



**UNIVERSIDAD
DEL AZUAY**

Departamento de Posgrados

Cesárea en pacientes con primer embarazo a término en el Hospital Humanitario Fundación Pablo Jaramillo Crespo, enero a diciembre 2022

Postgrado de Ginecología y Obstetricia

Francisco Isaac Mena Acosta

Director: Miguel López

Cuenca, Ecuador

2026

DEDICATORIA

A mi amada familia, fuente de inspiración y fortaleza. A ustedes, quienes han estado a mi lado en cada paso de este camino, quiero expresar mi más profundo agradecimiento. Gracias por su amor incondicional, su apoyo constante y sus palabras de aliento en los momentos más difíciles. A mis padres, por ser el pilar de mi vida y enseñarme el valor de la perseverancia. A mis hermanos, por su alegría y por recordarme siempre la importancia de la unión. A todos ustedes, quienes forman parte de mi historia, dedico este logro, que también es de ustedes.

Con todo mi amor y gratitud.

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a todas las personas y entidades que, de manera técnica, intelectual y económica, hicieron posible la realización de este trabajo de posgrado.

Al Director de mi tesis Miguel López mi más profundo reconocimiento por su guía invaluable, su dedicación y su compromiso. Gracias por compartir sus conocimientos y su experiencia, así como por su apoyo incondicional a lo largo de este proceso.

A todos los profesionales del Hospital Humanitario Fundación Pablo Jaramillo Crespo que colaboraron con su experiencia y conocimientos, quienes me brindaron las herramientas necesarias para llevar a cabo esta investigación. Su asistencia técnica e intelectual ha sido fundamental para el desarrollo final y la obtención de los resultados, sin su generosa contribución, este logro no hubiera sido posible. Su confianza en mi proyecto ha sido una gran motivación y ha sido esencial para alcanzar este objetivo.

A todos ustedes, mi más sincero agradecimiento y aprecio.

RESUMEN

La presente investigación está dirigida a las pacientes obstétricas que fueron intervenidas por cesárea con primer embarazo a término en las semanas 37 y 41 de gestación al Hospital Humanitario Fundación Pablo Jaramillo Crespo en Cuenca de julio a diciembre del 2022, es así como se realizó un análisis de 129 historias clínicas utilizando el modelo descriptivo. Los resultados concluyeron que las madres gestantes entre 31 a 40 años optaron por cesárea debido a causas maternas con el 13,2%, por distocia dinámica y cefalopélvica con el 17.1% y por preeclampsia severa con el 10,9%, porcentajes que no se encuentran alejados de las tendencias internacionales.

PALABRAS CLAVE:

Cesárea, embarazo a término, distocia dinámica, distocia cefalopélvica, preeclampsia severa, colestasis intrahepática.

ABSTRACT

This research is aimed at gynecology and obstetrics patients who underwent cesarean section in full-term pregnancy at weeks 37 and 41 of gestation at the Pablo Jaramillo Crespo Foundation Humanitarian Hospital in Cuenca from July to December 2023; this is how it was carried out. an analysis of 129 medical records using the descriptive model. The results concluded that pregnant mothers between 30 and 40 years old opted for cesarean section due to maternal causes with 13.2%, dynamic and cephalopelvic dystocia with 17.1% and severe preeclampsia with 10.9%, percentages that are not found. away from international trends.

KEYWORDS

Cesarean section, full-term pregnancy, dynamic dystocia, cephalopelvic dystocia, severe preeclampsia, intrahepatic cholestasis



ÍNDICE DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
MATERIALES Y MÉTODOS	3
RESULTADOS	4
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.....	14
- Edades de las madres en estudio	14
- El nivel educativo del embarazo a término	14
- El estado civil	14
- Causas para la intervención por cesárea	15
- El parto con causa fetal	15
- Enfermedades maternas	16
- La procedencia de pacientes con primer embarazada a término	17
CONCLUSIÓN	19
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Edad de las pacientes y nivel educativo en pacientes con primer embarazo a término sometidas a cesárea.	4
Tabla 2. Estado civil en pacientes con primer embarazo a término sometidas a cesárea.	4
Tabla 3. Edad gestacional en pacientes con primer embarazo a término sometidas a cesárea. ..	5
Tabla 4. Causa materna para intervención por cesárea en pacientes con primer embarazo a término sometidas a cesárea.	5
Tabla 5. Enfermedades maternas en pacientes con primer embarazo a término sometidas a cesárea.	6
Tabla 6. Causa fetal en pacientes con primer embarazo a término sometidas a cesárea.	6
Tabla 7. Causa ovular en pacientes con primer embarazo a término sometidas a cesárea.	6
Tabla 8. Cesárea solicitud materna en pacientes con primer embarazo a término sometidas a cesárea.	7
Tabla 9. Factores intrínsecos en pacientes con primer embarazo a término sometidas a cesárea.	7
Tabla 10. Variables nivel educativo – edad en pacientes con primer embarazo a término sometidas a cesárea.	8
Tabla 11. Relación causa materna – edad en pacientes con primer embarazo a término sometidas a cesárea.	9
Tabla 12. Parto por causa fetal – Edad materna en pacientes con primer embarazo a término sometidas a cesárea.	10
Tabla 13. Enfermedades maternas – edad de la paciente en pacientes con primer embarazo a término sometidas a cesárea.	11
Tabla 14. Prevalencia de procedencia – edad – enfermedad materna en pacientes con primer embarazo a término sometidas a cesárea.	12

INTRODUCCIÓN

La vía de terminación de embarazo en pacientes con primer embarazo a término en los últimos años fue en su mayor parte por cesárea, superando las cifras recomendadas por la OMS que dicen que no deberían ser mayores al 20% (1), esto se explica desde varios puntos de vista empezando por las características poblacionales que incluyen edad, nivel de escolaridad, condición socioeconómica e indicaciones médicas que influyen en esta problemática (2), con lo cual se ha incrementado el riesgo de infecciones y complicaciones relacionadas con este procedimiento.

A la vez es importante el conocer ¿Cuál es la real incidencia de esta problemática, para comparar la diferencia en los distintos servicios de salud?

Objetivo general: Conocer los motivos de cesárea en paciente con embarazo a término Hospital humanitario fundación Pablo Jaramillo Crespo

Objetivos específicos:

- Establecer las características de las pacientes con primer embarazo a término sometidas a cesárea.
- Describir los diagnósticos de las cesáreas en pacientes con primer embarazo a término.

El cuerpo femenino pasa por muchos cambios durante el embarazo que involucran a todos los sistemas del cuerpo, estos dan como resultado una fisiología que difiere de la de una mujer no embarazada. Además, las anomalías en el desarrollo del embarazo pueden provocar mayores complicaciones tanto para la madre como para el feto. Dado que la tasa de mortalidad materna en países subdesarrollados ha incrementado (3), se ha vuelto más crítico para todos los proveedores de atención médica comprendan los cambios típicos que acompañan al embarazo, así como reconocer los cambios que van más allá de los síntomas típicos de una mujer embarazada (4).

Para el abordaje del tema, se establece que la cesárea es la extracción del producto de la concepción, por vía abdominal y por medio de una histerotomía (corte en el útero) con un feto que pesa más de 500 g, o más de 22 semanas de gestación. También se denomina micro cesárea cuando el producto retenido, tiene menos de 22 semanas. (3)

En la guía de práctica clínica publicadas por el Ministerio de Salud Pública de Ecuador se entiende por cesárea al “Procedimiento quirúrgico que extrae al feto mediante incisión en el abdomen y útero maternos. Es fundamental en obstetricia cuando es necesario proteger la salud de la madre y el feto, es decir, cuando está médicamente justificado”. (4)

En el Ecuador la tasa de cesárea en el año 2020 está en el 36,1% para los establecimientos del sector público y del 86.5% para establecimientos del sector privado. (5) Específicamente para la

provincia del Azuay, el porcentaje de cesáreas fue del 50,00% hasta finales del 2020 del que se tiene reportes. (6)

Las principales causas para el aumento del número de cesáreas en el Ecuador son: pertenecer a estratos medio altos, miedo al trabajo de parto, sumado a criterios médicos que van desde indicaciones materno fetales, indicaciones subjetivas que incluyen los deseos de la paciente, entre otros. (1)

Por otro lado, hay que establecer claramente lo que es un embarazo a término, suele durar aproximadamente 40 semanas (280 días) desde el primer día del último período menstrual (también llamado FUM) hasta la fecha prevista de parto. (7)

El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos en conjunto con la Sociedad de Medicina Materno - Fetal definen un embarazo a término como aquel que se extiende entre las 39 semanas y 0 días y las 40 semanas y 6 días. Es decir, abarca desde una semana antes hasta una semana después de la fecha estimada de parto. Los recién nacidos dentro de este rango de tiempo tienen mayores probabilidades de nacer sanos en comparación con aquellos que nacen antes o después de este período. (8)

Una clasificación más acertada será la que afirma Ceriani (11) que dice que el embarazo puede ser:

- Término temprano: Recién nacido entre las 37 semanas, 0 días y las 38 semanas, 6 días.
- A término: Recién nacido entre las 39 semanas, 0 días y las 40 semanas, 6 días.
- Tardío: Recién nacido entre las 41 semanas, 0 días y las 41 semanas, 6 días.
- Pos término: Recién nacido nace después de las 42 semanas, 0 días.

Los Recién nacido antes de las 39 semanas corren riesgo de tener problemas para respirar, alimentarse y controlar la temperatura más probabilidades de pasar tiempo en la unidad de cuidados intensivos neonatales, desarrollar infecciones y tener problemas de aprendizaje. Es por eso que es recomendable el parto por cesárea después de las 39 semanas, lo que se constituye como un embarazo saludable y le da al feto el tiempo que necesita para desarrollar los pulmones, el hígado y el cerebro que ocurre entre las semanas 37 y 39. (9) Puede haber excepciones, si el personal de salud afirma que existe un riesgo para la salud de la madre o del recién nacido se planifique un parto antes de las 39 semanas, pero es mejor esperar más de las 39 semanas según Guías del Ministerio de Salud Pública (10).

MATERIALES Y MÉTODOS

El trabajo de investigación se desarrolla en el Hospital Humanitario Fundación Pablo Jaramillo Crespo de la ciudad de Cuenca que es una organización privada sin fines de lucro que se dedica a la excelencia en la atención médica, complementada con investigación, enseñanza y el cuidado de los más vulnerables, centrando sus esfuerzos principalmente en el área de maternidad e infancia (14).

El Hospital opera bajo altos estándares de calidad, siguiendo rigurosos protocolos y medidas de bioseguridad. Dispone de un equipo profesional capacitado para la recuperación de la salud de sus pacientes. Ofrece sus servicios las 24 horas del día, los 365 días del año, y su atención médica se basa en un principio humano fundamental: la solidaridad cristiana. (14)

Sus especialidades están en: Ginecología y Obstetricia, pediatría, cirugía general, cirugía pediátrica, medicina interna, dermatología, otorrinolaringología, traumatología pediátrica, cardiología, odontología, nutrición, psicología y estimulación temprana. Tienen su propio laboratorio, centro de imágenes, servicio de emergencia, vacunación y farmacia. Es un hospital docente colaborando así en la formación de médicos ginecólogos obstetras, pediatras y de medicina familiar en colaboración con la Universidad del Azuay. (14)

Se escogió este Hospital porque cuenta con datos estadísticos que lo ponen a disposición de los médicos investigadores, fomentando así el descubrimiento, así como el establecimiento de la fuente de los problemas de salud, por lo que el apoyo se constituye en un importante motivador para el estudio del presente caso.

Dentro de la metodología utilizada para lograr los objetivos está el modelo descriptivo, con el que se analizarán 129 historias clínicas de pacientes ingresadas a ginecología y obstetricia del Hospital Humanitario Fundación Pablo Jaramillo Crespo de la ciudad de Cuenca en el período de julio a diciembre del 2022 y que fueron intervenidas para un parto por cesárea con primer embarazo a término.

Se extrajeron de las historias los datos más relevantes que cumplan con los criterios de inclusión y fueron transcritos a la hoja electrónica de Microsoft Excel versión 2013, para finalmente llevarlos al programa estadístico SPSS 25. Así es como el total de historias clínicas quedó documentado para su análisis e interpretación. No se excluyeron a ninguna paciente, ya que todas las seleccionadas forman parte de las mujeres con primer embarazo a término y que necesitaban una cesárea para poder dar a luz al bebé en el vientre. Todas las madres estaban entre 37 y 41 semanas gestacionales.

Luego de recoger información se construye base de datos, se realiza depuración y se procede a procesarlos utilizando Microsoft Excel versión 2013 y SPSS 25, se inicia con tablas de

características sociodemográficas. Se utiliza medidas de tendencia central para variables cuantitativas y números – porcentajes para variables cualitativas

Se utilizaron medidas de tendencia central para variables cuantitativas

RESULTADOS

Tabla 1. Edad de las pacientes y nivel educativo en pacientes con primer embarazo a término sometidas a cesárea.

	Edad de la paciente	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	De 14 a 18 años	9	7,0	7,0	7,0
	De 19 a 23 años	33	25,6	25,6	32,6
	De 24 a 30 años	54	41,9	41,9	74,4
	De 31 a 40 años	29	22,5	22,5	96,9
	Más de 41 años	4	3,1	3,1	100,0
	Total	129	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos.

Autor: Francisco Mena Acosta

Se evidencia que el 41,9% de las pacientes están entre los 23 y 30 años, el 25,6% entre 19 y 23, 22,5% entre 31 y 40 mientras que el 7% están entre 14 y 18 y solamente el 3,1% pasan de los 40 años.

Tabla 2. Estado civil en pacientes con primer embarazo a término sometidas a cesárea.

	Estado civil	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Soltera	58	45,0	45,0	45,0
	Casada	46	35,7	35,7	80,6
	Divorciada	1	,8	,8	81,4
	Unión Libre	8	6,2	6,2	87,6
	Viuda	16	12,4	12,4	100,0
	Total	129	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos.

Autor: Francisco Mena Acosta

Se observa que el 45% de las mujeres se encuentran solteras, el 35,7% son casadas, el 12,4% viudas, el 6,2% en unión libre y solo el 0,8% están divorciadas.

Tabla 3. Edad gestacional en pacientes con primer embarazo a término sometidas a cesárea.

	Edad gestacional	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	De 37 a 37,5 semanas	23	17,8	17,8	17,8
	De 37,6 a 38 semanas	5	3,9	3,9	21,7
	De 38,1 a 38,5 semanas	27	20,9	20,9	42,6
	De 38,6 a 39 semanas	9	7,0	7,0	49,6
	De 39,1 a 39,5 semanas	35	27,1	27,1	76,7
	De 39,6 a 40 semanas	11	8,5	8,5	85,3
	De 40,1 a 40,5 semanas	12	9,3	9,3	94,6
	De 40,6 a 41 semanas	6	4,7	4,7	99,2
	Más de 41,1 semanas	1	,8	,8	100,0
	Total	129	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos.

Autor: Francisco Mena Acosta

Se evidencia que la el 27% corresponde a los embarazos entre las 39,1 y 39.5 semanas mientras que el 0.8% corresponde a embarazos de más de 41 semanas

Tabla 4. Causa materna para intervención por cesárea en pacientes con primer embarazo a término sometidas a cesárea.

	Causa materna	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Distocia dinámica	13	10,1	10,1	10,1
	Distocia partes óseas (Cefalopélvica)	9	7,0	7,0	17,1
	Distocia partes óseas	17	13,2	13,2	30,2
	No presenta	90	69,8	69,8	100,0
	Total	129	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos.

Autor: Francisco Mena Acosta

Identificamos que las causas maternas para intervención por cesárea siendo que el 13,2 % presento distocias de partes ósea (Displasia de cadera) y el 7% desproporción cefalopelvica.

Tabla 5. Enfermedades maternas en pacientes con primer embarazo a término sometidas a cesárea.

Enfermedades maternas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ninguna	110	85,3	85,3	85,3
Preclamsia severa	14	10,9	10,9	96,2
Colestasis Intrahepática del Embarazo	2	1,4	1,4	97,6
Miomatosis Uterina	1	,8	,8	98,4
Miastenia Gravis	1	,8	,8	99,2
Otra	1	,8	,8	100,0
Total	129	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos.

Autor: Francisco Mena Acosta

Observamos que las enfermedades maternas, teniendo que el 10.9% presentó preeclampsia severa y 0.8% presentaron miomatosis uterina, miastenia gravis y otras.

Tabla 6. Causa fetal en pacientes con primer embarazo a término sometidas a cesárea.

Causa fetal	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ninguna	94	72,9	72,9	72,9
Compromiso de bienestar fetal	22	17,1	17,1	89,9
Situaciones viciosas	4	3,1	3,1	93,0
Macrosomía fetal	3	2,3	2,3	95,3
Desproporción cefalopélvica Origen Fetal	6	4,7	4,7	100,0
Total	129	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos.

Autor: Francisco Mena Acosta

Se identifica que las causas fetales, el 17% presentaron compromiso de bienestar fetal, mientras que el 2,3 % presentaron macrostomia fetal.

Tabla 7. Causa ovular en pacientes con primer embarazo a término sometidas a cesárea.

Causa ovular	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ninguna	128	99,2	99,2	99,2
Patología de cordón umbilical	1	,8	,8	100,0
Total	129	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos.

Autor: Francisco Mena Acosta

Se observa las causas ovulares, el 0,8 % corresponden a patología de cordón umbilical.

Tabla 8. Cesárea solicitud materna en pacientes con primer embarazo a término sometidas a cesárea.

Cesárea solicitud materna		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sin solicitud	99	76,7	76,7	76,7
	Con solicitud	30	23,3	23,3	100,0
	Total	129	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos.

Autor: Francisco Mena Acosta

Identificamos que la cesárea por solicitud materna corresponde al 23,3%

Tabla 9. Factores intrínsecos en pacientes con primer embarazo a término sometidas a cesárea.

Factores intrínsecos - edad materna		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ninguno	124	96,1	96,1	96,1
	Edad materna	5	3,9	3,9	100,0
	Total	129	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos.

Autor: Francisco Mena Acosta

Se evidencia que la edad materna mayor a 35 años para cesárea corresponde al 3,9%

Tabla 10. Variables nivel educativo – edad en pacientes con primer embarazo a término sometidas a cesárea.

Nivel educativo		Edad de la paciente					Total
		De 14 a 18 años	De 19 a 23 años	De 24 a 30 años	De 31 a 40 años	Más de 41 años	
Nivel educativo	Recuento	3	2	2	3	1	11
	Primaria % dentro de Edad de la paciente	33,3%	6,1%	3,7%	10,3%	25,0%	8,5%
	Recuento	5	30	28	14	3	80
	Secundaria % dentro de Edad de la paciente	55,6%	90,9%	51,9%	48,3%	75,0%	62,0%
	Recuento	1	1	24	11	0	37
	Superior % dentro de Edad de la paciente	11,1%	3,0%	44,4%	37,9%	0,0%	28,7%
	Recuento	0	0	0	1	0	1
	Posgrado % dentro de Edad de la paciente	0,0%	0,0%	0,0%	3,4%	0,0%	0,8%
	Total Recuento	9	33	54	29	4	129
	% dentro de Edad de la paciente	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Base de datos.

Autor: Francisco Mena Acosta

Edad de pacientes y nivel educativo secundario; 14 a 18 años el 55.6% corresponde a nivel secundaria, 33.3% nivel primario, y 11.1% nivel superior, 19 a 23 años 90.9% educación secundaria, 6.1% educación primaria y 3.0% educación superior; de 24 a 30 años 48.3% educación secundaria, 37.9% educación superior, 10.3% educación primaria, 3.4% postgrado, más de 41 años secundaria 75% primaria 25%.

Tabla 11. Relación causa materna – edad en pacientes con primer embarazo a término sometidas a cesárea.

Edad de la paciente		Causa materna				Total	
		Distocia dinámica	Distocia partes óseas (Cefalopélvica)	Distocia partes óseas	No presenta		
Edad de la paciente	De 14 a 18 años	Recuento	2	0	2	5	9
		% dentro de Causa materna	15,4%	0,0%	11,8%	5,6%	7,0%
	De 19 a 23 años	Recuento	5	4	6	18	33
		% dentro de Causa materna	38,5%	44,4%	35,3%	20,0%	25,6%
	De 24 a 30 años	Recuento	6	3	5	40	54
		% dentro de Causa materna	46,2%	33,3%	29,4%	44,4%	41,9%
	De 31 a 40 años	Recuento	0	1	4	24	29
		% dentro de Causa materna	0,0%	11,1%	23,5%	26,7%	22,5%
	Más de 41 años	Recuento	0	1	0	3	4
		% dentro de Causa materna	0,0%	11,1%	0,0%	3,3%	3,1%
Total	Recuento	13	9	17	90	129	
	% dentro de Causa materna	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Fuente: Base de datos.

Autor: Francisco Mena Acosta

Causa materna y edad de pacientes, de 14-18 años el 7%, de 19-23 años el 25.6%, de 24-30 años el 41.9%, de 31-40 años el 22.5% y de más de 41 años el 3.1%

Tabla 12. Parto por causa fetal – Edad materna en pacientes con primer embarazo a término sometidas a cesárea.

Edad de la paciente			Causa fetal					Total
			Ninguna	Compromiso de bienestar fetal	Situaciones viciosas	Macrosomía fetal	Desproporción cefalopélvica Origen Fetal	
Edad de la paciente	De 14 a 18 años	Recuento	6	1	2	0	0	9
		% dentro de Causa fetal	6,4%	4,5%	50,0%	0,0%	0,0%	7,0%
	De 19 a 23 años	Recuento	26	6	0	0	1	33
		% dentro de Causa fetal	27,7%	27,3%	0,0%	0,0%	16,7%	25,6 %
	De 24 a 30 años	Recuento	36	10	2	3	3	54
		% dentro de Causa fetal	38,3%	45,5%	50,0%	100,0%	50,0%	41,9 %
	De 31 a 40 años	Recuento	23	5	0	0	1	29
		% dentro de Causa fetal	24,5%	22,7%	0,0%	0,0%	16,7%	22,5 %
	Más de 41 años	Recuento	3	0	0	0	1	4
		% dentro de Causa fetal	3,2%	0,0%	0,0%	0,0%	16,7%	3,1%
Total	Recuento	94	22	4	3	6	129	
	% dentro de Causa fetal	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0 %	

Fuente: Base de datos.

Autor: Francisco Mena Acosta

Relación entre edad materna y cesáreas realizadas por causa fetal teniendo que de 14 a 18 años el 2 pacientes presentaron situaciones viciosas y 1 compromiso de bienestar fetal , de 19 a 23 años 6 paciente presentaron compromiso de bienestar fetal y 1 desproporción cefalopélvica, de 24 a 30 años el 10 pacientes tuvieron compromiso de bienestar fetal, 3 macrostomia fetal, 3 desproporción cefalopélvica de origen fetal, 2 situaciones viciosas , de 31 a 40 años 5 pacientes presentaron compromiso de bienestar fetal y 1 desproporción cefalopélvica de origen fetal, más de 41 años 1 paciente presento desproporción cefalopélvica de origen fetal.

Tabla 13. Enfermedades maternas – edad de la paciente en pacientes con primer embarazo a término sometidas a cesárea.

Edad de la paciente		Enfermedades maternas						Total
		Ninguna	Preclamsia severa	Colestasis Intrahepática del Embarazo	Miomatosis Uterina	Miastenia Gravis	Otra	
Edad de la paciente	De 14 a 18 años	Recuento	8	1	0	0	0	9
		% dentro de Enfermedades maternas	7,3%	7,1%	0,0%	0,0%	0,0%	7,0%
	De 19 a 23 años	Recuento	27	5	1	0	0	33
		% dentro de Enfermedades maternas	24,5%	35,7%	50,0%	0,0%	0,0%	25,6%
	De 24 a 30 años	Recuento	49	5	0	0	0	54
		% dentro de Enfermedades maternas	44,5%	35,7%	0,0%	0,0%	0,0%	41,9%
	De 31 a 40 años	Recuento	22	3	1	1	1	29
		% dentro de Enfermedades maternas	20,0%	21,4%	50,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	Más de 41 años	Recuento	4	0	0	0	0	4
		% dentro de Enfermedades maternas	3,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,1%
Total		Recuento	110	14	2	1	1	129
		% dentro de Enfermedades maternas	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Base de datos.

Autor: Francisco Mena Acosta

Relación entre las enfermedades maternas y la edad de las pacientes, de 14 a 18 años 1 paciente presento preclamsia severa, de 19 a 23 años 5 pacientes presentaron preclamsia severa y 1 colestasis intrahepática del embarazo, de 24 a 30 años 5 presentaron preclamsia severa; de 31 a 40 años no presentaron enfermedades maternas, más de 41 años no presentaron enfermedades maternas.

Tabla 14. Prevalencia de procedencia – edad – enfermedad materna en pacientes con primer embarazo a término sometidas a cesárea.

Procedencia			Edad de la paciente					Total	
			De 14 a 18 años	De 19 a 23 años	De 24 a 30 años	De 31 a 40 años	Más de 41 años		
Urbana	Enfermedades maternas	Ninguna	Recuento	8	24	42	19	4	97
			% dentro de Edad de la paciente	88,9%	88,9%	89,4%	73,1%	100,0%	85,8%
		Preeclampsia severa	Recuento	1	2	5	3	0	11
			% dentro de Edad de la paciente	11,1%	7,4%	10,6%	11,5%	0,0%	9,7%
		Colestasis Intrahepática del Embarazo	Recuento	0	1	0	1	0	2
			% dentro de Edad de la paciente	0,0%	3,7%	0,0%	3,8%	0,0%	1,8%
		Miomatosis Uterina	Recuento	0	0	0	1	0	1
			% dentro de Edad de la paciente	0,0%	0,0%	0,0%	3,8%	0,0%	0,9%
		Miastenia Gravis	Recuento	0	0	0	1	0	1
			% dentro de Edad de la paciente	0,0%	0,0%	0,0%	3,8%	0,0%	0,9%
	Otra	Recuento	0	0	0	1	0	1	
		% dentro de Edad de la paciente	0,0%	0,0%	0,0%	3,8%	0,0%	0,9%	
Total		Recuento	9	27	47	26	4	113	
		% dentro de Edad de la paciente	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
Rural	Enfermedades maternas	Ninguna	Recuento		3	7	3		13
			% dentro de Edad de la paciente		50,0%	100,0%	100,0%		81,3%
		Preeclampsia severa	Recuento		3	0	0		3
			% dentro de Edad de la paciente		50,0%	0,0%	0,0%		18,8%
	Total		Recuento		6	7	3		16
			% dentro de Edad de la paciente		100,0%	100,0%	100,0%		100,0%
Total		Ninguna	Recuento	8	27	49	22	4	110

		% dentro de Edad de la paciente	88,9%	81,8%	90,7%	75,9%	100,0%	85,3%
Enfermedades maternas	Preeclampsia severa	Recuento	1	5	5	3	0	14
		% dentro de Edad de la paciente	11,1%	15,2%	9,3%	10,3%	0,0%	10,9%
	Colestasis Intrahepática del Embarazo	Recuento	0	1	0	1	0	2
		% dentro de Edad de la paciente	0,0%	3,0%	0,0%	3,4%	0,0%	1,6%
	Miomatosis Uterina	Recuento	0	0	0	1	0	1
		% dentro de Edad de la paciente	0,0%	0,0%	0,0%	3,4%	0,0%	0,8%
	Miastenia Gravis	Recuento	0	0	0	1	0	1
		% dentro de Edad de la paciente	0,0%	0,0%	0,0%	3,4%	0,0%	0,8%
	Otra	Recuento	0	0	0	1	0	1
		% dentro de Edad de la paciente	0,0%	0,0%	0,0%	3,4%	0,0%	0,8%
Total	Recuento		9	33	54	29	4	129
	% dentro de Edad de la paciente		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Base de datos.

Autor: Francisco Mena Acosta

Relación entre la procedencia de las pacientes, la edad y las enfermedades maternas de 14 a 18 años en zona urbana 1 paciente presentó preclamsia severa, de 19 a 23 años zona urbana 2 pacientes presentaron preclamsia severa y 1 colestasis intrahepática del embarazo y en la zona rural 3 con preclamsia severa, de 24 a 30 años zona urbana 5 con preeclampsia severa; de 31 a 40 años no se evidencia causas maternas, más de 41 años zona urbana 11 con preeclampsia severa, 2 con colestasis intrahepática del embarazo, 1 miomatosis uterina, 1 miastenia gravis y en zona rural 3 con preeclampsia severa.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

- *Edades de las madres en estudio*

El estudio arrojó como resultados que la tendencia en edades de las madres en su primer embarazo a término está en las edades entre los 23 y 30 años como se puede apreciar en la Tabla 1. De acuerdo con el informe del Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censo (INEC) publicado en el año 2010 la edad media de las madres fue de 21 años (15), esto demuestra que las mujeres que asistieron al Hospital Humanitario Fundación Pablo Jaramillo Crespo (HHFPJC) en este rango de edad corresponden al 41,9% del total, de ahí le siguen las madres entre los 18 y 23 años con el 25,6% y que están dentro de la media nacional.

Por otro lado, el porcentaje de madres entre los 14 y 18 años es alto y corresponde al 7% cuando el indicador a nivel nacional es del 2,2% para finales del 2021 (16). Mientras tanto, las madres que estaban entre los 30 a 40 años mantienen también un porcentaje alto que llega al 22,5%, lo que puede entenderse en que las mujeres ya han madurado y planificado su primer embarazo. Solo el 3,1% de las madres primerizas tienen más de 40 años.

- *El nivel educativo del embarazo a término*

Revisado el nivel educativo de las madres con primer embarazo a término que se incluye en la Tabla 10 se puede la mayoría terminaron la secundaria o el colegio con el 62%. Por otro lado, el 28,7% continuaron sus estudios universitarios. Un indicador importante en este estudio es el embarazo de la mujer que ha terminado solamente la escolaridad primaria que llega al 8,5% del total, tomando en cuenta que el embarazo en pacientes con nivel de escolaridad inicial a nivel nacional es del 34,1% (17) este porcentaje puede considerarse bajo. Solo el 0,8% de las madres primerizas terminaron los estudios de posgrado.

Para poder entender si el nivel educativo influye en la edad del embarazo, se cruzaron estas dos variables en la Tabla 10 donde se puede observar cómo las mujeres primerizas que terminaron un nivel de secundaria son las que tienen el más alto nivel de embarazo primario a término, especialmente entre las edades de 18 y 23 años. Les siguen las madres entre 24 a 30 años. Mientras que, aquellas madres que terminaron el nivel superior de estudios están en menor porcentaje.

- *El estado civil*

Los resultados del primer embarazo a término acorde con la Tabla 2 arroja que el 45% de las madres se encuentran solteras. Este porcentaje es muy alto considerando que a nivel nacional el índice es del 4,7% (18), este indicador es inclusive superior al nivel de Latinoamérica que llega al

18% (19), Le siguen las madres casadas con el 35,7% divorciadas con el 0,8% en unión libre con el 6,2% e incluso mujeres que quedaron viudas durante el embarazo que llega al 12,4%.

La tabla 3 se puede apreciar que las madres gestantes en su mayoría se encontraban en las semanas 39,1 a 39,5 con el 27,1% y entre la semana 38,1 a 38,5 (20,9%), solo el 17,8% se encontraban en las semanas de 37,1 a 37,5

- Causas para la intervención por cesárea

En el análisis investigativo se encontró que el 69,8% de las madres no presentaban ninguna causa materna para proceder a una intervención por cesárea, como se puede apreciar en la Tabla 4, pero el restante 30,2%, entre ellos destaca la distocia dinámica con el 10,1%, es decir, alternaciones durante el parto como la disminución del tono basal de las contracciones, con baja intensidad o frecuencia (20), lo que motivó al proceso de cesárea para proteger el binomio materno fetal.

Otro 7% presentó distocia cefalopélvica, conocida también como distocia de las partes óseas, desproporción feto – pélvica o desproporción céfalo – pélvica lo que imposibilita el parto por vía vaginal ya que el conducto pélvico no es lo suficientemente proporcional para el paso del feto. En ese caso, las dimensiones de la pelvis no están en relación con un feto ya que su volumen parcial o total es excesivo, por lo que no hay armonía entre estos dos factores (21). Finalmente, también se presentó la distocia de parte óseas con el 13,2% de ocurrencia, este tipo de problemas está relacionado con anomalías en el desarrollo de la pelvis teniendo como principal exponente a la displasia de cadera (22).

En la Tabla 11 refleja que las madres más jóvenes no tienen mayores incidencias para su parto en relación a causas maternas con incidencias bajas en distocia dinámica y de partes óseas (1,55%), mientras que las madres de 18 a 23 años ya tienen mayores dificultades, apareciendo la distocia cefalopélvica con menor incidencia (3,10%) y una mayor incidencia de distocia de partes óseas (3,88%). Las madres con mayor rango de edad tienen una incidencia más elevada de distocia dinámica con el 4,65% y menos probabilidad de distocia cefalopélvica con el 2,33%. La ocurrencia para madres mayores de 40 años casi es nula y solo se presenta el 0,78% de distocia de partes óseas, dejando concluir que, pasada esta edad la intervención cesárea se realiza de manera generalizada con lo cual las pacientes no pasan por labor de parto en vista a lo cual no se puede catalogar a este grupo etéreo adecuadamente en lo referente a distocia ósea.

- El parto con causa fetal

Los problemas de parto como se pueden observar en la Tabla 6, también ocurren por causas fetales, es decir, por la desproporción del feto para salir por el área vaginal sin inconvenientes. Este estudio realizado en el HHFPJC arrojó que al momento de la medición fetal existieron situaciones viciosas como que el ángulo que forma el feto en relación con la madre y el útero,

considerando que el eje con la columna vertebral del feto debe estar paralelo a la columna materna (situación longitudinal) (23), en estos casos fue pelviana u oblicua con una ocurrencia fue del 3,1%.

También se encontró macrosomía fetal (2,3%), es decir, fetos más grandes que el promedio, pesando más de 4.000 gramos, esto es más de 8 libras con 13 onzas lo que complica el parto vaginal e incluso existe un alto riesgo de lesiones y alteraciones materno fetales, este porcentaje es menor al compromiso de bienestar fetal, compresión del cordón umbilical o el desprendimiento de la placenta (24) con una incidencia del 17,1%. El 4,7% lo ocupa la desproporción cefalopélvica de origen fetal que ocurre cuando la cabeza del feto o su dimensión es demasiado grande para la pelvis materna y no le permitirá salir por ella a pesar de la presencia de contracciones, deteniendo la dilatación cervical.

En la Tabla 7 se evidencia que el 99,2% de las cesáreas no se deben a causas ovulares solamente el 0,8% fue por patología de cordón umbilical. En la tabla 8 se establece que la solicitud materna para cesárea es del 23,3%, mientras que el 76,7% no fue solicitado. Finalmente, en la Tabla 9 no fueron los factores intrínsecos que llevaron a la intervención por cesárea en primer embarazo a término con el 96,1% el 3,9% restante fue por edad materna

La Tabla 12 refleja que el compromiso de bienestar fetal es ascendente conforme la madre tiene más años, pasando del 0,78% cuando está entre los 14 y 18 años, a 4,65% cuando tiene entre 19 y 23 años y llegando al 7,75% entre los 23 y 30 años, de ahí disminuye (3,88%) y desaparece a partir de los 40 años esto se puede explicar por la poca cantidad de pacientes en este grupo etario.

- *Enfermedades maternas*

Los resultados sobre las enfermedades maternas que se expone en la Tabla 5, inicia con la preclamsia severa, esta ocurre antes del parto y se aparece cuando la mujer se le diagnostica con presión arterial alta, así como un nivel excesivo de proteínas en la orina como consecuencia de un daño renal. Se presenta a partir de las 20 semanas del embarazo, afectando el binomio materno fetal siendo en estos casos muchas veces el parto por cesárea. (25).

El 10,9% de preclamsia severa está arriba del máximo de los parámetros internacionales que están entre el 2 al 10% mientras que, en el Ecuador, este tipo de problemas de salud materna constituyen la primera causa de morbilidad perinatal con una presencia estadística del 8,3% y se le responsabiliza la muerte infantil en un 14% (26). Bajo esta perspectiva teórica, sería importante establecer medidas preventivas.

Por otra parte, el Colestasis Intrahepática del Embarazo en la población estudiada está en el 1,4% de ocurrencia y es una afección hepática que ocurre al finalizar el embarazo, provocando prurito en las manos y los pies u otras partes del cuerpo, especialmente en las noches, sin que sea un

sarpullido, aparece en las gestantes que son genéticamente susceptibles. Este trastorno tiene una importancia significativa por su considerable morbilidad fetal perinatal, debiéndose diagnosticar a tiempo. (27). En el Ecuador su incidencia es desconocida, pero en investigaciones bibliográficas se descubrió a nivel mundial está entre el 0,2 y el 25% dependiendo del origen étnico y la ubicación geográfica. Así en las zonas indígenas araucanas de América del Sur su prevalencia es del 25% mientras que en América del Norte solo está entre el 0,4 y el 1% (28).

Como se puede observar en la Tabla 13, la preclamsia severa es recurrente en casi todas las edades, menos en mujeres de más de 40 años. Por su lado, la Colestasis Intrahepática del Embarazo se presenta en diferentes edades y no en todas las primerizas embarazadas a término. Así también es claro que las mujeres mayores de 40 años, no presentan ninguna enfermedad que complique el parto, pero si es una tendencia preocupante que aquellas mujeres entre los 30 y 40 años, tienen más posibilidades de tener enfermedades bajo una misma probabilidad de ocurrencia, mientras que el contrario, la población más joven tiene menos posibilidades con un porcentaje muy bajo (0,78%) de tener Preclamsia severa.

- *La procedencia de pacientes con primer embarazada a término*

Para establecer si existe una incidencia de la procedencia de las pacientes con primer embarazada a término, se realizó un cruce de variables con los siguientes resultados:

Se analiza si la procedencia tiene alguna tendencia respecto a las enfermedades maternas y la edad de la madre, así se tiene la Tabla 14 donde se puede visualizar que la mayor incidencia de enfermedades en todas las edades en la zona urbana es la Preclamsia Severa, a excepción de las mujeres mayores de 40 años que no se encuentran en este rango. Seguidamente, en la procedencia rural, refleja que estas pacientes solo mantienen la Preclamsia Severa como una incidencia de enfermedad en edades tempranas entre los 18 y 23 años.

Finalmente se puede acotar que la Preeclampsia Severa en zonas rurales es muy común en países Latinoamericanos, ya que las pacientes viven lejos de hospitales, falta de transporte y utilizan medicina alternativa tradicional que a menudo juegan un papel importante en la atención de la salud debido a la accesibilidad y la confianza de la comunidad en estas prácticas. Sin embargo, es crucial entender que estas prácticas no reemplazan el tratamiento médico convencional, especialmente en casos de preeclampsia severa (29). Ciertas comunidades utilizan algunas hierbas, infusiones y tés de hierbas para intentar controlar la presión arterial, algunas pueden tener propiedades beneficiosas, pero su eficacia y seguridad no están bien estudiadas en el contexto (30).

Una vez finalizado el análisis pormenorizado, se procede a discutir los resultados, es así como se puede decir que la cesárea en pacientes con un primer embarazo a término es una intervención médica valiosa en muchas circunstancias, pero debe ser considerada cuidadosamente. Los

profesionales de la salud deberán balancear los beneficios y riesgos, proporcionando un entorno de apoyo y asegurando que las decisiones se tomen en el mejor interés de la madre y el bebé. La educación y el consentimiento informado son esenciales para garantizar que las pacientes comprendan plenamente sus opciones y participen activamente en el proceso de toma de decisiones.

A pesar de lo antes dicho, en muchos países de Latinoamérica, las tasas de cesáreas son notablemente altas, este es el caso de Brasil y México donde se reportan tasas superiores al 50% en algunos estudios y muy por encima del 10 al 15% recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (31). En el caso de estudio, el 23,3% de las madres solicitaron una intervención por cesárea mientras que el 76,7% fue por la necesidad de salvaguardar la vida de la madre o del feto por nacer, que sin bien este resultado está por encima del previsto por la OMS, la vida de la paciente y del niño está por encima de estos porcentajes.

Como se dijo, 2 de cada 10 madres solicitaron ser intervenidas a través de cesárea y esto puede ser por el temor al dolor asociado con el parto vaginal. La percepción de que la cesárea es menos dolorosa puede llevar a las madres a preferir esta opción. Otras mujeres y sus familias creen que la cesárea es más segura para el bebé y la madre, influenciadas por historias personales o anécdotas de otras mujeres que han tenido experiencias complicadas con el parto vaginal (32).

También se puede explicar que, en regiones rurales y desfavorecidas, el acceso a atención obstétrica de calidad puede ser limitado, lo que a veces lleva a cesáreas como medida de precaución ante la falta de recursos para manejar complicaciones del parto vaginal. Ante esta problemática, se ha capacitado a las parteras que son las encargadas en recibir a los niños en las zonas rurales, fomentando el parto humanizado como parte de la necesidad para una atención integral y de sobrevivencia de la madre y su hijo (33).

Por otro lado, las tasas de cesáreas en los Estados Unidos (EE.UU.) varían significativamente entre Estados y hospitales, con un promedio nacional alrededor del 32,5% para nacimientos en general. Los factores que influyen en esta prevalencia son mayormente aquellos que se relacionan con la política hospitalaria, las prácticas obstétricas y perfiles de riesgo de las pacientes como los más influyentes (34). Cabe mencionar que, la preocupación por demandas por mala praxis y la cultura de la medicina defensiva pueden contribuir a la decisión de realizar cesáreas. Además, el uso de tecnología avanzada y monitoreo fetal continuo puede llevar a intervenciones más frecuentes, adicionalmente las mujeres en EE.UU., reciben información sobre sus opciones de parto y pueden elegir una cesárea por razones personales, aunque el movimiento hacia el parto natural y el parto vaginal después de cesárea está ganando popularidad (35).

En los países europeos tienden a tener tasas de cesárea más bajas en comparación con Latinoamérica y EE.UU., aunque también varían entre países. Por ejemplo, los países nórdicos tienen algunas de las tasas más bajas que está por el 20% (36), mientras que Italia y Portugal presentan tasas más altas que están alrededor del 38,1% (37). Hay que considerar que los países de la región europea cuentan con modelos de atención obstétrica que promueven el parto vaginal, con un fuerte énfasis en la atención liderada por matronas, partos en casa y centros de parto fuera del hospital en casi todos los países (38), esto fomenta una menor intervención y un enfoque más natural del parto. Las políticas de salud pública en Europa a menudo promueven prácticas basadas en evidencia y el uso prudente de cesáreas, de ahí que las directrices clínicas europeas tienden a ser estrictas en cuanto a las indicaciones médicas para la cesárea, priorizando la seguridad materno-fetal (39).

CONCLUSIÓN

- La población del presente estudio estuvo conformada por paciente de 14 a 41 años, predominaron las pacientes con grupo de edad comprendida entre 23 y 30 años con el 41.9%, probablemente debido a una planificación familiar más consecuente y el mayor acceso a educación y planificación familiar de este grupo, sin embargo, la presencia de adolescentes de entre 14 y 18 años fue del 7% y esto resalta en un desafío social que demanda atención inmediata, ya que este grupo etario por lo general se asocia a mayor vulnerabilidad en ámbito académico y social debido a esta condición.
- En el nivel educativo se describió que, las madres con instrucción de cuarto nivel (postgrado) formaron el 0.8% del total de la muestra, mientras que el grupo mayoritario lo conformaron las paciente con educación secundaria que corresponden al 62%, estos grupos de pacientes suelen tener acceso a información y recursos que facilitan decisiones informadas, no obstante, esto podría estar asociado a un aumento en cesáreas debido a creencias erróneas sobre riesgos de su vida o del feto al momento del parto. Por ello, se necesitan campañas educativas que promuevan las ventajas del parto vaginal cuando no existen riesgos médicos, eliminando prejuicios que favorezcan las intervenciones quirúrgicas innecesarias.
- El lugar de residencia es otro factor que influye en las tasas de cesárea ya que observamos que 113 pacientes provienen de la zona urbana y 16 de la zona rural, esto se explica por las limitaciones de alejamiento de los espacios urbanos de este grupo de pacientes y esto demanda soluciones como la capacitación de personal local y el fortalecimiento de sistemas de referencia inmediatas a hospitales de primer nivel, para garantizar atención equitativa e integral. Tales intervenciones no solo mejoran los resultados perinatales, sino que también abordan disparidades estadísticas regionales que perpetúan desigualdades en la atención médica.

- Dentro de las causas maternas para cesárea encontramos situaciones propias de las pacientes destacando la distocia de partes óseas con el 13.2%; y dentro de las enfermedades maternas tenemos a la preclamsia severa, identificada en el 10,9% de los casos y la colestasis intrahepática del embarazo con el 1.4% de los mismos, debido al alto porcentaje de estas enfermedades que exceden los porcentajes internacionales es importante un correcto control y monitoreo prenatal temprano, para la detección oportuna de estas enfermedades que afectan al binomio materno fetal, y en muchas ocasiones condicionan la vía de terminación del embarazo.
- La cesárea por solicitud materna se ubicó en el 23.3% del total esto es relevante puesto que, al no existir indicación médica específica, este porcentaje de cesáreas se realizaron por creencias o preferencia de este grupo de pacientes y sería importante el aumentar la información de riesgos y beneficios de este procedimiento para que se pueda tomar una decisión más informada.
- En las causas fetales el compromiso de bienestar fetal con el 17.1% y la desproporción cefalopélvica de origen fetal con el 4.7% son las que destacan en la decisión de realizar cesáreas estas condiciones tienen un impacto crítico en la salud materno – fetal, siendo fundamental que el manejo del embarazo y el trabajo de parto incluya evaluaciones periódicas para minimizar complicaciones y reducir la necesidad de intervenciones quirúrgicas.
- Es imperativo abordar las tasas de cesárea con una visión integral que contemple intervenciones médicas, educativas y sociales donde la educación de las pacientes, esté combinada con políticas públicas inclusivas y prácticas basadas en evidencia, lo que resulta esencial para mejorar los estadísticos de salud y reducir desigualdades. Este estudio destacó la importancia de garantizar que las decisiones relacionadas con el parto estén fundamentadas en criterios médicos sólidos, respetando a su vez la autonomía de las mujeres y priorizando el bienestar materno -fetal en todos sus contextos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. *Incidencia y principales indicaciones de cesárea en primigestas usuarias de un hospital de Machala*. **Riofrío, Aracelis, Zapata, Kevin y Rodríguez, Janeth**. 1, Manabí : Universidad Técnica de Machala, 2023, Polo del Conocimiento, Vol. 8, págs. 1004 - 1018.
2. **Organización Panamericana de la Salud**. Determinantes sociales de la salud. [En línea] OPS, 12 de julio de 2023. [Citado el: 6 de junio de 2024.] <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>.
3. **Organización Mundial de la Salud**. Mortalidad materna. [En línea] OMS, 22 de febrero de 2023. [Citado el: 12 de mayo de 2024.] <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>.
4. *Cambios fisiológicos durante el embarazo normal*. **Carrillo, Paúl, y otros**. 1, México : Revista de la Facultad de Medicina, 2021, Vol. 64.
5. *Frecuencia de y cesáreas en establecimientos públicos y privados de la Provincia de Concepción*. **Escalona, Juan, y otros**. 6, Concepción : Revista chilena de obstetricia y ginecología, 2022, Vol. 87.
6. **Ministerio de Salud Pública**. *Atención del parto por cesárea. Guía de Práctica Clínica*. Quito : Dirección Nacional de Normatización, 2016.
7. **INEC**. *Registro Estadístico de Nacidos Vivos y Defunciones Fetales 2022*. Quito : INEC, 2023.
8. **Ministerio de Salud Pública**. *Gaceta de muerte materna*. Quito : Subsecretaría de Vigilancia de la Salud Pública, 2020.
9. **Terki, Fatiha y Malhotra, Usha**. *Pautas médicas y de prestación de servicios para servicios de salud sexual y reproductiva*. Londres : International Planned Parenthood Federation, 2021.
10. **Clínica Mayo**. Embarazo pasado de término: qué hacer cuando el bebé no llega. [En línea] Mayo Clinic, 22 de septiembre de 2022. [Citado el: 6 de junio de 2024.] <https://www.mayoclinic.org/es/healthy-lifestyle/pregnancy-week-by-week/in-depth/overdue-pregnancy/art-20048287>.
11. *Los cambios en la definición del recién nacido de término y su implicancia en los cuidados perinatales. ¿Se están cumpliendo?* **Ceriani, José**. 5, Buenos Aires : Archivos Argentino de Pediatría , 2017, Vol. 115.
12. *Importancia de la nutrición durante el embarazo*. **Martínez, Rosa, y otros**. 1, Madrid : Revista Nutrición Hospitalaria, 2020, Vol. 37.
13. **Ministerio de Salud Pública**. *Control Prenatal Guía de Práctica Clínica*. s.l. : Dirección Nacional de Normatización, 2019.

14. **Hospital Humanitario Fundación Pablo Jaramillo.** Hospital Humanitario. [En línea] Grupo Consenso, 11 de octubre de 2021. [Citado el: 22 de junio de 2024.] <https://www.hospitalhumanitario.org/>.
15. **INEC.** *¿Madre solo hay una?* Quito : Ecuador en Cifras, 2010.
16. **Naciones Unidas.** *Niñas y adolescentes.* Quito : Naciones Unidas Ecuador, 2022.
17. **INEC.** *Embarazo Adolescente.* Quito : Ecuador en Cifras, 2010.
18. —. *Madres solteras en Ecuador.* Quito : Ecuador en Cifras, 2010.
19. **Ávila, Uriel.** Madres solteras en Latam: Una situación que crece de forma acelerada y sin control. [En línea] IberNews, 6 de septiembre de 2022. [Citado el: 8 de junio de 2024.] <https://iberonewsia.com/madres-solteras-en-latam-una-situacion-que-crece-de-forma-acelerada-y-sin-control/>.
20. *Distocia dinámica.* **Riethmülle, Didier y Equy, Van.** 1, Madrid : Revista Issue, 2022, Vol. 58.
21. *Parto Distócico por desproporción feto-pélvica.* **Vallecillo, Gaspar, Ramos, José y Alvarado, Alberto.** 1, México : Revista Médica Hondur, 2021, Vol. 43.
22. *Distocia dinámica.* **Riethmuller, Danilo, Equy, Van y Mottet, Nicolas.** 1, Madrid : Revista de Ginecología y Obstetricia, 2022, Vol. 53.
23. **Moldenhauer, Julie.** Presentación, posición y situación fetales (incluida la presentación de nalgas). [En línea] MSD, 16 de enero de 2024. [Citado el: 23 de junio de 2024.] <https://www.msmanuals.com/es-es/hogar/salud-femenina/complicaciones-del-parto/presentaci%C3%B3n,-posici%C3%B3n-y-situaci%C3%B3n-fetales-incluida-la-presentaci%C3%B3n-de-nalgas>.
24. *Validación de las pruebas de bienestar fetal anteparto .* **Melchor, Juan.** 90, Vizcaya : Universidad del País Vasco, 2020, Vol. 42.
25. *Preeclampsia. Eclampsia y síndrome HELLP.* **Cararach, Vicente y Botet, Francisco.** 1, Barcelona : Asociación Española de Pediatría, 2019, Vol. 1.
26. *Incidencia y severidad de la preeclampsia en el Ecuador.* **Moreira, Mariuxi y Montes, Ramona.** 1, Quevedo : Revista Científica Dominio de las Ciencias, 2022, Vol. 8.
27. *Colestasis intrahepática del embarazo.* **Arriega, Alberto, y otros.** 1, México : Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM, 2020, Vol. 4.
28. *Colestasis intrahepática del embarazo. Expresividad clínica, bioquímica y resultados perinatales.* **Rodríguez, Margarita, y otros.** 1, Holguín : Revista Correo Científico Médico, 2019, Vol. 1.

29. *La preeclampsia un problema de salud pública mundial*. **Vargas, Víctor, AAcosta, Gustavo y Moreno, Mario**. 6, Santiago : Revista Chilena de Obstetricia, 2022, Vol. 77.
30. **Hospital Gneral Privado Durán**. Medicina natural para cuidar la salud. [En línea] Hospital Gneral Privado Durán, 3 de agosto de 2023. [Citado el: 4 de agosto de 2024.] <https://hospitalduran.com/medicina-natural-para-cuidar-tu-salud/>.
31. **OMS**. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. [En línea] Organización Mundial de la Salud, 14 de abril de 2015. [Citado el: 3 de agosto de 2024.] <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-15.02>.
32. *Percepción de las vías del parto de mujeres en edad reproductiva: una revisión de la literatura*. **Barrera, Gabriela, y otros**. 2, Santiago : Revista chilena de obstetricia y ginecología, 2022, Vol. 87.
33. *El parto humanizado como necesidad para la atención integral a la mujer*. **Borges, Lareisy, y otros**. 3, La Habana : Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, 2018, Vol. 44.
34. **Chalik & Chalik**. La tasa de cesárea de Estados Unidos excede la media mundial. [En línea] Chalik & Chalik, 2 de noviembre de 2023. [Citado el: 3 de agosto de 2024.] <https://www.chaliklaw.com/es/blog/tasa-de-cesarea-de-los-estados-unidos-excede-la-media-global/>.
35. **Clínica Mayo**. Cesárea. [En línea] Mayo Clinic, 11 de agosto de 2022. [Citado el: 3 de agosto de 2024.] <https://www.mayoclinic.org/es/tests-procedures/c-section/about/pac-20393655>.
36. *Consideraciones sobre el índice de cesárea primitiva*. **Piloto, Mercedes y Nápoles, Danilo**. 1, La Habana : Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia, 2024, Vol. 40.
37. **BBC Mundo**. El mapa de los países donde se practican más y menos cesáreas en el mundo. [En línea] BBC, 13 de julio de 2015. [Citado el: 4 de agosto de 2024.] https://www.bbc.com/mundo/noticias/2015/07/150710_cesareas_mundo_motivos_paises_jm.
38. *El modelo de atención por matronas durante el embarazo y parto de bajo riesgo, en comparación con otros modelos de atención*. **Herrera, Antonio**. 1, La Palma : Ene Revista de Enfermería, 2022, Vol. 16.
39. *La Construcción de Políticas de Salud basada en evidencias*. **Pascual, María**. 1, La Habana : Organización Panamericana de la Salud, 2020, Vol. 1.

