

INCIDENCIA E INDICACIONES DE CESAREAS

Sofía Esther Medina Pinto; Analía Valeria Ortiz Gavilán; Laura Cecilia Miño

Dra. Griselda Itatí Abreo. Profesora adjunta de la Cátedra del Internado Rotatorio área materno-infantil. Facultad de Medicina. Universidad Nacional del Nordeste.

Lugar: Servicio de Tocoginecología del Hospital "Dr. José R. Vidal". Corrientes – República Argentina.

RESUMEN

Introducción

La frecuencia de la operación cesárea ha aumentado en los últimos años.

Objetivos: determinar la incidencia de operación cesárea, determinar sus principales indicaciones obstétricas y las patologías maternas asociadas.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Unidad de análisis: Libros de Pases de Guardia desde 1° de enero de 2009 al 30 de abril de 2010. Universo de estudio: gestantes atendidas en dicho servicio. Variables utilizadas: número total de nacimientos, número total de cesáreas, clasificadas según sus indicaciones obstétricas, obteniéndose una base de datos. Adicionalmente, se obtuvo información sobre las patologías maternas asociadas.

Resultados: Se registraron 4016 nacimientos, con incidencia de cesáreas de 32% (n=1299). Indicaciones obstétricas de cesáreas: 30,94% por cesárea anterior, 16 % sufrimiento fetal agudo, 9,76% falta de progresión del trabajo de parto, 9,04% distocia de presentación, 9,04% negativa al parto, 5,45% ginecorragia de la segunda mitad del embarazo, 3,80% desproporción feto pélvica, 3,30% embarazo gemelar, 13,13% otras en un total de 1393 pacientes. Indicaciones por patologías maternas asociadas: 46% hipertensión arterial, 21,60% diabetes, 8,40% coreoanmionitis, 7,60% cáncer de cérvix, 5,20% ruptura prematura de membrana, 4% cardiopatías, 2,40% Lúes, 2,40% colestasis, 1,20% condilomatosis, 0,80% código 76 y otras 0,40% en un total de 250 pacientes.

Conclusión: las cesáreas han aumentado significativamente, respecto de años anteriores, principalmente a expensas de la cesárea anterior e iterativa. Y las patologías maternas asociadas hipertensión arterial y diabetes fueron las de mayor incidencia.

Palabras claves: indicaciones de cesáreas, incidencia de cesáreas, patologías maternas.

ABSTRACT

Introduction

The cesarean section frequency has increased in recent years.

Objectives: To determine the incidence of cesarean section, to determine cesarean major obstetric indications, to determine major associated maternal pathologies.

Material and methods: Observational, descriptive, retrospective trial. Unit of analysis: passes guard books from January 1, 2009 to April 30, 2010. Universe study: pregnant women at the service. Variables used: total births, total number of cesarean section, ranked by obstetric indications, resulting in a database.

Additionally, information was obtained on pregnancy-related pathologies.

Results: There were 4016 births, with cesarean incidence of 32% (n = 1299). Directions obstetric cesarean section: 30.94% previous caesarean, 16% acute fetal distress, 9.76% lack of progression labor, 9.04% dystocia presentation, 9.04% negative at birth labor, 5.45%, ginecorragia of second half pregnancy, 3.80% fetal disproportion pelvic, 3.30% twin pregnancy, 13.13% other in a total of 1393 patients. Maternal pathologies-associated Indications: 46% hypertension 21.60% diabetes, choroanmionitis 8.40%, 7.60% cervical cancer, 5.20%, premature rupture of membranes, 4% heart pathologies, 2.40% syphilis, 2.40% cholestasis, 1.20% condilomatosis, 0.80% code 76 and other 0.40% in total of 250 patients.

Conclusion: The cesarean has increased significantly, recent years, mainly at expense of previous and iterative cesarean. And maternal pathologies associated hypertension and diabetes were the highest incidence.

Keywords: cesarean section indications, incidence of caesarean sections, maternal diseases.

INTRODUCCION

La operación cesárea (OC) es la acto quirúrgico mediante el cual se extrae el feto, la placenta y los anexos ovulares a través de una incisión en la pared abdominal y la pared uterina.¹

La frecuencia de OC ha aumentado progresiva y ampliamente en los últimos años, mientras que antes, era reservada sólo para situa-

ciones en que el parto vaginal ponía en riesgo la salud de la madre o del niño.² Un reciente estudio realizado en ocho países de América Latina, entre ellos la Argentina, mostró una frecuencia global de 30%. Datos que contrastan con los de las décadas de 1960 y 1970, cuando oscilaba alrededor del 10%. Probablemente, muchos factores han contribuido a este aumento, incluyendo la mejora de las técnicas

quirúrgicas y anestésicas, la reducción de riesgo de complicaciones post-operatorias, factores nutricionales y demográficos, y la percepción de médicos y pacientes como un procedimiento seguro, con menor tolerancia a los riesgos,³ la menor oportunidad del operador para adquirir habilidad en las maniobras por vía vaginal, la falta de una segunda opinión profesional y la influencia de las demandas legales.⁴

Más allá de algunas variaciones entre países, sectores de salud u hospitales, se describe un patrón de indicaciones de OC bastante similar, las cesárea anterior (CA) e iterativas, las distocias, y el sufrimiento fetal agudo (SFA), son las principales, en orden de frecuencia.⁵

El aumento en la tasa de OC que se registra en Latinoamérica y especialmente en la Argentina representa un grave problema de salud pública, de causas no claramente investigadas y su resolución pasa por una adecuada gestión entre sus diferentes actores.

Los objetivos del siguiente trabajo son: determinar la incidencia de OC en el Servicio de Tocoginecología del Hospital "Dr. José R. Vidal", en el período de enero 2009 hasta abril 2010. Determinar las principales indicaciones obstétricas de OC y las principales patologías maternas asociadas.

MATERIAL Y METODOS

El presente trabajo es un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de pacientes gestantes que fueron atendidas en el período comprendido entre el 1° de enero de 2009 al 30 de abril de 2010, en el Servicio de Tocoginecología del Hospital "Dr. José R. Vidal" de la ciudad de Corrientes, Argentina. Para su realización, se consultaron los Libros de Pases de

Guardia del periodo antes citado, de los cuales se relevaron las siguientes variables: número total de nacimientos y número total de OC. Estas últimas fueron clasificadas de acuerdo con sus distintas indicaciones obstétricas, obteniéndose una base de datos. Adicionalmente, se obtuvo información sobre las patologías maternas asociadas. Los datos obtenidos se tabularon en planillas y en gráficos estadísticos a través de la aplicación Excel de Microsoft, y posteriormente fueron analizados.

Debido a la variabilidad de los datos encontrados al definir las indicaciones de cesáreas, en el Libro de Pases de guardia, se agruparon las mismas del siguiente modo: *SFA*: que incluye bradicardia fetal, doppler patológico, prueba de la tolerancia a las contracciones positivo (PTC+), CASA no reactivo; *CA*: que incluye la doble cesárea anterior, y la cesárea iterativa; *Falta de progresión del trabajo de parto*: que incluye falta de descenso de la presentación; *Distocia de presentación*: que incluye las diferentes presentaciones (podálica, de cara, de frente, etc.) y la situación oblicua; *Desproporción feto-pélvica*; *Ginecorragia de la segunda mitad*: que incluye desprendimiento prematuro de placenta normoinsera (DPNNI), y placenta previa; *Negativa al parto*; *Embarazo gemelar*.

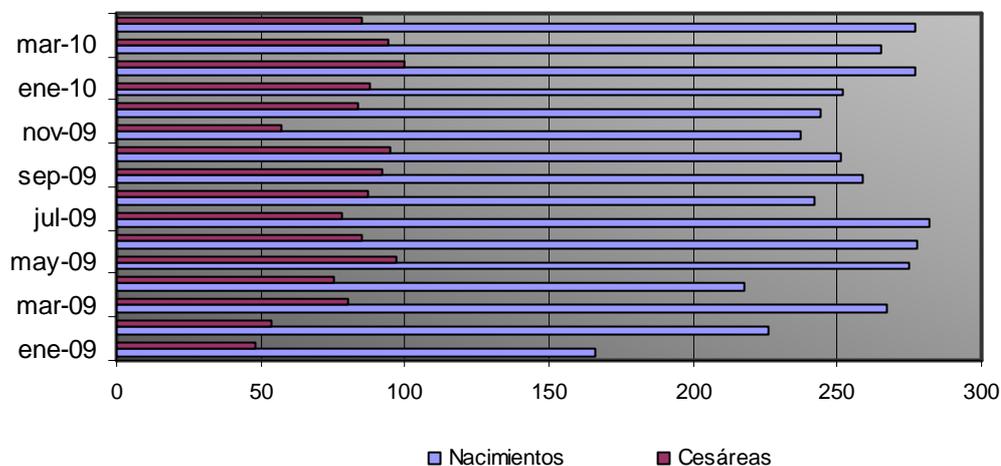
Se calculó la incidencia de OC del período en cuestión. Y sus indicaciones fueron ordenadas según su frecuencia.

RESULTADOS

Los resultados de ésta investigación revelan que en el período Enero 2009/Abril 2010, se registraron 4.016 nacimientos, de los cuales 1.299 fueron por OC, es decir que tuvo una incidencia de 32 %. (GRÁFICOS I y II).

Gráfico I:

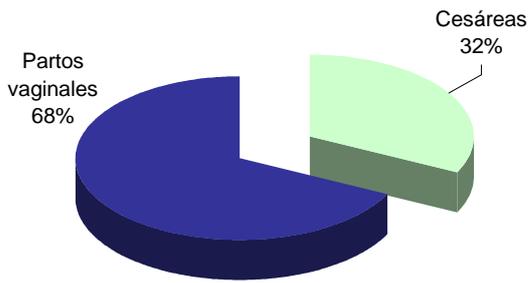
CESAREAS EN RELACION A LOS NACIMIENTOS



FUENTE: Libros de pases de guardias del Servicio de Tocoginecología del Hospital "Dr. José R. Vidal".

Gráfico II:

INCIDENCIA DE CESAREAS

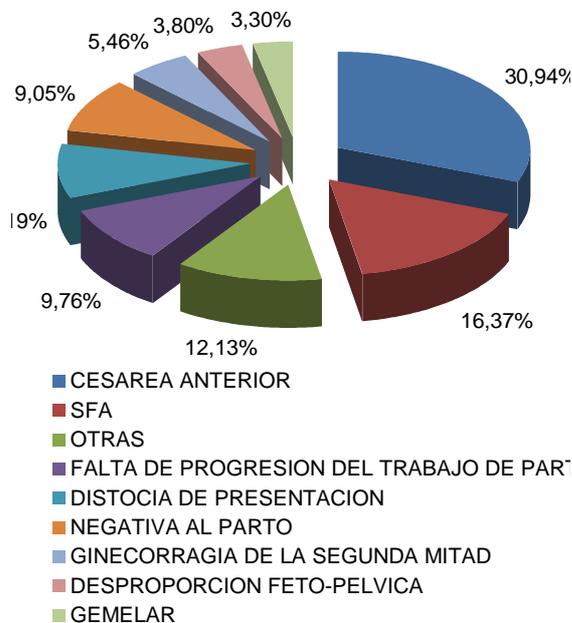


FUENTE: Libros de pases de guardias del Servicio de Tocoginecología del Hospital "Dr. José R. Vidal".

Entre las indicaciones obstétricas de cesárea encontramos que el 30,94% fue por CA, el 16 % por SFA, el 9,76% por falta de progresión del trabajo de parto, el 9,04% por distocia de presentación, el 9,04% por negativa al parto, el 5,45% por ginecorragia de la segunda mitad del embarazo, el 3,80% por desproporción feto pélvica, 3,30% por embarazo gemelar y 13,13% en que las indicaciones fueron otras en un total de 1393 pacientes. (Gráfico III)

Gráfico III

INDICACIONES OBSTETRICAS DE CESAREAS



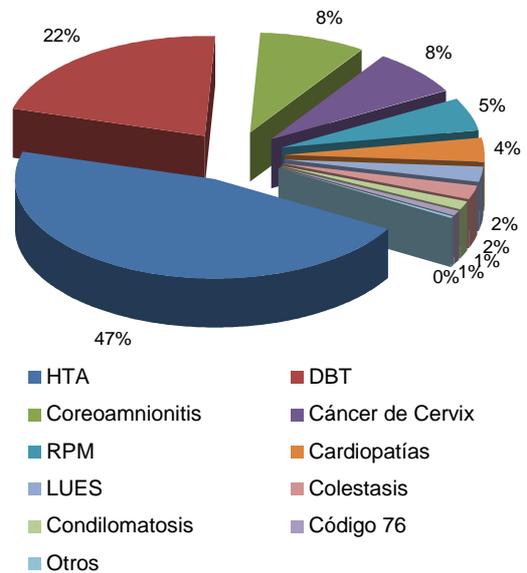
FUENTE: Libros de pases de guardias del Servicio de Tocoginecología del Hospital "Dr. José R. Vidal".

En cuanto a las indicaciones por patologías maternas asociadas encontramos que el 46% fue por HTA, el 21,60% por DBT, el 8,40% por coreoamnionitis, el 7,60% por cáncer de cérvix,

el 5,20% por RPM, el 4% por cardiopatías, el 2,40% por Lúes, el 2,40% por colestasis, 1,20% por condilomatosis, 0,80% por código 76 y por otras indicaciones 0,40% en un total de 250 pacientes. (Gráfico IV).

GRÁFICO IV:

PATOLOGIAS MATERNAS ASOCIADAS AL EMBARAZO

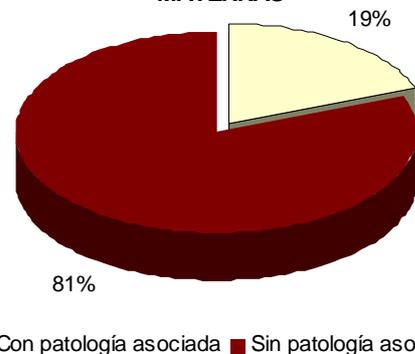


FUENTE: Libros de pases de guardias del Servicio de Tocoginecología del Hospital "Dr. José R. Vidal".

De la tabla de Incidencia de patologías maternas asociadas respecto del total podemos observar que de 1229 pacientes el 80,75% de las indicaciones fueron sin patologías asociadas y el 19,25% con asociación a algunas patologías. (Gráfico V).

Gráfico V:

INCIDENCIA DE CESAREAS ASOCIADAS A PATOLOGIAS MATERNAS



FUENTE: Libros de pases de guardias del Servicio de Tocoginecología del Hospital "Dr. José R. Vidal".

DISCUSION

La OMS sugiere como máximo una tasa de OC del 15% (OMS 1997) ,⁶ y considera por-

centajes superiores a éste como un indicador de mala calidad de atención obstétrica.

Las tasas en la Argentina superan holgadamente el 15%, aunque se encuentren dentro de un número "aceptable" del 22,8% (SIP, 2005); siendo ésta la tasa de hospitales públicos que registran sus datos⁶, faltando los registros de las entidades privadas.

No se discute la validez de la OC cuando está de por medio una indicación absoluta. Sin embargo, éstas, según todas las publicaciones, no superan el 20% de las que se observan en la práctica. Es por ello que actualmente se busca revertir esta tendencia en alza, y se tiende a reducir los índices de incidencia de OC, realizándolas sólo bajo indicaciones médicas indispensables, entendiéndose esto como una mejor atención del embarazo y trabajo de parto que conlleva a menores índices quirúrgicos con mayor beneficio materno y neonatal.⁷

En nuestra investigación encontramos una elevada incidencia de OC, principalmente a expensas de las CA e iterativas, lo cual puede deberse a varios factores. Entre ellos se encuentran algunos obstetras que consideraran el nacimiento por OC como una mejor opción que el parto vaginal, principalmente por motivos relacionados con mayor conveniencia en su ejercicio profesional, incluido el riesgo a demandas legales, se los llama "cesaristas", porque optando por ésta, resuelven el nacimiento en minutos, mientras que el parto vaginal, podría demandar hasta 12 horas en primigestas. Hay embarazadas que eligen la OC, argumentando mayor seguridad para su hijo y por miedo al dolor principalmente. Ante lo cual, es el médico el responsable de guiarse por sus conocimientos y su criterio profesional y ético, y debería aconsejar a la gestante, acerca de los pro y los contra de las distintas opciones, quien a su vez debería contar con adecuada preparación física y psíquica para llegar a la culminación de su embarazo de la manera más fisiológica y con el mayor bienestar materno-fetal posible, a corto y largo plazo.

La segunda indicación de OC más frecuente en nuestro estudio, fue el SFA, obtenido por

monitoreo fetal. En diversas publicaciones se vio que muchos de los niños obtenidos por vía abdominal no mostraron signo que evidenciara el sufrimiento causal. Para muchos autores ese criterio hace posible que poco más del 50% de los casos se operan sin que exista realmente SFA. Es probable que cambios transitorios de la frecuencia cardíaca fetal, sin mayor repercusión, induzcan al obstetra a evacuar el útero. Claro que el temor que exista una agresión justifica el proceder.⁸

El nacimiento por OC incrementa la morbilidad neonatal y materna, sobre la base de una mayor morbilidad respiratoria, principalmente si nacen antes de la semana 39^{9,10}, un mayor número de recién nacidos que ingresan a cuidados intensivos³ aún en situaciones de bajo riesgo perinatal para la madre y el feto².

El progresivo aumento en la tasa OC, ocurrido especialmente en los últimos treinta años, constituye una situación sumamente conflictiva en la medicina perinatal y es motivo de gran preocupación por su negativo impacto sobre la salud de las madres y sus recién nacidos, como así también por el incremento de los costos de la atención.

CONCLUSION

Tras investigar la incidencia de OC que opera el servicio de Tocoginecología del Hospital "Dr. José R. Vidal", se concluye que ha aumentado significativamente, respecto de años anteriores, principalmente a expensas de la CA e iterativa, de manera que es sobre ellas donde se debería actuar para disminuir estas cifras. Para lo cual pensamos que se tendría que evaluar correctamente las primeras OC, y también, permitirles una prueba de parto a aquellas pacientes con una CA.

También nos parece pertinente resaltar la necesidad de realizar adecuados controles prenatales, para detectar patologías maternas como DBT e HTA, porque son situaciones responsables de indicaciones de OC, que tal vez podrían evitarse si se realizara un apropiado manejo de la embarazada y control prenatal.

BIBLIOGRAFIA

1. Mena P. Operación cesárea. En: Pérez Sánchez A, Donoso Siña E. *Obstetricia* 3ª ed. Santiago de Chile: Panamericana; 2005: 385-399.
2. Ceriani Cernadas J, Miriani G, Pardo A, Aguirre A, Pérez C, Brener P y col. Nacimiento por cesárea al término en embarazos de bajo riesgo: efectos sobre la morbilidad neonatal. *Arch Argent Pediatr* 2010; 108(1): 17-23.
3. Villar J, Valladores E, Zavaleta N, Carroli G, Velazco A y col. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *The Lancet* 2006; 367: 1819-1829.
4. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. Las operaciones obstétricas. En: *Obstetricia*. 6ª ed. Bs As: El Ateneo; 2008: 702-712.
5. Campero L, Hernández B, Leyva A, Estrada F, Osborne J y col. Tendencia de cesáreas con factores no clínicos en un centro de educación para el parto en la Ciudad de México. *Salud Pública Mex* 2007; 49: 118-125.
6. Casale A. Niveles socioeconómico y tasas de cesárea en la Argentina. ¿Una inequidad en el acceso a la salud? Estudio ecológico. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires* 2009; 88: 200-211.
7. Salinas Ávalos R, Zunino Pradier F, Locatelli V, Abreo G. Vías de terminación del embarazo adolescente ver-

- sus embarazo adulto. Revista de Posgrado de VIª cátedra de Medicina 2009; 191: 12-16.
8. Lepore G, Sampor C, Storni M, Pardo P. Incidencia y principales indicaciones de cesárea. Revista de Posgrado de VIª cátedra de Medicina 2005; 150: 9-12.
 9. Tita A, Landon M, Spong C, Leveno K, Varner M, y col. Timing of elective repeat cesarean delivery at term and neonatal outcomes. N Engl J Med 2009; 360: 111-120.
 10. Salinas Portillo H, Naranjo B, Pastén J, Retamales B. Estado de la cesárea en Chile. Riesgos y beneficios asociados a esta intervención. Revista HCUCh 2007; 18: 168-178.