

Principales causas de Cesárea en la Fundación Humanitaria Pablo Jaramillo, Enero - Diciembre de 2011

María Paz Jáuregui¹, Italo Tapia², Sandra Duque³, Gabriela Gárate⁴, Germán Montesdeoca⁵, Mariana Gaybor⁶
 Fundación Humanitaria Pablo Jaramillo. Cuenca-Ecuador

RESUMEN

1 Médico Residente Asistencial del Hospital José Carrasco Arteaga. Cuenca-Ecuador.

2 Médico General. Cuenca-Ecuador.

3 Médico General. Cuenca-Ecuador.

4 Médico Residente Asistencial del Hospital José Carrasco Arteaga. Cuenca-Ecuador.

5 Ginecólogo Fundación Pablo Jaramillo. Cuenca-Ecuador.

6 Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital José Carrasco Arteaga. Cuenca-Ecuador.

CORRESPONDENCIA:

María Paz Jáuregui
 Email: pazj186@hotmail.com

Rayoloma y Pacto Andino. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital José Carrasco Arteaga. Monay. Cuenca, Ecuador. Código postal 010203.

Teléfono: [593] 9 79 054 622

Fecha de recepción: 03/12/2013
 Fecha de aceptación: 28/01/2014

MEMBRETE BIBLIOGRÁFICO:

Membrete bibliográfico: Rev Med HJCA 2014; 6(1): 46-50.
 doi:10.14410/2014.6.1.009.

INTRODUCCIÓN: La cesárea es una intervención quirúrgica que tiene por objeto extraer el producto de la concepción, vivo o muerto. En Ecuador según la encuesta ENDEMAIN entre 1994 a 2006 la tasa de cesáreas ha incrementado en un 8.7%. Según el INEC 2006, los porcentajes de cesárea aumentan en establecimientos privados (32%) con relación a los públicos (15.5%). En la Fundación Pablo Jaramillo durante el año 2011 se incrementó este hecho, motivo por el cual se ha decidido realizar un estudio retrospectivo para analizar cuáles fueron las principales causas de este incremento.

MATERIALES Y MÉTODOS: Es un estudio descriptivo realizado en la Fundación Pablo Jaramillo. La población a ser estudiada serán todas las mujeres embarazadas, quienes terminaron su gestación por cesárea. Las variables a emplearse son: edad materna, semanas de gestación en la que se terminó el embarazo, diagnósticos establecidos como indicación de cesárea.

RESULTADOS: La primera causa de cesárea fue la cesárea anterior con un 32.4%, luego el sufrimiento fetal agudo con un 8%, desproporción céfalo - pélvica con un 7.8%, dilatación estacionaria con un 7.3%, trastornos hipertensivos del embarazo con 7.3%, distocias de presentación con un 6.4%, ruptura prematura de membranas con un 4.1%, cesárea iterativa 1 con un 3.4%, distocias óseas con un 3.1% y Macrosomía fetal con un 2%.

CONCLUSIÓN: La cesárea anterior fue la principal causa de cesárea en la población atendida en la Fundación Pablo Jaramillo durante el 2011.

DESCRIPTORES DeCS: cesárea, causas maternas, causas fetales

ABSTRACT

MAIN CAUSES OF CAESAREA IN PABLO JARAMILLO FOUNDATION. JANUARY - DECEMBER 2011.

BACKGROUND: Cesarean section is a surgical intervention that is aimed at extracting the product of conception, alive or dead. According to the EDEMAIN survey, in Ecuador from 1994 until 2006, the rate of cesarean sections has increased by 8.7%. According to INEC 2006, cesarean deliveries per institution are triple the amount in private establishments (32%) compared to public institutions (15.5%). At the Pablo Jaramillo Foundation, during the year 2011, the number of cesarean sections increased. For this reason we have decided to carry out a retrospective study, where the main causes for this escalation will be analyzed.

METHODS: This is a descriptive study; it took place in the Pablo Jaramillo Foundation. The subjects of study were pregnant women who underwent cesarean sections. The variables are mother's age, gestational week in which the pregnancy ended and diagnosis established as an indicator for cesarean delivery.

RESULTS: The first cause for cesarean section was a previous cesarean delivery 32.4%, following causes were the following: acute fetal distress 8%, cephalopelvic disproportion 7.8%, stagnation of dilation 7.3%, hypertensive disorders of pregnancy 7.3%, dystocia 6.4%, premature rupture of the membranes 4.1%, iterative cesarean section 3.4%, bone dystocia 3.1% and fetal macrosomia 2%.

CONCLUSION: A previous cesarean delivery was the main cause for a following cesarean section in the patients cared for at the Pablo Jaramillo Foundation.

KEYWORDS: cesarean section, maternal causes, fetal causes

INTRODUCCIÓN

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 varias explicaciones: 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, y 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 alta 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 superar 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 (Encuesta Demográfica y de salud Materno – Infantil) desde 1994 hasta el 2006 la tasa de cesáreas se ha incrementado en un 8,7%, 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 (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos) 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. Las clínicas privadas y el IESS (41.2% y 40.1% respectivamente), tienen altos porcentajes de cesáreas [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 pelviana, distocia y sufrimiento fetal [8]. Indicaciones fetales incluyen: Distrés fetal o alteraciones del trazado de frecuencia cardíaca fetal, Distocias de presentación, Macrosomía fetal, Malformaciones fetales, Anomalías fetales, Desproporción Céfalo – Pélvica (DCP), Retardo de crecimiento intrauterino severo [9]. Indicaciones maternas: 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), Distocias óseas, Embarazo de alto riesgo [9]. Indicaciones mixtas: Placenta previa y presencia de vasa previa (absoluta), Abruption placentae, Prolapso y pro cúbito de cordón, Insuficiencia placentaria [9]. 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). 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]; los detractores de CDMR sostienen la premisa de que la cesárea ha pedido se aplique a una porción muy pequeña de la población y que no se debe ofrecer de manera rutinaria por razones éticas [8, 11, 12]. En comparación con un parto vaginal, la mortalidad y morbilidad materna se incrementa con el parto por cesárea en aproximadamente el doble en relación a la morbimortalidad relacionada con el 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 se asocia a un procedimiento quirúrgico, vinculado a la indicación de cesárea [7,8]. 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 Latinoamericanos 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, índice de masa corporal, 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]. Mediante este estudio se pretende determinar cuáles son las principales etiologías establecidas, previas a realizar una cesárea, en un intento de mejorar el manejo de las pacientes y terminar el embarazo con un parto eutócico, disminuyendo de esta manera los riesgos maternos y fetales que el parto por cesárea conlleva.

MATERIALES Y MÉTODOS

Es un estudio observacional de prevalencia. El presente trabajo de investigación se realizó en la Provincia del Azuay, ciudad de Cuenca, en la Fundación Pablo Jaramillo, en el área de Ginecología y Obstetricia. La población estudiada fueron todas las mujeres embarazadas, entre los 14 – 45 años, que recibieron atención por término del embarazo en la Fundación Pablo Jaramillo, de este universo se seleccionaron las pacientes que terminaron su gestación mediante cesárea, sin ninguna excepción. Las variables a emplearse son: la edad materna, la vía de terminación del embarazo y los diagnósticos establecidos como indicación de cesárea. El universo de estudio fueron todas las pacientes que terminaron su gestación, de

las cuales se analizaron las pacientes que terminaron su embarazo por cesárea, durante el año 2011 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.o.

RESULTADOS

Se incluyeron 1360 pacientes, de las cuales 590 pacientes terminaron su embarazo por cesárea, durante el año 2011 en la Fundación Pablo Jaramillo (Tabla 1). La media de edad de la población fue de 26.30 ±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 2). 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 ±6.48 años; por causa fetal de 25,40±6.71 años, y para causa materno-fetal la media de 23.26±5.24 años (tabla 3). 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 4). 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 5). La principal indicación de origen materno fetal fue la desproporción céfalo pélvica seguida del oligoamnios (tabla 6).

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

TIPO DE PARTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Parto vaginal	770	56.62
Cesárea	590	43.38
Total	1360	100

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

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
< 20 años	97	16.4
20 - 34 años	412	69.8
>= 35 años	81	13.7
Total	590	100

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	MATERNOFETAL	
< 20 años	48 (49.5%)	29 (29.9%)	20 (20.6%)	97
20 - 34 años	289 (70.1%)	80 (19.4%)	43 (10.4%)	412
>= 35 años	65 (80.2%)	15 (18.5%)	1 (1.2%)	81
Total	402 (68.1%)	124 (21%)	64 (10.8%)	590

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	
Cesárea anterior	6 (12.5%)	155 (53.6%)	30 (46.2%)	191 (47.5%)
Dilatación estacionaria	14 (29.2%)	28 (9.7%)	1 (1.5%)	43 (10.7%)
Trastorno hipertensivo del embarazo	10 (20.8%)	27 (9.3%)	6 (9.2%)	43 (10.7%)
Ruptura prematura de membranas	1 (2.1%)	20 (6.9%)	3 (4.6%)	24 (6%)
Cesárea iterativa 1	0	12 (4.2%)	8 (12.3%)	20 (5%)
Distocia ósea	4 (8.3%)	13 (4.5%)	1 (1.5%)	18 (4.5%)
Cesárea electiva	2 (4.2%)	8 (2.8%)	1 (1.5%)	11 (2.7%)
Primigesta tardía	0	0	10 (15.4%)	10 (2.5%)
Embarazo de alto riesgo	2 (4.2%)	4 (1.4%)	1 (1.5%)	7 (1.7%)
Condilomatosis mas labor de parto	1 (2.1%)	5 (1.7%)	0	6 (1.5%)

INDICACIÓN MATERNA	EDAD			TOTAL
	< 20 AÑOS	20-34 AÑOS	>= 35 AÑOS	
Primigesta temprana	6 (12.5%)	0	0	6 (1.5%)
Otras	1 (2.1%)	2 (0.7%)	2 (3.1%)	5 (1.2%)
Colestacis del embarazo	0	3 (1%)	1 (1.5%)	4 (1%)
Expulsivo prolongado	1 (2.1%)	3 (1%)	0	4 (1%)
Cesárea iterativa 2	0	2 (0.7%)	1 (1.5%)	3 (0.7%)
Trabajo de parto fallido	0	2 (0.7%)	0	2 (0.5%)
Distocia materna	0	1 (0.3%)	0	1 (0.2%)
Herpes genital	0	1 (0.3%)	0	1 (0.2%)
Hiperdinamia uterina	0	1 (0.3%)	0	1 (0.2%)
Inducción fallida	0	1 (0.3%)	0	1 (0.2%)
Útero tabicado	0	1 (0.3%)	0	1 (0.2%)
Total	48 (11.9%)	289 (71.9%)	65 (16.2%)	402 (100%)

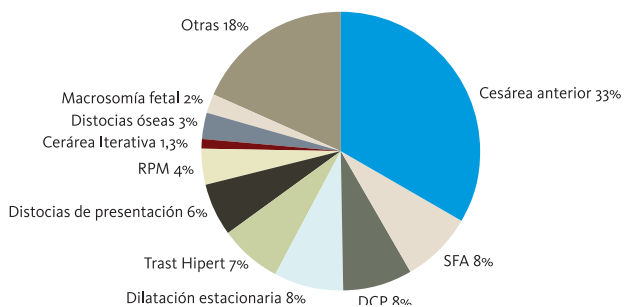
TABLA 5. Distribución de 124 mujeres sometidas a cesárea en la Fundación Pablo Jaramillo según indicaciones fetales de cesárea y edad. Cuenca, 2011

INDICACIÓN FETAL	EDAD (AGRUPADO)			TOTAL
	< 20 AÑOS	20-34 AÑOS	>= 35 AÑOS	
Sufrimiento fetal agudo	14 (48.28%)	31 (38.75%)	2 (13.3%)	47 (37.9%)
Distocia de presentación	7 (24.14%)	25 (31.25%)	6 (40%)	38 (30.65%)
Macrosomía fetal	3 (10.34%)	8 (10%)	1 (6.67%)	12 (9.68%)
Embarazo gemelar	1 (3.4%)	5 (6.25%)	3 (20%)	9 (7.26%)
Embarazo pre termino	2 (6.9%)	2 (2.5%)	2 (13.3%)	6 (4.84%)
Malformación fetal	1 (3.45%)	3 (3.75%)	0	4 (3.23%)
Óbito fetal	0	3 (3.75%)	1 (6.67%)	4 (3.23%)
Circular de cordón	0	2 (2.5%)	0	2 (1.61%)
Acinilitismo + circular de cordón	1 (3.45%)	0	0	1 (0.81%)
Retardo de crecimiento intrauterino	0	1 (1.25%)	0	1 (0.81%)
Total	29 (23.4%)	80 (64.5%)	15 (12.1%)	124 (100%)

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	
Desproporción céfalo - pélvica	16 (80%)	30 (69.77%)	0	46 (71.88%)
Oligoamnios	2 (10%)	8 (18.6%)	1 (100%)	11 (17.19%)
Desprendimiento de placenta	2 (10%)	3 (6.98%)	0	5 (7.81%)
Inseminación artificial	0	1 (2.33%)	0	1 (1.56%)
Polihidramnios	0	1 (2.33%)	0	1 (1.56%)
Total	20 (31.3%)	43 (67.2%)	1 (1.6%)	64 (100%)

FIGURA 1. Prevalencia general de causas de cesárea en la Fundación Pablo Jaramillo, en el periodo Enero-Diciembre de 2011



DISCUSIÓN

La prevalencia de cesáreas en la Fundación Pablo Jaramillo durante el año 2011 fue del 43,38% del total de mujeres atendidas, la misma que 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]; Salinas y colaboradores [16] estimaron en Chile una tasa de cesáreas del 40% en centros de referencia de tercer nivel. 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 participó. 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; esta 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] en el Hospital Militar de México institución de tercer nivel; Rivero y colaboradores [21] estudio realizado en Argentina, en una institución de tercer nivel, señalan a la cesárea anterior como 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; Lee [18] en un estudio realizado en un hospital de segundo nivel en Chile, afirma que la principal causa de cesárea, es la cesárea anterior con un 31,7%, dato que se contrapone a lo expuesto por Pavón y colaboradores [19] en un estudio Mexicano en el estado de Veracruz, donde la cesárea anterior ocupó el tercer lugar con un 15,2%.

La segunda causa de cesárea en la población estudiada, fue el sufrimiento fetal agudo con el 8% (47 casos); Romero y colaboradores [23] en un hospital de segundo nivel en Argentina, señalan al sufrimiento fetal agudo como segunda causa, pero con un porcentaje del 13,5% que es superior al encontrado en nuestra población; Brooks y Lezama [24] en el Hospital regional de República Dominicana, señalan al sufrimiento fetal agudo como tercera causa de cesárea en una población de 240 mujeres sometidas a cesáreas, con un 11,7%; Rodríguez [25] realiza un análisis de la prevalencia del sufrimiento fetal agudo 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, sigue siendo el sufrimiento fetal agudo la segunda causa de cesárea; Pavón [19] en su estudio, encontró que el sufrimiento fetal agudo fue la primera causa de cesárea, con un 28,3%, encontrándose 20 puntos porcentuales por arriba de lo visto en nuestra población analizada.

La tercera causa de cesárea fue por desproporción céfalo-pélvica con un 7,8% (38 casos); es en esta causa, donde encontramos las mayores diferencias porcentuales, pues Vallecillo y colaboradores

[26] mencionan como primera causa de cesárea, señalan que entre el 20 y 29% (1 de cada 4 cesáreas), se practicaron con esta indicación, situación que no tiene relación con lo evidenciado en nuestro estudio; Pavón [19] en su estudio encontró una prevalencia del 22,4% para la desproporción céfalo-pélvica, lo que colocó a este diagnóstico como 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 uno como cuarta causa de cesárea en nuestra población. Al respecto Vergara y colaboradores [27] en un estudio realizado en la Habana, en una institución docente de tercer nivel, encontraron que la dilatación estacionaria fue causa del 8% de cesáreas en la población analizada, dato muy parecido al encontrado en la Fundación Pablo Jaramillo; Bustamante y colaboradores [28] en un Hospital de segundo nivel en Argentina encontraron 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.

Con respecto a los trastornos hipertensivos del embarazo, Vásquez [29] en su estudio realizado en la Habana en una institución de segundo nivel, 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, 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 un 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 fetales, 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 resolutoria antes de realizar una cesárea.

ABREVIATURAS

OMS: Organización Mundial de la Salud. ACOG: Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos. ENDEMAIN: Encuesta Demográfica y de salud Materno – Infantil. INEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. DCP: Desproporción Céfalo – Pélvica. CDMR: cesárea electiva por solicitud de la madre (CDMR siglas en inglés cesarean delivery on maternal request). NIH: Institutos Nacionales de Salud.

CONTRIBUCIONES DE LOS AUTORES

MPJ, IT, SD, GG diseñaron el estudio, realizaron la revisión bibliográfica, recolectaron los datos. MPJ escribió el manuscrito. GM y MG realizaron el análisis crítico del artículo y la supervisión del análisis estadístico. Todos los autores leyeron y aprobaron la versión final del manuscrito.

AGRADECIMIENTOS

Un agradecimiento muy especial a los pacientes y al personal de la Fundación Pablo Jaramillo que participaron en el presente estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ministerio de Salud pública, (2008) Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal. Ecuador, Proceso de Normalización del SNS.
- Cifuentes R. Obstetricia de Alto Riesgo. 6ª ed. Bogotá: Distribuna, Editorial Médica. 2006:379-86.
- Cabero L, Delgado J. Estado fetal no satisfactorio en el trabajo de parto. Intervenciones. En: Ginecología y Obstetricia Basada en la Evidencia. Segunda edición R. Cifuentes (ed). Editorial Distribuna. Bogotá. Colombia 2008:429-438.
- Gary Cunningham, F. et al. La cesárea. En: Obstetricia de Williams. Vigésimosegunda Edición. Mc Graw Hill-Interamericana Editores, México, 2006.
- Sardinas A. La Operación Cesárea y la Obstetricia de hoy. Ginecol Obstet Mex 2005; 73(3):155-9.
- Uzcátegui O. Estado actual de la cesárea. Gac Méd Caracas 2008; 116(4): 280-28.
- ACOG Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos. Parto por cesárea. Practice Bulletin 2003; 102(49): 1445-54. Disponible en: http://www.acog.org/For_Patients/Search_Patient_Education_Pamphlets_Spanish/Files/Parto_por_cesarea_Visita_12-12-2013.
- Joy S, Roman A, Istwan N, Rhea D, Desch C, Stanziano G, Saltzman D. The effect of maternal obesity on pregnancy outcomes of women with gestational diabetes controlled with diet only, glyburide, or insulin. Am J Perinatol. 2012 Sep;29(8):643-8.
- Herane A, Driggers R. Parto normal, parto quirúrgico y anomalías de la presentación fetal. En: Hopkins J (ed), Ginecología y Obstetricia. Madrid. Marbán 2006; 5: 88-89.
- Sakae T, Freitas P, d'Orsi E. Factores asociados a tasas de cesárea em hospital universitario. Rev. Saúde Pública 2009; 43(3): 472-480.
- 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):17-22.
- Lee YM, D'Alton ME. Cesarean delivery on maternal request: maternal and neonatal complications. Curr Opin Obstet Gynecol. Dec 2008;20(6):597-601.
- Romero J, Biruete B, Borrego M, Peralta M, Ruvalcaba M, Soto M, Et al. Guía práctica clínica para la realización de Operación Cesárea. Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica del IMSS-048-08. Secretaría de Salud de México 2010. ISBN: 978-607-7790-92-1.
- Soto L, Carmen, Teuber L, Hilda, Cabrera F, Clemencia, Marin 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 2006; 71(2): 98-103.
- Villanueva L. Operación cesárea: una perspectiva integral. Hospital General Dr. Manuel Gea González. Secretaría de Salud. Monografía. México, DF. Disponible en: <http://www.egjournal.unam.mx/rfm/no47-6/RFM47605.pdf> Visita 8-11-2013.
- Salinas H, Almenara J, Naranjo B, Preisler J, Carmona S, Erazo M. Evaluación de un programa de intervenciones tendiente a disminuir el número de cesáreas. Rev Adm Sanit. 2007;5:137-46.
- 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.
- Lee I. Operación cesárea: estudio de causas y tendencias en un hospital de segundo nivel. Rev Med IMSS 2004; 42(3): 199-04.
- Pavón P, Gogea-cochea M, Ramírez M, Landa V. Frecuencia e indicaciones de la operación cesárea en el Hospital Escuela de la Universidad Veracruzana. Rev Med de la Universidad Veracruzana 2002; 2(2): 0-0.
- 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.
- 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.
- Tang L, Albinagorta R. Histerectomía puerperal: experiencia en una institución privada. Rev. peru. ginecol. obstet.;29(3): 195-198.
- Romero A, Stella M, Ramona V. Incidencia y principales indicaciones de cesárea. Revista de Posgrado de la Via Cátedra de Medicina 2004; 135:1-6.
- Brooks H, Lezama S. Epidemiología de las cesáreas en el Instituto Hondureño de Seguridad Social. 2001. Rev Med Post UNAH 2001; 6(1): 74-78.
- Hidalgo J, Molina M, Varo G, Rivas S, Bernabeu J, Perales Alfredo. Parto Pretérmino Y Sufrimiento Fetal Secundarios A Peritonitis Por Appendicitis Aguda Perforada. Revista chilena de obstetricia y ginecología 2009; 74(3): 185-188.
- Vallecillo G, Niz J, Alvarado A. Parto distócico por desproporción feto-pélvica. Rev Med Hondur 1975; 43: 271-281.
- Vergara R, Acosta Pérez M. Experiencias en el parto vaginal poscesárea en un hospital haitiano. Rev Cubana Obstet Ginecol 2003 29(1):10-0.
- Bustamante A, Freschi S, Martina A, Vallejos E. Incidencia de cesárea y sus principales indicaciones en el Hospital Perrando Castellán, de Residencia, Chaco. Revista de Posgrado de la Via Cátedra de Medicina 2003; 123:25-28.
- Vásquez J, Vásquez J, Namfanché J. Asociación entre la hipertensión arterial durante el embarazo, bajo peso al nacer y algunos resultados del embarazo y el parto. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología 2003; 29(3): 1561-3062.
- Pérez-Cos P, Ricourt D, Osiris D, Aurora C, Surriel-Montilla I, Tavaréz M. Indicaciones de cesáreas en embarazadas asistidas en un hospital regional. Rev Med Dom 1994; 55(2):131-132.

CONFLICTO DE INTERESES:

Los autores no reportan ningún conflicto de intereses.

COMO CITAR ESTE ARTÍCULO:

Jáuregui M, Tapia I, Duque S, Gárate G, Montesdeoca G, Gaybor M. Principales causas de Cesárea en la Fundación Humanitaria Pablo Jaramillo, Enero – Diciembre de 2011. Rev Med HJCA 2014; 6(1): 46-50. doi:10.14410/2014.6.1.009.