



Título: Factores actuales que determinan la indicación de cesárea primitiva. Hospital Ramón González Coro, 2022.

Autores:

Nombre y Apellidos¹: Dra. Yaima Alonso Llanes

Nombre y Apellidos²: Dr. Miguel Gutierrez Herrera

¹ Hospital Ramón González Coro. La Habana. Cuba. yaito0909@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-9789-9205>

² Hospital Ramón González Coro. La Habana. Cuba. migueynito@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-4073-3685>

Resumen

Introducción: La tasa de cesárea se ha ido incrementando en las últimas décadas, lo que constituye un problema de salud a escala mundial, no estando Cuba ajena a esta situación.

Objetivo: Identificar los factores que determinan la indicación de cesárea primitiva. **Mé-**

todo: Se realizó un estudio observacional descriptivo, y retrospectivo en gestantes atendidas en el Hospital Ginecoobstétrico Ramón González Coro, en el período comprendido entre el 1ro de enero y 31 de diciembre de 2022. El universo estuvo constituido por 2964 partos que se realizaron y quedó conformada la muestra por 789 pacientes sometidas a cesárea por primera vez. Los datos se recogieron de las historias clínicas y del libro de parto. **Resultados:** La principal indicación de cesárea primitiva fue el estado fetal intranquilizante con un 27,3%, siendo el mayor grupo de gestantes intervenidas las que se en-

contraban con un embarazo a término. La enfermedad que más se asoció con complicaciones del embarazo fue el oligohidramnios. **Conclusiones:** la tasa de incidencia de cesárea mostró un aumento en el periodo de estudio.

Palabras clave: cesárea, oligohidramnios, presentación pelviana.

I. INTRODUCCIÓN

La maternidad es uno de los fenómenos que **ha asombrado** por siglos a la humanidad, y todavía hoy, despierta admiración y ocupa un lugar privilegiado en la vida privada y profesional de muchas personas en el mundo. ¹

En las últimas tres décadas se produjeron varios cambios en las formas de los nacimientos. Sin duda alguna, el procedimiento quirúrgico conocido como cesárea, fue uno de los más significativos y de mayor impacto en la atención obstétrica. Al comienzo de su utilización ésta se realizaba con un propósito: salvar la vida del feto. El mejoramiento de las técnicas quirúrgicas, el descubrimiento de anestésicos y antibióticos, transformó la cesárea en una cirugía más segura e indispensable en la resolución de complicaciones surgidas durante el embarazo o el parto. ²

La operación cesárea es la técnica quirúrgica con la que el hombre procuró resolver uno de los problemas más dramáticos que le presentaban las distocias en el parto y sus complicaciones y tardó casi dos milenios en alcanzar plenamente su dominio. ²

Un alarmante y vertiginoso aumento de la frecuencia de esta técnica quirúrgica se ha observado en Latinoamérica y en gran parte del planeta en los últimos años. Actualmente, es la intervención más frecuente del mundo (se realiza una cada sesenta minutos); muchas veces sin tener una indicación clara y sin tener en cuenta los riesgos para la madre y el neonato. ^{3,4,5}

Su finalidad es terminar el periodo de la gestación, o abreviar el periodo del trabajo de parto para la extracción del feto, la placenta y los anexos ovulares mediante una incisión en la pared

abdominal y uterina; en beneficio materno - fetal porque existan complicaciones del binomio, y el parto vía vaginal no es el indicado en ese caso. ^{4,5}

Su objetivo es disminuir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal durante el momento del parto.³ Sin embargo, como toda intervención quirúrgica, es susceptible de la ocurrencia de complicaciones, conllevando a riesgos tanto para la madre como para el neonato, a corto y largo plazo ^{2,3}; ya sea como consecuencia del mismo acto operatorio, pues se ha visto que el parto por cesárea aumenta en seis veces el riesgo de muerte materna en comparación al parto vaginal; o como consecuencia de la anestesia, ya que el 2,8 % de las muertes maternas son atribuidas a la anestesia.^{3 4}

Es por ello, que el aumento del parto por cesárea es un hecho preocupante, pues puede conllevar distintos riesgos para la madre como: la probabilidad de desarrollar hemorragia pos parto, infección, apertura de la incisión quirúrgica, incremento de inserciones placentarias anómalas en futuras gestaciones, incremento del riesgo de ruptura uterina en los próximos embarazos y con ello la limitación de su paridad; y riesgos para el neonato como: presentar problemas respiratorios, requerir cuidados intensivos y aumento de la estancia hospitalaria.⁶

8

La recomendación de la Organización Mundial de Salud (OMS) dada en el 2015, es que la tasa ideal de las cesáreas no debería ser mayor al 15,0 % del total de parto, recalcando que una tasa superior al 10,0 % no se asociaba ni con la reducción de la mortalidad materna, ni con la reducción de la morbilidad y mortalidad neonatal.^{5,7}

Un incremento no justificado de un parto por cesárea puede comprometer el futuro obstétrico de la madre. Sin embargo, en la actualidad, la prevalencia del parto por cesárea es superior en la mayor parte del mundo. ^{3 5}

América Latina y el Caribe tienen las tasas de cesárea más altas (40,5 %); seguida de América del Norte (32,3 %), Oceanía (31,1 %), Europa (25,0 %), Asia (19,2 %) y África (7,3 %) ⁶. A nivel de Latinoamérica, México cuenta con una prevalencia de parto por cesárea de 39,1 %; Brasil, 36,7 %; República Dominicana, 31,3 % y Chile, 30,7 %. ^{8, 9}

Entre los años 2010-2016 Cuba obtuvo un indicador promedio de cesárea primitiva de 30,5 %; sin embargo, en el año 2017 alcanzó el indicador histórico de 18,3 %, que representó una

reducción de 12,2 %, lo cual se logró mediante un grupo de acciones que se tomaron desde los organismos rectores de la Salud Pública, para un adecuado diagnóstico de este procedimiento quirúrgico.¹⁰

Teniendo en cuenta tales resultados alcanzados en el año 2017, se elevan las exigencias en los propósitos de trabajo del ministerio de salud pública (MINSAP) con el departamento nacional que atiende el Programa de Atención Materno Infantil (PAMI) en los años posteriores.¹⁰

El por ciento de partos por cesárea ayuda a analizar el desempeño hospitalario, pues es un indicador multidimensional que aborda diversos aspectos como la atención médica, la seguridad del paciente (riesgos maternos y neonatales que se relacionan con la subutilización y sobreutilización) y la eficiencia de uso de los recursos.¹²

El incremento de la cantidad de partos por cesárea evidenciados en los últimos años y las probables consecuencias negativas para la salud tanto materna como infantil, representa actualmente una constante preocupación tanto para los gobiernos como para los profesionales de salud.^{3,7}

Diferentes estudios relacionan diferentes indicaciones de la operación cesárea y los resultados maternos, perinatales y neonatales encontrados en diferentes bases de datos como Pubmed, Ebsco, Lilacs.

Cinolea Leal de Souza y colaboradores, señalan que la elección del tipo de parto está directamente relacionada con los indicadores de calidad de salud materno - infantil positivos y, en la actualidad, observan que el número de parto quirúrgico es mayor. Con ello, su estudio tuvo por objetivo analizar los factores asociados a la ocurrencia de cesárea en un hospital público, en el período de 2014. Se trató de una investigación cuantitativa de corte transversal, con muestra probabilística de 263 partos realizados en el Hospital Regional de Guanambi, Bahía. Los resultados indicaron que los factores asociados a la ocurrencia de cesárea fueron el índice de *Apgar*, con asociación negativa y el parto prematuro; el sexo masculino; la raza negra y la presentación no cefálica presentaron asociación positiva. La investigación concluye que dada la importancia del ciclo gravídico - puerperal para la salud de la mujer y para los indicadores de salud de la población, es necesario estudiar junto a los profesionales de salud

cuales son los factores que se asocian a la ocurrencia de cesáreas en los servicios de salud pública, buscando identificar cuestiones que puedan disminuir el número de cesáreas no necesarias y las complicaciones debidas de ese proceso. ¹²

Ospina J., Manrique F. y Herrera G, señalan que la gestación en mujeres mayores de 35 años se considera una condición de riesgo obstétrico tanto para la madre como para el feto, por lo que plantearon explorar la prevalencia y los factores determinantes asociados con la gestación en mujeres mayores de 35 años en Tunja, encontrando que los factores asociados fueron afiliación al régimen contributivo, escolaridad de la gestante y de su pareja, hábitat urbano y pareja estable. No encontraron riesgo incrementado de complicaciones obstétricas en comparación con otros grupos de edad, pero sí asociación positiva con mayor probabilidad de prematuridad, sobrepeso, óbito fetal previo y operación cesárea. Los investigadores concluyen que la incidencia de parto es ligeramente mayor a la media nacional, quizás por factores sociales y culturales no establecidos con plenitud, pero similares a los reportados en la literatura. ¹³

Es necesario que tanto en Cuba como a escala mundial se tengan en cuenta las declaraciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del 2015 cuando señala que las cesáreas son eficaces para salvar la vida de las madres y los neonatos, solo cuando son necesarias por motivos médicos y que a nivel poblacional las tasas de cesáreas superiores a 10,0 % no están asociadas con una reducción de las tasas de mortalidad materna y neonatal.⁵

Con este trabajo se pretende analizar los factores que determinan la indicación de cesárea primitiva, con el objetivo de disminuir la indicación de cesáreas no justificadas; si se analiza que en los últimos seis años en el Hospital Ginecobstétrico Ramón González Coro el índice de cesárea ha estado elevado, siendo el más bajo en el 2019 de 18,5 %, no alcanzando el propósito de la OMS en los últimos seis años.

II. MÉTODO

Se realizó un estudio observacional descriptivo, y retrospectivo sobre los factores que determinaron las indicaciones de cesáreas primitivas.

El universo estuvo constituido por 2964 gestantes que tuvieron un parto en el Hospital Ginecoobstétrico Ramón González Coro, provincia La Habana, durante el 1ro de enero al 31 de diciembre de 2022; y la muestra conformada por 789 pacientes a las que se les practicó cesárea por primera vez, en el periodo de tiempo analizado.

Se tuvo en cuenta el consentimiento informado de las autoridades del Servicio del Hospital Ginecoobstétrico Ramón González Coro y de las pacientes incluidas en el estudio.

Se excluyeron los partos eutócicos e instrumentados, así como las cesáreas iteradas o reiteradas.

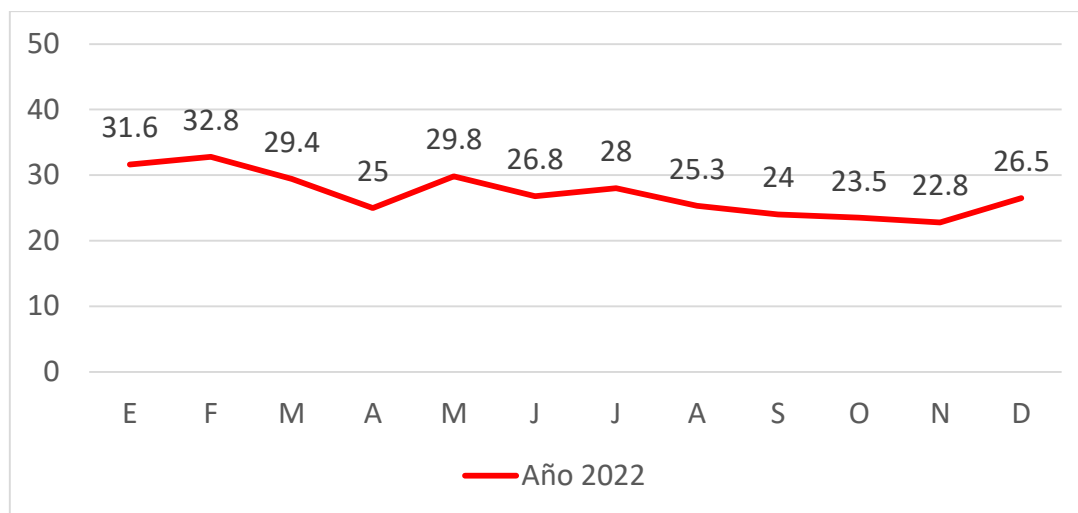
Para la recolección del dato primario se contó con el libro de registro de parto e historia clínica donde se tomaron las variables a estudiar entre las cuales se encuentran: la edad gestacional al momento de la interrupción, enfermedades asociadas al embarazo o que indicaron la terminación del mismo, así como las causas de la indicación de la cesárea.

III. RESULTADOS

En el Hospital Ginecoobstétrico Ramón González Coro, durante el periodo comprendido de este estudio se realizaron 2964 partos, de los cuales 789 fueron cesáreas primitivas, lo que representó el 26,6 %; mientras que el indicador de cesárea total alcanzó un 42,9% (1250 cesáreas en total).

Si evaluamos su comportamiento en los diferentes meses del año (Gráfico 1), podemos apreciar que no se presenta de manera regular en todos los meses, con un pico máximo en el mes de febrero (32,8%) y una disminución lenta y progresiva fundamentalmente en el segundo semestre del año, para nuevamente elevarse en los meses de noviembre y diciembre.

Gráfico No.1. Distribución de la cesárea primitiva según los meses del año 2022.



Fuente: Registro de parto.

Las principales causas de cesárea primitiva se correspondieron en orden de frecuencia con: el estado fetal intranquilizante en 216 pacientes para un 27,3%; seguida del fracaso de inducción con 140 pacientes para un 17,7%, la presentación pelviana con 67 pacientes para un 8,5 %, la detención del progreso del trabajo de parto con 62 pacientes para 7,9 %; y la desproporción céfalo pélvica con 53 pacientes para un 6,7 % (Tabla No.1)

Tabla No.1. Distribución de la cesárea según indicaciones médicas.

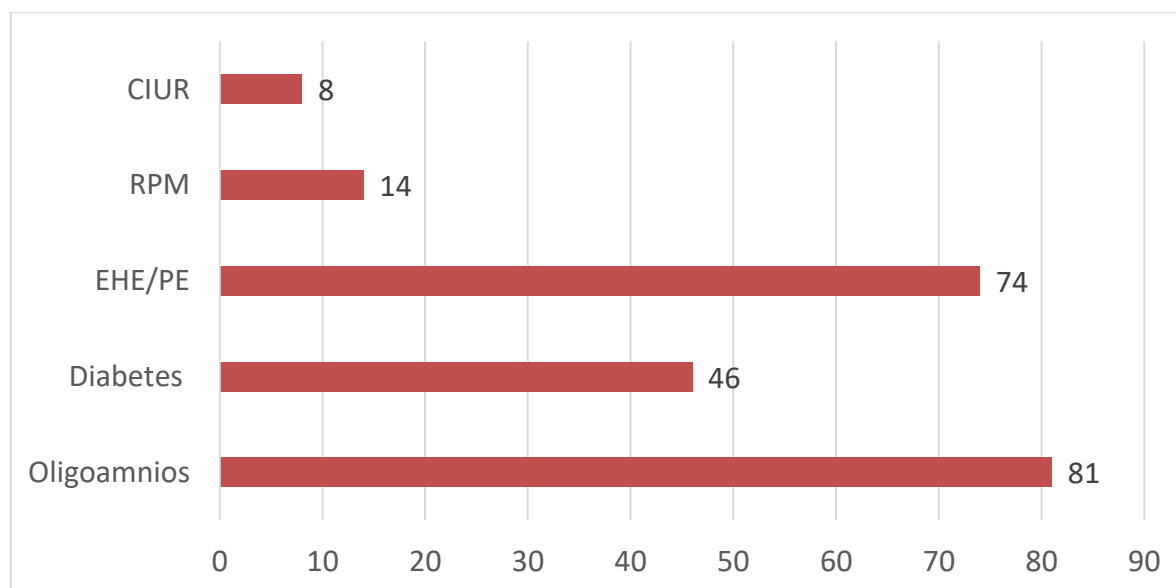
Indicaciones	Total de pacientes (N = 789)	%
Estado fetal intranquilizante	216	27,3
Fracaso de inducción	140	17,7
Presentación pelviana	67	8,5
Detención del progreso del trabajo de parto	62	7,9
Desproporción céfalo pélvica	53	6,7
Indicaciones no obstétricas	32	4,1

Ortopédicas	14	
Cardiovasculares	9	
Oftalmología	2	
Neurología	2	
Angiología	1	
Otras	4	
Macrosomía fetal	30	3,8
Embarazo múltiple	29	3,7
Preeclampsia-Eclampsia	27	3,4
Hematoma retroplacentario	22	2,8
Presentaciones o situaciones anómalas (excluye presentación pelviana)	18	2,3
Placenta previa (variedades oclusivas)	13	1,6
Pacientes portadoras de VIH	13	1,6
Herpes genital activo	11	1,4
CIUR	9	1,1
Pretérminos extremos (peso inferior a 1500 g)	7	0,9
Cicatriz uterina previa	4	0,5
Miomas que actúan como tumor previo	3	0,4
Vasa previa	3	0,4

Fuente: Registro de parto e historia clínica.

Las principales enfermedades asociadas al embarazo fueron: el oligoamnios con 81 pacientes (10,3%), la enfermedad hipertensiva del embarazo con 74 pacientes (9,4), y la diabetes gestacional con 46 pacientes (5,8), según muestra el Gráfico No.2

Gráfico No 2. Distribución de la cesárea primitiva según enfermedades asociadas.



Fuente: Registro de parto e historia clínica.

En cuanto a la distribución de cesárea primitiva según la edad gestacional en el momento del parto, pudimos observar que el mayor grupo de pacientes se encontraban cursando la semana 40, con 124 pacientes para una 15,7%. (Tabla No.2)

Tabla No.2. Distribución de cesárea según edad gestacional.

Edad Gestacional	Nº = 789	%
28 – 31.6 semanas	13	1,6
32 – 33.6 semanas	20	2,5
34 – 36.6 semanas	42	5,3
37 -37.6 semanas	52	6,6
38 – 38.6 semanas	108	13,7
39 – 39.6 semanas	113	14,3
40- 40.6 semanas	124	15,7
≥ 41 semanas	71	9,0

Fuente: Registro de parto.

Sin embargo en la Tabla No.3 que relaciona el total de nacimientos y de cesáreas primitivas en cada grupo de edad gestacional, así como el porcentaje que contribuyó a la tasa de cesárea en cada grupo, observamos que el que más cesáreas aportó según el total de pacientes con igual edad gestacional fue el de gestantes de más de 41 semanas con 71 pacientes para 42,1%

Tabla No.3. Distribución según edad gestacional de la contribución de cada grupo a la tasa de cesárea primitiva.

Edad Gestacional	Total de nacimientos	Cesáreas primitivas	Contribución a la tasa de cesárea primitiva
28 – 31.6 semanas	42	13	30,9
32 – 33.6 semanas	46	19	41,3
34 – 36.6 semanas	134	42	31,3
37 -37.6 semanas	142	52	36,6
38 – 38.6 semanas	384	108	28,1
39 – 39.6 semanas	595	113	19,0
40- 40.6 semanas	418	124	29,7
≥ 41 semanas	171	71	42,1

Fuente: Registro de parto.

IV. Discusión

Según los resultados que arrojó la investigación, se puede observar que la tasa de cesárea primitiva en el Hospital Ginecoobstétrico Ramón González Coro, presenta fluctuaciones a lo largo de todo el año, con valores por encima de 30 % en los meses de enero y febrero; y una curva poco variable en el segundo semestre del año que oscila entre 22 y 28 %, cerrando el año con una tasa de 26.6%.

La OMS estima que la tasa de cesáreas entre todos los nacimientos debería estar entre el 10,0 % y el 15,0%, una tasa muy por debajo del nivel actual que se da en los países desarrollados como un 20,0 % en el Reino Unido, 23,0 % en Estados Unidos o un 27,0 % en España. Hay países donde la tasa de cesáreas se encuentra a más del doble de lo recomendado como en Colombia, con una tasa de 43,0 %, o de México donde llega al 46,0 %. ⁸

En Cuba, a pesar del ascenso en los últimos 30 años, entre 2010-2016 se logró un indicador promedio de cesárea primitiva de 30.5%, y en el 2017 un indicador histórico de 18.3%.¹⁰

Según las indicaciones de cesárea primitiva, igual como reportan, Casagrandi D, Pérez J, Areces G; se aprecia una mayor frecuencia de cesáreas realizadas con el diagnóstico de estado fetal intranquilizante¹⁴.

Igual resultado muestra la investigación de Lepore y col en Argentina que concluye que la causa más frecuente de cesárea primitiva se debe al estado fetal intranquilizante, con un 29 %, seguido de la presentación pelviana con 24 %, y la inducción fallida en el 14.8%.¹⁵

Essien y col describen además la presentación pelviana y la desproporción cefalopélvica¹⁶, encontrándose éstas dentro de las primeras causas de cesárea en nuestro estudio.

Es conocido que el valor pronóstico del diagnóstico cardiotocográfico es muy bajo, al presentar índice de positivos falsos altos entre 75 y 90, por lo que se produce un aumento desmesurado del indicador cesárea, considerando que ningún término será lo suficientemente preciso mientras no surja el medio diagnóstico que determine la verdadera reserva fetal.

En relación con las patologías asociadas al embarazo que se relacionaron estadísticamente con la cesárea primitiva, nuestros resultados coinciden con lo reportado por Essien y col, que encuentra un predominio de HTA (10.5%) como una de las principales enfermedades asociadas al embarazo en pacientes intervenidas por cesárea primitiva¹⁶.

En el estudio de Casagrandi Casanova D, et al se aprecia una mayor frecuencia de oligohidramnios y restricción del crecimiento intrauterino como enfermedades que complicaron el embarazo a pacientes que se les realizó cesárea¹⁴, lo que coincide en parte con los resultados de este trabajo.

En cuanto a la edad gestacional al momento de la cesárea los resultados corresponden a la mayoría de los autores como lo reportado por La Fontaine y coautores en su estudio en el cual el mayor porcentaje de las cesáreas primitivas estaban representadas por las gestantes de 37 a 41 semanas de gestación, aunque no tan marcado (de 57,1 a 86,5% en el presente estudio)

V. Conclusiones

La incidencia de cesárea primitiva mostró un aumento en el periodo estudiado. La causa fundamental de la indicación de cesárea fue el estado fetal intranquilizante. La gran mayoría de las gestantes son intervenidas con un embarazo a término. Las enfermedades que más se asociaron con complicaciones del embarazo que derivaron en cesárea primitiva fueron el oligoamnios, la enfermedad hipertensiva del embarazo y la diabetes.

VI. REFERENCIAS

1. Sadler M. Los efectos de la cesárea en la salud infantil: Un asunto urgente. Rev Chil Pediatr 2018; 89(4): 561-62.
2. Damas LB, Machado RS, Hernández RD, Pérez AS. Una concepción integral del parto humanizado en Cuba. Rev Cuba Obstet Ginecol [Internet]. 2019 [citado 9Ago 2020]; 44(3). Disponible en: <http://www.revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/articulo/view/384>.
3. Salud Perinatal. El nacimiento por cesárea hoy. Boletín del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP); 2001 [citado 12 Mar 2019];3(9). Disponible en: <https://perinatal.bvsalud.org/texto-completo/boletin-salud-perinatal/>
4. Oncoy Rosales A. Indicaciones de la cesárea. Rev Méd Panacea. 2018;7(2):69-73. DOI: 10.35563/rmp.v7i2.30
5. .OMS nota informativa 2016: La cesárea solo debería realizarse cuando es médicamente necesaria [citado 12 Mar 2016]. Disponible en : https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1061la-cesarea-solo-deberia-realizarse-cuandoesmedicamente-necesaria/Itemid=1926lang=es.
6. Medina Huiza JLM. Factores asociados a la indicación de cesárea en el Hospital Nacional Dos de Mayo de Enero a Diciembre del 2015. [Internet]. [Lima-Perú]: Universidad Ricardo Palma; 2016. Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/555>

7. Manrique-Abril F, Amaya GMH, Gomez BMB, Cuevas OM, Arismendy VM, Santos DM, et al. Cesárea hoy, riesgo vs protección materno fetal.
Rev SALUD Hist Sanid -LINE. 2017;12(3):14. DOI:
10.5281/zenodo.4679534
8. Betrán AP, Ye J, Moller A-B, Zhang J, Gülmezoglu AM, Torloni MR. The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. PLoS ONE [Internet]. 5 de febrero de 2016 [citado 2 de junio de 2021];11(2). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4743929>
9. Muños Hernández JA, Freyermuth Enciso MG, Ochoa Torres MDP.
Factores asociados al incremento de cesáreas en México, 2011-2014. Poblac Sa-
lud En Mesoamérica [Internet]. 1 de enero de 2020 [citado 7 de octubre de 2020];
Disponible en:
<https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/psm/article/view/40047>
10. Nápoles Méndez Danilo. Principales resultados en el Programa de Atención Materno-
Infantil durante el 2017 y nuevas estrategias en Cuba para el 2018. MEDISAN [Inter-
net]. 2018 Feb [citado 2021 Sep 21]; 22(2): 217-19. Disponible en:
http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192018000200015&lng=es.
11. Nápoles Méndez Danilo, Couto Núñez Dayana. Análisis de la cesárea como fuente
de costo. MEDISAN [Internet]. 2017 Ago [citado 2021 Sep 22]; 21(8): 1008-
1017. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192017000800007&lng=es
12. Souza, Cinoelia Leal de, et al. Fatores associados à ocorrência do parto cesáreo em
um hospital público da Bahia. Brasil 2018. Disponible en: <https://rbsp.se-sab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/2430/2436>

13. Ospina-Díaz Juan Manuel, Manrique-Abril Fred Gustavo, Herrera-Amaya Giomar Maritza. Gestación y parto en mujeres con edad materna avanzada en Tunja, Colombia. 2011-2015. rev.fac.med. [Internet]. 2018 Mar [cited 2022 July 02]; 66(1): 9-12. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012000112018000100009&lng=en. <https://doi.org/10.15446/revfac-med.v66n.1.55677>.
14. Casagrandi D, Pérez J, Areces G, Sanabria AM, Urra R, Benavides S, et al. Tendencias de algunos indicadores relacionados con la cesárea. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet] 2007 [citado 25 Nov 2013]; 33(3): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X20070000300003&lng=es
15. Lepore Vanina G, Sampor Vanesa C, Storni Prola M, Pardo Leandro P. Incidencia y principales indicaciones de cesárea. Rev Posgrado Via Cátedra Med. 2005 [citado 23 ago 2015]; 150: 9
16. Essien J. Cesárea primitiva. Comportamiento en nuestro medio. Arch Méd Camagüey [Internet]. 2004 [citado 12 Jun 2014]; 8(4): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2004/v8n4/659%20OK,Orig.htm>
17. La Fontaine Ferry E, La Fontaine Terry JC, Paulina Simba N. Morbimortalidad materna neonatal en la cesárea primitiva. Rev Arch Méd Camagüey [Internet]. 2006 [citado 12 Dic 2013]; 10(3): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2006/v10n3-2006/2097.htm>

Conflictos de intereses: no existen conflictos de intereses entre los autores de la investigación.

Contribución de los autores:

- **Yaima Alonso Llanes:** seleccionó la muestra de estudio y diseñó el objetivo y las variables a utilizar. Recolectó los datos de historias clínicas y del registro de parto.
- **Miguel Gutierrez Herrera:** confeccionó el informe y realizó el análisis estadístico.