

Prevalencia de parto por Cesárea en un Hospital de nivel III del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

Daniela Astudillo J.¹, Carla Guillén S.¹, Mariana Gaybor G.²

Departamento de Obstetricia, Hospital José Carrasco Arteaga, IEISS, Cuenca, Ecuador

Resumen

¹ Médica General. Hospital José Carrasco Arteaga. Cuenca, Ecuador.

² Médica Ginecóloga, Tratante del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital José Carrasco Arteaga. Cuenca, Ecuador

Correspondencia:

Daniela Astudillo

E-mail: danny_as_tu@hotmail.com

Av. Ricardo Durán SN

Teléfono: [593] 72 893 242- [593]987 200 560

Cuenca, Ecuador.

Fecha de Recepción: 22/10/2012

Fecha de Aceptación: 3/01/2013

Rev Med HJCA 2013;5(1):12-16.

Introducción. Existe un incremento del porcentaje de cesáreas realizadas a nivel de Latinoamérica cuya recomendación por la OMS es menor al 20% para hospitales de tercer nivel, por lo que el objetivo del presente trabajo fue determinar la prevalencia de parto por cesárea e identificación de su etiología.

Material y métodos. El estudio observacional se realizó en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital José Carrasco Arteaga durante el año 2011. Se registraron variables demográficas y etiología del parto por cesárea. Se presentan frecuencias y porcentajes.

Resultados. Se estudiaron 146 casos, la prevalencia de cesárea fue del 61.6% (IC 95% 53.7 – 69.3). El grupo de edad en el que predominó fue el de 20-30 años con una prevalencia de 55.6% (IC 95% 65.7– 45.4) y en las mujeres con un nivel de instrucción superior con una prevalencia del 44.4% (IC 95% 57.5 – 31.2). La operación cesárea por primera vez fue la de mayor frecuencia con el 47.8%. Las principales indicaciones en esta muestra fue la cesárea anterior la cual se presentó en el 32.2% de la población.

Discusión. En esta serie la prevalencia de parto por cesárea fue 61.6% en el grupo de edad de 20-30 años porcentaje que triplica la recomendación de la OMS. La operación cesárea por primera vez fue la de mayor frecuencia con el 47.8% valor que duplica la recomendación de la OMS. La indicación por cesárea anterior se presentó en el 32.2% de la población.

Descriptores DeCS: cesárea, parto, prevalencia.

Prevalence of Cesarean section in a hospital level III of Social Security Ecuadorian Institute

Summary

Background. There is an increased rate of cesarean sections in Latin America. WHO recommendation is less than 20% of all deliveries for tertiary hospitals, so the aim of this study was to determine the prevalence of cesarean delivery and identification of its etiology.

Material and methods. This observational prevalence study was conducted in the Department of Gynecology and Obstetrics of the Jose Carrasco Arteaga Hospital during the period January 1 to December 31, 2011. Demographic variables and etiology of cesarean delivery were recorded. Frequencies and percentages are presented.

Results. 146 cases were studied, the prevalence of cesarean section was 61.6% (CI 95% 53.7 - 69.3). The incidence was higher in the 20-30 years group with 55.6% (CI 95% 65.7, 45.4) and in women with a higher education level with a prevalence of 44.4% (95% CI 57.5 - 31.2). Cesarean surgery for the first time, was the most frequent with 47.8%. The main indication for surgery was a pre-

vious cesarean with 32.2% of the study population.

Discussion. In this 146 case series, prevalence of cesarean delivery was 61.6% in the age group of 20-30 years which triples WHO recommendations. The first C-section was the most frequent with 47.8% which doubles the WHO recommendation. Previous C-section was the indication for surgery in 32.2% of the population.

Key words: cesarean, delivery, prevalence.

Introducción

Diariamente el obstetra en su práctica diaria enfrenta la decisión de la operación cesárea, al respecto la Organización Mundial de la Salud recomienda que la tasa de cesáreas no supere el 15% en los hospitales de segundo nivel y del 20% en los de tercer nivel en relación con el total de nacimientos [1,2]. A pesar de esta recomendación, la cesárea es la cirugía más frecuente realizada en mujeres en países de altos y bajos recursos [3]. La cesárea constituyó un importante avance en las alternativas de atención del parto. Hasta principios de los años sesenta, la prevalencia de cesárea no superaba el 10% y los incrementos que se presentaron con el uso de éste procedimiento en los países desarrollados se asociaron con descensos en la mortalidad materna y neonatal. A partir de los años setenta, las cesáreas se incrementaron de manera significativa sin que se produjeran mejoras adicionales en la mortalidad de las madres y sus productos. El aumento de las cesáreas que no tienen justificación clínica preocupa a las autoridades sanitarias y a los prestadores de servicios de salud porque eleva los costos de atención médica, expone a la madre y al producto a riesgos innecesarios [3]. Comparado con el parto vaginal, la morbilidad materna se incrementa con el parto por cesárea aproximadamente 2 veces. La mortalidad materna está entre 6 - 22 muertes por cada 100.000 nacidos vivos. Aproximadamente, la mitad de las muertes maternas son consecuencia directa del procedimiento operatorio en sí. La cesárea supone un incremento de riesgo de morbilidad materna y neonatal respecto al parto vaginal [4-7]. Parte de este incremento en la mor-

talidad está asociado al procedimiento quirúrgico y con las condiciones o circunstancias en las cuales tiene que ejecutarse [4]. Debido a estos antecedentes se estableció como objetivo del presente trabajo establecer la prevalencia de las cirugías por cesárea en nuestro medio e identificar la etiología del mismo.

Material y métodos

El presente es un estudio transversal. Se llevó a cabo en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital José Carrasco Arteaga del IESS en la ciudad de Cuenca. Se realizó desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2011. De un universo de estudio de 1145 casos registrados de gestantes entre 20 y 45 años se definió el tamaño de la muestra en 146 casos. El tamaño de la muestra fue calculado sobre la base del 95% de confianza, 5% de error de inferencia, el 15% de partos por cesárea y 10% para pérdidas.

Los datos recolectados fueron tomados de las historias clínicas, obteniéndose de las mismas datos demográficos, indicaciones y tipos de cesárea.

Las variables fueron registradas en una hoja electrónica de una base de datos en Excel y finalmente se realizó la tabulación de las variables registradas. Se reportan frecuencias y porcentajes para descripción de la muestra.

Tabla 1
Características de la población de estudio (n = 146)

Variable	Frecuencia	%
Edad en años		
20 -30	92	63.0
31 - 45	54	37.0
Nivel de instrucción		
Analfabetismo	0	0
Primaria	29	19.9
Secundaria	62	42.5
Superior	55	37.7
Semanas de gestación		
<37	18	12.3
37 - 42	128	87.7
Número de gestaciones		
Primigesta	47	32.2
Multigesta	99	67.8
Tipo de intervención		
Cesárea	90	61.6
Parto	56	38.4

Resultados

Ingresaron al estudio 146 casos, la media de edad de la muestra fue de 29.4 ± 5.7 años; el grupo de edad de mayor frecuencia fue el de 20-30 años con el 63%. El nivel de instrucción de mayor prevalencia fue secundaria con el 42.5% de la población y no se registraron mujeres con analfabetismo. La media de las semanas de gestación en la muestra fue de 38.3 ± 1.71 semanas; se registraron 18 casos de gestaciones < 37 semanas representando el 12.3% de la muestra. En el 67.8% de los casos las pacientes presentaron más de una gestación, mientras que el 32.2% fue primigesta. En la muestra de estudio la prevalencia de operación cesárea fue de 61.6% (IC 95% 53.7 - 69.3), el 38.4% de la muestra terminó su gestación mediante parto. La prevalencia de operación cesárea fue mayor en el grupo de edad de 20-30 años con un 55.6% (IC 95% 65.7 - 45.4) y en las mujeres con un nivel de instrucción superior con el 44.4% (IC 95% 57.5 - 31.2). En las pacientes sometidas a cesárea, el 47.8% correspondió a primera vez, mientras que en el 37.8% ya poseía una cesárea anterior. En el 57.8% de los casos la cirugía fue realizada por indicaciones emergentes y el 42.2% fue de tipo electiva. La principal indicación para realizar operación cesárea en la muestra fue

Tabla 1
Características de 90 mujeres intervenidas de cesárea

Variable	Frecuencia	%
<i>Edad en años</i>		
20 – 30	50	55.6
31 – 45	40	44.4
<i>Nivel de instrucción</i>		
Analfabetismo	0	0
Primaria	11	12.2
Secundaria	39	43.3
Superior	40	44.4
<i>Tipo de cesárea según antecedente</i>		
Anterior	34	37.8
Iterativa	13	14.4
Previa	43	47.8
<i>Tipo de cesárea según indicación</i>		
Electiva	38	42.2
Emergencia	52	57.8
<i>Tipo de indicación</i>		
Indicación Materna	5	5.5
Indicación Fetal	25	27.7
Indicación Materno Fetal	5	5.5
Indicación Obstétrica	53	58.8
Otra Indicación	2	2.2
<i>Indicación Materna</i>		
Cirugía uterina previa	2	2.2
Distocia de partes blandas	1	1.1
Hipertensión gestacional	1	1.1
Valvuloplastia	1	1.1
<i>Indicación Fetal</i>		
Distocia de presentación	11	12.2
Compromiso del bienestar fetal	10	11.1
Embarazo múltiple	3	3.3
Macrosomía fetal	1	1.1
<i>Indicación Materno Fetal</i>		
Preeclampsia grave	2	2.2
Preeclampsia leve	1	1.1
HELLP incompleto	1	1.1
Condilomatosis	1	1.1
<i>Indicación Obstétrica</i>		
Cesárea anterior	29	32.2
Iterativa	13	14.5
Desproporción cefalopélvica	7	7.9
Distocia dinámica del trabajo de parto	3	3.3
Prolapso de cordón	1	1.1
<i>Otras indicaciones</i>		
Primiparidad tardía	1	1.1
Rotura prematura de membranas	1	1.1

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

Discusión

La prevalencia general de cesárea en el presente estudio fue del 61.6%. La prevalencia de operación cesárea fue mayor en el grupo de edad de 20-30 años con un 55.6% y en las mujeres con un nivel de instrucción superior con el 44.4%. La cesárea por primera vez fue del 47.8%. En el 57.8% de los casos de cesáreas practicadas fueron del servicio de emergencia. Según el tipo de indicaciones para la realización de cesárea en

la muestra se encontró que la cesárea anterior fue la principal, pues el 32.2% de la población sometida a este procedimiento quirúrgico presentó una cesárea anterior.

Se incluyeron 146 casos. La metodología fue un estudio de prevalencia en la cual no se incluye al universo anual del Hospital José Carrasco.

La OMS recomienda que la tasa de cesárea no supere el 20% en los hospitales de tercer nivel en relación con el total de nacimientos, sin embargo la realidad en Latinoamérica está lejos de las recomendaciones internacionales, por ejemplo en Brasil se estimó una tasa de 50% en un estudio realizado por la OMS [8]. Entre el 2004 y 2005, se realizó la Encuesta Global en Salud Materna y Perinatal de la OMS en 24 regiones de ocho países de América Latina; en la encuesta se obtuvieron datos de todas las mujeres que ingresaron para finalizar el embarazo en 120 instituciones seleccionadas al azar, la prevalencia de partos por cesárea fue del 33% [9]. Comparando los resultados con los expuestos a nivel Sudamericano se evidencia que en la presente muestra se encuentra la más alta prevalencia de operación cesárea registrada. En España, según el Instituto Nacional de Estadística, la prevalencia de Cesárea se mantiene entre el 17-25% colocando a este país dentro de los mejores puestos a nivel internacional en lo que a este indicador se refiere [10]. Los datos obtenidos de la Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN) realizada en los años 1994, 1999, 2004 se deriva que en el Ecuador, la prevalencia de cesáreas registrada fue del 17.1% (período 1989 a 1994), del 19.9% (período 1994 a 1999) y de 25.8% (en el período 1999 a 2004) [11]. Según el Instituto Nacional de Estadística y Censos 2006, los porcentajes de esta intervención por institución se triplican en los establecimientos privados (32%) con relación a los públicos (15.5%); en las instituciones del Ministerio de Salud Pública fue de 13.3%, en Municipales de 19.7%, en Hospital General de las Fuerzas Armadas del Ecuador fue de 32.1%, la Junta de Beneficencia 13.9% mientras que en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social correspondió a 40.1% [12]. Entre el 2005 y 2006 se realizó una evaluación de los servicios de cuidados obstétricos y neonatales de emergencia en

la Provincia del Azuay, la prevalencia registrada en el Hospital Vicente Corral Moscoso fue de 22.5%, en la Fundación Pablo Jaramillo de 42.5%, en el Hospital Militar 66.7%, Hospital de Girón de 4.9% y en el Hospital de Gualaceo fue de 8.8% [13]. Márquez y colaboradores encontraron una prevalencia de cesáreas del 22.3% en mujeres de 20-29 años y del 56.8% en mujeres entre 30-41 años de edad [14]; estos resultados no difieren con los resultados del presente estudio, en donde la prevalencia de operación cesárea es mayor en mujeres de menor edad (20-30 años); sin embargo Echaiz encontró que la prevalencia de cesárea es mayor en las mujeres de entre 20-35 años con el 56.9%; además expone que esta operación es mayor en las mujeres con un nivel de instrucción primaria [15], estos datos al menos en edad se parecen a los registrados en el presente estudio sin embargo difieren en cuanto al nivel de instrucción. El Centro para el Control y la Prevención de EEUU reportó que en este país la prevalencia de cesárea por primera vez fue del 32.9% en el año 2009 reduciéndose al 32.8% en el 2010 [16], en comparación con los datos de este país evidenciamos que en la presente serie el valor es más elevado. Latorre y colaboradores en Chile encontraron una prevalencia de cesárea de emergencia alrededor del 15.9% (14.5% a 17.4%); precisando que la gran mayoría de estas pacientes eran mujeres con expectativa de parto vaginal y que finalizan en cesárea [17]. La segunda indicación de mayor frecuencia en nuestro estudio fue la cesárea iterativa con 14.5%; este dato es inferior a lo encontrado por Camacho y colaboradores en Bolivia, donde representó el 34% de la población estudiada [20], cifra elevada si se la compara con los presentes resultados. La tercera indicación en frecuencia fue la distocia de presentación la cual se presentó en el 12.2%; un estudio realizado en Canadá, por el British Columbia Perinatal Health Program, determinó a la distocia como principal indicación con un 6% en el 2005 [21]; Romero y colaboradores en una población de 4530 gestantes encontraron 1102 cesáreas en la que la distocia de presentación tuvo una prevalencia del 4.5% [22].

En general, la razón de que en muchos casos se repita la cirugía no es el

antecedente de ésta, sino la repetición de la causa que la motivó o la aparición de una nueva indicación [18]. Por ello sería importante que dentro de las historias clínicas conste el motivo de la cesárea por primera vez. Como consecuencia del incremento de la tasa global de cesáreas, cada vez es más frecuente que en la población obstétrica se den gestantes multíparas con antecedente de una o más cesáreas, por lo que es fácil entender que el antecedente de cesárea anterior sea un motivo frecuente del total de cesáreas. Este aumento en la incidencia de cesáreas se ha convertido en una gran preocupación de los servicios de salud debido al incremento de la morbilidad materna y de los costos [19]. Sin embargo, la práctica del parto vaginal en casos seleccionados de pacientes con cesárea previa es cada vez más frecuente. El propósito de esta conducta es evitar los posibles riesgos asociados a la intervención quirúrgica. De acuerdo con estudios de investigación recientes, la estrategia de ofrecer una prueba de trabajo de parto a pacientes con cesárea previa bajo condiciones controladas, logra un incremento en los nacimientos por vía vaginal sin complicaciones. Diversos estudios indican que la prueba de trabajo de parto después de una cesárea tiene una probabilidad de éxito entre 66 y 85% [19-20].

Debido a la alta prevalencia de Cesáreas, el cambio en las políticas de salud debería incluir el sistema de Hospitalista Gineco-Obstetra quien en turnos de médicos especialistas 24 horas con múltiples horarios podrían cubrir la necesidad de observación y acompañamiento a las parturientas para la evolución del parto vaginal. El costo implícito de una cesárea cubriría el costo del contrato de personal.

Se genera una línea de investigación en donde se incluye la conformación de 2 grupos de estudio: el primer grupo conformado de pacientes con antecedente de cesárea anterior quienes tienen un 2do parto vaginal y un segundo grupo las pacientes con parto vaginal por primera ocasión con el objeto de comparar morbilidad asociada.

Conclusión

En esta serie de 146 casos la prevalencia de parto por cesárea fue 61.6% en

el grupo de edad de 20-30 años porcentaje que triplica la recomendación de la OMS. La operación cesárea por primera vez fue la de mayor frecuencia con el 47.8% valor que duplica la recomendación de la OMS. La indicación por cesárea anterior se presentó en el 32.2% de la población.

Conflicto de Intereses

Los Autores declaran no tener conflicto de intereses

Contribución de los Autores

DA, CG, MG participaron en la concepción y diseño del estudio, recolección y análisis de datos. LM y DE participaron en la Interpretación de datos y redacción del artículo. MG realizó la revisión crítica del artículo. Todos los autores leyeron y aprobaron la versión final del artículo.

Agradecimientos

Al personal del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital José Carrasco Arteaga, lugar en donde se realizó el estudio.

Abreviaturas

IC: Intervalo de Confianza. OMS: Organización Mundial de la Salud. IESS: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

Referencias bibliográficas

1. Cárdenas R. Complicaciones Asociadas a la Cesárea. *Gac Med Mex* 2002; 138: 357-66.
2. Machado LC, Sevrin CE, Oliveira E. [Association between mode of delivery and maternal complications in a public hospital in Greater Metropolitan São Paulo, Brazil]. *Cad Saude Publica*. 2009; 25(1):124-32. Portuguese.
3. Simônia de Pádua K, Duarte MJ, Faúndes A, et al. Factors Associated with Cesarean Sections in Brazilian Hospital. *Rev. Saúde Pública* 2010; 44(1):SN.
4. Cunningham F, Leveno K, Hauth J, et al: Cesárea e histerectomía periparto. En: *Obstetricia de Williams*. 22ª edición. McGraw Hill; México DF, 2006:588-589.
5. Villar J, Carroli G, Zavaleta N, et al: Maternal and Neonatal Individual Risks and Benefits Associated with Caesarean Delivery. *BMJ* 2007; 335:1025.
6. Norwitz E, Snegovskikh V, Caughey A. Prolonged pregnancy: when should we intervene? *Clin Obstet Gynecol* 2007; 50(2):547-57.
7. Cruz Martínez M, Redondo Aguilar R, Caño Aguilar A, CarreteroLucena P, Padilla Vinuesa C, Ruiz Extremera A. Analysis of perinatal mortality in newborn infants with a birth weight of less than 1000 grams in Hospital San Cecilio in Granada (Spain) over the 1991-2010 period. *Arch Argent Pediatr*. 2013;111(1):45-52. Spanish.
8. Villar J, Valladares E, Wojdyla D, Zavaleta N, Carroli G, Velazco A, Shah A, Campo-

- dónico L, Bataglia V, Faundes A, Langer A, Narváez A, Donner A, Romero M, Reynoso S, de Pádua KS, Giordano D, Kublickas M, Acosta A; 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; 3;367(9525):1819-29.
9. Betrán AP, Gulmezoglu AM, Robson M, Merialdi M, Souza JP, Wojdyla D, Widmer M, Carroli G, Torloni MR, Langer A, Narváez A, Velasco A, Faundes A, Acosta A, Valladares E, Romero M, Zavaleta N, Reynoso S, Bataglia V. WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America: classifying caesarean sections. *ReprodHealth*. 2009; 29;6:18.
 10. Armendariz I: Revisando las Cifras de Cesáreas en España. Revista electrónica no indexada. Disponible en: <http://www.estadisticasdeparto.com>. (visita 12-12-12)
 11. Mideros R: Medicalización e Industria del Nacimiento. En: Transformaciones sociales y sistemas de salud en América Latina de Betty Espinosa y William Waters, editores. Imprenta Rispergraf- Flasco Andes. Quito-Ecuador 2008: 247-254.
 12. Ministerio de Salud Pública. Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal. Reporte de Septiembre 2008.
 13. Ortiz J, Morales J, Vega B, Arias G, Cordero N, Naulaguaria P, et al. Evaluación de los Servicios de Cuidados Obstétricos y Neonatales de Emergencia en la provincia del Azuay, Ecuador. Publicación OPS 2006. Informe final de proyecto. Disponible en http://medicina.ucuenca.edu.ec/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=78&Itemid=286 (Visita 12-12-12).
 14. Márquez S, Ruiz M, et al: Frecuencia de la Cesárea en Andalucía. Relación con factores sociales, clínicos y de los servicios sanitarios. *Rev. Esp. Salud Publica* 2011; 85:205-215.
 15. Echaiz J: Cesárea. Experiencia en el Hospital General de Oxapamba. Sociedad Peruana de Ginecología y Obstetricia 2004; 50(2):106-110.
 16. Power M, Henderson Z, Behler J, Schulkin J. Attitudes and Practices Regarding Late Preterm Birth Among American Obstetrician-Gynecologists. *J WomensHealth (Larchmt)*. 2013; 22(2):167-72.
 17. Latorre R, Carrillo J, Yamamoto C, et al: Gobierno del parto en el Hospital Padre Hurtado: un modelo para contener la tasa de cesárea y prevenir la encefalopatía hipóxico-isquémica. *Rev.Chil. Obstet. Ginecol* 2006; 71(3): 196-200.
 18. Rodríguez G, León I, Guera A, et al: Parto Vaginal en Pacientes con Cesárea Anterior. *Rev Cub Med Mil* 2011; 40(3):4-11.
 19. Ben Shachar I, Weinstein D. High risk pregnancy outcome by route of delivery. *Curr Opin Obstet Gynecol* 1998; 10(6):447-52.
 20. Camacho C, Brañez C, Pardo A. Cesáreas Iterativas. *Gac Med Bol* 2010; 332:16-20.
 21. Merry L, Small R, Blondel B, Gagnon AJ. International migration and caesarean birth: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013; 13(1):27.
 22. Romero A, Maris S, Arce R, et al: Incidencia y Principales Indicaciones de Cesáreas. *Revista de Posgrado Vía Cátedra de Medicina* 2004; 134: 1-6.

Como citar este artículo

Astudillo D, Guillén C, Gaybor M. Prevalencia de parto por Cesárea en un Hospital de nivel III del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. *Rev Med HJCA* 2013;5(1):12-16.