

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZU**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



**Prevalencia de cesárea y principales indicaciones en gestantes  
asistidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del  
Hospital Regional de Coronel Oviedo, año 2015.**

**TESIS**

**Ada Luz Viana Coronel**

**Coronel Oviedo - Paraguay**

**2016**



## **UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ**

---

**TITULO: Prevalencia de cesárea y principales indicaciones en gestantes asistidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo, año 2015.**

**TESISTA: Ada Luz Viana Coronel.**

**TUTORA: Lic. Graciela Rodríguez**

**Tesis presentada a la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Caaguazú para la obtención del título de grado de Médico-Cirujano.**



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ**

---

**TITULO: Prevalencia de cesárea y principales indicaciones en gestantes asistidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo, año 2015.**

**Ada Luz Viana Coronel.**

Tesis presentada para obtener el título de grado de Médico Cirujano

**Coronel Oviedo - Paraguay**

**Miembros del Tribunal Examinador**

.....

**Examinador**

.....

**Examinador**

.....

**Examinador**

.....

**Examinador**

.....

**Examinador**

**CALIFICACIÓN FINAL.....**



# UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

## AGRADECIMIENTOS

*A mi familia por el acompañamiento constante, contribuyendo para mi formación personal y profesional.*

*A mi tutora, la Lic. Graciela Rodríguez, por el apoyo y seguimiento constante e incansable.*

*A los profesionales por su dedicación, compromiso y por su invaluable asesoría en la realización y finalización de la presente tesis.*



# UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

## DEDICATORIA

*A Dios por darme la sabiduría y la fortaleza necesaria durante toda mi carrera.*

*A mis padres y hermanos, quienes representan mi más grande motivación y admiración, a quienes estaré eternamente agradecido por no dejarme renunciar a mis sueños.*



# UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** El procedimiento médico quirúrgico cesárea fue incorporado a la práctica médica obstétrica con el fin de solucionar aquellos problemas que pudieran significar muerte para la madre y/o el niño. Su frecuencia se ha acrecentado a tal punto que actualmente lo que apareció como una solución, ahora se vislumbra como un problema por su excesiva liberalización.

**OBJETIVO:** Determinar la prevalencia y principales indicaciones de cesárea en las gestantes asistidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo, año 2015.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal con muestreo probabilístico aleatorio simple de las gestantes que terminaron su embarazo en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo, año 2015.

**RESULTADOS:** se analizó una muestra con 340 gestantes asistidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo, de las cuales 48,82% correspondieron a los partos que finalizaron por cesárea, 21,18% tuvieron como indicación causa materna con 12,65% por cesárea anterior, 23,24% con indicación por causa fetal de las cuales 6,18% correspondieron a alteraciones de la situación y sufrimiento fetal y 4,41% por causa mixta de entre las cuales 2,65% correspondieron a la hipertensión arterial inducida por el embarazo.

**CONCLUSION:** La prevalencia de cesárea en el Hospital Regional de Coronel Oviedo, fue del 48.82%, las principales indicaciones halladas fueron: cesárea anterior, alteración de la situación fetal, sufrimiento fetal y la hipertensión inducida por el embarazo.

**PALABRAS CLAVE:** Cesárea, prevalencia, indicaciones.



## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** The surgical cesarean medical procedure was incorporated into the obstetric medical practice in order to solve those problems that could mean death for the mother and / or the child. Its frequency has increased to such an extent that what has now appeared as a solution is now seen as a problem because of its excessive liberalization.

**OBJECTIVE:** To determine the prevalence and main indications of cesarean section in pregnant women attending the Gynecology and Obstetrics Service of the Regional Hospital of Coronel Oviedo, year 2015.

**MATERIALS AND METHODS:** An observational, descriptive, cross-sectional study with simple random probability sampling of pregnant women who completed their pregnancy at the Gynecology and Obstetrics Service of the Regional Hospital of Coronel Oviedo, year 2015.

**RESULTS:** a sample of 340 pregnant women assisted in the Gynecology and Obstetrics Service of the Regional Hospital of Coronel Oviedo was analyzed, of which 48,82% corresponded to the deliveries that were terminated by cesarean section, 21,18% had as an indication maternal cause with 12,65% for previous cesarean section, 23,24% for indication of fetal cause, of which 6,18% corresponded to alterations in the situation and fetal distress and 4,41% due to mixed cause, of which 2,65% corresponded to pregnancy-induced hypertension.

**CONCLUSION:** The prevalence of cesarean section in the Regional Hospital of Coronel Oviedo was 48.82%. The main indications were: previous cesarean section, altered fetal status, fetal distress and pregnancy-induced hypertension.

**KEYWORDS:** Cesarean section, prevalence, indications.



## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** O procedimento médico cirúrgico cesariana foi incorporada à prática médica obstétrica, a fim de resolver problemas que podem significar a morte para a mãe e / ou criança. A sua frequência aumentou a tal ponto que o que apareceu como uma solução, agora é visto como um problema por sua liberalização excessiva.

**ALVO:** Determinar a prevalência e as principais indicações para cesariana em gestantes atendidas no serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Regional Coronel Oviedo, ano 2015.

**MATERIAIS E MÉTODOS:** Um estudo observacional, descritivo, transversal foi realizado com simples amostragem probabilística aleatória de mulheres grávidas que concluíram a sua gravidez no serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Regional Coronel Oviedo de 2015.

**RESULTADOS:** Uma amostra com 340 gestantes atendidas no serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Coronel Oviedo Regional, dos quais 48,82% foram nascimentos por cesariana, 21,18% indicação por causa materna, 12,65% com cesariana anterior, 23,24%, indicação causa fetal dos quais 6,18% corresponderam às mudanças na situação e sofrimento fetal e 4,41% para causas mistas entre os quais 2,65% foram a hipertensão induzida pela gravidez.

**CONCLUSÃO:** A prevalência de cesariana no Hospital de Coronel Oviedo Regional, foi 48,82%, as principais indicações foram: parto anterior por cesariana, alteração na posição fetal, sofrimento fetal e hipertensão induzida pela gravidez.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cesariana, prevalência, indicações.



## ÑEMOMBYKY

**ÑEPYRUMBY:** ko tyeguy ñembovo membyrã oñemoinge pohanohára kuéra membyrãkuaapy apytépe ikatu haġuáicha katupyrype omyatyrõ umi apañuãï oguerukuaáva mano sy térã membýpe. Pe rete ñekytĩ ojepuru meme tasyo kuérape há katu ogueru rãngue ñemyatyrõ, ko'ãga ojehechakuaa apañuãï ome'ẽ rehe pe ñesasõ rekojera, upéicha oñeme'ẽ chupe peteĩ jepuru hekope'ỹ.

**JEHUPYTYRÃ:** Jehekome'ẽ, techaukapy ha pu'akave momarãndu, rete ñekytĩra umi hyeguasúva oñepytyvõ va'ekue tasyo tendagua Coronel Oviédope, ary 2015pe.

**MBA'E PURUPY HA MBA'E JEKUPYTY:** tekombo'epykuaa rupi ojejapo jesareko pyrã mombe'u techapyre hasapáva rupi, hyeguasúva oñepytyvõ va'ekue membyrapekuaapy ýro katu membyrãkuaapýpe tasyo tendagua Coronel Oviedo ary 2015pe.

**JEHECHAPYRÃ:** Tekombo'epykuaa rupive oike 340 hyeguasúva oñepytyvo va'ekue memby rapekuaapy ha membyrãkuaapýpe tasyo tendagua Coronel Oviedo, ko'ã apytégui 21,18% oguereko mba'épa oikóva sýre, avei 12,65% oguerkóma ñembovo membyre, 23,24% oguereko mitã rehehápe, há katu 6,18% oñandúgui jejopy mbarete ha membyrãva jehasa asy, avei 4,41% umi sy oguerkóva mba'asy jopara, 2.65% oguerekógui tuguy jejopy tye guasu aja.

**ÑAMBOPAHAVO:** Pu'akave ñembovo membyrã tasyo tendagua Coronel Oviedo pe ha'e va'ekue 48,82%. Umi tenondegua ñepytyvo kuaapy rupive ojetopa va'ekue ha'e: ñembovo membyrã mboyvegua, jejopy mbarete, membyrãva jehasa asy ha tuguy jejopy rupi tye guasúgui.

**ÑE'ËAPYTERE:** Tyeguy ñembovo membyrã, pu'akave, techaukaha.



**INDICE**

RESUMEN ..... vi

ABSTRACT ..... vii

RESUMO .....viii

ÑEMOMBYKY..... ix

INDICE..... x

Lista de Gráficos ..... xii

1. INTRODUCCIÓN ..... 1

2. ANTECEDENTES ..... 3

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA ..... 5

4. JUSTIFICACIÓN ..... 7

5. OBJETIVOS ..... 8

    5.1 Objetivo general ..... 8

    5.2 Objetivos específicos ..... 8

6. MARCO TEÓRICO ..... 9

7. MARCO METODOLÓGICO ..... 28

    7.1. Tipo de estudio y diseño general..... 28

    7.2. Universo de estudio ..... 28

    7.3. Selección y tamaño de la muestra ..... 28

    7.4. Unidad de análisis ..... 29

    7.5. Criterios de inclusión ..... 29

    7.6. Criterios de exclusión ..... 29

    7.7. Variables de estudio ..... 29

    7.9. Procedimientos para la recolección de la información, instrumentos,  
    métodos de control de calidad de datos..... 32

    7.11. Plan de análisis ..... 33



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

8. RESULTADOS.....	34
9. DISCUSION .....	41
10. CONCLUSIÓN .....	43
11. RECOMENDACIONES .....	44
12. REFRENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	45
13. ANEXOS .....	48



## **Lista de Gráficos y Tablas**

Gráfico N° 1 - Prevalencia de cesárea.....	34
Tabla N° 1 - Distribución de pacientes Cesareadas según características sociodemográficas.....	35
Gráfico N° 2 - Frecuencia de indicaciones generales de cesárea.....	37
Gráfico N° 3- Frecuencia de indicaciones maternas de cesárea .....	38
Gráfico N° 4- Frecuencia de indicaciones fetales de cesárea.....	39
Gráfico N° 5- Frecuencia de indicaciones mixtas de cesárea .....	40



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

### 1. INTRODUCCIÓN

En el año 1985, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso que, del total de los nacimientos, el porcentaje de cesáreas debería corresponder a una cifra entre el 5 y 15%; un porcentaje menor al 5% sugeriría una limitación en la realización de operaciones cesáreas, a la inversa, un porcentaje mayor de cesáreas al señalado no proporcionaría beneficios adicionales<sup>1</sup>.

Los datos del porcentaje de las cesáreas están siendo cada vez más utilizados para el análisis del desempeño hospitalario por ser un indicador multidimensional que aborda aspectos de adecuación de la atención médica, seguridad del paciente (los riesgos maternos y neonatales relacionados con la sub y sobre utilización) y eficiencia en utilización de los recursos<sup>2</sup>.

En la actualidad existen dos preocupaciones al respecto: por un lado los países emergentes buscan implementar acciones que permitan una mayor accesibilidad a este procedimiento obstétrico, en los países más desarrollados o en los sectores de poblaciones con mejores condiciones económicas existe un aumento creciente en el porcentaje de cesáreas que se realizan<sup>1</sup>.

Antes de 1960, la frecuencia de cesárea era inferior al 5%; en la actualidad, la frecuencia oscila entre un 20 a 25% en los servicios públicos de salud y mayor, al 50% en el sistema privado. En Estados Unidos la tasa de cesáreas creció rápidamente en los años 70 a 80 y se estabilizó en alrededor del 21% para 1998. En España, los hospitales públicos exponen el 18%, mientras que en las clínicas privadas el 28%. China reporta una tasa tan alta como el 40% en el 2007. En Cuba, México, Uruguay y Argentina, el promedio fue de más de 23% en el año 2007<sup>3</sup>.

Una aseveración realizada en las últimas décadas, apoyada por obstetras y neonatólogos, vincula la cesárea como un procedimiento destinado de manera directa, a la reducción de la morbilidad y mortalidad perinatal. Por otro lado,



## **UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ**

---

desde el análisis realizado por el Centro Latinoamericano de Atención Perinatólogica (CLAP), en 1980, se demostró que cuando el indicador de cesárea aumentaba, esta se transformaba de solución en problema, al aumentar la morbilidad y mortalidad materna, así como los costos<sup>4</sup>.

Paraguay no ha estado ajeno a este incremento, por lo que el objetivo de este estudio radica en determinar la prevalencia de cesárea en el Hospital Regional de Coronel Oviedo así como hacer un breve análisis descriptivo de sus principales indicaciones.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

### 2. ANTECEDENTES.

En las últimas décadas, las tasas de cesárea han aumentado tanto en países en desarrollo como en los países desarrollados, tal aumento se ha visto reflejado en todo el mundo, como lo demuestra el estudio realizado por Anne Pfuner, en el año 2010 dentro de los hospitales más representativos de EE.UU, en el que determinó que la intervención quirúrgica más frecuente realizada fue la cesárea y se vio un aumento del 41% desde el año 1997 al 2010<sup>5</sup>.

Gladys Patiño, Lima - Perú, realizó el trabajo titulado: “Tasa de incidencia y factores determinantes de la cesárea en los Hospitales de Tumbes 2011” en el que encontró que la frecuencia de cesárea en el hospital de EsSalud fue de 58,76%, y de 49,52% para el hospital del MINSA, así mismo encontró que la edad promedio fue de 26,4 años, mientras que en el hospital de EsSalud fue del 29,4<sup>6</sup>.

En el Hospital de León de España - Zornoza, se determinó que la tasa de cesáreas subió del 19,82% al 22,06% para el año 2012. Las indicaciones por cesárea anterior y presentación pelviana fueron las de mayor porcentaje<sup>7</sup>.

En la encuesta nacional de salud y nutrición (ENSANUT 2012), México ha pasado a ocupar el primer lugar en cesáreas en todo el mundo, siendo el total de nacimientos por ésta vía, 45,2%(20,5 programado y 24,7 por urgencias) en comparación con otros nacimientos por cesárea a nivel mundial como EE.UU 31,1%, Brasil 44%, Italia 36%, Portugal 38,7% y China 40,5%<sup>8</sup>.

Dentro de los principales estudios realizados en Lima-Perú, Gálvez Liñán, en el 2014 evaluó la tasa de incidencia de cesárea en el Hospital San José del Callao durante el período enero - diciembre 2013, el cual fue de 42% respecto al total de nacimientos registrados durante ese año, encontrándose un leve aumento respecto al 40% registrado en el año 2012. De este porcentaje de cesáreas el 18% son cesáreas de emergencia y el 24% son de tipo electivas. Se concluyó



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

demás que las 5 principales indicaciones de cesárea fueron: Desproporción céfalo - pélvica y macrosomía fetal (12%), preeclampsia (9%), sufrimiento fetal agudo y distocia funicular (7%)<sup>9</sup>.

Actualmente en el Paraguay también existe un incremento de la tasa de cesárea, en el 2014, según fuentes proporcionadas por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, el 50% de los partos culminaron por vía vaginal y 50% por parto cesárea, hecho que preocupa a la cartera sanitaria: “Hay zonas que llegan a registrar entre el 60% al 65% de cesáreas, mientras que en Asunción y Central el promedio llega al 75%. Durante el 2015 se registraron más de 116.000 nacimientos a nivel país, de acuerdo a datos proporcionados por el Subsistema de Información de Estadísticas Vitales (SSIEV). El 51,3% de estos partos se realizaron por vía vaginal y el 48,7% por cesárea. La mayor proporción de cesáreas se verifica en Capital y Ñeembucú, con 67,8% y 51,9% respectivamente. En tanto que el menor porcentaje se contabiliza en Alto Paraguay, con el 6%<sup>10</sup>.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

### 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Durante 30 años, los profesionales de la salud de todo el mundo han considerado que la tasa ideal de cesárea debía oscilar entre el 5% y el 15%. Este panel de profesionales, llegó a ésta conclusión a partir de la revisión de los pocos datos existentes en ese momento, procedentes principalmente de países europeos donde, se obtenían resultados maternos y perinatales adecuados<sup>6</sup>.

Para Latinoamérica el reporte publicado en el 2013 por Stanton y colaboradores, señaló que las indicaciones para cesárea en Argentina, Guatemala, Cuba, México, Colombia y Brasil fueron: cesárea anterior, distocia, sufrimiento fetal y presentación de pelvis. En Perú las indicaciones se distribuyeron de la siguiente manera: cesárea anterior 17,2%, distocia 21,5%, sufrimiento fetal 19,6% y presentación de pelvis 11,1%<sup>9</sup>.

En América Latina, en el año 2005, la prevalencia de partos por cesárea fue de 33% siendo más alta en hospitales privados con 51%. En México, durante el 2009, las cesáreas alcanzaron tasas de 41%, en Sudamérica las tasas más altas han sido las registradas en Chile con 40%, incrementándose a 51% en instituciones privadas, mientras que en Brasil, en zonas de mayores ingresos económicos los partos por cesárea alcanzaron una proporción de 77%. El procedimiento médico quirúrgico cesárea al igual que todo procedimiento quirúrgico implica riesgos y complicaciones, en éste caso es el binomio madre - hijo, quienes sufren las complicaciones de la intervención, aumentado así la morbimortalidad materna y perinatal. Por lo citado anteriormente la práctica de la cesárea, debería realizarse únicamente en los casos necesarios, en donde exista alguna indicación médica justificada, de ahí la importancia de que los diagnósticos clínicos referidos como causales para la intervención sean muy bien establecidos, considerando que éstos son susceptibles al análisis crítico del médico tratante, intentando así de cierta manera reducir el porcentaje de intervenciones innecesarias y disminuir los índices de cesárea<sup>11</sup>.



## **UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ**

---

Por la relevancia del marcado incremento de la práctica de la operación cesárea a nivel Nacional, las complicaciones para la salud que trae el abuso de ellas y los altos costos que generan para el estado, surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la prevalencia de cesárea y principales indicaciones en gestantes asistidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo, año 2015?



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

### 4. JUSTIFICACIÓN

La cesárea es un procedimiento médico quirúrgico que ha ido en aumento en los últimos años, en un intento por frenar este problema y conseguir el propósito que plantea, diversos hospitales han ideado estrategias para disminuir sus cesáreas sin aumentar la morbilidad materno - fetal<sup>12</sup>.

Son varios los factores que subyacen al uso excesivo del procedimiento quirúrgico cesárea, por una parte aquellos asociados a las preferencias o prácticas del propio personal de salud, por otra, la comercialización de esta intervención quirúrgica donde las propias mujeres se convierten en demandantes activas de la cesárea, por la ausencia de información en torno a las posibles complicaciones, favorece el que sea vista como una forma de parto sin dolor. El continuo aumento de la utilización de cesárea en el país, la diversidad de complicaciones asociadas a ésta y ciertas características sociodemográficas de las mujeres con mayor riesgo de ser sometidas a esta cirugía, enfatizaron la necesidad de realizar estudios adicionales para revisar los criterios bajo los cuales se llevan a cabo, con el propósito de lograr que toda cesárea efectuada sea justificada médicamente para el bienestar y salud del binomio madre – hijo<sup>6</sup>.

Ya que se cuentan con datos locales proporcionados por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social que denota el incremento de la misma, el presente trabajo pretende contribuir a la descripción de cómo se encuentra el problema planteado en el Hospital Regional de Coronel Oviedo<sup>10</sup>.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

### 5. OBJETIVOS

#### 5.1 Objetivo general:

- Determinar la prevalencia y principales indicaciones de cesáreas de las gestantes asistidas en el Hospital Regional de Coronel Oviedo, año 2015.

#### 5.2 Objetivos específicos:

- Describir la prevalencia de cesárea según características sociodemográficas.
- Discriminar las indicaciones de cesárea por causas maternas y fetales.
- Identificar las indicaciones mixtas de cesáreas.



## 6. MARCO TEÓRICO

### 6.1 Definición

La cesárea es el procedimiento quirúrgico que tiene como fin extraer al feto vivo o muerto a través de la incisión de la pared abdominal y la incisión de pared uterina, después que el embarazo ha llegado a la viabilidad correspondiente, siempre y cuando se dificulte por la vía vaginal<sup>8</sup>.

Etimológicamente deriva del latín SECARE, que significa cortar. En tiempos antiguos, se consideraba una intervención arriesgada porque producía elevadas tasas de morbimortalidad del binomio madre - hijo, mismas que han disminuido con el uso de antibióticos, mejores técnicas quirúrgicas, anestesia - analgesia y creación de bancos de sangre, motivo por la que se ha propiciado su abuso y estadísticamente es considerada la cirugía mayor más practicada en la actualidad<sup>7</sup>.

### 6.2 El advenimiento de la operación cesárea.

El nacimiento es el momento cuando un ser (animal o humano) sale del vientre de su madre, o bien de algún huevo. Sin embargo, aunque en los últimos años el debate político, legal, religioso e incluso ético y filosófico responde a situaciones como la concepción, el nacimiento o los derechos del feto a nacer, el interés del presente artículo no radica en esto, sino más bien en la forma como en las personas este nacimiento llega a darse. El parto es la etapa final del período de gestación del ser humano, que viene acompañado por la salida del neonato del útero materno. Sin embargo, esta salida no necesariamente tiene que darse de una forma natural, o mejor dicho, por vía vaginal, sino que también existe la probabilidad de que cuando esto no sea posible, el feto pueda ser extraído de la madre a partir de un procedimiento quirúrgico mediante una operación abdominal llamada cesárea<sup>13</sup>.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

### 6.3 Estadísticas locales

En Paraguay, más de 116.000 nacimientos al año se registraron durante el 2015 a nivel país, de acuerdo a datos proporcionados por el Subsistema de Información de Estadísticas Vitales (SSIEV). El 51,3% de estos partos se realizaron por vía normal y el 48,7% por cesárea, en éste último, se observa una leve disminución en comparación al 2014 que indicaba un 50 % y 50% para el parto por vía vaginal y el parto por cesárea respectivamente, mientras que en Asunción y Central el promedio llega hasta el 75%. Si bien la cifra de parto normal o vaginal actualmente es superior a la computada por cesárea, todavía preocupa el alto porcentaje de mujeres que optan por una intervención quirúrgica a la hora de dar a luz. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda llevar a cabo una cesárea solo cuando el proceso del parto no puede desarrollarse de manera natural, por algún tipo de complicación o patología que pueda representar un riesgo para la salud de la madre y la de su bebé argumentando que debe ser el último recurso para dar a luz. Pese a esta recomendación, someterse a este tipo de intervención médica es la elección de la mayoría de las embarazadas. La mayor proporción de cesáreas se verifica en Capital y Ñeembucú, con 67,8% y 51,9%, respectivamente. En tanto que el menor porcentaje se contabiliza en Alto Paraguay, con 6%<sup>10</sup>.

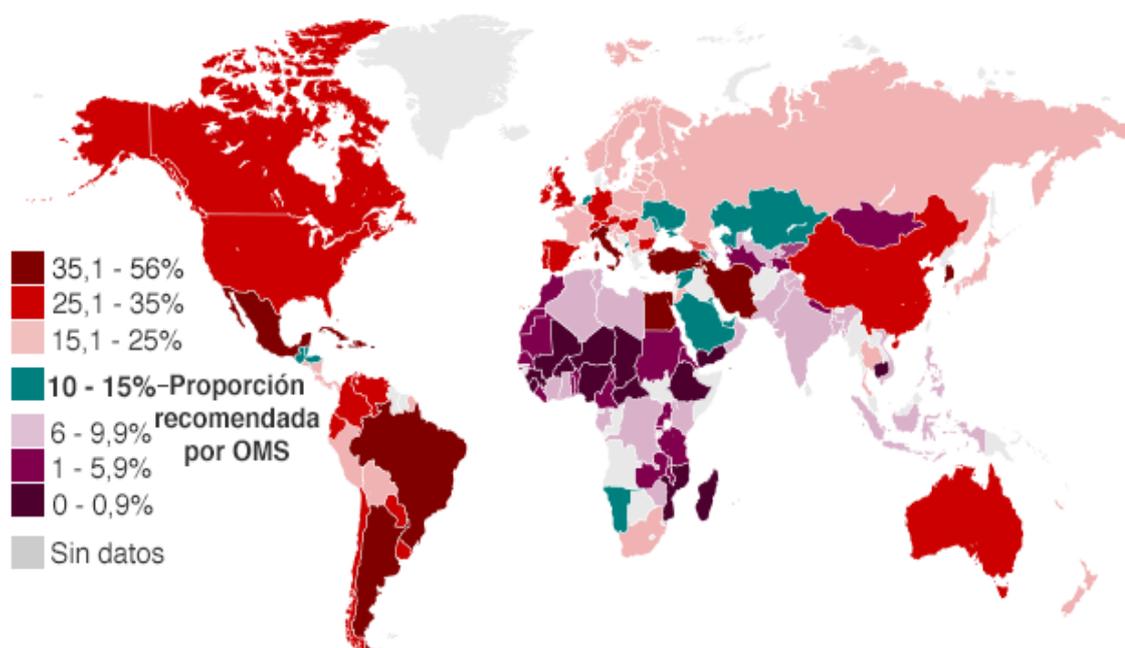
### 6.4 Estadísticas mundiales

Desde el punto de vista médico, cuando la cesárea está justificada es eficaz para prevenir la morbilidad materna y perinatal. Sin embargo, no están demostrados los beneficios del parto por cesárea para las mujeres o los neonatos en quienes este procedimiento resulta innecesario. En los últimos años, tanto los gobiernos como los profesionales de la salud, han expresado su preocupación respecto al incremento en la cantidad de partos por cesárea y las posibles consecuencias negativas para la salud materno - infantil<sup>6</sup>.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

En el estudio de Zizza y colaboradores, en relación a las cesáreas a nivel mundial se utilizaron los datos de 142 naciones y se encontró que el 47,2% de países tiene una prevalencia de cesáreas >15%, el 27,5% entre el 5% y 15% y el 25,3% de países tienen una prevalencia menor al 5%. En el mismo estudio, los países de América Latina y el Caribe tuvieron un promedio de cesáreas de 23,7%, con cifras que van desde un 3% en Haití, hasta un 41,9% en República Dominicana<sup>7</sup>.



**Fuente:** Zizza, et al. *Caesarean section rates. Journal of Preventive Medicine and Hygiene. 2011.*

En el mundo anualmente se realizan aproximadamente 18,5 millones de cesáreas (Gibbons, Belizán, Lauer, Beltrán, Merialdi, & Althabe, 2010). Si bien la prevalencia de cesáreas en ciertos países se encuentra dentro del rango correspondiente recomendado por la OMS o inclusive la prevalencia de los partos por cesáreas es menor al recomendado, 3,2 millones de cesáreas medicamente justificadas no se están realizando anualmente en 54 países del mundo, en los mismos, las tasas de cesárea fueron <10%, de los cuales 68,5% son países de África, 29,6% de Asia y un país de Latino América y el Caribe, lo



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

cual aumenta la morbimortalidad materna e infantil y nos sugiere la posible falta de recursos para la realización del procedimiento; en contra partida el uso indiscriminado de éste procedimiento resulta dañino para el binomio madre-hijo<sup>7</sup>.

### 6.5 Tipos de cesárea

#### 6.5.1. Según antecedentes obstétricos de la paciente:

- **Primera cesárea:** Es el procedimiento médico quirúrgico que se realiza por primera vez.
- **Cesárea Iterativa:** Es la que se practica en una paciente con antecedentes de dos o más cesáreas.
- **Cesárea Previa:** es cuando existe el antecedente de una cesárea anterior<sup>9</sup>.

#### 6.5.2. Según indicaciones:

**Cesárea electiva:** Es la que se realiza en gestantes con patología materna o fetal que contraindique el parto por vía vaginal. Es una intervención programada. De acuerdo con la evidencia médica disponible son indicaciones de cesárea electiva:

- **Presentación de nalgas, transversa u oblicua:** se ofrecerá siempre una versión cefálica externa a las 36 semanas.
- **Macrosomía fetal:** Se estimará la necesidad de practicar una cesárea electiva siempre y cuando el peso del feto estimado sea igual o superior a 5000g. En pacientes diabéticas tipo I cuando el peso fetal estimado sea igual o superior a 4500 g.
- **Placenta previa:** es una complicación del embarazo en la cual la placenta crece en la parte más baja de la matriz (útero) y cubre todo o parte de la abertura hacia el cuello uterino.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

- **Infecciones maternas:** gestantes portadoras de condilomas acuminados que afecten extensivamente el canal blando. Pacientes VIH+, afectas de herpes genital.
- **Cesárea iterativa:**  $\geq 2$  cesáreas anteriores (riesgo de ruptura uterina del 1,4%).
- **Gestantes sometidas a cirugía uterina previa** con apertura de cavidad endometrial (miomectomía)
- **Cesárea previa con incisión uterina corporal vertical** o clásica o histerotomía transversa ampliada en "T": (riesgo de ruptura uterina del 1.6% y 6% respectivamente).
- **Compromiso fetal** que contraindique la inducción-monitorización de la FCF del parto: (malformaciones fetales, alteraciones Doppler, alteraciones del RCTG arritmias fetales...)
- **Patología médica materna** que desaconseje parto vaginal (cardiopatía, riesgo AVC...)
- **En algunos casos de prematuridad, CIR y gestaciones múltiples:** dependerá de las circunstancias individuales de cada caso, y se actuará según los protocolos específicos<sup>14</sup>.

Si la paciente solicita un parto por la vía vaginal en algunas de las situaciones mencionadas (nalgas, macrosomía, cesárea iterativa), a pesar de entender la recomendación de cesárea electiva y los posibles riesgos que contrae, deberá quedar registrado en la historia clínica la solicitud de intento de trabajo de parto, y firmarse el consentimiento informado (denegación de cesárea). Se presentará el caso en Sesión Prospectiva. Las cesáreas electivas deberán programarse a partir de la semana 39 de gestación para disminuir el riesgo de morbilidad fetal<sup>14</sup>.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

**Cesárea en curso de parto o de recurso:** Es el procedimiento que se indica y se realiza durante el curso del parto por distintos problemas, generalmente por distocia e incluye:

- **Fracaso de inducción:** se considerará fracasada una inducción cuando, tras 12 horas de oxitocina endovenosa, no se hayan alcanzado condiciones establecidas de parto (cérvix borrado un 50%, dilatado 2-3 cm, con dinámica uterina activa).
- **Parto estacionado:** se considerará que el parto está estacionado cuando, habiéndose establecido condiciones de trabajo activo de parto, hayan transcurrido más de 3 horas sin progresión de las condiciones obstétricas (dilatación o borramiento). Proceder según lo expuesto en el protocolo “Asistencia a la gestante en Sala de Partos” en caso de observarse falta de progresión del parto, o distocia de dilatación o descenso.
- **Desproporción pélvica - fetal:** se diagnosticará cuando, en situación de dilatación completa, dinámica activa y pujos activos, el punto guía de la presentación no llegue al tercer plano tras un período de tiempo que dependerá de la paridad y la analgesia:
- **Sin analgesia epidural:** 1 hora en multíparas y 2 horas en primíparas
- **Con analgesia epidural:** 2 horas en multíparas y 3 horas en primíparas
- **Cesáreas electivas** que inician trabajo de parto espontáneo: por ejemplo, presentación podálica o cesárea iterativa.
- Igualmente, también son cesáreas de recurso las mal posiciones detectadas durante el trabajo de parto: frente/bregma<sup>14</sup>.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

**Cesárea de urgencia:** Es el procedimiento que se realiza como consecuencia de una patología aguda grave de la madre o del feto, con riesgo vital materno-fetal o del pronóstico neurológico fetal, lo que hace aconsejable la finalización del embarazo rápidamente. Se activará el código de cesárea urgente cuando las indicaciones así lo ameriten, entre las más frecuentes encontramos:

- Sospecha/pérdida de bienestar fetal
- Desprendimiento prematuro de placenta normoinsertada
- Prolapso de cordón
- Ruptura uterina
- Embolia de líquido amniótico<sup>5</sup>.

Al principio la mortalidad asociada al procedimiento quirúrgico fue de casi el 100%. La aparición de la era antibiótica y la evolución constante de las técnicas y materiales quirúrgicos han hecho de este procedimiento obstétrico una de las cirugías más realizadas actualmente. Su utilización ha hecho posible mejorar el pronóstico de patologías que antes eran una causa importante de morbimortalidad materna y perinatal tales como las distocias, las hemorragias del tercer trimestre, el bajo peso al nacer y la preeclampsia, entre otras entidades obstétricas<sup>14</sup>.

El número de cesáreas ha aumentado en los últimos años en los diferentes centros hospitalarios por motivos como la reducción en la paridad (aumento de nulíparas), postergación de la maternidad (aumento de primigestantes añosas), el uso de pruebas de vigilancia del bienestar fetal, alto riesgo médico - legal y factores socioeconómicos y culturales como el estrato y la preferencia social, el tipo de hospital y de aseguramiento. Las cuestiones médico – legales obligan a justificar los riesgos que la ejecución de tal procedimiento obstétrico representa para el binomio madre-hijo. Las indicaciones de la operación cesárea hacen alusión a las circunstancias clínicas en las cuales el pronóstico materno - fetal se optimiza utilizando éste procedimiento quirúrgico, muchas de ellas resultan



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

totalmente evidentes (por ejemplo, feto en situación transversa), pero otras son motivo de mucha controversia (como la de cesárea anterior)<sup>6</sup>.

### 6.5.3. Según técnica quirúrgica:

- **Corporal o clásica:**

La incisión realizada en el cuerpo uterino es vertical. Sus indicaciones más frecuentes son: cáncer cérvico-uterino invasor, embarazo de pretérmino, situación fetal transversa con dorso inferior, histerorrafia corporal previa, procesos adherenciales o varicosos importantes en el segmento inferior, placenta previa en cara anterior, cesárea postmortem, miomatosis uterina de grandes elementos y cuando después de la cesárea se realizará una histerectomía. Sus desventajas son:

- apertura y cierre más difícil
- mayor hemorragia
- adherencias más frecuentes
- histerorrafia menos resistente<sup>15</sup>.

- **Segmento corporal: (beck)**

La incisión es vertical y se realiza sobre el segmento y parte del cuerpo uterino. Sus principales indicaciones son: embarazo de pretérmino, embarazo gemelar, situación fetal transversa con dorso inferior, presentación pélvica, placenta previa en la cara anterior del útero, anillo de retracción e histerorrafias corporales previas. Las desventajas de esta técnica no difieren de la anterior<sup>15</sup>.

- **Segmento arciforme o transversal: (kerr).**

Es la técnica quirúrgica más utilizada por sus múltiples ventajas. Se realiza una incisión transversal en el segmento inferior del cuerpo uterino y tiene la ventaja de producir menos hemorragia, permitir una fácil apertura y cierre de la pared



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

uterina, formación de cicatriz uterina muy resistente con poca probabilidad de dehiscencia y ruptura en los embarazos siguientes, así como pocas adherencias postoperatorias<sup>16</sup>.

### 6.6. Indicaciones de la operación cesárea

Las indicaciones de la operación cesárea se clasifican según si su causa primaria es de origen materno, fetal o mixto, las cuales a su vez, pueden ser consideradas con criterio de absolutas o relativas.

#### 6.6.1. Según criterio considerado:

- **Absolutas:**

Bajo esta denominación se incluye a todas aquellas morbilidades y/o comorbilidades propias al embarazo, parto o asociadas a la gestación que no admiten discusión alguna porque el parto vaginal es simplemente imposible o altamente riesgoso para el binomio madre - hijo<sup>12</sup>.

- **Relativas:**

Incluye aquellas patologías que necesitan ciertas condiciones especiales de atención (infraestructura, recurso humano, apoyo diagnóstico, etc.) que de no contar con los mismos, no se puede garantizar un buen pronóstico de la salud del binomio madre - feto durante la atención del parto vaginal<sup>12</sup>.

#### 6.6.2. Indicaciones según origen de la causa:

**Indicaciones maternas:** comprenden circunstancias específicas que afectan a la madre principalmente y por lo tanto contraindican el parto por la vía vaginal:

- Desproporción céfalo-pélvica.
- Estrechez pélvica.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

- Fibrosis cervical.
- Plastia vaginal o del piso pélvico previas.
- Tumores del útero, cérvix, vagina y vulva.
- Cesáreas previas.
- Cirugía previa del cérvix, vagina y vulva.
- Placenta previa.
- Desprendimiento prematuro de placenta normoincertada.
- Rotura prematura de membrana.
- Período expulsivo prolongado.
- Cérvix inmaduro, que no respondió a esquema de maduración.
- Embarazo prolongado, que no inicia trabajo de parto.
- Dilatación estacionaria.
- Herpes genital activo.
- Condilomatosis florida obstructiva.
- Cardiopatía descompensada.
- Aneurismas o malformación arteriovenosa cerebral<sup>7</sup>.

**Indicaciones fetales:** comprenden un grupo de indicaciones que están relaciones específicamente con el bienestar fetal.

- Macrosomía fetal mayor de 4.500 gr.
- Alteraciones de la situación, presentación o actitud fetal.
- Distocias de posición persistentes: occípito-posterior
- Circular de cordón umbilical.
- Sufrimiento fetal agudo en el primer período del parto.
- Retardo de crecimiento intrauterino (RCIU).
- Cesárea postmortem.
- Oligoamnios.
- Polihidramnios.
- Anhidramnios<sup>7</sup>.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

**Indicaciones mixtas:** incluyen circunstancias que afectan por igual al binomio madre – hijo y por consiguiente contraindica el parto por vía vaginal.

- Preeclampsia.
- Eclampsia.
- Hipertensión arterial inducida por el embarazo.
- Hipertensión arterial crónica.
- Síndrome de Hellp.
- Embarazo múltiple.
- Corioamnionitis.
- Isoinmunización materno-fetal<sup>7</sup>.

### 6.7. Técnica quirúrgica

#### 6.7.1. Medidas pre-operatorias:

La paciente deberá permanecer durante la preparación de la intervención quirúrgica en decúbito supino, con una inclinación lateral de 15°, para reducir la compresión de la vena cava y, de ésta manera, reducir la hipotensión materna<sup>14</sup>.

#### 6.7.2. Apertura de la pared:

- **Media infra umbilical:**

Es la incisión que comprende piel y tejido adiposo hasta la fascia. El límite superior se sitúa a dos traveses de dedo por debajo del ombligo y el límite inferior a dos traveses de dedo sobre la sínfisis púbica.

- **Incisiones transversales:**

Son las que siguen las líneas naturales de tensión de la piel (líneas de Langer) y se cree que brindan un mejor efecto estético por la menor tensión en los bordes



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

cutáneos, proporciona un mejor cierre de la pared abdominal, menor tasa de dolor postoperatorio.

- **Incisión de Pfannenstiel:**

Es la incisión suprapúbica transversa de concavidad superior, dos dedos por encima de la sínfisis púbica, y separación manual de los músculos rectos. Es la incisión de elección por sus excelentes resultados estéticos, menor dolor postoperatorio, y menor tasa de dehiscencias y hernias de pared. La apertura de los diferentes planos de la pared abdominal mediante disección roma se asocia a un menor tiempo operatorio y a una disminución de la morbilidad materna<sup>14</sup>.

### **6.7.3. Extracción del feto y placenta**

- Una vez extraído el feto, debe colocarse con la cabeza en posición declive, sin estimularle para evitar apneas. El cordón debe pinzarse y seccionarse. El recién nacido será trasladado a la cuna térmica.
- A diferencia del parto vaginal, la indicación de la administración de uterotónicos debe hacerse tras la salida de los hombros del feto. Se utiliza oxitocina 10UI en 500ml de suero fisiológico (125ml/h) administrada en una sola inyección intravenosa si es posible antes del alumbramiento placentario para disminuir el riesgo de hemorragia por atonía uterina.
- La extracción espontánea de la placenta es preferible a la extracción manual, ya que produce menor pérdida sanguínea y menor tasa de endometritis postparto.
- Una vez extraída la placenta se deben identificar los ángulos y bordes de la histerotomía para cogerlos con pinzas de anillos<sup>14</sup>.

### **6.7.4. Revisión y limpieza de la cavidad uterina.**

La revisión uterina postparto es la exploración manual de la cavidad uterina que se realiza con el fin de detectar la presencia de restos placentarios, membranas



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

ovulares y soluciones de continuidad en las paredes uterinas, además de conocer la temperatura, el tono y la presencia de malformaciones. Es un procedimiento que se practica en la mayoría de los casos en el post - alumbramiento inmediato<sup>17</sup>.

### **6.7.5. Cierre de la pared abdominal.**

En la cesárea, se utilizan diferentes técnicas y materiales de sutura para el cierre de la vaina del músculo recto del abdomen (material fibroso que encierra los músculos de la pared abdominal). Ninguna investigación ha estudiado si existe alguna técnica para cerrar la vaina del músculo recto del abdomen que sea preferible a las demás. El tejido adiposo subcutáneo (entre la vaina y la piel) puede dejarse cicatrizar sin sutura, o puede cerrarse mediante una variedad de técnicas. El cierre del tejido adiposo subcutáneo puede reducir el riesgo de ciertas complicaciones de la herida (hematomas y seromas) pero se necesitan más investigaciones que estudien en qué medida estos resultados afectan el bienestar y la recuperación de las mujeres involucradas<sup>17</sup>.

### **6.8. Complicaciones**

Durante muchos siglos la operación cesárea ha implicado una alta tasa de mortalidad materna y fetal. En el transcurso del tiempo la anestesia, los cuidados de asepsia y antisepsia durante el acto quirúrgico, utilización de los antibióticos, ha contribuido a la disminución de las mismas. Sin embargo hay que tener en cuenta las posibles complicaciones que se nos pueden presentar y poner en riesgo a la gestante durante el acto obstétrico<sup>5</sup>.

#### **6.8.1. Complicaciones anestésicas:**

Las complicaciones que se encuentran relacionadas con la anestesia han disminuido por la tendencia actual al mayor uso de analgesia regional que de anestesia general. En la actualidad, la técnica principal para el alivio del dolor en



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

el trabajo de parto, la que resulta más eficaz e inocua, es la anestesia epidural, existiendo con ella complicaciones maternas y fetales mínimas. Cuando se emplea la analgesia subdural o bloqueo raquídeo los efectos secundarios son más frecuentes, entre ellos aumenta la incidencia de hipotensión, de cefaleas postpunción:

- **Hipotensión:** es una complicación frecuente de la anestesia epidural y del bloqueo raquídeo, debida a la vasodilatación producida por el bloqueo simpático y a la obstrucción del retorno venoso por compresión de la vena cava y grandes venas adyacentes.
- **Cefalea tras punción dural:** se trata de la complicación que ocurre al puncionar la duramadre en el curso de una anestesia intradural o epidural. La pérdida de líquido cefalorraquídeo produce vasodilatación intracerebral, que a su vez produce cefalea, en ocasiones se acompaña de síntomas audiovisuales y vegetativos<sup>5</sup>.

### 6.8.2. Complicaciones quirúrgicas:

- El porcentaje de que se produzcan este tipo de complicaciones oscila entre el 1% y 2 %. Son más frecuentes en las cesáreas urgentes, y el riesgo aumenta con la presencia de 1 o más cesáreas previas:
- **Complicaciones hemorrágicas intraoperatorias:** Se deben a procedimientos quirúrgicos (desgarro de la histerotomía, lesión vascular).
- **Lesiones de tracto urinario:** la lesión vesical (0,3%) es más frecuente en cesáreas repetidas y durante una cesárea-histerectomía. Las lesiones ureterales son menos frecuentes (0,09%) y se suelen producir al reparar la prolongación de la histerotomía.
- **Lesiones intestinales:** suelen asociarse a la existencia de laparotomía previa. Las lesiones que se producen a nivel del intestino delgado son más fáciles de reparar que de aquellas que se producen a nivel del colon.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

- **Lesiones nerviosas:** lesiones de nervios o compresión de los mismos por el instrumental son poco frecuentes durante la cesárea<sup>8</sup>.

### 6.8.3. Complicaciones hemorrágicas postparto:

Además de los factores de riesgo que el procedimiento obstétrico implica el mismo procedimiento en sí supone una mayor pérdida hemática que un parto vía vaginal. Se la puede definir como la pérdida sanguínea superior a 500 cc. Después de la expulsión de la placenta que amenaza con ocasionar una inestabilidad hemodinámica en la parturienta, complica el 5-15% de todos los partos y es la causa aislada más importante de mortalidad materna. Por su tiempo de aparición tenemos:

- **HPP precoz:** es la que aparece en las primeras 24 horas postparto. Son las más agudas y graves.
- **HPP tardía:** aparece posterior a las primeras 24 horas postparto<sup>18</sup>.

Los factores de riesgo se encuentran en 1/3 de las HPP por lo que es importante identificarlos y tenerlos en cuenta durante el momento del trabajo de parto para su manejo correspondiente. Responden a la regla nemotécnica de “las 4 Ts”:

**I. TONO.** La atonía uterina es la causa más frecuente de HPP, está implicada en más de la mitad de los casos y es responsable del 4% de las muertes maternas y aparece ante:

- Útero sobre distendido (polihidramnios, gestación múltiple, macrosomía).
- Cansancio del músculo uterino (parto rápido o prolongado, alta paridad).
- Infección intraamniótica (rotura prematura de membranas prolongada).
- Alteración anatómica o funcional del útero (miomas, placenta previa).

### II. TEJIDO

- Retención de restos placentarios.
- Retención de coágulos (útero atónico)



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

### III. TRAUMA.

- Desgarro en canal blando del parto (parto precipitado, parto operatorio).
- Desgarro en cesárea (mal posición fetal, gran encajamiento).
- Rotura uterina (cirugía previa).
- Inversión uterina (gran paridad, placenta fúndica).

### IV. TROMBINA. Alteraciones de la coagulación:

- Previas a la gestación: Hemofilia A, enfermedad de Von Willebrand.
- Adquiridas durante la gestación: plaquetopenia, púrpura trombocitopénica idiopática, coagulación intravascular diseminada (la favorecen la aparición de preeclampsia, la muerte intraútero, infecciones severas, el desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta, la embolia de líquido amniótico) <sup>18</sup>.

### 6.8.4. Complicaciones tromboembólicas durante el embarazo – puerperio.

La enfermedad tromboembólica venosa (ETE) incluye la trombosis venosa profunda (TVP) y el tromboembolismo pulmonar (TEP). Son poco frecuente, entorno al 0,52%, pero continúan siendo desde hace años la causa directa más frecuente de mortalidad materna en muchos países, debida probablemente a fallos en la identificación de los factores de riesgo trombótico, en establecer una profilaxis adecuada y un tratamiento correcto ante la sospecha clínica de ETE.

- **Trombosis venosa profunda (TVP)**

Es la complicación tromboembólica más frecuente, típicamente las pacientes presentan en la extremidad afectada dolor, sensibilidad, edema, cordón venoso palpable, cambios en la coloración y en el diámetro, signo de Homans (dolor en la pantorrilla con la dorsiflexión plantar pasiva del pie). Puede haber febrícula y leucocitosis.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

- **Tromboembolismo pulmonar (TEP)**

El signo más común es la taquicardia y los síntomas más comunes son la disnea y la ansiedad. Otra sintomatología incluye: taquipnea, dolor pleurítico, fiebre, roce pleural, sudoración, cianosis, hemoptisis<sup>19</sup>.

### 6.8.5. Complicaciones infecciosas:

Son las complicaciones más frecuentemente observadas (90% de todas las complicaciones asociadas a las cesáreas), y la principal causa de morbilidad materna asociada a una cesárea. Entre ellas la más frecuente es la endometritis, seguida de las infecciones urinarias y la infección de la herida quirúrgica. Otras más graves pero afortunadamente menos frecuentes son bacteriemias, sepsis, peritonitis, abscesos pélvicos, fascitis necrotizante, tromboflebitis séptica, peritonitis por vérmix caseoso. La fuente principal de microorganismos que ocasionan las infecciones postcesárea es el tracto genital, sobre todo si no hay integridad de membranas. Los microorganismos más frecuentemente aislados son E.Coli, Estreptococo del grupo B, Enterococo Faecalis, Estafilococo Aureus (relacionado con la infección de la herida quirúrgica), Gardnerella vaginalis, Mycoplasma y anaerobios:

- **Endometritis:** Es la complicación infecciosa más frecuente tras la cesárea. Su frecuencia oscila entre el 15% y el 20% si no se usa profilaxis antibiótica; en presencia de ésta, la frecuencia se reduce a un 5%. Tiene origen polimicrobiano procedente de la flora de la vagina o el cérvix. Los microorganismos más frecuentemente aislados son: Estreptococo del grupo B, Estreptococos anaerobios, Escherichia Coli y especies de Bacteroides.
- **Tromboflebitis pélvica séptica:** es una complicación puerperal rara pero grave, apareciendo más frecuentemente tras una endometritis postcesárea (1-2%), los agentes microbianos implicados son los mismos que encontramos en las endometritis.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

- **Infecciones del tracto urinario:** su frecuencia oscila alrededor del 2% al 16%. Factores de riesgo: Se relaciona con la cateterización uretral y el sondaje vesical continuo durante la cesárea y las primeras horas del postoperatorio. También guarda relación con los cambios fisiológicos que se producen durante la gestación (hidronefrosis fisiológica con aumento de orina en la pelvis renal) que normalmente desaparecen a las 2 semanas del parto.
- **Infección de la herida quirúrgica:** tiene una frecuencia del 6% de todos los partos acabados por cesárea. La frecuencia se reduce a un 2% si aplicamos profilaxis antibiótica perioperatoria<sup>19</sup>.

**ETIOLOGÍA:** La infección de la pared abdominal tiene su origen en la contaminación de la flora cutánea o en la diseminación de gérmenes contenidos en la cavidad amniótica en el momento de la cesárea. Los microorganismos más frecuentemente aislados son *Estafilococo Aureus* y *Estreptococo* de grupo A; menos frecuentes son los bacilos anaerobios que pueden causar celulitis de pared (la mionecrosis por *Clostridium* es una grave complicación que compromete la vida de la paciente por hemólisis, fallo renal y paro cardíaco)<sup>20</sup>.

### 6.9 Mortalidad materna post-cesárea.

Luego del procedimiento obstétrico realizado es complicado evaluar y llegar a la conclusión de que si la muerte materna tras la operación cesárea se debe a la intervención misma o a la causa que motivó la misma, sobre todo si la causa fue una enfermedad materna que impedía el parto vía vaginal (diabetes mellitus complicada, preeclampsia, alteración cardíaca o renal). En la actualidad, gracias a los avances en las técnicas anestésicas, a la disponibilidad de una profilaxis antibiótica eficaz y a las técnicas para reposición de la volemia, las complicaciones que conllevaban con mayor frecuencia a la mortalidad materna (complicaciones anestésicas, infecciones y hemorrágicas) son mucho menos frecuentes, aun así no escapa de ser un procedimiento con riesgos, tanto que



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

la mortalidad materna es mayor en el parto por cesárea que en el parto vía vaginal, incluso de 5 a 7 veces superior<sup>21</sup>.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

### 7. MARCO METODOLÓGICO

#### 7.1. Tipo de estudio y diseño general:

Se realizó un estudio observacional, descriptivo de corte transversal.

#### 7.2. Universo de estudio:

Pacientes gestantes que culminaron su embarazo en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo, año 2015.

#### 7.3. Selección y tamaño de la muestra

La muestra fue recogida por muestreo probabilístico aleatorio simple, se procedió a la toma de manera aleatoria de las historias clínicas de todas las puérperas que culminaron su gestación en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo durante el año 2015.

Para el cálculo del tamaño de la muestra, se utilizó el software informático Epidat 4.1, teniendo en cuenta los siguientes parámetros:

- Población: 2250
- Proporción esperada: 15%
- Precisión: 5%,
- Amplitud del intervalo de confianza: 95%
- **n: 181**

El tamaño de la muestra mínima requerida fue de 181.

El tamaño poblacional corresponde al total de gestantes que terminaron su embarazo en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo, año 2015.

Para la proporción esperada fue utilizado el valor propuesto por la OMS.

Se incluyeron 340 gestantes que culminaron su embarazo en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo, año 2015.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

### 7.4. Unidad de análisis:

Todas las gestantes cesareadas que acudieron al Hospital Regional Dr. José Ángel Samudio de Coronel Oviedo, durante el período enero – diciembre 2015.

### 7.5. Criterios de inclusión:

- Se incluyeron todas las historias clínicas de las gestantes que dieron a luz en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo, período enero – diciembre 2015.

### 7.6. Criterios de exclusión:

- De la misma manera se excluyeron:
  - Las historias clínicas de las gestantes que no culminaron su gestación en el Hospital Regional de Coronel Oviedo.
  - Historias clínicas cuyos registros médicos cumplieron con los criterios de inclusión pero que sus datos no estuvieron completos para la realización de la investigación.
  - Historias Clínicas de madres con embarazos  $\leq 20$  semanas (aborto).

### 7.7. Variables de estudio:

- Edad materna
- Estado civil
- Nivel educativo
- Tipo de trabajo
- Procedencia
- Gestación
- Última gestación
- Indicaciones de cesárea
- Indicaciones maternas



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

- Indicaciones fetales
- Indicaciones mixtas

### 7.8. Operacionalización de las variables:

<b>Variables</b>	<b>Tipo</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Operacionalización</b>
<b>Edad Gestacional</b>	Cuantitativa continua	Duración del embarazo calculado desde el 1er día de la última menstruación normal hasta el nacimiento.	Semanas de gestación al momento del estudio.
<b>Edad materna</b>	Cuantitativa continua	Edad reproductiva de los 15 a los 44 años.	Números de años del paciente al momento del estudio.
<b>Operación cesárea</b>	Cualitativa nominal	Procedimiento quirúrgico con finalidad de extraer al feto vivo o muerto a través de laparotomía o incisión de pared uterina, después que el embarazo ha llegado a la viabilidad fetal.	1.Electiva 2.Recurso 3-Urgente



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

<b>Indicación de cesárea</b>	Cualitativa nominal	Motivo válido por el cual se lleva a cabo la operación cesárea.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Desproporción céfalo-pélvica</li><li>• Tumores del útero, cérvix, vagina y vulva</li><li>• Cesáreas previas</li><li>• Cirugía previa del cérvix, vagina y vulva</li><li>• Placenta previa</li><li>• Desprendimiento prematuro de placenta normoincertada</li><li>• Rotura prematura de membrana</li><li>• Período expulsivo prolongado</li><li>• Patologías maternas</li><li>• Macrosomía fetal</li><li>• Alteraciones de la situación, presentación o actitud fetal</li><li>• Circular de cordón umbilical</li><li>• Sufrimiento fetal</li><li>• RCIU</li><li>• Cesárea posmortem.</li><li>• Oligoamnios.</li><li>• Polihidramnios.</li><li>• Anhidramnios.</li><li>• Pre eclampsia</li><li>• Eclampsia</li><li>• HTA inducida por el embarazo</li><li>• HTA crónica</li><li>• Síndrome de Hellp</li><li>• Embarazo múltiple</li><li>• Corioamnionitis</li><li>• Isoinmunización materno-fetal</li></ul>
------------------------------	---------------------	---	---



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

<b>Nivel académico</b>	Cualitativa ordinal	Nivel que se alcanza al superar determinado grado de estudio.	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Primaria</li><li>2. Secundaria</li><li>3. Universitaria.</li></ol>
<b>Procedencia</b>	Cualitativa nominal	Área geográfica donde habita una persona.	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Urbana</li><li>2. Rural</li></ol>
<b>Estado Civil</b>	Cualitativa nominal	Situación jurídica de un individuo.	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Soltera</li><li>2. Casada</li><li>3. Unión libre</li></ol>
<b>Tipo de trabajo</b>	Cualitativa nominal	Actividad socioeconómica medida del esfuerzo hecho.	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Profesional</li><li>2. No profesional</li><li>3. Estudiante</li><li>4. No trabaja</li></ol>

### **7.9. Procedimientos para la recolección de la información, instrumentos, métodos de control de calidad de datos.**

Los datos fueron obtenidos de las historias clínicas de las gestantes que acudieron al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo, mediante una guía para el registro de datos, elaborado para ese fin y posteriormente se procedió al llenado de la planilla electrónica para su análisis.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

### **7.10. Procedimientos para garantizar aspectos éticos de la investigación, consentimiento informado y confidencialidad.**

Los datos recolectados fueron manejados con total discreción y confidencialidad cuidando la identidad de las pacientes, respetando los principios de ética que rigen en el Hospital Regional de Coronel Oviedo.

### **7.11. Plan de análisis:**

Los datos recolectados fueron digitalizados en una planilla de Excel, para su posterior análisis en el que fue utilizado el software informático Epidat 4.1. Se utilizó Estadística descriptiva para las variables de interés. Los estadísticos utilizados fueron la proporción y medidas de tendencia central (media).

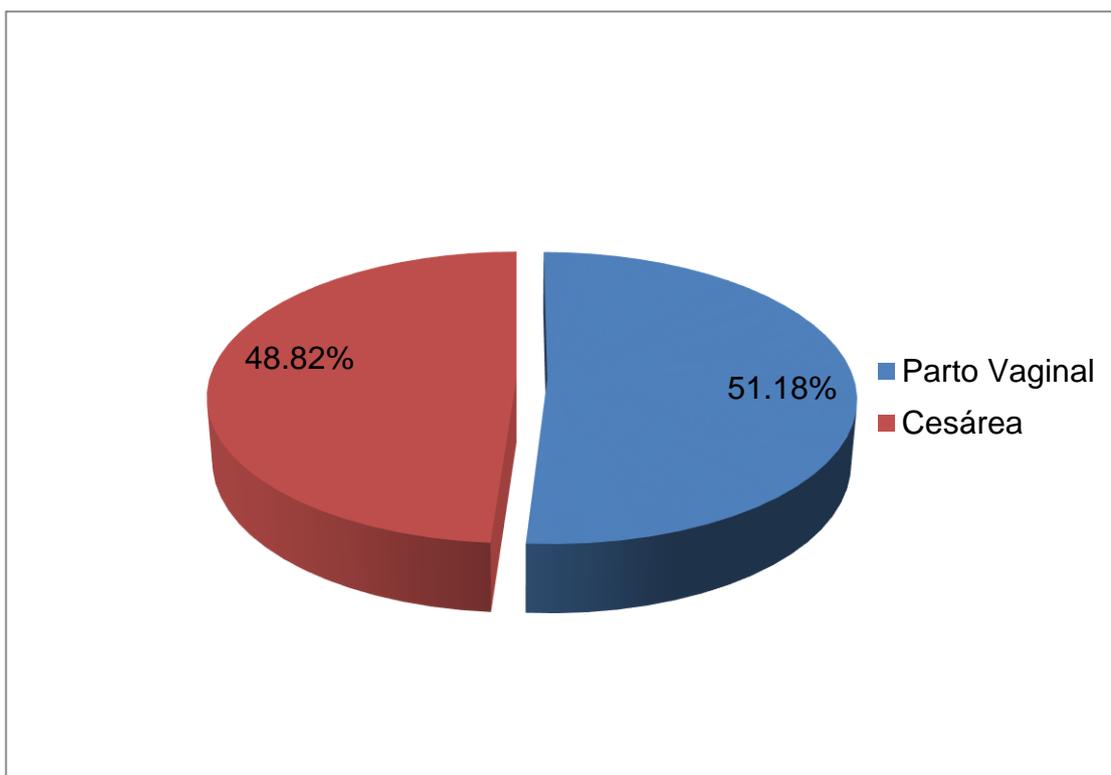


## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

### 8. RESULTADOS

Se analizó una muestra con 340 gestantes asistidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo, de las cuales 51,18% (174) de las gestantes, correspondieron a los nacimientos que culminaron por parto vaginal y 48.82% (166) a los que culminaron por parto cesárea, determinándose de esta manera la prevalencia de la misma.

**Gráfico N° 1 - Prevalencia de cesárea. (n=340)**



Fuente: Historias clínicas de pacientes que culminaron su embarazo en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo - Año 2015.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Tabla 1 – Distribución de pacientes cesareadas según características sociodemográficas.

<b>Edad materna</b>		
Menor a 18 años	19	5,59%
18 a 35 años	127	37,35%
Mayor a 35 años	20	5,88%
<b>Estado civil</b>		
Soltera	50	14,71%
Casada	42	12,35%
Unión libre	74	21,76%
<b>Nivel Académico</b>		
Primaria	71	20,88%
Secundaria	80	23,53%
Universitaria	15	4,41%
<b>Procedencia</b>		
Rural	96	28,24%
Urbana	70	20,59%
<b>Tipo de trabajo</b>		
Profesional	9	2,65%
No profesional	84	24,71%
Estudiante	9	2,65%
No trabaja	64	18,82%

Fuente: Historias clínicas de pacientes que culminaron su embarazo en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo - Año 2015.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

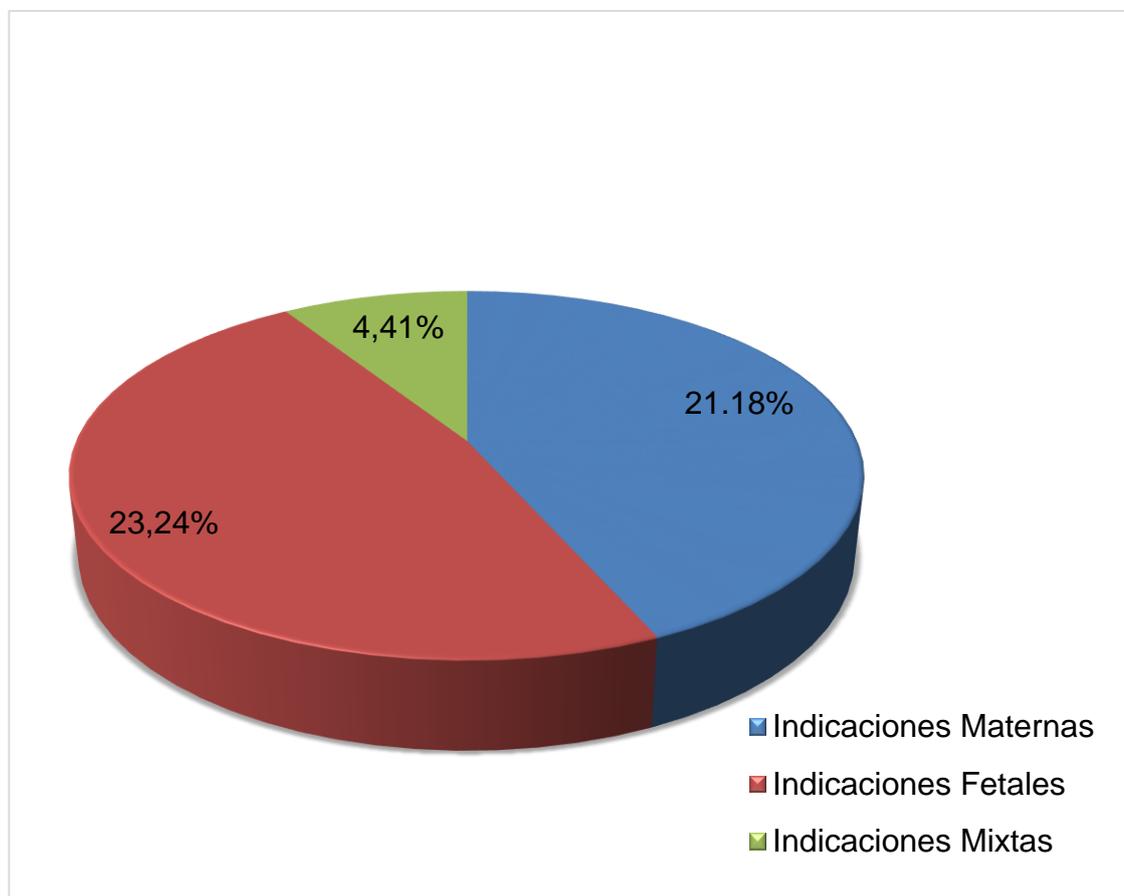
---

- Se encontró que el 37,34%(127) de las gestantes cesareadas tenían entre 18-35 años de edad, 5,59% (19) eran menores de edad y 5,88% (20) eran madres añosas.
- El 21,76%(74) de las gestantes cesareadas vivían en unión libre, 14,71%(50) eran madres solteras y 12,35%(42) estaban casadas.
- El 20,88%(71) de las gestantes que se sometieron a la operación cesárea habían culminado la primaria, 23,53%(80) la secundaria y apenas el 4,41%(15) habían culminado la universidad.
- El 28,24%(96) de las gestantes cesareadas provenían del área rural y 20,59%(70) del área urbana.
- De las madres que se sometieron a la operación cesárea 24,71%(84) tenían trabajo de tipo no profesional, 2,65%(9) contaban con trabajo profesional, 18,82%(64) no trabajaban y 2,65%(9) eran estudiantes.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico N° 2 - Frecuencia de indicaciones generales de cesárea. (n=166).



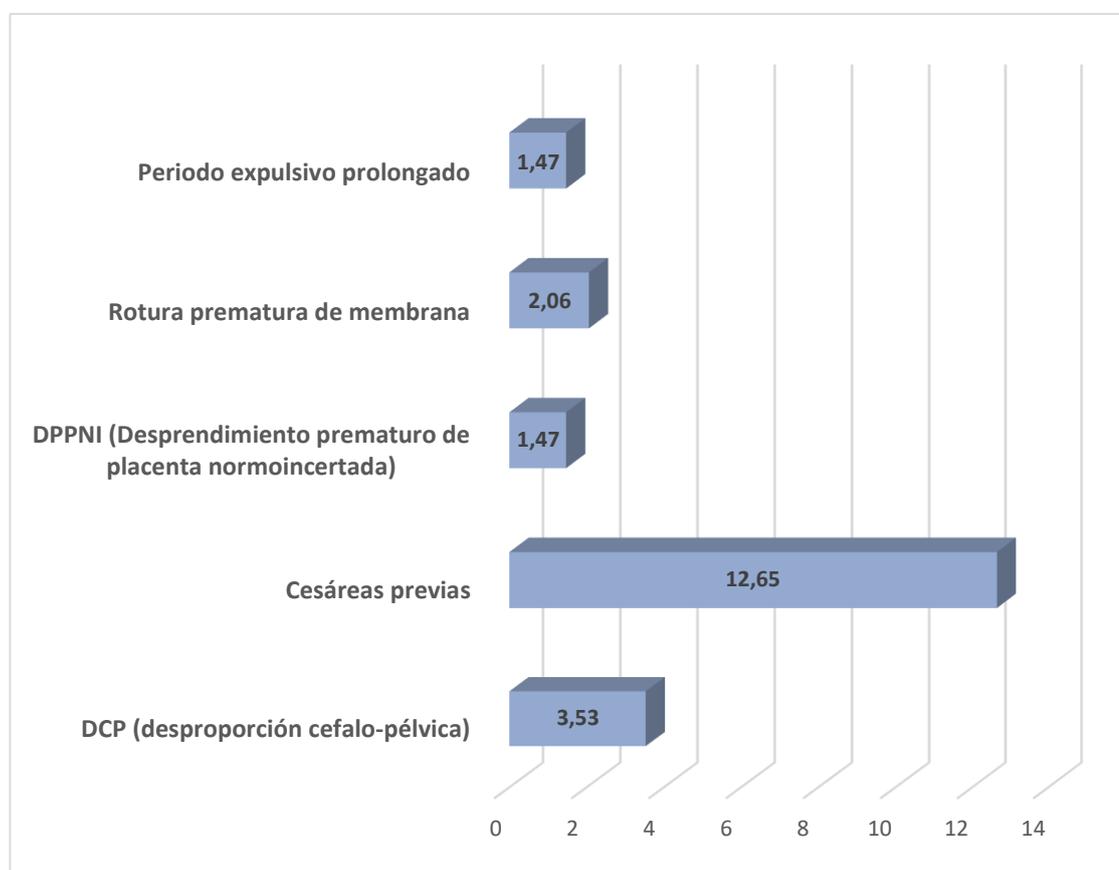
Fuente: Historias clínicas de pacientes que culminaron su embarazo en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo - Año 2015.

En relación a las indicaciones de cesárea, se encontró que 21,18%(72) tuvieron como indicación causas maternas, 23,24%(79) causas fetales y 4,41%(15) tuvieron como indicación causas mixtas.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico N° 3- Frecuencia de indicaciones maternas de cesárea. (n=72).



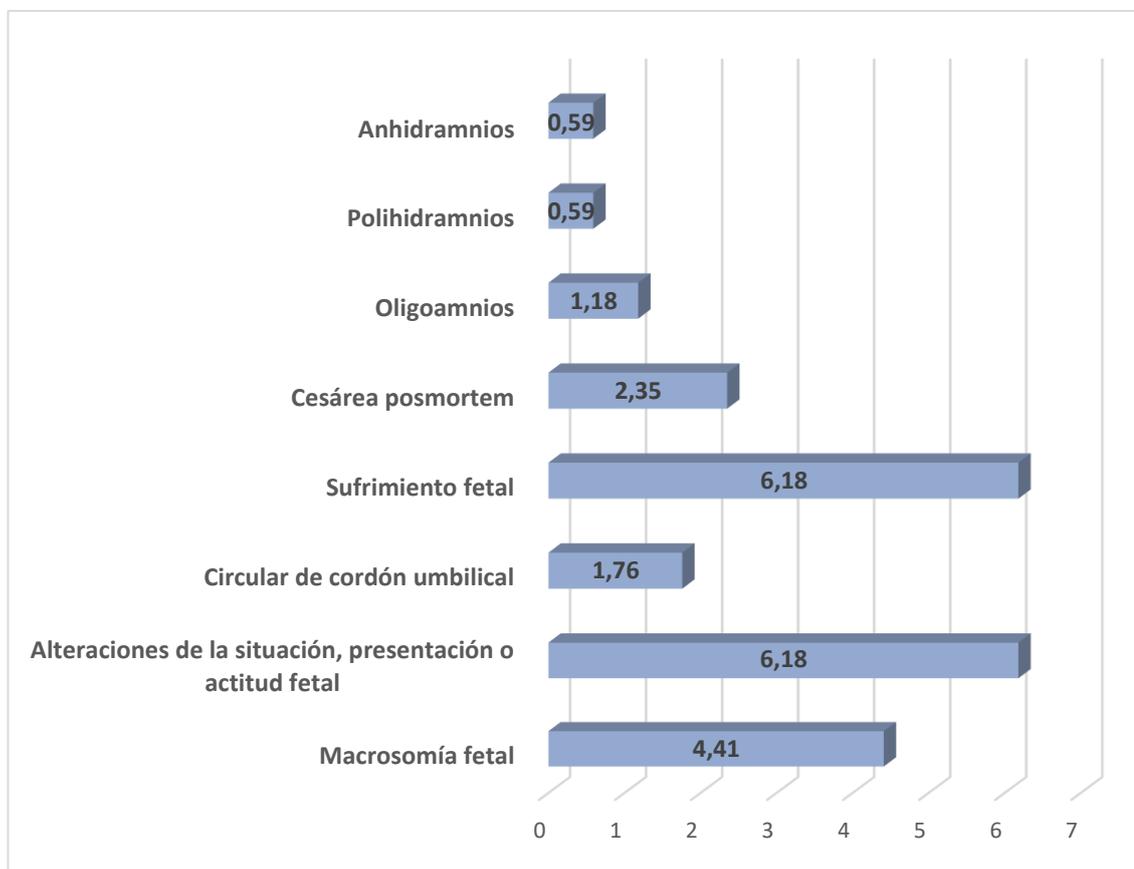
Fuente: Historias clínicas de pacientes que culminaron su embarazo en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo - Año 2015.

Del 21,18%(72) de las madres que contaban con indicación materna para la realización de la operación cesárea, 3,53%(12) correspondieron a la DCP (desproporción céfalo-pélvica), 12,65%(43) a la cesárea anterior, 1,47%(5) al DPPNI (desprendimiento prematuro de placenta normoincertada), 2,06%(7) a la rotura prematura de membrana y 1,47%(5) correspondió al período expulsivo prolongado.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico N° 4- Frecuencia de indicaciones fetales de cesárea. (n=79).



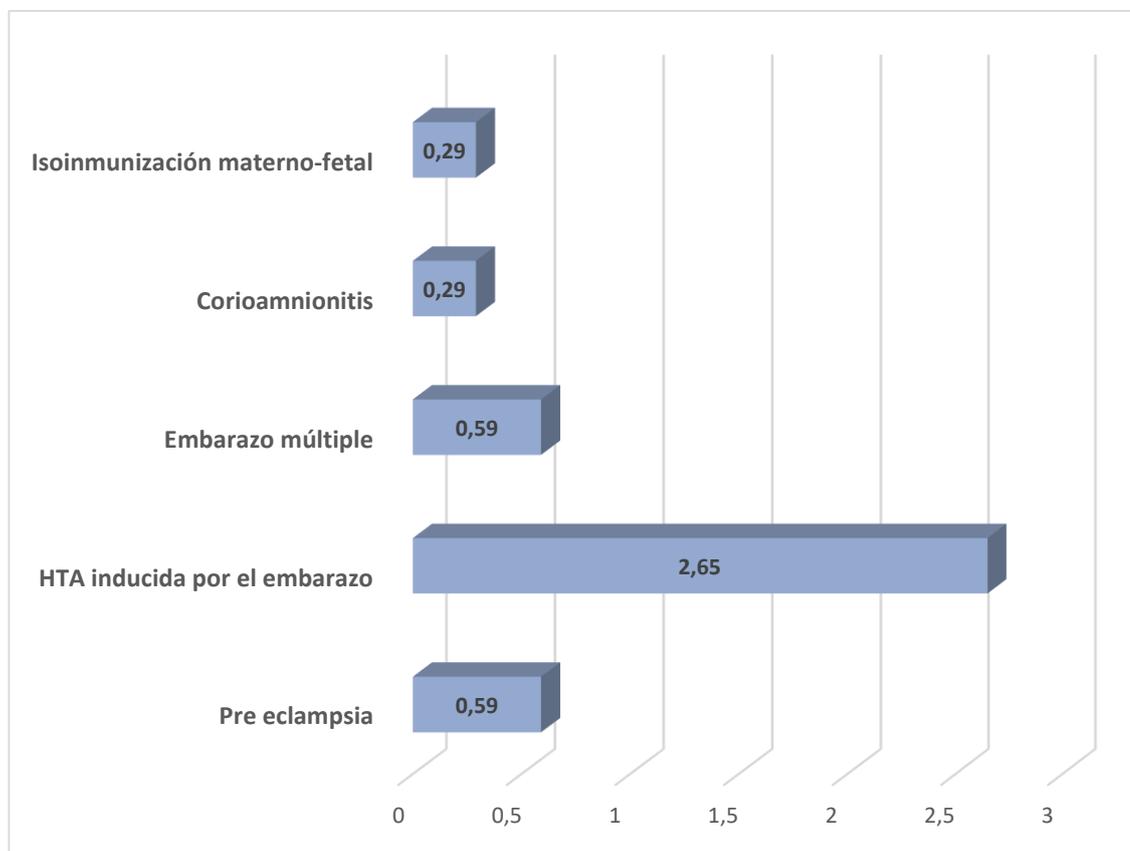
Fuente: Historias clínicas de pacientes que culminaron su embarazo en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo - Año 2015.

Del 23,24%(79) de las madres que tuvieron como indicación de cesárea causas fetales, 4,41%(15) correspondieron a macrosomía fetal, 6,18%(21) a alteraciones de la situación, 1,76%(6) al circular de cordón, 6,18%(21) a sufrimiento fetal agudo, 2,35%(8) a cesárea postmortem, 1,18%(4) a oligoamnios, y 0,59%(2) a polihidramnios, y anhidramnios respectivamente.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

Gráfico N° 5- Frecuencia de indicaciones mixtas de cesárea. (n=15).



Fuente: Historias clínicas de pacientes que culminaron su embarazo en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo - Año 2015.

De las 4,41%(15) madres que tuvieron como indicación de cesárea causas mixtas: 0,59%(2) correspondieron a preeclampsia, 2,65%(9) a la hipertensión arterial inducida por el embarazo, 0,59%(2) al embarazo múltiple, 0,29%(1) a corioamnionitis y a la isoimmunización materno - fetal respectivamente.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

### 9. DISCUSION

En el presente estudio se analizó una muestra con 340 historias clínicas de gestantes que fueron asistidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Dr. José Ángel Samudio de la ciudad de Coronel Oviedo, durante el período comprendido entre enero a diciembre del 2015, de las cuales 166 historias clínicas correspondieron a madres que culminaron su embarazo mediante la operación cesárea.

El principal hallazgo fue que la prevalencia de cesáreas corresponde al 48.82%, indicando un aumento en comparación a lo que los profesionales de la Organización Mundial de la Salud, desde el año 1985, han considerado y declarado como la tasa óptima de cesárea, una cifra que oscile entre el 5% y el 15% a nivel mundial y que no existe justificación alguna para que las tasas de cesáreas sean mayores.

Nuestro hallazgo fue similar a datos previos proporcionados a nivel local por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, en el que hallaron una prevalencia del 48,7% de cesárea en el 2015.

A nivel mundial se encontró similitudes con el trabajo realizado por Anne Pfuner, en el año 2010 dentro de los hospitales más representativos de EE.UU. en el que determinó que la intervención quirúrgica más frecuente realizada fue la cesárea con el 41%, al año siguiente Gladys Patiño, Lima – Perú, determinó que la frecuencia de cesárea en el hospital de EsSalud fue de 58,76%, y de 49,52 % en el hospital del MINSA, en México el total de nacimientos por ésta vía fue del 45,2%, Brasil 44%, y China 40,5%.

En cuanto a la tendencia de los datos sociodemográficos de las gestantes cesareadas, con el 37,35% predominan mujeres jóvenes dentro del rango de edad entre 18 a 35 años, 21,76% vivían en unión libre, 23,53% corresponden al nivel educativo secundario, 28,24% provienen del área rural y 24,71% cuentan con trabajo de tipo no profesional, resultados poco similares a los hallados en un



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

estudio realizado en el Hospital Carlos Andrade Marín (H.C.A.M.) en el año 2013 en San Francisco de Quito – Ecuador en el que se halló que el 79,19% eran mujeres jóvenes entre 18 - 35 años de edad, el 54,9% de las madres eran casadas y el 57,1% tenían un trabajo no profesional.

Referente a la prevalencia de indicaciones tanto maternas, fetales y mixtas al momento del estudio, se observó mayor cantidad de indicaciones fetales de la operación cesárea con el 23,24%, en segundo lugar se encuentra las indicaciones maternas con el 21,18% y por último las indicaciones mixtas con el 4,41%.

Las principales indicaciones de cesárea en el Hospital Regional de Coronel Oviedo, periodo 2015 fueron: cesárea anterior 12,65%, alteración de la situación y sufrimiento fetal ambos con 6,18% y la hipertensión inducida por el embarazo con el 2,65%.

Las principales causas maternas de cesárea fueron: cesárea previa 12,65% y desproporción céfalo-pélvica materna con el 3,53%.

Las principales causas fetales de cesárea fueron: alteración de la situación y sufrimiento fetal agudo, ambos con el 6,18%, macrosomía fetal con 4,41% y cesárea postmortem con el 2,35%.

La principal causa mixta de cesárea fue la hipertensión inducida por el embarazo con el 2,65%.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

### 10. CONCLUSIÓN

- La prevalencia del procedimiento médico quirúrgico cesárea en el Hospital Regional Dr. José Ángel Samudio de la ciudad de Coronel Oviedo, Paraguay fue alta.
- Se encontró una mayor prevalencia de la operación cesárea en mujeres jóvenes.
- Las principales indicaciones de cesárea encontradas en el estudio fueron: cesárea anterior, desproporción céfalo – pélvica, alteración de la situación, sufrimiento fetal, macrosomía fetal y la hipertensión inducida por el embarazo.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

### 11. RECOMENDACIONES

- Concienciar a las embarazadas sobre la importancia de los controles prenatales exhaustivos, para tomar decisiones de manera electiva y con esto disminuir la alta prevalencia de cesáreas innecesarias.
- Conocer y considerar la alta prevalencia de la problemática actual en salud pública.
- Informar a las embarazadas sobre los beneficios del parto vaginal, las indicaciones de cesárea, sus desventajas y sus probables complicaciones.
- Valorar una segunda opinión antes de la toma de decisión o la realización de alguna intervención médico quirúrgico.
- Impulsar la constante actualización de conocimientos de los profesionales de salud involucrados.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

### 12. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ruiz J, Espino S, Vallejos A, Durán L. Cesarea: tendencias y resultados. Perinatología y Reproduccion Humana. 2013 Agosto; 28(1): p. 33 - 40.
2. Morera M. Variabilidad en la tasa de cesáreas entre hospitales publicos de Costa Rica. Rev Chil Obst Ginecol. 2013; 78(2): p. 119 - 125.
3. Díaz Díaz G, Salas Villaurrutia Y, García Fundora O, Pérez Martínez L, Pérez Buchillón R, Benítez Arias N. Comportamiento de algunas variables relacionadas con la cesarea primitiva. Mediciego. 2015; 21(1).
4. Piloto M, Nápoles D. Consideraciones sobre el indice de cesárea primitiva. Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia. 2014; 40(1): p. 35 - 47.
5. Fiestas Walter J. Prevalencia de parto por cesarea en el centro Médico Naval "CMST". Universidad Ricardo Palma - Facultad de Medicina Humana. 2014- 2015 julio-julio.
6. Dávila Ayvar H. Prevalencia y principales indicaciones de cesárea en el Hospital Vitarte. Universidad Ricardo Palma - Facultad de Medicina Humana. 2014 enero-diciembre.
7. Dávila Valdivieso G. Prevalencia y causas de cesárea en pacientes del servicio de Ginecología y Obstetricia del H.C.A.M. Universidad San Francisco de Quito. 2014 Abril.
8. Arias Rosano C, Salinas González. MA. Operación cesárea y sus indicaciones en el Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Mexicano del seguro social nº 221. Universidad Autonoma del Estado de México - Facultad de Medicina. 2013 Enero-diciembre.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

9. Álvarez Santa Cruz C. Principales indicaciones de cesarea en el Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión del Callao". Universidad Ricardo Palma, Facultad de Medicina Humana. 2014-2015 Julio.
10. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Más del 48% de los partos se realiza por la vías de la cesárea. [Online].; 2015 [cited 2016. Available from: <http://www.mspbs.gov.py/parto-por-cesarea-sigue-siendo-elevado-pese-a-registrar-leve-disminucion/>.
11. Gabbe J, Simpson J, Rodríguez Álvarez M. Obstetricia- embarazo- complicaciones Madrid: Marbán; 2004.
12. Carpio Baron W. Operacion cesarea: incidencia e indicaciones en el Hospital Naylamp de EsSalud-Chiclayo, durante el periodo enero-diciembre 2012. Repositorio académico USMP. 2012. Enero- diciembre..
13. Vázquez Parra J. Abuso de la operacion césarea y el principio de la beneficencia. Revista latinoamericana de bioética. 2015 diciembre; 16(1): p. 60-71.
14. Servei de Medicina Materno-fetal.Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatologia (ICGON), Hospital Clínic de Barcelona, Servei d' Anestesiologia. Protocolo de Cesárea. Hospital universitario de Barcelona. ;(1 -9).
15. Rubio J, Müller E. Operación Cesárea. [Online]. [cited 2016. Available from: <http://www.bdigital.unal.edu.co/2795/19/9789584476180.16.pdf>.
16. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud, Dirección General de Salud Reproductiva. Cesárea Segura. Lineamiento técnico. 2002.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

17. Maroto M. Cesárea y ligadura tubárica. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Virgen de las nieves Granada. 2012;; p. 10-15.
18. Minkoff H, al. e. Riesgos y beneficios de realizar una cesárea programada. Intramed. 2003.
19. Gádor M. Complicaciones de la Cesárea. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Virgen de las nieves Granada. 2009;; p. 3-4.
20. Cardoso M, Pinto Neto A. Postdischarge surveillance following cesarean section: The incidence of surgical site infection and associated factors. Am J Infection Control. 2010; 38(6): p. 467-72.
21. Lidiane A, Lydia V, Barbosa M, Régia C, Gomes D, Fabiole L, et al. Infección de herida operatoria tras cesárea en un hospital público de Fortaleza. EG. 2013; 29: p. 105-115.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ



## 13. ANEXOS



### **Prevalencia de cesárea y principales indicaciones en gestantes asistidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo, año 2015.**

#### **GUIA PARA REGISTRO DE DATOS DE HISTORIA CLINICA DE PACIENTES**

La siguiente guía de registro fue utilizada para la recolección de los datos de las historias clínicas de las pacientes, del departamento de archivos del Hospital Regional de Coronel Oviedo, cuenta con dos secciones que describen características sociodemográficas y características gineco - obstétricas, se procedió al llenado con la ayuda de una alumna de la Facultad de Ciencias Médicas previamente entrenada para el fin.

#### **A-CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS**

A1- EXPEDIENTE N°:

A2-Edad materna

1. < 18 años
2. 18-35 años
3. >35años

A3-Estado civil

1. Soltera
2. Casada
3. Unión libre

A4- Nivel educativo

1. Primaria



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

2. Secundaria
3. Universitaria

### A5- Tipo de trabajo

1. Profesional
2. No profesional
3. Estudiante
4. No trabaja

### A6- Procedencia

1. Rural
2. Urbana

## **B-CARACTERISTICAS GINECO-OBSTETRICAS**

### B1- Gestación

1. Primigesta
2.  $\geq 2$

### B2-Ultima gestación:

1. Parto vaginal
2. Cesárea.

### B3- Indicaciones de cesárea

#### **B3.1 Maternas:**

1. DCP(desproporcion cefalopélvica )
2. Tumores del útero, cérvix, vagina y vulva.
3. Cesáreas previas.
4. Cirugía previa del cérvix, vagina y vulva.



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

5. Placenta previa.
6. DPPNI (Desprendimiento prematuro de placenta normoincertada )
7. Rotura prematura de membrana.
8. Periodo expulsivo prolongado.
9. Patologías maternas (condilomatosis-HPV-HIV-DG-cardiopatías-nefropatías).
10. Ninguna.

### B3.2- Fetales:

1. Macrosomía fetal.
2. Alteraciones de la situación, presentación o actitud fetal.
3. Circular de cordón umbilical.
4. Sufrimiento fetal.
5. RCIU.
6. Cesárea posmortem.
7. Oligoamnios.
8. Polihidramnios.
9. Anhidramnios.
10. Ninguna.

### B3.3- Mixtas:

1. Pre eclampsia
2. Eclampsia
3. HTA inducida por el embarazo
4. HTA crónica
5. Síndrome de Hellp
6. Embarazo múltiple
7. Corioamnionitis
8. Isoinmunización materno fetal
9. Ninguna



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ

---

Coronel Oviedo, 15 de Septiembre del 2016

**Dr. Denis Figueredo**

**Director del Hospital Regional de Coronel Oviedo**

*PRESENTE*

Me dirijo a Ud. y por su digno intermedio a quien corresponda, para hacerle llegar mis cordiales saludos y poner a consideración suya lo siguiente:

Siendo yo alumna de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional del Caaguazú, me encuentro bajo la exigencia de presentación de una tesis para la obtención del título otorgado por esta casa de estudios. Teniendo en cuenta la envergadura del Centro Asistencial bajo su dirección, tanto por la afluencia de pacientes, la infraestructura y los servicios de los cuales dispone, además de ser un centro de referencia por su Ubicación Geográfica, considero que el Hospital Regional de Coronel Oviedo es el lugar propicio para llevar a cabo cualquier estudio de gran importancia, por lo que sería un gran honor para mí poder realizar el trabajo de Tesis en este Centro. Visto lo expuesto anteriormente, y mencionando el Título de la investigación: Prevalencia de cesárea y principales indicaciones en gestantes asistidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo, año 2015; solicito se me conceda permiso para acceder a los registros clínicos de las pacientes que hayan sido internadas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia, en el periodo de Enero a Diciembre de 2015.

Aguardando una respuesta favorable, me despido atentamente.

Univ. Ada Luz Viana Coronel