



DEPARTAMENTO DE POSGRADOS

ESPECIALIZACION EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

**Factores de decisión de primera cesárea, Hospital José
Carrasco Arteaga, enero a diciembre, 2016.**

**Trabajo de graduación previo a la obtención del título de especialista
en ginecología y obstetricia**

AUTOR:

Dr. José Fernando Guzmán Barros

DIRECTOR:

Dr. Fernando Moreno Montes

Cuenca, Ecuador, 2018

Dedicatoria

A mi esposa, compañera y amiga incondicional que siempre creyó en mí, por todo el amor y apoyo durante estos tres años.

Mis hijos Martina y Juan Fernando que fueron mi amuleto de buena suerte y el motor que impulsó las ganas de emprender y terminar este posgrado.

A mi madre que desde niño me enseñó que las cosas se consiguen con esfuerzo propio y a mi padre, ángel de la guarda que desde el cielo siempre está cuidándome.

Agradecimientos

A los tutores de posgrado de la Universidad del Azuay, Dr. Fernando Moreno y Dr. Fabian Dután, que vertieron sus conocimientos y experiencias para mi formación. A los médicos del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital José Carrasco Arteaga, que de manera desinteresada y con espíritu de docencia contribuyeron en gran medida en todo lo aprendido.

Resumen

Introducción: El parto quirúrgico o parto por cesárea es una cirugía que permite el nacimiento del bebé a través del abdomen de la madre.

En Ecuador la cesárea es un procedimiento muy común, el boletín Nacimientos por cesárea indica que entre los años 2012 y 2015 el 48.97% fueron por cesárea, (MSP, Boletín Nacimientos por cesárea, 2017, pág. 5), cifra que sobrepasa lo establecida por la OMS del 10-15%. (MSP, 2015, pág. 8).

En el Hospital José Carrasco Arteaga se han incrementado los partos por cesárea debido a la gran afluencia de pacientes obstétricas. Este trabajo de investigación determinará los principales factores de decisión de primera cesárea lo que ayudará a la toma de medidas preventivas y a modificar aquellos factores que llevaron a cesárea

Materiales y métodos: El presente estudio es de tipo descriptivo, retrospectivo, se llevó a cabo en el Hospital José Carrasco Arteaga, El universo fueron 472 pacientes que terminaron su gestación por cesárea. Las variables empleadas son las relacionadas con los factores de decisión de primera cesárea tanto fetales, maternas y materno-fetales. La recolección de la información se realizó a partir de la base de datos de historias clínicas del AS400.

Resultados: La principal causa de primera cesárea fue el estado fetal no tranquilizador con el 23.7% del universo (112 casos), desproporción cefalopélvica con el 17.1%(103 casos), preeclampsia con criterios de severidad con el 8.8% (42 casos), falta de progresión del trabajo de parto con el 7.6% (36 casos), presentación pelviana con el 5.5% (26 casos), desprendimiento prematuro de placenta normoincisa con el 3.4% (16 casos), el embarazo gemelar con un 2.7% (13 casos), Labor de parto pretérmino con feto menor de 2000gr con el 2.5% (12), fracaso de la inducción con el 2.3% (11casos), distocia de posición occipito posterior persistente con el 2.1% (10 casos)

Conclusiones: El estado fetal no tranquilizador fue el principal factor de primera cesárea en el Hospital José Carrasco Arteaga en el 2016, las causas materno fetales determinaron el segundo lugar mientras que las causas maternas ocuparon el tercer lugar.

Palabras clave: cesárea, factores maternos, factores fetales, factores materno-fetales.

Abstract

Introduction:

Cesarean section is a very common procedure in Ecuador. The last bulletin issued indicated that 48.97% of the births were by cesarean section between the years 2012 and 2015. This research work determined the main decision factors of the first cesarean section, which will help to take preventive measures and modify the factors that led to this.

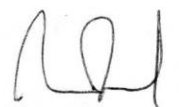
Materials y methods: This study was descriptive and retrospective. It was carried out in the Hospital José Carrasco Arteaga. The universe had 472 patients. The variables used were those related to the decision factors of the first cesarean section. The information collection was made using the database of clinical records of the AS400.

Results: The three main causes of first cesarean section were the nonreassuring fetal status with 23.7% (112 cases), cephalopelvic disproportion with 17.1% (103 cases) and preeclampsia with criteria of severity with 8.8% (42 cases).

Conclusions: Nonreassuring fetal status was the main factor of the first cesarean section, the maternal-fetal causes were in the second place while the maternal causes occupied the third place.

Keywords: Cesarean section, maternal factors, fetal factors, maternal-fetal factors.




Translated by
Ing. Paul Arpi

Índice

Dedicatoria	ii
Agradecimientos	iii
Resumen	iv
Abstract	v
Introducción	1
Materiales y métodos	2
Resultados	3
Discusión	8
Conclusiones y recomendaciones	11
Bibliografía	12

Autor: Dr. José Fernando Guzmán Barros.
Trabajo de graduación.
Director: Dr. Luis Fernando Moreno Montes.
Octubre 2018

Factores de decisión de primera cesárea, Hospital José Carrasco Arteaga, enero a diciembre, 2016

Introducción

El parto quirúrgico o parto por cesárea es una cirugía que permite el nacimiento del bebé a través del abdomen de la madre. La mayoría de este tipo de nacimientos resulta en madres y bebés saludables pero esta cirugía conlleva riesgos y su recuperación tarda más que el parto vaginal. En Ecuador la cesárea es un procedimiento muy común realizado tanto en instituciones públicas como privadas, actualmente según el boletín Nacimientos por cesárea expone que de los nacimientos en el periodo 2012 y 2015 el 48.97% fueron por cesárea, (MSP, Boletín Nacimientos por cesárea, 2017, pág. 5), una cifra que sobrepasa lo establecida por la Organización Mundial de la Salud donde menciona que en ninguna región del mundo se justifica una incidencia de cesárea mayor del 10-15%. (MSP, 2015, pág. 8), En América Latina el porcentaje de cesáreas se encuentra alrededor del 38.9% al año 2015, (MSP, Boletín Nacimientos por cesárea, 2017), si la tasa sobrepasa el rango establecido se sobreentiende como un abuso en el procedimiento no motivado por indicaciones médicas puntuales lo que ha llevado a presentar un proyecto de Ley Orgánica para la Atención Humanizada del embarazo, parto y postparto. En los últimos años el Hospital José Carrasco Arteaga ha registrado un aumento en la incidencia de partos por cesárea, teniendo como principal consecuencia el incremento de riesgos obstétricos y neonatales. El presente estudio, al demostrar las principales causas de decisión de primera cesárea, pretende incentivar al personal médico a tomar medidas preventivas para tratar de modificar aquellos factores que llevaron a realizar este procedimiento quirúrgico muchas veces innecesario.

Materiales y métodos

El estudio es de tipo descriptivo retrospectivo, se llevó a cabo en el Hospital José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca en el departamento de Ginecología y Obstetricia.

El universo de estudiado fueron 972 mujeres embarazadas que acudieron al hospital en el año 2016 a las que se terminó el embarazo por cesárea, de esta población se seleccionaron las pacientes que terminaron su gestación por primera cesárea, independientemente de las semanas de gestación y paridad que fueron 472.

Las variables empleadas fueron aquellas relacionadas con los factores de decisión de primera cesárea tanto fetales, maternas y maternofetales.

Dentro de las indicaciones fetales tenemos: Estado fetal no tranquilizador, presentación anormal (podálica, pelviana, transversa), distocia de posición persistente (asinclitismo, presentación occipito posterior, presentación de cara y de frente), gestación múltiple, malformaciones congénitas mayores, anomalías del estudio Doppler del cordón umbilical, parto pretérmino, prolapso del cordón con feto vivo.

Las indicaciones maternas son: miomectomía previa de espesor total, cicatriz uterina de tipo desconocido, obstrucción mecánica de la vagina (tumores benignos y malignos), condilomas vulvares severos, fibrosis cervical, cerclaje cervical (abdominal), cirugía reconstructiva pélvica previa, infección por VIH y virus del herpes simple (HSV), cardiopatía o neumopatía, fracaso de la inducción, preeclampsia-eclampsia.

En las indicaciones maternofetales tenemos: desproporción cefalopélvica de origen materno y de origen fetal, falta de progresión durante el parto, placentación anormal (placenta previa, placenta acreta, vasa previa), desprendimiento prematuro de placenta.

La recolección de la información se realizará a partir de la base de datos de historias clínicas del AS400, de las pacientes que terminaron su embarazo mediante primera cesárea, los datos fueron recolectados y organizados a través de formularios, con los resultados obtenidos se realizarán tablas.

Se escogió este hospital por tratarse de una institución de tercer nivel de referencia a nivel regional y por la gran afluencia de maternas.

Resultados

Los resultados representan Factores de decisión de primera cesárea de 472 pacientes en el Hospital José Carrasco Arteaga, enero a diciembre, 2016.

Tabla 1

Grupos de edad	Frecuencia.	Frecuencia Porcentual
< 15	3	0.6
15-34	366	77.6
> 35	103	21.8
Total	472	100

Nota. Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Guzmán José Fernando.

Como se muestra en la Tabla 1, el grupo de edad de 15 a 34 años fue el más frecuente con el 77.6% (366 pacientes). La media de edad en las embarazadas fue de 29 años, la mayoría del grupo de estudio se ubica en la etapa central de la vida reproductiva, la edad mínima fue de 14 años y la máxima de 47 años.

Tabla 2

Paridad	Frecuencia.	Frecuencia Porcentual
Nulípara	313	66.3
Primípara	77	16.3
Múltipara	78	16.5
Gran múltipara	4	1.0
Total	472	100

Nota. Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Guzmán José Fernando.

El mayor porcentaje de primera cesárea fue en las nulíparas con el 66.3% (313 pacientes), las gran múltiparas represento el 1%

Tabla 3

Factor de decisión	Frecuencia.	Frecuencia Porcentual
Indicación fetal	204	43.2
Indicación maternofoetal	172	36.5
Indicación materna	96	20.3
Total	472	100

Nota. Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Guzmán José Fernando.

La indicación fetal fue la más frecuente seguida de indicación maternofoetal, en tercer lugar, ocupa la indicación materna.

Tabla 4

Distribución de 204 mujeres a las cuales se realizó primera cesárea en el Hospital José Carrasco Arteaga según indicación fetal, grupo de edad y paridad, Cuenca 2016.

Indicación fetal		Grupo de edad			T O T A L	Paridad				T O T A L
		15-34	> 35	< 15		Primigesta	Primípara	Múltipara	Gran múltipara	
ESTADO FETAL NO TRANQUILIZADOR	N	95	17	0	112	80	14	17	1	112
	%	46.6	8.3	0.0	55.0	39.2	6.9	8.3	0.5	55.0
PRESENTACION PELVIANO	N	20	5	1	26	15	4	7	0	26
	%	10.0	2.5	0.5	12.7	7.4	2.0	3.5	0.0	12.7
EMBARAZO GEMELAR	N	10	3	0	13	4	3	6	0	13
	%	5.0	1.5	0.0	6.3	2.0	1.5	3.0	0.0	6.3
PARTO PRETERMINO (MENOS DE 2000GR)	N	10	2	0	12	4	2	6	0	12
	%	5.0	1.0	0.0	5.8	2.0	1.0	3.0	0.0	5.8
OXIPITO POSTERIOR PERSISTENTE	N	7	3	0	10	6	3	1	0	10
	%	3.5	1.5	0.0	5.0	3.0	1.5	0.5	0.0	5.0
TRANSVERSO	N	5	4	0	9	4	2	3	0	9
	%	2.5	2.0	0.0	4.4	2.0	1.0	1.5	0.0	4.4
OTROS	N	5	4	0	9	2	4	3	0	9
	%	2.5	2.0	0.0	4.4	1.0	2.0	1.5	0.0	4.4
PODALICO	N	6	2	0	8	1	5	2	0	8
	%	3.0	1.0	0.0	4.0	0.5	2.5	1.0	0.0	4.0

	%	3.0	1.0	0.0	4.0	0.5	2.5	1.0	0.0	4.0
ASINCLITISMO ANTERIOR	N	5	0	0	5	4	1	0	0	5
	%	2.5	0.0	0.0	2.5	2.0	0.5	0.0	0.0	2.5
TOTAL	N	163	40	1	204	120	38	45	1	204
	%	80.6	19.8	0.5	100	59.0	19.0	22.3	0.5	100

Nota. Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Guzmán José Fernando.

Como se puede observar en la Tabla 4, de las indicaciones fetales la principal indicación fue el estado fetal no tranquilizador que destacó en las primigestas de 15 a 34 años, seguido de presentación pelviana.

El tercer lugar ocupa la cesárea por embarazo gemelar con mayor frecuencia en multíparas entre 15 a 34 años, el grupo más frecuente según edad y paridad fueron primigestas de 15 a 34 años.

Tabla 5

Distribución de 96 mujeres a las que se realizó primera cesárea en el Hospital José Carrasco Arteaga según indicación materna, grupo de edad y paridad, Cuenca 2016.

Indicación materna	Grupo de edad					T O T A L	Paridad				T O T A L
	15-34*	> 35	< 15				Primigesta	Primípara	Múltipara	Gran múltipara	
PREECLAMPSIA CON CRITERIOS DE SEVERIDAD	N	29	13	0	42	29	7	6	0	42	
	%	30.2	13.5	0.0	43.7	30.2	7.3	6.2	0.0	43.7	
OTROS	N	19	8	0	27	13	11	3	0	27	
	%	19.7	8.3	0.0	28.1	13.5	11.4	3.1	0.0	28.1	
FRACASO DE LA INDUCCION	N	10	1	0	11	7	0	4	0	11	
	%	10.4	1.0	0.0	11.4	7.3	0.0	4.1	0.0	11.4	
MIOMECTOMIA PREVIA	N	5	3	0	8	5	2	1	0	8	
	%	5.2	3.1	0.0	8.3	5.2	2.1	1.0	0.0	8.3	
CONDILOMATOSIS	N	4	0	0	4	3	1	0	0	4	
	%	4.0	0.0	0.0	4.0	3.0	1.0	0.0	0.0	4	
PREECLAMPSIA SIN CRITERIOS DE SEVERIDAD	N	4	0	0	4	4	0	0	0	4	
	%	4.0	0.0	0.0	4.1	4.0	0.0	0.0	0.0	4	

TOTAL	N	71	25	0	96	61	21	14	0	96
	%	74	26	0.0	100	63.5	22.0	14.5	0.0	100

Nota. Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Guzmán José Fernando.

En la Tabla 5 se encontró como principal indicación de primera cesárea a preeclampsia con criterios de severidad con el 43.7% de las indicaciones maternas, este factor se presentó más frecuentemente en primigestas de 15 a 34 años, le sigue el fracaso de la inducción con el 11.4%. Todas las indicaciones de cesárea de factor materno tuvieron mayor prevalencia en el grupo de primigestas de 15 a 34 años.

Tabla 6

Distribución de 172 mujeres a las que se realizó primera cesárea en el Hospital José Carrasco Arteaga según indicación materno fetal, grupo de edad y paridad, Cuenca 2016.

Indicación materno fetal	Grupo de edad					T O T A L	Paridad				T O T A L
	15-34	> 35	< 15		Primigesta		Primípara	Múltipara	Gran múltipara		
DESPROPORCION CEFALOPELVICA DE CAUSA FETAL	N	45	11	0	56	43	4	8	1	56	
	%	26.1	6.4	0.0	32.5	25	2.3	4.6	0.6	32.5	
DESPROPORCION CEFALOPELVICA DE CAUSA MATERNA	N	36	10	1	47	45	2	0	0	47	
	%	20.9	5.8	0.6	27.3	26.1	1.2	0.0	0.0	27.3	
FALTA DE PROGRESION DEL TRABAJO DE PARTO	N	31	5	0	36	26	3	5	2	36	
	%	18.0	3.0	0.0	21.0	15.1	1.7	3.0	1.2	21.0	
DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA	N	10	5	1	16	8	5	3	0	16	
	%	5.8	2.9	0.6	9.3	4.6	3.0	1.7	0.0	9.3	
OTROS	N	6	3	0	9	4	3	2	0	9	
	%	3.5	1.7	0.0	5.2	2.3	1.7	1.2	0.0	5.2	
PLACENTA PREVIA TOTAL	N	3	4	0	7	5	1	1	0	7	
	%	1.7	2.3	0.0	4.0	3.0	0.5	0.5	0.0	4.0	
PLACENTA PREVIA MARGINAL	N	1	0	0	1	1	0	0	0	1	
	%	0.5	0.0	0.0	0.5	0.5	0.0	0.0	0.0	0.5	
TOTAL	N	132	38	2	172	132	18	19	3	172	
	%	76.8	22.0	1.2	100	76.8	10.4	11	1.7	100	

Nota. Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Guzmán José Fernando.

La principal indicación de cesárea por factor materno fetal fue la desproporción cefalopélvica de causa fetal, esta incidencia fue mayor en primigestas de 15 a 34 años. Le sigue en frecuencia la desproporción cefalopélvica pélvica de origen materno y en tercer lugar la falta de progresión del trabajo de parto

Prevalencia general de factores de decisión de primera cesárea.

Se encontró como principales causas de decisión de primera cesárea el estado fetal no tranquilizador con el 23.7 % (112 casos) del total del universo, la desproporción cefalopélvica con el 21.8% (103 casos), de los cuales el 11.8% son de causa fetal y el 10% de causa materna, preeclampsia con criterios de severidad con el 9% (42 casos), falta de progresión del trabajo de parto con un 7.6% (36 casos), presentación pelviana con el 4.8% (26 casos), desprendimiento prematuro de placenta normoincerta se presentó en el 3.4% (16 casos), el embarazo gemelar con un 2.7% (13 casos), Labor de parto pretérmino con feto menor de 2000gr con el 2.5% (12), el fracaso de la inducción con el 2.3% (11 casos), distocia de posición occipito posterior persistente con el 2.1% (10 casos) los cuales representan las 10 principales factores de decisión de primera cesárea en el departamento de ginecología y obstetricia del Hospital José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca enero a diciembre del 2016.

Discusión

El presente estudio muestra factores de decisión de primera cesárea en 472 pacientes embarazadas que acudieron al Hospital José Carrasco Arteaga en el periodo enero a diciembre del 2016.

Como antecedente en dicho hospital durante el año 2016 se registran 1792 partos de los cuales el 45.7% fueron partos normales y el 54.3% fueron partos por cesárea, del total de cesáreas el 26.3% son primeras cesáreas las cuales fueron realizadas independiente de la paridad.

Esta alta prevalencia de cesáreas supera lo expuesto por la OMS quienes recomiendan que la tasa de cesárea no debe superar el 10 al 15%. (MSP, 2015), Villar J. en el 2006, indicó que en las diferentes áreas de América latina la tasa promedio de cesáreas fue del 33% con un mayor porcentaje en el sector privado del 51 % y atribuye que este aumento estuvo asociado en mayor escala a la primiparidad, en el 2015 el último estudio realizado por el MSP en América Latina el porcentaje de cesáreas se encuentra alrededor del 38,9%, (MSP, Boletín Nacimientos por cesárea, 2017), Esto nos demuestra el aumento en la frecuencia de esta cirugía en los últimos años lo que concuerda con las tasas encontradas en el Hospital José Carrasco Arteaga con rangos por encima de los internacionalmente establecidos.

Este exceso de cesáreas quizá sea explicado por factores tales como, el temor del obstetra a ser demandado jurídicamente por negligencia e impericia en caso de complicaciones observadas, por la práctica de la obstetricia defensiva, el sobre diagnóstico de sufrimiento fetal intraparto por el uso de la cardiotocografía, por la aplicación de los principios de la bioética actual, entre otros. (Danilo N., 2012)

Respecto a las características de la edad materna de las mujeres a las cuales se realizó primera cesárea se obtuvo una edad promedio de 29 años, el grupo de edad comprendido entre 15 a 34 años representaron el mayor porcentaje con el 77.6%, porcentajes similar al obtenido por Galvez (2015) en el Hospital San José del Callao donde este grupo de edad represento el 74% (pág. 36). La alta incidencia de este grupo de edad es debido a que en el área de Gineco Obstetricia de nuestro hospital, la mayor demanda de pacientes son mujeres en edad reproductiva.

Dentro de la clasificación de paridad, primera cesárea se realizó en mayor frecuencia a las nulíparas con el 67.5% del universo de estudio, esta cifra se encuentra por debajo de los encontrado por Eduardo Velez y col (2013) en el hospital de Ginecopediatría del IMSS en Hermosillo donde reporta una frecuencia del 78.28% (pág. 5).

El principal factor de decisión de primera cesárea encontrado en el Hospital José Carraco Arteaga fue el estado fetal no tranquilizador con el 23.7% del universo, cifra menor a la encontrada por Pavon & Trejo (2002) quienes encontraron una incidencia de esta indicación en el 28.3% (pág. 3). Salazar & Vaca (2005), en su estudio realizado en la facultad de medicina de la PUCE, encontraron una incidencia del compromiso del bien estar fetal del 16.7% (pág. 66) cifra que se encuentra alejada a las halladas en nuestro estudio.

Se puede observar que existen diferencias porcentuales en los diferentes estudios por lo que este diagnóstico es controversial, los recién nacidos por esta causa generalmente no manifiestan sintomatología que sustente el diagnóstico previo.

En nuestro medio la monitorización electrónica fetal o cardiotocografía es la base para la valoración clínica del estado del feto, tanto en el embarazo como en el parto ya que presenta una alta sensibilidad, pero tiene baja especificidad, es decir que, si presenta un patrón patológico en muy pocas ocasiones existe sufrimiento fetal. (Miller, 2018)

El segundo factor de decisión de primera cesárea en la población estudiada fue la desproporción cefalopélvica, esta condición es dependiente de la relación existente entre el feto y la pelvis materna, que impide la resolución del parto por la vía vaginal.

Esta indicación tuvo una frecuencia del 17.1% del universo (81 casos), se encontró que el 9.5% fue de origen fetal y el 7.6 % fue de origen materno, Patiño Gladis en su estudio realizado en el hospital de Tumbes, encontró una incidencia de cesárea por Desproporción feto pélvica de origen fetal del 13.3% (Gladis, 2011) y Medina Luis (2015) en su estudio realizado en la universidad Ricardo Palma encontró como segunda causa de cesárea pelvis estrecha (18.6) y macrosomía fetal con el 10.9% (pág. 37) con una prevalencia similar a la encontrada en nuestro estudio, estos autores también recalcan la importancia de detectar esta situación a tiempo por la elevada mortalidad conlleva.

Se considera que el peso promedio normal de un feto a término varía entre 2500 y 3500 g. y se dice de un producto grande cuando su peso es de 4000 g. o más. (Vallecillo, Ramos, & Alvarado), el promedio del peso de los fetos obtenidos de las pacientes de estudio fue de 3618 gr, el peso mayor fue de 4320 gr y el peso menor de 3060gr, estos resultados nos lleva a tomar acciones para disminuir las tasas de cesárea por este factor, usando como principal auxiliar el correcto diagnóstico clínico, tomando en cuenta que la precisión de la ecografía para predecir la macrosomía fetal es poco fiable.

Entre las complicaciones que con mayor frecuencia se presentan en niños macrosómicos tenemos la distocia de hombros. (Llacsá, 2014), Su imprevisibilidad continúa siendo una preocupación importante para profesionales de la obstetricia en todo el mundo. Según la OMS su incidencia oscila entre 0.6% y 1.4% para fetos con un peso de entre 2500g y 4000g y sube hasta el 9% para los que pesan de 4000g a 4500g (Majan , Sanchez, & Gil, 2015).

De los estados hipertensivos del embarazo la preeclampsia con criterios de severidad represento la tercera causa de cesárea en las pacientes de estudio con el 8.8% del universo (42 casos), la media de edad de estas pacientes fue de 29.8 años, la edad mínima en la que se presento fue a las 15 años y la máxima a los 43 años, el grupo de edad con mayor incidencia fue de 15 a 34 años, (Alvarez & Mendoza, 2001), corroboran en su estudio descriptivo transversal que las edades extremas, aumenta el riesgo de padecer trastornos hipertensivos del embarazo y en estos casos se duplica el riesgo de padecer preeclampsia.

Con respecto a la paridad y desarrollo de preeclampsia, en primigestas se presentó con el 69% , el 29.4% en la primíparas seguida del 14.2 % en las multíparas, no está claro porque en las primigestas este padecimiento aumenta el riesgo de manera significativa, en un estudio prospectivo se describió el riesgo de padecer preeclampsia en el primer embarazo del 4.1% mientras que en los siguiente embarazos el riesgo se redujo al 1.7% (Jimenez, López, & Hernandez, s.f.)

Tomando como referencia la alta incidencia de cesárea en pacientes con diagnóstico de preeclampsia, respecto a la vía del parto de pacientes con este diagnóstico, es preferible el parto vaginal mediante inducción por los métodos habituales, esto evita agregar el estrés de la intervención quirúrgica a las múltiples alteraciones de estas pacientes, la cesárea está indicada ante el fracaso de la inducción o por otras indicaciones medicas u obstétricas, tres estudios retrospectivos han revisado la vía del parto en preeclampsia severa, y considera el parto vaginal como una vía razonable en estas pacientes y que la inducción del parto en la preeclampsia con criterios de severidad no es peligrosa (Briceño, 2007, pág. 7).

Lo mencionado nos llevan a la necesidad de toma de conductas de buena práctica médica con el fin de agotar todos los recursos necesarios para la terminación del embarazo de estas pacientes por vía vaginal.

La cuarta causa de decisión de primera cesárea en nuestra población obstétrica fue la falta de progresión del trabajo de parto con el 7.6% del universo de estudio, (36 casos), Según la Fundación Humanitario Pablo Jaramillo en su población estudiada esta indicación también ocupo el cuatro lugar con 7.3%, porcentaje similar al encontrado en nuestro estudio. (Jáuregui., 2012).

Se entiende como falta de progresión del trabajo de parto a la progresión anormalmente lenta del periodo de dilatación debido a contracciones uterinas deficientes, presentación o posición fetal anormal, pelvis materna inadecuada siendo más frecuente en pacientes nulíparas como lo corrobora nuestro trabajo de investigación, clínicamente la identificación de la causa precisa es un desafío, lo que lleva a la realización de cesárea prematuramente evitando otras intervenciones que podrían llevar al parto vaginal como la infusión intravenosa de oxitocina o amniotomía tras el correcto diagnóstico. (OMS, 2015)

Los demás factores de decisión de primera cesárea encontrados en el presente estudio fueron: la presentación pelviana con el 5.5% (26 casos), el desprendimiento prematuro de placenta normoincerta se presentó en el 3.4% (16 casos), el embarazo gemelar con un 2.7% (13 casos), Labor de parto pretérmino con feto menor de 2000gr con el 2.5% (12), fracaso de la inducción con el 2.3% (11casos), distocia de posición occipito posterior persistente con el 2.1% (10 casos), y el, los cuales representan las 10 principales factores de decisión de primera cesárea en el departamento de ginecología y obstetricia del Hospital José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca durante el periodo 2016, estos factores se relacionan con los hallazgos en otros estudios mencionados y representan el 80.7% del total las causas siendo las más importantes en frecuencia las que se analizó.

Conclusiones y recomendaciones

Los factores de decisión de primera cesárea de causa fetal fueron los de mayor prevalencia en las pacientes en estudio, representaron el 43.2% del total y dentro de estas el estado fetal no tranquilizador con el 23.7%, seguido de los factores materno-fetales con el 36.4%, dentro de estos, el mayor porcentaje correspondió a desproporción cefalopélvica la misma que se la dividió en desproporción cefalopélvica de origen fetal con el 11.8% y de origen materno con una incidencia del 9.9%, por ultimo las indicaciones maternas alcanzaron el 20.3% siendo la preeclampsia con criterios de severidad la más frecuente dentro de estas con el 8.8%, las causas de cesárea en la población estudiada, en algunos casos son similares a las encontradas en estudios de otros países latinoamericanos tomando en cuenta que los criterios médicos difieren dentro de un mismo país e incluso institucionalmente, sin embargo a nivel de mundial seguimos con cifras de cesárea que superan sustancialmente las establecidas por la OMS, por lo que urge el planteamiento de políticas de capacitación y evaluación del desempeño profesional mejorando así la capacidad diagnóstica y resolutoria con el fin de evitar cesáreas innecesarias.

Bibliografía.

- Alvarez, T., & Mendoza, M. (Abril de 2001). *Incidencia de los factores de riesgo de la hipertension arterial grave inducida por el embarazo*. Obtenido de <https://core.ac.uk/download/pdf/71503985.pdf>
- Benjamin Trujillo. (2000). *Factores de Riesgo de la Operación Cesárea en el Hospital de GinecoPediatria del IMSS*. Obtenido de uson.mx: <http://tesis.uson.mx/digital/tesis/docs/20408/Reflexiones.pdf>
- Briceño, C. (2007). *Conducta obstétrica basada en evidencias. Preeclampsia severa: ¿tratamiento agresivo o expectante?* Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2007/gom072g.pdf>
- Danilo N. (octubre de 2012). *Consideraciones actuales sobre la operación cesárea*. Obtenido de Medisan: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012001000013
- Galvez, E. (2015). *Factores asociados a la indicacion de cesarea en el Hospital Nacional dos de Mayo*. Obtenido de http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/555/1/Medina_j.pdf
- Gladis, P. (2011). *Factores determinantes de la cesárea en los hospitales de Tumbes (2011)*. Obtenido de <http://revistas.uap.edu.pe/ojs/index.php/CYD/article/viewFile/1125/1103>
- Hernandez, J., & Hernandez, P. (Diciembre de 2007). *Factores de riesgo de preeclampsia: enfoque inmunoendocrino. Parte I*. Obtenido de Revista Cubana de Medicina General Integral: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252007000400012
- Jáuregui, M. (2012). *Principales causas de cesárea en la Fundacion Pablo Jaramillo*. Obtenido de <http://dSPACE.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/88/1/09248.pdf>
- Jimenez, R., López, M., & Hernandez, A. (s.f.). *Predicción de preeclampsia. Factores de riesgo*. Obtenido de http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/actividad_docente_e_investigadora/curso_de_actualizacion_en_obstetricia_y_ginecologia/curso_2015/obstetricia/5_prediccion_preeclampsia_factores_riesgo.pdf
- Llacsá, H. (2014). *Detección ecográfica de macrosomía fetal y resultados perinatales*. Obtenido de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4035/LLacsá_ch.pdf?sequence=1
- Luis, M. J. (2015). *Factores asociados a la indicación de cesárea en el Hospital Nacional Dos de Mayo de Enero a Diciembre del 2015*. Obtenido de <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/555>

- Majan , C., Sanchez, Y., & Gil, A. (2015). *Atención en la distocia de hombros*. Obtenido de Paraninfo Digital: <http://www.index-f.com/para/n22/pdf/440.pdf>
- Miller, D. (15 de Mayo de 2018). *Intrapartum fetal heart rate assessment*. Obtenido de https://www.uptodate.com/contents/intrapartum-fetal-heart-rate-assessment?search=cardiotocografica&source=search_result&selectedTitle=1~8&usage_type=default&display_rank=1
- MSP. (2015). *Atención del parto por cesarea*. Obtenido de https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-Atencion_del_Parto_por_cesarea.pdf
- msp. (2017). *Boletín Nacimientos por cesárea*. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/01/BOLET%C3%8DN-CESAREAS.pdf>
- MSP. (2017). *Boletín Nacimientos por cesárea*. Obtenido de Ministerio de Salud Pública del Ecuador: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/01/BOLET%C3%8DN-CESAREAS.pdf>
- OMS. (2015). *Recomendaciones para la estimulación del trabajo de parto*. Obtenido de Organizacion Mundial de la Salud: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/200213/WHO_RHR_15.05_spa.pdf?sequence=1
- Pavon, P., & Trejo, G. (2002). *Frecuencia e indicaciones de la operación cesárea en el Hospital Escuela de la Universidad Veracruzana*. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/veracruzana/muv-2002/muv022c.pdf>
- Salazar , S., & Vaca, W. (2005). *Riesgos y beneficios maternos asociados con parto por cesárea en 18 unidades de salud del Ecuador*. Obtenido de puce.edu.ec: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/7313/11.27.001106.pdf?sequence=4>
- Vallecillo, G., Ramos, J., & Alvarado, A. (s.f.). *Parto Distócico por desproporción feto-pélvica*. Obtenido de <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/1975/pdf/Vol43-4-1975-5.pdf>
- Velez, E. (2013). *Factores de Riesgo de la Operación Cesárea en el Hospital de GinecoPediatria del IMSS*. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/bolclinhosinfson/bis-2013/bis131d.pdf>
- Villar J. (12 de agosto de 2006). *Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes*. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16753484>