

Hospital General Provincial Docente Carlos Manuel de Céspedes. Bayamo MN,
Granma, 1997

¿SE PUEDE DISMINUIR LA FRECUENCIA DE CESÁREAS PRIMITIVAS?

Dr. Carlos Guerra Verdecia,¹ Dra. Ángela Vázquez Márquez² y Dr. Alejandro Virelles Pacheco³

RESUMEN: Se realiza un estudio de las cesáreas primitivas realizadas en el Servicio de Obstetricia del Hospital General Provincial Docente «Carlos Manuel de Céspedes», en el período comprendido del 1ro. de enero de 1996 al 31 de diciembre de 1996 ambos inclusive. Se recogen los datos en encuestas realizadas al efecto y se confeccionan tablas; se relacionan algunos parámetros importantes. El índice de cesáreas primitivas, aunque considerado alto, bajó en este período de 19,6 a 16,8. El mayor (45 %) fue en la edad comprendida de 20 a 30 años, período de más fecundidad y natalidad. El sufrimiento fetal agudo con 39,9 % fue la primera indicación de cesárea; hay una disminución de hipoxia en el 1996. Dentro de las principales complicaciones maternas, las infecciones de la herida, y la sepsis urinaria ocuparon el primer lugar entre las neonatales; la más alta fue la bronconeumonía congénita, con 1,5 %.

Descriptores DeCS: CESAREA/estadística & datos numéricos.

La cesárea es una intervención destinada a la extracción artificial del feto por vía abdominal, empleando procedimientos quirúrgicos que incluyen la incisión de la pared abdominal y del útero. En la actualidad la cesárea es una acción terminal, que emplea un cúmulo de conocimientos obstétricos y que se aplica en razón de un considerable número de diagnósticos.¹

En la antigüedad sólo se recurría a la cesárea inmediatamente después de la muerte materna (cesárea *postmortem*) con la finalidad de intentar salvar al niño. En el siglo XIX se le comenzó a utilizar en los partos obstruidos con feto vivo y luego en las hemorragias de cierta consideración. En el inicio del siglo XX el abordaje uterino proseguía realizándose mediante una incisión

¹ Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Instructor.

² Especialista de II Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesora Asistente.

³ Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia.

corporal que dejaba una zona de permeabilidad permanente muy propensa a la rotura en el siguiente embarazo o parto (roturas espontáneas). A partir de 1950 comienza una liberación de la cesáreas que pasa de 2 al 4 % de los nacimientos.

En 1960 se amplían las indicaciones de cesáreas al progresar el conocimiento de la homeostasis y aparece el sufrimiento fetal.²

En nuestro país, después de la implantación del Sistema de normas de Obstetricia y Ginecología los índices de cesárea primitivas oscilaban entre 5,3 y 8,1 %.³

En el hospital ginecoobstétrico «Ramón González Coro»³ del año 1973, a 1977 se incrementó de 8,5 a 13, 8%.

La provincia Granma es una de la de más bajo índice de cesáreas primitivas, a pesar de que no ha estado fuera de esta alza nacional y mundial. En este momento presenta una frecuencia inferior a 14%. Nuestro hospital , entre 1985 y 1987 presentó un índice de 13,6 y a partir de este año se incrementa sin lograr una reducción de éste por debajo de 18 y no es hasta el mes de marzo de 1996 en que con el nuevo Manual de diagnóstico y tratamiento en Obstetricia y Perinatología, nos dimos a la tarea de estudiar cómo disminuir este indicador que puede repercutir en la mortalidad perinatal y materna y estamos de acuerdo con *Belitzki*,⁵ el cual plantea que el incremento de la tasa de cesárea mas allá del límite de sus beneficios agregan morbilidad y costo y se transforma de solución en problema.

Para lograr esta disminución nos trazamos las siguientes líneas de trabajo:

- El diagnóstico de sufrimiento fetal agudo intraparto se hará por monitoreo electrónico y se deberá presentar dicha gráfica.
- Debe reconsiderarse la inducción del parto si el cuello uterino no está maduro,

excepto que una causa materna o fetal lo justifique.

- Realizar la prueba de trabajo de parto cuando se diagnostique una desproporción pélvico cefálica relativa.
- Hay que considerar la vía vaginal como alternativa para el parto en presentación pelviana.
- Hay que desechar las indicaciones no médicas, incluyendo la solicitud materna, no justificada o la oportunidad para realizar esterilización tubaria u otra operación.
- Hay que requerir una segunda opinión autorizada e independiente cada vez que sea posible, y en particular cuando hay dudas.
- El comité de cesáreas debe revisar periódicamente (en cortes de cada 10 días y mensualmente) los resultados y actualizar los conocimientos acerca de las principales indicaciones.
- Creación de un oponente de las cesáreas realizadas.

A partir de la creación de estos, nuestro índice de cesáreas primitivas bajó de 20,1 a 16,2, con - 111 cesáreas primitivas; con igual método de trabajo nos proponemos para 1997 un índice por debajo de 15; nuestro hospital es colector de distocia, por tanto, cuando su índice está en 15, la provincia está por debajo de 13%.

Métodos

Se realiza un estudio retrospectivo y lineal de uno de los principales indicadores maternos y perinatales, la cesárea, en el hospital provincial docente "Carlos Manuel de Céspedes" de Bayamo, en el período comprendido del 1ero de enero de 1996 al 31 de diciembre de ese año. Para esto se confeccionó una encuesta que fue llenada

a través de las historias clínicas y los datos del comité de cesárea de nuestro hospital. Se discuten los resultados que se procesan en forma tabular simple de frecuencias absolutas y relativas (%) y se llega a conclusiones.

Resultados

En el año 1995 hubo un total de 4 524 partos, contra 4 627 en 1996 para (+ 103) partos con 778 cesáreas primitivas (- 111) con respecto al año anterior, por lo que el índice de cesáreas primitivas baja de 19,6 a 16,8. Ya habíamos explicado la condición de nuestro hospital de colector de distocia, y cuando nuestro índice está alrededor de 16 la provincia está por debajo de 13.

El mayor porcentaje correspondió a la edad comprendida entre 20 y 30 años (43 %) y le sigue el grupo de 16 - 19, similar al de Brito.⁴ Se está trabajando en la consulta de riesgo preconcepcional para disminuir los embarazos en este grupo (tabla 1).

TABLA 1. Edad de las pacientes

| VARIABLES (años) | No. | % |
|------------------|-----|-------|
| Menor de 16 | 56 | 7,1 |
| 16 - 19 | 217 | 27,8 |
| 20 - 30 | 335 | 43,0 |
| 31 - 39 | 137 | 17,6 |
| 40 ó más | 9 | 1,1 |
| Total | 778 | 100,0 |

En cuanto a las indicaciones más frecuentes (tabla 2), vemos que el sufrimiento fetal agudo ocupa el primer lugar, con 311 casos (39,9 %) lo cual guarda relación con lo expresado por otros autores.¹⁻⁵ Ellos indican que ese es el caso donde el monitoreo fetal es imprescindible. Es notable el gran porcentaje de inducciones fallidas, con un

total de 89 (11,4 %), que aunque disminuye con respecto al año anterior, debemos seguir profundizando en la técnica de la inducción y las condiciones cervicales, para encontrar alternativas.

TABLA 2. Indicaciones más frecuentes de cesárea

| DIAGNÓSTICO PRINCIPAL | No. | % |
|-----------------------------|-----|------|
| Sufrimiento fetal agudo | 311 | 39,9 |
| Desproporción cefalopélvica | 144 | 18,5 |
| Presentación pélvica | 113 | 14,5 |
| Inducción fallida | 89 | 11,4 |
| Distocia de partes blandas | 34 | 4,3 |
| Prolapso del cordón | 9 | 1,1 |
| Miopía progresiva | 6 | 0,7 |
| Otras | 72 | 9,2 |
| Total | 778 | 100 |

El incremento de las cesáreas primitivas no mejora los resultados perinatales, ya que el índice de cesáreas primitivas y de hipoxia fue mayor en 1995 (hipoxia global 2,4 e hipoxia severa 0,5 en 1995, contra hipoxia global 1,8 e hipoxia severa 0,2 en 1996). La disminución del índice de hipoxia puede expresarse por un mejor manejo del sufrimiento fetal y la incorporación de la reanimación intrauterina con fenoterol.

En la tabla 3, en relación con la complicación materna, vemos que en 1996 hubo un total de 43 complicaciones para un índice de 5,5 %. Cabezas Cruz indica que algunas de estas complicaciones pueden ocurrir hasta en el 50 % de las mujeres a quienes se les han realizado las cesáreas.⁶ No tuvimos muertes maternas relacionadas con la operación cesárea; Danforth⁷ plantea que el promedio aceptado es de 1 a 2 por mil operaciones.

Con respecto a las complicaciones de los recién nacidos, vemos en la tabla 4 que hubo 49 complicaciones, con predominio

de la bronconeumonía congénita y del distrés transitorio. Hubo 2 enfermedades de membrana hialina, ambas en pelviana, y pretérmino con RPM y las 2 muertes fetales fueron causadas por un hematoma retroplacentario y una procidencia del cordón. En general nuestras complicaciones estuvieron muy por debajo de lo planteado por Brito⁵ que fue de 17,7 % y de Rivero Gómez⁸ con 15,1 %.

TABLA 3. Relación cesárea-complicaciones maternas

| Complicaciones | No. | % |
|--------------------------|-----------|------------|
| Sepsis de la herida | 9 | 1,1 |
| Anemia | 7 | 0,8 |
| Dehiscencia de la herida | 5 | 0,6 |
| Neumopatía | 1 | 0,1 |
| Endometritis puerperal | 5 | 0,6 |
| Urosepsis | 9 | 1,1 |
| Cefalea posraquídea | 3 | 0,3 |
| Otras | 4 | 0,5 |
| Total | 43 | 5,5 |

Fuente: Comité de cesárea.

TABLA 4. Relación cesárea-complicación del recién nacido

| Complicaciones | No. | % |
|--------------------------------|-----------|------------|
| Bronconeumonía congénita | 12 | 1,5 |
| Íctero precoz | 9 | 1,1 |
| Distrés transitorio | 11 | 1,4 |
| Conjuntivitis adquirida | 3 | 0,3 |
| Muerte neonatal precoz | 2 | 0,2 |
| Edema pulmonar | 7 | 0,8 |
| Enfermedad de membrana hialina | 3 | 0,3 |
| Muerte fetal | 2 | 0,2 |
| Total | 49 | 6,2 |

En el año 1996 el costo de una cama en la sala de cesárea fue de \$ 19.44 con promedio de estadía poscesárea de alrededor de 5 días, lo cual da un costo de \$97,2 por paciente. Al disminuirse 11 cesáreas primitivas este año tuvimos un ahorro total de \$ 10 789.20 esto es sin añadir los materiales, medicamentos y los gastos indirectos. Hay que recordar que según la clasificación de riesgo potencial de infección de las cesáreas se indicaría antibiótico, lo cual elevaría considerablemente el costo.

SUMMARY: A study of the primitive cesarean sections performed at the Obstetrics Service of the «Carlos Manuel de Céspedes» General Provincial Teaching Hospital from January 1st, 1996 to December 31st, 1996, was conducted. Data were collected by surveys done to this end, and tables were made. Some important parameters were related. The rate of primitive cesarean sections, though it was considered as high, diminished in this period from 19.6 to 16.8. The highest (45 %) was reported among those aged 20-30, when fertility and natality are higher. Acute fetal suffering was the first indication of cesarean section with 39.9 %. There was a reduction of hypoxia in 1996. Within the main maternal complications, wound infections and urinary sepsis were in the first place among the neonatal ones. Congenital bronchopneumony was the highest with 1.5 %.

Subject headings: CESAREAN SECTION/statistics & numerical data.

Referencias bibliográficas

1. El nacimiento por cesárea. Hoy. Boletín CLAP 1989;3(9).
2. Schwarcz, R. Obstetricia. 4 ed. 1986.
3. Pérez de Villanila. Índice de cesárea primitiva. Repercusión sobre la mortalidad perinatal. Rev Cubana Obstet Ginecol 1991;17(2):101-6.
4. Brito Méndez E. Aspectos relevantes de las cesáreas primitivas en nuestro medio. Rev Cubana Obstet Ginecol 1993;19(1):3-10.

5. Belitzky E. El nacimiento por cesáreas en instituciones latinoamericanas. Documento de Trabajo. Montevideo: Publicación CLAP 1160, 1988.
6. Cabeza Cruz E. La operación cesárea en Cuba. Rev Cubana Obstet Ginecol 1989;15(4):266-75.
7. Danforthd. Obstetric and Gynecology. 4 ed. 1982.
8. Rivero Gómez J. Morbimortalidad perinatal y materna. Rev Cubana Obstet Ginecol 1986;12(3):279.

Recibido: 19 de mayo de 1997. Aprobado: 13 de abril de 1998.

Dr. *Carlos Guerra Verdecia*. Hospital General Provincial Docente "Carlos Manuel de Céspedes". Bayamo, Granma, Cuba.