

---

# **I**ncidencia y principales causas de cesárea en pacientes atendidas en la maternidad “Enrique C. Sotomayor”, período comprendido entre julio 2005 a septiembre 2005.

**Incidence and principal causes of cesarean section of patients at “Enrique C. Sotomayor” Maternity Hospital during the period from June to September 2005.**

Danny Gabriel Salazar Pousada \*  
Natasha Haydee Vélez Sáenz \*\*

---

## **RESUMEN**

Debido a una variedad de factores médicos y sociales, el índice de cesáreas ha aumentado; se deduce que dicho aumento se debe a procesos que no son justificados. **Tipo de estudio:** descriptivo y prospectivo. **Objetivos:** determinar la incidencia y las causas de las cesáreas realizadas en el Hospital maternidad “Enrique C. Sotomayor”, para comprobar si esta intervención quirúrgica esta justificada. Promover alternativas para reducir el índice de cesáreas injustificadas. **Resultados:** El universo fue de 563 pacientes cesareadas. La principal causa de cesárea en pacientes sin antecedentes de cesárea fue la desproporción cefalopélvica. En los pacientes con antecedente(s) de cesárea, la cicatriz uterina previa (CUP) fue la principal causa por la cual se realizó la siguiente cesárea. **Conclusión:** Las cesáreas realizadas en pacientes sin antecedentes de cesárea son justificadas. Las cesáreas realizadas en pacientes con antecedentes de cesárea no son justificadas en su totalidad. Existen casos en este estudio de pacientes que pudieron ser sometidos a diferentes opciones de parto y no acudir a la cesárea.

**Palabras clave:** Cesárea. Cicatriz uterina previa (CUP). Desproporción cefalopélvica.

## **SUMMARY**

According to a variety of medical and social factors, the cesarean rate has increased; this increase might be due to unjustified processes. **Type of study:** descriptive and prospective. **Objective:** to determine the incidence and the causes of cesarean practiced at “Enrique C. Sotomayor” Maternity hospital, to check if the surgery is justified. To promote alternatives to reduce unjustified cesarean rate. **Results:** the sample group was of 563 patients. The main cause of cesarean in patients without history of cesarean was a cephalopelvic disproportion. In patients with history of cesarean, previous uterine scar (PUS) was the main cause of another cesarean. **Conclusions:** the cesarean sections carried out in patients without history of cesarean are justified. All the cesarean sections carried out in patients with history of cesarean are not totally justified. In this study there are cases of patients who could have undergone different options of labour instead of the cesarean.

**Key words:** Cesarean. Previous Uterine Scar (PUS). Cephalopelvic disproportion.

---

## **Introducción**

El índice de cesárea va en aumento con el pasar de los años probablemente por factores médicos y sociales que pueden ser corregidos<sup>2,3,4,8,11,14,17,22,23,25</sup>. Para un médico es más fácil, rápido y de mayor rédito económico realizar una cesárea en comparación a un parto vaginal. Respecto a los factores sociales existe la errónea idea que mujeres que han tenido cesáreas previas necesariamente deben ser sometidas a cesárea en su siguiente embarazo.

Estadísticamente esta comprobado que la cesárea presenta mayor riesgo de morbilidad en comparación a un parto vaginal<sup>12,15</sup>; además se puede realizar con seguridad un parto vaginal en mujeres con antecedentes de cesárea<sup>13,20</sup>. Estudios publicados por el British Medical Journal detallan que en América latina se realizan 850.000 cesáreas innecesarias cada año.

De los 18 países que se analizaron en este estudio sólo seis cuentan con índices de cesáreas por debajo del 15% establecido por la Organización Mundial de la Salud desde 1985<sup>7</sup>. En Latinoamérica, Chile tiene una tasa de cesáreas del 58% en el sector privado y de 37.2% en el público. En Puerto Rico, la tasa correspondiente al año 1999 estaba en el 37.8%<sup>18</sup>, Colombia 58%, México 25.4%, Brasil 51%, Argentina 45%<sup>7</sup>. Se considera que un tercio del total de partos serán por cesárea<sup>1,9</sup>, pero en las prácticas del sector privado se duplican y a veces triplican las cifras de cesárea<sup>7</sup>. Estados Unidos también tuvo un alto índice de partos por cesárea, el cual fue 28.3%<sup>5,25</sup> en 1996, pero actualmente presenta 12.7%<sup>25</sup>. En Ecuador en la maternidad "Enrique C Sotomayor" se presentó durante el año 2003-2004 un índice de cesárea del 40%<sup>10</sup>.

### Materiales y métodos

La información se obtuvo de 563 pacientes en quienes se realizó una intervención cesárea durante el turno de guardia (12 horas cada 48 horas) asistida por internos en medicina de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil en el hospital maternidad "Enrique C Sotomayor", desde 01 de julio hasta el 15 de septiembre 2005. El método usado es tipo encuesta, realizado directamente a los pacientes durante su estadía en sala de espera de parto y la información quirúrgica se obtuvo posterior a la intervención realizada.

### Criterio de inclusión

Pacientes a quienes se les realiza una operación cesárea en el hospital maternidad "Enrique C Sotomayor", durante el período establecido para el estudio.

### Criterio de exclusión

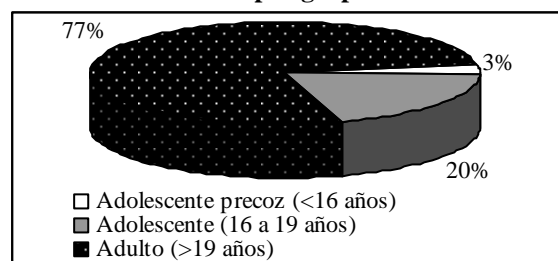
Pacientes a quienes se les realiza parto o alguna intervención quirúrgica diferente a una operación cesárea en el hospital maternidad "Enrique C Sotomayor", durante el período del estudio.

### Resultados

El universo de pacientes a quienes se les realizó cesárea durante el periodo del estudio fue de 563, de las cuales, 16 pacientes fueron adolescentes precoces (edad menor a 16 años); 113 son

adolescentes y 434 fueron pacientes adultas. Gráfico 1. Del grupo de pacientes adultas el 12.2% (n=53) presentan riesgo ginecológico, cuya edad es mayor a 35 años.

**Gráfico 1**  
**Pacientes por grupo etáreo**



Fuente: Hoja de recolección de datos.

Del total de pacientes del estudio, al 55.8% se les realizó cesárea por primera vez, y el 44.2% fueron pacientes con antecedentes de cesárea. De las pacientes con antecedentes de cesárea (n=249), el 66.2% fueron previamente atendidas en el hospital maternidad "Enrique C Sotomayor", por cesárea y el 33.7% fueron pacientes con antecedente de cesárea realizada en otra institución, esto se demuestra en la tabla 1.

**Tabla 1**  
**Distribución de pacientes según antecedente de cesárea e institución donde fue realizada la CUP**

CUP	n	Institución donde fue realizada CUP	
		Maternidad Sotomayor	Otra institución
Primera	314	0	0
Anterior	249	165	84

CUP: cicatriz uterina previa.

Fuente: Hoja de recolección de datos.

De las paciente a quienes se le realiza cesárea por primer vez el motivo principal de esta intervención es: la desproporción cefalopélvica con el 30%, seguido de la distocia de presentación con el 26%, los estadios hipertensivos en el embarazo y sufrimiento fetal ambos con un 11%; hemorragias obstétricas con un 4%, detención secundaria del trabajo del parto, con 3% y con un 2% enfermedades venéreas; trabajo de parto pretérmino y embarazo gemelar. En menor porcentaje encontramos otras causas, que en total representa un 9% e incluyen casos individuales de prolapso de cordón, prolapso de pie, cardiopatía materna, hipermadurez placentaria, óbito fetal, retardo en el crecimiento intrauterino (RCIU) y polihidramnios; tabla 2, gráfico 2.

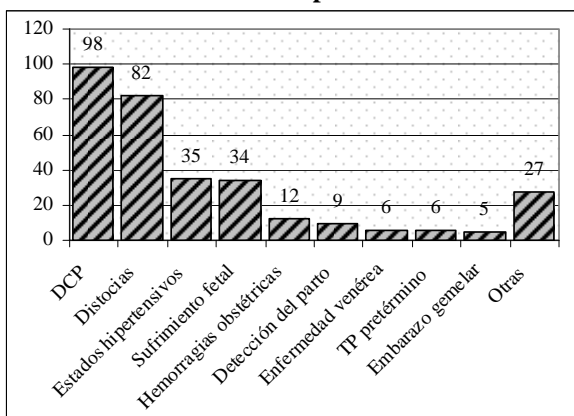
**Tabla 2**  
**Causas de cesárea en paciente sin antecedente de CUP**

Causas	n
DCP	98
Distocia de presentación	82
Estadíos hipertensivos	35
Sufrimiento fetal	34
Hemorragia obstétrica	12
Detención del parto	9
Enfermedad venérea	6
TP pretérmino	6
Embarazo gemelar	5
Otras	27

DCP: desproporción cefalopélvica. TP: trabajo de parto.

Fuente: Hoja de recolección de datos.

**Gráfico 2**  
**Causas de cesárea en pacientes sin CUP**

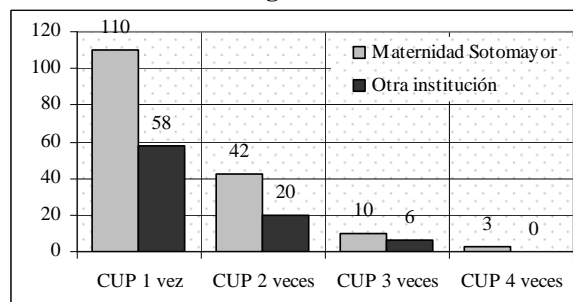


Fuente: Hoja de recolección de datos.

En los 249 pacientes con antecedentes de cesárea, el 67.5% (n=168) presentan cicatriz uterina previa realizada una sola vez; de los cuales el 65.5% (n=110) fueron atendidos en el hospital maternidad "Enrique C Sotomayor", y el 34.5% (n=58) fueron atendidas en otra institución. El 24.9% (n=62) de los pacientes presentaron cicatriz uterina previa dos veces, 67.7% (n=42) fueron atendidas previamente en la institución y el 32.2% (n=20), en otra institución. El 6.4% (n=16) de los pacientes presentaron cicatriz uterina previa 3 veces; de las cuales, el 62.5% (n=10), fueron atendidas previamente en esta institución; y el 37.5% (n=6), fueron atendidas en otra institución. En este estudio hubo 3 pacientes (1.2%), que presentaban cicatriz uterina previa 4 veces, las mismas tuvieron su cesárea anterior en este hospital, gráfico 3.

El 58% de pacientes con antecedentes de cesárea se realizan la misma nuevamente por presentar causas justificadas.

**Gráfico 3**  
**Incidencia de CUP según la institución realizada**



Fuente: Hoja de recolección de datos.

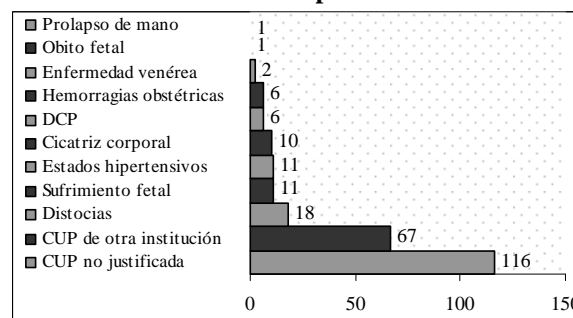
El 28% de los pacientes se les realiza cesárea por presentar CUP en otra institución, seguido por distocia de presentación 7%, sufrimiento fetal, estadíos hipertensivos y antecedentes de cicatriz uterina corporal 4%, desproporción cefalopélvica y hemorragia obstétrica, ambos con el 2% y en menor porcentaje encontramos casos individuales de enfermedades venéreas, óbito fetal y prolapso de mano, desprendimiento de placenta, prolapso de cordón, detención secundaria del parto y distocia de cervix; tabla 3, gráfico 4.

**Tabla 3**  
**Causas de cesárea en pacientes con CUP**

Causas	n
CUP no justificadas	116
CUP de otra institución	67
Distocia de presentación	18
Sufrimiento fetal	11
Estadíos hipertensivos	11
Cicatriz corporal	10
DCP	6
Hemorragias obstétricas	6
Enfermedad venérea	2
Óbito fetal	1
Prolapso de mano	1

Fuente: Hoja de recolección de datos.

**Gráfico 4**  
**Causas de cesárea en pacientes con CUP**



CUP: cicatriz uterina previa.

Fuente: Hoja de recolección de datos.

De 168 pacientes con antecedentes de cicatriz uterina previa, una sola vez, el 65.5% (n=110) tuvieron su cesárea previa en el hospital maternidad "Enrique C Sotomayor". Dentro de este porcentaje se realizan cesáreas injustificadas al 42%. Estas cesáreas no presentan criterios, ni emergencia obstétrica para ser intervenidas quirúrgicamente; además de ser realizadas anteriormente en esta institución, presentan cicatriz horizontal uterina. En el 23.5% restante observamos causas justificadas de cesárea que detallamos a continuación en orden descendente: distocia de presentación, ruptura prematura de membranas, sufrimiento fetal, cicatriz vertical uterina, desproporción cefalopélvica, estadios hipertensivos en el embarazo, hemorragias obstétricas, parto pretérmino, parto postérmino, placenta previa, detención secundaria del parto, retardo en el crecimiento intrauterino, cardiopatía materna y óbito fetal; tabla 4, gráfico5.

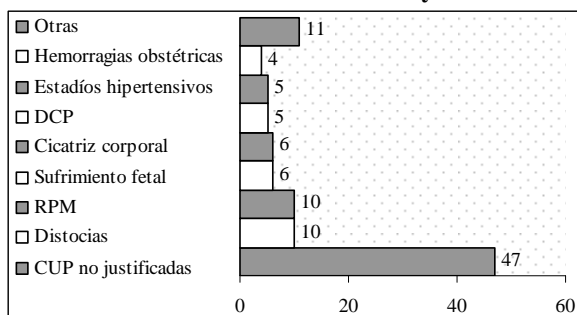
**Tabla 4**  
**Causas de cesárea por segunda ocasión en pacientes con CUP una sola vez realizada en la maternidad Sotomayor**

Causas	n
CUP no justificadas	47
Distocia de presentación	16
RPM	10
Sufrimiento fetal	6
Cicatriz corporal	6
DCP	5
Estadios hipertensivos	5
Hemorragias obstétricas	4
Otras	11

CUP: cicatriz uterina previa. RPM: ruptura prematura de membranas. DCP: desproporción cefalopélvica.

Fuente: Hoja de recolección de datos.

**Gráfico 5**  
**Causas de cesárea en pacientes con CUP realizada en la maternidad Sotomayor**



CUP: cicatriz uterina previa. RPM: ruptura prematura de membranas. DCP: desproporción cefalopélvico.

Fuente: Hoja de recolección de datos.

## Discusión

En este estudio se demostró que el 42%<sup>10</sup> de las cesáreas realizadas fueron injustificadas; este mismo inconveniente lo presentan diversos países y especialmente en América Latina<sup>7</sup>. Encontramos cifras de cesárea injustificadas en países como: España 24%<sup>3</sup>, Brasil 51%<sup>4</sup>, Chile 37.2%<sup>4</sup>, Perú 25.7%<sup>6,24</sup>, Puerto Rico 37.8%<sup>18</sup> y México 25.4%<sup>23</sup>. Observamos que todos los índices de cesárea están por encima de lo establecido por la Organización Mundial de la Salud, el cual es del 15%<sup>7</sup>. Estados Unidos al contrario presenta un índice de cesárea de 12.7%<sup>25</sup>.

En pacientes sin antecedentes de cesárea, su intervención quirúrgica fue justificada; siendo la desproporción cefalopélvica su causa mas común con 30%<sup>10</sup>. En comparación a estudios investigados observamos que este valor esta dentro de los promedios establecidos en otros países como: Estados Unidos que presenta 30%<sup>5,16</sup>, Puerto Rico 26.8%<sup>18</sup>, Cuba 29%<sup>21</sup>. Con respecto a pacientes con antecedentes de cesárea previa, fue justificada su siguiente cesárea en el 58%<sup>10</sup>; siendo su principal causa la cicatriz uterina previa. Verificamos que en estudios realizados en Estados Unidos, la principal causa de cesárea en pacientes con antecedentes de cesárea es justamente la cicatriz uterina previa, con el 35%<sup>16</sup>. En un estudio realizado en Cuba observamos la misma causa pero con mayor porcentaje, 48%<sup>21</sup>.

## Conclusiones

Las cesáreas realizadas en pacientes sin antecedentes de cesárea son justificadas pero la intervenciones realizadas en pacientes con antecedentes de cesárea no son justificadas en su totalidad, por lo cual, aun se mantiene la creencia que paciente con CUP debe ser sometida nuevamente a cesárea. Con respecto a las pacientes cesareadas sin justificación, puede existir una mala valoración del paciente por parte del personal médico<sup>19,23</sup>. El empleo creciente de la cesárea puede deberse a factores que afectan al médico como: menor ganancia y mayor esfuerzo, aplicado en el parto vaginal. Existe además un déficit informativo sobre diferentes opciones del parto vaginal como: el uso de la ventosa del parto o el uso de las espátulas del parto.

Estos instrumentos facilitarían el parto vaginal y disminuye el uso innecesario de la cesárea, pero en nuestro país aun no existe docencia sobre la utilización de estos instrumentos.

### Recomendaciones

1. Auditoria y segunda opinión sobre la justificación o no de una operación cesárea.
2. Docencia y aplicación del parto vaginal poscesárea, siempre y cuando no exista indicación obstétrica para repetir la cesárea.
3. Docencia y aplicación de instrumentos de asistencia del parto con distocia.

### Referencias bibliográficas

1. American College of Obstetricians and Gynecologists: "Parto por cesarea". *Publicaciones ACOG*. Dirección: [www.acog.org/publications/patient\\_education/sp006.cfm](http://www.acog.org/publications/patient_education/sp006.cfm), 2005.
2. Cabré S, Rodríguez M, Vela A, Borrás M, Lailla JM: Incidencia de cesárea. Evolución. Causas. Análisis de 17 años. *Rev. Progresos de Obstetricia y Ginecología, España*, 45 (5): 192-200, 2002.
3. Cabero L: "Estrategias para disminuir las tasas de cesáreas". *Programa de actualización en ginecología y obstetricia de la Sociedad española de ginecología y obstetricia*. Dirección: [www.durga.org.es/webdelparto/estrategias\\_para\\_disminuir\\_las\\_t.htm](http://www.durga.org.es/webdelparto/estrategias_para_disminuir_las_t.htm), 2008.
4. Cárdenas R: Complicaciones asociadas a la cesárea: la importancia de un uso módicamente justificado. *Rev. Gac Med Mex*. 138 (4): 357-366, 2002.
5. De Cherney A, Pernoll L. Martín: *Current Obstetrics and Gynecology Diagnosis and Treatment*. 8va Ed, Editorial Mc Graw Hill, USA, 9-14, 1994.
6. Echáis J: Cesárea experiencia en el Hospital General de Oxapampa. *Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología*. Lima - Perú, 50 (2): 106-110, 2005.
7. Fdez I: "La medicalización del nacimiento. Partos tecnointervenidos". *Publicaciones The Ecologist*. Dirección: [www.theecologist.net/especiales/cartadelmes/index05.asp](http://www.theecologist.net/especiales/cartadelmes/index05.asp), 2003.
8. Gonzalez J, Gonzalez E, Fabre E, Lailla J: *Obstetricia*, 5ta Ed. Editorial Masson, España, 49: 787-796.
9. Hirsch L: "Cesarean Sections". *Publicaciones Nemours Foundation*. Dirección: [http://kidshealth.org/parent/en\\_espanol/embarazo/c\\_sections\\_esp.html](http://kidshealth.org/parent/en_espanol/embarazo/c_sections_esp.html), 2006.
10. Hospital maternidad Enrique C. Sotomayor: "Informe anual de cesáreas" *Departamento de estadística del Hospital maternidad Enrique C. Sotomayor*, 2004.
11. Monroe J, Hill M: Trends in Birth Outcomes and Maternal Characteristics in Indiana Statistics from the Live Birth Data 1990 - 2005. Indiana State Department of Health Maternal and Children's Special Health Care Services, Junio 2007.
12. Jaramillo N: "Parto por cesárea". *Publicación portal Con tu salud*. Dirección: [http://www.contusalud.com/sepa\\_embarazo\\_cesarea.htm](http://www.contusalud.com/sepa_embarazo_cesarea.htm), Abril 2001.
13. Jukelevics N: "A woman centered, evidence based resource". *Publicaciones de VBAC*. Dirección: <http://www.vbac.com/>
14. Keefe C: "Birth Data for 2002 Shows Disturbing Trends" *Publicación Birth net* Dirección: [www.birthnewyork.org/birthnet/press/PrelimBirthData2003PressRel.pdf](http://www.birthnewyork.org/birthnet/press/PrelimBirthData2003PressRel.pdf), Junio 2003.
15. MacCorkle J: "Position Statement: Elective Cesarean Sections Riskier than Vaginal Birth for Babies and Mothers". *Publicaciones ICAN*. Dirección: <http://ican-online.org/vbac/position-statement-elective-cesareans-riskier-than-vaginal-birth>, 16 de Agosto 2002.
16. McGreevey S, Jacobs P: "Lowering the cesarean delivery rate: Weighing the risk". *Publicaciones Harvard Medical School affiliate Massachusetts General Hospital*. Dirección: [www.massgeneral.org/pubaffairs/releases/jan\\_99\\_cesarean\\_soundingboard.htm](http://www.massgeneral.org/pubaffairs/releases/jan_99_cesarean_soundingboard.htm), Enero 1999.
17. Mediline Plus: "Cesarea" *Publicaciones de Mediline*. Dirección: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/cesareansection.html>, enero 2008.
18. Merino M: "Cesárea electiva. Indicaciones cuando efectuarla". Dirección: [www.obgyn.net/english/pubs/features/presentations/martin01/elective-cesarean.ppt](http://www.obgyn.net/english/pubs/features/presentations/martin01/elective-cesarean.ppt), 2000.
19. Milotay K: "Cephalopelvic Disproportion (CPD)" *Publicaciones ICAN*. Dirección: <http://ican-online.org/vbac/cephalopelvic-disproportion-cpd>, 2002.
20. Mom K: "Vaginal birth after 2 or more cesareans" Dirección: [www.plus-size-pregnancy.org/CSANDVBAC/vbac\\_after\\_2\\_cs.htm](http://www.plus-size-pregnancy.org/CSANDVBAC/vbac_after_2_cs.htm), June 2007.
21. Nápoles D: Cesárea y alternativas en las distocias del trabajo de parto. *Rev. Medisan, La Habana - Cuba*, 11 (3), 2007.
22. Schwarcz R, Sala, Duverges: *Obstetricia*. 5ta Ed, editorial El Ateneo, España, 288-289, 600-601, 1996.
23. Tapia R: "Lineamiento técnico para la indicación y práctica de la operación cesárea". *Publicaciones Codamed*. Dirección: [www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL6170.doc](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL6170.doc), 2000.
24. Tavera L: "Cesárea en el Perú: Presente y Futuro" *Rev. Ginecología y Obstetricia*, Lima - Perú, 39 (15), Septiembre 1993.
25. Villanueva L: "Operación cesarea: una perspectiva integral". *Publicaciones ejournal*. Dirección: <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no47-6/RFM47605.pdf>

**Dr. Danny Salazar Pousada**

**Teléfonos: 593-04-2272885; 091821181**

**Correo electrónico: drdannysalazar@yahoo.com**

**Fecha de presentación: 26 de mayo de 2006**

**Fecha de publicación: 30 de abril de 2009**

**Traducido por: Estudiantes de la Carrera de Lengua Inglesa, Mención traducción, Facultad de Artes y Humanidades. Responsable: Fátima Lucero.**