



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

**ESTUDIO COMPARATIVO DE
PREVALENCIA DE CESÁREAS EN EL
HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO”
Y EN EL HOSPITAL “HOMERO CASTANIER
CRESPO” PERÍODO ENERO 2006 –
DICIEMBRE 2008.**

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO

AUTORES

**IVAN ANDRES CARRASCO PALOMEQUE
SANTIAGO FELIPE CRESPO DOMINGUEZ
JUAN PABLO CÓRDOVA TORRES**

DIRECTOR

DR. BERNARDO VEGA CRESPO

ASESORA

DRA. LORENA MOSQUERA V.

**CUENCA, ECUADOR
2009**

RESPONSABILIDAD

Las criterios vertidos en este informe son de exclusiva responsabilidad
de sus autores

Iván A. Carrasco P.
CC 0104130075

Santiago F. Crespo D.
CC

Juan P. Córdova T.
CC

ÍNDICE DE CONTENIDOS

<i>Contenido</i>	<i>Pág</i>
CAPÍTULO I	
1.1. Introducción	1
1.2. Delimitación del problema	2
1.3. Justificación del estudio	6
CAPÍTULO II	
2. Fundamento Teórico.....	7
2.1. Definición de Cesárea.....	7
2.2. Tipos de Cesárea.....	7
2.3. Complicaciones de la cesárea	8
2.4. Prevalencia de cesárea	8
2.5. Principales indicaciones de cesárea.....	9
2.6. Parto luego de la operación cesárea.....	11
2.7. La epidemia de las cesáreas.....	11
CAPÍTULO III	
3. Objetivos.....	17
3.1. Objetivo General	17
3.2. Objetivos Generales.....	17
CAPÍTULO IV	
4. Metodología de la investigación.....	18
4.1. Tipo de estudio	18
4.2. Área de estudio	18
4.3. Población de estudio	18
4.4. Muestra	19
4.5. Criterios de inclusión.....	19
4.6. Criterios de exclusión	19
4.7. Variables.....	19
4.8. Relación de las variables	19
4.9. Operacionalización de las variables	19
4.10. Aprobación	19
4.11. Recopilación de la información.....	20
4.12. Aspectos éticos de la investigación	20
4.13. Procesamiento de la información y análisis	20

CAPÍTULO V	
5. Resultados.....	21
5.1. Cumplimiento del Estudio	21
5.2. Prevalencia de Cesáreas	21
5.3. Características de la Población de Estudio.....	23
5.4. Motivo de la intervención cesárea	25
5.5. Estadía hospitalaria.....	26
5.6. Frecuencia mensual de cesáreas	27
 CAPÍTULO VI	
6. Discusión	29
 CAPÍTULO VII	
7. Conclusiones y Recomendaciones	34
7.1. Conclusiones.....	34
7.2. Recomendaciones de la OMS.....	35
7.3. Recomendaciones de nuestros resultados.....	37
 Referencias Bibliográficas	 39
Anexos	41

RESUMEN

Objetivo. Estimar la prevalencia de cesáreas y comparar las características de las maternas cesareadas en los Hospitales del Ministerio de Salud Pública Vicente Corral Moscoso de Cuenca (VCM) y Homero Castanier Crespo(HCC) de Azogues, en un período de 36 meses.

Materiales y Método. Con un diseño descriptivo se recopiló información en los Servicios de Obstetricia de los hospitales mencionados desde enero de 2006 a diciembre de 2008. Fueron consideradas variables de análisis: edad, residencia e instrucción de la materna, motivo de la cesárea y estadía hospitalaria.

Resultados. En los tres años se realizaron 5472 cesáreas, 3622 en el VCM y 1850 en el HCC. La tasa de cesáreas para el VCM fluctuó entre 24,5% (2006), 25,3% (2007) y 24,9% (2008), y para el HCC entre 31,8% (2006), 31,2% (2007) y 31,1% (2008).

Las causas de cesárea fueron coincidentes en su mayor parte en los dos hospitales a excepción de los diagnósticos de embarazada añosa y trabajo de parto fallido, de incremento significativo en el HCC.

El promedio de edad de las maternas del VCM fue de $24,8 \pm 6,1$ años y del HCC de $25,7 \pm 6,8$ años ($p < 0,05$). La residencia urbana la tuvieron el 55,7% de las madres del VCM en cambio en el HCC el 32,6%.

Por nivel de instrucción en el VCM hubo mayor porcentaje de primaria (66,4% vs 52,3%) en tanto que en el HCC de secundaria (34,6% vs 27,4%) y superior (13,1% vs 6,2%) ($P < 0,05$).

Las curvas mensuales de realización de cesáreas mostraron fluctuaciones no mayores al 2% en ambos hospitales. La estadía postoperatoria fue similar.

Discusión. La atención del parto mediante cesárea en las instituciones de salud del estado parece ir en aumento. Es una tendencia de los países similares al nuestro y aun de algunos países desarrollados. La OMS no ha podido mantener sus recomendaciones ni siquiera en los servicios de salud oficiales.

Descriptor DeCS. Cesáreas innecesarias, parto por cesárea, salud reproductiva.

SUMMARY

Objective. To consider the prevalence of Caesarean and comparing the characteristics of the maternal ones cesareadas in the Hospitals of Ministry of Public Health Vicente Corral Moscoso of Cuenca (VCM) and Homero Castanier Crespo (HCC) of Azogues, in a period of 36 months.

Materials and Method. With a descriptive design information in the Services of Obstetrics of the hospitals was compiled mencionadoas from January of 2006 to December of 2008. They were considered variable of analysis: age, calls to account and instruction of the maternal one, Caesarean reason for and estadía hospitable.

Results. In the three years Caesarean ones were made 5472, 3622 in the VCM and 1850 in the HCC. The rate of Caesarean for the VCM fluctuated between 24.5% (2006), 25.3% (2007) and 24.9% (2008), and for the HCC between 31.8% (2006), 31.2% (2007) and 31.1% (2008).

The causes of Caesarean were coincident mostly in both hospitals with the exception of the diagnoses of aged pregnant woman and work of insolvent childbirth of significant increase in the HCC.

The average of age of the maternal ones of the VCM was of 24.8 ± 6.1 years and the 25.7 HCC of ± 6.8 years ($p < 0,05$). The urban residence 32.6% had 55.7% of the mothers of the VCM however in the HCC.

By level of instruction in the VCM there was greater percentage of primary (66.4% vs 52.3%) whereas in the secondary HCC of (34.6% vs 27.4%) and superior (13.1% vs 6.2%) ($P < 0,05$).

The monthly curves of accomplishment of Caesarean showed nongreater fluctuations 2% in both hospitals. Postoperative estancy was similar.

Discussion. The attention of the childbirth by means of Caesarean in the institutions of health of the state seems to increase. It is a tendency of the countries similar to ours and even of some developed countries. The WHO has not been able to not even maintain its recommendations in the official services of health.

Key words. Caesarean unnecessary, childbirth by Caesarean, reproductive health.

CAPÍTULO I

1.1. INTRODUCCIÓN

La cesárea es una intervención obstétrica que consiste en la extracción del feto a través de una doble incisión. Una en el abdomen (laparotomía) y otra en el útero (histerotomía). La operación de cesárea sigue siendo una de las más importantes dentro de la Obstetricia. Su realización ha salvado vidas tanto de la madre como del feto. Todo ello ha hecho que su papel sea cada día más importante. Sin embargo, hay que tener en cuenta que no está exenta de peligros y que sus indicaciones deben de obedecer a motivos estrictos y realizarse en unas condiciones técnicas adecuadas (1).

Las indicaciones de la cesárea pueden ordenarse entre tres grandes grupos: indicaciones electivas, indicaciones urgentes e indicaciones durante el curso del parto. En las indicaciones electivas durante el embarazo, la cesárea se practica al final de la gestación cuando el feto es maduro sin esperar a que se inicie las contracciones uterinas.

La cesárea puede ser un procedimiento electivo o de emergencia (usualmente durante el trabajo de parto).

Según las revisiones de la Biblioteca Cochrane de noviembre de 2007 y publicadas en el año 2008 las causas comunes para realizar una cesárea incluyen (2):

1. evolución insuficiente en el trabajo de parto;
2. presunto sufrimiento fetal;
3. cirugía uterina previa;
4. muy bajo peso al nacer;
5. mala presentación del feto;
6. placenta previa;
7. desprendimiento placentario;
8. embarazo múltiple;

9. presunta desproporción fetopélvica;
10. prolapso del cordón;
11. preeclampsia grave, síndrome de HELLP o eclampsia;
12. infecciones maternas, p. ej., VIH, Herpes simple activo; y,
13. elección de la madre.

Las indicaciones menos comunes incluyen defectos de coagulación fetales y algunas anomalías fetales.

En la práctica obstétrica moderna desde el punto de vista médico no hay virtualmente contraindicaciones para realizar una cesárea, ya que hoy día el manejo anestésico de la mayoría de las patologías maternas permiten la práctica de una cesárea, aunque, teniendo en cuenta algunas circunstancias, ésta puede ser de elevado riesgo.

Sin embargo, hay indicios de que la intervención cesárea se viene realizando cada vez más con criterios que no están en relación con sus indicaciones, especialmente en los países en vías de desarrollo. La OMS y la OPS ya han divulgado la suficiente información acerca de esta realidad pero esta práctica parece ir en aumento (3-7).

1.2. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

La cesárea ha tenido una gran importancia dentro de la historia del hombre, siendo mencionada en múltiples escritos antiguos. Hoy en día existe gran controversia tanto por su incidencia como por sus indicaciones. En las últimas cuatro décadas, de ser una cirugía obstétrica de urgencia pasó a ser la segunda cirugía que se efectúa en frecuencia en la mayoría de las naciones. Los avances tecnológicos de la era industrializada trajeron consigo un elevado índice de cesáreas aunque los criterios por los que se realizan estén originando conflictos en el contexto de la salud materno infantil.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), ningún país del mundo debe tener una tasa de cesáreas mayor de 15% en relación con el total de nacimientos, independientemente de la característica institucional. En algunos países como México

esta recomendación de la OMS se ha incluido como una norma oficial. En efecto, la Norma Oficial Mexicana para la Atención del Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido, NOM 007, todas las unidades médicas que brindan atención obstétrica deben contar con lineamientos para indicar la operación cesárea, cuyo índice recomendado es de 15% para los hospitales de segundo nivel y de 20% para los de tercer nivel (1,2).

En los Estados Unidos, donde la tasa de cesáreas creció rápidamente en los años setenta y ochenta, se había estabilizado alrededor de 21% para 1998.

En los países de América Latina se comprobó una gran variación en la prevalencia de cesáreas. Chile, con 40% encabeza la lista, Brasil con una tasa global de 27%, República Dominicana con 26% y Argentina con 25.4%.

En Ecuador las estadísticas oficiales del INEN aseguran que en el año 2006, en información recogida a través del registro de camas y egresos hospitalarios, se atendieron 113.879 partos únicos espontáneos y 51.094 partos únicos por cesárea, lo que nos dice que el 30,97% de los niños ecuatorianos, es decir uno de cada tres, nace mediante intervención cesárea (8).

En un estudio realizado en Cuenca, en los Hospitales José Carrasco del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y Vicente Corral del Ministerio de Salud Pública, en el año 2003, se encontró que la tasa promedio de cesáreas en los dos centros fue del 26,6% aunque en el primero de ellos la tasa de cesáreas fue muy superior (9).

Ambas tasas sobrepasan ampliamente el límite recomendado por la OMS y al parecer tiende a aumentar lo que constituye no sólo un problema nacional, reflejado en las instituciones de salud locales, sino continental a juzgar por las publicaciones sobre salud materno infantil.

En efecto, en México la cifra de cesáreas ha aumentado significativamente, tanto en los sectores de seguridad social y público como en el privado. En los años 60 se hacían 3% de cesáreas; en 1996 la tasa había aumentado hasta un 24.1%; en 1999, la tasa a nivel

nacional fue de 35.4%; sin embargo, esta cifra aumenta en el sector privado, donde el porcentaje fue de 53% (10).

Diversas son las razones para explicar el aumento en las cesáreas. Por un lado, el perfeccionamiento de las condiciones quirúrgicas y de anestesia; por otro, la influencia de razones ajenas al enfoque estrictamente médico, como problemas médico legales, presión de la paciente por un parto programado, el mayor monto de los honorarios cuando se realiza la intervención quirúrgica, o, simplemente, acortar el tiempo de vigilancia que requiere la evolución de un trabajo de parto normal.

Sin embargo, a pesar de los grandes avances en materiales quirúrgicos y anestésicos, así como la modernización de las técnicas operatorias y anestésicas, este procedimiento quirúrgico representa mayores riesgos para la salud de la madre y del recién nacido, y mayores costos al sistema de salud con relación al parto vaginal.

En una revisión de Lavender y colaboradores, publicada por Cochrane (11) la tasa de cesáreas puede ser reducida mediante intervenciones organizativas sin incrementar los riesgos materno-fetales. La conclusión proviene de un estudio observacional prospectivo, que incluyó un período basal (9 meses), de intervención (5 años) y postintervención (1 año, 1998). El estudio incluyó a 38541 partos y empleó como base de seguimiento la información materno-infantil recogida en las bases de datos clínico-administrativas.

En 1993, se estableció un grupo de trabajo con objeto de reducir la tasa de cesáreas en los casos de distocia o fallo en la progresión y la indicación de cesárea por cesárea previa.

Las tasas de cesárea descendieron del 26,0% (basal) al 20,5% (1997). Durante el periodo postintervención, las tasas de cesáreas repuntaron hasta el 23,5%. No hubo incrementos -estadística o clínicamente significativos- en complicaciones neonatales ni maternas. La reducción de cesáreas no se asoció a un incremento en los partos

vaginales instrumentales, que descendieron del 9,2% al 7,5% ni en rupturas uterinas (0,79%, sin cambios significativos en el periodo).

Estratificados por indicación, descendió la proporción de cesáreas realizadas por distocia, mientras que no se modificó significativamente las cesáreas tras cesárea previa (si bien el número de ensayos se incrementaron significativamente desde el 64,5% al 73,3%) y aumentó el porcentaje de cesáreas en presentación de nalgas y sufrimiento fetal.

El estudio concluye que las intervenciones organizativas pueden reducir el porcentaje de cesáreas sin incrementar los efectos adversos, aunque probablemente se requiere la continuidad para mantener los logros. En este caso, participaron 20 hospitales -3 de ellos alcanzaron tasas inferiores al 15%-, 3 consorcios, 2 aseguradoras y un grupo médico), que trabajan conjuntamente durante 6 a 8 meses, para mejorar un área específica. Bajo la guía de un panel de expertos, los miembros del equipo estudian, evalúan e implementan los últimos conocimientos disponibles, útiles para producir una mejora rápida en sus organizaciones, aunque cada organización establece sus propios objetivos de mejora y decide las acciones a desarrollar.

El problema es cómo convertir evidencia en práctica clínica. Ni la diseminación pasiva de los resultados de investigación, ni su síntesis en guías de práctica, aun soportadas por respetados revisores, han demostrado efectos importantes.

Los obstetras parecen hallarse en un dilema en el que las crecientes tasas de cesáreas se ven -por ellos mismos- como una expresión de medicina defensiva antes que como un beneficio para los pacientes y romper el círculo vicioso requiere de algo más que información. Los componentes más citados en las estrategias de reducción son el compromiso de la administración y los departamentos hospitalarios, la educación a los pacientes y profesionales, la monitorización periódica y difusión de información de un modo no amenazante o culpabilizador, cambios en el entorno y pautas clínicas, y un refuerzo (empowerment) colectivo.

Por esta razón, el tema aún tiene vigencia y motiva constantes publicaciones en todas partes del mundo, en las que se reseña y analiza la experiencia de cada institución, planteando la posibilidad de buscar estrategias para reducir la frecuencia de cesáreas.

1.3. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La tasa de realización de cesáreas y los criterios que regulan su práctica en nuestros hospitales deberían encontrarse en los límites recomendados por los organismos internacionales de salud, sin embargo los resultados de algunas publicaciones establecen que son diferentes.

Hasta la actualidad no se dispone de mayor información sobre la prevalencia y los criterios que generalmente determinan la realización de una intervención cesárea en la práctica institucional de la obstetricia.

La presente recopilación está dirigida a este objetivo sobre todo porque se trata de dos instituciones de salud docentes en donde los cirujanos que las realizan no solamente cumplen funciones asistenciales sino también académicas.

Finalmente, conseguir una información confiable sobre la tasa de cesáreas en dos instituciones de referencia en las provincias de Azuay y Cañar podría servir para reorientar el criterio de no caer en la realización de partos abdominales innecesarios y en cambio aplicar las recomendaciones para realizar en la mujer embarazada sólo las intervenciones benéficas y necesarias.

CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1. DEFINICIÓN DE CESÁREA

Una cesárea es un tipo de parto en el cual se practica una incisión quirúrgica en el abdomen (laparotomía) y el útero (histerotomía) de la madre para extraer uno o más fetos (12).

2.2. TIPOS DE CESÁREA

- **Primera Cesárea:** Es cuando se realiza la cesárea por primera ocasión.
- **Cesárea Electiva:** Es escoger o elegir la vía abdominal del parto con el fin de evitar riesgos o sufrimientos para la madre y para el hijo.
- **Cesárea Iterativa:** Cuando ha existido antecedente de 2 o más cesáreas.
- **Cesárea Programada:** No todas las indicaciones de cesárea son absolutas, de modo que las que se mencionan a continuación son controvertidas, y a la hora de decidir intervienen algunos factores personales.
 - o Presentación pelviana.
 - o Situación transversa.
 - o Trastornos de la salud materna.
 - o Prolapso del cordón umbilical.
 - o Anomalías estructurales de la pelvis.
 - o Deseo materno.
- **Cesárea de Urgencia:** Si bien algunas intervenciones pueden programarse de antemano, determinadas situaciones que se presentan una vez iniciado el trabajo de parto pueden requerir una operación cesárea. Entre ellas:
 - o **Desproporción entre el tamaño del bebé y el de la pelvis materna:** si su tamaño supera el de la pelvis materna, el bebé no podrá atravesar el canal de parto.
 - o **Cuando se sospecha que la salud fetal se encuentra comprometida.**

2.3. COMPLICACIONES DE LA CESÁREA

La operación es relativamente segura para la madre y el niño. Sin embargo, es una cirugía mayor e implica riesgos. La cesárea también requiere un período de recuperación más prolongado que el parto vaginal. Cuando se cura, la incisión puede dejar un área más débil en la pared uterina. Esto podría causar problemas para intentar partos vaginales en el futuro. Sin embargo, más de la mitad de las mujeres que tuvieron una cesárea pueden dar a luz con un parto vaginal más adelante (13).

Dentro de las complicaciones más frecuentes podemos encontrar:

- Hemorragias
- Complicaciones intraoperatorias
- Complicaciones post-operatorias como las infecciones
- Rotura uterina en parto siguiente

2.4. PREVALENCIA DE CESÁREA

La Organización Mundial de la Salud estima que la tasa de cesáreas entre todos los nacimientos en los países desarrollados está entre el 10% y el 15%, comparado con cerca del 20% en el Reino Unido y 23% en Estados Unidos. En 2003, la tasa de cesáreas en Canadá fue de 21%, con variaciones regionales (14-16).

En años recientes se ha generado preocupación porque la operación se realice frecuentemente por otras razones diferentes a la necesidad médica. Por ejemplo, a los críticos les preocupa que las cesáreas se realicen porque económicamente dan más utilidad para el hospital, o porque una cesárea rápida es más conveniente para un obstetra que un largo parto vaginal. Se han formado organizaciones para aumentar la conciencia pública sobre las cesáreas y su incidencia que crece considerablemente. Los partos atendidos por parteras y fuera del hospital se asocian a una tasa mucho menor de cesáreas, controlada por todos los indicadores maternos y fetales relevantes.

2.5. PRINCIPALES INDICACIONES DE CESÁREA

INDICACIONES:

En la publicación Normas en Obstetricia (17) se señalan seis indicaciones para la realización de una cesárea:

1. Indicaciones maternas

- Distocias óseas
- Distocias dinámicas de contracción
- Distocia de partes blandas
- Tumores previos (ováricos, miomas)
- Rotura uterina
- Cesárea anterior (cesárea electiva, iterativa)
- Cirugías plásticas vaginales previas
- Herpes genital
- Condilomatosis genital
- Enfermedad hipertensiva inducida por la gestación
- Hipertensión crónica
- Neuropatía
- Cardiopatías
- Nefropatía
- Neumopatías
- Diabetes
- Cáncer de cuello uterino
- Meningitis
- Desprendimiento de la retina
- Fracaso de la inducto-conducción

2. Indicaciones fetales

- Distocias fetales

- Embarazo gemelar
- Malformaciones fetales: macrosomía, hidrocefalia, tumores abdominales, siameses
- Fórceps fallido
- Sufrimiento fetal agudo
- RCIU (restricción de crecimiento intrauterino)
- Enfermedad hemolítica fetal grave
- Muerte fetal habitual

3. Indicaciones materno fetales

- Desproporción feto pélvica
- Parto detenido u obstruido

4. Indicaciones ovulares

- Placenta previa
- DPPNI
- Procidencia de cordón

5. Indicaciones especiales

- Primiparidad tardía
- Antecedente de esterilidad
- Heridas abdominales
- Miembros inferiores fracturados o en tratamiento
- Carcinoma de tejidos vecinos al canal del parto
- Cicatrices uterinas previas: miomectomías, hysterectomías, corrección de malformaciones

6. Indicaciones mixtas

- Distocias complejas: asociación de 2 o más causas de distocia.

2.6. PARTO LUEGO DE LA OPERACIÓN CESÁREA

Un nuevo embarazo no debe ocurrir antes de los dos años, pues las posibilidades de dehiscencia de la cicatriz de histerorrafia durante el mismo y sobretodo durante el parto son mayores (17).

Se debe permitir el parto luego de la operación cesárea, sólo cuando se cumplan con los siguientes requisitos:

- Motivación de la paciente y del personal médico sobre la factibilidad
- Cesárea anterior segmentaria transversa con técnica estandarizada, adecuada y con un postoperatorio sin complicaciones.
- Ausencia de la causa que motivó la cesárea anterior.
- Inexistencia actual de una nueva indicación de cesárea.
- Presentación cefálica con feto único.
- Peso fetal estimado en alrededor de 3000 g.
- Vigilancia y control de labor de parto, que debe considerarse de alto riesgo, mediante monitorización y realizado por un equipo obstétrico eficiente.
- Abreviación del período expulsivo mediante la aplicación de un fórceps profiláctico, seguido de revisión manual de la cavidad uterina con la paciente bajo anestesia, para descartar ruptura de la cicatriz.
- El servicio obstétrico contará con Banco de Sangre.
- Servicio de Anestesia permanente y con posibilidades de realizar cirugía inmediata.

2.7. LA EPIDEMIA DE LAS CESÁREAS

Una publicación de la Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Buenos Aires dada a conocer en el año 2001 asegura que las cesáreas se han convertido en una verdadera epidemia en el país. La tasa recomendada por la OMS es del 15 por ciento, pero en la Argentina llega al 25,4 por ciento en promedio, con amplias diferencias entre el sector público y el privado: mientras que en los hospitales ronda el 20 por ciento, en las

clínicas y sanatorios de primer nivel supera el 50 por ciento de los partos. Las cesáreas evitables se calculan en 74.256 anuales y significan un gasto en el sistema de salud de 37 millones de dólares.

Para reducir el número, el comité de especialistas de la Sociedad elaboró una guía con recomendaciones dirigidas a los obstetras para realizar una prueba de parto vaginal en mujeres con una cesárea anterior. Esta –una cesárea previa– es la principal causa de parto quirúrgico en el país. Contra la creencia generalizada, dos terceras partes de las mujeres que tuvieron el primer hijo por cesárea pueden intentar un parto vaginal y de ellas, el 60 por ciento lo puede hacer con éxito. “Las recomendaciones son excelentes”, destacó José Belizán, director del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) dependiente de la Organización Mundial de la Salud.

El aumento de cesáreas en el país es un tema crítico”, evaluó el médico obstetra Ariel Karolinski, coordinador del Area de Investigación del Hospital Durand y uno de los expertos convocados por la Sogiba. El incremento se dio en la última década particularmente en el sector privado donde el porcentaje de cesáreas es de 32,6 por ciento en el Hospital Británico, 42,6 por ciento en el Italiano y supera el 50 por ciento en sanatorios y clínicas de primer nivel de la ciudad de Buenos Aires. En el sector público, en tanto, el índice es considerablemente menor: 16 por ciento en el Hospital Paroissien (La Matanza), 18 por ciento en el de Moreno, 20 por ciento en el Pirovano y el Alvarez, 22 por ciento en el Argerich, 23 por ciento en el Fernández y 27 por ciento en el Durand. En este último caso, un 6 por ciento corresponde a mujeres con VIH, a quienes se les practica una cesárea hemostática para reducir el sangrado y así disminuir la posibilidad de transmisión del virus al recién nacido.

Este gran aumento en el índice de cesáreas es un tema de enorme preocupación, porque este procedimiento quirúrgico representa mayores riesgos para la salud de la madre (incidencia aumentada de infecciones, necesidad de transfusión, daño a órganos vecinos, entre otros) y del niño (mayor tasa de bajo peso al nacimiento y síndrome de dificultad respiratoria) y mayores costos al sistema de salud con relación al parto normal”. Se

calcula que una cesárea es dos a tres veces más costosa que un parto normal y que implica una diferencia de 500 dólares, indicó Karolinski.

Pero el problema “epidémico” de la cesárea no pertenece únicamente a la Argentina. Un estudio del CLAP encontró que se trata de una tendencia latinoamericana, que se está constituyendo en la región con el mayor índice de partos quirúrgicos del mundo. Para esa época, es decir hace ocho años, Suecia tenía el 10 por ciento de cesáreas y Gran Bretaña, 13 por ciento, prevalencias que en la actualidad han mostrado aumentos.

El aumento de la realización de cesáreas ha estado apoyado en algunas creencias populares elevadas hasta la categoría de mitos, uno de ellos es que una cesárea es más segura que un parto vaginal. Estudios realizados en países desarrollados muestran que las probabilidades de que la mujer sufra complicaciones al dar a luz son 5 a 10 veces mayores en la operación cesárea y que la mortalidad es 2 a 4 veces mayor con relación al parto vaginal. Es de esperar que estas cifras se magnifiquen en países con un menor nivel socioeconómico de la población, con peor acceso a la atención médica y con infraestructuras hospitalarias muy deficientes”, aclararon los especialistas.

La segunda creencia popular –y también muy extendida entre obstetras– es que una mujer que fue sometida a una cesárea debe necesariamente tener otros hijos por el mismo procedimiento quirúrgico. “En aquellas mujeres que tienen dos o más cesáreas hay una indicación absoluta de cesárea, pero no así cuando sólo tiene una”, explicó Karolinski. Precisamente a estos casos son a los que apuntan las recomendaciones de los expertos para disminuir la incidencia de partos quirúrgicos, teniendo en cuenta que una cesárea previa es la principal causa de la operación cesárea en la Argentina. Un estudio coordinado por el CLAP en maternidades argentina -tomando en cuenta 18.000 nacimientos– encontró que el 32 por ciento de las operaciones se programaron en función de una cesárea previa de la paciente.

“Es posible que una mujer con una cesárea anterior pueda realizar un parto vaginal siempre que se cumplan algunos requisitos: que no presente una desproporción entre el tamaño del feto y la pelvis de la madre, que progrese el trabajo de parto y que haya

progresado en el anterior parto”, explicó Karolinski. El especialista precisó que dos terceras partes de las mujeres con esas condiciones pueden ser sometidas a una prueba de parto vaginal y de ese total, alrededor del 60 por ciento pueden dar a luz a su hijo en forma exitosa sin recurrir a una operación cesárea.

Para elaborar las recomendaciones, los expertos analizaron la mejor evidencia científica publicada, combinándola con la opinión de expertos y el asesoramiento de investigadores clínicos regionales. El informe final fue validado en una reunión de consenso ampliada con la participación de los referentes de los servicios de obstetricia de hospitales públicos, privados, de la seguridad social y de medicina prepagada de la ciudad de Buenos Aires.

El parto normal tiene múltiples beneficios. No sólo es menos riesgoso para la madre y para el hijo. Además, favorece el vínculo entre ambos. Por otra parte, la recuperación de la mujer es más veloz que en la cesárea, que es una cirugía mayor, y le permite un retorno a las actividades cotidianas más rápida”, detalló Karolinski.

Entre los mitos y las comodidades

Las causas del preocupante incremento de cesáreas son múltiples: un sistema de atención de la medicina privada demasiado personalizado y a la vez, cada vez más precarizado. Una mujer elige a un médico en particular para que la atienda durante el parto. Para poder organizar su vida en momentos en que para sobrevivir necesita trabajar en varias instituciones, al obstetra le resulta más simple programar una cesárea. Un parto quirúrgico implica menos tiempo que un parto vaginal y muchas veces los obstetras no disponen del tiempo para esperar el trabajo de parto. “En los países donde tienen menor índice de cesáreas los médicos trabajan en equipo”, explicó Althabe, quien se desempeña en el Centro Latinoamericano de Perinatología.

El bajo uso de parteras. “En los países en los que las parteras tienen un rol protagónico como en el Reino Unido, Holanda y países escandinavos, se reduce notablemente el

índice de cesáreas. En Argentina los partos están muy medicalizados y las parteras actúan como enfermeras”, agregó Althabe.

El temor a un juicio por mala praxis. “La cesárea se visualiza erróneamente como un procedimiento más seguro. Los médicos prefieren realizarla así se cubren de eventuales denuncias si ocurren complicaciones en el parto”, indicó Belizán.

También incide el papel de la tecnología. “Producto de la presión de la industria de la tecnología se incorporan muchas intervenciones diagnósticas y terapéuticas que no tienen eficacia probada. Un ejemplo típico es el monitoreo fetal electrónico, que en pacientes de bajo riesgo no tiene ningún beneficio y ha provocado un aumento de las cesáreas por supuestos sufrimientos fetales. Se ha probado que hay errores en el valor de predicción”, apuntó Karolinski.

Muchos colegas argumentan que las mujeres, especialmente las de sectores medios y medios altos, cada vez más piden que se les practiquen cesáreas. A priori puede haber un pedido en ese sentido por miedo al sufrimiento personal, pero se revierte una vez que se les explica el beneficio del parto normal”, opinó el médico Ariel Karolinski, investigador en perinatología del Hospital Durand. A esta misma conclusión llegó un estudio realizado en Brasil y publicado en el British Medicine Journal: “Contrariamente a la creencia popular, las mujeres de clase media y alta en este país no quieren que se les realice una cesárea”, encontró el estudio, para el cual se entrevistaron a 1136 mujeres en instituciones públicas y privadas de cuatro ciudades de Brasil. A pesar de las grandes diferencias en las tasas de cesárea en los dos sectores (31 por ciento en el público y 72 por ciento en el privado), “no hubo diferencias significativas en las preferencias entre los dos grupos. Entrevistadas antes del parto, entre el 70 y el 80 por ciento de las embarazadas en ambos sectores manifestaron que preferían un parto por vía vaginal.

Las cifras en América Latina

La epidemia de cesáreas no se limita a la Argentina: 12 de 19 países estudiados por el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) tienen tasas de cesáreas superiores al

15 por ciento recomendado por la Organización Mundial de la Salud, con un rango que va del 17 a 40 por ciento. En esos 12 países se produce el 81 por ciento de los nacimientos. De este modo, las cesáreas evitables en la región ascenderían a 850.000 al año. Los investigadores encontraron que el índice de cesáreas es mayor en países con mejor situación socioeconómica.

Chile, con 40 por ciento, encabeza el ranking. Le sigue Brasil con una tasa global de 27 por ciento, pero con porcentajes que superan el 70 por ciento de los nacimientos en algunas clínicas del sector privado de la ciudad de San Pablo. Argentina, con 25,4 por ciento, ocupa el cuarto lugar, después de República Dominicana, con 26 por ciento de cesáreas. En México, en el sector público se duplicó la incidencia de cesáreas entre 1990 y 1995, mientras que en el sector privado de la ciudad de México trepa al 50 por ciento. Cuba duplicó sus tasas en una década: pasó de 11 por ciento en 1985 a 24,9 por ciento en 1995.

En toda Latinoamérica las cifras de partos quirúrgicos son más altas en los hospitales no públicos, es decir, en aquellas que atienden embarazadas que gozan de alguna cobertura social y que por ende tienen un mejor nivel socioeconómico. “Esta es una contradicción, ya que las embarazadas de mejor nivel socioeconómico presentan un riesgo más bajo, por lo que requerirían una menor práctica de cesárea.

CAPÍTULO III

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo general

- Determinar la prevalencia de cesáreas y comparar sus particularidades en dos hospitales del Ministerio de Salud Pública: el Hospital Docente de Especialidades Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca y el Hospital Homero Castanier Crespo de la ciudad de Azogues, en un período de 36 meses.

3.2. Objetivos específicos

- Identificar la prevalencia de partos por cesárea en los hospitales Vicente Corral Moscoso y Homero Castanier Crespo.
- Caracterizar las variables de la población de estudio: edad, residencia, instrucción y motivo de la intervención cesárea.
- Elaborar la curva anual de realización de cesáreas según la frecuencia mensual en ambos hospitales.

CAPÍTULO IV

4. METODOLOGÍA

4.1. TIPO DE ESTUDIO

Estudio descriptivo que se cumplió a través de la recopilación documental de información registrada en los expedientes clínicos de las maternas a quienes se atendió el parto por vía abdominal en un período de treinta y seis meses.

4.2. ÁREA DE ESTUDIO

Departamento de Obstetricia de los hospitales del Ministerio de Salud: Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca y Homero Castanier de la ciudad de Azogues.

El Hospital Vicente Corral Moscoso del Ministerio de Salud Pública es la casa de salud más importante del austro del país, centro hospitalario de referencia de nivel tres que acoge la consulta médica de por lo menos seis provincias meridionales: Azuay, Cañar, Loja, Morona Santiago, Zamora Chinchipe y El Oro. Sus dependencias de especialidad son áreas docentes de la Escuela de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca.

El Hospital Homero Castanier Crespo, también del Ministerio de Salud Pública, es un hospital base y el primero de la Provincia del Cañar, capacitado para prestar servicios en las cuatro áreas básicas: Medicina Interna, Cirugía, Pediatría y Obstetricia y Ginecología. Es también un área docente de la Escuela de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca.

4.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO

Se consideró población de estudio a todos los expedientes clínicos de las maternas que fueron atendidas en su parto en el Servicio de Obstetricia de cada uno de los Hospitales incluidos en el estudio.

4.4. MUESTRA

La muestra fue seleccionada con una estrategia propositiva y el tamaño de la muestra fue determinado por conveniencia. Se incluyeron en el estudio todas las cesáreas realizadas desde enero de 2006 a diciembre de 2008.

4.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se incluyeron todas las cesáreas realizadas por indicación obstétrica (terminación del embarazo).

4.6. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Las cesáreas realizadas por otra indicación médica no relacionada con la terminación del embarazo (causas maternas o fetales) o que hayan puesto en riesgo la salud de la madre o el feto antes de la terminación del embarazo.

Tampoco se incluyeron los expedientes conteniendo información incompleta.

4.7. VARIABLES

Se consideraron variables del estudio a: edad de la materna, residencia de la materna instrucción de la materna, motivo de la cesárea y días de hospitalización.

4.8. RELACIÓN DE LAS VARIABLES

Dado el diseño del estudio no se consideró relación causal entre variables entonces no se reconoció variable independiente. Para el análisis estadístico todas las variables fueron consideradas dependientes.

4.9. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Véase Anexo 1.

4.10. APROBACIÓN

- Se solicitó personalmente y por escrito la aprobación del estudio a los Directores de los Hospitales a través de los Departamentos de Estadísticas y de Gineco-Obstetricia, así como a los Jefes Médicos Departamentales respectivos.

4.11. RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN

- Se recopiló la información de los registros para identificar los expedientes clínicos de las parturientas o pacientes que cumplan los requisitos de inclusión.
- Se recurrió al expediente clínico individual para recabar la información necesaria para cumplir los objetivos de la investigación.
- Se transcribió la información en un formulario elaborado específicamente para el efecto. Anexo 2.

4.12. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

La información obtenida a través de este estudio tuvo el carácter de confidencial y fue utilizada únicamente con fines académicos, de manera que el estudio no tiene afectación alguna sobre los derechos de las maternas incluidas en el estudio.

4.13. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN Y ANÁLISIS

Una vez recopilada la información fue ingresada en una matriz de datos de un programa estadístico de computadora, el SPSS versión 15.0 en español para Windows.

La información fue procesada con estadística descriptiva principalmente. El análisis cuantitativo priorizó la distribución de frecuencias y sus porcentajes para las variables cualitativas y cuantitativas discretas y la media aritmética \pm desviación estándar ($X \pm SD$) para las variables continuas.

Para algunas comparaciones incluimos algunos elementos de estadística analítica sin que el dato tenga el carácter de inferencial ni que el análisis modifique el diseño del estudio. Se consideraron significativos los valores de $P < 0.05$.

CAPÍTULO V

5. RESULTADOS

5.1. CUMPLIMIENTO DEL ESTUDIO

Se recopiló información de 36 meses, de enero de 2006 a diciembre de 2008, de los archivos de las atenciones gineco-obstétricas de los Hospitales Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca y Homero Castanier Crespo de la ciudad de Azogues.

En tres años se realizaron 5472 cesáreas, las 3622 en el Hospital Vicente Corral Moscoso y las 1850 en el Hospital Homero Castanier. No registramos información perdida en ninguno de los hospitales.

5.2. PREVALENCIA DE CESÁREAS

Tabla 1

Prevalencia de partos por cesárea en los Hospitales Vicente Corral Moscoso y Homero Castanier, durante los años 2006 a 2008. Cuenca 2009.

Año		Hospital Vicente Corral	Hospital Homero Castanier
2006	Número de partos	4593	2013
	Número de cesáreas	1128	642
	Prevalencia	24,5%	31,8%
2007	Número de partos	4928	1913
	Número de cesáreas	1250	597
	Prevalencia	25,3%	31,2%
2008	Número de partos	4994	1960
	Número de cesáreas	1244	611
	Prevalencia	24,9%	31,1%
Total	Número de partos	14515	5886
	Número de cesáreas	3622	1850
	Prevalencia	24,9%	31,4%

Fuente: Formulario de investigación

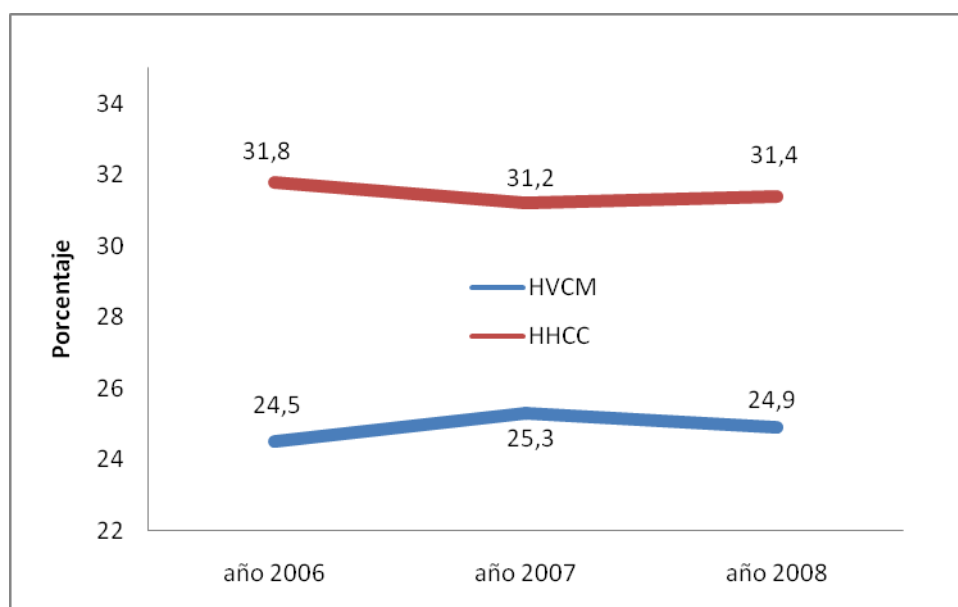
Elaboración: autores

La prevalencia de partos por cesárea en los dos hospitales está por arriba de los límites recomendados por la OMS.

La cifra tiende a mantenerse en los tres años del estudio al igual que el número de partos lo que guarda alguna relación como puede verse en el siguiente gráfico.

Gráfico 1

Curvas de prevalencia de cesáreas en los Hospitales Vicente Corral y Homero Castanier durante los años 2006 a 2008. Cuenca 2009.



Fuente: Tabla 1
Elaboración: autores

5.3. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

Tabla 2

Distribución, según grupos de edad y residencia, de 3622 mujeres intervenidas de cesárea en el Hospital Vicente Corral y 1850 en el Hospital Homero Castanier Crespo, durante los años 2006 a 2008. Cuenca 2009.

	Hospital Vicente Corral Moscoso		Hospital Homero Castanier Crespo	
	N	%	N	%
Grupos de edad				
De 13 a 20 años	1045	28,9	466	25,2
De 21 a 35 años	2333	64,4	1191	64,4
De 36 a 47 años	244	6,7	193	10,4
TOTAL	3622	100	1850	100
Residencia				
Urbana	2016	55,7	603	32,6
Rural	1606	44,3	1247	67,4
TOTAL	3622	100	1850	100
Instrucción				
Primaria	2405	66,4	968	52,3
Secundaria	992	27,4	640	34,6
Superior	225	6,2	242	13,1
TOTAL	3622	100	1850	100

Fuente: Formulario de investigación
Elaboración: autores

El promedio de edad para las intervenidas en el Hospital Vicente Corral fue de $24,8 \pm 6,1$ años en tanto que para el Homero Castanier el promedio fue de $25,7 \pm 6,8$ años. La diferencia fue significativa ($p < 0,05$).

La mayor parte de la población de estudio estuvo entre los 21 a 35 años. Una de cada cuatro maternas estuvo entre los 13 a 20 años. El grupo de edad de 36 a 47 no fue mayor al 10,4%.

La residencia urbana la tuvieron el 55,7% de las parturientas del Hospital Vicente Corral en cambio en el Homero Castanier apenas el 32,6%.

Por nivel de instrucción la distribución de las maternas del Hospital Vicente Corral tuvo el mayor porcentaje para la primaria (66,4% vs 52,3%) en tanto que en el Homero Castanier la instrucción secundaria (34,6% vs 27,4%) y la superior (13,1% vs 6,2%) fueron porcentualmente mayores. Las diferencias fueron significativas ($P < 0,05$).

5.4. MOTIVO DE LA INTERVENCIÓN CESÁREA

Tabla 3

Distribución, según motivo de la intervención, de 3622 mujeres intervenidas de cesárea en el Hospital Vicente Corral y 1850 en el Hospital Homero Castanier Crespo, durante los años 2006 a 2008. Cuenca 2009.

Motivo de la intervención	Hospital Vicente Corral Moscoso		Hospital Homero Castanier Crespo	
	N	%	N	%
Cesárea Iterativa	1828	50,5	675	36,5
Distocia Céfalo Pélvica	568	15,7	276	14,9
Sufrimiento Fetal Agudo	406	11,2	200	10,8
Presentación Pelviana	278	7,7	-	-
Pre-Eclampsia y Eclampsia	149	4,1	52	2,8
Distocia de Presentación	126	3,5	258	13,9
Embarazo Gemelar	94	2,6	44	2,4
Desprendimiento de placenta	60	1,7	36	1,9
Trabajo de parto fallido	41	1,1	172	9,3
Embarazada añosa	-	-	63	3,4
Otros*	72	2,0	74	4,0
TOTAL	3622	100	1850	100

* Incluyen diagnósticos como: condilomatosis, cesárea por cirugía cardíaca previa, plastia vaginal previa, cirugía ocular, expulsivo prolongado, displasia cervical, rotura prematura de membranas, síndrome convulsivo.

Fuente: Formulario de investigación

Elaboración: autores

La mayor parte de los diagnósticos que motivaron las cesárea fueron coincidentes en los dos hospitales a excepción del diagnóstico de embarazada añosa y trabajo de parto fallido de incremento significativo en el Homero Castanier.

5.5. ESTADÍA HOSPITALARIA

Tabla 4

Distribución, según estadía hospitalaria, de 3622 mujeres intervenidas de cesárea en el Hospital Vicente Corral y 1850 en el Hospital Homero Castanier Crespo, durante los años 2006 a 2008. Cuenca 2009.

Estadía hospitalaria	Hospital Vicente Corral Moscoso	Hospital Homero Castanier Crespo
Promedio de días	2,13 ± 0,9	2,56 ± 1,11
Mínimo de días de post-cesárea	1 día	1 día
Máximo de días de post-cesárea	5 días	10 días
Rango	4 días	9 días
Moda	2 días	2 días
Distribución percentilar		
Percentil 20	1 día	2 días
Percentil 40	2 días	2 días
Percentil 60	2 días	2 días
Percentil 80	3 días	3 días

Fuente: Formulario de investigación

Elaboración: autores

No hubo diferencias en el promedio de estadía postoperatoria en los dos hospitales (2,13 ± 0,9 vs 2,56 ± 1,11 días).

El rango de estadía (valor entre el mínimo y el máximo de días postcesárea) si fue diferente; en el Hospital Homero Castanier fue más alto (9 días).

La moda (2 días) y la distribución percentilar nos muestran que en ambos hospitales la mayor parte de la población de estudio (hasta el percentil 60) estuvieron no más de dos días hasta ser dadas de alta. Las estadías mayores de 2 días se distribuyeron por arriba del percentil 80 (menos del 20%).

5.6. FRECUENCIA MENSUAL DE CESÁREAS

Tabla 4

Distribución, según frecuencia mensual, de 3622 mujeres intervenidas de cesárea en el Hospital Vicente Corral y 1850 en el Hospital Homero Castanier Crespo, durante los años 2006 a 2008. Cuenca 2009.

Motivo de la intervención	Hospital Vicente Corral Moscoso		Hospital Homero Castanier Crespo	
	N	%	N	%
Enero	294	8,1	142	7,7
Febrero	260	7,2	150	8,1
Marzo	300	8,3	142	7,7
Abril	290	8,0	137	7,4
Mayo	324	8,9	149	8,1
Junio	309	8,5	173	9,4
Julio	314	8,7	159	8,6
Agosto	275	7,6	160	8,6
Septiembre	313	8,6	178	9,6
Octubre	324	8,9	154	8,3
Noviembre	327	9,0	151	8,4
Diciembre	292	8,1	151	8,2
TOTAL	3622	100	1850	100

* Fuente: Formulario de investigación
Elaboración: autores

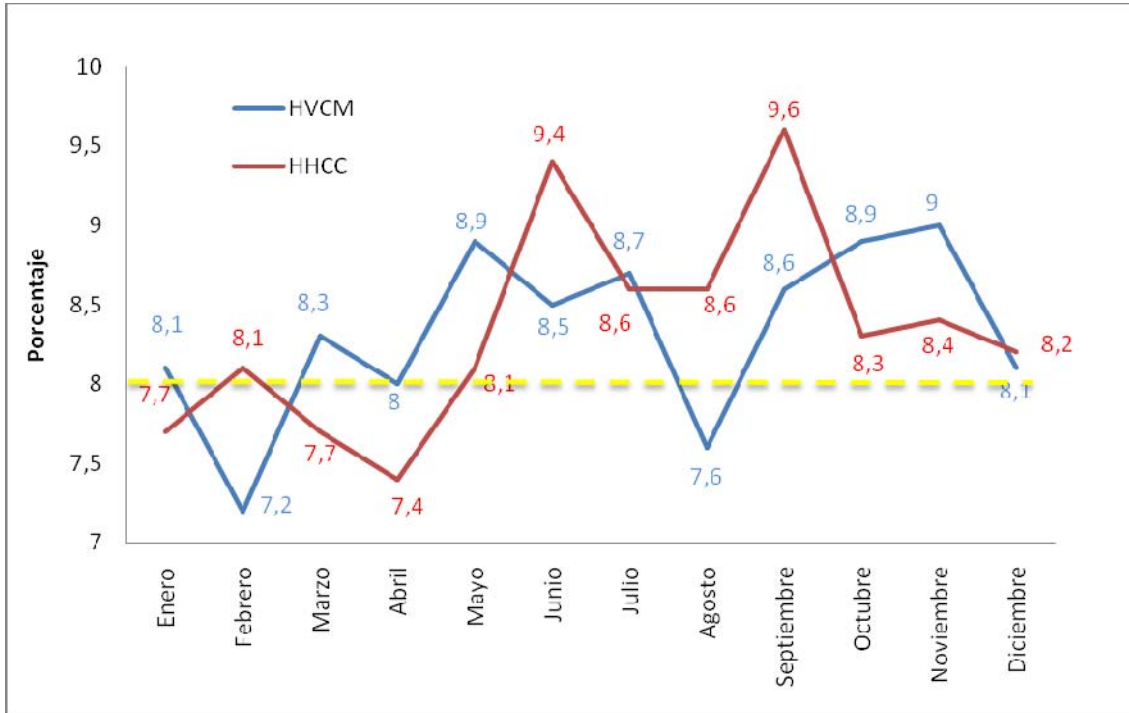
Para el Hospital Vicente Corral los meses de febrero y agosto el porcentaje de cesáreas fue menor al 8%; en los meses de mayo, julio y octubre, el porcentaje se elevó por encima del 8,5% y en noviembre al 9%.

Para el Homero Castanier, enero, marzo y abril, fueron los meses en que se realizaron menos del 8% de las cesáreas, en los meses de junio y septiembre los porcentajes fueron aun mayores al 9%.

Ninguna de las diferencias, sin embargo, fue significativa.

Gráfico 2

Curvas de las frecuencias mensuales de partos por cesárea en los Hospitales Vicente Corral Moscoso (en azul) y Homero Castanier Crespo (en rojo), durante los años 2006 a 2008. Cuenca 2009.



Fuente: Tabla 4
Elaboración: autores

CAPÍTULO VI

6. DISCUSIÓN

La operación de cesárea sigue siendo una de las más importantes dentro de la Obstetricia. Su realización ha salvado vidas tanto de la madre como del feto. Todo ello ha hecho que su papel sea cada día más importante. Sin embargo, hay que tener en cuenta que no está exenta de peligros y que sus indicaciones deben de obedecer a motivos estrictos y realizarse en unas condiciones técnicas adecuadas (18).

En la práctica obstétrica moderna desde el punto de vista médico no hay virtualmente contraindicaciones para realizar una cesárea, ya que hoy día el manejo anestésico de la mayoría de las patologías maternas permiten la práctica de una cesárea, aunque, teniendo en cuenta algunas circunstancias, ésta puede ser de elevado riesgo.

Sin embargo de lo expuesto hay indicios de que la intervención cesárea se viene realizando cada vez más con criterios que no están en relación con sus indicaciones, especialmente en los países en vías de desarrollo.

La OMS y la OPS ya han divulgado la suficiente información acerca de esta realidad, sin embargo esta práctica parece ir en aumento.

En una publicación chilena se estima que Ecuador puede tener un índice mayor al 36% de partos atendidos por cesáreas (19).

Nuestros resultados para dos hospitales del Ministerio de Salud Pública establece que la prevalencia de cesáreas está entre el 25% para el Vicente Corral Moscoso y el 30% para el Homero Castanier.

Es posible que los criterios clínicos con los que se realiza la terminación del parto en nuestros hospitales en mención estén en conflicto con razones estrictamente justificadas.

La justificación médica para un parto por cesárea sigue siendo la presencia de factores de riesgo que pueden poner en peligro la vida de la madre o del niño en un parto normal.

Según un creciente número de médicos y especialistas en salud pública, la elevada tasa de cesáreas en América Latina sería una aberración causada por factores financieros, educativos y políticos que crean incentivos para la realización de operaciones innecesarias. Más aún, estos críticos señalan que estas intervenciones quirúrgicas no sólo drenan recursos necesarios para atender otros problemas de salud más urgentes sino que exponen a las madres y a sus hijos a riesgos innecesarios (19).

Los países latinoamericanos no están solos en el creciente uso de la cesárea. Durante los últimos 30 años la incidencia de ese procedimiento ha aumentado a un ritmo constante, en parte por la difusión de técnicas de monitoreo del feto que permiten a los médicos una visión más detallada (aunque frecuentemente inexacta) de los riesgos de nacimiento de cada bebé. Se cree que en los países donde los doctores pueden ser querellados por negligencia si algo sale mal durante el parto, estas tecnologías han incentivado el uso preventivo de la cesárea (19).

Esa tendencia a veces es acentuada por padres ansiosos que tienen percepciones erradas o exageradas acerca de los riesgos de partos vaginales, especialmente cuando la mujer ya ha tenido un parto por cesárea. Los médicos frecuentemente prefieren la certeza de la cesárea, donde pueden fijar la fecha y la hora para la operación, a las características aleatorias del parto natural.

En 1985, La Organización Mundial de la Salud fijó en 15% la tasa más alta aceptable de cesáreas, basándose en las tasas prevalecientes en los países con las tasas de mortalidad perinatal más bajas del mundo (19).

Hasta el año 2001 Suecia tenía el 10 por ciento de cesáreas y Gran Bretaña, 13 por ciento, y por esa época esas fueron las prevalencias consideradas máximas tolerables o

quizá recomendadas. Sin embargo, en el último quinquenio estas prevalencias y las de otros países han sufrido incrementos notables.

Aunque no hay contradicción en que la cesárea protege las vidas de la madre y el niño en situaciones de emergencia, las investigaciones recientes han empezado a concentrarse en los riesgos del procedimiento. Aparte de los peligros para la madre asociados con una operación de cirugía mayor, hay suficiente evidencia de que los bebés que nacen por cesárea tienen un riesgo más alto de complicaciones (como dificultades respiratorias) que los que nacen por parto vaginal. Un estudio realizado en 1991 en 25 hospitales de Ciudad de México y publicado en el *American Journal of Obstetrics y Gynecology* mostró que los bebés de peso normal nacidos por cesárea tenían 2,5 veces más probabilidades de morir en el período neonatal temprano que aquellos nacidos por parto vaginal (19).

Aunque los médicos continúan debatiendo los méritos relativos del parto por cesárea, ésta cuesta entre dos y tres veces más que la atención médica de un parto vaginal. El estudio que calculó que más de 850.000 cesáreas innecesarias son realizadas cada año en los países de América Latina y el Caribe y el costo por intervención cesárea es de aproximadamente 500 dólares, nos está asegurando que los países de la región estarían derrochando unos 425 millones de dólares por año (19).

Mientras que el sector público gasta dinero en cesáreas innecesarias y costosas, muchas mujeres, especialmente pobres, no tienen ninguna atención médica o reciben atención de baja calidad durante sus partos”, observa Amanda Glassman, una especialista de salud del BID que está estudiando este tema. “Eliminar este exceso de cesáreas y reasignar el gasto al cuidado prenatal y expandir la atención durante el embarazo reduciría el número de muertes neonatales y maternas, que aún es demasiado alto en América Latina (19).”

Recientemente se ha divulgado que en países como Estados Unidos, el índice de cesáreas está en el 50%, en los países nórdicos en torno al 20%, entre el 35 y 40 por ciento en Italia, Reino Unido y Grecia. En España, a falta de datos fiables, la situación

es muy dispar en unos centros especialmente los públicos estaría alrededor del 20-26% y en otros la tasa supera al 35%. Las tasas de cesáreas en España es superior a la del 15 por ciento recomendada por la OMS (20)

Una reciente publicación en la Gaceta Médica de Caracas en Venezuela expone el siguiente cuadro sobre las cesáreas realizadas en los hospitales de Caracas y las cifras son muy superiores a las esperadas por las recomendaciones dadas por la OMS (2).

Frecuencia de cesáreas en instituciones públicas

Institución	%	Emergencia	Electivas	Año
Hospital Universitario de Caracas	36,85	92	8	2006
Maternidad "Concepción Palacios". Caracas	33	91	9	2006
Hospital General del Oeste. Caracas	18	91	9	2007
Hospital Nuestra Señora de Chiquinquirá. Maracaibo	17			2006
Hospital Adolfo Prince Lara. Pto. Cabello	31			2006
Hospital Ángel Larralde. Valencia	48,75	-		2006
Hospital Armando Mata Sánchez. Nueva Esparta	43,3	-	-	2006

La misma publicación asegura que en Canadá la prevalencia es del 22,1%, en Brasil y Chile el 40%, en México el 35% y en Puerto Rico el 45%. En nuestro país, no existen cifras oficiales a más de estudios que como el nuestro muestran recopilaciones locales pero que de alguna manera permiten estimar lo que estaría ocurriendo en los centros obstétricos.

Hace pocas semanas, y sin que pueda tomarse como cifra oficial, una crónica de prensa ha divulgado una alerta de atención de la OMS a nuestro país en el sentido que la prevalencia de cesáreas está muy por encima de las recomendadas.

Según algunos autores las causas del aumento de la frecuencia de la cesárea según se debería a las siguientes razones: a) baja paridad; casi la mitad de las mujeres embarazadas son nulíparas que tienen más riesgo de cesárea, b) la edad materna en promedio está elevada y la frecuencia de la cesárea aumenta con el avance de la edad, c) vigilancia fetal por medios electrónicos que a veces no son bien interpretados por falta de preparación o experiencia, d) utilización de la cesárea en presentaciones podálicas, hasta un 90 %, e) preocupación por litigios por mala praxis, f) factores

socioeconómicos, clases media alta y alta piden la cesárea, se les ha vendido como lo mejor, g) escasos partos vaginales en cesáreas previas, h) falta de entrenamiento obstétrico, es más fácil, i) partos pretérmino, j) herpes genital activo, k) disminución de partos instrumentales, l) inducción, esto favorece el riesgo de cesárea, m) obesidad, n) con el empleo de antibióticos hay pocas complicaciones y mortalidad materna, ñ) esterilización quirúrgica (los seguros no pagan la intervención) y por tanto se recurre a la cesárea para realizarla, o) los médicos quieren disminuir el estrés no de la mujer, sino el propio, p) solicitud de la mujer o familiares.

En muchos centros obstétricos ha descendido la atención del parto por vía vaginal en mujeres con cesárea previa. Pocos son los sitios donde se intenta el parto vaginal en estas maternas aunque los hay con excelentes y buenos resultados (20).

Hasta no vislumbrar para la materna un panorama de salud reproductiva suficiente claro y normatizado y que además llegue a tener la aceptación de los especialistas en obstetricia las advertencias publicadas seguirán haciendo reflexionar sobre las faltas de entendimiento que vienen dándose en torno a la cesárea (21).

CAPÍTULO VII

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1. Conclusiones

- La prevalencia de cesáreas en el Hospital Vicente Corral Moscoso fue menor que la del Hospital Homero Castanier y ha mantenido esta diferencia durante los años 2006 a 2008.
- La prevalencia de cesáreas en el Hospital Vicente Corral Moscoso fluctuó entre 24,5% (2006), 25,3% (2007) y 24,9% (2008).
- La prevalencia de cesáreas en el Hospital Homero Castanier fluctuó entre 31,8% (2006), 31,2% (2007) y 31,1% (2008).
- El promedio de edad para las intervenidas en el Hospital Vicente Corral fue de $24,8 \pm 6,1$ años en tanto que para el Homero Castanier el promedio fue de $25,7 \pm 6,8$ años. La diferencia fue significativa ($p < 0,05$).
- La residencia urbana la tuvieron el 55,7% de las parturientas del Hospital Vicente Corral en cambio en el Homero Castanier solo el 32,6%.
- Por nivel de instrucción la distribución de las maternas del Hospital Vicente Corral tuvo el mayor porcentaje para la primaria (66,4% vs 52,3%) en tanto que en el Homero Castanier la instrucción secundaria (34,6% vs 27,4%) y la superior (13,1% vs 6,2%) fueron porcentualmente mayores. Las diferencias fueron significativas ($P < 0,05$).
- La mayor parte de los diagnósticos que motivaron las cesárea fueron coincidentes en los dos hospitales a excepción del diagnóstico de embarazada

añosa y trabajo de parto fallido de incremento significativo en el Homero Castanier.

- No hubo diferencias en el promedio de estadía en los dos hospitales ($2,13 \pm 0,9$ vs $2,56 \pm 1,11$ días). El rango de estadía fue más alto en el Hospital Homero Castanier (9 días). Las estadías postoperatorias mayor a dos días se distribuyeron por arriba del percentil 80 (menos del 20%).

7.2. Recomendaciones de la OMS

Dada la importancia del tema y sus implicaciones, que sin duda irán en aumento, creemos muy oportuno insertar las recomendaciones publicadas por la OMS en torno a la utilización de la cesárea.

Estas recomendaciones fueron publicadas y reconocidas por la Conferencia Internacional de Fortaleza (Brasil). La conferencia ha formulado un cierto número de recomendaciones partiendo del principio de que toda mujer tiene el derecho fundamental de beneficiarse de los cuidados prenatales adecuados, de que la mujer tiene un rol esencial a jugar en todo lo que concierne a estos cuidados, siendo un miembro activo que participe de su planificación, y su evaluación correspondiente. Y es preciso tener en cuenta absolutamente los factores sociales, afectivos y psicológicos, si se quiere plantear y ofrecer cuidados prenatales adecuados.

1. Que toda la comunidad debería estar informado sobre las diversas formas de cuidados en relación con el parto, con el objetivo de que cada mujer pueda optar por ella misma por lo que mas le conviene.
2. Sería necesario animar y favorecer la formación de comadronas y de parteras o matronas tradicionales, que serían responsables de las atenciones a dispersar en caso de embarazo normal, parto y postparto.

3. Es preciso difundir entre los usuarios de los distintos hospitales, informaciones sobre las practicas en vigor en los hospitales respectivos, en materia de partos y nacimientos (tasas de cesáreas y episiotomías).
4. Los países en los que la tasa de mortalidad peri-natal son las más bajas del mundo, tienen también las tasas de cesáreas inferiores a 10 por 100. No hay pues ninguna razón que justifique que existan, en ningún país, tasa de cesárea superior a ese número.
5. No existe nada objetivo que demuestre la necesidad de una cesárea en las mujeres que hayan sufrido anteriormente una cesárea segmentaria transversal. El parto por vías naturales en las mujeres con una cesárea anterior debería ser estimulado, cada vez que se disponga de una infraestructura quirúrgica en caso de urgencia.
6. No está demostrado que la monitorización fetal de rutina durante el parto tenga un efecto positivo sobre el bebé o sobre la mamá.
7. El rasurado del pubis o administración de un enema (lavativa) antes del parto, no son necesarios en absoluto.
8. Las mujeres no deberían ser acostadas sobre la espalda (en posición obstétrica tradicional) durante el trabajo de parto. Se las debería estimular a caminar durante el trabajo de dilatación y a elegir la postura que deseen para el momento del parto/nacimiento.
9. La episiotomía (corte del periné) sistemática, no está justificada en absoluto.
10. El parto no debería ser provocado por comodidad y no debería provocarse artificialmente ningún parto que no lo requieran las indicaciones médicas precisas y justificadas. Ningún país deberá tener tasas, de provocación de partos, superiores a 10%.
11. Durante el desarrollo del parto, sería preciso evitar la administración sistemática de analgésicos o anestésicos que estén expresamente indicados para tratar o prevenir una complicación real.
12. La ruptura artificial de membranas no es indispensable antes de un estadio muy avanzado de parto.
13. El recién nacido debería estar siempre con su madre, siempre y cuando el estado de salud de los dos lo permita. Ningún examen justifica que se separe a un recién nacido sin problemas de salud de su madre.

14. La lactancia materna debe ser estimulada lo antes posible, antes incluso de que la madre abandone la sala de partos.
15. La evolución de la tecnología debería revestir un carácter multidisciplinario e incluir desde las personas que rodean y prestan sus cuidados y atención a la embarazada, hasta epidemiólogos, especialistas en ciencias sociales y autoridades sanitarias. Las mujeres deberían participar en la planificación de la utilización tecnológica, así como de la evaluación de sus resultados y de la difusión de estos. Estos resultados deberían ser comunicados a todos aquellos que tienen permiso de obtenerlos, así como las diversas colectividades que han participado en la elaboración de la búsqueda.
16. Los gobiernos deberían dotarse de los medios necesarios para la realización de encuestas colectivas que permitieran evaluar la tecnología obstétrica, y deberían establecer políticas muy claras y específicas sobre la introducción de la misma tecnología a los servicios de salud.

7.3. Recomendaciones de nuestros resultados

- Hace falta estandarizar los criterios de realización de la operación cesárea en nuestros hospitales, no solamente en atención a las recomendaciones de la OMS sino también en atención a que la especialidad debe manejar criterios más “universales” principalmente en las instituciones públicas. De esa manera no se encontrarían diferencias tan marcadas entre las prevalencias de los centros donde se recopila este tipo de información.
- Una tarea de supervisión permanente a los Servicios de Especialidad, como la Ginecología y la Obstetricia, que permita confrontar los diagnósticos pre-operatorios con los post-operatorios podría modificar este tipo de situaciones y corregir los errores cuando se los identifique.
- Es indudable que hace falta en nuestras instituciones del Ministerio de Salud Pública unificar los criterios para la terminación de un embarazo mediante

cesárea. Es la deducción lógica de la diferencia de criterios diagnósticos encontrada en la lista recopilada en los dos hospitales.

- La Docencia en Servicio, cumplida a través del entrenamiento del postgrado o el programa de Educación Médica Continua aplicado correctamente a los servicios asistenciales es la forma más eficaz de corregir esta falta de entendimiento entre las especialidades.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Norma Oficial Mexicana para la Atención del Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido (NOM 007). Secretaría de Salud, 1995.
2. Hofmeyr GJ, Mathai M, Shah A, Novikova N. Técnicas para la cesárea (Cochrane Review). In: La Biblioteca Cochrane Plus, Issue 3, 2008. Oxford: Update Software.
3. Swende TZ. Emergency caesarean section in a Nigerian tertiary health centre. *Niger J. Med.* 2008;17(4):396-8.
4. Swende TZ, Agida ET, Jogo AA. Elective caesarean section at the Federal Medical Centre Makurdi, North Central Nigeria. *Niger J Med.* 2007;16(4):372-4.
5. Ali Y. Analysis of caesarean delivery in Jimma Hospital, south-western Ethiopia. *East Afr Med J.* 1995;72(1):60-3.
6. Okonofua FE, Makinde ON, Ayangade SO. Yearly trends in caesarean section and cesarean mortality at Ile-Ife, Nigeria. *Trop J Obstet Gynaecol.* 1988;1(1):31-5.
7. van Roosmalen J, van der Does CD. Caesarean birth rates worldwide. A search for determinants. *Trop Geogr Med.* 1995;47(1):19-22.
8. INEC. Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos. Camas y Egresos Hospitalarios. Año 2006. URL disponible en: http://www.inec.gov.ec/web/guest/ecu_est/reg_adm/est_sal/not_sal2. Acceso: 02/dic/08.
9. Sánchez L, Salamea MF. Criterios para la realización de cesárea en los Hospitales Vicente Corral Moscoso y José Carrasco Arteaga. Cuenca, 2003. Tesis de Grado. Escuela de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca. 2003
10. Garrido-Latorre F, Puentes-Rosas E. Síntesis Ejecutiva. Nacimientos por cesárea en México. SSA, 2000.
11. Lavender T, Hofmeyr GJ, Neilson JP, Kingdon C, Gyte GML. Cesárea por razones no médicas para el embarazo a término (Cochrane Review). In: La Biblioteca Cochrane Plus, Issue 3, 2008. Oxford: Update Software
12. Cesárea. MedlinePlus. Biblioteca Nacional de Medicina de los EUA. URL disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/cesareansection.html>. Acceso: 02/dic/08.
13. Dunn LJ. Cesarean section and other obstetric operations in Danforth DN: *Obstetrics and Gynecology* 6ª.ed 1990, pp 639.
14. Bingham P, Lilford RJ. Management of the selected term breech presentation: assessment of the risks of selected vaginal delivery versus cesarean section for all cases. *Obstet Gynecol* 69 (6): 965, 1987
15. Castanolf. Cesárea Extraperitoneal. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 37 (1): 71, 1986
16. Coney P. Operative obstetrics in: Beck W Jr *Obstetrics And Gynecology* 3ed Philadelphia Harward 1993 pp 177-179.
17. Molina X, Narváez J, Ñauta J, Rodríguez M, Vega B. Normas en Obstetricia. Publicaciones de la Universidad de Cuenca. Cuenca, 2008.

18. Jubz Hasbun A, Londoño Fernandez JL. Morbimortalidad perinatal Rev Colomb Obstet Ginecol 35(6): 440, 1984.
19. Cesáreas innecesarias en América Latina. URL disponible en:
<http://www.infomed.sld.cu/aldia/archivos/diaria/20000425.html>. Acceso junio/2009.
20. Uzcategui O. Estado actual de la cesárea. Gac Méd Caracas 2008; 116(4):280-286.
21. Realizan casi un millón de cesáreas innecesarias en América Latina.
<http://www.infomed.sld.cu/aldia/archivos/diaria/20000-425.html>. Acceso junio/2009.

ANEXOS

Anexo 1

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE y DEFINICIÓN	INDICADOR	ESCALA
<i>Edad de la paciente</i> Años transcurridos desde su nacimiento hasta la realización de la cesárea	Registro de filiación	13 a 20 años 21 a 35 años 36 a 47 años
<i>Instrucción</i> Nivel de escolaridad aprobado durante su estudio	Registro en el expediente	Primaria Secundaria Superior
<i>Residencia</i> Domicilio habitual de la materna	Registro en el expediente	Urbano Rural
<i>Motivo de la cesárea</i> Diagnóstico médico por el que se realizó el procedimiento	Registro en el expediente	Categorica
<i>Estadía</i> Tiempo que permaneció hasta ser dada de alta	Registro en el expediente	Valor absoluto

Anexo 2

**Universidad de Cuenca
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela de Medicina**

Formulario para recopilación de la información

Código

Nombre.....

HCl #.....

Hospital.....

Año.....

Mes

Instrucción

Edad en años

Residencia.....

Motivo de Cesárea

Estadía hospitalaria días

Observaciones.....

.....