.1.1 RESULTADO:

- La investigación realizada ha permitido determinar que no existe relación alguna entre el indicador de la Organización Mundial de la Salud OMS y las causas de cesárea encontradas en el Hospital Provincial Alfredo Noboa Montenegro, pues el mayor número de partos por cesárea que se han atendido en el periodo de estudio correspondieron a situaciones emergentes que no pueden dejarse de atender. El estudio de causas ha permitido determinar la existencia de 39 de ellas que ha concurrido de manera indiscriminada en los casos atendidos.

4.2. RESULTADO SEGÚN OBJETIVO 1 – OBJETIVO ESPECIFICO

Identificar las causas que influyen en la realización de cesáreas en el Hospital Provincial Alfredo Noboa Montenegro.

4.2.1. RESULTADO:

- El estudio realizado en las historias clínicas, lo partes diario de partos y los parte operatorios del periodo julio – diciembre de 2015, han permitido determinar la existencia de 39 causas de cesárea, en las que se encuentran ciertas afecciones o patología que se presentan en diferentes niveles como es el caso de la Preeclampsia, y otras que se han presentado acompañadas de otras circunstancias que han incidido en la práctica de las cesáreas. El resultado de este objetivo nos permite enlistar a

continuación las causas que influyeron en la realización de cesáreas en el Hospital Provincial Alfredo Noboa Montenegro

	CAUSAS
1	CESÁREA ANTERIOR
2	SUFRIMIENTO FETAL AGUDO
3	DESPROPORCIÓN CÉFALO PÉLVICA
4	DISTOCIA DE PRESENTACIÓN
5	OLIGOHIDRAMNIOS
6	CONDUCCIÓN FALLIDA
7	TAQUICARDIA FETAL
8	RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS
9	PREECLAMPSIA SEVERA
10	INDUCCION FALLIDA
11	EXPULSIVO PROLONGADA
12	CIRCULAR DE CORDÓN
13	LABOR DE PARTO PROLONGADO
14	EMBARAZO GEMELAR
15	PELVIS ESTRECHA
16	MACROSOMIA FETAL
17	H.P.V
18	CONDILOMATOSIS GENITAL EXTERNO
19	PRESENTACIÓN PODÁLICO
20	VAGINOSIS
21	HIPERTENSIÓN ARTERIAL GESTACIONAL
22	FOBIA AL PARTO
23	DOBLE CIRCULAR DE CORDÓN
24	INCOMPATIBILIDAD DE FACTOR RH
25	EMBARAZO POST TERMINO SIN LABOR DE PARTO
26	HERNIA FUNCIONAL
27	ECLAMPSIA
28	HIPERTONÍA UTERINA
29	PRESENTACIÓN PELVIANA
30	LUXACIÓN DE CADERAS
31	COREANCONITIS
32	PLACENTA PREVIA
33	BRADICARDIA FETAL
34	PROLAPSO DE CORDÓN
35	EPILEPSIA
36	ÚTERO BICORNEO
37	PREECLAMPSIA LEVE
38	CRISIS CONVULSIVA
39	PLACENTA SUCECCTURIATA

4.3. RESULTADO SEGÚN OBJETIVO 2 – OBJETIVO ESPECIFICO

Realizar un análisis comparativo entre los datos estadísticos obtenidos durante el segundo semestre del año 2015 en relación al indicador establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMG).

4.3.1. RESULTADO:

- Los resultados de la investigación arrojaron los siguientes datos:

HOSPITAL PROVINCIAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO (JULIO – DICIEMBRE 2015)		
ÍTEM	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Número de Parto Normal	403	56%
Número de Parto Cesárea	319	44%
TOTAL	722	100%

Dichos resultados con relación al indicador establecido por la OMS del 10 – 15% de cesáreas, claramente nos permiten identificar que no existe relación alguna ya que el porcentaje de cesáreas alcanza un 44%, con lo que se sobrepasa el indicador OMS en 29 puntos porcentuales, y de este 44% que corresponde a 319 intervenciones quirúrgicas, el 63% obedecen a situaciones emergentes no controlables.

4.4. RESULTADO SEGÚN OBJETIVO 3 – OBJETIVO ESPECIFICO

Proponer estrategias factibles dirigidas a los profesionales del servicio Gineco - Obstétrico para disminuir el índice de cesáreas en el Hospital Provincial Alfredo Noboa Montenegro, de la Ciudad de Guaranda.

4.4.1. RESULTADO:

- La investigación realizada, a través de los instrumentos de recolección de datos ha permitido establecer dos estrategias aceptables a criterio de los especialistas Gineco-Obstetras que son:

1. Sesiones clínicas para discusión del caso (especialista, médico residente, anesestsiólogo)
2. Entrenamiento al personal médico y de enfermería, en controles prenatales para corregir factores medicables.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES:

HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO

- El II semestre del año 2015, esta casa de salud con competencia Provincial ha realizado 319 intervenciones quirúrgicas de cesárea que han obedecido a circunstancias planificadas y otras emergentes, siendo las de mayor concurrencia las de tipo emergente.
- Las cesáreas practicadas en el periodo objeto de estudio han alcanzado un 44% de ocurrencia con respecto al total de partos atendidos, sobrepasando significativamente el indicador del 10-15%, determinado por la Organización Mundial de la Salud, en tal razón no se ha cumplido con los estándares internacionales.
- Existe en la institución un número muy reducido de especialistas lo que puede incidir en que muchas de las valoraciones realizadas a las pacientes en algunos casos no sean de los especialistas, por cuanto pueden coincidir ciertos turnos y casos que no los especialistas no puedan asistir.
- La altísima demanda de parturientas que acuden a esta casa de salud puede deberse a la categoría que la misma ostenta como Hospital provincial, y que es allá donde transfieren casos que en centros médicos de menor jerarquía no se pueden atender.

INDICADOR OMS

- El indicador de la OMS, no se ajusta a la realidad de demandas como la que se presenta en el Hospital Provincial Alfredo Noboa Montenegro, pues los casos atendidos en su mayoría son emergencias que no pueden dejarse de atender.

5.2. RECOMENDACIONES:

- La implementación de estrategias para reducir los niveles de realización de cesáreas es primordial, para mejorar los niveles de cumplimiento de los estándares internacionales que apuntan a alcanzar la excelencia en la prestación de servicios de salud. Además, contribuiría a reducir riesgos innecesarios en la práctica de intervenciones quirúrgicas cuando son inadecuadamente valoradas.
- Ampliar el número de especialistas en el servicio Gineco – obstetra, sería recomendable para asegurar que las valoraciones médicas a las pacientes en situación de parto sean las adecuadas y no se cometa a cesáreas a las pacientes innecesariamente, pues el riesgo de una intervención quirúrgica es latente.
- Realizar programas de concientización a los usuarios en este caso a las mujeres parturientas desde que inician sus controles prenatales, respecto a los beneficios del parto normal y las posibles causas de riesgos que pueden ser predecibles para su control y así evitar la práctica de una cesárea.
- Dar cumplimiento y seguimiento estricto a las disposiciones emitidas por las instancias superiores respecto a protocolos a observar en las intervenciones de cesáreas, en la cuales se establece que al ser las historias clínicas instrumentos médico legales, el diagnóstico debe estar respaldado con firmas de responsabilidad de los médicos tratantes, esta recomendación contribuiría a reducir los casos de cesáreas innecesarias, por valoraciones erróneas.

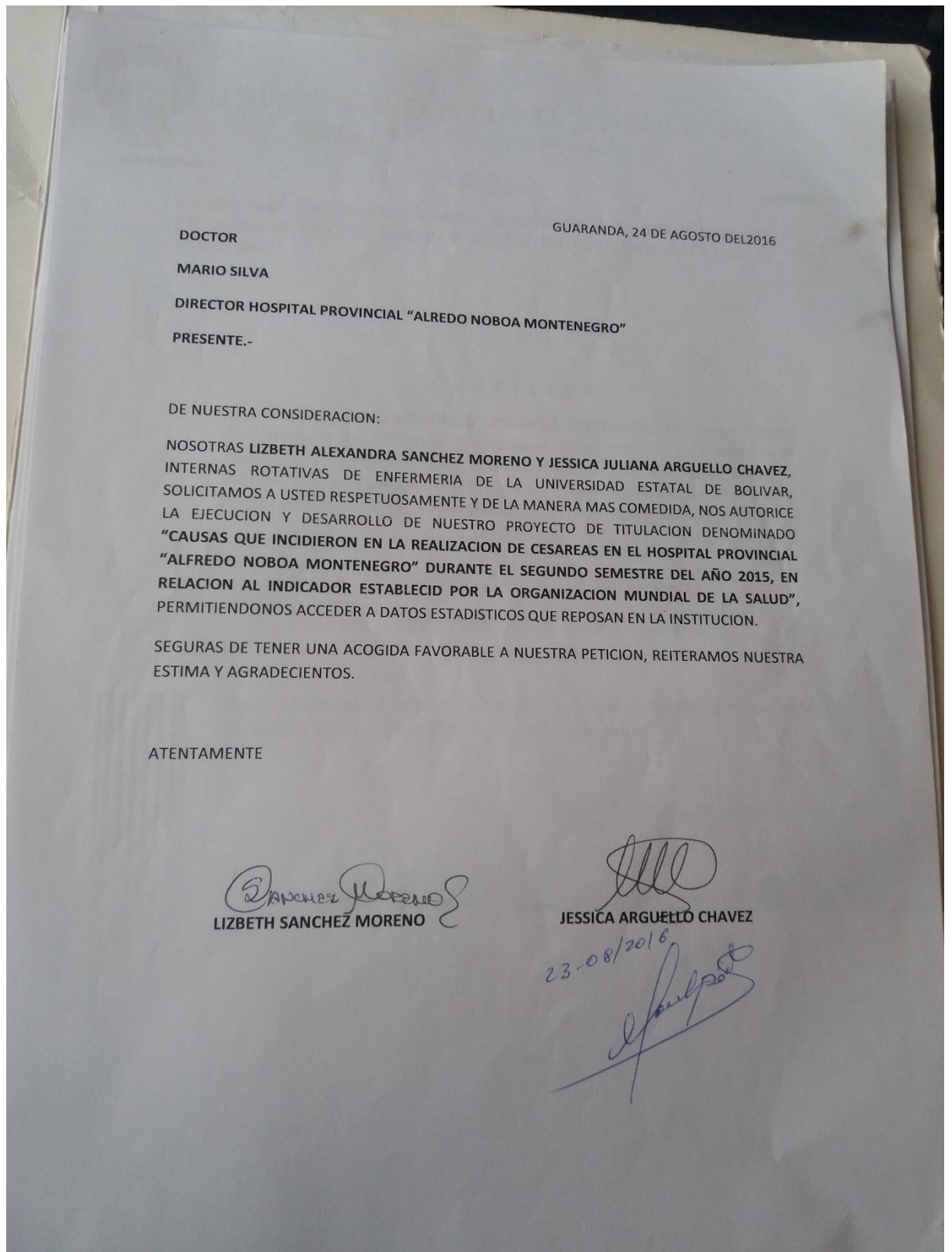
BIBLIOGRAFÍA

- Berghella, V., Mackeen, A., & Jauniaux, E. (2002). Cesarean delivery. Normal and problem pregnancies. Philadelphia: Elsevier - 7th ed.
- Bonilla Musoles, F., & Pellicer, A. (2003). Obstetricia, Reproducción y Ginecología Básica. Madrid: Editorial médica Panamericana.
- Botella Llusiá, J., & Clavero Núñez, J. (1993). Tratado de Ginecología: Fisiología, Obstetricia, Perinatología, inecología, Reproducción. Madrid: ISBN: 84-7978-092-4 - Ediciones Díaz de Santos S.A 14ª Edición.
- Cabero L, Saldívar, D., & Cabrillo, E. (2007). Obstetricia y Medicina Materno Fetal. Madrid: ISBN 978-84-9835-041-8.
- Campero, L., Hernández, B., Leyva, A., Estrada, F., Osboné, J., & Morales, S. (2007). Tendencias de cesáreas en relación con factores no clínicos . Salud Pública de México, México.
- CIMS. (s.f.). Los riesgos del nacimiento por cesárea para la madre y el bebé. Coalición para mejorar los servicios de maternidad, 2, 3 y 4.
- Declercq, E., Sakala, C., & Carry, M. (2002). Listening to mothers: Report of the First National U.S. Survey of Women's Childbearing Experiences. New York: Maternity Center Association .
- EL COMERCIO. (15 de Noviembre de 2015). El parto por cesárea desborda los límites de la OMS en Ecuador. Obtenido de <http://www.elcomercio.com/tendencias/parto-cesarea-oms-salud-nacimiento.html>. (recuperado 23/12/2016)
- Espinoza Moya, J. (2015). Estrategia educativa para disminuir la incidencia de cesáreas en el IESS - Ambato. Ambato: UNIANDES.
- Ham, M., Dongen, P., & Mulder, J. (1997). Maternal consequences of cesarean section. A retrospective study of intraoperative and postoperative maternal complications of cesarean section during a 10 year period. *Obstet Gynecol Reprod Bio*.
- Jauregui Calle, M. (2011). Principales causas de cesáreas en la Fundación Humanitaria Pablo Jaramillo. Cuenca: Universidad del Azuay.
- Levine, E. (2001). Mode of delivery and risk of respiratory diseases in newborns. *Obstet Gynecol*.
- Ministerio de Salud pública del Ecuador. (2016). Atención del parto por cesárea. Ecuador: Guía de práctica clínica (GPC).

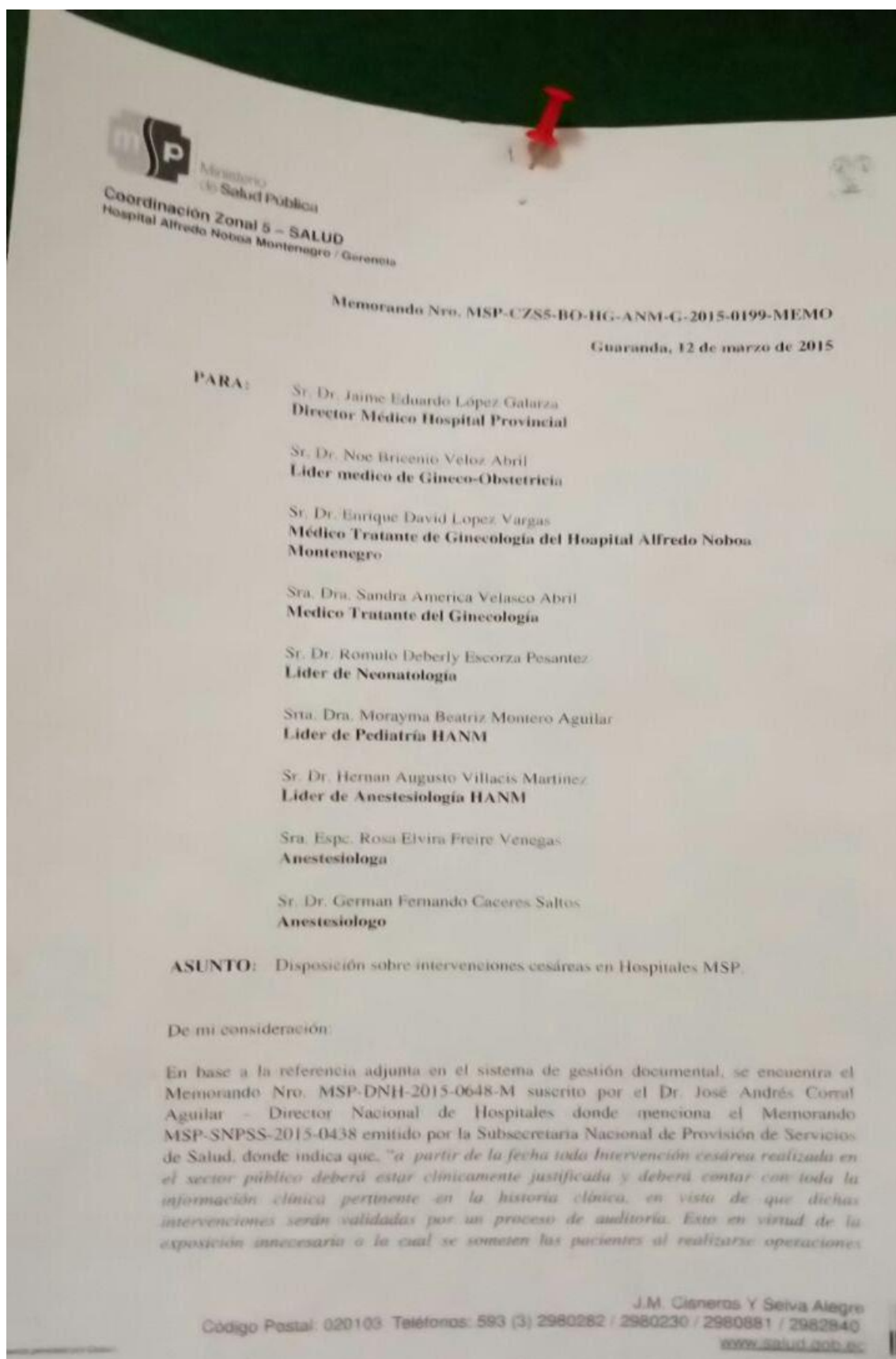
- Moreno, O., & Félix, C. (2006). Cesárea - Manual de Maniobras y Procedimientos en Obstetricia. México: McGraw - Hill Interamericana 4ª ed.
- Olivares, T. (Marzo de 2006). Riesgos de una cesárea. Obtenido de <http://maternidadfacil.com/los-riesgos-de-una-cesarea/>
- Organización Mundial de la Salud . (2004). Declaración de la OMS sobre la tasa de cesáreas. Obtenido de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161444/1/WHO_RHR_15.02_spa.pdf
- Oshiro, E. (2007). Cesárea, tasa, indicaciones y factores de morbimortalidad materno perinatal, asociados en el Hospital San Juan Bautista de Huaral . Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Patiño, D., Pineda , A., & Polo, D. (2010). Estudio Descriptivo de Prevalencia y Correlación Clínico - Quirúrgico de Cesáreas en el Hospital "José Carrasco Arteaga". Cuenca: Universidad de Cuenca.
- Pinheiro, P. (21 de Noviembre de 2016). MD SAUDE. Obtenido de Cesárea: Ventajas y Riesgos: <http://www.mdsaude.com/es/2015/11/cesarea.html> (recuperado 23/12/2016)
- Romero, J., Biruete , B., & Borrego, M. (2014). Guía de Práctica clínica. Reducción de la frecuencia de Operación Cesárea . México: Instituto Mexicano de seguridad Social, CENETEC - Report No. 978-607-7790-92-1.
- Ros, C., Bellart, J., Hernández, S., & Plaza, A. (2012). Protocolo de Cesárea. Barcelona: Servei de Medicina Materno fetal.

ANEXOS

Anexo 1: Oficio dirigido al director del Hospital Alfredo Noboa Montenegro



Anexo 2: Disposición sobre intervenciones de cesáreas en Hospitales del MSP



Memorando Nro. MSP-CZS5-BO-HG-ANM-G-2015-0199-MEMO

Guaranda, 12 de marzo de 2015

cesáreas electivas y no justificadas. Las cesáreas son procedimientos que pueden salvar la vida del RN y la madre cuando se realiza bajo argumentos clínicos, los cuales deberán estar debidamente argumentados y justificados en la Historia Clínica de la paciente. Por lo tanto, recuerdo a ustedes sobre la obligatoriedad del cumplimiento de las normas y la limitación de la realización de cesáreas electivas en función de los riesgos potenciales de este procedimiento, bajo sanción al incumplimiento de esta disposición."

Por lo anteriormente expuesto, considerando que la Historia Clínica es un documento médico-legal, solicitamos se de cumplimiento a lo establecido, con la finalidad de reducir la exposición de la gestante a una **Cesárea Electiva o Programada innecesaria**, para lo cual en la Historia Clínica de cada paciente, deberán constar las firmas de responsabilidad del siguiente grupo de especialistas, Ginecólogo, Anestesiólogo, Pediatra o Neonatólogo, que avalen la realización de Cesárea Electiva o Programada y las justificaciones respectivas basadas en evidencia científica, partograma, exámenes complementarios y demás, de acuerdo a cada caso clínico, sancionando el incumplimiento, si en el proceso de auditoría de las Historias Clínicas, se encuentra que se realizó una Cesárea Electiva o Programada innecesaria.

Adicional se solicita a todas las Direcciones Distritales de Salud, en base al documento adjunto, se sirvan coordinar con los establecimientos de Salud de Primer Nivel de Atención, realicen la referencia oportuna de las gestantes con antecedentes de Cesárea, a los Hospitales, para que el grupo de Especialistas antes mencionados analicen cada caso y determinen con los justificativos respectivos, si es necesaria o no la realización de Cesárea Electiva o Programada, las mismas que deberán ser atendidas en los Hospitales con capacidad resolutoria hasta la finalización de su parto.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Documento firmado electrónicamente

Ing. Héctor Leonidas Martínez de la Vega
GERENTE DE HOSPITAL PROVINCIAL ANM

Referencias:

- MSP-CZONALS-2015-1403-M

Copia:

Sr. Dr. Julio Cesar Meneses Garrido
Médico Residente

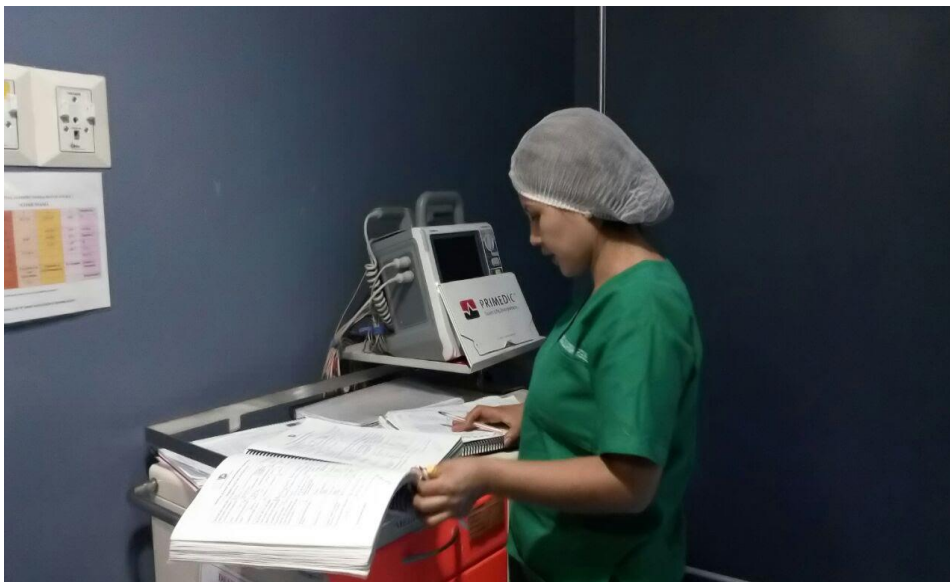
Sr. Dr. Diego Fernando Larrea Betancourt

J.M. Cisneros Y Selva Alegre

Código Postal: 020103 Teléfonos: 593 (3) 2980282 / 2980230 / 2980881 / 2982840

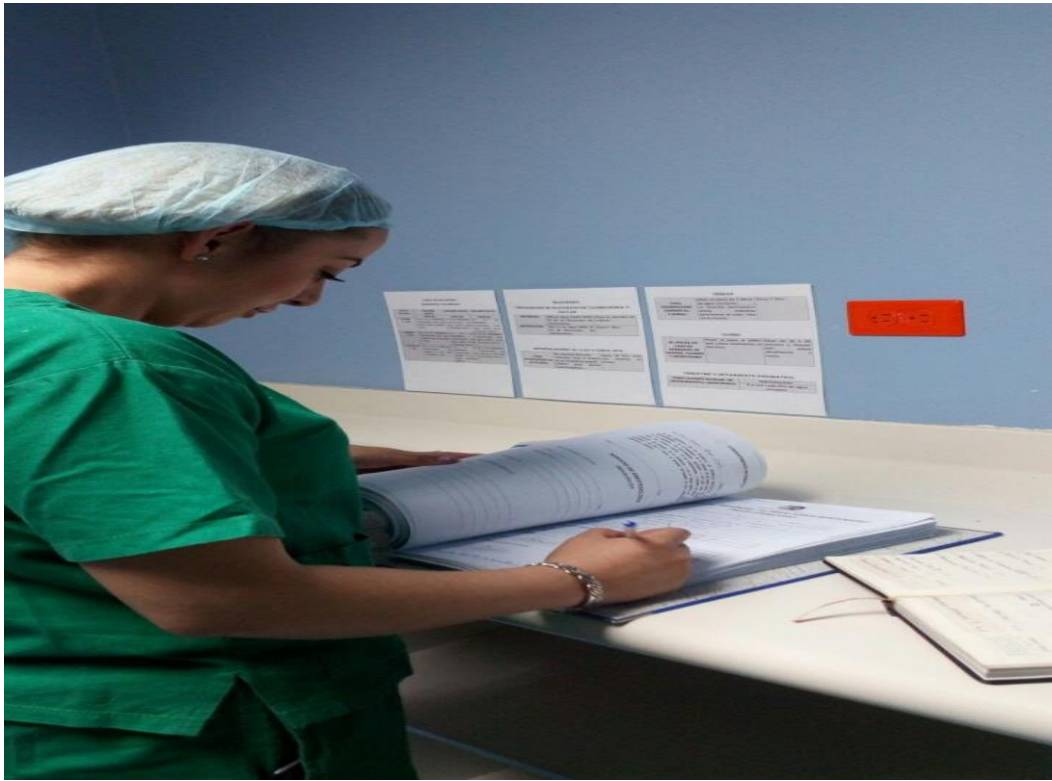
www.salud.gob.ec

Anexo 3: Con la líder del Servicio Centro Quirúrgico Obstétrico Lic. Ethela Taco pidiéndole permiso para sacar información.



Obteniendo Información del libro de Partos diarios en Centro Quirúrgico Obstétrico.

Anexo 4: Obteniendo información en el Centro Quirúrgico Obstétrico de los Partes Operatorios.



Anexo 5: Entrevista a los especialistas del Hospital Alfredo Noboa Montenegro del Servicio de Ginecología y Obstetricia



Dr. Henry Guerrero.



Dra. Sandra Velasco



Dr. David López

Anexo 6: Causas de cesárea por edad, efectuada en el segundo semestre, en el Hospital Provincial Alfredo Noboa Montenegro (Julio-Diciembre 2015)

CAUSAS DE CESAREA	Edades			Total	Porcentajes		
	13-21	22-30	31-42		13-21	22-30	31-42
CESÁREAS ANTERIOR	7	55	32	94	7%	59%	34%
SUFRIMIENTO FETAL	19	18	7	44	43%	41%	16%
DESPROPORCIÓN CÉFALO PÉLVICA	23	13	6	42	55%	31%	14%
PRECLAMPSIA	8	9	4	21	38%	43%	19%
DISTOCCIA DE PRESENTACIÓN	6	7	5	18	33%	39%	28%
OLIGOHIDRANMIOS	10	5	3	18	56%	28%	17%
CONDUCCIÓN FALLIDA	5	3	3	11	45%	27%	27%
TAQUICARDIA FETAL	2	4	4	10	20%	40%	40%
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	4	5		9	44%	56%	0%
EXPULSIVO PROLONGADO	3	1	2	6	50%	17%	33%
EMBARAZO GEMELAR		1	3	4	0%	25%	75%
CIRCULAR DE CORDÓN	2	1	1	4	50%	25%	25%
PELVIS ESTRECHA	2	1		3	67%	33%	0%
MACROSOMIA FETAL	2	1		3	67%	33%	0%
H.P.V	2	1		3	67%	33%	0%
INCOMPATIBILIDAD DE FACTOR RH	2			2	100%	0%	0%
VAGINOSIS	1	1		2	50%	50%	0%
DOBLE CIRCULAR DE CORDÓN	1	1		2	50%	50%	0%
EMBARAZO POST TERMINO SIN LABOR DE PARTO		2		2	0%	100%	0%
PRESENTACIÓN PODALICA	1	1		2	50%	50%	0%
FOBIA AL PARTO	1		1	2	50%	0%	50%
HIPERTENSIÓN ARTERIAL GESTACIONAL		1	1	2	0%	50%	50%
CONDILOMATOSIS GENITAL EXTERNO	1	1		2	50%	50%	0%
PRESENTACIÓN PELVIANA		1		1	0%	100%	0%
ECLAMPSIA		1		1	0%	100%	0%
PLACENTA PREVIA		1		1	0%	100%	0%
HERNIA FUNCIONAL		1		1	0%	100%	0%
LUXACIÓN DE CADERAS			1	1	0%	0%	100%
HIPERTONIA UTERINA	1			1	100%	0%	0%
PROLAPSO DE CORDÓN			1	1	0%	0%	100%
COREANCONITIS	1			1	100%	0%	0%
PLACENTA SUCECCTURIATA		1		1	0%	100%	0%
BRADICARDIA FETAL	1			1	100%	0%	0%
EPILEPSIA	1			1	100%	0%	0%
ÚTERO BICORNEO			1	1	0%	0%	100%
CRISIS CONVULSIVA	1			1	100%	0%	0%
	107	137	75	319			

Anexo 7: Cronograma de Actividades.

El presente cronograma es tentativo y está sujeto a modificaciones de acuerdo al desarrollado la investigación y disponibilidad dela información.

ACTIVIDADES	JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO				FEBRERO			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Recopilación de información para selección del tema	X																															
Elaboración de avances del Proyectos de Investigación		X	X																													
Entrega de oficios solicitando la aprobación del tema del Proyectos de Investigación				X																												
Entrega de avances del Proyectos de Investigación				X																												
Aprobación de temas de Proyectos de Investigación por Concejo Directivo de la Facultad						X																										

