



<https://doi.org/10.24245/gom.v94id.11002>

# Determinantes clínicas, obstétricas y neonatales de la cesárea primaria en mujeres multíparas

## Clinical, obstetric and neonatal determinants of primary cesarean section in multiparous women.

Santiago Vasco Morales,<sup>1</sup> Carmen Durán Verdesoto,<sup>2</sup> María Fernanda Morales Carrasco,<sup>3</sup> María Elena Borja Santin,<sup>4</sup> Paola Toapanta Pinta<sup>5</sup>

### Resumen

**OBJETIVO:** Identificar los factores maternos, obstétricos y neonatales asociados con la cesárea primaria en pacientes multíparas y describir sus principales indicaciones.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio transversal, retrospectivo, basado en registros del Sistema de Información Perinatal del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora, Quito, Ecuador, asentados entre 2009 y 2022. Se incluyeron casos de pacientes con primera cesárea. Se aplicaron análisis bivariado y multivariado para estimar las razones de momios crudas (OR) y (ORa) ajustadas con intervalos de confianza del 95%.

**RESULTADOS:** Se analizaron 15,643 cesáreas de las que el 50.75% fueron primarias y en pacientes multíparas. En este grupo se identificaron asociaciones positivas con: edad de la madre más o menos mayor de 35 años (ORa: 8.00), baja escolaridad (ORa: 2.31), embarazo planificado (ORa: 1.18), presentación fetal no cefálica (ORa: 1.27), prematuridad (ORa: 1.64), macrosomía (ORa: 1.57) y mortalidad neonatal (ORa: 1.21). También se observaron asociaciones con afecciones placentarias (ORa: 2.24), alteraciones del cordón umbilical (ORa: 1.75), infección por VIH (ORa: 1.70), embarazo múltiple (ORa: 1.89), enfermedades cervicouterinas (ORa: 1.54) y comorbilidades maternas no obstétricas (ORa: 1.48). En contraste, la coexistencia de pareja estable (ORa: 0.27) y el sexo masculino del recién nacido (ORa: 0.98) mostraron asociación negativa. Indicaciones clásicas como desproporción cefalopélvica, distocia, afectación del bienestar fetal y fracaso en la inducción fueron menos frecuentes en este grupo.

**CONCLUSIONES:** La cesárea primaria en pacientes multíparas con antecedente de parto es una indicación determinada por factores clínicos y sociodemográficos específicos. La identificación de estos predictores permite estratificar el riesgo quirúrgico y optimizar la toma individualizada de decisiones.

**PALABRAS CLAVE:** Cesárea; multiparidad; factores de riesgo; edad de la madre; macrosomía fetal; mortalidad neonatal.

### Abstract

**OBJECTIVE:** This study aims to identify maternal, obstetric, and neonatal factors associated with primary cesarean section among multiparous patients, in addition to outlining its principal clinical indications.

**MATERIALS AND METHODS:** A cross-sectional, retrospective analysis was conducted utilizing data from the Perinatal Information System at Isidro Ayora Gynecological-Obstetric Hospital in Quito, Ecuador, spanning 2009 to 2022. Included were cases of patients who underwent a primary cesarean section. Bivariate and multivariate statistical analyses were performed to calculate both crude and adjusted odds ratios with corresponding 95% confidence intervals.

<sup>1</sup>Pediatra, docente e investigador, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Central del Ecuador. Servicio de Neonatología, Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora, Quito, Ecuador.

<sup>2</sup>Ginecoobstetra, docente e investigadora, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Central del Ecuador, Quito.

<sup>3</sup>Ginecoobstetra, directora médica asistencial, alto riesgo obstétrico, Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora, Quito, Ecuador.

<sup>4</sup>Magíster en Epidemiología, coordinadora de calidad, departamento de calidad, Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora, Quito, Ecuador.

<sup>5</sup>Médico familiar, docente e investigadora, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Central del Ecuador, Quito.

### ORCID

<https://orcid.org/0000-0002-1370-9700>

<https://orcid.org/0000-0003-0928-4284>

<https://orcid.org/0000-0002-9956-3705>

<https://orcid.org/0009-0006-6275-482X>

<https://orcid.org/0000-0003-2804-2504>

**Recibido:** agosto 2025

**Aceptado:** septiembre 2025

### Correspondencia

Paola Toapanta Pinta  
ptoapanta@uce.edu.ec  
snvasco@uce.edu.ec

### Este artículo debe citarse como:

Vasco-Morales S, Durán-Verdesoto C, Morales-Carrasco MF, Borja-Santin ME, Toapanta-Pinta P. Determinantes clínicas, obstétricas y neonatales de la cesárea primaria en mujeres multíparas. Ginecol Obstet Mex 2026; 94: e11002.

**RESULTS:** Among 15,643 cesarean sections reviewed, 50.75% represented primary procedures in multiparous patients. Within this group, significant positive associations were observed with maternal age  $\geq 35$  years (adjusted odds ratio [aOR]: 8.00), lower educational attainment (aOR: 2.31), planned pregnancies (aOR: 1.18), non-cephalic fetal presentation (aOR: 1.27), prematurity (aOR: 1.64), macrosomia (aOR: 1.57), and neonatal mortality (aOR: 1.21). Additional associations included placental disorders (aOR: 2.24), umbilical cord abnormalities (aOR: 1.75), HIV infection (aOR: 1.70), multiple gestations (aOR: 1.89), cervical pathology (aOR: 1.54), and non-obstetric maternal comorbidities (aOR: 1.48). In contrast, the presence of a stable partner (aOR: 0.27) and male neonatal sex (aOR: 0.98) demonstrated negative associations. Traditional indications such as cephalopelvic disproportion, dystocia, compromised fetal well-being, and induction failure were noted less frequently within this cohort.

**CONCLUSIONS:** Primary cesarean section in multiparous patients with prior childbirth is largely influenced by distinct clinical and sociodemographic factors. Recognition of these predictors supports surgical risk stratification and promotes more informed, individualized decision-making.

**KEYWORDS:** Cesarean Section; Multiparity; Risk Factors; Maternal Age; Fetal Macrosomia; Neonatal Mortality.

## ANTECEDENTES

La cesárea es una intervención decisiva para disminuir la morbilidad y mortalidad materno-fetal en situaciones de riesgo. Sin embargo, su práctica ha aumentado de manera sostenida hasta superar el umbral del 10 al 15% recomendado por la Organización Mundial de la Salud, sin mejoras comprobadas en los desenlaces perinatales.<sup>1,2</sup> Cuando está debidamente indicada constituye una estrategia eficaz y segura.<sup>3</sup>

Las mujeres con parto previo representan una población de interés porque han demostrado capacidad anatómica y funcional para el parto fisiológico, por lo que suelen considerarse idóneas para repetir esta misma vía en el siguiente embarazo.<sup>4</sup>

Las indicaciones de cesárea en pacientes múltiples difieren de las observadas en primigestas

y pueden estar influidas por factores maternos, fetales y obstétricos que no siempre reflejan complicaciones emergentes.<sup>5,6,7</sup> Además, persiste la idea de que la finalización del embarazo mediante cesárea ofrece una seguridad comparable al parto, lo que ha contribuido a su indicación incluso en mujeres con partos eutócicos previos.<sup>8,9,10</sup>

El incremento de cesáreas sin justificación clínica puede acarrear riesgos de: hemorragia, formación de adherencias, complicaciones anestésicas, morbilidad neonatal y limitaciones reproductivas futuras. Por ello, resulta fundamental identificar los factores asociados con la cesárea primaria en múltiples, para optimizar los criterios de toma de decisiones obstétricas.<sup>11-14</sup>

El objetivo del estudio fue: identificar los factores maternos, obstétricos y neonatales asociados



con la cesárea primaria en pacientes multíparas y describir sus principales indicaciones.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio transversal, retrospectivo, basado en registros del Sistema de Información Perinatal del Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora, institución de tercer nivel y centro de referencia nacional en Quito, Ecuador. La investigación abarcó de enero 2009 a diciembre 2022. *Criterios de inclusión:* pacientes con primera cesárea y recién nacido vivo, identificadas mediante los códigos CIE-10 O82 (parto único por cesárea) y O84.2 (parto múltiple por cesárea). *Criterio de exclusión:* expedientes con registros incompletos.

*Variables de estudio:* maternas (sociodemográficas, antecedentes médicos), obstétricas (planificación, embarazo múltiple, controles prenatales, afecciones gestacionales, presentación fetal, indicación principal de cesárea) y neonatales (semanas de gestación, peso, Apgar, malformaciones, mortalidad).

Los datos se analizaron con R (v4.2.0) con los paquetes R Comander y EZR. Se estimaron las razones de momios (OR) crudas y ajustadas (ORa) mediante modelos de regresión logística binaria, aplicando una selección de variables en tres etapas: criterio de información de Akaike (AIC), máxima verosimilitud y desviación residual. Se hicieron análisis estratificados por edad de la madre y embarazos, así como series temporales para examinar las tendencias en las indicaciones de cesárea entre 2009 y 2022. Los resultados se expresaron con razón de momios (OR) e intervalos de confianza del 95% y valores de p significativos ( $p < 0.05$ ), aplicando corrección por comparaciones múltiples.

El estudio fue autorizado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Central del Ecuador (código 009-DOC-FCM-2023).

## RESULTADOS

Se encontraron 26,236 registros de los que el 59.6% ( $n = 15,643$ ) correspondieron a cesárea. La cesárea primaria se practicó en el 37.2% de los casos ( $n = 9754$ ) y, de este grupo, el 50.75% ( $n = 4950$ ) fue en pacientes multíparas, lo que equivale al 18.9% del total de nacimientos registrados en el periodo de estudio.

La mayoría de las pacientes tenía entre 20 y 34 años (61.16), se autoidentificaban como mestizas (93.55) y contaban con un grado de escolaridad secundario (59.35). El 72.07% reportó tener una pareja estable, el 50.74% había tenido embarazos previos, y solo el 32.87% refirió que el embarazo fue planificado.

El consumo de sustancias nocivas durante el embarazo fue bajo: alcohol (2.66), tabaco (5.59) y sustancias ilícitas (0.41). Entre los antecedentes médicos, el 3.18% tenía hipertensión crónica, el 2.82% infección por VIH, y el 10.83% ruptura prematura de membranas. También se identificaron embarazos múltiples en el 14.47% y trastornos hipertensivos del embarazo en el 25.25% de las pacientes.

En relación con los recién nacidos, el 81.63% se encontró en posición cefálica y el 51.51% nació a término. Se observó un ligero predominio del sexo masculino (54.81%). El 19.28% tuvo una puntuación de Apgar menor a 7 al primer minuto, mientras que el 3.72% la mantuvo al quinto minuto. El 56.43% registró bajo peso al nacer, y el 36.11% experimentó bajo peso para las semanas de gestación. Se identificaron defectos congénitos en el 13.84% de los casos, y la mortalidad neonatal fue del 7.72%.

En comparación con las primigestas, las mujeres multíparas fueron de mayor edad, con grado de escolaridad más bajo y mayor frecuencia de una unión estable. También mostraron una mayor proporción de embarazos planificados, embara-

zos múltiples y diagnóstico de infección por VIH. Entre las condiciones obstétricas, se observó una mayor frecuencia de presentación fetal no cefálica y de partos pretérmino en este grupo.

En relación con los recién nacidos, los hijos de madres multíparas tuvieron mayor frecuencia de puntuaciones Apgar menores de 7 al primer minuto, bajo peso al nacer y mayor tasa de mortalidad neonatal. En el **Cuadro 1** se detallan las características sociodemográficas, obstétricas y neonatales comparadas entre ambos grupos.

### Factores asociados con la primera cesárea en multíparas

El análisis multivariado mostró que, en pacientes multíparas, la cesárea primaria se asoció significativamente con edad de la madre más o menos mayor a 35 años. También se identificaron asociaciones positivas con la baja escolaridad, embarazo planificado, presentación fetal anómala, parto pretérmino, peso elevado para las semanas de gestación y mortalidad neonatal. En contraste, la ausencia de una pareja estable y el

**Cuadro 1.** Características sociodemográficas y clínicas comparadas entre pacientes primíparas y multíparas (continúa en la siguiente página)

Variables	Población total (%)	Sin embarazo previo (%)	Con embarazo previo (%)	p
	n = 9754	n = 4804	n = 4950	
<b>Edad</b>				
Menor de 20	2561 (26.26)	2225 (46.3)	336 (6.8)	< 0.001
20 a 29 años	4351 (44.61)	2114 (44)	2237 (45.2)	
30 a 39 años	2414 (24.75)	427 (8.9)	1897 (40.1)	
40 años o más	428 (4.39)	38 (0.8)	390 (7.9)	
<b>Etnia minoritaria</b>				
Sí	9123 (93.53)	4528 (94.3)	4595 (92.8)	0.004
No	631 (6.46)	276 (5.7)	355 (7.2)	
<b>Estudios</b>				
Ninguna	95 (0.97)	26 (0.5)	69 (1.4)	< 0.001
Primaria	2111 (21.64)	645 (13.4)	1466 (29.6)	
Secundaria	5789 (59.35)	3128 (65.1)	2661 (53.8)	
Superior	1759 (18.03)	1005 (20.92)	754 (15.2)	
<b>Embarazo planeado</b>				
Sí	3206 (32.87)	1387 (28.9)	1819 (36.7)	< 0.001
No	6548 (67.13)	3417 (71.1)	3131 (63.3)	
<b>Pareja estable</b>				
Sí	7030 (72.07)	2799 (58.3)	4231 (85.5)	< 0.001
No	2724 (27.93)	2005 (41.7)	719 (14.5)	
<b>Antecedentes de hipertensión</b>				
Sí	310 (3.18)	108 (2.2)	202 (4.1)	0.001
No	9444 (96.82)	4696 (97.8)	4748 (95.9)	



**Cuadro 1.** Características sociodemográficas y clínicas comparadas entre pacientes primíparas y múltiparas (continúa en la siguiente página)

Variables	Población total (%)	Sin embarazo previo (%)	Con embarazo previo (%)	p
	n = 9754	n = 4804	n = 4950	
<b>Consultas prenatales</b>				
Ninguna	129 (1.32)	57 (1.2)	72 (1.5)	0.43
1 a 4	1970 (20.20)	994 (20.7)	976 (19.7)	
5 a 7	4346 (44.56)	2123 (44.2)	2223 (44.9)	
8 o más	3309 (33.92)	1630 (33.9)	1679 (33.9)	
<b>Consumo de drogas</b>				
Sí	40 (0.41)	20 (0.4)	20 (0.4)	1
No	9714 (99.59)	4784 (99.6)	4930 (99.6)	
<b>Exposición a tabaco</b>				
Sí	545 (5.59)	280 (5.8)	265 (5.4)	0.32
No	9209 (94.41)	4524 (94.2)	4685 (94.6)	
<b>Consumo de alcohol</b>				
Sí	259 (2.66)	128 (2.7)	131 (2.6)	1
No	9495 (97.34)	4676 (97.3)	4819 (97.4)	
<b>Trastornos hipertensivos del embarazo</b>				
Sí	2463 (25.25)	1229 (25.6)	1234 (24.9)	0.47
No	7291 (74.75)	3575 (74.4)	3716 (75.1)	
<b>VIH positivo</b>				
Sí	282 (2.89)	100 (2.1)	182 (3.7)	< 0.001
No	9472 (97.10)	4706 (97.9)	4766 (96.3)	
<b>Ruptura prematura de membranas</b>				
Sí	1056 (10.83)	519 (10.8)	537 (10.8)	1
No	8698 (89.17)	4285 (89.2)	4413 (89.2)	
<b>Presentación cefálica</b>				
Sí	7962 (81.63)	4048 (84.3)	3914 (79.1)	< 0.001
No	1792 (18.37)	756 (15.7)	1036 (20.9)	
<b>Semanas de gestación</b>				
Pretérmino	4679 (47.97)	2013 (41.9)	2666 (53.9)	< 0.001
A término	5024 (51.51)	2767 (57.6)	2257 (45.6)	
Postérmino	51 (0.52)	24 (0.5)	27 (0.5)	
<b>Sexo del recién nacido</b>				
Masculino	5346 (54.81)	2685 (55.9)	2661 (53.8)	0.036
Femenino	4408 (45.19)	2119 (44.1)	2289 (46.2)	
<b>Apgar menor a 7 al primer minuto</b>				
Sí	1881 (19.28)	883 (18.4)	998 (20.2)	0.027
No	7873 (80.72)	3921 (81.6)	3952 (79.8)	

**Cuadro 1.** Características sociodemográficas y clínicas comparadas entre pacientes primíparas y multíparas

Variables	Población total (%)	Sin embarazo previo (%)	Con embarazo previo (%)	p
	n = 9754	n = 4804	n = 4950	
Apgar menor a 7 a los 5 minutos				
Sí	363 (3.72)	4641 (96.6)	4750 (96)	0.102
No	9391 (96.28)	163 (3.4)	200 (4)	
Neonato de embarazo múltiple				
Sí	1411 (14.47)	558 (11.6)	853 (17.2)	<0.001
No	8343 (85.53)	4246 (88.4)	4097 (82.8)	
Peso al nacimiento				
Bajo	5504 (56.43)	2538 (52.8)	2966 (59.9)	< 0.001
Adecuado	3848 (39.45)	2104 (43.8)	1744 (35.2)	
Elevado	402 (4.12)	162 (3.4)	240 (4.8)	
Peso para las semanas de gestación				
Bajo	3522 (36.11)	1758 (36.6)	1764 (35.6)	0.007
Adecuado	5597 (57.38)	2771 (57.7)	2826 (57.1)	
Elevado	635 (6.51)	275 (5.7)	360 (7.3)	
Defectos congénitos				
Sí	1350 (13.84)	703 (14.6)	647 (13.1)	0.27
No	8404 (86.16)	4101 (85.4)	4303 (86.9)	
Egreso recién nacido				
Vivo	9001 (92.28)	4505 (93.8)	4496 (90.8)	<0.001
Fallecido	753 (7.72)	299 (6.2)	454 (9.2)	

sexo masculino del recién nacido se asociaron de manera negativa con la cesárea primaria. La pertenencia a una etnia minoritaria, antecedentes de hipertensión crónica, puntuación de Apgar menor de 7 al primer minuto y peso adecuado al nacer no mostraron asociaciones estadísticamente significativas en el modelo ajustado. Los resultados del análisis bivariado y multivariado se exponen en el **Cuadro 2**.

### Indicaciones médicas de cesárea primaria

En el **Cuadro 3** se muestra la distribución de las indicaciones médicas para la cesárea primaria, en comparación con las primigestas y multíparas. En estas últimas, fueron más frecuentes las indicaciones relacionadas con condiciones clí-

nicas específicas: embarazo múltiple, afecciones placentarias, infección por VIH, enfermedades cervicouterinas, macrosomía fetal, parto pretérmino, alteraciones en el cordón umbilical y otras comorbilidades maternas no obstétricas.

Por el contrario, en las primigestas predominaron de forma significativa las indicaciones vinculadas con la dinámica del parto: afectación del bienestar fetal, desproporción cefalopélvica, distocia y fracaso en la inducción. No se observaron diferencias entre ambos grupos en la frecuencia de trastornos hipertensivos del embarazo, presentación fetal anómala, malformaciones congénitas, ruptura prematura de membranas, alteraciones del líquido amniótico, ni restricción del crecimiento intrauterino.



**Cuadro 2.** Factores maternos y neonatales asociados con la cesárea primaria

Variables	Regresión logística simple		Regresión logística múltiple	
	OR	p	ORa	P
Madre ≥ 35 años	8.00 (6.59;9.71)	<0.001	8.00 (6.59;9.71)	<0.001
Etnia minoritaria	1.27 (1.08;1.49)	0.00426	1.09 (0.90;1.31)	0.364
Menor instrucción	2.77 (2.50;3.06)	<0.001	2.31 (2.07;2.58)	<0.001
Sin pareja estable	0.23 (0.21;0.26)	< 0.001	0.27 (0.24;0.30)	< 0.001
Antecedentes de hipertensión	1.85 (1.46;2.34)	< 0.001	1.24 (0.94;1.62)	0.125
Embarazo planeado	1.43 (1.31;1.56)	< 0.001	1.18 (1.07;1.30)	< 0.001
Presentación no cefálica	1.42 (1.28;1.57)	< 0.001	1.27 (1.13;1.43)	< 0.001
Recién nacido masculino	1.08 (1.02;1.15)	0.010	0.98 (0.83;0.99)	0.034
Apgar menor a 7 al minuto	1.12 (1.01;1.24)	0.025	1.02 (0.90;1.14)	0.079
Recién nacido prematuro	1.62 (1.49;1.75)	<0.001	1.64 (1.46;1.85)	0.057
Peso adecuado al nacimiento	0.69 (0.64;0.75)	<0.001	1.03 (0.91;1.16)	0.608
Peso elevado para las semanas de gestación	1.29 (1.10;1.52)	0.001	1.57 (1.30;1.90)	<0.001
Mortalidad neonatal	1.52 (1.31;1.77)	0.001	1.21 (1.01;1.44)	0.03

**Cuadro 3.** Indicaciones médicas de cesárea comparadas entre grupos (continúa en la siguiente página)

Variables	Población total	Sin embarazo previo	Con embarazo previo	p
	n = 9754	n = 4804	n = 4950	
<b>Afectación del bienestar fetal</b>				
Sí	2094 (21.46)	1160 (24.1)	934 (18.9)	<0.001
No	7660 (78.54)	3644 (75.9)	4016 (81.1)	
<b>Trastornos hipertensivos</b>				
Sí	1857 (19.03)	924 (19.2)	933 (18.8)	0,64
No	7897 (80.98)	3880 (80.9)	4017 (81.2)	
<b>Embarazo múltiple</b>				
Sí	1411 (14.46)	558 (11.6)	853 (17.2)	< 0.001
No	8343 (85.56)	4246 (88.4)	4097 (82.8)	
<b>Desproporción cefalopélvica</b>				
Sí	867 (8.87)	595 (12.4)	272 (5.5)	< 0.001
No	8887 (91.11)	4209 (87.6)	4678 (94.5)	
<b>Otras afecciones maternas no obstétricas</b>				
Sí	475 (4.86)	197 (4.1)	278 (5.6)	0.001
No	9754 (95.13)	4607 (95.9)	4672 (94.4)	
<b>Posición fetal</b>				
Sí	698 (7.15)	330 (6.9)	368 (7.4)	0.29
No	9056 (92.84)	4474 (93.1)	4582 (92.6)	

**Cuadro 3.** Indicaciones médicas de cesárea comparadas entre grupos

Variables	Población total	Sin embarazo previo	Con embarazo previo	p
	n = 9754	n = 4804	n = 4950	
<b>Prematurez</b>				
Sí	526 (5.39)	229 (4.8)	297 (6)	0,008
No	9228 (94.61)	4575 (95.2)	4653 (94)	
<b>Defectos congénitos</b>				
Sí	293 (3)	149 (3.1)	144 (2.9)	0,61
No	9461 (97)	4655 (96.9)	4806 (97.1)	
<b>Afección cervicouterina</b>				
Sí	262 (2.68)	112 (2.3)	150 (3)	0,038
No	9492 (97.31)	4692 (97.7)	4800 (97)	
<b>Distocia de parto</b>				
Sí	240 (2.46)	168 (3.5)	72 (1.5)	1,16E-07
No	9514 (97.54)	4636 (96.5)	4878 (98.5)	
<b>VIH positivo</b>				
Sí	230 (2,35)	74 (1,5)	156 (3,2)	0,001
No	9524 (97,64)	4730 (98,5)	4794 (96,8)	
<b>Afección placentaria</b>				
Sí	203 (2.08)	26 (0.5)	177 (3.6)	< 0.001
No	9551 (97.92)	4778 (99.5)	4773 (96.4)	
<b>Macrosomía</b>				
Sí	192 (1.96)	73 (1.5)	119 (2.4)	0,002
No	9562 (98.03)	4731 (98.5)	4831 (97.6)	
<b>Ruptura prematura de membranas</b>				
Sí	122 (1.25%)	62 (1.3)	60 (1.2)	0,79
No	9632 (98.75)	4742 (98.7)	4980 (98.8)	
<b>Alteración en el líquido amniótico</b>				
Sí	115 (1.17)	56 (1.2)	59 (1.2)	1
No	9639 (98.82)	4748 (98.8)	4891 (98.8)	
<b>Fracaso en la inducción</b>				
Sí	70 (0.71)	49 (1)	21 (0.4)	0,001
No	9684 (99.28)	4755 (99)	4929 (99.6)	
<b>Restricción de crecimiento intrauterino</b>				
Sí	66 (0.67)	33 (0.7)	33 (0.7)	1
No	9688 (99.32)	4771 (99.3)	4917 (99.3)	
<b>Alteración en el cordón umbilical</b>				
Sí	33 (0.3)	9 (0.2)	24 (0.5)	0,01
No	9721 (99.66)	4795 (99.8)	4926 (99.5)	



### Asociación entre indicaciones médicas y cesárea primaria en multiparas

El análisis multivariado mostró que varias afecciones se asociaron, positivamente, con la indicación de cesárea primaria en multiparas. Las asociaciones más significativas se observaron con anomalías placentarias, alteraciones en el cordón umbilical, infección por VIH, macrosomía fetal, embarazo múltiple, parto pretérmino, patologías cervicouterinas y otras comorbilidades maternas no obstétricas.

En contraste, algunas indicaciones que de siempre se han considerado criterios para cesárea: desproporción cefalopélvica, distocia de parto, fracaso en la inducción y la afectación del bienestar fetal, mostraron asociaciones negativas en este grupo. **Cuadro 4**

### Modificación del efecto de la edad de la madre

El análisis estratificado por edad de la madre mostró que las mujeres más o menos mayores de 35 años tuvieron una mayor asociación con ciertas indicaciones clínicas de cesárea primaria. Se observó una asociación muy relevante

de afecciones placentarias (ORa: 9.65; IC95%: 2.18-42.79) y con macrosomía fetal (ORa: 4.67; IC95%: 1.49-14.59). En contraste, en pacientes entre 20 y 35 años se identificó una asociación negativa con la desproporción cefalopélvica (ORa: 0.47; IC95%: 0.31-0.71). **Figura 1**

### Influencia de los embarazos previos

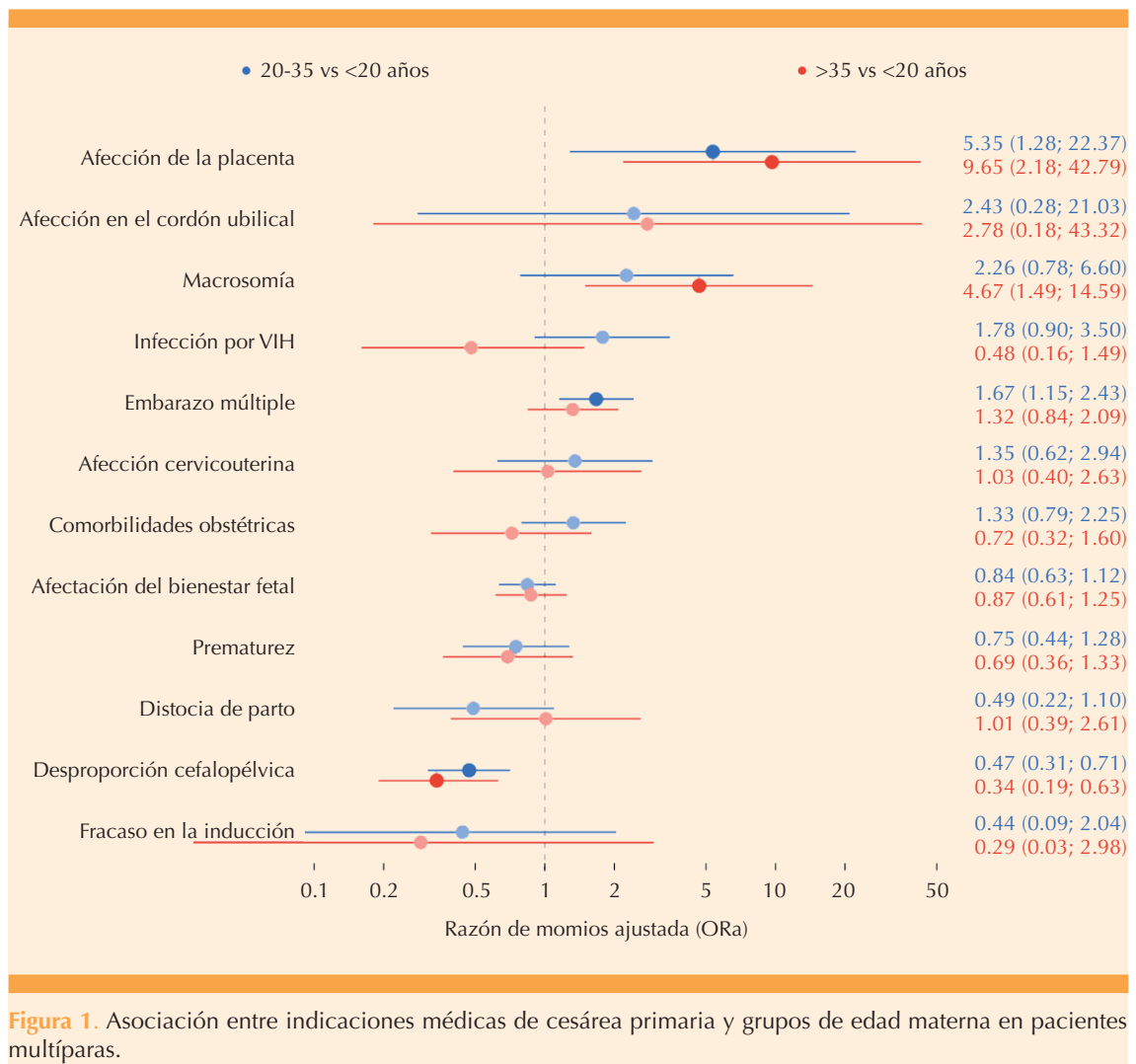
Los embarazos previos también modificaron las asociaciones observadas. En pacientes con 1 a 3 embarazos, la afectación del cordón umbilical mostró la asociación más consistente (ORa: 7.07; IC95%: 0.65-76.79), seguida de las anomalías placentarias (ORa: 4.09; IC95%: 1.36-12.30) y macrosomía fetal (ORa: 3.06; IC95%: 1.10-8.51). En grandes multiparas (más de 4 embarazos), se observó una elevada asociación con las afecciones placentarias (ORa: 5.89; IC95%: 1.63-21.33) y la macrosomía (ORa: 3.52; IC95%: 0.84-14.82). **Figura 2**

### Tendencias temporales en las indicaciones clínicas

El análisis de series temporales reveló cambios significativos en la distribución de las

**Cuadro 4.** Indicaciones médicas asociadas con la cesárea primaria en pacientes multiparas

Variables	Regresión logística simple		Regresión logística múltiple	
	OR	p	ORa	p
Afectación del bienestar fetal	0.73 (0.66;0.80)	< 0.001	0.78 (0.70;0.87)	< 0.001
Desproporción cefalopélvica	0.41 (0.35;0.47)	< 0.001	0.44 (0.37;0.52)	< 0.001
Distocia	0.40 (0.30;0.53)	< 0.001	0.41 (0.31;0.55)	< 0.001
Embarazo múltiple	1.58 (1.41;1.78)	< 0.001	1.49 (1.31;1.69)	< 0.001
Fracaso en la inducción	0.41 (0.24;0.69)	< 0.001	0.41 (0.24;0.69)	< 0.001
Macrosomía	1.60 (1.19;2.14)	< 0.001	1.59 (1.18;2.14)	< 0.001
Infección por VIH	2.08 (1.57;2.75)	< 0.001	2.05 (1.54;2.73)	< 0.001
Comorbilidades maternas no obstétricas	1.39 (1.15;1.68)	< 0.001	1.37(1.13;1.67)	0.001
Afección cervicouterina	1.31 (1.02;1.68)	0.033	1.30 (1.01;1.68)	0.041
Afección del cordón umbilical	2.60(1.21;5.59)	0.014	2.59 (1.20;5.60)	0.015
Afección placentaria	6.81 (4.51;10.30)	< 0.001	6.62(4.36;10.10)	0.001
Prematuridad	1.28 (1.07;1.52)	0.007	1.26 (1.05;1.52)	0.012



indicaciones clínicas de cesárea primaria a lo largo del periodo de estudio. Se evidenció un incremento progresivo en la proporción de cesáreas atribuibles a comorbilidades no obstétricas, embarazo múltiple, distocia de parto, fracaso en la inducción y prematurez. En contraste, disminuyeron progresivamente como indicaciones principales: la desproporción cefalopélvica, la macrosomía fetal, la infección por VIH y las afecciones placentarias. **Figura 3**

## DISCUSIÓN

Este estudio identificó condiciones sociodemográficas, obstétricas y neonatales asociadas con la cesárea primaria en pacientes multíparas, quienes representaron el 50.75% de todas las cesáreas primarias. Entre los factores con asociación positiva destacaron: edad de la madre más o menos mayor de 35 años, baja escolaridad, embarazo planificado, presentación fetal no cefálica, parto pretérmino,

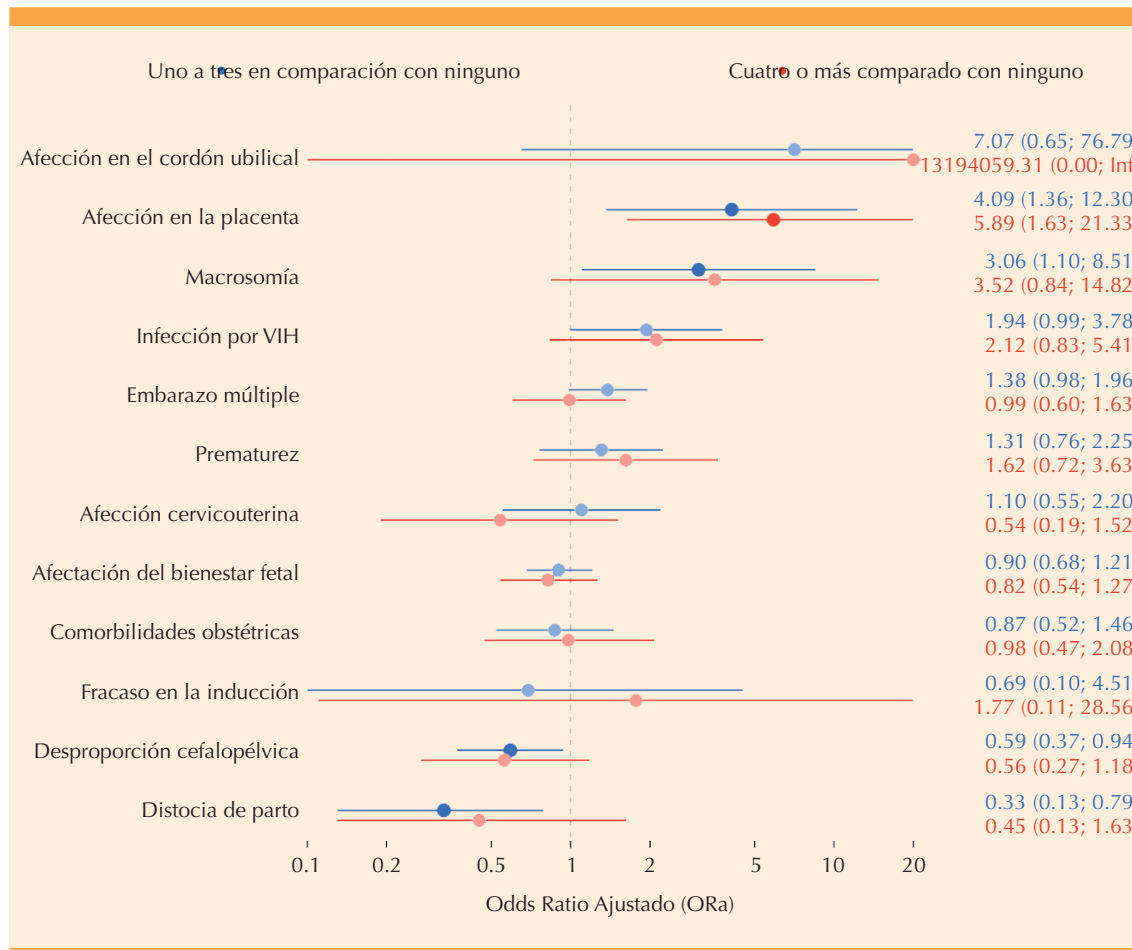


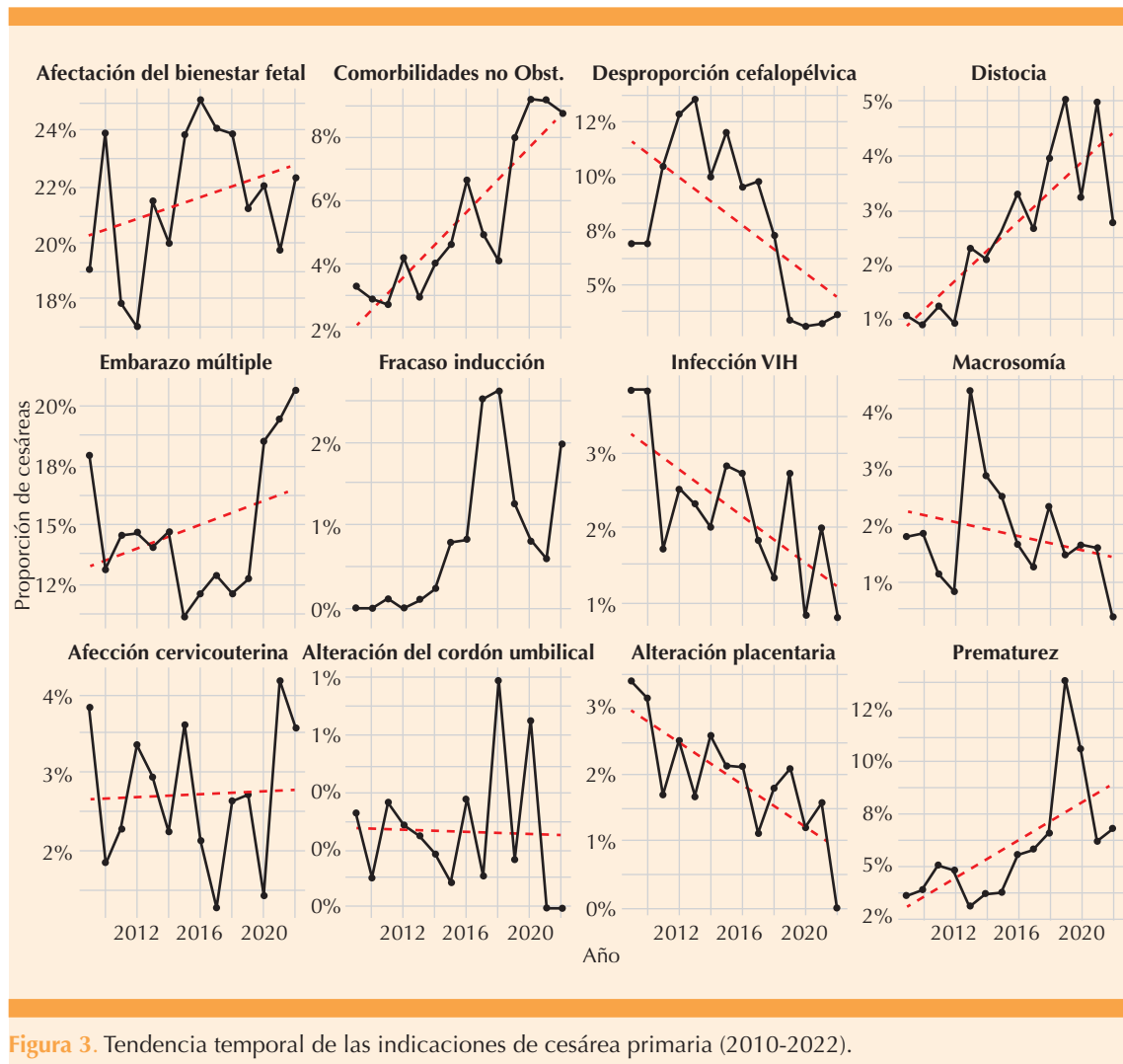
Figura 2. Asociación entre indicaciones médicas de cesárea primaria y embarazos previos en pacientes múltiparas.

macrosomía y mortalidad neonatal. También se asociaron indicaciones clínicas de: afecciones placentarias, alteraciones en el cordón umbilical, infección por VIH, embarazo múltiple, enfermedades cervicouterinas y comorbilidades maternas no obstétricas. Algunas indicaciones clásicas, como la desproporción cefalopélvica, distocia, inducción fallida y afectación del bienestar fetal mostraron asociación negativa en este grupo.

La frecuencia de cesárea primaria en este hospital fue superior a la reportada en otros estudios (18.4% y 2%).<sup>15,16</sup> No obstante, entre las múltiparas,

la proporción observada fue intermedia respecto de estudios previos (27.6% y 13.39%).<sup>8,17</sup>

La edad de la madre más o menos mayor de 35 años mostró asociación con la cesárea primaria en las múltiparas, sobre todo ante las afecciones placentarias y la macrosomía, en concordancia con estudios que demostraron un aumento progresivo de cesáreas con la edad de la madre, incluso en mujeres con partos previos.<sup>9,18</sup> Asimismo, la baja escolaridad se asoció con este procedimiento, en contraste con otras poblaciones donde se observó mayor frecuencia en mujeres con mayor escolaridad.<sup>19</sup>



Estas diferencias podrían reflejar desigualdades en el acceso a servicios de salud, información obstétrica o decisiones clínicas influidas por el contexto social.

La asociación positiva entre la planificación del embarazo y la cesárea primaria en múltiples quizás se relacione con mayor expectativa de control en el proceso obstétrico y, por lo tanto, una mayor percepción del riesgo.<sup>20,21</sup> El hecho de no tener pareja estable se asoció, negativamente, con la ejecución de este procedimiento

y coincide con hallazgos que relacionan la soltería con menor acceso a controles prenatales y menor probabilidad de intervención obstétrica electiva.<sup>22,23</sup>

En pacientes múltiples, el embarazo múltiple fue una de las principales indicaciones de cesárea primaria, en línea con estudios que evidencian su asociación con mayor riesgo perinatal,<sup>2</sup> aunque algunos autores consideran viable el parto en gestaciones múltiples de mujeres con partos previos.<sup>24</sup>



La infección por VIH también mostró asociación positiva con la cesárea primaria en pacientes multíparas, lo que coincide con la persistencia de prácticas orientadas a minimizar la transmisión vertical, incluso en casos con carga viral indetectable.<sup>25,26,27</sup>

Las afecciones cervicouterinas se asociaron, de manera significativa, con la cesárea primaria en multíparas, aunque la evidencia de su repercusión en la vía del parto es inconsistente.<sup>28,29</sup> Las afecciones placentarias mostraron una asociación fuerte, sobre todo en mujeres más o menos mayores de 35 años. Si bien los datos en mujeres multíparas son limitados, situaciones como la placenta previa y el desprendimiento justifican una cesárea inmediata.<sup>5</sup> Del mismo modo, aunque poco frecuentes, las alteraciones en el cordón umbilical también se asociaron con este procedimiento. Algunos estudios describen una mayor prevalencia de nudos verdaderos del cordón en multíparas, lo que podría explicar esta relación.<sup>30</sup>

Las comorbilidades maternas, no obstétricas, mostraron una asociación positiva con la cesárea primaria en pacientes multíparas. Aunque la proporción en este estudio fue menor a la reportada en investigaciones previas<sup>7,17</sup> se reafirma la necesidad de evaluar, integralmente, las condiciones clínicas preexistentes, incluso en pacientes con historial de parto.

La presentación no cefálica permaneció como una indicación ampliamente reconocida de cesárea primaria, independientemente del nivel de paridad.<sup>5,8</sup> La macrosomía figuró entre las principales indicaciones de cesárea primaria en pacientes multíparas, sobre todo en las mayores de 35 años. Diversos estudios vinculan el peso elevado del feto con una mayor probabilidad de nacimiento por cesárea, incluso en embarazadas con antecedente de parto.<sup>9</sup> La prematuridad también se asoció con mayor frecuencia de

este procedimiento en pacientes multíparas. Si bien algunas investigaciones indican que el parto no implica mayor morbilidad neonatal en prematuros seleccionados, en la práctica clínica suele preferirse la cesárea como medida de prevención.<sup>23,31</sup> El sexo masculino del recién nacido mostró una leve asociación negativa, lo que difiere de reportes que documentan mayor frecuencia de cesáreas en varones debido a complicaciones, como la macrosomía.<sup>14</sup>

Las indicaciones por desproporción cefalopélvica, distocia, fracaso en la inducción y afectación del bienestar fetal mostraron una asociación negativa con la cesárea primaria en las pacientes multíparas. Esto sugiere que, en pacientes con vía del parto previamente comprobada, estas condiciones podrían tener menor peso en la decisión quirúrgica.<sup>8,9,32,33</sup> En particular, la afectación del bienestar fetal fue menos común en las pacientes multíparas, quizá por la mayor tolerancia al trabajo de parto o por diferencias en la interpretación clínica del patrón fetal.<sup>8,9,33</sup>

La mortalidad neonatal se asoció, positivamente, con cesárea primaria en pacientes multíparas, en concordancia con lo encontrado en África subsahariana.<sup>12</sup> Esta relación podría reflejar un contexto clínico y social complejo que condiciona la indicación quirúrgica en escenarios de mayor riesgo.

Por último, el análisis de tendencias temporales evidenció un aumento sostenido en la proporción de cesáreas atribuibles a embarazo múltiple, macrosomía, prematuridad y comorbilidades no obstétricas. A su vez, se observó una disminución de las cesáreas indicadas por desproporción cefalopélvica, fracaso en la inducción, infección por VIH y afecciones placentarias. Estos cambios podrían reflejar transformaciones en los perfiles clínicos maternos o una evolución de los criterios institucionales de indicación quirúrgica.

Este estudio se enfoca en un grupo poco explorado: pacientes multíparas con antecedente de parto. La cantidad de casos incluidos y el periodo de estudio confieren validez a los resultados obtenidos. La principal limitación es el carácter retrospectivo del estudio y el uso de datos secundarios, con posibilidad de subregistro o errores en la codificación.

## CONCLUSIONES

En pacientes multíparas se identificaron factores sociodemográficos, obstétricos y neonatales asociados con la cesárea primaria; este grupo representó más de la mitad de los casos analizados. Este hallazgo resulta relevante puesto que se trata de pacientes de bajo riesgo por el antecedente de partos. Lo aquí encontrado muestra que la cesárea primaria en pacientes multíparas obedece a un conjunto diverso de determinantes, entre ellos la edad de la madre mayor de 35 años, la macrosomía, las afecciones placentarias, el embarazo múltiple y las comorbilidades no obstétricas. En cambio, las indicaciones clásicas, como la distocia, desproporción cefalopélvica y el sufrimiento del feto mostraron menor frecuencia, lo que pone en duda la aplicabilidad uniforme de estos criterios en mujeres con experiencia obstétrica.

La asociación con desenlaces neonatales adversos, incluida la mortalidad neonatal, subraya la necesidad de una evaluación clínica integral y personalizada. En este grupo, la vía del nacimiento debería definirse considerando los antecedentes y las condiciones actuales. Se requieren estudios adicionales que exploren los determinantes institucionales y la variabilidad en las prácticas clínicas que influyen en la indicación de la cesárea en pacientes multíparas, con el fin de favorecer las decisiones obstétricas más seguras y justificadas.

## Nota del editor

*Parto*: tránsito y expulsión al exterior del feto y de la placenta alojados en el útero. *Cesárea*: técnica por la que se extrae el feto mediante una incisión abdominal y otra uterina. Valga la aclaración para no caer en el barbarismo del parto vaginal o de cesárea abdominal. En nuestro medio ambas son, entre otros, el motivo principal de nuestra especialidad.

## DECLARACIONES

### Conflicto de intereses

Los autores declaran que la investigación se llevó a cabo sin ninguna relación comercial o financiera que pudiera interpretarse como un posible conflicto de intereses.

### Financiación

A cargo de los autores.

### Declaración de inteligencia artificial

Los autores declaran que no se utilizó inteligencia artificial para la elaboración del contenido. No obstante, se recurrió a herramientas de IA exclusivamente para apoyar en la mejora del lenguaje científico y la redacción, con supervisión y validación humana en todas las etapas del proceso.

## REFERENCIAS

1. World Health Organization. WHO Statement on Caesarean Section Rates. Geneva: WHO; 2015; 6 (1): 90-3. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/161442>
2. Zimmo MW, Laine K, Hassan S, et al. Caesarean section in Palestine using the Robson Ten Group Classification System: a population-based birth cohort study. *BMJ Open* 2018; 8 (10): e022875. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022875>
3. Cohen WR, Robson MS, Bedrick AD. Disquiet concerning cesarean birth. *J Perinat Med* 2023; 51 (5): 591-99. <https://doi.org/10.1515/jpm-2022-0343>
4. Imai MD K. Primary cesarean section in term, low-risk multiparous women: a single clinic retrospective observational study. *Obstet Gynecol Int J* 2021; 12 (1): 10-13. <https://doi.org/10.15406/ogij.2021.12.00543>
5. Alshammari RF, Khan FH, Alkwai HM, et al. Role of parity and age in cesarean section rate among women: a retrospective cohort study in Hail, Saudi Arabia. *Int J Environ Res*



- Public Health 2023; 20 (2): 1486. <https://doi.org/10.3390/ijerph20021486>
6. Abdallah W, Abi Tayeh G, Cortbaoui E, et al. Cesarean section rates in a tertiary referral hospital in Beirut from 2018 to 2020: Our experience using the Robson Classification. *Int J Gynaecol Obstet* 2022; 156 (2): 298-303. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13653>
  7. Elnakib S, Abdel-Tawab N, Orbay D, et al. Medical and non-medical reasons for cesarean section delivery in Egypt: a hospital-based retrospective study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2019; 19 (1): 411. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2558-2>
  8. Shah RK, Ansari S, Mushtaq R, et al. Primary Caesarean Section among Multiparous Pregnant Women Visiting a Tertiary Care Centre: A Descriptive Cross-sectional Study. *J Nepal Med Assoc* 2022; 60 (254): 848-52. <https://doi.org/10.31729/jnma.7532>
  9. Buyuk GN, Kansu-Celik H, Kaplan ZAO, et al. Risk factors for intrapartum cesarean section delivery in low-risk multiparous women following at least a prior vaginal birth (Robson Classification 3 and 4). *Rev Bras Ginecol Obstet* 2021; 43 (06): 436-41. <https://doi.org/10.1055/s-0041-1731378>
  10. Luca A, Vinturache A, Ilea C, et al. Birth trauma in preterm spontaneous vaginal and cesarean section deliveries: A 10-years retrospective study. *PLoS One* 2022; 17 (10): e0275726. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0275726>
  11. Akhter H, Sen S, Talukder RK, et al. Assessment of indications and complications of cesarean section in a private Medical College Hospital of Bangladesh. *Mymensingh Med J* 2020; 29 (4): 756-63. PMID: 33116074
  12. Olukade T, Uthman OA. Caesarean section and increased neonatal mortality risk in meta-analysis of 33 sub-Saharan Africa Demographic and Health Surveys. *Acta Paediatr.* 2020; 110 (10): 2780-89. <https://doi.org/10.1111/apa.16032>
  13. Sandall J, Tribe RM, Avery L, et al. Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children. *Lancet* 2018; 392 (10155): 1349-57. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31930-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31930-5)
  14. Funaki S, Ogawa K, Ozawa N, et al. Differences in pregnancy complications and outcomes by fetal gender among Japanese women: a multicenter cross-sectional study. *Sci Rep* 2020; 10 (1): 18810. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-75969-8>
  15. Hansu K. A comparison of the rates of and indications for cesarean delivery between Syrian refugee women and Turkish women. *Rev Assoc Med Bras* 2023; 69 (9): e20230326. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.20230326>
  16. Wilson KB, Fogel J, Jacobs AJ. Association of socioeconomic variables with primary cesarean section. *South Med J* 2024; 117 (10): 591-98. <https://doi.org/10.14423/SMJ.0000000000001744>
  17. Janani L, Christina S, Akoijam B, et al. Analysis of cesarean section rates and its indications using Robson's classification at a tertiary care hospital, Manipur. *Indian J Public Health* 2022; 66 (4): 434. [https://doi.org/10.4103/ijph.ijph\\_1928\\_21](https://doi.org/10.4103/ijph.ijph_1928_21)
  18. Richards MK, Flanagan MR, Littman AJ, et al. Primary cesarean section and adverse delivery outcomes among women of very advanced maternal age. *J Perinatol* 2016; 36 (4): 272-77. <https://doi.org/10.1038/jp.2015.204>
  19. Velho MB, Brüggemann OM, McCourt C, et al. Prevalence of spontaneous, induced labour or planned caesarean section and factors associated with caesarean section in low-risk women in southern Brazil. *Midwifery* 2019; 79: 102530. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.102530>
  20. Giordano JC, Nascimento SL, Godoy-Miranda AC, et al. The misleading choice for safer births in Brazilian's most developed region: a cross-sectional study. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2019; 32 (5): 718-23. [https://doi.org/10.1080/14767058.2017.1390558](https://sci-hub.se/https://doi.org/10.1080/14767058.2017.1390558)
  21. Bickford CD, Janssen PA. Maternal and newborn outcomes after a prior cesarean birth by planned mode of delivery and history of prior vaginal birth in British Columbia: a retrospective cohort study. *CMAJ Open* 2015; 3 (2): E158-65. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20140055>
  22. Fafard St-Germain AA, Kirby RS, Urquia ML. Reproductive health among married and unmarried mothers aged less than 18, 18–19, and 20–24 years in the United States, 2014–2019: A population-based cross-sectional study. *Persson LÅ, editor. PLoS Med.* 2022; 19 (3): e1003929. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003929>
  23. Rocha AS, de Cássia Ribeiro-Silva R, Paixao ES, et al. Recurrence of preterm births: A population-based linkage with 3.5 million live births from the CIDACS Birth Cohort. *Int J Gynaecol Obstet* 2022; 158 (3): 605-12. <https://doi.org/10.1002/ijgo.14053>
  24. Priyanka P, Abraham K, Navneetham P, et al. Vaginal birth as compared with cesarean section in preterm twins. -Experience from a tertiary center of a middle-income country. *Int J Gynaecol Obstet* 2023; 161 (2): 560-67. <https://doi.org/10.1002/ijgo.14589>
  25. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en adolescentes y adultos. Guía práctica clínica 2019. [https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/06/gpc\\_VIH\\_acuerdo\\_ministerial05-07-2019.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/06/gpc_VIH_acuerdo_ministerial05-07-2019.pdf)
  26. Yang L, Cambou MC, Segura ER, et al. Cesarean delivery and risk of HIV vertical transmission in Southern Brazil, 2008-2018. *AJOG Global Reports* 2023; 3 (2): 100194. <https://doi.org/10.1016/j.xagr.2023.100194>
  27. Figueredo VSL, Monteiro DLM, Batista RFL, et al. Vertical transmission of HIV to neonates in a reference hospital in Northeastern Brazil from 2013 to 2017. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo* 2023; 65: e34. <https://doi.org/10.1590/s1678-9946202365034>
  28. Wu YZ, Ren Y, Zhong YF, et al. Analysis of adverse late-term pregnancy outcomes after cervical cold knife conization. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi* 2024; 59 (6): 447-53. <https://doi.org/10.3760/cma.j.cn112141-20240202-00072>
  29. Åström E, Turkmen S. Obstetric outcomes after cervical loop electrosurgical excision procedure. *Cancer Treat Res Commun* 2023; 34: 100668. <https://doi.org/10.1016/j.ctarc.2022.100668>
  30. Chen S, Liu Z, Lin Q, et al. Risk factors and outcomes associated with true knots of the umbilical cord: A retrospective

- study. *Taiwan J Obstet Gynecol* 2025; 64 (1): 40-45. <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2024.07.019>
31. Kumar R, Chaudhary R, Dhama V, et al. Clinical study of primary caesarean section among multigravida in a tertiary care hospital. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol* 2023; 12 (3): 665-70. <https://doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20230535>
  32. Meena N, Parveen S, Nagar T, et al. Study of indications of primary cesarean section in multigravida patients: A retrospective study. *Asian J Med Sci* 2022; 13 (7): 145-58. <https://doi.org/10.31729/jnma.7532>
  33. Genc S, Emeklioglu CN, Cingillioglu B, et al. The effect of parity on obstetric and perinatal outcomes in pregnancies at the age of 40 and above: a retrospective study. *Croat Med J* 2021; 62 (2): 130-36. <https://doi.org/10.3325/cmj.2021.62.130>

Los artículos publicados, recibidos a través de la plataforma de la revista, con fines de evaluación para publicación, una vez aceptados, aun cuando el caso clínico, un tratamiento, o una enfermedad hayan evolucionado de manera distinta a como quedó asentado, nunca serán retirados del histórico de la revista. Para ello existe un foro abierto (**Cartas al editor**) para retractaciones, enmiendas, aclaraciones o discrepancias.

Las adscripciones de los autores de los artículos son, de manera muy significativa, el respaldo de la seriedad, basada en la experiencia de quienes escriben. El hecho de desempeñarse en una institución de enseñanza, de atención hospitalaria, gubernamental o de investigación no describe la experiencia de nadie. Lo que más se acerca a ello es la declaración de la especialidad acreditada junto con el cargo ocupado en un servicio o una dirección. Cuando solo se menciona el nombre de la institución hospitalaria ello puede prestarse a interpretaciones muy diversas: efectivamente, labora en un gran centro hospitalario, pero se desempeña en funciones estrictamente administrativas, ajenas al tema de la investigación, estrictamente clínico.