



**FACULTAD DE MEDICINA**

**PARTO VS CESÁREA Y SUS INDICACIONES EN  
LA CLÍNICA HUMANITARIA EN EL AÑO 2008**

TRABAJO DE GRADUACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE  
MÉDICO

AUTOR: Fabiola Riquetti Peralta.

TUTOR: Dr. Germán Montesdeoca Arias.

Cuenca, Ecuador

2009



## **CONTENIDO**

1. RESUMEN .....	1
2. ABSTRACT .....	1
3. INTRODUCCIÓN.....	2
4. OBJETIVOS .....	5
5. MATERIALES Y MÉTODOS.....	5
6. RESULTADOS .....	6
7. DISCUSIÓN .....	7
8. CONCLUSIÓN.....	8
9. BIBLIOGRAFÍA .....	8
10. ANEXOS .....	10



# PARTO VS CESÁREA Y SUS INDICACIONES EN LA CLÍNICA HUMANITARIA EN EL AÑO 2008

Fabiola Riquetti Peralta. \*

---

## 1. RESUMEN

**Objetivo.** Determinar la prevalencia e indicaciones de cesárea, y compararlas con el número total de partos vaginales producidos durante el año 2008.

**Materiales y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo, de 1429 gestantes atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia de la Clínica Humanitaria desde el 1 de enero al 31 de diciembre del año 2008.

**Resultados.** El 54,93% correspondió a partos vaginales y 45,07% a cesáreas. Las principales indicaciones de cesárea fueron: Cesárea Anterior/Iterativa I-II 33,07%; Sufrimiento Fetal Agudo 14,6%; Desproporción Cefalopélvica 11,02%; Dilatación Estacionaria 9,32% Pelviano 4,35%; entre otras.

**Conclusión.** La tasa alcanzada de cesáreas supera con mucho el estándar fijado por la OMS del 15%, que a pesar de ser un aumento mundial, podría deberse al incremento de cesáreas previas y por tratarse de que nuestra institución, la Clínica Humanitaria, es un centro de referencia.

**PALABRAS CLAVES:** Cesárea, prevalencia, Indicaciones.

## 2. ABSTRACT

**Objective.** To determine the frequency and indications of caesarean section, and compared with the total number of vaginal deliveries during 2008.

**Materials and methods.** Retrospective descriptive study, of 1429 pregnant women attending the Department of Obstetrics in the Clínica Humanitaria of the Pablo Jaramillo Crespo Foundation, from January 1 to 31 December 2008.

**Results.** The 54,93% were vaginal deliveries and caesarean sections to 45,07%. The main indications for caesarean delivery were: previous caesarean section/Iterative I-II 33,07%; 14,6% acute fetal distress, cephalo-pelvic Disproportion 11,02%; stationary dilation 9,32%; pelvic presentation 4,35%; among others.

**Conclusion.** The incidence achieved far exceeds the standard set by OMS of 15%, despite a worldwide increase could be justified with the increase of previous cesarean section and because of our institution, the Humanitarian Clinic is a referral center.

**KEY WORDS:** Cesarean section, prevalence, Indications.

---

\* Interna del Servicio de Obstetricia y Ginecología, Clínica Humanitaria

### 3. INTRODUCCIÓN

Se define al parto como un proceso fisiológico que pone fin al embarazo por el cual se produce la salida desde el útero al exterior, a través del canal del parto, de un feto, vivo o muerto, seguido de sus anexos ovulares. (1)

Entendemos por mecanismo del parto los movimientos que debe realizar el feto (objeto del parto) para atravesar el canal del parto, bajo el impulso del motor (contracciones uterinas y músculos abdominales maternos). Cada uno de estos tres elementos debe cumplir su propio cometido e interactuar de manera eficiente. (1,2)

La operación cesárea está indicada cuando el parto vaginal no es posible o cuando conlleva mayor riesgo materno-perinatal, aunque las principales indicaciones dependen en gran medida del juicio y experiencia del obstetra.

Se puede clasificar según el momento de la decisión en Electivas y de Urgencia; según la magnitud del riesgo materno-fetal en Absolutas y Relativas; y según el origen de la causa pueden ser Maternas, Fetales, Ovulares o Materno- fetales. (1,2)

Baudelocque definió la cesárea como “una operación por la cual se abre una

vía para el nacimiento del niño” (3). En la actualidad, se define como el nacimiento del feto a través de una incisión en la pared abdominal (laparotomía) y una en el útero (histerotomía) (2).

La palabra cesárea no tiene origen claramente establecido. Existe una teoría que asociaría su origen al nacimiento de Julio César pero, es poco probable porque en aquella época la mortalidad materna era prácticamente 100% y su madre vivió varios años más. Por lo tanto lo más aceptable es que la etimología derivaría del verbo en latín cortar: “caedere”.

La primera cesárea de la que se tienen noticias exactas, fue practicada por Jeremias Trautmann en el año 1610. La técnica de la cesárea fue descrita como procedimiento médico por Mariceau recién en el siglo XVII, se practicaba sólo una histerotomía corporal de salvataje en casos excepcionales con alta mortalidad.

En 1870, Eduardo Porro, marcó un hito histórico, propugnando la histerectomía subtotal postcesárea y la sutura del muñón a la herida laparotómica, disminuyendo con ello la mortalidad materna por hemorragia e infección.

Con esta misma finalidad, Max Sanger perfeccionó la técnica de sutura del miometrio. Frank, en 1907, ideó la cesárea extraperitoneal para intentar reducir la mortalidad materna por sepsis.

En 1912, Kroning, propuso realizar la incisión uterina en sentido longitudinal a nivel del segmento, donde la pérdida hemática es menor, el peligro de peritonitis se aminora y la cicatrización es mejor disminuyendo el riesgo de rotura uterina ulterior. Por último, Kerr en 1933, ideó la histerotomía segmentaria transversa baja, universalmente aceptada hasta nuestros días. (1, 2, 4)

Las innovaciones ocurridas en el siglo XX en relación a las cesáreas, como las técnicas quirúrgicas asépticas, anestesia confiable, la introducción de métodos más sofisticados para detectar sufrimiento fetal agudo y crónico, han permitido disminuir en forma importante la mortalidad materna y fetal.

Desventuradamente, con estos avances sobrevino un incremento en la tasa de cesáreas (4-7), siendo esta última, considerada como un indicador de calidad de la atención materna y perinatal.

Según Sardiñas (8), “estamos viviendo la era de la moda de la cesárea”. La tasa recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (9) es del 15%, el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) 15.5% y Salud para todos en 2010 también da un 15% en nulíparas con presentaciones cefálicas a término y 63% en mujeres con cesárea anterior (2). En los hospitales públicos la frecuencia es menor que en los privados, sobre todo donde hay cursos de posgrado en obstetricia y ginecología (10).

De los 11,5 millones de niños nacidos anualmente en América Latina y Caribe, cerca de 4 millones lo hacen por operación cesárea. En los últimos 25 años se incrementó más de 2 veces (15 a 35%). En países como Nicaragua y Bolivia las cesáreas en el grupo de mujeres de alto nivel socioeconómico es de 35% y 44% respectivamente, siendo en los grupos económicamente más pobres de 3% y 4%.

En Brasil, en el grupo socioeconómicamente fuerte fue de 77%. Las desigualdades en parte se deben a dificultades en el acceso a la atención médica especializada. (11)

Según la encuesta ENDEMAIN 2004, la tasa general de cesáreas informada en Ecuador es de 25.8%. Estas son más frecuentes en el área urbana (34.0%) que en la rural (16.1%). Las mujeres con instrucción superior tienen la tasa más alta (49.1%), casi cinco veces a la de mujeres sin educación formal. Las tasas más elevadas se encuentran en establecimientos del IESS (50.0%) y en las clínicas, hospitales y médicos privados (49.8%). (12)

Según el INEC 2006, los porcentajes son: en establecimientos privados 32% en los públicos 15.5%, en las clínicas privadas 41.2%, el IESS 40.1% en el Ministerio de Salud Pública (MSP) 13.3%. El porcentaje es mayor en mujeres del área urbana y en Manabí, Guayas y El Oro mientras que las más bajas están en Cañar y Bolívar. (13) Según los informes del MSP del 2007, la tasa de cesáreas es del 18,13% en Azuay y 21.03% a nivel nacional. (14)

La cesárea es un procedimiento razonablemente seguro para la madre y para el feto, sin embargo, ni es inocua ni sus complicaciones son siempre previsibles o evitables, por lo que están expuestas a posibles complicaciones inherentes a la misma que son potencialmente graves y aumentan el

riesgo de mortalidad materna, fetal y neonatal, así como los días de estancia hospitalaria (15,16).

El nacimiento por cesárea está asociado a complicaciones que van de 12 a 15%. Entre las más frecuentes están infecciones, hemorragia y fenómenos tromboembólicos; la incidencia de morbilidad obstétrica severa oscila entre 0.05% y 1.09%. La mortalidad materna posterior a cesárea es seis veces mayor que después de parto vaginal. En cesárea electiva dicho incremento es tres veces mayor. (14-20)

Además, en el recién nacido se puede presentar distrés respiratorio, mayor incidencia de prematuros por mala evaluación preoperatoria, mayor hipertensión pulmonar persistente, trastornos de regulación térmica e inmunológica.

Dessoles y col. (21) encontraron lesiones en niños nacidos por cesárea, sobre todo en las de emergencia. El riesgo de enfermedades respiratorias neonatales fue siete veces mayor en los nacidos por cesárea electiva a las 37 semanas y tres veces mayor a las 38 semanas al compararlos con un nacimiento vaginal de igual edad gestacional (22).

No se encontraron diferencias significativas entre los nacidos por cesáreas electivas a las 39 semanas y los nacidos por vía vaginal a las 40 semanas. En las cesáreas de emergencia, el riesgo aumentó según avanzaba la edad gestacional; el trabajo de parto o la ruptura de las membranas antes de la cesárea pueden ser benéficos para el recién nacido. Estos resultados indican que se puede reducir la morbilidad neonatal por enfermedades respiratorias si las cesáreas electivas se realizan en la semana 39 de gestación (22).

Las estrategias para racionalizar el uso de la cesárea incluyen: utilización del partograma para detectar alteraciones del trabajo de parto; una segunda opinión para decidir la cesárea debería ser obligatoria en los hospitales públicos, excepto en casos de emergencia como prolapso del cordón, hemorragias, sospecha de rotura uterina; hacer una evaluación clínica de la pelvis.

Debe trabajarse en la posibilidad de parto vaginal en las pacientes con cesárea anterior, con las seguridades del caso; entrega diaria de la guardia; auditoría mensual de las cesáreas evitables; honorarios profesionales

iguales para partos por vía vaginal y por cesárea. Otra posibilidad es la de incorporar la instrucción en psicoprofilaxis a toda mujer embarazada, lo cual ha demostrado reducir el número de partos operatorios. (23)

#### **4. OBJETIVOS**

Los objetivos del presente trabajo son: determinar la prevalencia de cesárea en el Servicio de Gineco-Obstetricia de la Clínica Humanitaria de la Fundación Pablo Jaramillo Crespo, reconocer las principales indicaciones de cesáreas y compararlas con el número total de partos vaginales producidos durante el año 2008. Además, analizar si las intervenciones fueron electivas o de emergencia.

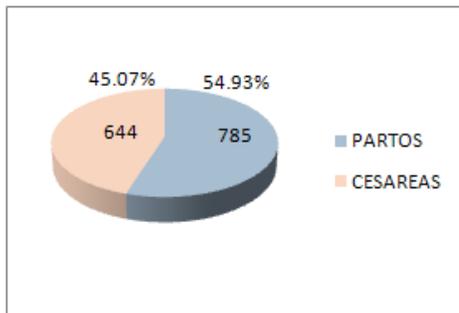
#### **5. MATERIALES Y MÉTODOS**

El presente es un estudio descriptivo y retrospectivo, con una muestra de 1429 gestantes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia de la Clínica Humanitaria de la Fundación Pablo Jaramillo Crespo, Cuenca-Ecuador, en el período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2008.

Para su realización se consultó el Libro de Partos, las historias clínicas y las Epicrisis, extrayéndose de éstos, número total de partos y número total de cesáreas. Estas últimas fueron discriminadas de acuerdo a sus indicaciones, basada en el protocolo y procedimiento previamente establecido dentro de la institución (Anexo 1), determinando su frecuencia y si fueron electivas o de emergencia.

## 6. RESULTADOS

En el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre, se registraron 1429 pacientes. Los resultados de partos vaginales y cesáreas, se muestran en el Grafico 1.



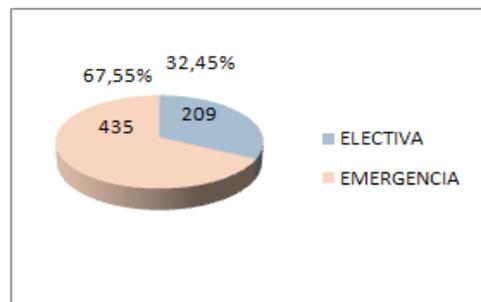
**Gráfico 1. Partos Vaginales y Cesáreas**

En el análisis de los casos, se detallan las principales indicaciones de parto por cesárea en la Tabla 1. Incluyendo, entre otras causas a: cesárea a solicitud, inducción fallida, mioma cervical, procidencia de cordón, cirugía uterina previa y cesárea iterativa III.

CAUSA	No.CASOS	%
CESAREA ANTERIOR/ITERATIVA I-II	213	33.07
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO	94	14.60
DESPROPORCION CEFALOPELVICA	71	11.02
DILATAACION ESTACIONARIA	60	9.32
PELVIANO	28	4.35
DISTOCIAS MATERNAS, PELVICAS Y DINAMICAS	24	3.73
ESTRECHEZ PELVICA	21	3.26
HIPERTENSION INDUCIDA POR EL EMBARAZO	20	3.11
SUFRIMIENTO FETAL CRONICO / RETARDO DEL CRECIMIENTO IINTRAUTERINO	20	3.11
PREMATUREZ + LABOR DE PARTO / RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	17	2.64
DISTOCIA PRESENTACION	10	1.55
EMBARAZO DE ALTO RIESGO	10	1.55
DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA	8	1.24
MALFORMACION FETAL	7	1.09
PLACENTA PREVIA	6	0.93
OLIGOAMNIOS SEVERO	5	0.78
PRIMIGESTA TEMPRANA	5	0.78
PRIMIGESTA TARDIA	5	0.78
EMBARAZO MULTIPLE	4	0.62
OTRAS	16	2.48

**Tabla 1. Indicaciones de Cesáreas**

Los resultados de cesáreas electivas y de emergencia se muestran en el Grafico 2.



**Gráfico 2. Cesáreas Electivas y de Emergencia**

En el Gráfico 3, se relacionan la indicación de la cesárea y si fue electiva o de emergencia.

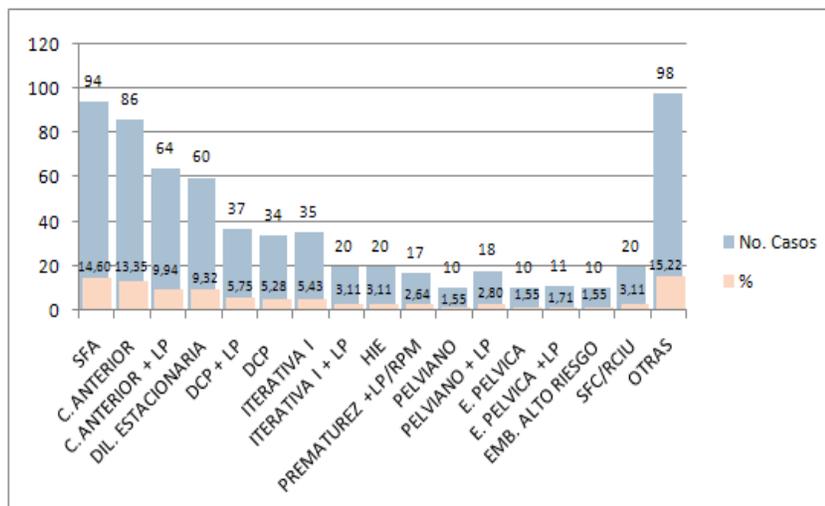


Gráfico 3. Cesáreas Electivas y de Emergencia

## 7. DISCUSIÓN

En las últimas décadas se evidencia un aumento significativo en el número de embarazos finalizados por operación cesárea a nivel global. Los factores asociados a tal fenómeno, se describen aspectos médicos, sociales, personales y legales.

Entre los que contribuyen al aumento de la tasa de cesáreas podemos mencionar: el mejor entrenamiento de médicos obstetras y anestesiólogos que la hacen un procedimiento seguro; la disminución de las habilidades obstétricas del personal encargado de la atención de los partos; la creciente edad de las madres; la mayor capacidad tecnológica para detectar sufrimiento fetal; la preferencia que manifiestan ciertos sectores de la sociedad.

Además, situaciones obstétricas mal definidas (parto en cesárea anterior, embarazos dobles, desproporción céfalo-pélvica); prevención de trastornos en la incontinencia de orina, prolapsos, disfunción sexual, además, no puede dejar de mencionarse la práctica de una medicina defensiva. Es decir la cesárea como fenómeno cultural no puede explicarse solamente a través de una lente médica.

La incidencia alcanzada del 45.07% supera con mucho el estándar fijado por la OMS del 15%, que a pesar de ser un aumento mundial, podría justificarse con el incremento de cesáreas previas y por tratarse de que nuestra institución, la Clínica Humanitaria, es un centro de referencia de tercer nivel dentro de la ciudad y del Austro.

## 8. CONCLUSIÓN

En el presente trabajo se analizaron 1429 pacientes, encontrando una tasa del 45.07% de partos por Cesárea, obtenida en el año 2008 en la Clínica Humanitaria. Las cinco principales indicaciones de cesárea han correspondido a Cesárea Anterior/ Iterativa I-II con el 33.07%, Sufrimiento Fetal Agudo equivalente al 14.6%, Desproporción Cefalopélvica con el 11.02%, Dilatación Estacionaria con 9.32 % y Pelviano con 4.35%. La suma de las mismas representa el 72.36% del total de indicaciones del año 2008. El 32.34% fueron electivas y el 67.55% de emergencia.

La tasa alcanzada del 45.07% supera con mucho el estándar fijado por la OMS del 15%, que a pesar de ser un aumento mundial, podría justificarse con el incremento de cesáreas previas y por tratarse de que nuestra institución, la Clínica Humanitaria, es un centro de referencia de tercer nivel dentro de la ciudad y del Austro.

## 9. BIBLIOGRAFÍA

1. Bajo JM, Melchor JC, Mercé LT, et al. Fundamentos de Obstetricia (SEGO). España: Gráficas Marte; 2007.

2. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom S, Gilstrap III LC, Hauth JH, Wenstrom KD. Obstetricia de Williams. 22ª edición. México: Mac Graw-Hill; 2006.
3. Takuri CC, Matorras WR, Nieto DA, Ortega GA. Historia de La cesárea. *Toko Gin Práct.* 1997;56:189-193.
4. Lugones MA. La cesárea en la historia. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2001; 27(1): 53-56.
5. Eastman NJ. The role of Frontier America in the development of cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 1932;24:919-922.
6. Karchmer KS, Fernández-del Castillo C. Obstetricia y Medicina Perinatal. *Temas Selectos.* México: Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia; 2006.
7. Chalmers I, Emkin M, Keirse MJ. *Effective Care in Pregnancy and Childbirth.* VolIII. 3rdEd. New York: Oxford University Press; 2000.
8. Sardiñas RA. La operación cesárea y la obstetricia de hoy. *Ginecol Obstet Mex.* 2005;73:155-159.
9. WHO. Appropriate thechnology for birth. *Lancet.* 1985;2:437-438.
10. Vanina G, Sampor CV, Storni MP, et al. Incidencia y principales indicaciones de cesárea. *Rev*

- Postgrado de la Cátedra de Medicina. 2005;150:9-23.
11. Cesáreas en América Latina. [online]. Oct-Nov 2007. [citado 25 Junio 2009]. Disponible en: [http://www.nacerlatinoamericano.org/\\_Archivos/\\_Menu-principal/05\\_Preguntas/\\_Temas/Respuesta/parto.cesareaa1.pdf](http://www.nacerlatinoamericano.org/_Archivos/_Menu-principal/05_Preguntas/_Temas/Respuesta/parto.cesareaa1.pdf)
  12. Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil ENDEMAIN 2004 Informe Final. [online]. Oct 2005. [citado 25 Junio 2009]. Disponible en: [http://www.cepar.org.ec/endemain\\_04/nuevo05/pdf/texto/01\\_introduccion.pdf](http://www.cepar.org.ec/endemain_04/nuevo05/pdf/texto/01_introduccion.pdf)
  13. Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal [online]. Septiembre 2008. [citado 26 Junio 2009]. Disponible en: <http://www.conasa.gov.ec/codigo/publicaciones/MaternonNeonatal/1.%20PlanNacionaldeReduccionAceleradadelaMortalidadMaternayNeonatal.pdf>
  14. Producción de Establecimientos de Salud Ecuador 2007. [online]. Mar 2008. [citado 24 Junio 2009]. Disponible en: [http://www.msp.gov.ec/images/00\\_Ecuador\\_2007.pdf](http://www.msp.gov.ec/images/00_Ecuador_2007.pdf)
  15. Uzcategui O. Estado actual de la Cesárea. Gac Méd Caracas. [online]. oct. 2008, vol.116, no.4 [citado 5 Marzo 2009], p.280-286. Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S036747622008000400003&lng=es&nrm=iso.ISSN0367-4762](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S036747622008000400003&lng=es&nrm=iso.ISSN0367-4762).
  16. Cárdenas R. Complicaciones asociadas a la cesárea: la importancia de un uso módicamente justificado. Gac Med Mex 2002; 138:357-66.
  17. Zighelboim I, Sanchez R. ¿Cesárea una panacea?. Rev Obstet Ginecol Venez. [en línea]. dic. 2007, vol.67, no.4 [citado 28 Marzo 2009], p.217-221. Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0048-77322007000400001&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322007000400001&lng=es&nrm=iso). ISSN 0048-7732.
  18. Bergholt T, Stenderup JK, Vedested-Jakobsen A, Helm P, Lenstrup C. Intraoperative surgical complication during cesarean section: an observational study of incidence and risk factors. Acta Obstet Gynecol Scand 2003;82:251-256.
  19. Silver RM, Landon MB, Rouse DJ, Leveno KJ, Spong CY. Maternal morbidity associated with multiple cesarean deliveries. Obstet Gynecol 2006;107:1226-1232.
  20. Anaya-Prado R, Madrigal-Flores S, Reveles-Vázquez JA, et al.

Morbilidad materna asociada a operación cesárea Cirugía y Cirujanos [en línea] 2008, 76 (noviembre-diciembre): [citado: 19 de marzo de 2009] Disponible en: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=66276604>> ISSN 0009-7411.

21. Dessole S, Cosme E, Balata A, Uras L, Caserta D, Capobianco G, et al. Accidental fetal lacerations during cesarean delive: Experience in an Italian level III university hospital. Comment. Am J Obstet Gynecol. 2005;193:897-898.
22. Riesgo de enfermedades respiratorias en niños nacidos por cesárea. Rev Panam Salud Publica. 2008;23(4):285
23. Soto C, Teuber H, Cabrera F et al. Educación prenatal y su relación con el tipo de parto: una vía hacia el parto natural. Rev. chil. obstet ginecol. [online]. 2006 [citado 10 Marzo 2009]; 71(2): 98-103. Disponible en:[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262006000200005&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262006000200005&lng=es).

## 10. ANEXOS

### Anexo 1: INDICACIONES PARA CESAREA

- Sufrimiento fetal
- Cesárea anterior cuando la causa se repite, incluyendo cesárea iterativa, esperando que entre en labor y el período intercesárea menor a 2 años.
- Presentación pelviana
- Desproporción céfalo pélvica
- Estrechez pélvica
- Primigesta temprana (menor de 15 años)
- Primigesta tardía (mayor de 35 años)
- Estatura de la madre menor a 1.45 mts.
- Procidencia de miembro
- Procidencia de cordón
- Presentación transversa
- Presentación de cara
- Presentación en derecha posterior persistente y occípito-sacra
- Inducción fallida
- Placenta previa
- Desprendimiento prematuro de placenta
- Pre-eclampsia grave y eclampsia
- Prematurez (menor de 34 semanas)
- Déficit físico, psíquico y mental de la madre
- Condilomatosis genital, herpes genital
- Embarazo múltiple complicado y en primigesta
- Enfermedades graves de la madre (cardiopatías, nefropatía, hepatopatía, tumores genitales, tuberculosis grave.)
- Malformaciones fetales (macrosomía, siameses, hidrocefalia, tumores, etc.)
  - Sospecha de ruptura uterina.