

UCUENCA

Universidad de Cuenca

Facultad de Ciencias Médicas

Carrera de Medicina

Prevalencia y factores asociados a cesáreas en las pacientes del hospital José Félix Valdivieso, Santa Isabel. año 2022.

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Médico


Autores:

Cinthia Paola Duy Sotamba

Darwin Patricio Ordoñez Ordoñez

Director:

Julio César Cárdenas Mateus

ORCID: 0009-0005-5734-3535

Cuenca, Ecuador

2025-03-10

Resumen

Antecedentes: La cesárea es un procedimiento quirúrgico que permite reducir la morbilidad y mortalidad de la gestante y del feto en circunstancias específicas. Se ha demostrado que la prevalencia de cesáreas es mucho mayor, es un procedimiento que tiene riesgos y complicaciones que pueden poner en peligro la vida del binomio madre-hijo por lo que el incremento de su prevalencia causa preocupación. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de cesáreas y sus factores asociados en el Hospital José Félix Valdivieso en el periodo del año 2022. **Metodología:** estudio, analítico, transversal. Se revisó una base de datos del HJFV de 81 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión. Los resultados se presentaron en tablas por medio de frecuencias y porcentajes. Para el tipo de asociación se obtuvo odds ratio con intervalo de confianza al 95%, para el nivel de significancia se obtuvo el valor $p < 0.05$. **Resultados:** se determinó que la prevalencia de cesáreas fue 31,88% siendo la cesárea de emergencia la más frecuente con 70,37%, la causa más común de cesárea fue desproporción cefalopélvica con 44,4% el grupo de edad más frecuente fue de 25-29 años con 27,16%, asimismo, residencia urbana con 59,26%, estado civil unión libre con 60,49%, se encontró asociación más no significancia estadística con talla menor a 146 cm y sobrepeso/obesidad. **Conclusión:** la prevalencia de cesáreas fue de 31,88%, se encontró asociación mas no significancia estadística con talla menor a 146 cm y sobrepeso/ obesidad.

Palabras clave del autor: cesárea, emergencia, distocias



El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Cuenca ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por la propiedad intelectual y los derechos de autor.

Repositorio Institucional: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/>

Abstract

Background: Cesarean section is a surgical procedure that helps to reduce the morbidity and mortality of the pregnant woman and fetus under specific circumstances. It has been shown that the prevalence of cesarean sections is much higher, and although it is a procedure with risks and complications that can endanger the lives of both mother and child, the increase in its prevalence is concerning. **Objective:** To determine the prevalence of cesarean sections and their associated factors at the José Félix Valdivieso Hospital in 2022. **Methodology:** An analytical, cross-sectional study was carried out. A database from JFVH was reviewed, comprising 81 patients who met the inclusion criteria. The results were presented in tables using frequencies and percentages. To determine the type of association, the odds ratio with its 95% confidence interval was calculated, and to obtain the level of significance, a p-value of < 0.05 was used. **Results:** The prevalence of cesarean sections was determined to be 31.88%, with emergency cesarean sections being the most frequent at 70.37%. The most common cause of cesarean section was cephalopelvic disproportion at 44.4%. The most frequent age group was 25-29 years, accounting for 27.16%, with 59.26% residing in urban areas and 60.49% being in common-law unions. An association, though not statistically significant, was found with a height below 146 cm and overweight/obesity. **Conclusions:** The prevalence of cesarean sections was at 31.88%. An association was found but not statistical significance with a height less than 146 cm and overweight/ obesity.

Author Keywords: cesarean section, emergency, dystocias



The content of this work corresponds to the right of expression of the authors and does not compromise the institutional thinking of the University of Cuenca, nor does it release its responsibility before third parties. The authors assume responsibility for the intellectual property and copyrights.

Institutional Repository: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/>

Índice de contenido

Capítulo I	10
Introducción.....	10
Planteamiento del problema.....	10
Justificación.....	11
Capítulo II	13
Fundamento teórico	13
1. Estado del arte	13
1.1 Definición.....	14
1.2 Historia	14
1.3 Epidemiología.....	14
1.4 Tipos de cesáreas	15
1.5 Indicaciones	16
1.6 Factores de riesgo asociados	16
Hipótesis.....	18
Capítulo III	20
3. Objetivo general	20
3.1 Objetivos específicos	20
Capítulo IV	21
4. Metodología.....	21
4.1 Diseño del estudio.....	21
4.2 Área de estudio	21
4.3 Universo	21
4.4 Muestra	21
4.5 Criterios de inclusión y exclusión	21
4.6 Variables de estudio.....	21
4.7 Método	22
4.8 Técnica.....	22

UCUENCA	5
4.9 Instrumentos	22
4.10 Tabulación y análisis.....	22
4.11 Consideraciones bioéticas	22
Capítulo V	24
Resultados	24
Capítulo VI	29
Discusión.....	29
Capítulo VII	31
7. Conclusiones y recomendaciones.....	31
7.1 Conclusiones.....	31
7.2 Recomendaciones.....	31
Referencias	32
Anexos	37
Anexo A. Operacionalización de las variables.....	37
Anexo B. Formulario de recolección de datos	40

Índice de tablas

Tabla 1. Prevalencia de cesáreas en 254 personas que fueron atendidas en el hospital José Félix Valdivieso. Santa Isabel, 2022.	24
Tabla 2. Factores asociados a la realización de cesárea en 81 pacientes que fueron atendidas en el hospital José Félix Valdivieso. Santa Isabel, 2022.	24
Tabla 3. Características sociodemográficas de 81 pacientes que fueron sometidas a cesárea en el hospital José Félix Valdivieso. Santa Isabel, 2022.	25
Tabla 4. Estado nutricional de 81 pacientes que fueron sometidas a cesárea en el hospital José Félix Valdivieso. Santa Isabel, 2022.	26
Tabla 5. Número de cesáreas y tipo de cesárea en 81 pacientes que fueron atendidas en el hospital José Félix Valdivieso. Santa Isabel, 2022.	27
Tabla 6. Causa de cesáreas en 81 pacientes que fueron atendidas en el hospital José Félix Valdivieso. Santa Isabel, 2022.	28

Dedicatoria

Este trabajo de titulación lo dedico a mi familia, que con su amor, sacrificio y apoyo incondicional me han enseñado el valor del esfuerzo y la perseverancia. Han sido mi ejemplo de inspiración para poder continuar con este sueño, que, sin su apoyo, no sería una realidad. Gracias por ser mi inspiración y mi mayor motivo de orgullo.

A todos mis amigos, por acompañarme en este largo camino, por las risas compartidas, los abrazos sinceros, los consejos, el ánimo constante. Gracias por hacer de este proceso algo inolvidable, asimismo, por ser un soporte en cada paso de esta aventura académica.

Darwin Patricio Ordoñez Ordoñez.

Dedicatoria

Dedicado a mi familia, cuyo apoyo constante e incondicional ha sido el pilar sobre el que he construido mis sueños. A todas las personas que inspiran mi vida con su fe y fortaleza, gracias por recordarme que los grandes logros se alcanzan con esfuerzo y determinación.

Cinthia Paola Duy Sotamba.

Agradecimiento

A nuestro tutor, Dr. Julio Cárdenas expresamos nuestro más sincero agradecimiento por su invaluable guía, paciencia y dedicación en este largo proceso. Su experiencia y orientación fueron fundamentales para el desarrollo de este trabajo.

Agradecemos al Hospital José Félix Valdivieso por su valiosa colaboración al facilitarnos el acceso a los recursos necesarios para llevar a cabo esta investigación.

Gracias.

Capítulo I

Introducción

La cesárea ha trascendido en el tiempo, siendo uno de los procedimientos que más impacto ha tenido a nivel mundial, sin embargo, aunque este procedimiento es necesario en ciertas circunstancias, ha tenido un aumento desproporcionado en varios países, generando preocupación debido a los posibles riesgos y complicaciones que puede generar en la madre, como en el recién nacido.

La cesárea es un procedimiento quirúrgico por medio del cual se extrae el feto, la placenta y las membranas mediante la realización de una incisión en la pared abdominal y uterina. Esta intervención se realiza cuando el parto eutócico no es posible, cuando se presenten complicaciones o cuando el parto se considere riesgoso, tanto para la madre como para el feto, la misma que puede ser previamente programada o ser realizada por situaciones de emergencia.

En las últimas décadas, la prevalencia de cesáreas ha experimentado un incremento significativo a nivel mundial. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la tasa ideal de cesáreas debería oscilar entre el 10 % y el 15 % de todos los partos (1). No obstante, en países desarrollados, como subdesarrollados esta tasa excede el límite recomendado, según los últimos datos encontrados, se estima que, en América Latina, para el año 2015, la tasa de cesáreas fue del 38.9% (1) y a nivel del Ecuador, según el Ministerio de Salud Pública, la tasa de cesáreas en el año 2015 fue del 48.97% (2) datos que se consideran elevados, en comparación con los rangos establecidos.

Esta situación plantea interrogantes sobre la necesidad de este procedimiento y los factores que contribuyen a este incremento desmedido, por tal motivo, comprender los factores asociados a las cesáreas y su prevalencia es muy importante para abordar esta problemática y así mejorar la atención obstétrica.

Planteamiento del problema

Según la Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Buenos Aires, se considera al parto vaginal como: “Nacimiento de un feto viable a través de la vagina” (3). En este sentido, la cesárea corresponde a la expulsión del feto y la placenta por medio de un corte en la piel y el útero de la madre, pudiendo ser la incisión tanto vertical como transversal dependiendo de la situación. Por consiguiente, es un tipo de procedimiento quirúrgico necesario cuando el parto eutócico representa un riesgo significativo para la vida de la madre como del niño. Este

procedimiento requiere de indicaciones médicas para su realización. Sin embargo, el alto índice de prevalencia de cesáreas a nivel mundial plantea dudas acerca de la seguridad, los costos y riesgos asociados que conlleva esta intervención.

Varios estudios recientes han demostrado que la prevalencia de cesáreas cercanas al 10 % disminuye la tasa de mortalidad materna-neonatal. De esa forma, si la prevalencia sobrepasa el 10 %, se ha demostrado que no disminuye las tasas de mortalidad, es por eso que es importante analizar cada caso, de tal forma que se pueda realizar correctamente una cesárea cuando la paciente lo amerite evitando posibles complicaciones propias de la cesárea (3).

La prevalencia de las cesáreas en todo el mundo ha aumentado de manera exponencial en los últimos años alterando la percepción sobre los riesgos significativos que puede tener, asociado a una mayor morbilidad materna con las cesáreas, siendo aproximadamente tres veces mayor comparadas con el parto vaginal.

Al haber una alta prevalencia de cesáreas en estudios similares realizados en el país y al contar con escasos estudios realizados en el hospital José Félix Valdivieso, nos incentiva a conocer la realidad local, por lo que se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuál es la prevalencia y factores asociados a cesáreas en pacientes con labor de parto que acuden al hospital José Félix Valdivieso en el año 2022?

Justificación

Con base a los problemas mencionados, se debería considerar de vital importancia estudiar los factores asociados y la prevalencia de cesáreas, de tal forma que nos permita evaluar y determinar la situación epidemiológica que pueda afectar a la población en estudio con respecto a la asignación y optimización de recursos, la accesibilidad de las pacientes a la intervención quirúrgica y los datos de morbilidad y mortalidad materna.

Este trabajo tiene como fin ampliar el conocimiento y la situación del área de ginecología y obstetricia del Hospital José Félix Valdivieso, considerando que no existen estudios disponibles con respecto a cesáreas en los últimos años. A partir de este estudio se podrán realizar estudios comparativos, facilitar el manejo, comprobar tratamientos y comparar resultados generando ampliaciones que servirán para un mejor entendimiento de los problemas que acontecen en el Hospital José Félix Valdivieso.

El estudio se encuentra en la línea número 5 dentro de las prioridades de investigación en salud 2013-2017 del MSP, relacionadas con las áreas de investigación maternas (4). En lo que respecta a la facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, este estudio se

enmarca en la línea de investigación sobre morbilidad y mortalidad en ginecología y obstetricia. Los resultados de la investigación serán publicados en el repositorio de la Universidad de Cuenca y serán puestos en manos del director del Hospital José Félix Valdivieso y el departamento de Ginecología y Obstetricia, quienes determinarán el uso que se crea conveniente.

Capítulo II

Fundamento teórico

1. Estado del arte

En 1985, la Organización Mundial de la Salud (OMS), mediante expertos de todo el mundo estableció que la tasa ideal de cesáreas debe situarse entre el 10 y 15% del total de nacimientos, datos que hoy en día aún se mantienen recomendados. En 2014, la OMS realizó una revisión sistemática de los estudios disponibles en donde concluyó que las cesáreas salvan vidas solo cuando son médicamente necesarias, las tasas superiores al 10% no reducen la mortalidad materno-neonatal y sobre todo se deberá priorizar la necesidad sobre intentar fijar una tasa de cesáreas. (1)

Meliha Salahuddin y col. realizaron un estudio en 2018, donde se analizaron 114535 partos llevados a cabo en Texas durante el 2015, donde se identificaron partos nulíparos, a término, de feto único, y de vértice en mujeres de entre 15 a 49 años de edad el mismo que demostró una tasa del 27,2 % de cesáreas, considerando factores de riesgo previos a la gestación, tales como enfermedades crónicas, toxicomanías, sobrepeso u obesidad, cuyos resultados demostraron que el factor más prevalente fue el sobrepeso/obesidad, por las mismas razones se concluyó que las probabilidades de terminar los partos en cesáreas aumentaban significativamente al aumentar el número de factores de riesgo (5).

En Ecuador, según datos del Ministerio de Salud Pública, en el año 2015 la prevalencia de cesáreas osciló alrededor del 48,97 % (2). Según estudio de Gómez E. y col. En octubre y diciembre de 2018, en el Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca, se analizó la prevalencia de cesáreas en 1025 partos, de los cuales 403 fueron cesárea encontrándose una tasa alta de 39.31 % (6). Otro estudio de Castro A y col. Cuenca-2019, realizado en el Hospital Vicente Corral Moscoso demostró que el 10,2 % de cesáreas correspondieron a procedimientos de emergencia. Por otro lado, en un estudio similar realizado por Vega B y col. en el Hospital Vicente Corral Moscoso en el año 2014 encontró una prevalencia del 37.1% de cesáreas (7)(8). Por otro lado, el estudio realizado por Pinguil L y col. en mujeres adolescentes del Hospital José Carrasco Arteaga durante los años 2010 a 2019, se encontró como causa principal de cesárea la desproporción céfalo pélvica con un 27,8 % de los casos (9). En un estudio realizado por Rosales R y cols. en Machala por la Universidad Técnica de Machala demostró que las causas más frecuentes fueron: cicatriz uterina previa con 28,7 %, luego se encontró la desproporción cefalopélvica con 23,1 %, y se demostró que la mayor parte de pacientes con cesáreas tuvieron un rango de edad de 25 a 29 años con un porcentaje del 38 % seguida del rango entre 30 y 34 años con 21.3%. (10)

En un estudio realizado por Seminario A. y col. en el Hospital José Félix Valdivieso se demostró que el grupo de edad prevalente fue de 20 y 29 años de edad, las cuales fueron sometidas a cesáreas en un 49,2 %. Gran parte de la población estudiada tuvo un estado civil de unión de hecho. Además, se demostró que al 81,6% de las gestantes se les realizó una cesárea programada principalmente por desproporción cefalopélvica en un 37,5 % y cicatriz uterina previa en un 21,7 %, entre las causas fetales sobresale la distocia de presentación (12,5 %)(11).

1.1 Definición

La cesárea es una intervención quirúrgica destinada a la extracción del neonato, junto con las membranas fetales y la placenta, realizada mediante una incisión en la pared abdominal y el útero. Este procedimiento se indica generalmente cuando el parto vaginal presenta riesgos que pueden comprometer la salud materno-fetal. (13)(14)

1.2 Historia

Es relevante destacar que la cesárea tiene una larga historia, con orígenes que se remontan aproximadamente a la Edad Media. Varios autores señalan que proviene del latín "caedere", que significa "cortar o seccionar" (12). En 1926, la incisión uterina baja transversal de Munro Kerr, se estableció como el método estándar, mejorando los resultados intraoperatorios y postoperatorios. Desde 1970, nuevas técnicas han refinado el procedimiento, haciéndolo más seguro. Hoy en día, la cesárea es una de las cirugías más frecuentes en el mundo, con tasas que varían según el país y el contexto socioeconómico (12) (15).

1.3 Epidemiología

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que las cesáreas deben realizarse únicamente cuando exista una indicación médica, sugiriendo que la tasa óptima debe situarse entre el 10 % y el 15 % de los partos. En Ecuador, la frecuencia de cesáreas ha aumentado notablemente en las últimas décadas. Un estudio que analizó datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT/ENDEMAIN) mostró que la tasa de cesáreas subió del 22 % en 1989 al 41 % en 2012. Otro estudio más reciente, que cubrió el período de 2015 a 2022, informó que el 41,3 % de los partos en Ecuador fueron por cesárea (16)(17). A nivel de América Latina y el Caribe, de acuerdo con cifras recientes, el 42,8% de los partos en esta región se llevan a cabo mediante este procedimiento (18).

1.4 Tipos de cesáreas

Los tipos de cesáreas pueden clasificarse principalmente en función del momento en que se realizan y la técnica quirúrgica empleada. Según el Instituto Nacional Materno Perinatal (2023) encontramos:

1.4.1 Cesárea electiva: Se planifica antes del inicio del trabajo de parto, generalmente por indicaciones médicas o decisiones de planificación. Se realiza por diversas razones, siendo frecuente en pacientes con antecedentes de cesáreas previas, quienes optan por repetir el procedimiento debido a los riesgos asociados al parto vaginal posterior a una cesárea. También es común cuando la madre lo solicita por preferencia personal o cuando existen condiciones médicas que aumentan el riesgo del parto vaginal, inclinándolo hacia la cesárea (19).

1.4.2 Cesárea de urgencia/emergencia: Se efectúa cuando surgen complicaciones durante el trabajo de parto que comprometen la salud materna o fetal. Puede ser necesaria en situaciones como prolapso del cordón umbilical, sufrimiento fetal, complicaciones placentarias o problemas maternos como hipertensión o hemorragias graves. Es crucial evaluar los riesgos y beneficios antes de proceder, contando con un equipo médico capacitado. Un manejo oportuno de estas cesáreas es clave para reducir la morbilidad y mortalidad materna y neonatal (12)(20).

1.4.3 Cesárea intraparto o inducción fallida del trabajo de parto: Puede ser programada o no, y se lleva a cabo después del inicio del trabajo de parto, pero antes de que se presenten complicaciones mayores.

La inducción fallida del trabajo de parto se refiere a la incapacidad del proceso de inducción con agentes uterotónicos para lograr un progreso adecuado. Esto puede deberse a factores como insuficiente maduración cervical, contracciones ineficaces en fuerza o frecuencia, o complicaciones maternas, fetales o combinadas. La decisión de proceder con una cesárea se toma para garantizar el bienestar materno y fetal, previniendo el sufrimiento fetal o signos de infección (21).

Cada caso debe ser evaluado de manera individual, dado que la morbilidad y mortalidad feto-materna representan uno de los mayores desafíos en salud. Por ello, la cesárea puede ser indicada durante el transcurso del parto, tras valorar cuidadosamente los riesgos y beneficios de continuar con la inducción o proceder con la intervención quirúrgica (21).

En cuanto a las técnicas quirúrgicas, las más frecuentes incluyen:

- **Incisión transversal baja (Pfannenstiel):** Es la técnica más común debido a su menor riesgo de complicaciones y una recuperación postoperatoria más favorable.
- **Incisión clásica:** Consiste en una incisión vertical en el útero, utilizada en casos específicos, como placenta previa, partos muy prematuros o cuando el feto se encuentra en posición anormal (22).
- **Incisión vertical baja:** Menos frecuente, se emplea en situaciones donde la anatomía materna o las condiciones clínicas lo justifiquen (23).
- **Incisión Misgav-Ladach (Joel-Cohen modificada):** Esta técnica implica una incisión transversal más alta que la Pfannenstiel y se asocia con menos pérdida de sangre y menor tiempo de operación.

1.5 Indicaciones

Se refiere a aquellas condiciones clínicas que, bajo evaluación médica, requieren la realización de una intervención quirúrgica por cesárea para garantizar la seguridad materno-fetal.

1.5.1 Parto previo por cesárea: es una de las causas más comunes por la que se realiza una cesárea, ya que presenta un mayor riesgo de sufrir una rotura de la cicatriz uterina previa, por lo que es importante valorar la razón anterior por lo que tuvo la cesárea (24)(25).

1.5.2 Anomalías placentarias: corresponden a anomalías relacionadas con la inserción placentaria o desprendimientos placentarios (24).

1.5.3 Desproporción céfalo-pélvica: sucede con una desproporción del tamaño de la cabeza con respecto al canal del parto, lo que imposibilita el descenso y salida del feto, siendo necesario realizar la cesárea (26).

1.5.4 Parto vaginal operatorio fallido: la cesárea es realizada cuando no se logra el trabajo de parto por el canal vaginal (24).

1.6 Factores de riesgo asociados

1.6.1 Sobrepeso/ obesidad

El sobrepeso y la obesidad aumentan significativamente el riesgo de cesárea debido a varios factores. Las mujeres con obesidad suelen presentar un trabajo de parto más lento, lo que incrementa la probabilidad de cesárea por "falta en la progresión", además, están asociadas

a comorbilidades como la diabetes gestacional y la hipertensión inducida por el embarazo, que pueden requerir cesárea (27). Existe mayor probabilidad de necesitar inducción del parto y de tener macrosomía fetal, lo que complica el parto vaginal. El riesgo también aumenta con antecedentes de cesáreas previas y con el incremento del IMC, en un efecto dosis dependiente. Un control adecuado del peso gestacional puede mitigar algunos de estos riesgos (28)(29)(30).

1.6.2 Talla menor 146 cm

La estatura materna se considera un indicador antropométrico clave para el riesgo de complicaciones obstétricas, como por ejemplo la desproporción cefalopélvica (DCP), el trabajo de parto ineficaz y los partos operatorios. Esta relación se debe principalmente a la correlación entre la estatura y el tamaño pélvico, lo que puede influir en la capacidad de la pelvis para permitir el paso del feto durante el parto. Varios estudios han demostrado que las mujeres con baja estatura tienen mayor probabilidad de cesárea. En un estudio de cohorte se encontró que la baja estatura materna (<146 cm) está asociada con una mayor incidencia de cesáreas en primíparas. El análisis mostró que las mujeres de talla baja tienen un riesgo 3.5 veces mayor de requerir una cesárea en comparación con aquellas de mayor estatura. La asociación es estadísticamente significativa y la estatura materna baja se considera un factor de riesgo importante debido a posibles complicaciones obstétricas como la desproporción cefalopélvica (31). La estatura materna está relacionada con el peso estimado del feto y la posibilidad de un parto vaginal exitoso. Un estudio reveló que a mayor altura materna disminuye la tasa de cesáreas. En mujeres con una estatura menor o igual a 150 cm, la tasa de cesáreas fue del 41 %, mientras que en aquellas con una estatura mayor o igual a 166 cm, la tasa disminuyó a un 13,1 % (32).

1.6.3 Distocias

La distocia se define como cualquier alteración o desviación de los mecanismos fisiológicos del trabajo de parto que impacta negativamente en su progreso adecuado (33). Pueden clasificarse en varios tipos, siendo las más comunes:

1.6.3.1 Distocias funcionales: vinculadas a contracciones uterinas ineficientes que no consiguen producir la dilatación cervical adecuada ni permiten el descenso del feto. Un ejemplo de este tipo de distocia es cuando se presenta una prolongación de la fase latente o activa del trabajo de parto, lo que dificulta su progreso normal (34).

1.6.3.2 Distocias mecánicas: también conocidas como distocias fetales, se refieren a las dificultades en el parto vaginal causadas por alteraciones en las estructuras óseas y blandas

del canal del parto. Estas alteraciones, como las anomalías óseas pélvicas o malformaciones fetales, impiden el adecuado progreso del feto a través del canal vaginal, resultando en complicaciones. Entre estas encontramos distocias maternas por miomas uterinos, cicatrices cervicales posteriores o desgarros cervicales anteriores, condilomatosis vulvovaginales o perineales. Distocias fetales relacionados con la posición o presentación del feto, como por ejemplo, posición occipitoposterior o presentaciones anormales (como la presentación podálica, transversa, macrosomía fetal (peso al nacer mayor a 4000 gramos) que tiene mayor probabilidad de ocasionar distocia de hombros, hidrocefalia (35).

1.6.4 Factores sociodemográficos

Los factores sociodemográficos interactúan de manera compleja y pueden influir en la decisión de realizar una cesárea, tanto desde la perspectiva clínica como desde las preferencias personales y culturales de la madre. Es de vital importancia considerar el contexto individual de cada paciente al evaluar el riesgo de cesárea.

1.6.4.1 Edad materna: Se ha demostrado que las mujeres mayores de 35 años presentan un riesgo significativamente mayor de requerir una cesárea, el cual aumenta aún más en aquellas de 40 años o más. Este incremento se atribuye a la mayor prevalencia de comorbilidades y complicaciones obstétricas en este grupo etario (36).

1.6.4.2 Estado nutricional: Un índice de masa corporal (IMC) elevado previo al embarazo se asocia con un mayor riesgo de parto por cesárea. Las mujeres que presentan sobrepeso u obesidad tienen una probabilidad considerablemente mayor de someterse a una cesárea, ya sea electiva o de emergencia (37).

1.6.4.3 Residencia: El lugar de residencia y el origen materno influyen en las tasas de cesáreas. En ciertas regiones, como el África Subsahariana, se observa un mayor riesgo de cesárea de emergencia, lo cual puede estar relacionado con diferencias en el acceso a servicios de salud y prácticas culturales (37).

1.6.4.4 Estado civil: Aunque no se han encontrado estudios directamente relacionados con el alto índice de cesáreas, el estado civil puede tener una influencia indirecta en las decisiones sobre el parto, al afectar factores sociodemográficos como el apoyo social y económico, los cuales impactan el acceso a la atención prenatal y las decisiones clínicas de llevar un parto por cesárea.

Hipótesis

La prevalencia de cesáreas en gestantes con labor de parto que fueron ingresadas en el departamento de ginecología y obstetricia del hospital José Félix Valdivieso es mayor al

25% y las mayores causas de cesárea están asociadas a factores como edad menor a 19 años, talla menor a 145 cm, IMC mayor a 25 kg/m² y número de cesáreas en las pacientes atendidas, lo que determinaría una mayor prevalencia de cesáreas en las pacientes con labor de parto en el Hospital José Félix Valdivieso en el periodo del año 2022.

Capítulo III

3. Objetivo general

Determinar la prevalencia y factores asociados a cesáreas en gestantes que ingresaron al departamento de ginecología y obstetricia del Hospital José Félix Valdivieso, Santa Isabel, en el periodo del año 2022.

3.1 Objetivos específicos

1. Establecer la asociación entre cesárea y sobrepeso/obesidad, talla menor a 146 cm y distocias fetales.
2. Identificar las características sociodemográficas de las pacientes gestantes que culminaron su embarazo en cesárea en el Hospital “José Félix Valdivieso” tales como: edad, peso, talla, estado nutricional, residencia, estado civil.
3. Describir las características clínicas tales como: número de cesáreas y tipo de cesáreas de acuerdo a la gravedad del caso y antropometría del recién nacido.
4. Describir las principales causas materno fetales de cesáreas del grupo de gestantes que fueron atendidas en el Hospital “José Félix Valdivieso”

Capítulo IV

4. Metodología

4.1 Diseño del estudio

Se realizó un estudio de tipo analítico de corte transversal.

4.2 Área de estudio

El estudio se llevó a cabo en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital José Félix Valdivieso, ubicado en el cantón Santa Isabel, en la Av. Rafael Galarza, junto al Colegio Nacional Santa Isabel. Los datos estadísticos fueron recolectados de las historias clínicas proporcionadas por el área de estadística de este hospital básico.

4.3 Universo

El universo estuvo conformado por una base de datos de las pacientes gestantes que culminaron su embarazo por parto o cesárea en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital José Félix Valdivieso durante el año 2022. El universo total fue de 254 pacientes gestantes.

4.4 Muestra

La muestra estuvo constituida por una base de datos de 81 pacientes gestantes que culminaron su embarazo por cesárea en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital José Félix Valdivieso en el año 2022.

4.5 Criterios de inclusión y exclusión

- **Criterios de inclusión:** Se incluyeron las historias clínicas de las pacientes que fueron sometidas a cesárea en el Hospital José Félix Valdivieso en el año 2022.
- **Criterios de exclusión:** Se excluyeron las historias clínicas que contenían datos insuficientes para el estudio.

4.6 Variables de estudio

- **Dependiente:** Cesárea.

- **Independientes:** Edad, peso, talla, índice de masa corporal (IMC), residencia, escolaridad, estado civil, número de cesáreas, tipo de cesárea según la gravedad del caso, y causas de las cesáreas.

4.7 Método

El método fue observacional, mediante la recolección de datos de las historias clínicas obtenidas del departamento de estadística del Hospital José Félix Valdivieso. La recolección se realizó mediante la aplicación de un formulario previamente diseñado para captar las variables sociodemográficas y las variables necesarias para determinar la prevalencia y analizar los factores asociados a las cesáreas. Dicho formulario, de fuente secundaria, fue revisado y aprobado antes de su utilización.

4.8 Técnica

Técnica documental mediante la aplicación del formulario previamente diseñado.

4.9 Instrumentos

La información fue recolectada aplicando el formulario para documentar la información de las historias clínicas de las pacientes que acudieron a labor de parto, las cuales se registraron en una base de datos.

4.10 Tabulación y análisis

Los datos fueron analizados mediante el software estadístico SPSS 25. Los resultados se presentaron utilizando tablas que incluyen valores de frecuencia absoluta y porcentajes para las diferentes variables cualitativas. Para determinar la asociación, se obtuvo odds ratio con su intervalo de confianza al 95% y para obtener el nivel de significancia se obtuvo el valor de $p < 0.05$.

4.11 Consideraciones bioéticas

En este estudio se respetaron los principios establecidos en la legislación y normativa vigente en el Ecuador, que protegen la privacidad y los derechos de los individuos, garantizando la confidencialidad de los datos obtenidos, los cuales fueron utilizados exclusivamente con fines investigativos. Además, la investigación fue aprobada por el Comité de Bioética de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca.

Se garantizó que la información recolectada fuera utilizada únicamente con fines académicos y que se mantendría la confidencialidad y privacidad de la información de las pacientes. Los datos obtenidos fueron pseudonimizados, reemplazando la información identificable por códigos o pseudónimos. No se requirió consentimiento informado debido a que no se trabajó directamente con pacientes, sino con sus historias clínicas.

Capítulo V

5. Resultados

Se analizó la información de 81 historias clínicas de mujeres gestantes que ingresaron al departamento de gineco- obstetricia del Hospital José Félix Valdivieso de la ciudad de Santa Isabel en el año 2022, obteniendo los siguientes resultados:

Tabla 1. Prevalencia de cesáreas en 254 personas que fueron atendidas en el hospital José Félix Valdivieso. Santa Isabel, 2022.

TIPO DE PARTO	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Parto vaginal	173	68,12%
Cesárea	81	31,88%
Total	254	100%

Fuente: base de datos HJFV 2022

Elaborado por los autores.

De un total de 254 gestantes que fueron atendidas en el hospital José Félix Valdivieso en el servicio de ginecología y obstetricia en el año de 2022. De esta población estudiada se determinó que 81 pacientes fueron sometidas a cesárea representando el 31,88% de prevalencia.

Tabla 2. Factores asociados a la realización de cesárea en 81 pacientes que fueron atendidas en el hospital José Félix Valdivieso. Santa Isabel, 2022.

		CESÁREA		PARTO		OR	IC 95%	VALOR P
		N	%	N	%			
TALLA MENOR A 146 CM	SI	9	50%	9	50%	2,15	0,8199 a	0,1195
	NO	72	31,11 %	155	68,89 %			
SOBREPESO/OBESIDAD	SI	59	50%	100	50%	1,7164	0,9595 a	0,0686
	NO	22	21,09 %	164	78,91 %			
DISTOCIAS FETALES	SI	19	100%	0	0%			0,0013

	NO	62	27,43 %	164	72,57 %	102,6 4	6,10 1725,96	a
EDAD MENOR A 19 AÑOS	SI	9	25 %	27	75%	0,634 3	0,2831 a 1,4208	0,2685
	NO	72	34,45 %	137	65,55 %			

Fuente: base de datos HJFV 2022

Elaborado por los autores.

Con respecto a los factores asociados la talla menor a 146 cm, se encuentra un factor de riesgo para cesárea, sin embargo, no se encontró significancia estadística con un valor p de 0,1195 (OR: 2,15 IC95%: 0,84-5,81), de igual manera, el sobrepeso y obesidad se consideró un factor de riesgo asociado a la realización de cesárea, pero no se encontró significancia estadística con un valor p 0,0686 (OR: 1,71 IC 95%: 0,95-3,07). En lo que corresponde a distocias fetales se pudo determinar factores de asociación con la realización de cesárea con significancia estadística

De la misma manera, consideramos importante analizar a pacientes que tuvieron una edad menor a 19 años para determinar si existe factor de riesgo para la realización de una cesárea, sin embargo, no se pudo determinar como factor de riesgo o protección, asimismo no se encontró significancia estadística con un valor p 0,2685 (OR: 0,6343 IC95%: 0.28 a 1.42)

Tabla 3. Características sociodemográficas de 81 pacientes que fueron sometidas a cesárea en el hospital José Félix Valdivieso. Santa Isabel, 2022.

CARACTERÍSTICAS		N 81	%
SOCIODEMOGRÁFICAS			
EDAD	14 a 19 años	13	16,05
	20 - 24 años	20	24,69
	25 - 29 años	22	27,16
	30 - 34 años	16	19,75
	≥ 35 años	10	12,35
RESIDENCIA	URBANO	48	59,26
	RURAL	33	40,74
ESTADO CIVIL	SOLTERA	17	20,99
	CASADA	13	16,05
	VIUDA	0	0

DIVORCIADA	2	2,47
UNIÓN LIBRE	49	60,49

Fuente: base de datos HJFV 2022

Elaborado por los autores.

En esta tabla se puede evidenciar que de todas las pacientes sometidas a cesáreas en el hospital José Félix Valdivieso el 27,16% se encuentra en la edad comprendida entre 25 y 29 años, con respecto a la residencia el 59,26% de la población en estudio se encuentra en área urbana, de la misma manera, con respecto al estado civil el 60,49% se encuentra en unión libre.

Tabla 4. Estado nutricional de 81 pacientes que fueron sometidas a cesárea en el hospital José Félix Valdivieso. Santa Isabel, 2022.

CARACTERÍSTICAS	N 81	%
PESO		
30 kg - 49 kg	6	7,40%
50 kg - 69 kg	43	53,09%
70 kg - 89 kg	26	32,10%
≥ 90 kg	6	7,40%
TALLA		
≤ 1.46 m	11	13,58%
1.47 m- 1.54 m	37	45,68%
1.55 m- 1.64 m	32	39,50%
1.65 m -1.74 m	1	1,23%
≥ 1.75 m	0	0%
ESTADO NUTRICIONAL		
18.5-24.99 kg/m2	22	27,16%
25-29.99 kg/m2	24	29,63%
30-34.99 kg/m2	26	32,10%
≥ 35 kg/m2	9	11,11%
ANTROPOMETRÍA		
RECIÉN NACIDO		
Peso		
0-2499 g	7	8,64%
2500-3999 g	68	83,95%
4000-8000 g	6	7,41%
Talla		
0-47 cm	24	29,63%

	48-52 cm	55	67,90%
	53-80 cm	2	2,47%
P. Cefálico	0-32 cm	4	4,94%
	33-37 cm	74	91,36%
	38-50 cm	3	3,70%

Fuente: base de datos HJFV 2022

Elaborado por los autores.

En esta tabla se puede evidenciar que de las 81 mujeres sometidas a cesárea en el hospital José Félix Valdivieso el 53,09% se encontraba con un peso entre 50 y 69 kg, así mismo, con la talla se observa que el 45,68 % de la población en estudio se encuentra en una talla comprendida entre 147-154 cm. Además, el 32,10 % se encuentra en un rango de obesidad con un estado nutricional comprendido entre 30-34,99 kg/m².

De la misma manera, con respecto a antropometría del recién nacido se encontró que el 83,95% de los recién nacidos tuvieron un peso comprendido en un peso normal, entre 2500 a 3999 gramos, además, un 67,90% una talla comprendida entre 48 a 52 cm considerada como talla normal, y un perímetro cefálico normal un 91,36% con un valor de 33 a 37 cm.

Tabla 5. Número de cesáreas y tipo de cesárea en 81 pacientes que fueron atendidas en el hospital José Félix Valdivieso. Santa Isabel, 2022.

Número de cesáreas	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Primera cesárea	76	93,83%
Segunda cesárea	3	3,70%
Tercera o más cesáreas	2	2,47%
Total	81	100%

Tipo de cesárea	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Cesárea electiva	23	28,40%
Cesárea de emergencia	57	70,37%
Cesárea sin especificación	1	1,23%
Total	81	100%

Fuente: base de datos HJFV 2022

Elaborado por los autores.

En este análisis realizado se demostró que el 93,83 % de mujeres fueron realizadas la primera cesárea, así mismo, en el 70,37 % de la población en estudio se determinó que fueron sometidas a cesárea de emergencia.

Tabla 6.Causa de cesáreas en 81 pacientes que fueron atendidas en el hospital José Félix Valdivieso. Santa Isabel, 2022.

CAUSAS	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Cicatriz uterina previa (cesáreas anteriores)	13	16,0
Compromiso del bienestar fetal	3	3,7
Desprendimiento prematuro de placenta	4	4,9
Desproporción céfalo-pélvica (DCP)	36	44,4
Distocias de presentación	10	12,3
Distocias de trabajo de parto	7	8,6
Embarazo múltiple	2	2,5
Placenta previa	1	1,2
Problemas fetales no especificados	2	2,5
Problemas maternos no especificados	3	3,7
Total	81	100,0

Fuente: base de datos HJFV 2022

Elaborado por los autores.

En este estudio se observó que el 44% de mujeres que fueron atendidas por cesáreas en el hospital José Félix Valdivieso fueron por problemas relacionados con desproporción cefalopélvica, motivo por el cual se realizó la cesárea.

Capítulo VI

6. Discusión

La tasa de cesáreas presentada en los últimos años en países de América Latina ha sido alarmante por su alta prevalencia, considerando las implicaciones en la salud que puede tener la madre como el neonato relacionadas con factores socioeconómicos, educativos y de infraestructura sanitaria presentando diferencias significativas entre varios países. La prevalencia de cesáreas en nuestro estudio fue de 31.88%, resultado similar en comparación con un estudio realizado en Perú por Soto y cols. Con una prevalencia de cesáreas de 35,6%. En contraste con datos de Latinoamérica tomado de un estudio realizado por Betran y cols. que demuestra una prevalencia de 42,8%, recalcando que estos valores son significativamente altos con respecto a lo recomendado por la organización mundial de la salud (OMS) (38)(18).

En otro estudio realizado en varias ciudades de Latinoamérica por Perner y cols, demostraron que existió una prevalencia general de 52 %, haciendo énfasis en la variabilidad de los datos dependiendo del nivel educativo, nivel socioeconómico y la edad de la madre, por lo que se encontró un amplio rango que va desde 13 % hasta el 91 % en algunas ciudades (38).

Por otro lado, si bien es cierto, en nuestro medio no se evidenciaron estudios que analicen la obesidad en madres gestantes, se ha demostrado asociación entre la obesidad y complicaciones obstétricas, en nuestro estudio se demostró que el 50 % de mujeres que fueron realizadas cesáreas tuvo sobrepeso u obesidad, en un estudio realizado por Sánchez y cols. se encontró que tanto el sobrepeso y la obesidad acrecentaron las probabilidades de que el parto termine por cesárea en más del 80 % con un OR 1.82 en comparación con nuestro estudio con OR 1.71.(39)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la tasa de prevalencia de cesáreas no debería exceder el 15 %, sin embargo, en los últimos años el uso de cesáreas ha aumentado llegando a cifras exorbitantes principalmente en países desarrollados. Existen varios factores que han impulsado estas cifras, haciendo énfasis en un factor cultural que la percibe como una opción segura y moderna relacionando al parto vaginal con dolor y muchas complicaciones. Así mismo, en algunas instituciones se prefiere someter a cesárea a pacientes que han tenido una cesárea previa, debido al riesgo latente de que se produzca ruptura uterina. Es necesario mencionar que siempre se debe apoyar el intento de realizar parto vaginal en determinados casos dependiendo de la situación de cada paciente.

Se ha demostrado que en los últimos años los partos por cesáreas han aumentado en gran medida, en especial en el sector privado. En un estudio realizado por Guaicha y col. el

Hospital José Carrasco Arteaga perteneciente al IESS, en el año 2020 tuvo una prevalencia de 62,1% en mujeres primigestas, así mismo, en un estudio realizado por Barros y cols. en el año 2019 en el Hospital Vicente Corral Moscoso, se determinó que la prevalencia en ese año fue de 38,11 % (8)(24).

En cuanto a las causas principales para realizar una cesárea, en nuestro estudio se demostró que la desproporción cefalopélvica ocupó un 44 % de las cesáreas siendo la principal causa para la realización de parto por vía quirúrgica, seguido de pacientes con cicatriz uterina previa con un 16%, en relación a estudios realizados en la ciudad de Cuenca, se tomó en cuenta un estudio realizado por Pinguil L y cols. En el hospital José Carrasco Arteaga quienes demostraron que la principal causa de cesárea fue la desproporción céfalo pélvica con un 27,8 % de los casos. En otro estudio realizado en la ciudad de Machala por Rosales R y cols. Se demostró que la principal causa fue la cicatriz uterina previa con un porcentaje de 28,7 %, seguido por desproporción cefalopélvica con 23,1 % del total de casos. En contraste con los datos analizados de un estudio realizado en la ciudad de Tena por Vega y cols. indicó que el compromiso de bienestar fetal fue causa de un 42 % de los casos, seguido por el desprendimiento de placenta con el 21% de los casos (10)(40).

Los datos en referencia al grupo de edad en nuestra población estudiada en el Hospital José Félix Valdivieso demostraron que el grupo de edad más prevalente fue de 25 a 29 años con 27,16 % del total de casos, datos que asemejan a los obtenidos en un estudio similar realizado por Seminario A. y col. en el hospital antes mencionado que demostró que el grupo de edad mas prevalente se encontraba entre los 20 y 29 años de edad con un 49,2 %. Gran parte de la población estudiada tuvo un estado civil de unión de hecho, dato concordante con nuestro estudio siendo el 60,49% de nuestra población (11).

Capítulo VII

7. Conclusiones y recomendaciones

7.1 Conclusiones

La prevalencia de cesáreas del Hospital José Félix Valdivieso fue de 31.88%, cifra significativamente alta en comparación a las recomendaciones internacionales de la OMS (10-15%) Siendo la mayoría de las cesáreas de carácter de emergencia, con la desproporción cefalopélvica como principal causa.

La mayoría de gestantes fueron adultas jóvenes pertenecientes al grupo de edad predominante entre 25 a 29 años, residentes en zonas urbanas y estado civil unión libre, la mayoría presentó obesidad y una talla comprendida entre 1.47 y 1.54 metros. Se observaron asociaciones, pero no significancia estadística entre sobrepeso/obesidad y talla menor a 1.46 metros para realización de cesáreas. Sin embargo, distocias fetales se identificó como un factor de riesgo significativo asociado a la cesárea.

7.2 Recomendaciones

Fortalecer el control prenatal con el fin de identificar de manera temprana factores de riesgo y prevenir complicaciones.

Brindar un seguimiento integral mediante el monitoreo de salud materna y evaluaciones completas en cada control.

Educar y capacitar a la mujer gestante sobre signos de alarma, visitas prenatales y autocuidado promoviendo su participación activa.

Promover prácticas y hábitos saludables que contribuyan a un embarazo seguro.

Referencias

1. Mitchell C, Pan American Health Organization / World Health Organization. 2015 [citado 19 de octubre de 2023]. OPS/OMS | La cesárea sólo debería realizarse cuando es médicamente necesaria. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10646:2015-la-cesarea-solo-deberia-realizarse-cuando-es-medicamente-necesaria&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0
2. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información de Salud Coordinación General de Planificación. Boletín Nacimientos por cesárea MSP 2012-2015 [Internet]. 2015. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/01/BOLET%C3%8DN-CESAREAS.pdf>
3. SOGIBA. Parto Vaginal Después de una Cesárea [Internet]. Buenos Aires, Argentina: Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires; 2019 p. 35. Report No.: XXXVII Congreso Internacional de Obstetricia y Ginecología. Disponible en: https://www.sogiba.org.ar/images/Parto_Vaginal_despues_de_una_Cesarea_SOGIBA%202019.pdf
4. Ministerio de Salud Pública. Prioridades de investigación en salud 2013-2017 [Internet]. Quito, Ecuador: Ministerio de Salud Pública; 2013 [citado 31 de mayo de 2023] p. 38. Disponible en: <https://healthresearchwebafrica.org.za/files/Prioridades20132017.pdf>
5. Salahuddin M, Mandell D, Lakey D. Maternal risk factor index and cesarean delivery among women with nulliparous, term, singleton, vertex deliveries, Texas, 2015; 46(1):182-92. disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30198160/>
6. Gómez González E, Gomez Friend J. Clasificación de cesáreas por grupos de Robson en el período octubre-diciembre 2018. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2018 [Internet]. 2020 [citado 15 de junio de 2023]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/33799>
7. Castro Villa A, Sibri Zeas C. Prevalencia de cesárea de emergencia y su asociación con la hemorragia postparto. Hospital Vicente Corral Moscoso, período 2019. Cuenca 2020 [Internet]. Universidad de Cuenca; 2021 [citado 22 de mayo de 2023]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/36185>
8. Barros Cajamarca JE. Prevalencia y factores asociados a primera cesárea, Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca, 2019. 2019;43-43. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1127796>
9. Pinguil Guamán LA, Urgiles López EB. Principales causas y características de cesárea en adolescentes en el Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga de Cuenca,

- durante los años 2010-2019. Cuenca 2020 [Internet]. Universidad de Cuenca; 2021 [citado 22 de mayo de 2023]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/35637>
10. Rosales R, Barrezueta K, Pereira R, Aguilar M. Incidencia e indicaciones de partos por cesáreas en clínica de Machala enero a agosto 2022. *Pol. Con.* (Edición núm. 70) [Internet]. Machala; 2022 [citado 20 junio 2023]; 7(12): 304-319. Disponible en: <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/download/4996/12103>
 11. Seminario Tenesaca AF, Zumba Minchala JG. Principales causas de cesárea en pacientes atendidas en el Hospital José Félix Valdiviezo, Santa Isabel 2018. [Internet]. 2019 [citado 19 de octubre de 2023]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/32910>
 12. Sinchitullo Castillo AE, Roldán-Arbieto L, Arango-Ochante PM. Factors associated with cesarean delivery in a Peruvian Hospital. *RFMH.* 9 de julio de 2020;20(3):452-9. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rfmh/v20n3/2308-0531-rfmh-20-03-444.pdf>
 13. Barrera Neyra M, Quispe Saravia Ildelfonso P, Flores Noriega M, León Rabanal C. Frecuencia e indicaciones del parto por cesárea en un hospital docente de Lima, Perú. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia* [Internet]. abril de 2020 [citado 16 de abril de 2024];66(2). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2304-1322020000200004&lng=es &nrm=iso&tlng=es
 14. Pino-Anaya R, Zorrilla-Delgado V, Rodríguez-Lizana M, Ochoa-Yupanqui W. Frecuencia e indicaciones de cesáreas electivas y de urgencia en el Hospital Regional de Ayacucho, Perú. *Revista Peruana de Ciencias de la Salud.* 15 de enero de 2021;3(1):32-7. disponible en: <https://doi.org/10.37711/rpcs.2021.3.1.264>
 15. Antoine C, Young BK. Cesarean section one hundred years 1920-2020: the Good, the Bad and the Ugly. *J Perinat Med.* 2020 Sep 4;49(1):5-16. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32887190/>
 16. Jahnke JR, Houck KM, Bentley ME, Thompson AL. Rising rates of cesarean delivery in Ecuador: Socioeconomic and institutional determinants over two decades. *Birth.* 2019 Jun;46(2):335-343. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30761590/>
 17. Lapo-Talledo GJ. Cesarean sections and sociodemographic disparities in Ecuador: A nationwide study from hospital registries between 2015 and 2022. *Int J Gynaecol Obstet.*2024;166(2):745-752. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38391234/>

18. Betran AP, Ye J, Moller AB, Souza JP, Zhang J. Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates. *BMJ Glob Health*. 2021; 6(6). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34130991/>
19. Clinic Barcelona Hospital Universitari [Internet] Barcelona: protocols medicina maternofetal; 2020: [citado 21 de mayo de 2023]. Cesárea. Disponible en: <https://portal.medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/obstetricia/cesarea.pdf>
20. Huilca ES, Flores KG. Protocolo Clínico - Quirúrgico de Cesárea en la Unidad Técnica de Alto Riesgo Obstétrico. Quito. Unidad Técnica de Alto Riesgo Obstétrico. Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín. Código: SGC-OB-PR-001. Versión 2. Quito. Cambios. rev. méd.. 2023; 22(2): e928.. Disponible en: <https://doi.org/10.36015/cambios.v22.n2.2023.928>
21. Álvarez-Zapata EA, González-Hernández LM, Jiménez-Arango NB, Zuleta-Tobón JJ. Cumplimiento inadecuado de las recomendaciones para el proceso de la inducción del trabajo de parto como desencadenante de la cesárea en mujeres con embarazo simple a término. Estudio descriptivo. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 23 de julio de 2019;70(2):103-14. Disponible en: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/3275>
22. Thompson BB, Reddy UM, Burn M, Abdel-Razeq S, Xu X. Maternal Outcomes in Subsequent Pregnancies After Classical Cesarean Delivery. *Obstet Gynecol*. 2022 Aug 1;140(2):212-219. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35852271/>
23. Fischer RL, Schenker D, Gosschalk J. Cesarean section prior to 28 weeks' gestation: which type of uterine incision is optimal? *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2024 Dec;37(1):2358385. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38887786/>
24. Guaicha Pulla BS, Tenemea Gómez JA. Frecuencia y causas de cesárea en primigestas atendidas en el departamento de obstetricia del Hospital de especialidades José Carrasco Arteaga. Cuenca 2020 [Internet]. Universidad de Cuenca; 2022 [citado 15 de mayo de 2023]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/40197>
25. Osayande I, Ogunyemi O, Gwacham-Anisiobi U, Olaniran A, Yaya S, Banke-Thomas A. Prevalence, indications, and complications of caesarean section in health facilities across Nigeria: a systematic review and meta-analysis. *Reprod Health [Internet]*. 2023 [citado el 23 de abril de 2024];20(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37268951/>
26. Tolentino L, Yigeremu M, Teklu S, Attia S, Weiler M, Frank N, et al. Three-dimensional camera anthropometry to assess risk of cephalopelvic disproportion-related obstructed labour in Ethiopia. *Interface Focus [Internet]*. 2019 [citado 2023 agosto 10];9(5):20190036. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31485318/>

27. Kaufer-Horwitz M, Pérez Hernández JF. La obesidad: aspectos fisiopatológicos y clínicos. ID [Internet]. 2021 [citado 17 de octubre de 2023];10(26):147-75. Disponible en: <https://doi.org/10.22201/ceiich.24485705e.2022.26.80973>
28. Class QA. Obesity and the increasing odds of cesarean delivery. J Psychosom Obstet Gynaecol. 2022 Sep;43(3):244-250. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34448670/>
29. Rubens M, Ramamoorthy V, Saxena A, McGranaghan P, Veledar E, Hernandez A. Obstetric outcomes during delivery hospitalizations among obese pregnant women in the United States. Sci Rep [Internet]. 2022;12(1):6862. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1038/s41598-022-10786-9>
30. McCurdy R, Delgado D, Baxter JK. Influence of weight gain on risk for cesarean delivery in obese pregnant women by class of obesity: pregnancy risk assessment monitoring system (PRAMS). J Matern Fetal Neonatal Med. 2022; 35(14):2781-2787. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32762274/>
31. Guzmán V, García P, Liu H. Talla materna baja como factor de riesgo de cesárea. Ginecol Obstet. 2001;47(2):117-120. Disponible en: https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol_47n2/talla_mater.htm#:~:text=Adem%C3%A1s%2C%20las%20mujeres%20con%20talla,factor%20de%20riesgo%20de%20ces%C3%A1rea.
32. Meyer R, Yinon Y, Levin G. Vaginal delivery rate by near delivery sonographic weight estimation and maternal stature among nulliparous women. Birth [Internet]. 2022;50(3):557–64. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/birt.12679>
33. Barriga P, Encalada D. Caracterización del parto distócico en mujeres embarazadas del Hospital “Homero Castanier Crespo” Azogues 2020. [Internet]. [Cuenca]: Universidad de Cuenca; 2022. Disponible en: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/38495/1/Trabajo%20de%20titulaci%C3%B3n.pdf>
34. LeFevre NM, Krumm E, Cobb WJ. Labor dystocia in nulliparous women. Am Fam Physician [Internet]. 2021;103(2):90–6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33448772>
35. Kissler K, Hurt KJ. The pathophysiology of labor dystocia: Theme with variations. Reprod Sci [Internet]. 2022;30(3):729–42. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s43032-022-01018-6>
36. Štastná A, Fait T, Kocourková J, Waldaufová E. Does advanced maternal age comprise an independent risk factor for caesarean section? A population-wide study. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2022;20(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph20010668>

37. Jatta F, Sundby J, Vangen S, Lindskog BV, Sørbye IK, Owe KM. Association between maternal origin, pre-pregnancy body mass index and caesarean section: A nation-wide registry study. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021;18(11):5938. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18115938>
38. Perner MS, Ortigoza A, Trotta A, Yamada G, Braverman Bronstein A, Friche AA, et al. Cesarean sections and social inequalities in 305 cities of Latin America. *SSM Popul Health*. septiembre de 2022; 19:101239. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36203470/>
39. Sanchez-Samaniego G, Mäusezahl D, Hartinger-Peña SM, Hattendorf J, Verastegui H, Fink G, et al. Pre-pregnancy body mass index and caesarean section in Andean women in Peru: a prospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 23 de abril de 2024;24(1):304. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38654289/>
40. Vega Quispe JX. Prevalencia y causas de cesárea en pacientes primigestas con embarazo a término Centro Obstétrico Hospital José María Velasco Ibarra Tena- Napo, enero a septiembre 2019 [Internet]. Universidad Nacional de Chimborazo; 2021 [citado 27 de octubre de 2024]. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/7286>

Anexos

Anexo A. Operacionalización de las variables

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Cesárea	Intervención quirúrgica para la extracción del feto	Clasificación de la cesárea de acuerdo con la gravedad del caso	Análisis y situación previa de la paciente	SI NO
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento actual de una persona	Tiempo en años	Número de años cumplidos que registra la historia clínica	14 a 19 años 20 - 24 años 25 - 30 años 30 - 34 años ≥ 35 años
Peso	Medida de peso con relación a la fuerza que ejerce un cuerpo sobre un punto de apoyo	Medida antropométrica	Resultado de la medición en kg de peso	30 kg - 49 kg 50 kg - 69 kg 70 kg - 89 kg ≥ 90 kg
Talla	Parámetro que define la altura de la paciente relacionada con factores genéticos, alimentarios y ambientales.	Medida antropométrica	Resultado de la medición en metros	≤ 1.46 m 1.47 m- 1.54 m 1.55 m- 1.64 m 1.65 m -1.74 m ≥ 1.75 m
IMC	Relación entre el peso en kg y talla en metros cuadrados	Estado nutricional	Resultado de: $IMC = \frac{peso (Kg)}{talla^2 m^2}$	18.5-24.99 kg/m ² 25-29.99 kg/m ² 30-34.99 kg/m ² ≥ 35 kg/m ²

	de la paciente			
Residencia	Lugar de donde procede o reside la paciente	Geográfica-División territorial	Referencia escrita de la paciente en la historia clínica	Urbano Rural
Escolaridad	Nivel de estudios en una institución formal.	Años de escolaridad	Referencia escrita de la paciente en la historia clínica	Ninguna Primaria Secundaria incompleta Secundaria Completa Tercer nivel
Estado civil	Condición legal de una persona con relación a otra.	Sociodemográfico	Condición legal de la paciente	Soltera Casada Viuda Divorciada Unión libre
Número de cesáreas.	Intervención quirúrgica para la extracción del feto	Cirugía que varía de acuerdo con el número de gestación.	Cesárea en relación al número de gestación	Primera cesárea Segunda cesárea Tercera o más cesáreas
Tipo de cesárea de acuerdo con la gravedad del caso	Forma en la cual se culminó el labor de parto.	Obstétrica	Tipo de cesárea realizada.	Cesárea electiva Cesárea de emergencia Cesárea sin especificación

<p>Causa Cesárea</p>	<p>Indicación por la que se realiza la cirugía</p>	<p>Antecedentes Gineco-Obstétricos</p>	<p>Motivo o causalidad de la realización de la cesárea registrada en la historia clínica</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desproporción cefalopélvica (DCP) 2. Cicatriz uterina previa (cesáreas anteriores) 3. Distocia de trabajo de parto 4. Distocias de presentación 5. Embarazo múltiple 6. Compromiso del bienestar fetal 7. Desprendimiento prematuro de placenta 8. Placenta previa 9. Problemas fetales no especificados 10. Problemas maternos no especificados
<p>Distocias fetales</p>	<p>Condición de parto de difícil causado por problemas fetales</p>	<p>dimensión biológica del feto</p>	<p>Análisis y motivo de la cesárea que se registra en la historia clínica</p>	<p>SI NO</p>
<p>Antropometría del Recién Nacido</p>	<p>Datos numéricos que tiene el recién nacido</p>	<p>Antropometría del neonato</p>	<p>Medidas antropométricas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Peso en gramos • Talla en cm • Perímetro cefálico en cm

Anexo B. Formulario de recolección de datos

Universidad de Cuenca.
Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Medicina
FORMULARIO

PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A CESÁREAS EN LAS PACIENTES DEL HOSPITAL JOSÉ FELIX VALDIVIESO, SANTA ISABEL. 2022.				
Formulario N.º:				
Edad:(años)				
Peso				
30 kg - 49 kg ()		50 kg - 69 kg ()		70 kg - 89 kg ()
≥ 90 kg ()				
Talla				
≤ 1.46 m ()	1.47 m - 1.54 m ()	1.55 m - 1.64 m ()	1.65 m - 1.74 m ()	
>1.75 m ()				
Estado Nutricional				
18.5-24.99 kg/m2 ()		25-29.99 kg/m2 ()		
30-34.99 kg/m2 ()		≥ 35 kg/m2 ()		
Residencia				
Urbano ()		Rural ()		
Escolaridad				
Ninguna ()	Primaria ()	Secundaria incompleta ()	Secundaria Completa()	Tercer nivel ()
Estado Civil				
Soltera ()	Casada ()	Viuda ()	Divorciada ()	Unión de hecho ()
Cesáreas				
Primera cesárea ()		Segunda cesárea () tres o más cesáreas ()		
Tipo de Cesárea de acuerdo con la gravedad del caso				

Cesárea electiva	()	Cesárea de emergencia	()
Cesárea sin especificación	()		
DATOS ANTROPOMÉTRICOS DEL RECIÉN NACIDO			
PESO	0-2499 g ()	2500-3999 g ()	4000-8000 g ()
TALLA	0-47 cm ()	48-52 cm ()	53-80 cm ()
P.CEFÁLICO	0-32 ()	33-37 ()	38-50 ()
Causa de la Cesárea			
1. Desproporción céfalo-pélvica (DCP) () 2. Cicatriz uterina previa (cesáreas anteriores) () 3. Distocia de trabajo de parto () 4. Distocias de presentación () 5. Embarazo múltiple () 6. Compromiso del bienestar fetal () 7. Desprendimiento prematuro de placenta () 8. Placenta previa () 9. Problemas fetales no especificados () 10. Problemas maternos no especificados ()			
Distocias fetales			
SI () NO ()			

.....

Firma del investigador

Cinthia Paola Duy Sotamba

.....

Firma del investigador

Darwin Patricio Ordoñez Ordoñez