UNIVERSIDAD DEL AZUAY

Facultad De Medicina

PREVALENCIA DE PARTO POR CESÁREA E IDENTIFICACIÓN DE SU ETIOLOGÍA EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA. CUENCA. PERÍODO 2011

Trabajo de Graduación Previo a la Obtención del Título de Médico

AUTORES:

DANIELA ESTEFANÍA ASTUDILLO JARRÍN

CARLA ANDREA GUILLÉN SARMIENTO

DIRECTOR:

DRA. MARIANA GAYBOR GUILLÉN

ASESOR:

DR. JAIME VINTIMILLA MALDONADO

CUENCA-ECUADOR

2012

ÍNDICE

ÍNDICE **2**
PREVALENCIA DE PARTO POR CESÁREA E IDENTIFICACIÓN DE SU ETIOLOGÍA EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA. **3**
CUENCA. PERÍODO 2011 ..... **3**
RESUMEN **4**
ABSTRACT **5**
INTRODUCCIÓN **6**
OBJETIVOS **10**
Objetivo General **10**
Objetivos Específicos **10**
MATERIALES Y MÉTODOS **11**
RESULTADOS **12**
Tabla 1. Distribución del grupo de estudio según grupo etario y nivel instrucción. Hospital José Carrasco Arteaga, 2011. 12
Tabla 2. Distribución del grupo de estudio según semanas de gestación y número de gestas. Hospital José Carrasco Arteaga, 2011. 13
Tabla 3. Distribución del grupo de estudio según tipo de parto. Hospital José Carrasco Arteaga, 2011 13
Tabla 4. Distribución de 90 mujeres sometidas a cesárea según grupo etario y nivel de instrucción. Hospital José Carrasco Arteaga, 2011. 14
Tabla 5. Distribución de 90 mujeres sometidas a cesárea según antecedente e indicación. Hospital José Carrasco Arteaga, 2011. 14
Tabla 6. Distribución de 90 mujeres sometidas a cesárea según indicación. Hospital José Carrasco Arteaga, 2011. 15
Tabla 7. Distribución de 90 mujeres sometidas a cesárea según tipo de indicación. Hospital José Carrasco Arteaga, 2011. 15
DISCUSIÓN **16**
CONCLUSIONES **19**
Referencias Bibliográficas **20**
ANEXOS **22**
ANEXO 1. FORMULARIO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS 22

PREVALENCIA DE PARTO POR CESÁREA E IDENTIFICACIÓN DE SU ETIOLOGÍA EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA. CUENCA. PERÍODO 2011

Astudillo, Daniela[1], Guillén, Carla[1], Gaybor, Mariana[2], Vintimilla, Jaime[3]

1. Universidad del Azuay

AD: danny_as_tu@hotmail.com
GC2: Carla_gs7@hotmail.com

Av. Ricardo Duran y Juan de Seniergues 1 – 58, Baños, Cuenca, Ecuador

593 72 893242

UDA2012-41329-41432

RESUMEN

Objetivo

Determinar la prevalencia de parto por cesárea e identificación de su etiología en mujeres gestantes atendidas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia en el Hospital José Carrasco Arteaga, durante enero – diciembre de 2011.

Materiales y Métodos

Se realizó un estudio descriptivo en un universo de 1145 pacientes. La muestra fue de 146, obtenida al azar con nivel de confianza del 95%, error de inferencia de 5% y prevalencia de parto por cesárea del 15% mas 10 % para pérdidas. Los datos fueron recolectados de las historias clínicas de las gestantes que ingresaron en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital José Carrasco Arteaga durante primero de enero hasta treinta y uno de diciembre de 2011.

Resultados

La prevalencia de cesárea fue del 61.6% (I.C. 95% 53.7 – 69.3). El grupo de edad en el que predominó fue el de 20-30 años con una prevalencia de 55.6% (I.C. 95% 65.7 – 45.4) y en las mujeres con un nivel de instrucción superior con una prevalencia del 44.4% (I.C. 95% 57.5 – 31.2). La operación cesárea por primera vez fue la de mayor frecuencia con el 47.8%. Las principales indicaciones en esta muestra fue la cesárea anterior la cual se presentó en el 32.2% de la población.

Conclusión

La prevalencia de cesárea fue de 61.6% (I.C 95% 53.7- 69.3)

Palabras Clave: Cesárea, Parto, Prevalencia.

ABSTRACT

Objective

To determinate the prevalence of cesarean delivery and identify its etiology in the pregnant women who were cared for during January – December 2011 in the Department of Gynecology and Obstetrics of Jose Carrasco Arteaga Hospital.

Materials and Methods

A descriptive study was performed with a universe of 1145 patients. The sample of 146 patients was obtained randomly with 95% confidence level, 5% prevalence of cesarean delivery plus 10% loss. The data was collected from clinical history of pregnant women who were admitted in the Department of Gynecology and Obstetrics of Jose Carrasco Arteaga Hospital, during January 1st - December 31 2011.

Results

The prevalence of cesarean sections was 61.6% (I.C. 95% 53.3 – 68.9). The age group where cesarean section prevailed was 20 – 30, with 55.6% (I.C. 95% 65.7 – 45.4); it was also present in women with university education with 44.4% (I.C. 95% 57.5 – 31.2). First time cesarean section occurred in 47.8% of the patients. The main indications in this population were a previous cesarean with 32.2%.

Conclusion

The prevalence of cesarean section was of 61.6% (I.C. 95% 53.7 – 69.3)

Key words: Cesarean, Delivery, Prevalence

UNIVERSIDAD ESTATAL DE AZUAY
DPTO. IDIOMAS

Translated by,
Diana Lee Rodas

INTRODUCCIÓN

El dilema que más comúnmente tiene que enfrentar el obstetra en su práctica diaria es el tener que decidir si realiza o no una operación cesárea. La misma se define como la extracción del producto placenta y anexos a través de una incisión quirúrgica en la pared anterior del abdomen y útero cuando el parto vaginal plantea riesgos para la madre y /o el producto, que exceden a los de la intervención. [1]

El origen del término cesárea es indefinido y se han sugerido tres explicaciones. En la primera, según la leyenda, Julio César nació de esa forma, por lo que la operación se llamó cesárea; pero debido a que la madre de Julio César vivió muchos años después de su nacimiento en el año 100 a. C. y hasta el siglo XVII la operación era casi invariablemente letal se debilita esta hipótesis.
La segunda explicación es que el nombre de la operación proviene de una ley romana creada en el siglo VIII a. C. por Numa Pompilio, quien ordenaba que se hiciera el procedimiento en mujeres que morían en las últimas semanas del embarazo con el fin de salvar al niño. La tercera explicación es que la palabra cesárea se originó en la edad media a partir del verbo latino caedare, que significa cortar.[2]

La técnica de la operación cesárea fue descrita como procedimiento médico por Mariceau en el siglo XVII, donde se practicaba sólo una histerotomía corporal de salvataje en casos excepcionales con alta tasa de mortalidad. Esta técnica se mantuvo hasta 1882 en que Max Sanger introdujo la sutura de la histerotomía. Latzko realizó en 1908 la primera cesárea extraperitoneal como forma de prevenir las peritonitis postoperatorias. En 1912, Kronig realizó la primera incisión segmentaria vertical y en 1925, Kerr describe la técnica actual de histerotomía segmentaria transversal.[2,3]

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que la tasa de cesáreas no supere el 15% en los hospitales de segundo nivel y del 20% en los de tercer nivel en relación con el total de nacimientos. [4,11] A pesar de esta recomendación, la cesárea es la cirugía mayor más frecuente realizada en mujeres en países de altos y bajos recursos .[5]

En Estados Unidos más de un millón de cesáreas son realizadas anualmente y corresponden al 32.8% de nacimientos en el 2010.[6] En Inglaterra corresponde a 24.8% mientras que en Canadá corresponde 45% en el 2006.[7] México, Brasil, República Dominicana, Chile e Italia tienen una prevalencia mayor a 30%, China presenta una tasa de 40.5% mientras que África y Haití tienen una tasa de 3.5% y 1.7%

respectivamente.[8] Entre el 2004 y 2005 se realizó la Encuesta Global en Salud Materna y Perinatal de la OMS en 24 regiones de ocho países de América Latina; la prevalencia de partos por cesárea fue del 33% siendo más alta en hospitales privados con 51%.[9]

La cesárea constituyó un importante avance en las alternativas de atención del parto. Hasta principio de los años sesenta, los incrementos que se presentaron con el uso de éste procedimiento en los países desarrollados se asociaron con descensos en la mortalidad materna y neonatal. Cabe destacar que hasta esas fechas los porcentajes de cesáreas en estos países no superaban el 10%. A partir de los años setenta, sin embargo, las cesáreas se incrementaron de manera significativa sin que se produjeran mejoras adicionales en la mortalidad de las madres y sus productos. El aumento de las cesáreas que no tienen justificación clínica preocupa a las autoridades sanitarias y a los prestadores de servicios de salud porque eleva los costos de atención médica, y expone a la madre y al producto a riesgos innecesarios.

Los principales factores asociados al incremento de la operación cesárea incluyen: la percepción que tienen los operadores de que se trata de un procedimiento más seguro que el parto vaginal, la menor oportunidad del operador para adquirir habilidad en las maniobras por la vía vaginal,[10,11] el uso cada vez más frecuente de la ultrasonografía y de la monitorización electrónica, lo que puede inducir al sobrediagnóstico de complicaciones fetales.[2]

En el sector público los incentivos para realizar una cesárea no son de tipo económico como en el sector privado, sino corresponden a la práctica de una medicina defensiva debido al aumento de las demandas judiciales por mal resultado neonatal.[12]

La cesárea es la extracción del producto de la gestación, así como de la placenta y sus anexos a través de la pared abdominal. [13,14]

Tipos de Cesárea:

Según antecedentes obstétricos de la paciente:

Primera: Es la que se realiza por primera vez; previa cuando existe el antecedente de una cesárea e iterativa es la que se practica en una mujer con antecedentes de dos o más cesáreas.

Según indicaciones:

Cesárea Programada o Electiva: Aquella que se realiza antes del inicio del trabajo de parto. Se considera que la indicación quirúrgica aconseja no esperar hasta el inicio del trabajo de parto. Un control prenatal eficiente permite clasificar a la embarazada de riesgo y determinar la probabilidad de terminación de embarazo por cesárea.

Cesárea de Emergencia: Aquella que se realiza por una complicación o patología de compromiso vital o accidental para la madre y/o el feto en cualquiera de las etapas del trabajo de parto o preparto inclusive.

Según la técnica quirúrgica: Corporal o clásica, segmentaria longitudinal de Krönig y segmentaria transversal de Kerr.

INDICACIONES DE CESÁREA

Causas Maternas: Tumores benignos o malignos del canal del parto, cirugía uterina previa, plastia vaginal; patología que comprometa el bienestar materno y /o fetal; psicosis, retardo mental y alteraciones de la conciencia.

Causas Fetales: Compromiso del bienestar fetal, distocias de presentación, embarazo múltiple con distocia de presentación o patología obstétrica, malformaciones fetales o gemelos siameses que supongan distocia y macrosomía fetal (>4000g).

Causas Materno Fetales: Antecedentes obstétricos desfavorables (Óbito fetal, mortinato, muerte neonatal precoz, uso de fórceps), riesgo de transmisión vertical (infección por HIV – HPV / condilomatosis – herpes genital activo), preeclampsia grave, eclampsia y síndrome de HELLP que no ceden al tratamiento.

Causas Obstétricas: Cesárea anterior, cesárea iterativa, distocias dinámicas del trabajo de parto, desproporción cefalopélvica, desprendimiento prematuro de placenta grado II, placenta previa oclusiva total o parcial, prolapso del cordón umbilical y rotura uterina previa.

No existen contraindicaciones absolutas para realizar una cesárea, pero puesto que no es una técnica exenta de riesgos, la decisión debe estar fundamentada en la obtención de beneficios sustanciales para la madre y el feto. Si no existe una contraindicación para el parto vaginal, no está indicada la cesárea.

Comparado con el parto vaginal, la morbimortalidad materna se incrementa con el parto por cesárea aproximadamente 2 veces. El rango de mortalidad materna está entre 6 - 22 muertes por cada 100.000 nacidos vivos. Aproximadamente, la mitad de las muertes maternas son consecuencia directa del procedimiento operatorio en sí. Parte de este incremento en la mortalidad está asociado al procedimiento quirúrgico y con las condiciones o circunstancias en las cuales tiene que ejecutarse.

Las principales casusas de morbimortalidad por cesárea incluyen infecciones, hemorragias, tromboembolia, complicaciones anestésicas y quirúrgicas.[15,16]

OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar la prevalencia de parto por cesárea e identificación de su etiología en mujeres gestantes atendidas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia en el Hospital José Carrasco Arteaga, durante enero – diciembre de 2011.

Objetivos Específicos

- **Determinar la prevalencia de parto por cesárea y la estratificada por grupo etario y nivel de instrucción.**

- **Identificar los tipos de cesárea según antecedentes obstétricos (primera, anterior o iterativa) y según sus indicaciones (programada o de emergencia).**

- **Identificar las principales indicaciones de parto por cesárea: Maternas (cirugía uterina previa, patología que comprometa el bienestar materno y/o fetal,…), fetales (compromiso del bienestar fetal, distocias de presentación, embarazo múltiple,….), materno fetal (preeclampsia, eclampsia, riesgo de transmisión vertical,….) y obstétricas (cesárea iterativa, distocias dinámicas del parto, desproporción cefalopélvica).**

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo que se llevó a cabo en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital José Carrasco Arteaga del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) en la ciudad de Cuenca, con el consentimiento de la Universidad del Azuay y del Comité de Bioética del hospital mencionado.

La investigación se realizó desde el primero de enero hasta el treinta y uno de diciembre de 2011. El universo de estudio estaba constituido por gestantes entre 20 y 45 años que acudieron al Departamento de Ginecología y Obstetricia en un total de 1145. El tamaño de la muestra fue calculado sobre la base del 95% de confianza, 5% de error de inferencia, el 15% de partos por cesárea y 10% para pérdidas. Se aplicó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \times p \times (1-p) \times (z)2}{(N-1) \times (e)2 + p \times q \times (z)2} + 10\%$$

Se obtuvo una muestra de 160 pacientes a quienes no fue necesario obtener consentimiento informado, ya que no se interrogó directamente a las pacientes, sino los datos recolectados fueron tomados de las historias clínicas, obteniéndose de las mismas datos demográficos, indicaciones y tipos de cesárea, que se aplicaron en un formulario el cual fue realizado en base a la Norma y Protocolo Materno del Ministerio de Salud Pública (Anexo 1). La información obtenida fue confidencial.

Los registros obtenidos se almacenaron en una base de datos y finalmente se realizó la tabulación de las variables registradas.

RESULTADOS

La media de edad de la muestra en estudio fue de 29.36 años con una desviación estándar de 5.65; el grupo de edad de mayor frecuencia fue el de 20-30 años con el 63%. El nivel de instrucción de mayor prevalencia fue la secundaria con el 42.5% de la población y no se registraron mujeres con analfabetismo (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución del grupo de estudio según grupo etario y nivel instrucción. Hospital José Carrasco Arteaga, 2011.

VARIABLES	Frecuencia	Porcentaje
Edad en años		
20 -30	**92**	**63.0**
31 – 45	**54**	**37.0**
Nivel de instrucción		
Analfabetismo	**0**	**0**
Primaria	**29**	**19.9**
Secundaria	**62**	**42.5**
Superior	**55**	**37.7**
TOTAL	**146**	**100.0**

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por las autoras

La media de las semanas de gestación en la muestra fue de 38.32 con una desviación estándar de 1.71; se registraron 18 casos de gestaciones < 37 semanas representando el 12.3% de la muestra.

En el 67.8% de los casos las pacientes presentaron más de una gestación, mientras que el 32.2% fue primigesta (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución del grupo de estudio según semanas de gestación y número de gestas. Hospital José Carrasco Arteaga, 2011.

VARIABLES	Frecuencia	Porcentaje
Semanas de gestación		
<37	**18**	**12.3**
37 – 42	**128**	**87.7**
Número de gestaciones		
Primigesta	**47**	**32.2**
Multigesta	**99**	**67.8**
TOTAL	**146**	**100.0**

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por las autoras

En la muestra de estudio la prevalencia de operación cesárea fue de 61.6% (I.C. 95% 53.7 – 69.3), el 38.4% de la muestra terminó su gestación mediante parto. La prevalencia de operación cesárea fue mayor en el grupo de edad de 20-30 años con un 55.6% (I.C. 95% 65.7 – 45.4) y en las mujeres con un nivel de instrucción superior con el 44.4% (I.C. 95% 57.5 – 31.2) (Tabla 3 y 4).

Tabla 3. Distribución del grupo de estudio según tipo de parto. Hospital José Carrasco Arteaga, 2011

VARIABLES	Frecuencia	Porcentaje
Tipo de intervención		
Cesárea	**90**	**61.6**
Parto	**56**	**38.4**
TOTAL	**146**	**100.0**

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por las autoras

Tabla 4. Distribución de 90 mujeres sometidas a cesárea según grupo etario y nivel de instrucción. Hospital José Carrasco Arteaga, 2011.

VARIABLES	Frecuencia	Porcentaje
Edad en años		
20 – 30	**50**	**55.6**
31 – 45	**40**	**44.4**
Nivel de instrucción		
Analfabetismo	**0**	**0**
Primaria	**11**	**12.2**
Secundaria	**39**	**43.3**
Superior	**40**	**44.4**
TOTAL	**90**	**100.0**

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por las autoras

En las pacientes sometidas a cesárea, el 47.8% correspondió a primera vez, mientras que en el 37.8% ya poseía una cesárea anterior. En el 57.8% de los casos la cirugía fue realizada por indicaciones emergentes y el 42.2% fue de tipo electiva (Tabla 5).

Tabla 5. Distribución de 90 mujeres sometidas a cesárea según antecedente e indicación. Hospital José Carrasco Arteaga, 2011.

VARIABLES	Frecuencia	Porcentaje
Tipo de cesárea según antecedente		
Anterior	**34**	**37.8**
Iterativa	**13**	**14.4**
Previa	**43**	**47.8**
Tipo de cesárea según indicación		
Electiva	**38**	**42.2**
Emergencia	**52**	**57.8**
TOTAL	**90**	**100.0**

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por las autoras

La principal indicación para realizar operación cesárea en la muestra fue la obstétrica, con el 58.8%, dentro de éstas la cesárea anterior se presentó en el 32.2% constituyendo así la causa de mayor frecuencia; las causas fetales representaron el 27.7%, dentro de éstas la distocia de presentación fue 12.2%; las indicaciones materna y la materno fetal ocuparon el tercer lugar con 5.5%, siendo la cirugía uterina previa la de mayor frecuencia representando un 2.2% de la población. Las otras indicaciones con un 2.2% (Tabla 6 y 7).

Tabla 6. Distribución de 90 mujeres sometidas a cesárea según indicación. Hospital José Carrasco Arteaga, 2011.

VARIABLES	Frecuencia	Porcentaje
Tipo de indicación		
Indicación Materna	**5**	**5.5**
Indicación Fetal	**25**	**27.7**
Indicación Materno Fetal	**5**	**5.5**
Indicación Obstétrica	**53**	**58.8**
Otra Indicación	**2**	**2.2**
TOTAL	**90**	**100.0**

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por las autoras

Tabla 7. Distribución de 90 mujeres sometidas a cesárea según tipo de indicación. Hospital José Carrasco Arteaga, 2011.

VARIABLES	Frecuencia	Porcentaje
Indicación Materna		
Cirugía uterina previa	**2**	**2.2**
Distocia de partes blandas	**1**	**1.1**
Hipertensión gestacional	**1**	**1.1**
Valvuloplastía	**1**	**1.1**
Indicación Fetal		
Distocia de presentación	**11**	**12.2**
Compromiso del bienestar fetal	**10**	**11.1**
Embarazo múltiple	**3**	**3.3**
Macrosomía fetal	**1**	**1.1**
Indicación Matero Fetal		
Preeclampsia grave	**2**	**2.2**
Preeclampsia leve	**1**	**1.1**
HELLP incompleto	**1**	**1.1**
Condilomatosis	**1**	**1.1**
Indicación Obstétrica		
Cesárea anterior	**29**	**32.2**
Iterativa	**13**	**14.5**
Desproporción cefalopélvica	**7**	**7.9**
Distocia dinámica del trabajo de parto	**3**	**3.3**
Prolapso de cordón	**1**	**1.1**
Otras Indicaciones		
Primiparidad tardía	**1**	**1.1**
Rotura prematura de membranas	**1**	**1.1**
TOTAL	**90**	**100.0**

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por las autora

DISCUSIÓN

La cesárea supone un incremento de riesgo de morbimortalidad materna y neonatal respecto al parto vaginal.[17,18,19.] En el Hospital José Carrasco Arteaga de la Ciudad de Cuenca en el año 2011 se presentaron un total de 1145 pacientes para la finalización del embarazo mediante parto vaginal o cesárea, de las cuales se tomó una muestra de 160 mujeres de manera aleatorizada, utilizando para el estudio un total de 146.

La prevalencia general de cesárea fue del 61.6% (I.C. 95% 53.7 – 69.3). Al respecto la OMS recomienda que la tasa de cesárea no supere el 15% en los hospitales de segundo nivel y del 20% en los de tercer nivel en relación con el total de nacimientos, podemos observar que en la muestra seleccionada de nuestra población supera la recomendación sugerida; En Brasil se estimó una tasa de 50% en un estudio realizado por la OMS, valor que también supera el rango recomendado, pero incluso estos datos se encontraron inferiores a los porcentajes de nuestra muestra.[20.] Entre el 2004 y 2005, se realizó la Encuesta Global en Salud Materna y Perinatal de la OMS en 24 regiones de ocho países de América Latina; En la encuesta se obtuvieron datos de todas las mujeres que ingresaron para finalizar el embarazo en 120 instituciones seleccionadas al azar, la prevalencia de partos por cesárea fue del 33%.[9] Comparando los resultados con los expuestos a nivel Sudamericano se evidencia que en nuestra muestra se encuentra la más alta prevalencia de operación cesárea registrada. En España, según el Instituto Nacional de Estadística, la prevalencia de Cesárea se mantiene entre el 17-25% colocando a este país dentro de los mejores puestos a nivel internacional en lo que a este indicador se refiere. [21]

Mideros en su artículo Medicalización e industria del nacimiento publica que de los datos obtenidos de la Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN) realizada en los años 1994, 1999, 2004 se deriva que en el Ecuador, la prevalencia de cesáreas registrada fue del 17.1 % (período 1989 a 1994), del 19.9% (período 1994 a 1999) y se eleva al 25.8%(en el período 1999 a 2004).[10] Según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) 2006, los porcentajes de esta intervención por institución se triplican en los establecimientos privados (32%) con relación a los públicos (15.5%); en las instituciones del Ministerio de Salud Pública fue de 13.3%, en Municipales de 19.7%, en Hospital General de las Fuerzas Armadas del Ecuador (FFAA) fue de 32.1%, Junta Beneficiara 13.9% mientras que en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) correspondió a 40.1%. [22] Entre el 2005 y 2006 se realizó una Evaluación de los Servicios de Cuidados Obstétricos y Neonatales de Emergencia

en la Provincia del Azuay, la prevalencia registrada en el Hospital Vicente Corral Moscoso fue de 22.5%, en la Fundación Pablo Jaramillo de 42.5%, en el Hospital Militar 66.7%, Hospital de Girón de 4.9% y en el Hospital de Gualaceo fue de 8.8%.[23] Como observamos la tasa ha ido en aumento progresivo desde 1994 esto indudablemente también ha afectado a nuestros servicios.

La prevalencia de operación cesárea fue mayor en el grupo de edad de 20-30 años con un 55.6% (I.C. 95% 65.7 – 45.4), en las mujeres con un nivel de instrucción superior con el 44.4% (I.C. 95% 57.5 – 31.2). Márquez y colaboradores encontraron una prevalencia de cesáreas del 22.3% en mujeres de 20-29 años y del 56.8% en mujeres entre 30-41 años de edad;[24] estos resultados no concuerdan con lo expuesto por nuestro estudio donde la prevalencia de operación cesárea es mayor en mujeres de menor edad (20-30 años); sin embargo Echaiz encontró que la prevalencia de cesárea es mayor en las mujeres de entre 20-35 años con el 56.9%; Además expone que esta operación es mayor en las mujeres con un nivel de instrucción primaria,[25] estos datos al menos en edad se parecen a los registrados en nuestro estudio sin embargo difieren en cuanto al nivel de instrucción donde en nuestro estudio las mujeres de instrucción superior se vieron mayormente afectadas por operación cesárea.

El tipo de cesárea de mayor prevalencia realizado en la muestra de estudio fue por primera vez con el 47.8%; el Centro para el Control y la Prevención de EEUU reportó que en este país la prevalencia de cesárea por primera vez fue del 32.9% en el año 2009 reduciéndose al 32.8% en el 2010 [26], en comparación con los datos de éste país evidenciamos que en nuestro servicio el valor es más elevado.

En el 57.8% de los casos de cesáreas practicadas en el servicio de nuestro Hospital fue de emergencia; Latorre y colaboradores en Chile encontraron una prevalencia de cesárea de emergencia alrededor del 15.9%, fluctuando entre 14.5% y 17.4%; precisando que la gran mayoría de estas pacientes eran mujeres con expectativa de parto vaginal y que finalizan en cesárea.[27]

Según el tipo de indicaciones para la realización de cesárea en la muestra en estudio se encontró que la cesárea anterior fue la principal, pues el 32.2% de la población sometida a este procedimiento quirúrgico presentó una cesárea anterior. En general, la razón de que en muchos casos se repita la cirugía no es el antecedente de ésta, sino la repetición de la causa que la motivó o la aparición de una nueva indicación.[11] Por ello sería importante que dentro de las historias clínicas conste el motivo de la cesárea por primera vez.

Como consecuencia del incremento de la tasa global de cesáreas, cada vez es más frecuente que en la población obstétrica se den gestantes multíparas con antecedente de una o más cesáreas, por lo que es fácil entender que el antecedente de cesárea anterior sea un motivo frecuente del total de cesáreas. Este aumento en la incidencia de cesáreas se ha convertido en una gran preocupación de los servicios de salud debido al incremento de la morbilidad materna y de los costos. [28.]

Sin embargo, la práctica del parto vaginal en casos seleccionados de pacientes con cesárea previa es cada vez más frecuente. El propósito de esta conducta es evitar los posibles riesgos asociados a la intervención quirúrgica. De acuerdo con estudios de investigación recientes, la estrategia de ofrecer una prueba de trabajo de parto a pacientes con cesárea previa bajo condiciones controladas, logra un incremento en los nacimientos por vía vaginal sin complicaciones. Diversos estudios indican que la prueba de trabajo de parto después de una cesárea tiene una probabilidad de éxito entre 66 y 85 %. [28,29]

La segunda indicación de mayor frecuencia en nuestro estudio fue la cesárea iterativa con 14.5%; este dato es inferior a lo encontrado por Camacho y colaboradores en Bolivia, donde representó el 34% de la población estudiada; [30] **cifra elevada si se la compara con nuestros resultados.**

La tercera indicación en frecuencia fue la distocia de presentación la cual se presentó en el 12.2%; un estudio realizado en Canadá, por el Britsh Columbia Perinatal Health Program, determinó a la distocia como principal indicación con un 6% en el 2005; [7] **Romero y colaboradores en una población de 4530 gestantes encontraron 1102 cesáreas en la que la distocia de presentación tuvo una prevalencia del 4.5%.** [31]

CONCLUSIONES

- **El grupo de edad de mayor frecuencia en nuestra muestra fue el de 20-30 años con el 63%, el nivel de instrucción fue la secundaria con el 42.5% y en el 67.8% de los casos de las pacientes presentaron más de una gestación.**
- **La prevalencia de operación cesárea fue del 61.6% (I.C. 95% 53.7 – 69.3).**
- **La prevalencia de operación cesárea fue mayor en el grupo de edad de 20-30 años con un 55.6% (I.C. 95% 65.7 – 45.4), en las mujeres con un nivel de instrucción superior con el 44.4% (I.C. 95% 57.5 – 31.2) y en el 47.8% de todas las cesáreas fue por primera vez.**
- **Las principal indicación fue la cesárea anterior que se presentó en el 32.2%.**

Referencias Bibliográficas

1. **Schwarz L, Duverges C, Díaz A, Fescina R: Las Operaciones Obstétricas. En: Obstetricia. 6ta edición. El Ateneo. Buenos Aires, Argentina. 2005; 702- 709.**
2. **Cunninghman F, Leveno K, Hauth J, et al: Cesárea e histerectomía periparto. En: Obstetricia de Williams.22ª edición. McGraw Hill. México, DF. 2006; 588-589.**
3. **Arencibia JR. Operación cesárea: recuento histórico. Rev Salud *Pública* 2002; 4: 170-85.**
4. **Cárdenas R: Complicaciones Asociadas a la Cesárea. *Grac Med Mex* 2002; 138: 357-66.**
5. **Simônia de Pádua K, Duarte MJ, Faúndes A, et al: Factors Associated with Cesarean Sections in Brazilian Hospital. *Rev. Saúde Pública* 2010 vol.44 no.1.**
6. **Vincenzo B: Cesarean Delivery. Postoperative issues. Disponible en: http://www.update-software.com. Consulta en Julio 16, 2012.**
7. **British Columbia Perinatal Health Program: Caesarean Birth Task Force Report 2008.**
8. **Tasas de cesáreas: Análisis de los estimados regionales y nacionales. *Rev Panam Salud Pública* 2007. Disponible en: http//www.scielosp.org**
9. **Betran A, Metin A, Robson M, et al: WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health in Latin America: classifying caesarean section. Disponible en: http//www.reproductive-health-journal.com**
10. **Mideros R: Medicalización e Industria del Nacimiento. Quito- Ecuador. 2008.**
11. **Machado LC, Sevrin CE, Oliveira E: Associação Entre Via de Parto e Complicações Maternas em Hospital Público da Grande São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* vol.25 no.1 rio de janeiro jan. 2009.**
12. **Hofmeyr GJ, Mathai M, Shah A, et al: Técnicas para la cesárea. Disponible en: http://www.update-software.com. Consulta en Noviembre 6, 2007.**
13. **Ministerio de Salud Publica del Ecuador. Norma y Protocolo Materno: Cesárea 2008.**
14. **Salinas H, Naranjo B, Pasten J: Estado de la Cesárea. Riesgos y Beneficios a esta Intervención. *Rev Hcuch* 2007; 18: 168-78.**
15. **Villar J, Valladares E, Wojdyla D: Relación entre Tasa de Cesáreas y Mortalidad Materna y Neonatal. *Lancet* 2006; 367:1819-29.**
16. **Ministerio de salud. Secretaria de Salud. Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud: Cesárea segura. México 2002.**

17. **Villar J, Carroli G, Zavaleta N, et al: Maternal and Neonatal Individual Risks and Benefits Associated with Caesarean Delivery. *BMJ* 2007; 335:1025.**
18. **Norwitz E: Cesarean Delivery. Disponible en: http://www.update-software.com. Consulta en Junio 2012.**
19. **Zacharias N: Perinatal Mortality. Disponible en: http://www.update-software.com. Consulta en Junio 2012.**
20. **Estadisticas Sanitarias Mundiales: Covertura de los servicios de salud. *Organización Mundial de la Salud* 2012. Disponible en: http://www.who.int.**
21. **Armendariz I: Revisando las Cifras de Cesáreas en España. Disponible en: http://www.estadisticasdeparto.com.**
22. **Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal. Ministerio de Salud Pública. Septiembre 2008.**
23. **Ortiz J, Morales J, Vega B, et al: Evaluación de los Servicios de Cuidados Obstétricos y Neonatales de Emergencia en la provincia del Azuay – Ecuador. 2006**
24. **Márquez S, Ruiz M, et al: Frecuencia de la Cesárea en Andalucía. Relación con factores sociales, clínicos y de los servicios sanitarios. *Rev. Esp. Salud Publica* 2011; 85:205-215.**
25. **Echaiz J: Cesárea. Experiencia en el Hospital General de Oxapamba. *Sociedad Peruana de Ginecologia y Obstetricia* 2004; 50(2):106-110.**
26. **Medlineplus. IntraMed. Se reducen las cesáreas por primera vez en una década en EEUU. 2011. Disponible en: http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=73668**
27. **Latorre R, Carrillo J, Yamamoto C, et al: Gobierno del parto en el hospital padre hurtado: un modelo para contener la tasa de cesárea y prevenir la encefalopatía hipóxico-isquémica. *Rev. Chil. Obstet. Ginecol* 2006; 71(3): 196-200.**
28. **Rodríguez G, León I, Guera A, et al: Parto Vaginal en Pacientes con Cesárea Anterior. *Rev Cub Med Mil* vol.40 no.3-4 Ciudad de la Habana 2011.**
29. **Wells E, Cunningham G: Choosing the Route of Delivery After Cesarean Birth. Disponible en http://www.update-software.com Consulta en Junio 19, 2012.**
30. **Camacho C, Brañez C, Pardo A, et al: Cesáreas Iterativas. *Gac Med Bol* 2010; 332:16-20.**
31. **Romero A, Maris S, Arce R, et al: Incidencia y Principales Indicaciones de Cesáreas. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina 2004; 134: 1-6.**

ANEXOS

ANEXO 1. FORMULARIO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

UNIVERSIDAD DEL AZUAY

FACULTAD DE MEDICINA

INTERNADO MÉDICO

HOSPITAL "JOSÉ CARRASCO ARTEAGA"

PREVALENCIA DE PARTO POR CESÁREA E IDENTIFICACIÓN DE SU ETIOLOGÍA

HC

Edad:

Instrucción: Analfabeta ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Superior ☐

Edad Gestacional: _____ semanas

Gestaciones: Primigesta ☐ Multigesta ☐

Intervención: Parto ☐ Cesárea ☐

Tipo Cesárea: Primera ☐ Anterior ☐ Iterativa ☐

Electiva ☐ Emergencia ☐

Indicaciones y especificar causa:

Maternas ☐ _____ Fetales ☐ _____

Materno fetales ☐ _____ Obstétricas ☐ _____

OTRAS ☐ _____