



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE SALUD**  
**ESCUELA DE MEDICINA**



# **TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

**PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO**  
**MÉDICO CIRUJANO**

**Tema:**

“ INDICACIONES DE LAS CESAREAS Y SUS COMPLICACIONES  
INMEDIATAS EN LAS EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL ÁREA DE  
HOSPITALIZACIÓN DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL  
HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, SEPTIEMBRE 2015 – FEBRERO 2016.”

**Autores:**

**SAGNAY GARCÍA ERICKA MAGALY**  
**ZAMBRANO ZAMBRANO KATHERINE JAZMINA**

**Tutor de Tesis:**

**Dr. Juan Carlos Suarez Fernández**

**Revisora de Tesis:**

**Dra. Nery Toirac Utria**

**Portoviejo, Manabí, Ecuador**

**2015.**

## **DEDICATORIA**

Con profundo agradecimiento dedico este trabajo a Dios, por ser mi guía espiritual, por darme la fortaleza necesaria para continuar con mis propósitos pese a los muchos momentos de dificultad y desesperación.

A mis amados padres, Ángel Zambrano y Flor Zambrano, quienes con su infinito amor lograron sembrar en mí ese deseo de superación que me ha permitido alcanzar mis más anheladas metas, por sus inmensos sacrificios, por cultivar en mí, valores, perseverancia y disciplina necesarios para lograr cada propósito en mi vida.

A mi mami Rebeca, por su infinito apoyo y amor incondicional.

A mis queridos hermanos, quienes con su ejemplo me enseñaron el camino correcto, y de quienes aprendí que los sueños son posibles de alcanzar con dedicación y esmero.

A mi compañera de tesis, mi gran y mejor amiga, quien ha sabido brindarme la mejor de las amistades en estos 6 años de estudio.

A todas las personas que de una u otra manera contribuyeron para el logro de este propósito en mi vida.

Katherine Jazmina Zambrano Zambrano

## DEDICATORIA

En agradecimiento por ser parte fundamental en mi vida y hacer de ella una hermosa aventura, dedico el presente trabajo realizado con la gracia infinita de Dios, primero, con todo el amor a Magaly, mi maravillosa madre que fue, es y será por siempre el motor que me impulse a seguir adelante cumpliendo mis metas, ella, mi fuente de inspiración, ternura y apoyo que jamás ha permitido que me rinda en momentos difíciles; a Erwin, mi padre admirable que con su carácter fuerte ha logrado que sea un ente de bien para la sociedad, llena de valores como la responsabilidad y humildad que él mismo me ha inculcado.

A Erwin Jr y Erick, mi orgullo, mis ejemplos a seguir, mis hermanos inigualables, que de lejos o de cerca siempre están pendientes de mí y que con sus bromas y risas me alientan a seguir adelante.

A Beatriz García, mi tía incondicional, la que ha llenado un gran vacío en mi alma, cumpliendo a cabalidad su papel de madre conmigo brindándome consejos y cariño sin límites.

A Galinda García, mi tía excepcional, la que se preocupa por mí y me alegra con sus ocurridas conversaciones haciendo ameno y único cada momento juntas.

A Aníbal Yáñez, mi amado novio, el angelito bello que Dios puso en mi camino para que llene mis días de amor y felicidad, el que me mimaba y consiente siempre, el que me alegra solo con su presencia.

A Carlitos Yáñez y Luly Castro, mis queridos suegros, que desde que me conocen me han brindado cariño, apoyo y me han permitido vivir un ambiente de paz familiar juntos, sin duda alguna ellos son mis padres cuencanos.

A Katherine Zambrano, mi compañera de tesis y de toda la carrera, mi mejor amiga, la que me calma en momentos de desesperación, con la que he compartido tantas risas y llantos, la que jamás me ha dejado sola, la que me brinda una amistad perfecta; y por último, pero no menos importantes, a Andrea Mieles, Karlita Solórzano y Danny Vélez, las hermanas que la vida me regaló, mis amigas de siempre, las que me han enseñado que la distancia hace más fuerte la amistad.

Ericka Magaly Sagnay García

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios por darnos la fortaleza necesaria para no rendirnos en la lucha constante de la superación, por permitirnos llegar a este punto tan importante que es la culminación de un sueño y por darnos a los mejores padres y hermanos del mundo que han sido nuestro apoyo en todo momento, a ellos les agradecemos todo lo que actualmente somos.

A la Universidad Técnica de Manabí por darnos la oportunidad de formarnos profesionalmente y brindarnos las mejores opciones de aprendizaje.

A nuestro Tutor de tesis, Dr. Juan Carlos Suarez Rodríguez y Revisora, Dra. Nery Toirac Utria, por cada una de las directrices que permitieron la realización y culminación de este trabajo.

A las autoridades y al excelentísimo Consejo Directivo por darnos la oportunidad de exponer nuestro trabajo de investigación para obtener nuestro título profesional.

A los catedráticos que desde el primer año hasta el último nos enseñaron que el fin de la Medicina no es el lucro sino el agrado del servicio a los demás, de ser la esperanza de aquellas familias que sufren alguna dolencia, nos enseñaron que Medicina es la satisfacción del deber cumplido.

**Sagnay García Ericka Magaly**

**Zambrano Zambrano Katherine Jazmina.**

## CERTIFICACIÓN DEL TUTOR DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Yo DR. JUAN CARLOS SUÁREZ FERNÁNDEZ tengo a bien certificar que el trabajo de investigación titulado “INDICACIONES DE LAS CESÁREAS Y SUS COMPLICACIONES INMEDIATAS EN LAS EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA, SEPTIEMBRE 2015 – FEBRERO 2016.” Ejecutado por: SAGNAY GARCÍA ERICKA MAGALY Y ZAMBRANO ZAMBRANO KATHERINE JAZMINA, se encuentra concluida en su totalidad.

El presente trabajo es original de los autores y ha sido realizado bajo mi dirección y supervisión, habiendo cumplido con los requisitos reglamentarios exigidos para la elaboración de una tesis de grado previo a la obtención del título de Médico Cirujano. Es todo lo que puedo certificar en honor a la verdad.



---

DR. JUAN CARLOS SUÁREZ FERNÁNDEZ  
TUTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y EVALUACIÓN DEL  
TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR

TRABAJO DE TITULACIÓN  
TEMA:

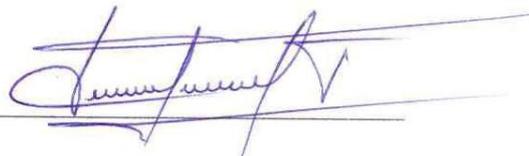
“INDICACIONES DE LAS CESÁREAS Y SUS COMPLICACIONES INMEDIATAS EN LAS EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA SEPTIEMBRE 2015 – FEBRERO 2016”. Realizada por los egresados de Medicina: Sagnay García Ericka Magaly y Zambrano Zambrano Katherine Jazmina, con el cumplimiento de todos los requisitos estipulados en el reglamento general de graduación.

Trabajo de investigación, sometido a consideración del Honorable Consejo Directivo, requisito previo a la obtención del Título de:

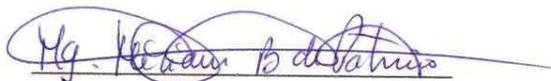
MÉDICO - CIRUJANO  
APROBADO



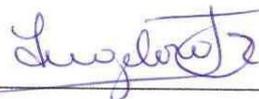
Ing. Karina Rocha Galecio  
DECANA (E) DE FCS.



Abg. Daniel Cadena Macías  
ASESOR JURÍDICO.



Lcd. Miriam Barreto Rosado  
PRESIDENTA DE LA COMISION  
ESPECIAL DE TITULACIÓN DE LA  
FCS.



Dra. Ingebord Véliz Zevallos MgG  
VICEDECANA DE LA FCS.



Dr. Juan Carlos Suarez Fernández  
TUTOR DEL TRABAJO DE  
INVESTIGACIÓN.



Dra. Nery Toirac Utria  
REVISORA DEL TRABAJO DE  
INVESTIGACIÓN.

## CERTIFICACIÓN DEL REVISOR DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Certifico que el presente trabajo de investigación titulado “INDICACIONES DE LAS CESÁREAS Y SUS COMPLICACIONES INMEDIATAS EN LAS EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA, SEPTIEMBRE 2015 – FEBRERO 2016.”. Ha sido estructurado bajo mi dirección y seguimiento, alcanzado mediante el esfuerzo, dedicación y perseverancia de los autores Sagnay García Ericka Magaly y Zambrano Zambrano Katherine Jazmina.

Considero que dicho informe investigativo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a la evaluación del jurado examinador del Honorable Consejo Directivo para continuar con el trámite correspondiente de ley.



DRA. NERY TOIRAC UTRIA.  
REVISORA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

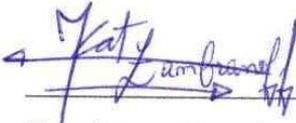
## DECLARACIÓN SOBRE DERECHOS DE AUTOR

Nosotras: SAGNAY GARCÍA ERICKA MAGALY con C.I. 1312913229 y:  
ZAMBRANO ZAMBRANO KATHERINE JAZMINA con C.I.  
1313737932, egresados de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Medicina  
de la Universidad Técnica de Manabí, declaramos que:

El presente trabajo de investigación titulado “INDICACIONES DE LAS CESÁREAS  
Y SUS COMPLICACIONES INMEDIATAS EN LAS EMBARAZADAS  
ATENDIDAS EN EL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN DEL SERVICIO DE  
GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA,  
SEPTIEMBRE 2015 – FEBRERO 2016.” es de nuestra completa autoría y ha sido  
realizado bajo absoluta responsabilidad, y con la supervisión del tutor de Tesis la DR.  
JUAN CARLOS SUAREZ FERNÁNDEZ.

Toda responsabilidad con respecto a las investigaciones con sus respectivos resultados,  
conclusiones y recomendaciones presentadas en este proyecto de investigación,  
pertenecen exclusivamente a los autores.

  
Sagnay García Ericka Magaly

  
Zambrano Zambrano Katherine Jazmina

## INDICE GENERAL

### PRELIMINARES

PORTADA.....	I
DEDICATORIA.....	II
AGRADECIMIENTO.....	IV
CERTIFICACIÓN DEL TUTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.....	V
CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y EVALUACIÓN DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.....	VI
CERTIFICACIÓN DEL REVISOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACION.....	VII
DECLARACIÓN SOBRE DERECHOS DE AUTOR.....	VIII
ÍNDICE GENERAL.....	IX
TÍTULO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.....	XIII
RESUMEN.....	XIV
SUMMARY.....	XV

### CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN

1.1.- INTRODUCCIÓN.....	1
1.2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
1.3.- ANTECEDENTES.....	4
1.4.- DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	5
1.5.- JUSTIFICACIÓN.....	6
1.6.- OBJETIVOS.....	7
1.6.1.- OBJETIVO GENERAL.....	7
1.6.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	7

### CAPÍTULO II MARCO REFERENCIAL

2.1.- MARCO TEÓRICO.....	8
2.2.- VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN.....	25

### CAPÍTULO III DISEÑO METODOLÓGICO

3.1.- TIPO DE ESTUDIO.....	28
3.2.- LÍNEA DE INVESTIGACIÓN.....	28
3.3.- ÁREA DE ESTUDIO.....	28
3.4.- UNIVERSO Y MUESTRA.....	28

3.5.- MODALIDAD DE INVESTIGACIÓN.....	29
3.5.1.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	29
3.5.2.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	29
3.6.- MÉTODOS INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS.....	29
3.7.- PLAN DE ANÁLISIS Y TABULACIÓN DE DATOS.....	30
3.8.- RECURSOS INSTITUCIONALES.....	30
3.9.- RECURSOS HUMANOS.....	30
3.10.- RECURSOS FÍSICOS Y TECNOLÓGICOS.....	31

## **CAPÍTULO IV PRESENTACIÓN DE RESULTADOS**

4.1.- TABLA Y GRÁFICO N° 1.....	32
Frecuencia y porcentaje de partos según el modo de nacimientos	
4.2.- TABLA Y GRÁFICO N° 2.....	33
Frecuencia y porcentaje de cesáreas según la edad materna	
4.3.- TABLA Y GRÁFICO N° 3.....	34
Frecuencia y porcentaje de cesáreas según tiempo de gestación	
4.4.- TABLA Y GRÁFICO N° 4.....	35
Frecuencia y porcentaje de cesáreas según correspondencia por FUM y ECO de edad gestacional	
4.5.- TABLA Y GRÁFICO N° 5.....	36
Frecuencia y porcentaje de cesáreas según controles prenatales	
4.6.- TABLA Y GRÁFICO N° 6.....	37
Frecuencia y porcentaje de cesáreas según el tipo de anestesia utilizada	
4.7.- TABLA Y GRÁFICO N° 7.....	38
Frecuencia y porcentaje de cesáreas según la causa	
4.8.- TABLA Y GRÁFICO N° 8.....	39
Frecuencia y porcentaje de cesáreas según las causas maternas	
4.9.- TABLA Y GRÁFICO N° 9.....	40
Frecuencia y porcentaje de cesáreas según las causas fetales	
4.10.- TABLA Y GRÁFICO N° 10.....	41
Frecuencia y porcentaje de cesáreas según las causas ovulares	
4.11.- TABLA Y GRÁFICO N° 11.....	42
Frecuencia y porcentaje de cesáreas según los antecedentes patológicos personales	
4.12.- TABLA Y GRÁFICO N° 12.....	43

Frecuencia y porcentaje de cesáreas según las complicaciones inmediatas	
4.13.- TABLA Y GRÁFICO N° 13.....	44
Frecuencia y porcentaje de cesáreas según el apgar del bebé al minuto de vida	
4.14.- TABLA Y GRÁFICO N° 14.....	45
Frecuencia y porcentaje de cesáreas según el apgar del bebé a los 5 minutos de vida	

## **CAPÍTULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

5.1.- CONCLUSIONES.....	46
5.2.- RECOMENDACIONES.....	48

## **CAPÍTULO VI PROPUESTA**

6.1.- TÍTULO.....	49
6.2.- RESPONSABLES.....	49
6.3.- JUSTIFICACIÓN.....	49
6.4.- PROPÓSITO.....	50
6.5.- FACTIBILIDAD.....	50
6.6.- BENEFICIARIOS.....	50
6.7.- IMPACTO.....	50
6.8.- OBJETIVOS.....	50
6.8.1.- OBJETIVO GENERAL.....	50
6.8.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	51
6.9.- DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA.....	51
6.10.- ACTIVIDADES.....	51
6.11.- RECURSOS.....	51
6.11.1.- HUMANOS.....	51
6.11.2.- MATERIALES.....	52
6.13.- INFRAESTRUCTURA.....	52
6.14.- FODA.....	53
6.15.- ARBOL DEL PROBLEMA.....	54
6.16.- ÁRBOL DE OBJETIVOS.....	55
6.17.- MATRIZ DE INVOLUCRADOS.....	56
6.18.- MATRIZ DE MARCO LÓGICO.....	59
6.19.- CRONOGRAMA.....	61
6.20.- PRESUPUESTO.....	62

6.21.- ACTIVIDADES DE APLICACIÓN.....	62
<b>CRONOGRAMA VALORADO.....</b>	<b>63</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>64</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>66</b>

**TÍTULO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:**

“Indicaciones de las cesáreas y sus complicaciones inmediatas en las embarazadas atendidas en el área de hospitalización del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda, Septiembre 2015 – Febrero 2016.”

## RESUMEN

La cesárea representa la cirugía que más se realiza en el mundo, su incremento ha sembrado el interés y preocupación en los últimos años. Esta investigación ha pretendido establecer las situaciones que generan este aumento, con el propósito de servir no solo como estrategia para el estudio e inspección en la realización de este procedimiento en los centros obstétricos sino también como instrumento de trabajo para los líderes en salud. Esta investigación además pretendió establecer el impacto a nivel de morbilidad en las pacientes, instituyendo las complicaciones inmediatas postoperatorias que esta cirugía implica. El estudio que se realizó fue retrospectivo, con una muestra de 1704 mujeres, se incluyeron a todas las embarazadas con indicación de cesárea. Se estudiaron diferentes variables: la edad, el tiempo de gestación, la correspondencia por FUM y ECO, controles prenatales, tipo de anestesia, las indicaciones, complicaciones inmediatas, apgar. La principal indicación de cesárea por causa materna fue la desproporción cefalopélvica con el (47.60%), seguida de las cesáreas anteriores con el (40.03%) y los trastornos hipertensivos (1.19%). La principal indicación de cesárea por causa fetal fué el compromiso de bienestar fetal con el (47%), seguida de la distocia de presentación con el (45%); y las indicaciones por causas ovulares fueron en el 99% por rotura prematura de membranas y 1 (1%) por corioamnionitis. Las complicaciones inmediatas de las cesáreas comprendieron: atonías, hemorragias, shock hipovolémico. Las principales complicaciones fueron las atonías (14%), seguida de las hemorragias (7%).

Conclusión: las principales indicaciones de cesáreas fueron la DCP, cesárea anterior, el compromiso de bienestar fetal, distocia de presentación y RPM; y las principales complicaciones fueron las atonías y hemorragias.

Palabras claves: cesárea, distocia, atonía, cefalopélvica, apgar.

## SUMMARY

Caesarean section is the most commonly performed surgery in the world, the increase has sown interest and concern in recent years. This research has sought to establish situations that cause this increase in order to serve not only as a strategy for the study and inspection on the implementation of this procedure in obstetric centers but also as a working tool for leaders in health. This research also sought to establish the impact in terms of morbidity in patients, instituting immediate postoperative complications to this surgery. The study conducted was retrospective, with a sample of 1704 women, were included to all pregnant women with indication for cesarean section. Age, gestational age, correspondence LMP and ECO, prenatal, type of anesthesia, indications, immediate complications, apgar: Different variables were studied. The main indication in childbirth cesarean was cephalopelvic disproportion with (47.60%), followed by previous cesarean with (40.03%) and hypertensive disorders (1.19%). The main indication of cesarean section for fetal distress was the commitment of fetal well with (47%), followed by the presentation dystocia (45%); and indications ovular causes were in 99% for premature rupture of membranes and 1 (1%) for chorioamnionitis. The immediate complications of Caesarean sections included: atony, hemorrhage, hypovolemic shock. The main complications were atony (14%) followed by bleeding (7%).

Conclusion: the main indications of cesarean were the DCP, previous cesarean delivery, fetal compromise welfare, and RPM presentation dystocia; and major complications were atony and hemorragias.

Keywords: cesarean section, dystocia, weakness, Cephalopelvic, Apgar.

## CAPITULO I

### INTRODUCCIÓN

Se define la operación cesárea como el parto del feto a través de incisiones de la pared abdominal (laparotomía) y de la pared uterina (Botero & Henao, 2008). Las tasas de cesáreas han crecido en los últimos años, en EEUU por ejemplo, se han observado un incremento de un 29% en reportes recientes. (Botero & Henao, 2008). Desde 1985, la OMS propuso una tasa de cesárea del 15%; sin embargo en el Ecuador la tasa actual es del 41.2% y en Manabí es del 41% según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Tradicionalmente las indicaciones de cesáreas se las ha clasificado en maternas, fetales y ovulares, aunque en la práctica no siempre es fácil hacer dicha separación, lo que prima es el criterio del obstetra de modo que la indicación es individualizada, de acuerdo a cada caso en particular teniendo en cuenta factores importantes como el estado del feto y de la madre, la urgencia del procedimiento, las condiciones del cérvix para permitir un parto vaginal, la edad gestacional, etc., de modo que algunas de las indicaciones no son absolutas sino relativas. (Botero & Henao, 2008).

Entre las absolutas se pueden mencionar la desproporción cefalopélvica, la placenta previa oclusiva, la inminencia de rotura uterina, la presentación pelviana en un feto único al término de la gestación (Schwarcz, Fescina, & Duverges, 2013). Se consideran indicaciones relativas en la madre: desprendimiento placentario, tumor previo, distocia cervical, inducción de parto fallita, preclampsia-eclampsia; en las fetales: sufrimiento fetal agudo, presentación podálica, embarazo múltiple, macrosomía fetal, retardo de crecimiento intrauterino, entre otras, (Pérez Sánchez , 2012).

En el presente estudio se expondrán no solamente las indicaciones de cesáreas que se han manejado en el servicio de Gineco-Obstetricia en el Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo sino también cuáles han sido las complicaciones inmediatas con mayor incidencia y que a lo largo de esta investigación se expondrán con más detalle.

## PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

La cesárea es la cirugía mayor más frecuente en mujeres y se define como la extracción del producto a través de una incisión quirúrgica en la pared abdominal y la parte anterior del útero cuando un parto natural abarca riesgos mayores para la madre y el recién nacido (Normativa Materno-neonatal Ecuador.); en este contexto, el número de cesáreas debe ser proporcional a situaciones maternas, fetales, materno-fetales y obstétricas que ponen en peligro la vida y la salud de la madre o del producto. Sin embargo las estadísticas actuales llevan a la OMS a calificar el número de cesáreas como “epidemia de cesáreas” al estimarse en Latinoamérica que casi cuatro de cada diez partos se realizan por cesárea (38,9%), lo cual supera la tasa recomendada por la OMS que es entre 10 a 15%. Sin embargo países como Estados Unidos y España presentan tasas del 33% y el 25% respectivamente. Por otra parte Europa expone tasas de alrededor del 24%, probamente por un mayor incentivo del parto vaginal

Ecuador con una tasa de partos por cesáreas del 41.2%, según el Instituto Nacional de Estadísticas y censos, se sitúa dentro de los países con alta tasa de cesáreas a lo que se le suma inexorablemente un mayor número de complicaciones inmediatas, mediatas y tardías tanto para la madre como para el recién nacido. En los hospitales de Manabí (41%), específicamente en el hospital Verdi Ceballos Balda de Portoviejo se obtuvo un 47% de tasa de cesáreas durante el 2014. Hay que tener en cuenta que las cesáreas pueden acarrear complicaciones significativas e incluso incapacitantes y tener repercusiones no solo en el bienestar de la paciente sino en su entorno familiar, social y laboral. La carencia de infraestructura o de un ambiente quirúrgico propicio para efectuar cirugías seguras y poder manejar de forma correcta las complicaciones previamente alertadas, puede desencadenar incluso en muerte materna o neonatal como máxima consecuencia; es por esto que de manera ideal, la operación cesárea debe efectuarse de manera estrictamente necesaria a todas las mujeres que así lo requieran, no tanto por alcanzar cifras compatibles con los estándares recomendados sino con el único afán de lograr un verdadero bienestar para las madres y sus descendientes. No se ha dejado muy claro las consecuencias de las tasas de cesárea entorno a situaciones de mortalidad, natalidad y morbilidad materna y neonatal, repercusiones de los nacidos por cesárea en el desarrollo infantil o el bienestar psicológico y social, por lo cual son necesarias mayores estudios que ayuden a correlacionar los efectos de esta intervención sobre las condiciones de salud futuras. (Declaración de la OMS sobre tasas de cesáreas).

En relación a lo estudiado se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuáles son las indicaciones de cesáreas y sus complicaciones inmediatas en las embarazadas atendidas en el área de hospitalización del servicio de Gineco-Obstetricia Del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda, Septiembre 2015 – Febrero 2016?

#### SUBPROBLEMAS

¿Cuáles son las características generales de la población en estudio?

¿Cuál es la incidencia de cesáreas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo, septiembre 2015 – febrero 2016?

¿Cuáles son las indicaciones de cesáreas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo, septiembre 2015 – febrero 2016?

¿Cuáles son las complicaciones inmediatas de las cesáreas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo, septiembre 2015 – febrero 2016?

¿Cómo generar una propuesta educativa, dirigida a las embarazadas atendidas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo?

## ANTECEDENTES

Un reporte sobre las indicaciones de cesárea en Latinoamérica publicado en 2008 por Stanton y col, señala que en Argentina, Guatemala, Cuba, México, Colombia y Brasil tienen a la cesárea anterior, la distocia de presentación y el sufrimiento fetal entre las principales causas de cesárea.

Con respecto a las complicaciones post-cesáreas, en Cuba se realizó un estudio prospectivo, transversal y analítico en el hospital docente de ginecoobstetricia Justo León Padilla, el cual reportó las siguientes complicaciones: hemorragias (22.34%) por atonías uterinas, y sépticas (33.93%), dentro de las cuales están endometritis, absceso de pared abdominal, absceso de episiorrafia.

En un estudio realizado en 18 unidades de salud del Ecuador de septiembre de 2004 a marzo de 2015 reporto que las principales indicaciones de cesárea materno-fetales fueron: la desproporción cefalo-pélvica (36.2%), la cirugía anterior (33.6%), el sufrimiento fetal agudo (16.7%), y la distocia de presentación (10.5%).

Otro estudio realizado en el 2010 en el Hosp. “José Carrasco Arteaga” de la ciudad de Cuenca determinó como principales indicaciones de cesárea de causa materna: la cesárea anterior y los trastornos hipertensivos en el embarazo y de causa fetal al compromiso de bienestar fetal y las distocias fetales.

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y analítico en el Hosp. Rafael Rodríguez Zambrano de la ciudad de Manta en el 2013, que reporto a la hemorragia como una de las complicaciones de las cesáreas durante este periodo.

No se ha obtenido resultados satisfactorios en la búsqueda de estudios a nivel local.

## **DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

### **DELIMITACIÓN DEL CONTENIDO**

Campo: Salud

Área: Gineco- Obstetricia

Aspecto: Indicaciones de las cesáreas y sus complicaciones inmediatas

### **DELIMITACIÓN ESPACIAL**

Hospitalización del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Dr. Verdi Cevallos

Balda de Portoviejo.

### **DELIMITACIÓN TEMPORAL**

Septiembre 2015- febrero 2016.

Línea de investigación: Salud sexual y reproductiva.

## JUSTIFICACIÓN

Siendo la cesárea, la cirugía mayor más frecuente en mujeres y sin duda una intervención a la que se le atribuyen complicaciones universalmente conocidas por los profesionales médicos, es menester que se realice bajo situaciones estrictamente necesarias, pero la tasa actual de cesáreas en el Ecuador, y específicamente la tasa correspondiente al Hospital Provincial Verdi Cevallos Balda de Portoviejo en el año 2014 (41% y 47% respectivamente), refleja un problema de salud a nivel nacional y local según lo recomendado por la Organización Mundial de la salud (10- 15%). Las cifras actuales siembran el interés de realizar un estudio que permita determinar las condiciones de salud de las embarazadas que incurren en la tasa actual de cesáreas del servicio de gineco-obstetricia del hospital Verdi Cevallos Balda y por ende conocer las complicaciones que se asocian a las mismas, ya que la información que pueda aportar dicho estudio, al ser fidedigna y actual se convierte en una herramienta útil para la toma de decisiones por parte de los profesionales de la salud, decisiones encaminadas al beneficio no solo de las pacientes, sino también de sus familias y la sociedad en general. Se cuenta con la bibliografía suficiente, la economía y el tiempo necesarios, además del apoyo institucional y la predisposición de quienes lo realizan.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Determinar las indicaciones de las cesáreas y sus complicaciones inmediatas en las embarazadas atendidas en el área de hospitalización del servicio de gineco-obstetricia del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo, Septiembre 2015 – Febrero 2016.”

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Identificar las características sociodemográficas de la población en estudio.
2. Establecer la incidencia de cesáreas en el servicio de gineco-obstetricia Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo, septiembre 2015 – febrero 2016.
3. Determinar las indicaciones de cesáreas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo, septiembre 2015 – febrero 2016.
4. Establecer las complicaciones postcesareas inmediatas en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo, septiembre 2015 – febrero 2016.
5. Generar estrategias educativas sobre planificación familiar para las usuarias atendidas en el área de hospitalización del servicio de gineceo-obstetricia del Hospital Verdi Cevallos balda de Portoviejo.

## CAPITULO II

### MARCO TEÓRICO

#### Operación Cesárea

##### Definición de cesárea

Una de las problemáticas de tipo médico-legal más controversiales, y que en la rama de obstetricia tiene una gran vigencia, es el papel que representa la intervención cesárea en la práctica obstétrica y perinatal, habiéndose recurrido a la misma con fines protectores de acciones médico-legales sin ningún tipo de fundamento, sólo por el hecho de imputar a la intervención unos efectos preventivos de patologías, muy cuestionados. (Cabero Roura, L. & Cabrillo Rodríguez, E. 2012:1592)

Se define como cesárea al procedimiento quirúrgico realizado con el objetivo de extraer el feto, la placenta y las membranas por medio de una incisión en la cara anterior del segmento o del cuerpo uterino frente a una situación en la que la madre o el feto se encuentran en peligro. Pacheco R., J. (2012)

##### Antecedentes

Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Hauth, J. C., Rouse, D. J. & Spong, C. Y. (2011) determinaron que existen tres explicaciones principales que explican la génesis de la palabra “cesárea”. La primera explicación, de acuerdo a una leyenda, es que Julio César nació mediante esta operación, y por lo tanto a dicha intervención se le denominó cesárea.

Otra explicación se basa en una ley romana que supuestamente fue creada en el siglo VII a.C., por Numa Pompilio, la cual dictaminaba que se realizara la intervención en mujeres que fallecían en la última etapa del embarazo, con la finalidad de que el recién nacido no muriera. Cunningham, F. G. y cols. (2011)

Por último, una tercera explicación es que el término cesárea tuvo su origen durante el periodo de la Edad Media, sin saber en qué momento, a partir del verbo latino *caedere*, que tiene como significado cortar. Esta es la explicación más aceptada, pero no se tiene

conocimiento cuándo se utilizó por primera vez para indicar dicha operación. Dado que la palabra corte proviene del verbo latino *seco*, que igualmente significa cortar, la utilización del término «operación cesárea» al parecer es reiterativo, por lo cual solo se utiliza comúnmente «cesárea». (Cunningham, F. G. y cols. 2011:544)

Katz, G. & Katz, M. (2012) citan que la primera evidencia escrita sobre una cesárea, de la cual se tiene conocimiento, es de una madre y bebé que sobrevivieron a dicha intervención y que ocurrió en Suiza, en el año 1500, cuando Jacob Nufer, que era un capador de cerdos realizó una cesárea a su propia esposa, la cual no murió y además tuvo 5 partos más. (p. 265)

Mazzoni, A., Belizán, J. M. & Althade, F. (2012) indican que la mayoría de las mujeres a las que se les practicaba la operación cesárea durante el siglo XIX morían por diferentes por complicaciones como peritonitis, sepsis, hemorragia, entre otras. La operación se efectuaba sin anestesia y generalmente era indicada por parto obstruido, luego de pasar algunos días de trabajo de parto y en la mayoría de los casos con feto muerto. La primera publicación médica que se conoce sobre una cesárea data del año 1668 por Francois Mauriceau. (p. 428)

## Frecuencia

La cesárea comenzó como una práctica que se realizaba solo en casos de muerte de la madre durante el embarazo y un producto fetal vivo. Luego, se realizaba en situaciones extremas, en las que la desproporción pelvifetal impedía totalmente la posibilidad de realizar un parto vaginal. Actualmente, la operación cesárea es la intervención obstétrica más frecuentemente indicada, por pensarse que es la técnica más segura de resolver la mayor parte de las distocias y de preservar la integridad del feto, no solamente en el trabajo de parto, sino también en diversas situaciones durante embarazo. (De la Fuente, P. & Usandizaga, J. A. 2011:674)

La tasa de realización de operaciones cesáreas ha tenido variaciones muy importantes a través de la historia, influenciada por la aparición de la anestesia, los antibióticos, los métodos de control de la salud fetal y los aspectos médico-legales, entre otros. Katz, G. & Katz, M. (2012)

Su incidencia varía ostensiblemente, y a lo largo de los últimos años ha habido un incremento de la misma en la mayoría de países. Las cifras oscilan entre el 15 al 40%, o incluso más, como en Brasil o Chile. En Cataluña, en el año 2000 hubo una tasa del 20,4% en los centros públicos, y del 32,8% en los privados. Cabero Roura, L. & Cabrillo Rodríguez, E. (2012)

Entre 1970 y 2007, la tasa de cesáreas en Estados Unidos se elevó de 4,5% de todos los partos a 31,8%. Este incremento ha sido constante con excepción del intervalo entre 1989 y 1996, cuando la tasa anual de cesáreas disminuyó. Este decremento fue en gran parte consecutivo a una mayor frecuencia de partos vaginales después de una cesárea y al descenso en espejo de la frecuencia primaria. Cunningham, F. G. y cols. (2011)

Reconociendo en primer término que las condiciones particulares (laborales, económicas, sociales) de cada hospital, comunidad, o nación pueden justificar algunas diferencias, el general incremento de las cesáreas se debe a causas bastante similares. (De la Fuente, P. & Usandizaga, J. A. 2011:675)

Cunningham, F. G. y cols. (2011) distinguen que las siguientes, son algunas explicaciones del porqué la tasa de cesáreas sigue aumentando:

1. las mujeres tienen cada vez menos hijos, por lo cual un mayor porcentaje de nacimientos ocurre en nulíparas;
2. la edad materna promedio está aumentando;
3. hay un amplio uso de vigilancia fetal por medios electrónicos;
4. gran parte de los fetos en presentación pélvica se extrae hoy por cesárea;
5. la frecuencia de aplicaciones de fórceps medio y extracciones por vacío desde el plano medio ha disminuido;
6. las tasas de inducción del trabajo de parto continúan incrementándose;
7. la prevalencia de obesidad ha aumentado de manera notoria;
8. la frecuencia de la cesárea de mujeres con preeclampsia se ha incrementado;
9. el parto vaginal después de una cesárea ha descendido;
10. la frecuencia de cesáreas electivas aumenta cada vez más por diversas indicaciones;
11. las demandas por imprudencia profesional siguen contribuyendo de manera considerable a la tasa actual de cesáreas. (p. 545)

## Clasificación

Las cesáreas pueden clasificarse en función del momento en que se realizan, distinguiéndose: la cesárea electiva o programada, es la que se efectúa antes de que el trabajo de parto inicie, y la cesárea intraparto, que como su nombre indica, se realiza después de comenzado el parto. Existe una tercera posibilidad, la «microcesárea», que es la cesárea practicada en gestaciones con feto no viable: este tipo de intervención se realiza excepcionalmente. De la Fuente, P. & Usandizaga, J. A. (2011)

Cabero Roura, L. & Cabrillo Rodríguez, E. (2012) mencionan que según la localización y dirección de la incisión uterina, las cesáreas se dividen en dos tipos: las realizadas en el segmento superior del cuerpo del útero y las realizadas en el segmento uterino inferior. El primer tipo incluye la incisión vertical (clásica) y la transversa, actualmente en desuso. Las del segundo grupo requieren, tradicionalmente el descenso de la vejiga para visualizar de forma adecuada la zona; la más usada es la incisión transversa (incisión transversa de Kerr), pero también puede realizarse una incisión longitudinal (incisión de Krónig), aunque en este último suele ampliarse hacia el segmento uterino superior. (p. 1592)

Cabero Roura, L. & Cabrillo Rodríguez, E. (2012) citan que también pueden clasificarse, según la técnica empleada para llegar a la pared del útero, en extraperitoneal y transperitoneal. Actualmente, la primera ya no se utiliza al no disminuir la morbilidad materna y alargar el tiempo quirúrgico. (p. 1592)

## Indicaciones

La cesárea es una cirugía que, si se indica en las condiciones correctas, no posee contraindicaciones, y es responsabilidad del médico actuante realizar una indicación de ella que se encuentre dentro de los parámetros que se describen a continuación. (Katz, G. & Katz, M. 2012:266)

Las indicaciones de operación cesárea se dividen clásicamente en: maternas, fetales, ovulares y maternofetales. A su vez, la indicación puede ser absoluta o relativa. Se considera indicación absoluta cuando el parto debe resolverse por cesárea en cualquier circunstancia e independientemente de las condiciones obstétricas de la mujer. En

cambio, la indicación relativa puede resolverse por cesárea, pero ante determinadas circunstancias o condiciones obstétricas puede efectuarse un parto por vía vaginal. (Mazzoni, A. y cols. 2012:429)

Las indicaciones maternas, son las que se establecen cesáreas para beneficiar a la madre. Este sería el caso de algunas cardiopatías u otras enfermedades coincidentes con el embarazo en las que se hace una cesárea por considerar que parto vaginal puede perjudicar a la embarazada. De la Fuente, P. & Usandizaga, J. A. (2011)

De la Fuente, P. & Usandizaga, J. A. (2011) sintetizan que algunas enfermedades ginecológicas son indicación de cesárea, como sucede en algunos casos de carcinomas de cérvix y algunas otras tumoraciones. Pueden incluirse también en este grupo determinadas complicaciones de la gestación, como en la placenta previa, cuando cursa sin afectación fetal. (p. 677)

La principal indicación es la fetal, la cual ocurre en más del 50% de los casos. Son diversas por las que un parto vaginal (o el tiempo necesario para que éste se produzca) entraña un grave riesgo para la salud del feto. De la Fuente, P. & Usandizaga, J. A. (2011)

Las indicaciones fetales más frecuentes son: la pérdida del bienestar fetal (PBF), las anomalías en las presentaciones, como presentación de nalgas, la prematuridad y las malformaciones fetales. (De la Fuente, P. & Usandizaga, J. A. 2011:677)

Las indicaciones maternofetales (mixtas), se hacen en beneficio tanto de la madre como del feto. Este es el caso de determinadas enfermedades maternas (preeclampsia, diabetes), de hemorragias del embarazo o del parto (placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta), de la dehiscencia de sutura por una cesárea anterior o de las distocias mecánicas. De la Fuente, P. & Usandizaga, J. A. (2011)

Entre las absolutas se pueden mencionar la desproporción cefalopélvica, la placenta previa oclusiva, la inminencia de rotura uterina, la presentación pelviana en un feto único al término de la gestación. Schwarcz, R. L., Fescina, R. & Duverges, C. (2013)

Se consideran indicaciones relativas: en la madre, desprendimiento de placenta, tumor previo, distocia cervical, inducción de parto fallida, preeclampsia-eclampsia; en las

fetales, sufrimiento fetal agudo, presentación podálica, embarazo múltiple, macrosomía fetal, retardo de crecimiento intrauterino, entre otras. Mazzoni, A. y cols. (2012)

Entre las indicaciones relativas por causas ovulares se encuentran la placenta previa oclusiva parcial, donde el trabajo de parto se inicia espontáneamente y sin mayores sangrados, se podría intentar un parto; y la procidencia del cordón, que ante la imposibilidad de reducirlo se debe realizar una cesárea por el riesgo de compresión y rotura. Katz, G. & Katz, M. (2012)

Un estudio realizado en países latinoamericanos muestra que las cuatro indicaciones más frecuentes de cesárea, responsables de aproximadamente el 80% de ellas son las siguientes: cesárea anterior (18% al 38%); falta de progresión del trabajo de parto (15% al 32%); estado fetal no tranquilizador, sufrimiento fetal agudo u otras alteraciones del monitoreo fetal (16% al 24%); presentación podálica (8% al 16%). Mazzoni, A. y cols. (2012)

Existen una serie de situaciones obstétricas particulares en gestantes con cesárea anterior, y que vale la pena analizar. Diferentes referencias indican que en casos de cesárea previa con embarazo gemelar, o ante un feto macrosómico o en un embarazo postérmino, puede intentarse un parto vaginal, sin elevarse la morbilidad neonatal ni materna. Cabero Roura, L. & Cabrillo Rodríguez, E. (2012)

Algunos factores disminuyen el éxito en el parto vaginal poscesárea anterior, como antecedentes de: desproporción pélvico-cefálica, dos o más cesáreas anteriores, sin parto vaginal previo, que la dilatación cervical se estacione al final de la fase activa; y el proceso actual de: necesidad de empleo de oxitocina, frecuencia cardíaca fetal sospechosa patológica, inducción de parto, trabajo de parto disfuncional. Cabero Roura, L. & Cabrillo Rodríguez, E. (2012)

Se diagnostica trabajo de parto prolongado cuando la tasa de dilatación cervical en la fase activa es menor a la media o menor al percentil 10. Una herramienta útil para el diagnóstico temprano de trabajo de parto prolongado y falta de progresión es el partograma. Mazzoni, A. y cols. (2012)

El riesgo de la pérdida del bienestar fetal, denominado clásicamente sufrimiento fetal, es una indicación muy difícil de evaluar, pues tanto la auscultación de la frecuencia

cardíaca fetal como la obtención de la misma mediante registro cardiotocográfico son procedimientos muy subjetivos para establecer si el feto corre o no un riesgo real, y en todo caso son métodos que identifican riesgo de, pero no diagnostican una situación de sufrimiento. Cabero Roura, L. & Cabrillo Rodríguez, E. (2012)

Esta indicación de cesárea debe de ser muy objetiva, para lo cual antes de intervenir quirúrgicamente, se debe valorar el estado del feto por medio de la determinación del pH en sangre, la cual se obtiene mediante una microtoma del cuero cabelludo. Cuando las condiciones del cérvix impidan la realización de la microtoma, dicho extremo debe reflejarse en la historia clínica. Cabero Roura, L. & Cabrillo Rodríguez, E. (2012)

El 4% de los embarazos con feto único se halla en presentación podálica al término de la gestación. Este porcentaje es mayor si el embarazo es de pretérmino: del 9% entre las 33 y las 36 semanas, del 18% entre las 28 y las 32 semanas y del 30% en embarazos menores de 28 semanas. (Mazzoni, A. y cols. 2012:430)

La cesárea por solicitud materna no se debe llevar a cabo antes de las 39 semanas de gestación a menos que se cuente con evidencia de madurez pulmonar fetal. Además, es indispensable evitar en las mujeres que desean tener varios hijos por el riesgo de placenta acreta. Por último, este procedimiento no debe ser motivado por la indisponibilidad de un tratamiento eficaz contra el dolor. Cunningham, F. G. y cols. (2011)

### Aspectos técnicos

El equipo actuante ideal para realizar una cesárea deberá estar conformado por un equipo médico (Obstetra, Ayudante, Anestesiólogo, Neonatólogo) y el equipo auxiliar médico (instrumentadora, enfermera de neonatología, personal circulante de quirófano). Katz, G. & Katz, M. (2012)

Cabero Roura, L. & Cabrillo Rodríguez, E. (2012) destacan que, como en cualquier procedimiento con riesgo, es imperativo la práctica sistemática del consentimiento informado, adecuadamente realizado. Salvo en situaciones extremas puede relegarse este requisito en aras a la urgencia del caso y también es necesario remarcar, una vez más, la estricta observancia de las premisas de la ortodoxia quirúrgica. (p. 1592)

El ámbito donde se llevará a cabo la cesárea debe ser un quirófano especialmente preparado para la realización de procedimientos quirúrgicos “limpios”, con control de temperatura templada (24 a 27 °C), buena iluminación, electricidad de emergencia, equipamiento anestésico, etc. Katz, G. & Katz M. (2012)

Katz, G. & Katz M. (2012) determinaron que las técnicas quirúrgicas se han modificado de manera sustancial a través de los años. En la actualidad conviven varias técnicas que son adoptadas por los distintos profesionales según su formación, habilidad quirúrgica, y fundamentalmente adaptando cada una a cada paciente y no la paciente a la técnica quirúrgica. (p. 267)

Así, se deberá preparar a la paciente, dado que, por tratarse de un procedimiento de cirugía mayor, requiere los mismos preparativos que cualquier intervención similar. Desde el punto de vista del recién nacido, ha de existir un adecuado equipo de reanimación y la disponibilidad de un fórceps o valva de Sellheim para la extracción de la cabeza fetal, en caso de ser necesario. Todos estos aspectos son muy importantes dado que pueden ser objeto de reclamación por falta de medios suficientes, como ya ha ocurrido en algunas sentencias. Cabero Roura, L. & Cabrillo Rodríguez E. (2012)

A toda paciente que vaya a ser sometida a una cirugía se le recomienda un ayuno previo de 8 horas por los riesgos de vómitos y aspiración; esto ocurre sobre todo en caso de anestesia generales, pero ante cualquier imprevisto uno puede tener que recurrir a esta clase de anestesia. Katz, G. & Katz M. (2012)

También es recomendable que las pacientes que vayan a ser sometidas a un procedimiento quirúrgico de este tipo no lleven elementos metálicos en el cuerpo (anillos, aros, etc.) ya que éstos pueden conducir la electricidad al utilizar el electrobisturí. Katz, G. & Katz M. 2012:268)

Se recomienda que las pacientes que vayan a tener una cesárea programada se rasuren el pubis para que sea más fácil la higiene de la zona. Katz, G. & Katz M. (2012)

De la Fuente, P. & Usandizaga, J. A. (2011) explican que la anestesia puede ser general o locorregional. Cada día hay más tendencia a utilizar la anestesia epidural, y la caudal, abandonada durante largo tiempo, vuelve a tener adeptos merced a las nuevas técnicas

que disminuyen los efectos adversos. Es de gran importancia, sobre todo en el caso de utilizarse anestesia general, que la paciente tenga el estómago vacío. (p. 678)

En general se coloca una sonda vesical para que no haya distensión de la vejiga que dificulte el procedimiento al intentar acceder al segmento uterino. Existen quienes prefieren no colocarla para lograr identificar mejor los límites de la vejiga, especialmente en cesáreas iterativas. Katz, G. & Katz M. (2012)

La cesárea segmentaria es la operación más practicada en el presente a causa de que ofrece mayores seguridades inmediatas y tardías. Se pueden puntualizar entre ellas las siguientes ventajas:

- a) Con una laparotomía más pequeña se aborda al útero en un punto declive de la cavidad peritoneal.
- b) En esa región el peritoneo puede ser despegado y permite luego una peritonización, con probabilidad menor de posteriores adherencias.
- c) El segmento tiene una vascularización muy pobre, por lo cual se producirá menor riesgo de sangrado; además tiene un grosor más delgado, por lo que la expulsión del huevo es más fácil suturar y en reposo cicatriza mejor.
- d) En caso de que la herida se infecte, su asiento bajo y fijo suministra, mejor defensa y bloqueo. (Schwarcz, R. L. y cols. 2013:703)

En la época actual no es necesario describir las variadas técnicas utilizadas en otro tiempo. Las cesáreas segmentarias extraperitoneales, puras o por artificio, ya no están justificadas. En este momento se practica la cesárea baja, segmentaria, suprasinfisial, transperitoneal. Schwarcz, R. L. y cols. (2013)

Una vez preparado el campo, se procede a la incisión laparotómica, que puede ser media infraumbilical o transversal de tipo Pfannenstiel. Realizada la abertura de la cavidad peritoneal, se aísla el campo con dos compresas colocadas en los espacios paracólicos, se incide la plica vesicouterina y se rechaza descubriendo el segmento inferior uterino. Con el bisturí se hace una incisión transversal arciforme en este segmento, superficial a los lados y profunda en el centro hasta llegar a la cavidad uterina. De la Fuente, P. & Usandizaga, J. A. (2011)

De la Fuente, P. & Usandizaga, J. A. (2011) mencionan que la extracción del feto se hace habitualmente con la mano, aunque algunos han preconizado la utilización del fórceps, espátulas especiales, o incluso ventosa. Una vez extraído el feto y pinzado el cordón, se procede a la extracción de la placenta y las membranas ovulares, bien mediante expresión de útero, o bien despegando la placenta con el borde cubital de la mano. (p. 678)

A continuación, se procede al cierre de la histerotomía mediante dos capas de puntos entrecortados con material reabsorbible. No se aconsejan las suturas continuas debido a que producen más isquemia y cicatrices más fibrosas, que tienen más posibilidades de dehiscencias en futuros embarazos. Se recubre la zona cruenta de la sutura de la histerotomía con la plica vesicouterina y se cierra la pared por planos. De la Fuente, P. & Usandizaga, J. A. (2011)

Durante el acto operatorio se instala una perfusión intravenosa de solución fisiológica o glucosada, sólo se reemplazará por sangre segura en caso necesario. La administración profiláctica de antibióticos a la madre, luego de la extracción fetal reduce el riesgo de presentar infecciones graves durante el posoperatorio. (Schwarcz, R. L. y cols. 2013:707)

Se administran 2 gramos de cefalosporina de primera generación (cefazolina o cefalotina) IV intraoperatoria, después del clampeo del cordón umbilical. Las pacientes alérgicas reciben clindamicina 600 mg IV y gentamicina 1,5 mg/kg. (Katz, G. & Katz M. 2012:270)

El uso de profilaxis antibiótica reduce significativamente la incidencia de fiebre posoperatoria, de endometritis (60%), de infección de la herida quirúrgica, de infección urinaria y de infección severa en relación a los controles que no recibieron antibióticos. (Mazzoni, A. y cols. 2012:431)

Schwarcz, R. L. y cols. (2013) sintetizan que en el posoperatorio inmediato se utilizan analgésicos. Se alimenta precozmente a las pacientes, primero con líquidos y luego con sólidos, lo cual disminuye la necesidad de administración de líquidos parenterales. El levantamiento se efectúa también dentro de las primeras 24 a 48 horas de la operación. Las suturas cutáneas en caso de no usar material reabsorbible, son retiradas al séptimo día, según el tipo. (p. 707)

## Complicaciones

Un feto al nacer por cesárea tiene un riesgo del 1,9% de padecer un corte accidental con el bisturí durante la práctica de la histerotomía, hecho que puede tener consecuencias médico-legales. Mayor importancia tiene el síndrome de distress respiratorio. La cesárea *per se* es un potente factor de riesgo de padecer distress respiratorio, especialmente en niños prematuros y de otras formas del síndrome en fetos maduros. Cabero Roura, L. & Cabrillo Rodríguez, E. (2012)

De la Fuente, P. & Usandizaga, J. A. (2011) opinan que la mortalidad materna en la cesárea es un problema difícil de evaluar, porque en muchos casos de complicaciones obstétricas graves se recurre a la cesárea y es difícil precisar si la muerte es achacable a la intervención o a la causa que la motivó. (p. 680)

Cabero Roura, L. & Cabrillo Rodríguez, E. (2012) refieren que la cesárea es un procedimiento que no es inocuo ni sus complicaciones son siempre previsibles y/o evitables. La incidencia de morbilidad obstétrica materna severa oscila entre el 0,05 y el 1,09% según las series. Además, la cesárea por ser un procedimiento quirúrgico abdominal mayor, presenta las mismas complicaciones que cualquier laparotomía. (p. 1602)

Cabero Roura, L. & Cabrillo Rodríguez, E. (2012) opinan que las complicaciones de la cesárea pueden ser intraoperatorias o inmediatas: por hemorragias, que incluyen desgarros uterinos, desgarros vaginales, lesión de vasos uterinos, atonía uterina, anomalías de placentación; y por lesiones viscerales, que pueden ser en tracto urinario e intestino. También pueden ser complicaciones posoperatorias: por infecciones, como endometritis, de cicatriz y pared abdominal y del tracto urinario; y, por enfermedad tromboembólica. (p. 1602)

La tasa de transfusión en la cesárea es del 1 al 6%, siendo las principales causas de sangrado la incisión uterina y del lecho placentario. Dicho sangrado puede reducirse con administración de oxitocina y el cierre rápido de la incisión uterina. Las hemorragias más severas pueden ser implícitas al propio procedimiento quirúrgico (desgarros uterinos, lesión de la vagina y de los vasos uterinos) o incidentales (atonía uterina, anomalías de la placentación). Es sumamente importante saber diagnosticar la causa de la hemorragia y

actuar en consecuencia. El retraso terapéutico provoca complicaciones mayores. (Cabero Roura, L. & Cabrillo Rodríguez, E. 2012:1602)

Cabero Roura, L. & Cabrillo Rodríguez, E. (2012) distinguen que pueden ocurrir desgarros uterinos, vaginales o lesión de los vasos uterinos. Son más frecuentes cuando la técnica quirúrgica es inadecuada, en situaciones de emergencia o en extracciones traumáticas. Las incisiones en la vagina y las prolongaciones laterales de la incisión uterina hacia el ligamento ancho pueden provocar importantes sangrados cuya reparación es dificultosa. (p. 1602)

La incidencia de las lesiones del tracto urinario es superior en las cesáreas que en los partos vaginales. Las más frecuentes son las lesiones vesicales, que presentan una incidencia variable del 0,1 al 0,6%, siendo más frecuentes en las cesáreas repetidas y cuando se realiza una cesárea-histerectomía. Cabero Roura, L. & Cabrillo Rodríguez, E. (2012)

Las complicaciones posoperatorias son más frecuentes que las que se producen después de un parto vaginal, y están relacionadas de forma significativa con la urgencia de la intervención y la existencia de trabajo de parto previo. (Cabero Roura, L. & Cabrillo Rodríguez, E. 2012:1602)

Las complicaciones infecciosas son la principal causa de morbilidad asociada a la cesárea, siendo esta última el factor de riesgo más importante de infección materna posparto. La cesárea tiene entre 5 y 20 veces más riesgo de infección que el parto vaginal. Cabero Roura, L. & Cabrillo Rodríguez, E. (2012)

Las complicaciones infecciosas después de una cesárea incluyen: fiebre, infección de la herida quirúrgica y del tracto urinario, endometritis, bacteriemia e infecciones severas (absceso pélvico, tromboflebitis pélvica séptica, fascitis necrotizante y shock séptico). Cabero Roura, L. & Cabrillo Rodríguez, E. (2012)

La enfermedad tromboembólica es poco frecuente durante el embarazo, pese a lo cual la tromboembolia venosa es una de las principales causas de muerte materna en el mundo desarrollado, primera en el Reino Unido y en EEUU. El riesgo de trombosis venosa profunda es entre 3 y 5 veces superior después de una cesárea que después de un parto vaginal. Cabero Roura, L. & Cabrillo Rodríguez, E. (2012)

## Pronóstico

El pronóstico materno y fetoneonatal de la operación cesárea ha ido mejorando sustancialmente con el tiempo. Los adelantos técnicos han determinado en las últimas décadas que la cesárea se haya hecho cada vez más inocua para la madre. (Schwarcz, R. L. y cols. 2013:708)

Además la redefinición de algunas de sus indicaciones ha posibilitado una mayor supervivencia perinatal y un menor traumatismo obstétrico en muchos casos en los que se optaba por la vía vaginal (ejemplo: presentación pelviana con feto único a término). Schwarcz, R. L. y cols. (2013)

## Manejo de la Cesárea en el Ecuador

### Indicaciones

Se recomienda cesárea a toda embarazada que tenga una presentación podálica, pélvica o posición transversa de feto único a término, porque así disminuye la mortalidad y la morbilidad perinatal y neonatal. (Ministerio de Salud Pública «MSP», 2015)

En Ecuador la versión cefálica externa es aceptada, entre las 35 a 37 semanas de gestación, en centros de atención hospitalaria de II y III nivel de atención por el médico Gineco-obstetra de mayor experiencia, lo que asegura la disposición para llevar a cabo una cesárea emergente si se presentan complicaciones. (MSP, 2015)

Es recomendable que cuando existe embarazo gemelar, donde uno de los productos no está en presentación cefálica, se desarrolle una cesárea, a pesar de esta medida de prevención, el resultado perinatal final es incierto. (MSP, 2015)

El parto pretérmino está relacionado con una alta incidencia de morbilidad y mortalidad neonatal. Además, la pruebas de que la decisión de realizar una cesárea programada mejora el pronóstico no está muy clara, por lo cual, la cesárea no debería indicarse cotidianamente en todos los casos. En nuestro país, la cesárea se indica en los partos prematuros cuando el peso del feto sea estimado en menos de 1500 gr mediante ecografía. (MSP, 2015)

Se debe realizar una cesárea a las gestantes que presenten una placenta que rodea de manera parcial o total el orificio cervical interno, lo que se conoce como placenta previa parcial o total, respectivamente. Las madres que presenten una placenta previa deben ser evaluadas y controladas por un especialista en Ginecoobstetricia, hasta culminar el embarazo, quien decidirá el método más idóneo para el parto. (MSP, 2015)

Si se detecta la presencia de placenta baja entre las semanas 32 hasta 34 en embarazadas que ya han sido cesareadas, se debe realizar la ecografía Doppler color como la primera prueba diagnóstica para descartar placenta creta (adherida). (MSP, 2015)

#### Indicaciones de cesárea en gestantes con infecciones que se transmiten verticalmente

Se debe dar toda la información necesaria a las gestantes que portadoras de VIH, indicando los riesgos y beneficios sobre el tratamiento con antirretrovirales y las opciones de parto, y así puedan decidir lo mejor finalmente. (MSP, 2015)

Se debe ofrecer cesárea a todas las gestantes que sufren de VIH, con el objetivo de reducir la posibilidad de transmisión vertical al hijo. En las embarazadas con este tipo de enfermedad se recomienda desarrollar la cesárea entre las semanas 37 y 38 de gestación. (MSP, 2015)

El uso de inmunoglobulina hiperinmune y vacunación contra hepatitis B, disminuye el riesgo de transmisión de madre a hijo. No existen evidencias suficientes que la cesárea reduzca el riesgo de transmisión de hepatitis B de madre a hijo. (MSP, 2015)

No se debe realizar cesárea electiva a gestantes con hepatitis C, ya que no disminuye el riesgo de transmisión de madre a hijo; solo en el caso que la madre con hepatitis C también padezca de VIH, se realizará la cesárea electiva. (MSP, 2015)

Las mujeres en estado de gestación que presenten una infección genital por virus del herpes simple (HSV), deberían de realizarse una cesárea electiva, porque así se reduce la posibilidad de desarrollar infección de HSV neonatal. (MSP, 2015)

En gestantes que estén en tercer trimestre del embarazo o en trabajo de parto o postparto, con sospecha de VIH, se realizará la prueba ELISA, pero si no se dispone de ella, se debe utilizar una prueba rápida de tercera generación. Si el resultado fuera

positivo, se deberá iniciar de forma precoz el protocolo de prevención de la transmisión materna infantil. (MSP, 2015)

### Solicitud de la madre para realizarse cesárea

Si cualquier mujer embarazada desea realizarse una cesárea, se deberá dialogar con ella sobre todos los riesgos y beneficios posibles que se puedan presentar, indicando todas las diferencias con un parto normal, luego de lo cual ella decidirá si se lleva a cabo, dejando de manera escrita que esta conversación existió, y que la paciente fue correctamente informada. Si es posible en dicha conversación es recomendable incluir otros miembros del personal médico y familiares, a fin de que la madre esté segura de su decisión. (MSP, 2015)

Las mujeres que piden se les realice una cesárea por presentar síntomas de nerviosismo ante la posibilidad del parto, deben de ser evaluadas por parte de un psicólogo, el cual deberá brindarle el apoyo necesario para controlar su ansiedad durante el embarazo, e indicarle la existencia de grupos de apoyo que favorecen al buen desarrollo del embarazo, parto, posparto y lactancia materna, con el fin de preservar la salud materno infantil. (MSP, 2015)

Las cesáreas programadas que son realmente justificadas, se deben desarrollar luego de las 39 semanas, ya que los niños nacidos por cesárea tienen mayor riesgo de presentar morbilidad respiratoria que los nacidos por parto normal. (MSP, 2015)

### Clasificación de urgencia/emergencia para realizar una cesárea

“La cesárea urgente es la que se practica para resolver o prevenir una complicación materna o fetal en etapa crítica, y se clasifica en categorías:

- Categoría 1: amenaza o peligro inmediato para la vida de la mujer o del feto.
- Categoría 2: compromiso materno o fetal que no comprenda riesgo inmediato para la vida.
- Categoría 3: cuando no exista ningún compromiso materno o fetal, pero se requiera un parto prematuro, por indicaciones clínicamente justificadas (MSP, 2015)”

“La decisión del intervalo de tiempo para cesárea no planificada depende de la categoría, si la categoría es 1 la cesárea debe realizarse de forma inmediata después de tomada la decisión. Si la categoría es 2, la cesárea en la mayoría de las situaciones debe realizarse dentro de los 30 a 75 minutos de tomada la decisión (MSP, 2015)”

### Exámenes y preparación antes de la cesárea

Antes de realizar una cesárea se debe hacer una prueba de hemoglobina a las gestantes para comprobar si existe anemia. En 4-8 % de los casos puede ocurrir una pérdida sanguínea de más de 1.000 mL, lo que constituye una complicación muy importante. (MSP, 2015)

Las mujeres que hayan presentado una hemorragia preparto y por lo cual se les indicó cesárea anterior, tienen un riesgo elevado de presentar sangrado mayor de 1.000 mL, por lo que se deberá practicarles una cesárea en una unidad de salud que cuente con equipos para transfusiones de primer nivel. (MSP, 2015)

A las mujeres que se les realice una cesárea en la que se utilice anestesia regional, se deberá colocar una sonda vesical, ya que el bloqueo que se hace con la anestesia no permite el normal funcionamiento de la vejiga. (MSP, 2015)

### Técnicas para la operación cesárea

Se debe realizar una incisión abdominal transversa ya que esto disminuye el dolor luego de la cirugía y además beneficia estéticamente a la madre, lo que no ocurre con la incisión en la línea media. (MSP, 2015)

Se recomienda como incisión de elección la de Joel Cohen, la cual se realiza directamente sobre la piel a 3 cm por encima de la sínfisis del pubis; las capas de tejido posteriores se abren sin rodeos y, si se necesita, se puede ampliar con tijeras, en vez de bisturí, porque se relaciona con tiempos disminuidos de cirugía reduciendo la morbilidad febril postoperatoria. (MSP, 2015)

No está recomendado utilizar dos bisturís quirúrgicos separados para abrir la piel y los tejidos más profundos durante una cesárea, ya que se ha demostrado que esta técnica no reduce el riesgo de infección. En el caso de presentarse un segmento uterino inferior bien

formado, se hará un corte uterino en dicho lugar, porque esto disminuye el sangrado, el aumento hemorragia postparto y la indicación de una transfusión sanguínea. (MSP, 2015)

Al sacar al niño se deberá de hacer de forma pausada, si el recién nacido presenta un tamaño de cabeza grande y esto entorpece la extracción, se puede utilizar un fórceps sólo 18. Que la utilización del fórceps sea un factor determinante en la morbilidad neonatal, aún se desconoce. (MSP, 2015)

Se debe hacer el clampeo del cordón umbilical, cuando éste ya haya dejado de latir, y siempre y cuando las condiciones de madre e hijo sean las adecuadas. Se debe utilizar oxitocina 5 UI por vía intravenosa lenta mientras se realice la cesárea para contribuir con la contracción uterina y reducir el riesgo de sangrado. (MSP, 2015)

Al retirar la placenta deberá de usarse la tracción controlada del cordón, porque de esta manera disminuye la posibilidad de presentarse endometritis. El corte que se realiza en el útero se debe cerrar en dos capas; ya que la incisión que se cierra en una sola capa no tiene seguridad demostrada. (MSP, 2015)

No debe usarse el cierre de rutina del tejido celular subcutáneo, a excepción que la madre tenga más de 2 cm de grasa subcutánea. Los drenajes superficiales de la herida en la cesárea son innecesarios porque no reducen la posibilidad de desarrollar ni infección, ni hematomas. (MSP, 2015)

Se deberá administrar antibióticos profilácticos antes de realizarse la cesárea, ya que disminuyen el riesgo de infección materna con mayor eficacia que si se administran luego de la cesárea, y no conllevan ningún riesgo para el bebé. (MSP, 2015)

Los antibióticos profilácticos en cesárea disminuyen la posibilidad de desarrollar infecciones postoperatorias. Los antibióticos deben ser eficaces para la endometritis, infecciones de tracto urinario y las infecciones de la herida, que son muy comunes en mujeres a las que se les ha practicado cesárea. (MSP, 2015)

Las mujeres en estado de gestación tienen un riesgo elevado de presentar tromboembolismo venoso, por lo que se debe indicar la tromboprofilaxis. Para elegir el método de profilaxis se debe establecer el porcentaje de riesgo de la enfermedad siguiendo las normas establecidas. (MSP, 2015)

## **VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN Y SU OPERACIONALIZACIÓN**

VARIABLE DEPENDIENTE: Indicaciones de las cesáreas

VARIABLE INDEPENDIENTE: Complicaciones inmediatas

## Operacionalización de las Variables

Variable 1: Indicaciones de cesáreas.

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
<p>Procedimiento quirúrgico mediante el cual el feto y los anexos ovulares son extraídos después de las 28 semanas de gestación a través de una incisión en el abdomen y en el útero. Técnicamente, antes de las 28 semanas se denomina Histerotomía. (Vergara Sagbini, G. 2009)</p>	<p>Características epidemiológicas de la población</p>	Edad	< 20 años 21 – 30 años > 30 años
		Número de controles prenatales	<3 3 - 5 > 6
	<p>Datos maternos de la paciente</p>	Determinación del tiempo de gestación	FUM Ecografía
		Causas de cesárea	Maternas Fetales Ovulares
<p>Las Indicaciones para ordenar la realización de una cesárea, se categorizan atendiendo si su causa primaria es de origen materno, fetal u ovular, las cuales a su vez, pueden se consideran con criterio de absolutas o relativas. (Vergara Sagbini, G. 2009)</p>	<p>Datos quirúrgicos</p>	Tipo de parto	Pretérmino Término Postérmino
		Tipo de anestesia	Anestesia Raquídea General

Variable 2: Complicaciones inmediatas postcesárea.

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
<p>Uno de los grandes problemas en la antigüedad era la morbilidad y mortalidad de la cesárea, aunque es difícil tener cifras de estas complicaciones, al menos el 75 % de las cesareadas a finales del siglo XIX debieron tener alguna complicación. (León Cid, I. y cols. 2010)</p>	Complicaciones maternas	Antecedentes patológicos personales	Diabetes mellitus tipo 2 HTA crónica Infertilidad Cardiopatía Nefropatía HPV VIH Sin APP
<p>Se puede asegurar que la cesárea ha salvado muchas vidas, seguirá siendo una intervención benéfica, con baja mortalidad y con morbilidad elevada. La morbilidad puede ser transoperatoria y postoperatoria, y al constituir una cirugía mayor, tiene relación con lesiones que no se producen durante el nacimiento por vía vaginal. (León Cid, I. y cols. 2010)</p>		Complicaciones inmediatas de cesárea	Atonía Hemorragia Shock hipovolémico TEP Sin complicaciones
	Complicaciones fetales	APGAR del RN	(0-3) (4-6) (7-10)

## **CAPÍTULO III**

### **DISEÑO METODOLÓGICO**

#### **TIPO DE ESTUDIO**

Descriptivo: porque permitió describir el comportamiento de las cesáreas, así mismo su frecuencia y características más importantes.

Explicativo: porque buscó determinar las razones por las que se indican las cesáreas.

De campo: porque la investigación se llevó a cabo en el área de hospitalización de Gineco-Obstetricia del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo, lugar donde ocurrieron los hechos.

Cuali-cuantitativo: porque determinó la incidencia de cesáreas y describió sus características.

Propositivo: la investigación culminó con una propuesta que pretendió dar solución al problema.

Retrospectivo: Se realizó recolección de datos después de los acontecimientos.

#### **LINEA DE INVESTIGACIÓN**

Salud sexual y reproductiva

#### **AREA DE ESTUDIO**

Hospitalización del servicio de Gineco-Obstetricia del ya mencionado hospital.

#### **UNIVERSO Y MUESTRA**

El universo lo constituyeron todas las embarazadas atendidas en el área de hospitalización del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo.

La Muestra correspondió a 742 embarazadas.

## MODALIDAD DE INVESTIGACIÓN

### CRITERIOS DE INCLUSIÓN

En el presente estudio se incluyeron a todas las embarazadas sometidas a partos por cesáreas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda, durante los meses de septiembre del 2015 a febrero de 2016.

### CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Se excluyó a:

Todas las embarazadas sometidas a partos vaginales en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda, durante los meses de septiembre del 2015 a febrero de 2016.

### RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.-

Fuentes primaria: se recolectó información del libro obstétrico, historias clínicas mediante el formulario de recolección de datos.

Fuentes secundarias: se utilizaron libros y artículos de revista publicados.

### MÉTODOS INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS

Para efectos de recolección de la información se realizaron los siguientes pasos:

Elaboración de una solicitud dirigida a los directivos de la institución para contar con los respectivos permisos y facilidades en la realización del estudio.

Previo a una revisión bibliográfica entorno a la temática se determinaran las variables requeridas al momento de la recolección de datos. La técnica a utilizar para la recolección de datos en esta investigación es la observación directa; el instrumento que se utilizó fue un formulario de recolección de datos de donde se pudieron obtener información de: edad, antecedentes patológicos y obstétricos, periodo de gestación, número de consultas prenatales, indicación de la cesárea, complicaciones de las

cesárea, entre otros y posteriormente se realizó la tabulación de los resultados y la realización de tablas y gráficos con sus respectivos análisis e interpretaciones.

#### PLAN DE ANÁLISIS Y TABULACIÓN DE DATOS

La información será procesada con ayuda del programa de Excel, la misma que traduce en porcentajes los datos obtenidos para facilitar la tabulación. Para los datos cuantificados se emplearon tablas y gráficos para interpretar y analizar los resultados de la investigación a fin de dar respuesta al problema y objetivos planteados.

Además será de utilidad el programa anti-plagio URKUND para corroborar la autenticidad de la investigación.

#### RECURSOS INSTITUCIONALES

Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda - Portoviejo

Universidad Técnica de Manabí

Biblioteca UTM

#### RECURSOS HUMANOS

Tutor y revisora de tesis

Pacientes embarazadas del área de hospitalización del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda - Portoviejo

Médicos especialistas en Gineco- Obstetricia Dr. Verdi Cevallos Balda - Portoviejo

Personal de enfermería del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda - Portoviejo

Autores del proyecto

#### RECURSOS FÍSICOS Y TECNOLÓGICOS

Papel bond

Bolígrafo  
Lapiceros  
Computadora  
Internet  
Dispositivo USB  
Tinta de impresora  
Cámara digital  
Teléfono  
Textos  
Revistas  
Tarjeta telefónica  
Transporte

#### RECURSOS ECONÓMICOS

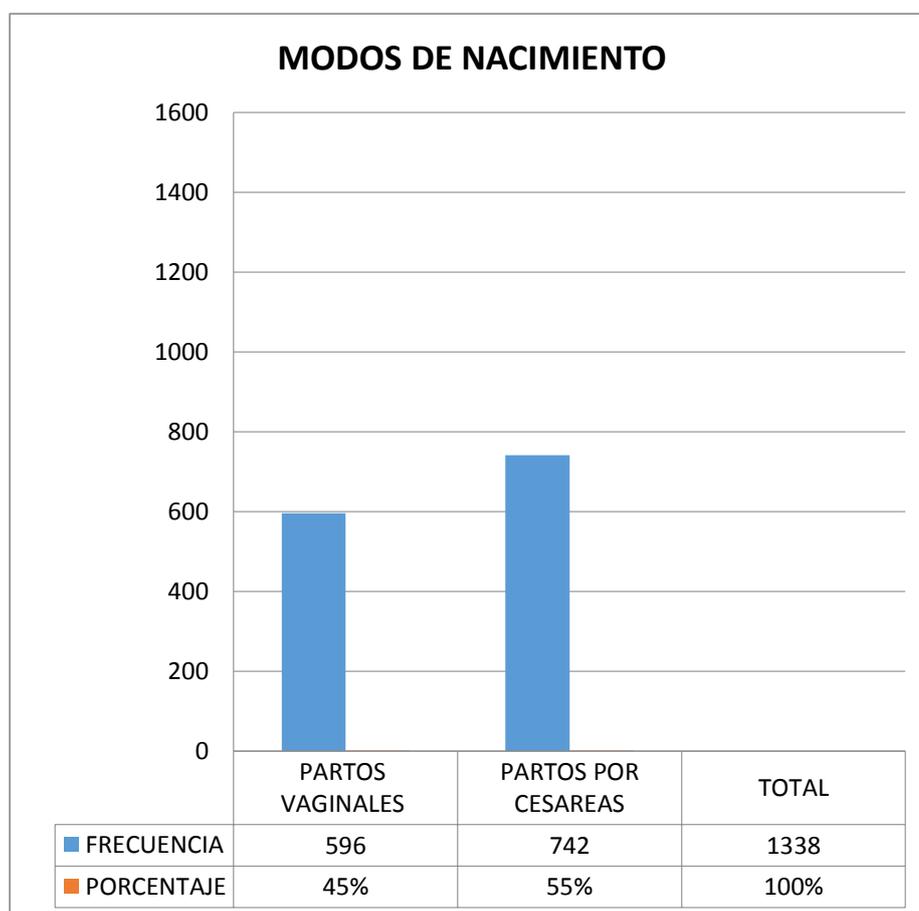
Adquisición de material bibliográfico	15.00
Materiales de ficha recolección de datos	5.00
Alimentación	20.00
Transporte	40.00
Desarrollo de trabajo de titulación e impresiones	70.00
Empastado y encuadernación	80.00
Trípticos y Gigantografías	70.00
El costo del estudio es de	\$ 300.00

## CAPITULO IV

### PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

#### GRAFITABLA # 1

**Frecuencia y porcentaje de partos según el modo de nacimientos en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo durante el período Septiembre de 2015- Febrero, 2016**



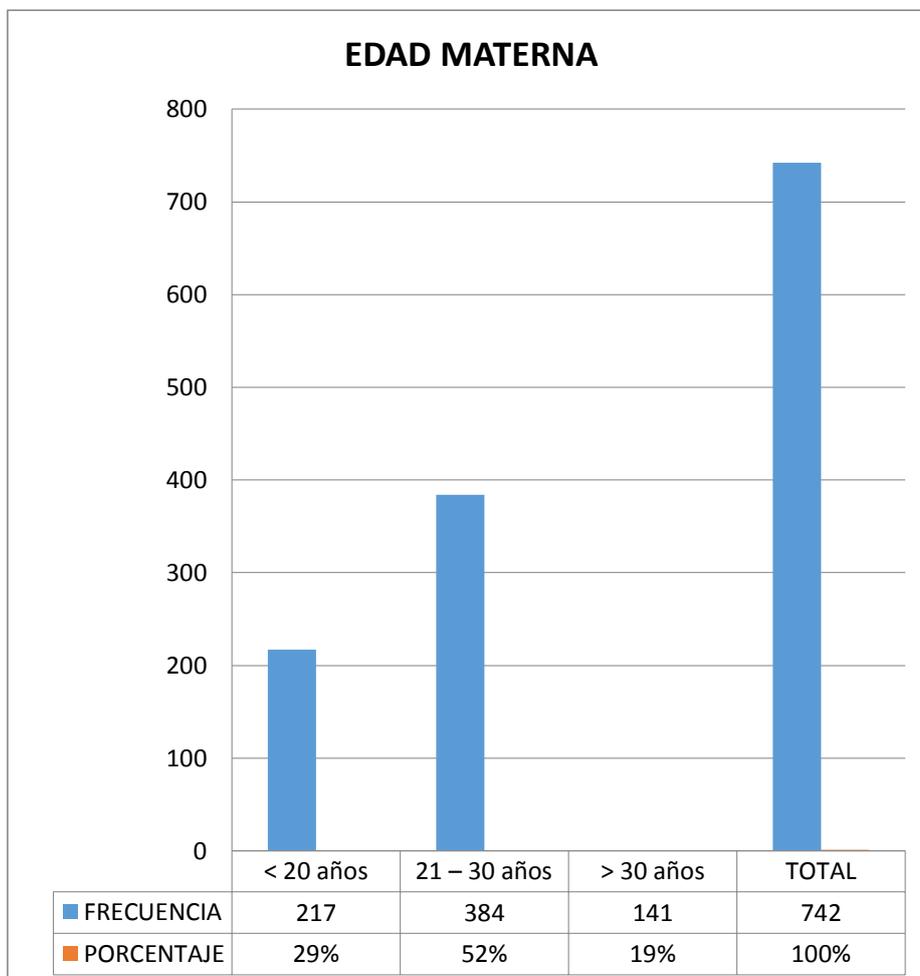
**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Elaborado por:** Srtas. Katherine Zambrano/ Ericka Sagnay.

**Análisis e interpretación de los resultados:** Según el modo de nacimiento se obtuvieron los siguientes resultados: 742 (55%) nacimientos fueron por cesárea y 596 (45%) de los nacimientos fueron por partos vaginales. Estos resultados reflejan que existe una mayor proporción de nacimientos por cesárea en relación a los nacimientos por partos vaginales. En un estudio retrospectivo-descriptivo sobre los factores que motivan la internación a neonatología realizado en la fundación Pablo Jaramillo Crespo de la ciudad de Cuenca en el 2013, se reportó una incidencia de neonatos nacidos partos vaginales del (35.5%) y por cesárea el (66.5%), estas cifras hacen notar que los partos por cesárea siguen superando a los partos por vía vaginal.

## GRAFITABLA # 2

**Frecuencia y porcentaje de cesáreas según la edad materna en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo durante el período Septiembre de 2015- Febrero, 2016.**



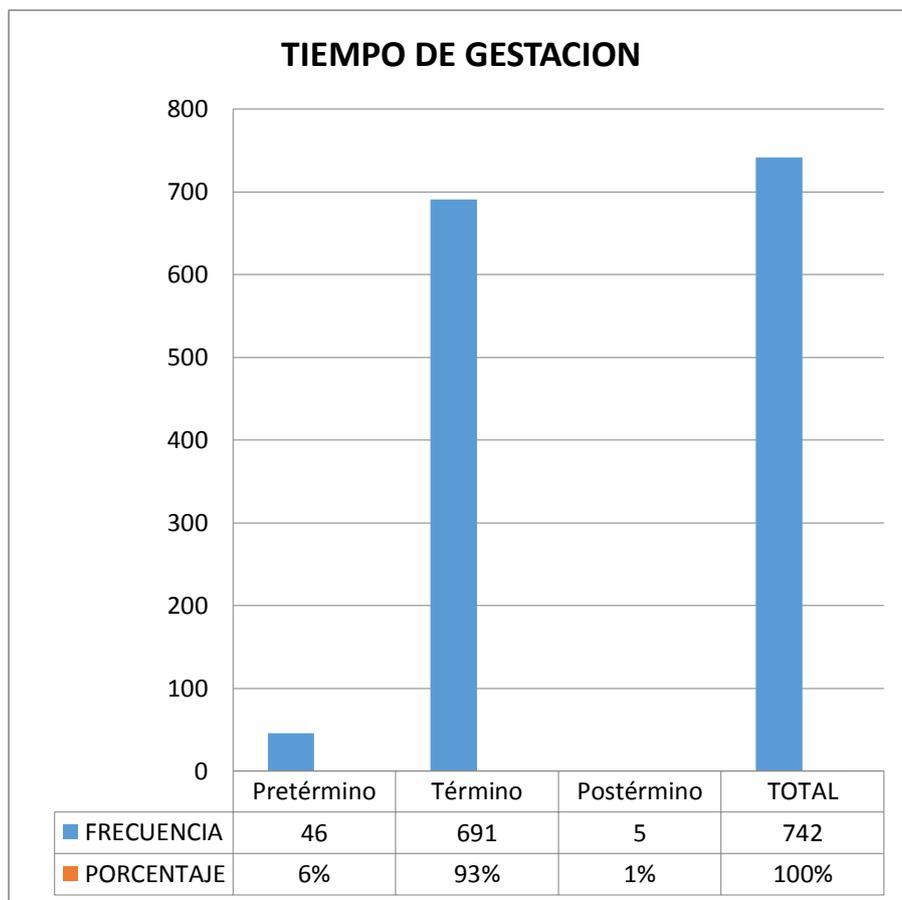
**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Elaborado por:** Srtas. Katherine Zambrano/ Ericka Sagnay.

**Análisis e interpretación de los resultados:** Según las edades de las embarazadas atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hosp. Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo durante el período Septiembre 2015- Febrero 2016 se obtuvieron los siguientes resultados: 384 (52%) se situaron en el rango de edad de entre 21 – 30 años, 217 (29%) se situaron en el rango de edad de menores de 20 años, y 141 (19%) se situaron en el rango de edad mayor de 30 años. Estos resultados evidencian que más de la mitad del total de cesáreas se realizaron en mujeres de edades entre 21 – 30 años, seguido de mujeres menores de 20 años representando casi un tercio del total. En el Hospital “José Carrasco Arteaga” de la ciudad de Cuenca, se realizó un estudio en el 2010 de la prevalencia de cesáreas, el cual reportó una mayor incidencia de cesárea en mujeres en edades de entre 24-33 años, comparándolo con nuestro estudio y pese a que la distribuciones de las edades se establecieron con rangos distintos podemos notar que la mayor incidencia se sitúa en el mismo promedio de edad.

### GRAFITABLA # 3

**Frecuencia y porcentaje de cesáreas según tiempo de gestación en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo durante el período Septiembre de 2015- Febrero, 2016**



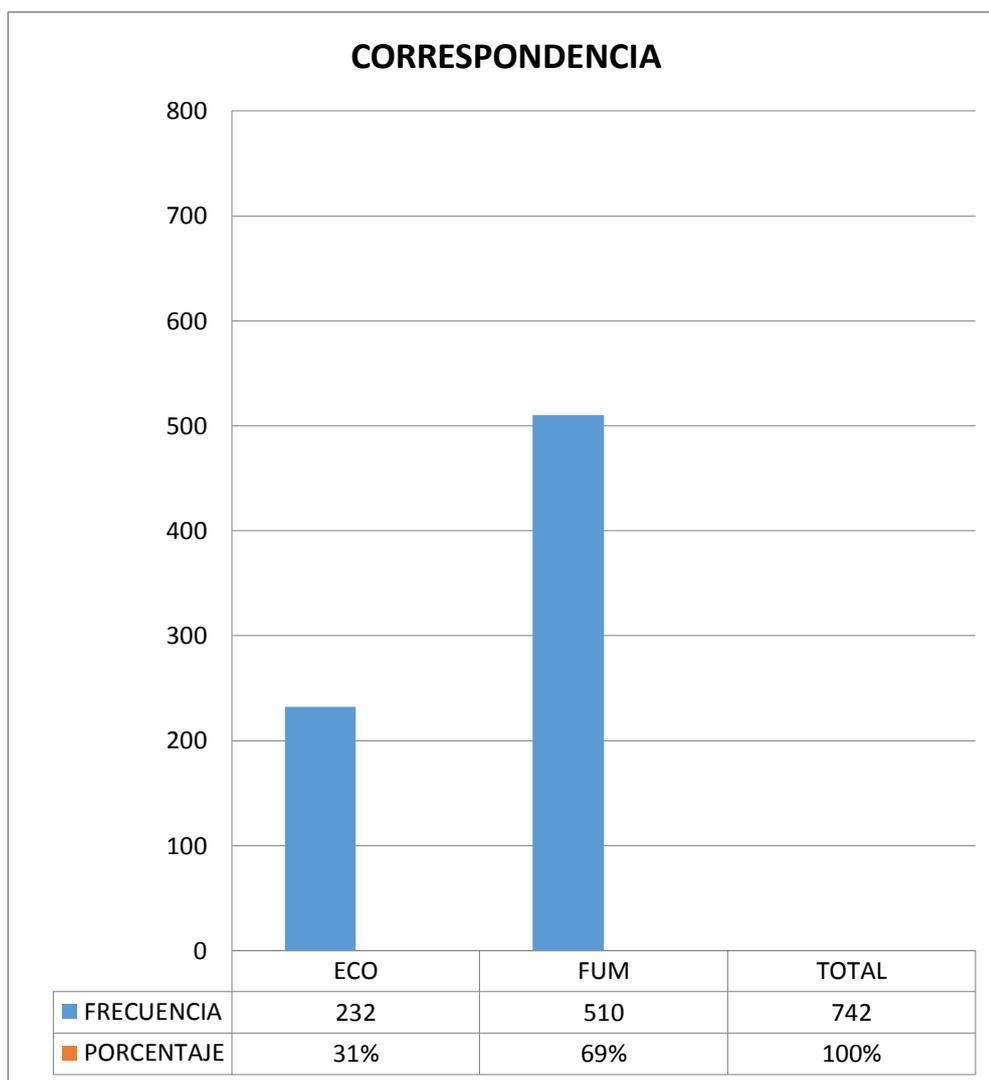
**Fuente:** Formulario de recolección de datos

**Elaborado por:** Srtas. Katherine Zambrano/ Ericka Sagnay.

**Análisis e interpretación de los resultados:** Según el tiempo de gestación de las embarazadas atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hosp. Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo durante el período Enero- Diciembre, 2015 se obtuvieron los siguientes resultados: 691 (93%) de nacidos fueron a término, 46(6%), fueron pretérmino y 5(1%) postérmino. Estos resultados demuestran que más de las tres cuartas partes de embarazadas sometidas a cesáreas tuvieron recién nacidos a término. Según un estudio realizado en EEUU “Impact of cesarean section on intermediate and late preterm births: United States, 2000-2003”, hubo una mayor incidencia de cesáreas con recién nacidos pretérmino a partir de las 31 semanas y determinó que hay mayor riesgo de morbilidad y mortalidad perinatal entre los nacidos por cesárea comparados con el parto vaginal en este grupo de RN, sin embargo en el Hosp. Verdi Cevallos Balda hubo mayor incidencia de cesárea con recién nacidos a término.

#### GRAFITABLA # 4

**Frecuencia y porcentaje de cesáreas según correspondencia por FUM y ECO de edad gestacional en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo durante el período Septiembre de 2015- Febrero, 2016.**



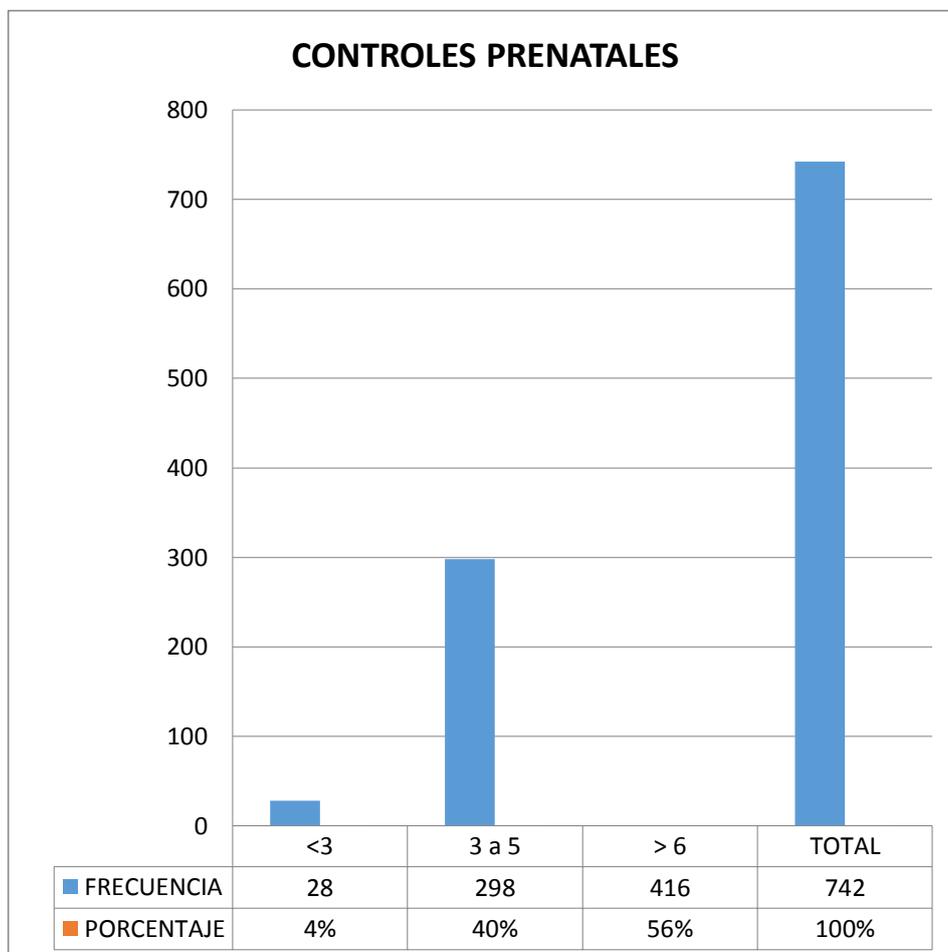
**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Elaborado por:** Srtas. Katherine Zambrano/ Ericka Sagnay.

**Análisis e interpretación de los resultados:** Según la correspondencia de FUM y ECO de las embarazadas atendida en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hosp. Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo durante el período Septiembre 2015- Febrero 2016 se obtuvieron los siguientes resultados: En 510 (69%) de los embarazos se determinó las semanas de gestación por FUM y en 232 (31%) se determinó por ECO. Esto refleja que la determinación por FUM se efectuó en más de la mitad de las embarazadas sometidas a cesárea.

## GRAFITABLA # 5

**Frecuencia y porcentaje de cesáreas según controles prenatales en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo durante el período Septiembre de 2015- Febrero, 2016**



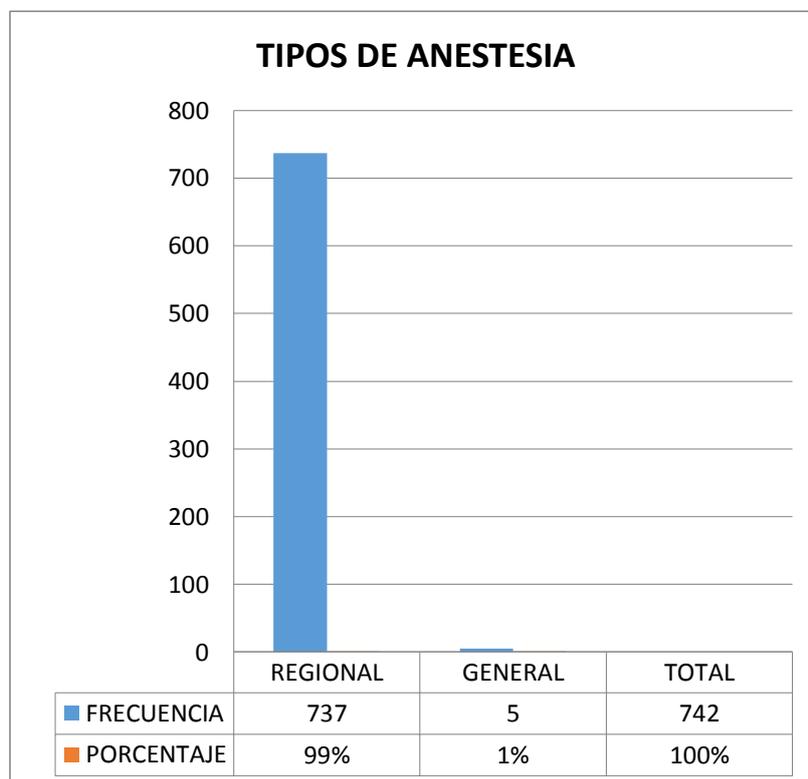
**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Elaborado por:** Srtas. Katherine Zambrano/ Ericka Sagnay.

**Análisis e interpretación de los resultados:** Según los controles prenatales de las embarazadas atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hosp. Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo durante el período Septiembre 2015- Febrero 2016 se obtuvieron los siguientes resultados: 416 (56%) se realizaron más de 6 controles, 298 (40%) se realizaron de 3 a 5 controles, y 28 (4%) se realizaron menos de 3 controles prenatales. Se puede evidenciar que más de la mitad de las embarazadas sometidas a cesáreas se realizaron más de 6 controles prenatales, y que solo una minoría no se realizó el número de controles recomendados en el periodo de gestación. En el mismo estudio realizado en el Hospital “José Carrasco Arteaga” de la ciudad de Cuenca, se reportó que la mayoría de las pacientes sometidas a cesárea (62%) se realizaron más de 7 controles prenatales, en relación a nuestro estudio podemos concluir que la tasa de cesárea no se relaciona con el número de controles prenatales.

## GRAFITABLA # 6

**Frecuencia y porcentaje de cesáreas según el tipo de anestesia utilizada en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo durante el período Septiembre de 2015- Febrero, 2016**



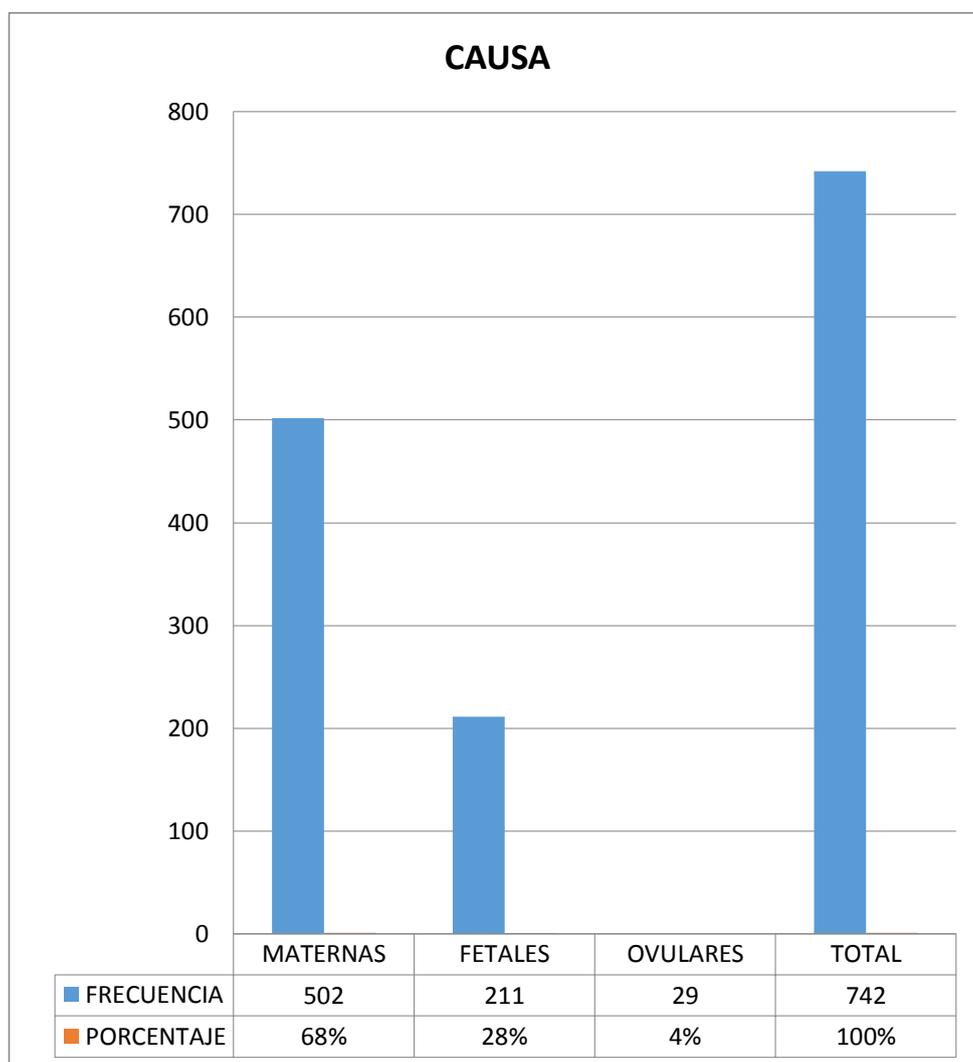
**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Elaborado por:** Srtas. Katherine Zambrano/ Ericka Sagnay.

**Análisis e interpretación de los resultados:** Según el tipo de anestesia que se utilizó en las cesáreas realizadas en el servicio de Gineco- Obstetrica del Hosp. Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo durante el Periodo Septiembre 2015- Febrero 2016 se obtuvieron los siguientes resultados, 737 (99%) fueron realizadas con anestesia raquídea, en tanto que 5 (1%) se realizaron con anestesia general. Esto evidencia que casi en la totalidad de cesáreas realizadas durante este período se utilizó anestesia regional, y que las realizadas con anestesia general representó una minoría. Una revisión publicada en el 2012 por la revista Scielo sobre “Anestesia regional vs anestesia general para parto por cesárea” hace mención de un estudio retrospectivo realizado en Reino Unido “General anesthesia for cesarean delivery at a tertiary care hospital from 2000 to 2005 que el uso de anestesia general ha disminuido enormemente (0,8% de todas las cesáreas), que la mortalidad materna asociada a anestesia general durante cesárea ha descendido hasta prácticamente ser igual a la de anestesia regional y que la morbilidad es menor con anestesia regional, podemos concluir entonces que estos beneficios también se han logrado en el Hosp. Verdi Cevallos Balda ya que el porcentaje de anestesia general se encuentra representando una minoría (1%).

### GRAFITABLA # 7

**Frecuencia y porcentaje de cesáreas según la causa en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo durante el período Septiembre de 2015- Febrero, 2016.**



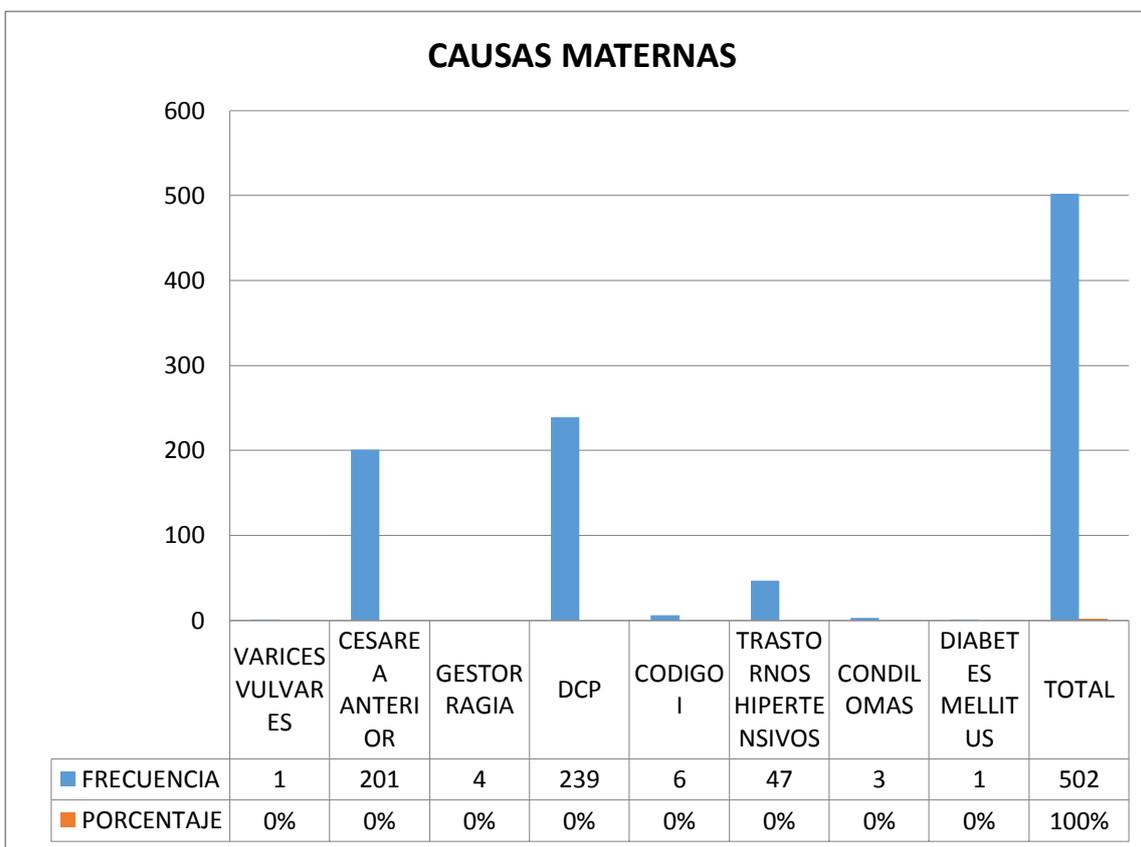
**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Elaborado por:** Srtas. Katherine Zambrano/ Ericka Sagnay.

**Análisis e interpretación de los resultados:** Según la causa de la cesárea en las embarazadas atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hosp. Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo durante el período Septiembre 2015- Febrero 2016 se obtuvieron los siguientes resultados: 502 (68%) cesáreas fueron por causa materna, 211 (28%) fueron por causa fetal, y 29 (4%) fueron por causas ovulares. Esto evidencia que más de la mitad de las cesáreas fueron por causas maternas.

## GRAFITABLA # 8

**Frecuencia y porcentaje de cesáreas según las causas maternas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo durante el período Septiembre de 2015- Febrero, 2016**



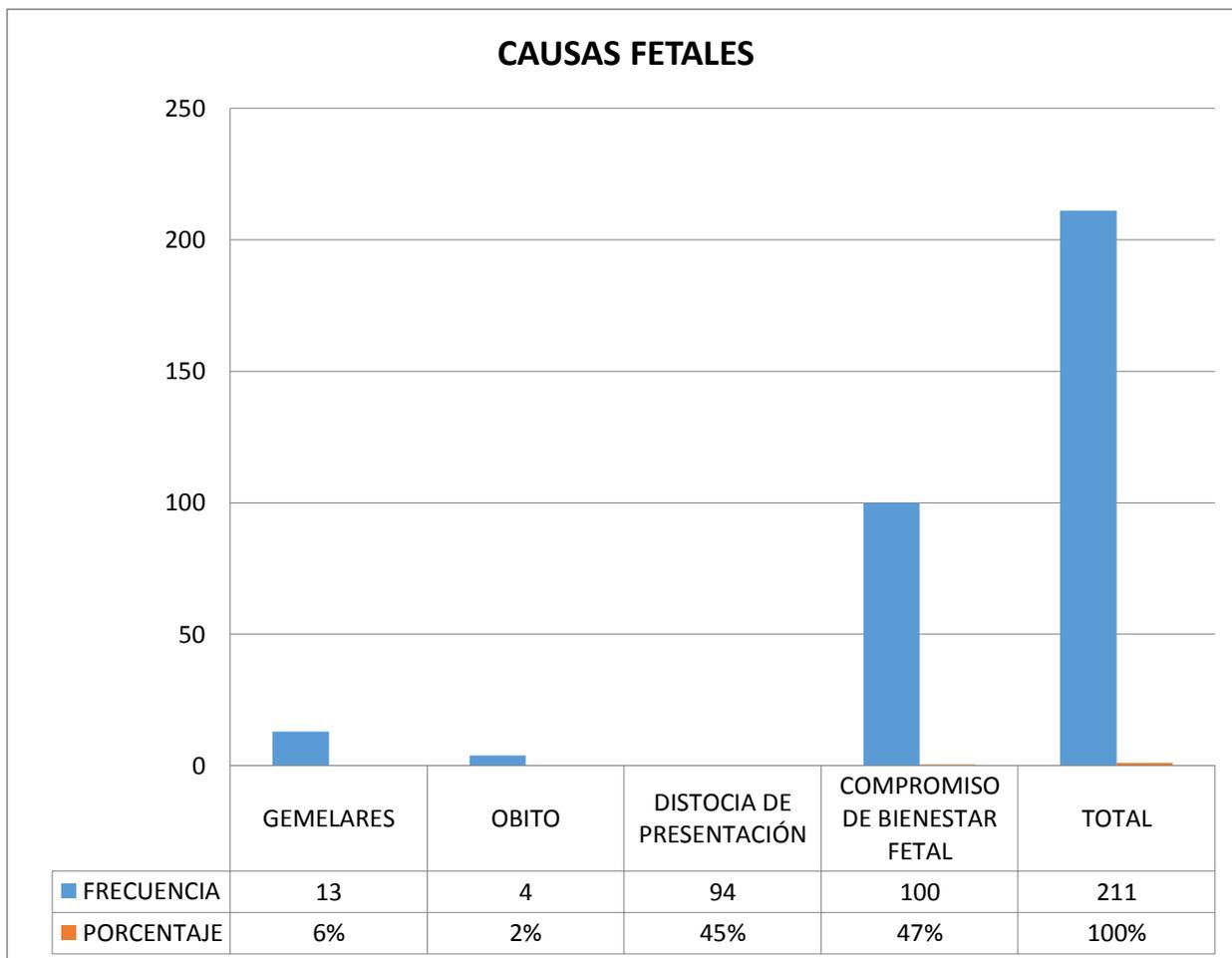
**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Elaborado por:** Srtas. Katherine Zambrano/ Ericka Sagnay.

**Análisis e interpretación de los resultados:** Según las causas maternas de la cesárea en las embarazadas atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hosp. Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo durante el período Septiembre 2015- Febrero 2016 se obtuvieron los siguientes resultados: 239 (47.60%) cesáreas se realizaron por desproporción cefalopélvica (DCP), 201 (40.03%) por cesáreas anteriores, 47 (9.36%) por trastornos hipertensivos, 6 (1.19) por código I, 4 (0.79%) por gestorragia, 3 (0.59%) por condilomas, 1 (0.19%) por diabetes mellitus y 1 (0.19%) por varices vulvares. Esto evidencia que la principal indicación de cesárea por causa materna fue la desproporción cefalopélvica representando casi la mitad de todas las causas de cesáreas, seguida de las cesáreas anteriores y los trastornos hipertensivos. En el estudio ya mencionado del Hospital “José Carrasco Arteaga” de la ciudad de Cuenca, se obtuvieron como principales causas de indicación de cesárea, la cirugía anterior y los trastornos hipertensivos, disvariando con la principal causa en el Hosp. Verdi Cevallos, sin embargo podemos notar que tanto la cesárea anterior como los trastornos hipertensivos se siguen manteniendo entre las principales indicaciones de cesárea.

### GRAFITABLA # 9

**Frecuencia y porcentaje de cesáreas según las causas fetales en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo durante el período Septiembre de 2015- Febrero, 2016**



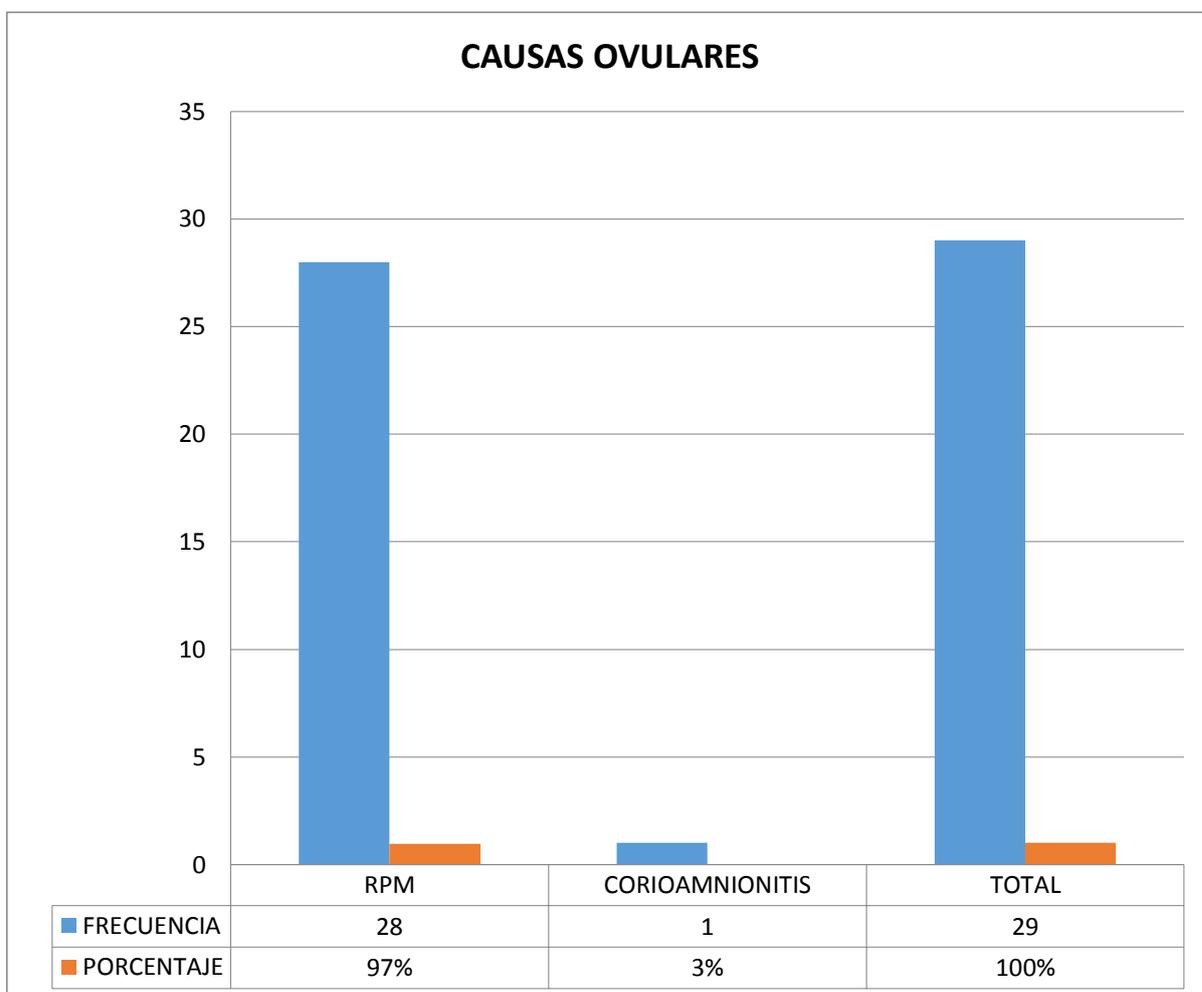
**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Elaborado por:** Srtas. Katherine Zambrano/ Ericka Sagnay.

**Análisis e interpretación de los resultados:** Según las causas fetales de la cesárea en las embarazadas atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hosp. Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo durante el período Enero- Diciembre, 2015 se obtuvieron los siguientes resultados: 100 (47%) cesáreas se realizaron por compromiso de bienestar fetal, 94 (45%) por distocia de presentación, 13 (6%) por gemelares y 4 (2%) por óbito. Los resultados muestran que la principal indicación de cesárea por causa fetal fue el compromiso de bienestar fetal con casi la mitad de los casos, seguida de la distocia de presentación; y que estas indicaciones tuvieron también la mayor incidencia de cesárea de causa fetal en el estudio realizado en el hospital “José Carrasco Arteaga” en 2010; todo esto evidencia que las principales indicaciones de cesárea de causas fetales siguen siendo las mismas.

## GRAFITABLA # 10

**Frecuencia y porcentaje de cesáreas según las causas ovulares en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo durante el período Septiembre de 2015- Febrero, 2016**



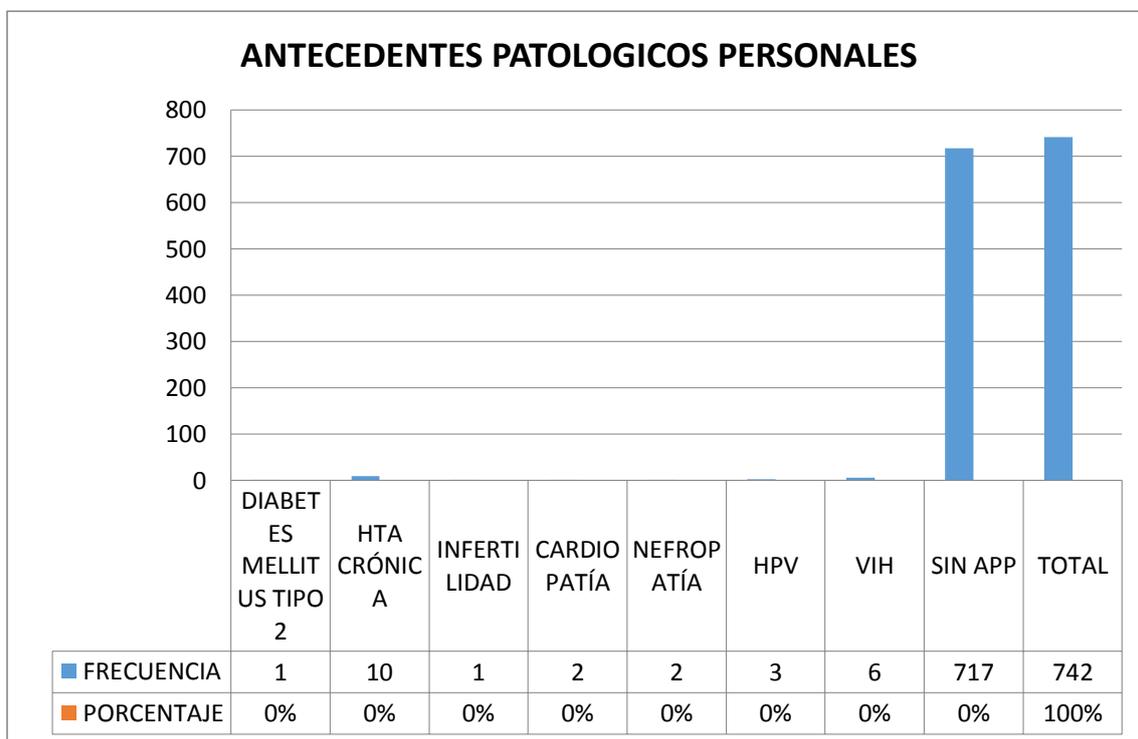
**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Elaborado por:** Srtas. Katherine Zambrano/ Ericka Sagnay.

**Análisis e interpretación de los resultados:** Según las causas ovulares de la cesárea en las embarazadas atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hosp. Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo durante el período Enero- Diciembre, 2015 se obtuvieron los siguientes resultados: 28 (97%) cesáreas se realizaron por rotura prematura de membranas y 1 (3%) por corioamnionitis. Se refleja que casi la totalidad de indicaciones de cesárea por causa ovular fue rotura prematura de membranas coincidiendo con la principal causa de cesárea de tipo ovular del estudio realizado en 2010 en el Hosp. “José Carrasco Arteaga” de la ciudad de Cuenca.

## GRAFITABLA # 11

**Frecuencia y porcentaje de cesáreas según los antecedentes patológicos personales en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo durante el período Septiembre de 2015- Febrero, 2016.**



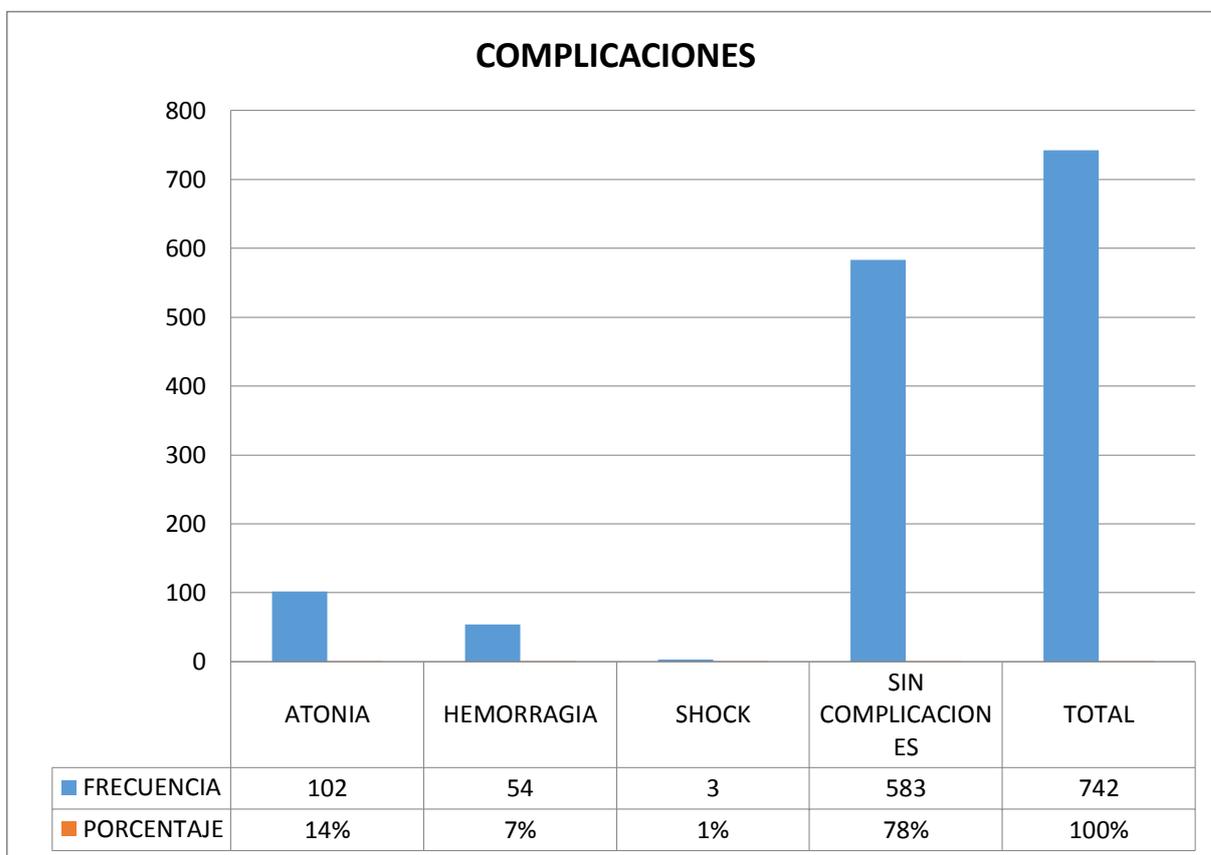
**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Elaborado por:** Srtas. Katherine Zambrano/ Ericka Sagnay.

**Análisis e interpretación de los resultados:** Según los antecedentes patológicos personales de las pacientes sometidas a cesáreas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hosp. Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo durante el Septiembre 2015- Febrero 2016 se obtuvieron los siguientes resultados, 717 (96.63%) de las pacientes no refirieron antecedentes patológicos personales, 10 (1.34%) presentaron HTA crónica, 6 (0.80%) presentaron HIV, 3 (0.40%) presentaron virus de papiloma humano (HPV), 2 (0,26%) presentaron cardiopatía, 2 (0,26%) presentaron nefropatías, 1 (0.13%) diabetes mellitus y 1 (0.13%) presentaron infertilidad. Un estudio publicado por la revista Scielo de tipo transversal, retrospectivo y analítico realizado en el hospital general “Comandante Pinares” de Cuba durante 1999 y 2001 sobre “Factores epidemiológicos que influyen en la morbilidad puerperal grave” analizó los antecedentes patológicos personales donde la HTA y el asma bronquial III fueron los antecedentes patológicos que más influencia tuvieron en la morbilidad puerperal; en el hospital Verdi Cevallos Balda la mayoría de las pacientes no tenía registro de antecedentes patológicos personales, sin embargo de aquellas que sí tuvieron, la HTA figuro como la más común.

## GRAFITABLA # 12

**Frecuencia y porcentaje de cesáreas según las complicaciones inmediatas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo durante el período Septiembre de 2015- Febrero, 2016.**



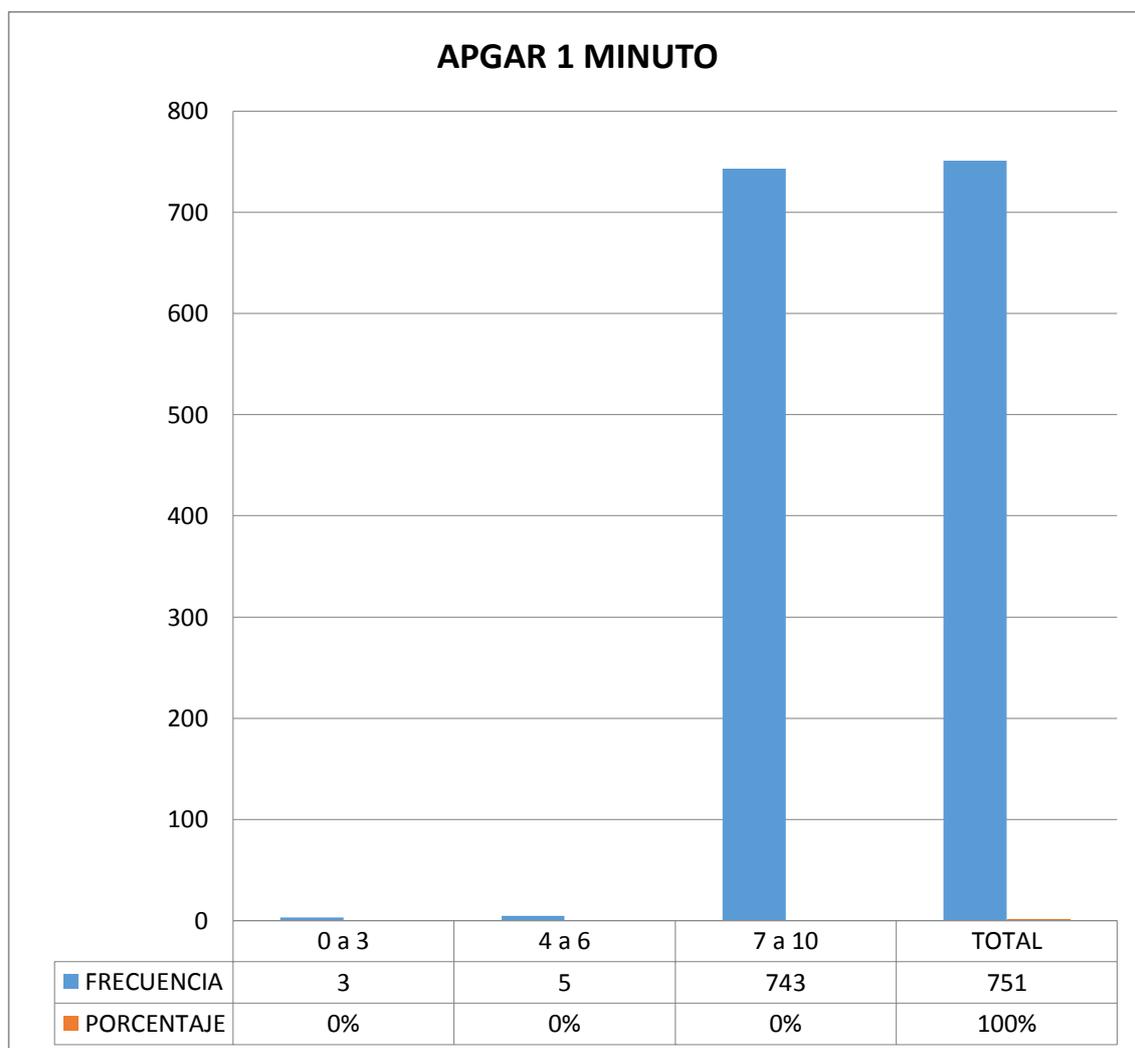
**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Elaborado por:** Srtas. Katherine Zambrano/ Ericka Sagnay.

**Análisis e interpretación de los resultados:** Las complicaciones inmediatas de las cesáreas comprendieron: 583 (78%) sin ninguna complicación, 102 (14%) atonías, 54 (7%) hemorragias, 3 (1%) shock hipovolémico. Esto que las principales complicaciones fueron las atonías y las hemorragias. Un boletín de evaluación de tecnología sanitaria del Ecuador del 2014, hace mención de un estudio retrospectivo realizado en Suiza en el que se comparó las complicaciones maternas de mujeres sometidas a cesárea electiva y sin indicación médica y mujeres que tuvieron una labor de parto espontánea y un parto vaginal, este estudio reportó que hubieron mayores complicaciones maternas en el grupo sometido a cesárea electiva que aquellas que realizaron parto vaginal, dichas complicaciones fueron hemorragias e infecciones; haciendo relación a las complicaciones reportadas en el Hosp. Verdi Cevallos balda, podemos concluir que las hemorragias sigue figurando como principal complicación de la operación cesárea.

### GRAFITABLA # 13

**Frecuencia y porcentaje de cesáreas según el apgar del bebé al minuto de vida en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo durante el período Septiembre de 2015- Febrero, 2016.**



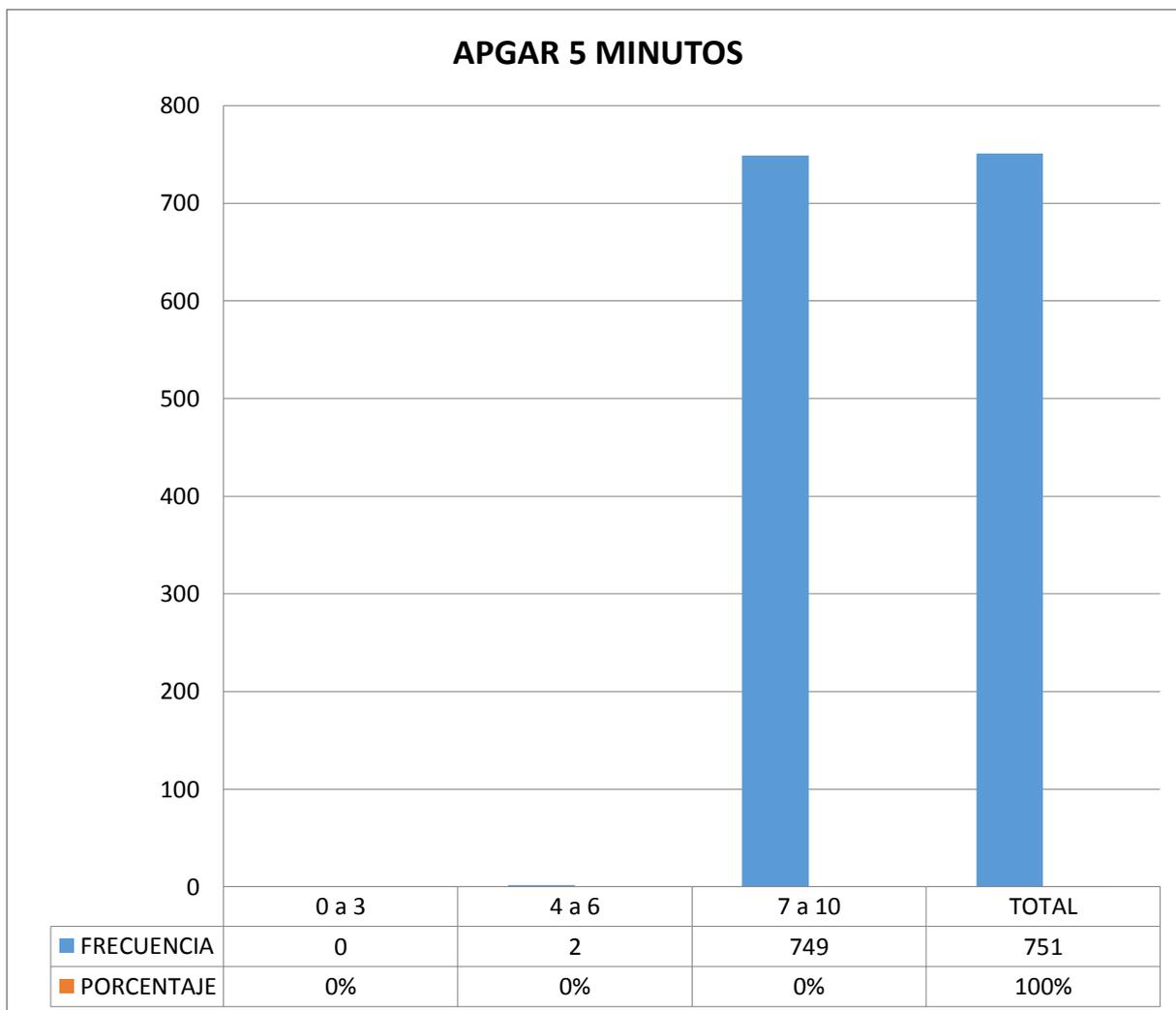
**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Elaborado por:** Srtas. Katherine Zambrano/ Ericka Sagnay.

**Análisis e interpretación de los resultados:** Según el apgar al minuto de nacimiento se evidenciaron los siguientes resultados: 743 (99%) nacidos vivos con puntuación de 7 a 10; 5 (0.66%) con puntuación de 4 a 6 y 3 (0.39%) con puntuación de 0 a 3. Estos resultados muestran que solo una minoría de bebés nacidos por cesárea presentaron sufrimiento fetal. El estudio realizado en el Hosp. “José Carrasco Arteaga” reportó que el 90.48% de los neonatos nacidos por cesárea tuvieron apgar de 8-10 al minuto de vida, y en comparación a nuestro estudio podemos evidenciar que no hay relación entre las cesáreas y mala puntuación de apgar en los recién nacidos.

### GRAFITABLA # 14

**Frecuencia y porcentaje de cesáreas según el apgar del bebé a los 5 minutos de vida en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo durante el período Septiembre de 2015- Febrero, 2016.**



**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Elaborado por:** Srtas. Katherine Zambrano/ Ericka Sagnay.

**Análisis e interpretación de los resultados:** Según el apgar a los 5 minutos de nacimiento se evidenciaron los siguientes resultados: 749 (99.73%) nacidos vivos con puntuación de 7 a 10; 2 (0.27%) con puntuación de 4 a 6 y 0 (0%) con puntuación de 0 a 3. Estos resultados muestran que casi en su totalidad, los bebés nacidos por cesáreas no presentaron sufrimiento fetal, que existe poca relación entre las cesáreas y recién nacidos con mal apgar. El estudio realizado en el Hosp. “José Carrasco Arteaga” reportó que el 90.48% de los neonatos nacidos por cesárea tuvieron apgar de 8-10 a los 5 minutos de vida, y en comparación a nuestro estudio podemos evidenciar que no hay relación entre las cesáreas y mala puntuación de apgar en los recién nacidos.

## CAPITULO V

### CONCLUSIONES

- ✓ Existe predominio en los nacimientos por cesáreas en relación a los nacimientos por partos naturales; durante este periodo se establece una incidencia mayor de cesárea a la del año anterior, lo que permite determinar que las el número de cesáreas va en aumento.
- ✓ El rango de edad en el que más cesáreas se realizó fue entre 21 y 30 años, periodo en el cual se cuenta con el desarrollo tanto físico como psicológico necesarios para un embarazo saludable, ya que al no predominar los rangos de edades de adolescentes o mujeres añosas se están evitando posibles factores de riesgos para un embarazo.
- ✓ La gran mayoría de las embarazadas sometidas a cesáreas se realizaron el mínimo de controles prenatales recomendados en un embarazo, por lo cual no existe una relación directa entre el número de controles prenatales y la tasa de Cesárea actual.
- ✓ Las indicaciones de las cesáreas en las embarazadas atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hosp. Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo durante el período Septiembre 2015- Febrero 2016 fueron en su mayoría (más de la mitad) por causa materna con el (68%), seguida de causas fetales (28%) y en último lugar por causas ovulares 4%.
- ✓ Dentro de las indicaciones de causa materna estuvieron la desproporción cefalopélvica, la cesárea anterior, los trastornos hipertensivos, gestorragias, los condilomas, diabetes mellitus, código I y várices vulvares. La principal indicación de cesárea por causa materna fue la desproporción cefalopélvica representando casi la mitad de todas las causas de cesáreas con el (47.60%), seguida de las cesáreas anteriores con el (40.03%) y los trastornos hipertensivos (9.36%). Las indicaciones por causa fetal fueron el compromiso de bienestar fetal, la distocia de presentación, gemelares y Óbito fetal. La principal indicación de cesárea por causa fetal fue el compromiso de bienestar fetal con más de la mitad de los casos (47%), seguida de la distocia de presentación con el (45%). Las indicaciones por causas ovulares fueron la rotura prematura de membranas y corioamnionitis (3%). Casi la totalidad de indicaciones de cesárea por causa ovular fue la rotura prematura de membranas.

- ✓ Las complicaciones inmediatas de las cesáreas comprendieron: atonías, hemorragias y shock hipovolémico. Las principales complicaciones fueron las atonías (14%), seguida de las hemorragias (7%).

## RECOMENDACIONES

En base a las conclusiones que se realizaron, se recomienda lo siguiente

- ✓ A las autoridades y personal médico que labora en el hospital Verdi Cevallos Balda que establezcan criterios que permitan decidir si una cesárea es necesaria o no, dichos criterios no solo deben tomarse de los ya dictaminados por la OMS sino que, deberían ajustarse al medio en el que vivimos, teniendo en cuenta puntos positivos y negativos en relación al apoyo que se recibe del Ministerio de Salud Pública. Que se tenga en cuenta la posibilidad de ubicar más personal médico en el área de emergencia de ginecología para poder brindar una mejor atención, más personalizada, evitando además colapsos de pacientes. Que se implementen estrategias educativas sobre planificación familiar para ayudar a las mujeres en postparto, a elegir el método de anticoncepción que deseen usar, para que lo inicien y lo continúen usando durante, al menos, dos años. Fomentar la educación a las madres y sus familiares mediante charlas formativas que cada embarazo es diferente y que los controles prenatales son de gran importancia, realizándose al menos 5 durante el tiempo de gestación.
- ✓ A los médicos especialistas en ginecología que se empeñen en insistir tanto en las pacientes como en sus familiares que toda mujer tiene la entera capacidad para parir de manera natural y que los riesgos son mayores al someterse a una cesárea innecesaria. Que los diagnósticos pre y postquirúrgicos sean analizados detalladamente para evaluar si fueron correctos y justificaron realmente la realización de la cesárea, con el propósito de reconocer los errores y corregirlos para mejorar la toma de decisiones teniendo en cuenta siempre el bienestar materno-fetal.
- ✓ A la Universidad Técnica de Manabí, en especial a la Facultad de Ciencias de la Salud que continúen realizando e incrementando campañas educativas sobre planificación familiar, las mismas que deben ser intrainstitucionales y dirigidas a colegios y a la comunidad tanto urbana como rural, para evitar embarazos adolescentes y no deseados.

## **CAPITULO VI**

### **PROPUESTA**

#### **TÍTULO**

Estrategia de intervención educativa sobre planificación familiar dirigida las pacientes hospitalizadas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hosp. Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo, de Enero de 2016.

#### **RESPONSABLES**

- Universidad Técnica de Manabí
- Tutor: Dr. Juan Carlos Suarez Fernández
- Revisora: Dra. Nery Toirac Utria
- Estudiantes investigadoras: Sagnay García Ericka Magaly y Zambrano Zambrano Katherine Jazmina.

#### **JUSTIFICACIÓN.**

Siendo conocedores de las altas cifras de partos tanto naturales como por cesárea realizados en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hosp. Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo durante el año 2015, es tarea nuestra como investigadoras crear medidas resolutivas a esta problemática, por tanto se cree conveniente generar estrategias educativas sobre planificación familiar y que de esta manera las pacientes tengan conocimiento sobre la adecuada forma de tener un embarazo y así evitar riesgos prenatales que desencadenen en un parto por cesárea y por ende en posibles complicaciones que este procedimiento implica; se pretende concienciar en esta población en edad fértil, principalmente a las adolescentes que por razones culturales, geográficas o socioeconómicas han tenido pocas o nulas posibilidades de ser orientadas en temas de planificación familiar.

Esta propuesta es factible de realizar porque se cuenta con el apoyo institucional, tiempo, economía y bibliografías necesarias para ello, además se podrá interactuar de manera directa con las beneficiarias lo que permitirá que el mensaje sea captado por ellas.

## **PROPÓSITO**

Esta propuesta pretende proveer información actualizada sobre planificación familiar para que las pacientes del servicio de Ginecología y Obstetricia tengan la posibilidad de acceder a los conocimientos necesarios para crear conciencia sobre la importancia de planificar a los hijos y evitar embarazos no deseados así mismo de situaciones que desencadenen a dichos embarazos en partos por cesáreas, de esta forma disminuir el número de embarazos no planificados y por ende disminuir la tasa de cesáreas y sus complicaciones.

## **FACTIBILIDAD**

Esta propuesta es factible de realizar porque se cuenta con el apoyo institucional, la autorización del departamento de Docencia e Investigación del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda, tiempo, economía, los recursos humanos y bibliografías necesarias para su realización.

## **BENEFICIARIOS**

Todas las pacientes del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda, quienes serán las captadoras directas de la información, y que siendo aplicada también brindaran beneficio a sus familias.

## **IMPACTO**

Mejor orientación sobre planificación familiar en las pacientes del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Generar estrategia de intervención educativa sobre planificación familiar dirigida a las pacientes hospitalizadas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Ofrecer Información sobre planificación familiar a las pacientes hospitalizadas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo.
- Brindar conocimientos con respecto a los riesgos de no planificar un embarazo a todas las pacientes hospitalizadas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo.

## **DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA**

Asesoría preconcepcional

Métodos temporales hormonales

Métodos temporales intrauterinos

Métodos de barrera

Métodos naturales

Métodos definitivos quirúrgicos

## **ACTIVIDADES**

Elaborar una gigantografía para la capacitación sobre planificación familiar a las pacientes del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda.

Diseñar trípticos sobre planificación familiar que se entregaran previo al egreso hospitalario de las pacientes.

Charla educativa sobre planificación familia dirigida a las pacientes del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda.

## **RECURSOS HUMANOS:**

Pacientes hospitalizadas en el servicio de Gineco-Obstetricia

Personal de salud que labora en el servicio de Gineco-Obstetricia

Investigadores.

## MATERIALES:

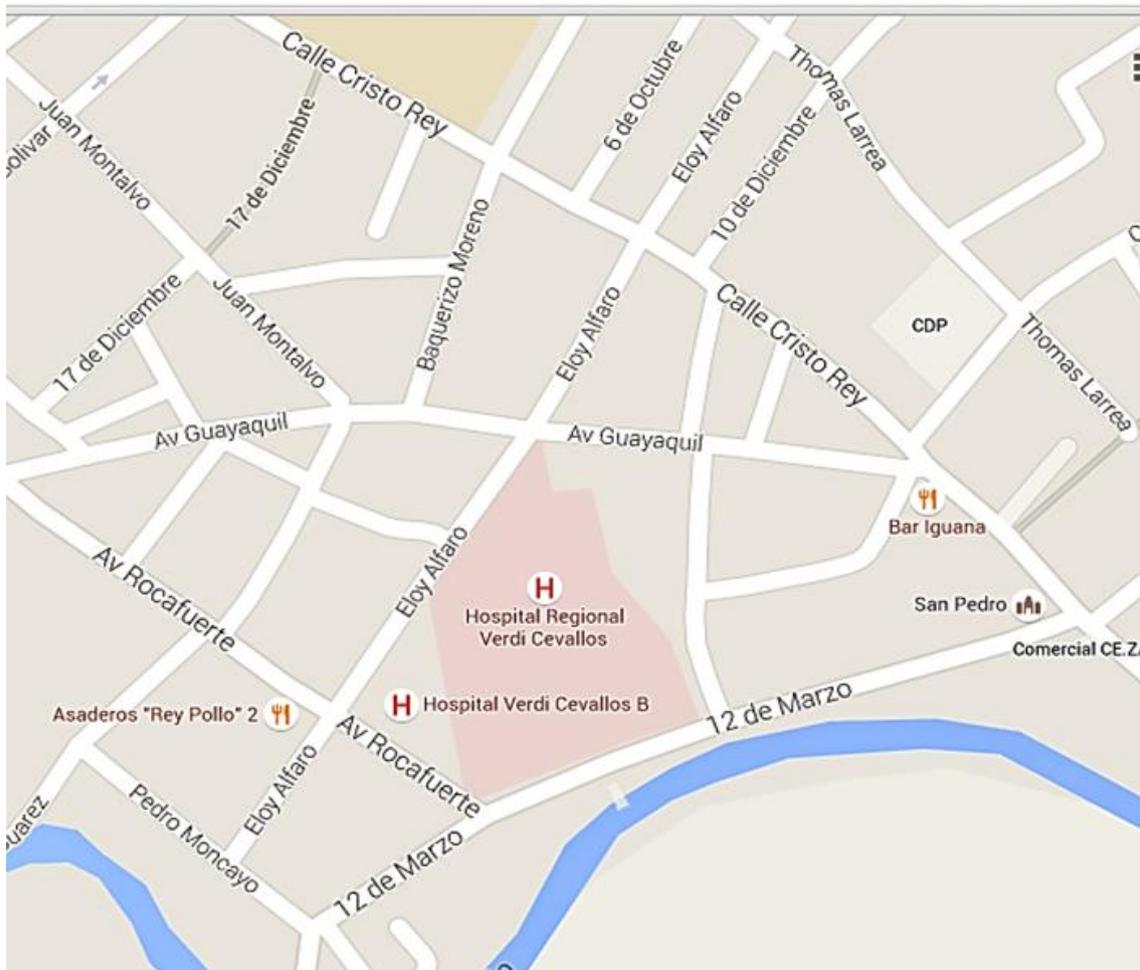
Papelería.

Computador.

Trípticos

## INFRAESTRUCTURA

Área de hospitalización del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo.



## FODA

### **FORTALEZA**

- El hospital Verdi Cevallos Balda es una entidad pública que acoge a pacientes de toda la Provincia
- El hospital cuenta con quirófanos de Ginecología y obstetricia.

### **OPORTUNIDAD**

- Se cuenta con el equipo de salud especializado en Ginecología y Obstetricia.
- Es dotado de recursos e insumos médicos por parte del Ministerio de Salud Pública
- La Unidad Hospitalaria tiene convenios con otras Unidades de Salud para efectuar pruebas de diagnóstico adicionales y transferencias en caso de ser necesarias.

### **AMENAZAS**

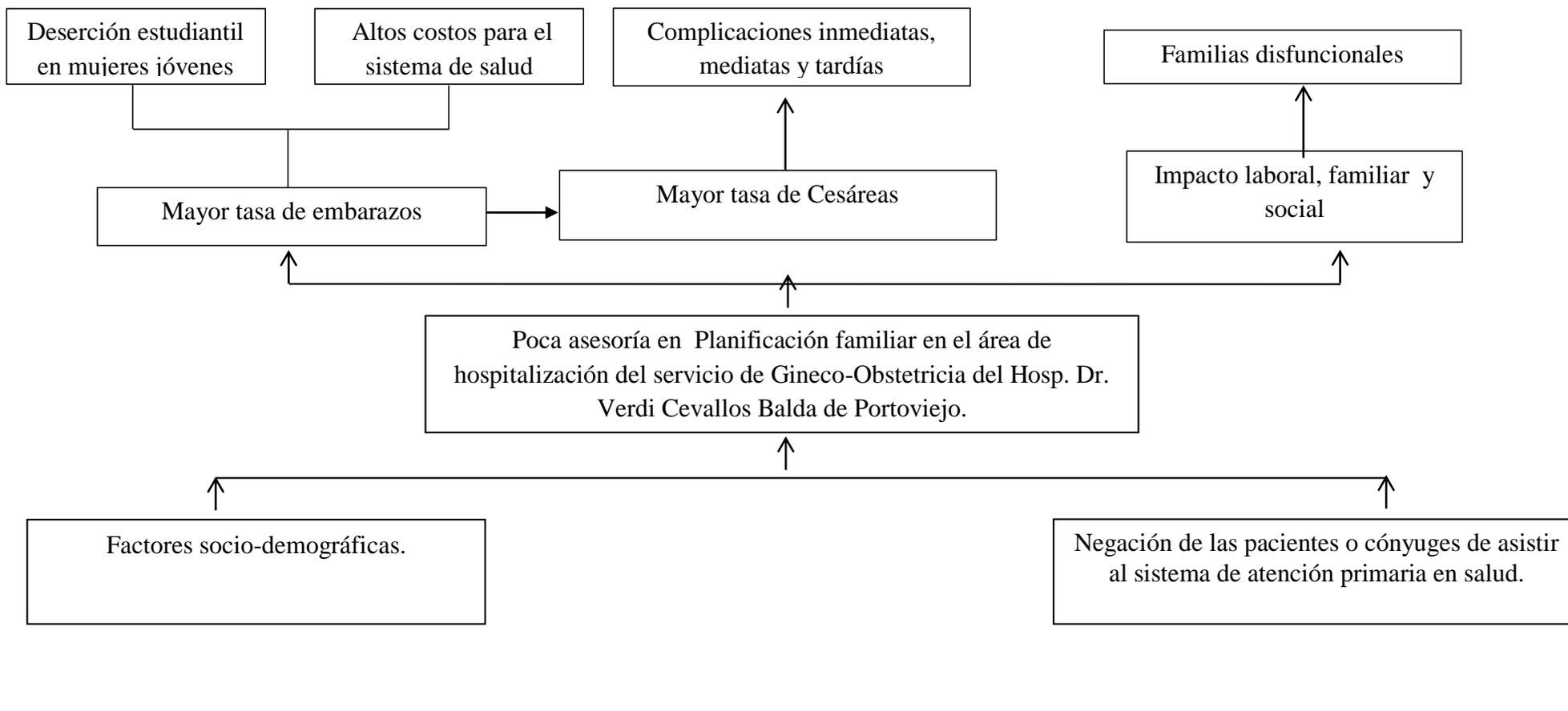
- Impedimento del manejo por no autorización del paciente
- Falta de insumos.
- Demora en el proceso de ingreso hospitalaro.

### **DEBILIDAD**

- Espacio Físico limitado.
- Escasa capacitación sobre planificación familiar debido a la gran demanda de pacientes.

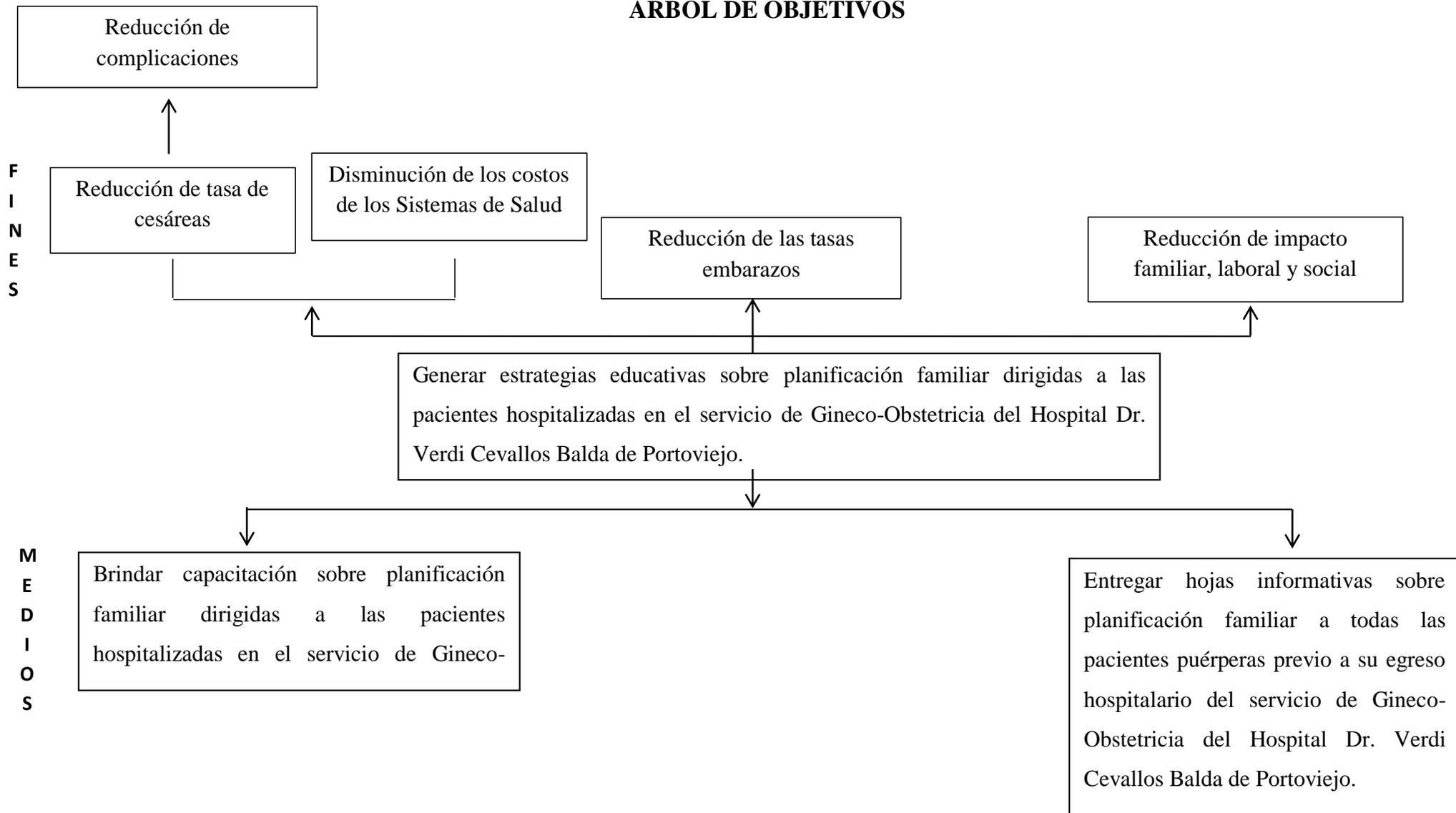
## ARBOL DE PROBLEMA

E  
F  
E  
C  
T  
O  
S



C  
A  
U  
S  
A  
S

## ÁRBOL DE OBJETIVOS



## **MATRIZ DE INVOLUCRADOS**

GRUPOS	INTERESES	PERCEPCIÓN	PROBLEMAS
INVESTIGADORES	Proporcionar información actualizada y oportuna sobre planificación familiar a las pacientes hospitalizadas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hosp. Dr. Verdi Cevallos Balda.	<p>RECURSOS</p> <p>Humanos y materiales</p> <hr/> <p>MANDATOS</p> <p>Capacitar a las pacientes sobre planificación Familiar.</p>	<p>Cambios constantes del personal de salud</p> <p>Falta de apoyo del personal administrativo</p> <p>No se cuenta con los recursos necesarios</p>
POBLACIÓN DE RIESGO.  PACIENTES EMBARAZADAS	Se busca reducir la tasa de embarazos y por ende de cesáreas en las pacientes y de esta forma evitar complicaciones severas como histerectomías, shock o muerte.	<p>RECURSOS</p> <p>Humanos y materiales</p> <hr/> <p>MANDATOS</p> <p>Difundir la información sobre planificación familiar a su comunidad y asistir a las unidades operativas para mayor asesoría.</p>	Retiro del hospital sin autorización médica

PERSONAL DE SALUD	Brindar mayor asesoría en planificación familiar a las pacientes del servicio de Gineco-Obstetricia del Hosp. Dr. Verdi Cevallos Balda	RECURSOS	Incumplimiento de protocolos.
		Humanos y materiales	
		MANDATOS	
		Brindar asesoramiento sobre planificación familiar previo al egreso hospitalario de las pacientes.	
AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ	Instruir a los estudiantes sobre los protocolos de Planificación familiar	RECURSOS	Falta de revisión y actualización
		Humanos y materiales	
		MANDATOS	
		Incluir los protocolos del MSP sobre planificación familiar en el syllabus de la institución	

## MATRIZ DE MARCO LÓGICO

OBJETIVO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS	
<b>FIN</b>	Mejorar el conocimiento con respecto a métodos de planificación familiar.	Nivel de conocimiento	Post-test	Las pacientes están de acuerdo con la política de salud establecida por la institución.
<b>PROPOSITO</b>	Generar estrategia de intervención educativa sobre planificación familiar dirigida a las pacientes hospitalizadas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo.	Ejecución de charla educativa sobre planificación familiar dirigida a las pacientes con ingreso hospitalario.	Registro de pacientes ingresadas.	Las autoridades responsables del servicio de Gineco-Obstetricia están de acuerdo con brindar educación sobre planificación familiar a las usuarias.

<b>COMPONENTE</b>	Ofrecer información sobre:  Métodos temporales hormonales  Métodos temporales intrauterinos  Métodos de barrera  Métodos naturales  Métodos definitivos quirúrgicos	Socialización de los métodos de planificación familiar con las pacientes hospitalizadas.	Trípticos entregados a las pacientes involucradas.	Los médicos residentes requieren capacitaciones continuas mediante información científica validada.
<b>ACTIVIDAD</b>	Brindar conocimiento sobre los riesgos de no planificar un embarazo a las pacientes hospitalizadas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo.	Número de pacientes capacitadas.	Post-test	En el hospital Verdi Cevallos se trabaja con protocolos actuales de peso científico mediante medicina basada en evidencia.

### CRONOGRAMA DE LA PROPUESTA

MES	DICIEMBRE 2015										ENERO 2016									
SEMANAS	3ª. SEMANA					4ª. SEMANA					1ª. SEMANA					2ª. SEMANA				
ACTIVIDADES	14	15	16	17	18	21	22	23	24	25	4	5	6	7	8	11	12	13	14	15
<b>Planteamiento de la propuesta</b>	<b>X</b>																			
<b>Discusión de la Propuesta</b>		<b>X</b>																		
<b>Elaboración y Revisión de la Propuesta</b>												<b>X</b>								
<b>Aplicación de la Propuesta</b>																				<b>X</b>

### PRESUPUESTO DE LA PROPUESTA

CANTIDAD	DESCRIPCION	TOTAL
GLOBAL	MATERIAL DIDÁCTICO	18.00
	BOLIGRAFOS	2.00
	TRIPTICOS	31.00
	MOVILIZACIÓN	8.00
	<b>TOTAL</b>	<b>59.00</b>

ACTIVIDADES DE APLICACIÓN				
DÍAS REALIZADOS	ACTIVIDADES	TIEMPO	RESPONSABLES	RECURSOS
<b>Jueves 14 de enero del 2015</b>	<b>Charla sobre planificación familiar a las usuarias hospitalizadas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hosp. Verdi Cevallos Balda.</b>	<b>2 Horas</b>	<b>Sagnay Ericka Zambrano</b>	<b>Humano Cartel informativo y tríptico</b>

### CRONOGRAMA VALORADO

ACTIVIDADES	Junio				Septiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre				Enero				Febrero				RECURSOS			
	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	HUMANOS	MATERIALES	COSTOS	
Elaboración y presentación del trabajo.																													Autores de la investigación	Adquisición del material bibliográfico	\$ 3.00	
Aprobación del trabajo investigación																													Autores Del trabajo	Materiales de recolección de dato	\$ 5.00	
Elaboración de la parte teórica del trabajo Selección de fuentes bibliográficas																													Autores de la investigación	Alimentación	\$ 100.00	
Desarrollo del marco teórico. Aplicación de instrumentos de trabajo, tabulación de los resultados y elaboración de los cuadros y gráficos estadísticos.																													Autores	Transporte	\$ 40.00	
Presentación del informe final al departamento de metodología e investigación																													Autores de la investigación y tribunal	Desarrollo del trabajo de investigación e impresiones	\$ 150.00	
Corrección y presentación al departamento correspondiente																													Autores y Tribunal	Empastado y encuadernación	\$ 130.00	
Empastado, entrega de proyecto en CD, Aprobación y sustentación.																														Autores y Tribunal	Gastos varios	\$ 30.00
TOTAL																													450.00			

## BIBLIOGRAFÍA

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cabero Roura, L. & Cabrillo Rodríguez, E. (2012). Finalización del embarazo con cesárea. En Cabero Roura, L. (Dir.), *Tratado de ginecología y obstetricia: Medicina materno-fetal* (pp. 1592-1603). Madrid: Médica Panamericana y Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Hauth, J. C., Rouse, D. J. & Spong, C. Y. (2011). Operación cesarean e histerectomía periparto. En Cunningham, F. G. y cols. (Eds.), *Williams obstetricia* (pp. 544-548). México, D.F.: McGraw-Hill Interamericana Editores.
- De la Fuente, P. & Usandizaga, J. A. (2011). Cesárea. En Usandizaga, J. A. & De la Fuente Pérez, P. (Eds.), *Obstetricia y ginecología* (pp. 674-680). Madrid: Marbán Libros.
- Katz, G. & Katz, M. (2012). Cesárea abdominal, Histerectomía puerperal. En Nassif, J. C. & Keklikíán, R. I. (Eds.), *Obstetricia: fundamentos y enfoque práctico* (pp. 265-270). Buenos Aires: Médica Panamericana.
- León Cid, I., Rodríguez Iglesia, G., Segura Fernández, A., Pérez Riveiro, L. & Atienza Barzaga, A. M. (2010). Complicaciones posoperatorias en la operación cesárea sin sutura del plano peritoneal. *Revista Cubana Obstetricia Ginecología*, 36 (3), pp. 333-343. Recuperado de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=s0138-600x2010000300004&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=s0138-600x2010000300004&script=sci_arttext)
- Mazzoni, A., Belizán, J. M. y Althade, F. (2012). Operación cesárea. En Pérez Sánchez, A. & Donoso Siña, E. (Eds.), *Obstetricia* (pp. 428-431). Santiago: Mediterráneo.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador «MSP» (2015). *Atención del parto por cesárea: guía de práctica clínica (GPC)*. Recuperado de: [http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-Atencion\\_del\\_Partido\\_por\\_cesarea.pdf](http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-Atencion_del_Partido_por_cesarea.pdf)
- Pacheco R., J. (2012). Cesárea. En Romero Torres, R. (Ed.), *Tratado de cirugía* (p. 1568). Lima: Medicina Moderna.

Schwarcz, R. L., Fescina, R. & Duverges, C. (2013). Las operaciones obstétricas. En Schwarcz, R. L., Fescina, R. & Duverges, C. (Eds.), *Obstetricia* (pp.702-708). Buenos Aires: El Ateneo.

Vergara Sagbini, G. (2009). *Cesárea*. Recuperado de: <http://www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolos/CST.pdf>

## ANEXOS



**Charla educativa sobre planificación familiar en el servicio de Gineco-Obstetricia**



**Charla educativa sobre planificación familiar en el servicio de Gineco-Obstetricia**



Entrega de trípticos sobre **planificación familiar** en el servicio de **Gineco-Obstetricia**



Entrega de trípticos sobre **planificación familiar** en el servicio de **Gineco-Obstetricia**

## Píldora Anticonceptiva

Es un método anticonceptivo hormonal para la mujer.

Es eficaz y seguro si se toma todos los días, te protege de 1 a 3 meses.



## Implante

Consiste en una delgada varilla que se inserta justo por debajo de la piel, en la parte superior del brazo.

Protege de un embarazo durante 3 años.



## Ligadura de Trompas

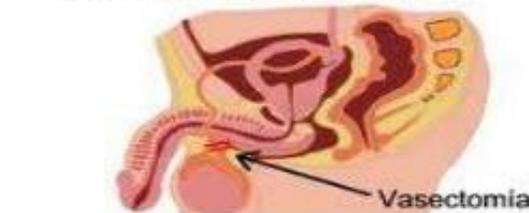
Consiste en una operación sencilla para cortar los conductos que comunican los ovarios con el útero, impidiendo la unión entre el ovulo y el espermatozoide.

Es un método definitivo.



## Vasectomía

Consiste en cortar los conductos por donde pasan los espermatozoides, impidiendo la salida y evitando la unión con el ovulo. Este método es definitivo para los hombres que ya no deseen tener más hijos.



# UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABI



## CARRERA DE MEDICINA



USA MÉTODOS  
ANTICONCEPTIVOS

Y PROTEGERAS TU VIDA  
Y TU SALUD



## ¿Qué es planificación familiar?

- ✓ Es cuando decides de manera libre e informada:
- ✓ Cuantos hijos quieres tener.
- ✓ Cuando quieres tenerlo.
- ✓ Con que método anticonceptivo puedes cuidarte.

## ¿Qué es un Método Anticonceptivo?

Es aquel que impide o reduce significativamente las posibilidades de un embarazo en las mujeres y también previene enfermedades de transmisión sexual (ITS).

### Método de Lactancia Materna

**Exclusiva:** Consiste en alimentar exclusivamente con la leche materna a tu bebé, por lo menos 10 a 12 veces por día durante los 6 primeros meses. Es efectivo mientras no tengas tu menstruación.



## Métodos de Abstinencia Periódica (ritmo, Billings o moco cervical)

Consiste en evitar tener relaciones sexuales durante los días en que la mujer podría quedar embarazada y a ello se les llama días fértiles.



## El Condón o Preservativo

Es una funda delgada de látex que se coloca en el pene erecto antes de tener relaciones sexuales.

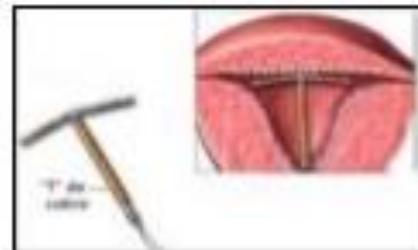
Es el único método anticonceptivo que previene las infecciones transmitidas por medio de las relaciones sexuales como el VIH/Sida, se usa uno en cada relación sexual.

Se debe retirar una vez terminada la relación sexual.



## Dispositivo Intrauterino DIU (T de Cobre)

Son dispositivos que se colocan dentro del útero de la mujer y la protege de embarazos por un periodo máximo a 10 años.



## Inyectable Hormonal

Son inyectables que contienen hormonas progestágeno y se aplica en la nalga. Este método te protege por un periodo de 1 a 3 meses.

También hay un inyectable que contiene estrógeno y progestágenos que se aplica mensualmente.



Las indicaciones pueden ser maternas, fetales y ovulares:

<i>Maternas</i>	Patologías locales	Distocia ósea Distocias dinámicas Distocia de partes blandas Tumores previos Rotura uterina Cesárea anterior Plásticas vaginales previas Herpes genital activo
	Patologías sistémicas	Preeclampsia Hipertensión crónica grave Nefropatía crónica Tuberculosis pulmonar grave
	Fracaso de la inducción	
<i>Fetales</i>	Colocaciones viciosas	Situación transversa Pelviana con feto único al término de la gestación Frente Cara
	Macrosomía fetal	
	Vitalidad fetal comprometida	Sufrimiento fetal agudo Restricción del crecimiento intrauterino Enfermedad hemolítica fetal grave Muerte habitual del feto
<i>Maternofetales</i>	Desproporción fetopélvica Parto detenido	
<i>Ovulares</i>	Placenta previa Desprendimiento normoplacentario Procidencia del cordón	

SCHWARCZ - SALA - DUVERGES

# OBSTETRICIA

RICARDO SCHWARCZ  
RICARDO FESCINA  
CARLOS DUVERGES

RENOVADA - ACTUALIZADA  
Y AMPLIADA  
6<sup>ta.</sup>  
edición

 *Editorial El Ateneo*

Schwarcz, Ricardo Leopoldo  
Obstetricia / Ricardo Leopoldo Schwarcz, Ricardo Fescina y Carlos  
Duverges. - 6a. ed., 8a. reimpression - Buenos Aires : El Ateneo, 2013.  
752 p.; 26 x 18 cm.

ISBN 978-950-02-0417-0

1. Obstetricia. I. Fescina, Ricardo. II. Duverges, Carlos. III. Título  
CDD 618.2



Obstetricia  
Ricardo Leopoldo Schwarcz, Ricardo Fescina y Carlos Duverges

Derechos exclusivos de edición en castellano para todo el mundo  
© 2013, Grupo ILHSA S. A. para su sello editorial El Ateneo  
Patagones 2463 - (C1282ACA) Buenos Aires - Argentina  
Tel.: (54 11) 4983 8200 - Fax: (54 11) 4308 4199  
E-mail: editorial@elateneo.com

6ª edición: junio de 2005  
8ª reimpression: agosto de 2013

ISBN 978-950-02-0417-0

Diseño de cubierta e interiores: Claudia Solari

Impreso en Verlap S.A.  
Comandante Spurr 653, Avellaneda,  
provincia de Buenos Aires,  
en agosto de 2013.

Queda hecho el depósito que establece la ley 11.723.  
Libro de edición argentina.

No se permite la reproducción parcial o total, el almacenamiento, el alquiler, la transmisión o la transformación de este libro, en cualquier forma o por cualquier medio, sea electrónico o mecánico, mediante fotocopia, digitalización u otros métodos, sin el permiso escrito del editor. Su infracción está penada por las leyes 11.723 y 25.446.

Portoviejo, 14 de Enero de 2016

Doctor.

Héctor Quintero Montaña.

**Subdirector docente y de investigaciones del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda.**

Cuidad.-

Por medio de la presente, yo Dra. Ruth Rivera, responsable del servicio de Ginecología y Obstetricia de Hosp. Dr. Verdi Cevallos Balda, certifico: que las estudiantes: Zambrano Zambrano Katherine y Sagnay García Ericka ejecutaron el día de hoy la propuesta de su proyecto de tesis cuyo título es: “Estrategia de intervención educativa sobre planificación familiar dirigida las pacientes hospitalizadas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hosp. Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo”.

-----  
Dra. Ruth Rivera  
**Coordinadora del Servicio de Ginecología-Obstetricia.**



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE MEDICINA**



**HOSPITAL “DR. VERDI CEVALLOS BALDA”**

**FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

**TEMA DE TESIS:** “INDICACIONES DE LAS CESAREAS Y SUS COMPLICACIONES INMEDIATAS EN LAS EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, SEPTIEMBRE 2015 – FEBRERO 2016.”

**1.-Tipo de parto**

- Vaginal
- Cesárea

**2.- Edad materna**

- < 20
- 21 a 30
- >30

**3.- Tempo de gestación**

- Pretérmino
- Término
- Postérmino

**4. Correspondencia de la edad gestacional**

- ECO
- FUM

**5.- Controles prenatales**

- <3
- 3 a 5
- >6

**6.- Tipo de anestesia**

- Regional

- General

#### **7.- Indicación de cesárea por causa materna**

- Várices vulvares
- Quistes de cérvix
- Cesárea anterior
- Gestorragias
- DCP
- Código I
- Trastornos hipertensivos
- Sepsis
- Condilomas
- Diabetes Mellitus

#### **8.- Indicación de cesárea por causa fetal**

- Gemelares
- Óbito
- Distocia de presentación
- Compromiso de bienestar fetal

#### **9.- Indicación de cesárea por causa ovular**

- Rotura prematura de membranas
- Corioamnionitis

#### **10.- Antecedentes patológicos personales**

- Diabetes mellitus
- HTA crónica
- Infertilidad
- Cardiopatía
- Nefropatía
- HPV
- VHI
- Sin APP

#### **11.- Complicaciones inmediatas**

- Atonía
- Hemorragia
- Shock hipovolémico
- TEP

- Sin complicaciones

**12.- Apgar del bebé al minuto**

- 0-3
- 4-6
- 7-10

**13.- Apgar del bebé a los 5 minutos**

- 0-3
- 4-6
- 7-10



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE MEDICINA**



**HOSPITAL “DR. VERDI CEVALLOS BALDA”**

**OBJETIVO GENERAL DE TESIS:** Determinar las indicaciones de las cesáreas y sus complicaciones inmediatas en las embarazadas atendidas en el área de hospitalización del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo, Septiembre 2015 – Febrero 2016.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Mediante la firma de este documento autorizo de forma voluntaria participar en el estudio “INDICACIONES DE LAS CESAREAS Y SUS COMPLICACIONES INMEDIATAS EN LAS EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA, SEPTIEMBRE 2015 – FEBRERO 2016.”

Por lo cual permito a los investigadores a acceder a la información detallada en mi historia clínica médica para que puedan llevar a cabo su objetivo. mas no autorizo la utilización de mis datos personales para ningún tipo de publicación.

Comprendo que el resultado de esta investigación será presentado a la Universidad Técnica de Manabí, para que sea evaluado, ya que forma parte de la investigación de Sagnay García Ericka Magaly y Zambrano Zambrano Katherine Jazmina, previo a la obtención de título de Médico Cirujano de la República del Ecuador.

Una vez leído y comprendido el documento, autorizo mi participación.

Firma

ó

Huella digital

\_\_\_\_\_  
Pacientes del Servicio de Gineco-Obstetricia

