



Principales causas de cesárea en la  
Fundación Humanitaria Pablo Jaramillo,  
Enero – Diciembre de 2011.

---

Trabajo de Graduación Previa a la Obtención Del Título de  
Médico

Autor

María Paz Jáuregui Calle.

Director

Dr. Germán Montesdeoca.

Asesora

Dra. Mariana Gaybor.

Cuenca, Ecuador

**Octubre de 2012.**

# Principales causas de Cesárea en la Fundación Humanitaria Pablo Jaramillo, Enero – Diciembre de 2011.

*Jáuregui, María Paz<sup>1</sup>, Montesdeoca, Germán<sup>2</sup>, Gaybor, Mariana<sup>3</sup>.*

1. Universidad del Azuay, Facultad de Medicina.
2. Fundación Humanitaria Pablo Jaramillo.
3. Hospital José Carrasco Arteaga, IESS- Cuenca.

E-mail

J, MP: pazj186@hotmail.com

Dirección para entrega de correo:

Calle del Rosedal 4-13, Las Pencas, San Sebastián, Cuenca, Ecuador.

Teléfono:[593] 74073717

Fecha de recepción del proyecto: Agosto, 01, 2012.

Fecha de aceptación para la elaboración: Agosto, 28, 2012.

CODIGO TESIS DE LA UDA

2012-38284

## **Dedicatoria.**

A la razón por la cual todo el esfuerzo valió la pena y que desde el inicio en mi vientre formó parte de este recorrido, mi hijo Matías.

A mi esposo, por todo el amor, comprensión y confianza depositada, por ese apoyo incondicional durante las buenas y malas vivencias.

Mi madre y hermana, pilares fundamentales durante toda la formación, que con todo el amor y fe, depositaron en mí su confianza y siempre creyeron en mí.

Finalmente a ese ser que desde otra dimensión siempre está conmigo, que desde tan pequeñita me enseñó lo hermosa que resulta la medicina, lo mágico de poder descubrir que existe detrás de la vida y la muerte, mi papi Vini.

## **Agradecimientos.**

A todos los directivos y profesores de la Facultad de Medicina de la Universidad del Azuay, que durante los años de formación compartieron sin reserva, los conocimientos y experiencias vividas no solo en la parte académica si no en la parte humana, y que finalmente se convirtieron en amigos.

A mis compañeros, hermanos que son parte importante en la formación por esas experiencias inolvidables y por ser el sostén en épocas difíciles.

A mi familia que siempre estuvo presta a tenderme una mano.

Al Dr. German Montesdeoca, Dr. Fray Martinez y Dra Mariana Gaybor por el apoyo constante y dedicación que pusieron en este proyecto, y la Fundación Humanitaria Pablo Jaramillo, que ha sido como un segundo hogar.

# Índice de contenidos

<b>Principales causas de Cesárea en la Fundación Humanitaria Pablo Jaramillo, Enero – Diciembre de 2011</b> .....	<b>I</b>
Dedicatoria .....	II
Agradecimientos .....	III
Resumen.....	V
Abstract .....	VI
Marco Teórico.....	1
Problema .....	6
Objetivo Principal .....	7
Objetivos Secundarios.....	7
Justificación .....	8
Materiales y Métodos.....	10
Resultados .....	12
Discusión.....	19
Conclusión .....	23
Bibliografía .....	24

## Resumen

**Introducción:** La cesárea es una intervención quirúrgica que tiene por objeto extraer el producto de la concepción, vivo o muerto, a través de una incisión en la pared abdominal y en la pared uterina (1-4).

En nuestro país según la encuesta ENDEMAIN desde 1994 hasta el 2006 la tasa de cesáreas ha incrementado en un 8,7%. Según el INEC 2006, los porcentajes de cesárea por institución se triplican en los establecimientos privados (32%) con relación a los públicos (15,5%) (1).

En la Fundación Pablo Jaramillo durante el año 2011 se incrementó el número de partos por cesárea debido a diferentes causas ya sean estas de tipo materno, fetal o ambas, motivo por el cual se ha decidido realizar un estudio retrospectivo dentro del cual se analizarán cuales fueron las principales causas de este incremento.

**Materiales y Métodos:** Es un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo. Se realizó en la Fundación Pablo Jaramillo. La población a ser estudiada serán todas las mujeres embarazadas, en quienes se indicó la necesidad de realizar cesárea. Las variables a emplearse son: edad materna, semanas de gestación en la que se terminó con el embarazo, diagnósticos establecidos como indicación de cesárea.

**Resultados:** La primera causa de cesárea fue por cesárea anterior con un 32,4% (191 casos) del total del universo, luego el sufrimiento fetal agudo con un 8% (47 casos), la desproporción cefalopélvica con un 7,8% (46 casos), la dilatación estacionaria con un 7,3% (43 casos), los trastornos hipertensivos del embarazo con un 7,3% (43 casos), las distocias de presentación con un 6,4% (38 casos), la ruptura prematura de membranas con un 4,1% (24 casos), la cesárea iterativa 1 con un 3,4% (20 casos), las distocias óseas con un 3,1% (18 casos) y la Macrosomía fetal con un 2% (12 casos).

**Conclusión:** La cesárea anterior fue la principal causa de cesárea en la población atendida en la Fundación Pablo Jaramillo durante el 2011. Las causas fetales estuvieron en segundo lugar. Las causas maternas no presentaron mayor prevalencia en esta población.

**Palabras Clave:** cesárea, causas maternas, causas fetales.

## Abstract.

**Introduction:** Cesarean section is a surgical intervention that is aimed at extracting the product of conception, alive or dead, through an incision in the abdominal and uterine walls (1-4).

According to ENDEMAIN survey, in our country since 1994 until 2006 the rate of cesarean section has increased in 8, 7%. According to INEC 2006, the cesarean deliveries per institution are tripled in private establishments (32%) compared to public institutions (15, 5%) (1).

In *Pablo Jaramillo* Foundation, during the year 2011, the number of cesarean sections increased due to different causes: maternal, fetal, or both. For this reason we have decided to carry out a retrospective study, where the main causes for this escalation will be analyzed.

**Materials and Methods:** Non-experimental study, retrospective, descriptive, observational, transversal. The study will take place in *Pablo Jaramillo* Foundation. The subjects of study will be the pregnant women who underwent cesarean section. The variables will be: mother's age, gestational week in which the pregnancy ended, diagnosis established as indicator for cesarean delivery.

**Results:** The first cause for cesarean section was a previous cesarean delivery 32, 4% (191 cases), the next causes were acute fetal distress 8% (47 cases), cephalopelvic disproportion 7, 8% (46 cases), stagnation of dilation 7, 3% (43 cases), hypertensive disorders of pregnancy 7, 3% (43 cases), dystocia 6, 4% (38 cases), premature rupture of the membranes 4,1 % (24 cases), iterative cesarean section 3, 4% (20 cases), bone dystocia 3, 1% (18 cases), and fetal macrosomia 2% (12 cases).

**Conclusions:** A previous cesarean delivery was the main cause for cesarean section in the patients cared for in *Pablo Jaramillo* Foundation during 2011. Fetal causes were the second cause. Maternal causes were not prevalent in this population.

**Key words:** cesarean section, maternal causes, fetal causes.



UNIVERSIDAD DEL  
AZUAY  
DPTO. IDIOMAS



Translated by,  
Diana Lee Rodas

## Marco Teórico

Se puede definir hoy en día a la cesárea como la intervención quirúrgica que tiene por objeto extraer el producto de la concepción, vivo o muerto, a través de una incisión en la pared abdominal (laparotomía) y en la pared uterina (histerotomía) [1-4].

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. La segunda es que el nombre de la operación proviene de una ley romana supuestamente creada en el siglo viii a. C. por Numa Pompilio, que ordenaba que hicieran el procedimiento en mujeres que morirían en las últimas semanas del embarazo con la esperanza de salvar al niño. La tercera explicación es que la palabra cesárea se originó en algún momento de la edad media a partir del verbo latino caedere, que significa cortar [3,4]. Actualmente podemos decir que “estamos viviendo la era de la moda de la cesárea” [5].

La tasa de cesáreas va en aumento tanto en los hospitales privados como en los públicos, siendo más marcado en los primeros. La tasa de cesárea recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) es de un 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 [6]. En los hospitales públicos la frecuencia es menor que en los privados, sobre todo donde hay cursos de posgrado en obstetricia y ginecología. En nuestro país, la cesárea cuyo promedio esperado, como se mencionó anteriormente según la OMS, no debería rebasar del 5-15% de todos los partos, tiende a incrementarse en la costa y la región insular, seguida por la sierra y la amazonia. Según la encuesta ENDEMAIN desde 1994 hasta el 2006 la tasa de cesáreas se ha incrementado en un 8,7% (gráfico 1), siendo el porcentaje mayor en mujeres del área urbana y en las provincias de Manabí, Guayas y El Oro mientras que las más bajas proporciones están en Cañar y Bolívar; aumenta en mujeres urbanas, instruidas y de quintiles económicos superiores. Según el INEC 2006, los porcentajes de cesárea por institución se triplican en los establecimientos privados (32%) con relación a los públicos (15,5%), posiblemente relacionado con el valor económico que representa

este procedimiento y con el irregular control de calidad de la atención obstétrica y neonatal en el país. Son también, con frecuencia, causa de muerte materna y neonatal, una situación que demanda investigaciones específicas. Las clínicas privadas y el IEISS (41,2% y 40,1% respectivamente), tienen altos porcentajes de cesáreas (Gráfico 2). [1].

Existen muchos motivos por los cuales es necesario efectuar un parto por cesárea [7]; la protocolización de las indicaciones de cesáreas basadas en la evidencia incluye la distocia, riesgo asociado a alteraciones en el bienestar fetal, cicatriz uterina previa, presentación de nalgas, embarazo múltiple, enfermedad materna y macrosomía [10]; otras fuentes señalan que un parto por cesárea se realiza en base a indicaciones de origen fetal, materno o ambas [9]. Las principales indicaciones y responsables del 85% de los partos por cesárea en Estados Unidos son el parto por cesárea anterior, presentación de nalgas, distocia y sufrimiento fetal [8].

Indicaciones fetales incluyen [9]:

- Distrés fetal o alteraciones del trazado de frecuencia cardíaca fetal
- Distocias de presentación
- Macrosomía fetal, malformaciones fetales
- Anomalías fetales como la hidrocefalia, que pueden hacer complicado un parto vaginal.
- DCP
- Retardo de crecimiento intrauterino severo

Indicaciones maternas [9]:

- Obstrucción del tracto genital inferior (Condilomatosis, tumoraciones, malformaciones)
- Cerclaje cervical, y cirugía vaginal reconstructiva previa (absoluta)
- Embarazo múltiple
- Gemelos siameses (absoluta)
- Cesárea previa

- Cirugía uterina previa que afecta la porción contráctil del útero (cesárea clásica previa, miomectomía)
- Patología materna previa que indique cesárea
- Distocias óseas
- Embarazo de alto riesgo

Indicaciones mixtas [9]:

- Placenta previa y presencia de vasa previa (absoluta)
- Abruption placentae
- Prolapso y pro cúbito de cordón
- Insuficiencia placentaria

Actualmente, ha surgido el debate sobre la opción de la cesárea electiva por solicitud de la madre (CDMR siglas en inglés cesarean delivery on maternal request). La evidencia muestra que es razonable pero se debe informar a la mujer embarazada que solicita un parto por cesárea de los riesgos y beneficios asociados para el actual y los embarazos posteriores. El papel del médico debe ser el de ofrecer la mejor asesoría posible, basada en la evidencia a la mujer y respetar su autonomía y capacidad de toma de decisiones cuando se considera la vía del parto [8]. En el 2006, los Institutos Nacionales de Salud (NIH) convocaron a una conferencia en la cual llegaron a concluir que CDMR debe ser evitado por las mujeres que desean varios hijos, no se debe realizar antes de la semana 39 de gestación o sin la verificación de la madurez pulmonar fetal, tiene un beneficio potencial de disminución en el riesgo de hemorragia de la madre y un menor riesgo de lesiones durante el parto para el bebé, tiene un riesgo potencial de problemas respiratorios para el bebé, se asocia con una mayor estancia hospitalaria materna y el riesgo cada vez mayor de placenta previa y placenta acreta con cada cesárea sucesiva [8] por lo que NIH indicó que se debe asesorar individualmente sobre estos riesgos y beneficios potenciales tanto del parto vaginal y por cesárea y ser la madre quien determine la vía; los detractores de CDMR sostienen que la premisa de la cesárea a pedido se aplica a una porción muy pequeña de la población y que no se debe ofrecer de manera rutinaria por razones éticas [8,

11]. El consenso emergente es que un estudio prospectivo aleatorizado se requiere para hacer frente a este problema [8, 12].

### **Complicaciones**

En comparación con un parto vaginal, la mortalidad y morbilidad materna en especial se incrementa con el parto por cesárea a aproximadamente el doble de la tasa después de un parto vaginal [8]. La tasa de mortalidad materna es de 6-22 muertes por cada 100.000 nacidos vivos. Parte de este aumento de la mortalidad es la asociada a un procedimiento quirúrgico y, en parte, relacionada con las condiciones que pueden haber llevado a la necesidad de realizar un parto por cesárea [7,8]

Las fuentes más importantes de morbimortalidad materna se pueden relacionar con problemas de tipo infeccioso, enfermedad tromboembólica, complicaciones anestésicas, y de la herida quirúrgica.

Se pueden dividir en:

Complicaciones intraoperatorias:

- Laceraciones uterinas, de los uréteres, lesiones de la vejiga.
- Lesiones intestinales se producen en menos del 0,1% de todos los partos por cesárea. El factor de riesgo más común de las lesiones del intestino durante la cesárea se asocia a las adherencias que se pueden haber generado por cesárea o cirugía previa a las que haya sido sometida la paciente. [7,8]
- La atonía uterina es una complicación intraoperatoria que se presenta en pacientes con gestación múltiple, polihidramnios, o un intento fallido de un parto vaginal en el que la gestante se encontraba en la estimulación con oxitocina durante un período prolongado. Cuando el útero está cerrado, se debe prestar atención a su tono general [7,8].

Complicaciones postoperatorias:

- Mujeres que han sido sometidas a parto por cesárea tienen un riesgo de hasta 20 veces mayor que con el parto vaginal de endometritis. La tasa de endometritis pos cesárea puede ser disminuido a aproximadamente el 5% con el uso profiláctico de antibiótico [7,8].
- Después de un parto por cesárea, el riesgo de una infección de la herida oscila entre 2,5% al 15%.
- Otra de las causas de morbilidad febril pos cesárea es la infección del tracto urinario (ITU). La incidencia oscila entre el 2-16%, y se asocia con el proceso de la colocación de sonda vesical para la cirugía.
- Las complicaciones tromboembólicas se encuentran incrementadas en las pacientes sometidas a parto por cesárea; aproximadamente 0.5-1 de cada 500 mujeres embarazadas experimentan trombosis venosa profunda (TVP), este riesgo se incrementa en 3 - 5 veces en el post-parto por cesárea que con el parto vaginal; otros riesgos que se asocian son la obesidad, la edad materna avanzada, mayor paridad, y la deambulaci3n postoperatoria pobre [7,8].

## Problema.

La cesárea es una operación que se realiza frecuentemente; en países europeos se reporta una incidencia de 21%, en Estados Unidos 26% en Australia 23%. En algunos países Latino americanos como Chile, Argentina, Brasil, Paraguay y México rebasan el 50% [1,13].

La alta frecuencia de cesáreas ya se considera un problema de salud pública y se sospecha que esta situación se va a agravar en los siguientes años. La razón para este incremento es compleja y parece estar relacionada con varias causas como la seguridad que ofrece la operación cesárea, que ocasiona complacencia del médico y la paciente, falta de experiencia en los obstetras jóvenes, temor a problemas médico legales y presión de la paciente al médico. Otras causas que influyen son la edad, IMC, enfermedades concomitantes con embarazo y mala práctica obstétrica [13].

El incremento en la frecuencia de operación cesárea es un problema de salud pública a nivel mundial, y particularmente en países en vías de desarrollo como es el nuestro. Recientemente se ha identificado un aumento considerable en la práctica innecesaria de la operación cesárea, que ciertamente no es inocua y conlleva riesgos inherentes, quirúrgicos y anestésicos. Este incremento va de la mano con una mayor posibilidad de hemorragia obstétrica y por lo tanto mayor probabilidad de muerte materna [1, 13].

Se debería pensar en la posibilidad de generar guías clínicas que ayuden a un mejor manejo y diagnóstico de las indicaciones para realizar cesáreas; mediante este estudio se pretende determinar cuáles son los principales diagnósticos establecidos previos a realizar dicho procedimiento en un intento de mejorar el manejo de las pacientes y lograr terminar con un parto eutócico, disminuyendo de esta manera los riesgos maternos y fetales que el parto por cesárea conlleva.

## **Objetivo Principal**

Identificar las principales causas de cesárea en las mujeres embarazadas en la Fundación Humanitaria Pablo Jaramillo.

## **Objetivos Secundarios**

Determinar la prevalencia de cesárea en el año 2011 en la Fundación Pablo Jaramillo.

Determinar en que edades se encuentra el mayor porcentaje de partos por cesárea.

Comparar los datos de nuestro medio con los encontrados en otros estudios realizados fuera de nuestro país.

## **Justificación**

El presente estudio, descriptivo, retrospectivo, es factible de realizar dentro del tiempo establecido. El universo de este estudio son 560 pacientes que fueron sometidas a intervención cesárea en la fundación Pablo Jaramillo, en el año 2011. Este estudio es autofinanciado, los costos que serán empleados son mínimos por tratarse de un estudio de análisis retrospectivo de datos ya existentes, para lo cual se generó una base de datos en el programa Microsoft Excel. Se requirió del programa estadístico informático SPSS 15.0.0. No se requiere de adiestramiento específico para la realización del mismo.

### **Es interesante**

El estudio es interesante, puesto que la problemática que gira en torno al incremento de casos de cesárea en dicha institución; el hecho de haber realizado parte del internado rotativo en la Fundación Pablo Jaramillo me ha permitido realizar con tiempo la recolección de datos para este estudio.

### **Es novedosa**

La investigación es novedosa puesto que no se ha realizado un estudio que analice esta problemática en la Fundación Pablo Jaramillo.

Estado del proyecto: Nuevo, aporta conocimientos nunca antes realizados en la Fundación Pablo Jaramillo.

### **Es ética**

Al ser un estudio retrospectivo, que utiliza como fuente los registros de una base de datos, no genera daños biológicos o psicológicos, no implica riesgo alguno para los pacientes.

### **Es Relevante**

Es relevante, puesto que con los datos obtenidos se pueden realizar modificaciones en cuanto al diagnóstico previo que se realiza para llevar a una paciente a ser sometida a la intervención cesárea, disminuyendo la morbilidad y los costos que representa esta intervención; a partir de dichos resultados se puede generar una línea de investigación para estudios posteriores.

## **Materiales y Métodos**

### **Tipo de estudio.**

El presente trabajo de investigación se realizó en la ciudad de Cuenca, en la Fundación Humanitaria Pablo Jaramillo, en el área de ginecología y obstetricia.

Es un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo.

La población estudiada fueron todas las mujeres embarazadas, entre los 13 – 45 años, que recibieron atención por terminación del embarazo en la Fundación Pablo Jaramillo, de este universo se seleccionaron las pacientes que terminaron su gestación por cesárea, independientemente de las semanas de gestación que se encontraban cursando, sin ninguna excepción. Las variables a emplearse son: la edad materna, la vía de terminación del embarazo, los diagnósticos establecidos como indicación de cesárea.

El universo de estudio fueron 1160 pacientes que, durante el año 2011 fueron sometidas a intervención cesárea en la Fundación Pablo Jaramillo.

La recolección de la información se realizó a partir de la base de datos de procedimientos quirúrgicos y el historial clínico de las pacientes que terminan su embarazo mediante cesárea.

Los datos fueron recolectados y organizados en una base de datos generada en Microsoft Excel 2010, y para su tabulación y análisis se empleó el programa estadístico informático SPSS 15.0.0.

## Variables a ser empleadas.

Nombre de la variable	Definición	Tipo de variable	Importancia	Medición (Escala, ordinal, nominal)	Escala
<b>Edad materna</b>	Periodo de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha de parto de la madre	Numérico	Descriptiva	Escala	< 20 años 20 - 34 años > 34 años
<b>Vía de terminación del embarazo</b>	Región materna por donde se expulsa el producto de la gestación y sus anexos.	Cadena	descriptiva	Nominal	Vaginal Cesárea
<b>Indicación para cesárea</b>	Causa principal para realización de operación cesárea	Cadena	Descriptiva	Nominal	nominal

## Resultados.

**Tabla 1.** Distribución de 1360 mujeres atendidas en la Fundación Pablo Jaramillo durante el año 2011, según Tipo de parto. Cuenca 2011.

<b>Tipo de parto.</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Parto vaginal	770	56,62
Cesárea	590	43,38
<b>Total</b>	<b>1360</b>	<b>100</b>

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Jáuregui Ma Paz.

**Tabla 2.** Distribución de 590 mujeres sometidas a cesárea en la Fundación Pablo Jaramillo según edad. Cuenca, 2011.

<b>Edad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
< 20 años	97	16,4
20 - 34 años	412	69,8
>= 35 años	81	13,7
<b>Total</b>	<b>590</b>	<b>100</b>

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Jáuregui Ma Paz.

La media de edad de esta población se ubicó en 26,30 años con un desvío estándar de 6,53 años; la mayoría de la población se ubica en el período central de la etapa

reproductiva. La edad mínima fue 14 años y la máxima 45 años. La mediana se ubicó en 26 años de edad.

**Tabla 3.** Distribución de 590 mujeres sometidas a cesárea en la Fundación Pablo Jaramillo según indicaciones de cesárea y edad. Cuenca, 2011.

Edad	Causa de cesárea			Total	
	Materna	Fetal	Materno fetal		
< 20 años	N°	48	29	20	97
	%	49,50%	29,90%	20,60%	100,00%
20 - 34 años	N°	289	80	43	412
	%	70,10%	19,40%	10,40%	100,00%
≥ 35 años	N°	65	15	1	81
	%	80,20%	18,50%	1,20%	100,00%
<b>Total</b>	<b>N°</b>	<b>402</b>	<b>124</b>	<b>64</b>	<b>590</b>
	<b>%</b>	<b>68,10%</b>	<b>21,00%</b>	<b>10,80%</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Jáuregui Ma Paz.

Según indicación de cesárea, las causas maternas son las que priman en los 3 grupos etarios.

La media de edad para las causas maternas fue de 27,08 años con una desviación estándar de 6,48 años; por causa fetal fue de 25,40 años con una desviación estándar de 6,71 y para causa materno-fetal la media de 23,26 años con una desviación estándar de 5,24 años.

**Tabla 4.** Distribución de 402 mujeres sometidas a cesárea en la Fundación Pablo Jaramillo según indicaciones maternas de cesárea y edad. Cuenca, 2011.

Indicación materna		Edad			Total
		< 20 años	20 - 34 años	>= 35 años	
<b>Cesárea anterior</b>	n	6	155	30	191
	%	3,10%	81,20%	15,70%	100,00%
<b>Cesárea electiva</b>	n	2	8	1	11
	%	18,20%	72,70%	9,10%	100,00%
<b>Cesárea iterativa 1</b>	n	0	12	8	20
	%	0,00%	60,00%	40,00%	100,00%
<b>Cesárea iterativa 2</b>	n	0	2	1	3
	%	0,00%	66,70%	33,30%	100,00%
<b>Colestasis del embarazo</b>	n	0	3	1	4
	%	0,00%	75,00%	25,00%	100,00%
<b>Condilomatosis + lp</b>	n	1	5	0	6
	%	16,70%	83,30%	0,00%	100,00%
<b>Dilatación estacionaria</b>	n	14	28	1	43
	%	32,60%	65,10%	2,30%	100,00%
<b>Distocia materna</b>	n	0	1	0	1
	%	0,00%	100,00%	0,00%	100,00%
<b>Distocia ósea</b>	n	4	13	1	18
	%	22,20%	72,20%	5,60%	100,00%
<b>Embarazo de alto riesgo</b>	n	2	4	1	7
	%	28,60%	57,10%	14,30%	100,00%
<b>Expulsivo prolongado</b>	n	1	3	0	4
	%	25,00%	75,00%	0,00%	100,00%
<b>Herpes genital</b>	n	0	1	0	1
	%	0,00%	100,00%	0,00%	100,00%
<b>Hiperdinamia uterina</b>	n	0	1	0	1
	%	0,00%	100,00%	0,00%	100,00%
<b>Inducción fallida</b>	n	0	1	0	1
	%	0,00%	100,00%	0,00%	100,00%
<b>Otras</b>	n	1	2	2	5
	%	20,00%	40,00%	40,00%	100,00%
<b>Primigesta tardía</b>	n	0	0	10	10
	%	0,00%	0,00%	100,00%	100,00%
<b>Primigesta temprana</b>	n	6	0	0	6
	%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%

<b>Ruptura prematura de membranas</b>	n	1	20	3	24
	%	4,20%	83,30%	12,50%	100,00%
<b>Trabajo de parto fallido</b>	n	0	2	0	2
	%	0,00%	100,00%	0,00%	100,00%
<b>Trastorno hipertensivo del embarazo</b>	n	10	27	6	43
	%	23,30%	62,80%	14,00%	100,00%
<b>Útero tabicado</b>	n	0	1	0	1
	%	0,00%	100,00%	0,00%	100,00%
<b>Total</b>	n	<b>48</b>	<b>289</b>	<b>65</b>	<b>402</b>
	%	<b>11,90%</b>	<b>71,90%</b>	<b>16,20%</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Jáuregui Ma Paz.

Dentro de las causas maternas la principal indicación fue la cesárea anterior, seguida de los trastornos hipertensivos del embarazo y dilatación estacionaria, en tercer lugar ocupa la ruptura prematura de membranas.

**Tabla 5.** Distribución de 124 mujeres sometidas a cesárea en la Fundación Pablo Jaramillo según indicaciones fetales de cesárea y edad. Cuenca, 2011.

Indicación fetal		Edad (agrupado)			Total
		< 20 años	20 - 34 años	> =35 años	
Acinclitismo + circular de cordón	n	1	0	0	1
	%	100,00%	0,00%	0,00%	100,00%
Circular de cordón	n	0	2	0	2
	%	0,00%	100,00%	0,00%	100,00%
Distocia de presentación	n	7	25	6	38
	%	18,40%	65,80%	15,80%	100,00%
Embarazo gemelar	n	1	5	3	9
	%	11,10%	55,60%	33,30%	100,00%

		n	%	%	%	%
Embarazo pre termino		2	2	2	6	
		33,30	33,30	33,30	100,00	
		%	%	%	%	
Macrosomía fetal		3	8	1	12	
		25,00	66,70	8,30%	100,00	
		%	%	%	%	
Malformación fetal		1	3	0	4	
		25,00	75,00	0,00%	100,00	
		%	%	%	%	
Óbito fetal		0	3	1	4	
		0,00%	75,00	25,00	100,00	
		%	%	%	%	
Retardo de crecimiento intrauterino		0	1	0	1	
		0,00%	100,00	0,00%	100,00	
		%	%	%	%	
Sufrimiento fetal agudo		14	31	2	47	
		29,80	66,00	4,30%	100,00	
		%	%	%	%	
<b>Total</b>		<b>29</b>	<b>80</b>	<b>15</b>	<b>124</b>	
		<b>23,40</b>	<b>64,50</b>	<b>12,10</b>	<b>100,00</b>	
		%	%	%	%	

---

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Jáuregui Ma Paz.

Todas las indicaciones de cesárea de origen fetal fueron más prevalentes en el grupo de mujeres entre los 20-34 años;

La principal indicación fetal de cesárea fue el sufrimiento fetal agudo seguido de la distocia de presentación y en tercer lugar la macrosomía fetal.

**Tabla 6.** Distribución de 64 mujeres sometidas a cesárea en la Fundación Pablo Jaramillo según indicaciones materno-fetales de cesárea y edad. Cuenca, 2011.

Indicación materno fetal		Edad			Total
		< 20 años	20 - 34 años	> =35 años	
Desprendimiento de placenta	n	2	3	0	5
	%	40,00%	60,00%	0,00%	100,00%
Desproporción céfalo – pélvica	n	16	30	0	46
	%	34,80%	65,20%	0,00%	100,00%
Inseminación artificial	n	0	1	0	1
	%	0,00%	100,00%	0,00%	100,00%
Oligoamnios	n	2	8	1	11
	%	18,20%	72,70%	9,10%	100,00%
Polihidramnios	n	0	1	0	1
	%	0,00%	100,00%	0,00%	100,00%
<b>Total</b>	<b>n</b>	<b>20</b>	<b>43</b>	<b>1</b>	<b>64</b>
	<b>%</b>	<b>31,30%</b>	<b>67,20%</b>	<b>1,60%</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Jáuregui Ma Paz.

La principal indicación de origen materno fetal fue la desproporción céfalo pélvica seguida del oligoamnios.

### Prevalencia general de causas de cesárea

En general las principales causas de cesárea fueron en orden descendente: la cesárea anterior con un 32,4% (191 casos) del total del universo, el sufrimiento fetal agudo con un 8% (47 casos), la desproporción céfalo-pélvica con un 7,8% (46 casos), la dilatación estacionaria con un 7,3% (43 casos), los trastornos hipertensivos del

embarazo con un 7,3% (43 casos), las distocias de presentación con un 6,4% (38 casos), la ruptura prematura de membranas con un 4,1% (24 casos), la cesárea iterativa 1 con un 3,4% (20 casos), las distocias óseas con un 3,1% (18 casos) y la macrosomía fetal con un 2% (12 casos), las cuales representan las 10 primeras causas generales de cesárea en el área de Ginecología y Obstetricia en la Fundación Pablo Jaramillo de la Ciudad de Cuenca durante el año 2011.

## Discusión.

La prevalencia de cesáreas en la Fundación Pablo Jaramillo durante el año 2011 fue del 43,38% del total de mujeres atendidas, esta prevalencia resulta elevada si la comparamos con lo expuesto por la OMS que 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 [16]; Salinasa y colaboradores [16] estimó en Chile una tasa de cesáreas del 40% en centros de referencia de tercer nivel, valor que también supera lo recomendado por la OMS. Entre 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 dentro de los cuales nuestro país no participo. En la encuesta se obtuvieron datos de todas las mujeres que ingresaron para finalizar el embarazo en 120 instituciones seleccionadas al azar, centros de segundo y tercer nivel tanto públicos como privados [17]. La mediana de la tasa de partos por cesárea fue del 33% y la tasa más alta de partos por cesárea observada en hospitales privados en Latinoamérica fue del 51%, observamos que en la Fundación Pablo Jaramillo el porcentaje se encuentra 8% por debajo de lo encontrado en la encuesta, sin embargo se mantiene en un rango superior a las recomendaciones internacionales establecidas.

En la Fundación Pablo Jaramillo, institución privada, centro de referencia de tercer nivel, vemos que la primera causa de cesárea fue la cesárea anterior con un 32,4% del total; esto coincide con lo expuesto por Lee [18] estudio realizado en un hospital de segundo nivel, quien afirma que la principal causa de cesárea, es la cesárea anterior aunque no menciona un porcentaje, sin embargo se contradice con lo encontrado por Pavón y colaboradores [19] estudio realizado en México en el estado de Veracruz, quienes en una población de 402 mujeres sometidas a cesárea la principal causa fue el sufrimiento fetal agudo con un 28,4% y la cesárea anterior ocupó el tercer lugar con un 15,2%; la cesárea anterior ha sido reconocida como la primera causa de cesárea en varios estudios y en distintas proporciones: 22,9% en el estudio llevado a cabo por Olivares y colaboradores [20] Hospital Militar de México de tercer nivel, e incluso porcentajes elevados como los encontrados por Rivero y colaboradores [21] institución de tercer nivel, quienes exponen en su estudio que la cesárea anterior es causa del 69,1% de una nueva cesárea. La Pontificia Universidad

Católica de Chile [22] en un estudio realizado en los servicios públicos de salud en Santiago, expone al respecto que un 30% de las indicaciones de cesárea corresponden a pacientes con cesárea anterior.

La segunda causa de cesárea en la población estudiada fue el sufrimiento fetal agudo con el 8% (47 casos), Pavón [19] encontró que el sufrimiento fetal agudo fue la primera causa de cesárea con un 28,3% de la población mexicana estudiada por estos autores; observamos una gran discordancia porcentual entre los 2 estudios mencionados, es posible que esta diferencia se de puesto que el mismo estudio hablan sobre la aceptación muy generalizada de evidencias frágiles como la presencia de meconio, las desaceleraciones del latido cardiaco fetal, esta poco normatizado el diagnóstico específico del sufrimiento fetal agudo. Romero y colaboradores [23] en un hospital de segundo nivel en Argentina, coincide con lo registrado en este estudio en cuanto al segundo lugar del sufrimiento fetal como causa de cesárea, sin embargo estos autores encontraron una prevalencia del 13,5% que es mayor a la encontrada en nuestra población, Brooks y Lezama [24] en el Hospital regional de Republica Dominicana, encontraron que el sufrimiento fetal agudo fue la tercera causa de cesárea en una población de 240 cesáreas con el 11,7% observamos que en comparación con este estudio la diferencia porcentual es menor y en nuestra población esta causa representa una prevalencia menor a la reportada por otros estudios. Rodríguez [25] realiza un análisis de la prevalencia del SFA como causa de cesárea en Cuba desde 1995 hasta el 2005 encontrando una reducción de aproximadamente 9 puntos porcentuales en una década de un 25,1% a un 16,7% sin embargo en este país el SFA sigue siendo la segunda causa de cesárea, en relación con este estudio observamos que corrobora lo encontrado en nuestra población aunque también se hace notar que las proporciones encontradas en este país con respecto al nuestro son elevadas.

La tercera causa de cesárea fue desproporción céfalo-pélvica con un 7,8% (38 casos); al respecto es en esta causa donde se evidencian las mayores discordancias porcentuales, pues Vallecillo y colaboradores [26] menciona que entre el 20 y 29%, es decir, aproximadamente una de cada cuatro cesáreas se practica con la indicación de desproporción céfalo-pélvica, tal afirmación no se replica en nuestra población. Estos autores también recalcan la importancia de detectar esta situación a tiempo por

la elevada mortalidad que trae consigo. Pavón [19] en su estudio encontró una prevalencia del 22,4% para la desproporción céfalo-pélvica lo que le colocó en segunda causa de cesárea en su estudio, sin embargo otros estudios reflejan prevalencias menores como Rivero [21] quien encontró una prevalencia del 1,8% en la población estudiada. La cesárea por desproporción céfalo pélvica posee un amplio rango de prevalencias, permaneciendo nuestra población en porcentajes superiores e inferiores en relación con los estudios descritos.

La dilatación estacionaria y los trastornos hipertensivos del embarazo representaron el 7,3% cada una como cuarta causa de cesárea en nuestra población, al respecto Vergara y colaboradores [27] estudio realizado en la Habana en una institución docente de tercer nivel, encontró que la dilatación estacionaria fue causa del 8% de cesáreas en la población estudiada, dato muy parecido al encontrado en nuestro estudio; Bustamante y colaboradores [28] en un Hospital de segundo nivel en Argentina encontró que la falta de progresión y dilatación fue causa de cesárea en el 4,24% de la población estudiada, dato menor al encontrado en nuestra población; Vásquez [29] estudio realizado en una institución de segundo nivel en la Habana, expone en su trabajo de investigación que los trastornos hipertensivos del embarazo aumentan el riesgo de cesárea en 2,55 veces en comparación con las mujeres normotensas, Pérez y colaboradores [30] estudio realizado en el hospital José María Cabral y Báez en República Dominicana, aunque en un estudio antiguo, de 1994, sin embargo lo citamos por ser uno de los pocos que estudia los trastornos hipertensivos del embarazo como causa de cesárea, encontró que éstos trastornos fueron causa de cesárea en un 8,6% de los casos, dato no muy alejado de lo encontrado en nuestro estudio.

Las demás causas de cesárea encontradas fueron: distocias de presentación con un 6,4% (38 casos), la ruptura prematura de membranas con un 4,1% (24 casos), la cesárea iterativa 1 con un 3,4% (20 casos), las distocias óseas con un 3,1% (18 casos) y la macrosomía fetal con un 2% (12 casos), las mismas que representan las 10 primeras causas generales de cesárea en la Fundación Pablo Jaramillo de la Ciudad de Cuenca durante el periodo 2011, estas causas guardan relación con lo encontrado en otros estudios y representan en conjunto menos del 40% de las causas, siendo las más importantes las mencionadas anteriormente.

Uno de los grandes conflictos obstétricos es sin lugar a dudas poder someter a trabajo de parto a una paciente que tiene una cesárea. Este problema nace del aforismo de Craigin en 1916: después de cesárea, siempre cesárea, manteniéndose vigente por mucho tiempo. Sin embargo, se han realizado investigaciones donde se demuestra que el parto vaginal posterior a cesárea es una forma de tratamiento seguro, siempre y cuando se sigan los protocolos ya establecidos y la paciente reúna una serie de condiciones para ello [19].

## **Conclusión.**

Las causas maternas fueron las de mayor prevalencia en la población en estudio, representaron el 68,1% del total y dentro de éstas la cesárea anterior con un 47,5%; seguido de las causas recalando que de este grupo el sufrimiento fetal agudo fue la de mayor presentación; las causas de cesárea en esta población son similares a lo encontrado en otros estudios, aunque las proporciones tengan alguna variabilidad, sin embargo seguimos por sobre la normativa establecida en todo el mundo en donde el parto por cesárea no debería superar el 15% de todos los nacimientos por lo que es necesario que se planteen políticas institucionales que evalúen el desempeño profesional en forma constante y promuevan de esta manera una mejora continua en su capacidad resolutive antes de realizar una cesárea.

## Bibliografía

1. Ministerio de Salud pública, (2008) *Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal*. Ecuador, Proceso de Normatización del SNS.
2. Cifuentes, R. (2006) *Obstetricia de Alto riesgo*. Sexta Edición. Bogotá. Distribuna.
3. Cifuentes, R. (2008) *Ginecología y Obstetricia Basadas en las nuevas Evidencias*. Segunda Edición. Bogotá. Distribuna
4. Gary Cunningham, F. et al. (2006) *Obstetricia de Williams*. Vigésimosegunda Edición. México. Mc Graw Hill.
5. Sardinias, A. (2005) “La Operación Cesárea y la Obstetricia de hoy” *Ginecol Obstet Mex*, Volumen 73, Núm. 3, marzo, 2005, disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2005/gom053j.pdf> [20 de mayo de 2012]
6. Uzcátegui, O. (2008) “Estado actual de la cesárea” *Gac Méd Caracas*, Vol. 116, Núm 4, diciembre 2008, disponible en: <http://www.scielo.org.ve/pdf/gmc/v116n4/art03.pdf> [27 de mayo de 2012]
7. Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (2011) “Parto por cesárea”. Washington, American College of Obstetricians and Gynecologists.
8. Saju, J. (2011) “Cesarean delivery”. Medscape julio de 2011.
9. Herane A, Driggers R. (2005) “Parto normal, parto quirúrgico y anomalías de la presentación fetal” Hopkins, J (ed), *Ginecología y Obstetricia*. Madrid. Marbán. 5: 88,89
10. Adánes, G. (2010) “Indicaciones de Cesárea”. Asturias. Hospital Universitario Central de Asturias – Protocolos, disponible en: <http://www.hca.es/huca/web/contenidos/servicios/dirmedica/almacen/documentos/clinica/obstetricia/Partos%201%20cesarea%20indicaciones.pdf> [26 de mayo de 2012]
11. Schenker JG, Cain JM. FIGO Committee Report. FIGO Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. International Federation of Gynecology and Obstetrics. *Int J Gynaecol Obstet*. Mar 1999;64(3):317-22. [Medline]
12. Lee YM, D'Alton ME. Cesarean delivery on maternal request: maternal and neonatal complications. *Curr Opin Obstet Gynecol*. Dec 2008;20(6):597-601. [Medline].
13. Romero, J, Et al. (2010) *Realización de Operación Cesárea*. Mexico. Cenetec
14. Soto L Carmen, Teuber L Hilda, Cabrera F Clemencia, Marín N Miguel, Cabrera D Jorge, Da Costa S Mahal et al . EDUCACIÓN PRENATAL Y SU RELACIÓN CON EL TIPO DE PARTO: UNA VÍA HACIA EL PARTO NATURAL. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [revista en la Internet]. 2006 [citado 2012 Ago 28] ; 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). doi: 10.4067/S0717-75262006000200005.
15. Villanueva L. Operación cesárea: una perspectiva integral. Hospital General Dr. Manuel Gea Gonzáles. Secretaria de Salud. Monografía. México, DF. Disponible en: <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no47-6/RFM47605.pdf>
16. Salinasa H, Almenara J, Naranjo B, et al. Evaluación de un programa de intervención tendiente a disminuir el número de cesáreas. *Rev Adm Sanit*. 2007;5:137-46. - vol.5 núm. España. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261/evaluacion-un-programa-intervencion-tendiente-disminuir-numero-13100317-internacional-2007>

17. Villar J, Valladares E, Wojdyla D, Zavaleta N, Carroli G et al, for the WHO 2005 global survey on maternal and perinatal health research group. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet* 2006; 367: 1819–29
18. Lee I. Operación cesárea: estudio de causas y tendencias en un hospital de segundo nivel. *Rev Med IMSS* 2004; 42(3): 199-04.
19. Pavón P, Gogeochea M, Ramírez M, et al. Frecuencia e indicaciones de la operación cesárea en el Hospital Escuela de la Universidad Veracruzana. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana*. Disponible en: [http://www.uv.mx/rm/num\\_anteriores/revmedica\\_vol2\\_num2/articulos/frec\\_indi\\_oper\\_cesa\\_heuv.html](http://www.uv.mx/rm/num_anteriores/revmedica_vol2_num2/articulos/frec_indi_oper_cesa_heuv.html)
20. Olivares-Morales A, Santiago-Ramírez J, Cortés-Ramírez P. Frecuencia e indicaciones de la cesárea en el Hospital Central Militar. *Ginecol. Obstet. Méx.* 1996; Vol. 64 (2):79-84.
21. Rivero MI, Villalba MT, Berrone, JL, Vidal DA, Acuña G, Elizalde-Cremonte SA. Frecuencia e indicaciones de cesárea en un centro hospitalario de mediana complejidad: ¿Es ideal un porcentaje de 13%? *Ciencia & Técnica. Comunicaciones Científicas y Tecnológicas*. UNNE Argentina 2000.
22. Pontificia Universidad de Chile. Cesárea anterior. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Chile. Disponible en: [http://escuela.med.puc.cl/paginas/Departamentos/Obstetricia/AltoRiesgo/cesarea\\_anterior.html](http://escuela.med.puc.cl/paginas/Departamentos/Obstetricia/AltoRiesgo/cesarea_anterior.html)
23. Romero A, Stella M, Ramona V. Incidencia y principales indicaciones de cesárea. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina - N° 135 – Febrero 2004*. Disponible en: <http://med.unne.edu.ar/revista/revista135/ipic.pdf>
24. Brooks H, Lezama S. Epidemiología de las cesáreas en el Instituto Hondureño de Seguridad Social. 2001. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMP/pdf/2001/pdf/Vol6-1-2001-16.pdf>
25. Rodríguez A. Cesárea por sufrimiento fetal. Hospital A. Arias. Cuba. Disponible en: <http://www.perinatal.sld.cu/docs/estadofetalintranquilizante/cesareasuffetaltony.pdf>
26. Vallecillo G, Niz J, Alvarado A. Parto distócico por desproporción feto-pélvica. México. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/1975/pdf/Vol43-4-1975-5.pdf>
27. Vergara Reina Roberto, Acosta Pérez Mayelín. Experiencias en el parto vaginal poscesárea en un hospital haitiano. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [revista en la Internet]. 2003 Abr [citado 2012 Ago 28] ; 29(1): . Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2003000100001&Ing=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2003000100001&Ing=es)
28. Bustamante A, Freschi S, Gil R. Incidencia de cesárea y sus principales indicaciones en el Hospital Perrando Castelán, de Resistencia, Chaco. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina - N° 123 – Enero 2003*. Disponible en: [http://med.unne.edu.ar/revista/revista123/incidencia\\_cesarea.htm](http://med.unne.edu.ar/revista/revista123/incidencia_cesarea.htm)
29. Vásquez J, Vásquez J, Namfantche J. Asociación entre la hipertensión arterial durante el embarazo, bajo peso al nacer y algunos resultados del embarazo y el parto. Hospital Docente Ginecoobstétrico "América Arias". Ciudad de La Habana. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol29\\_1\\_03/gin05103.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol29_1_03/gin05103.htm)
30. Pérez P, Ricourt D, Osiris D, et al. Indicaciones de cesáreas en embarazadas asistidas en un hospital regional. 1994. Disponible en: <http://www.bvs.org.do/revistas/rmd/1994/55/02/RMD-1994-55-02-131-132.pdf>