

Artículos Originales

INCIDENCIA DE CESAREA EN EL HOSPITAL SAN PEDRO CLAVER DURANTE LOS AÑOS 2008-2010

Dra. Judith Bustillo Alarcón

Ginecóloga-Obstetra. Hospital San Pedro Claver

Dr. Armando Caba Fajardo

Residente. III año Obstetricia y Ginecología. Hospital San Pedro Claver

Dra. María Isabel Quinteros Molina.

Residente. II año Obstetricia y Ginecología. Hospital San Pedro Claver

Palabras clave: Parto abdominal. Cesárea

Key Words: Abdominal delivery. Cesarean

RESUMEN

Se realizó el estudio retrospectivo de 1469 pacientes que interrumpieron su embarazo a través de una cesárea en el Hospital San Pedro Claver con el objetivo fundamental de conocer la incidencia de la misma, sus indicaciones y algunas características propias de cada una de las pacientes. Encontramos una tasa de cesáreas superior a lo que establece la OMS, algunas de ellas no justificadas por la literatura. Existe mayor incidencia de cesárea en gestantes nulíparas, entre 20-29 años de edad, con edad gestacional comprendida entre las 37-41 semanas.

SUMMARY

The retrospective study was conducted of 1469 patients who terminated their pregnancies through a cesarean delivery at Hospital San Pedro Claver with the primary aim of determine the incidence of it, its indications and some characteristics of each patient. Find a caesarean section rate than that established by the OMS, some not justified by the literature. There is an increased incidence of cesarean sections in nulliparous pregnant women,

between 20 to 29 years of age, gestational age ranging between 37 to 41 weeks.

INTRODUCCION

La operación cesárea es la intervención obstétrica mediante la cual se extrae feto, placenta y membranas a través de una laparotomía seguida de histerotomía. (1) La tasa de cesáreas de un país es uno de los indicativos más fiables del "estado de salud" de sus servicios de obstetricia. (2) En los últimos veinte años el número de cesáreas se ha incrementado de manera notable, la tasa media de cesáreas practicadas ha pasado de un 15% a un 33% en los últimos 25 años, lo que supone dos millones más de cesáreas por año. (3)

Sólo se debe recurrir a la cesárea cuando existe alguna contraindicación para que se produzca el nacimiento por vía vaginal, y nunca sobrepasar el 15% de los partos totales, según recomienda la OMS. (4)

A lo largo de los años, la cesárea ha experimentado importantes cambios en la técnica quirúrgica, en la frecuencia y en sus indicaciones tanto maternas como fetales. (5)

Existen condiciones particulares (laborales, económicas, sociales) de cada hospital, comunidad, o nación que pueden justificar algunas diferencias, el general incremento de las cesáreas se debe a causas bastante similares: Disminución de los riesgos inherentes a su práctica por los avances registrados en anestesia y técnica quirúrgica, creencia generalizada de que la cesárea ofrece mayor seguridad para el feto y evita la mayoría de los problemas que se presentan durante el parto. Incluso se estima que disminuye la morbilidad materna evitando secuelas a largo plazo, en especial disfunciones del suelo pelviano, por lo que algunas embarazadas presionan para la realización de cesárea. La práctica obstétrica se ha hecho muy activa,

indicándose cada vez con más facilidad la interrupción del embarazo en casos de preeclampsia, crecimiento intrauterino retardado o embarazo prolongado, parto pretérmino, con el consiguiente aumento de cesáreas. Asimismo, la mayor incidencia de partos múltiples debida a la generalización de la reproducción asistida, ante el temor de complicaciones por parte de mujeres que quizá consiguieron su embarazo con técnicas complejas y después de años de espera. (1)

Planteamiento del problema: Incremento en la tasa de cesáreas en el Servicio de Obstetricia del Hospital San Pedro Claver

Objetivos: - Conocer la incidencia de cesáreas en el Hospital San Pedro Claver

- Identificar y analizar factores condicionantes de cesárea en pacientes que acudieron para atención de parto
- Establecer estrategias para disminuir el índice de cesáreas en el Servicio

MATERIAL Y METODOS

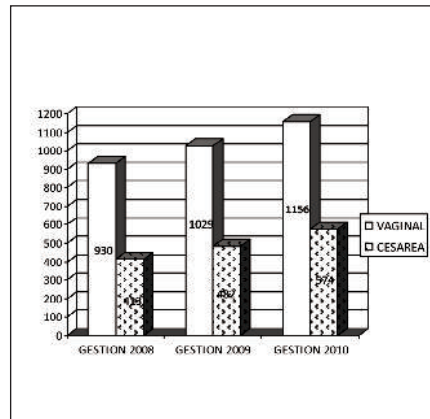
Se trata de un estudio comprendido entre enero de 2008 a diciembre de 2010. Se tomó como población general a todas aquellas pacientes que terminaron su embarazo por vía vaginal y abdominal del Servicio de Obstetricia del Hospital San Pedro Claver (3115) El grupo de casos fue de 1469 cesáreas.

VARIABLES A INVESTIGAR:

- Total de partos atendidos, tanto por vía vaginal como abdominal
- Factores maternos: grupo etáreo, edad gestacional, paridad y causas que condicionaron la cesárea

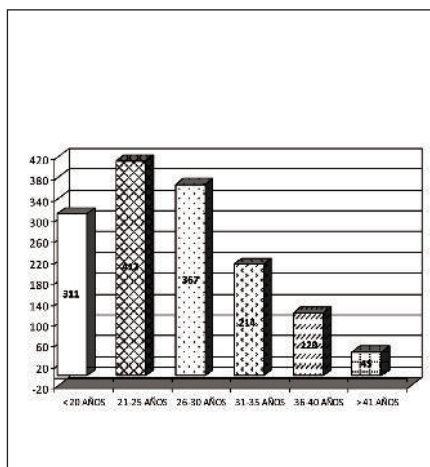
RESULTADOS

**TABLA N°1
SEGUN VIA DE PARTO**



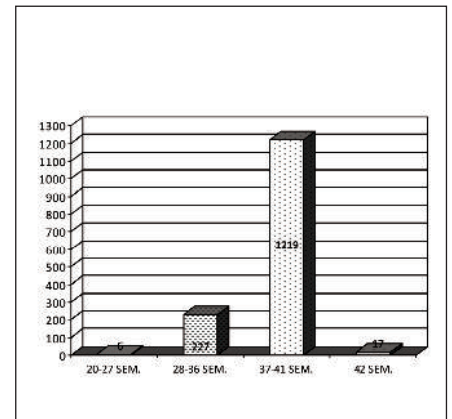
Del total de partos atendidos en el periodo de estudio, se realizaron 1469 (47%) cesáreas.

**TABLA N°2
GRUPO ETAREO**



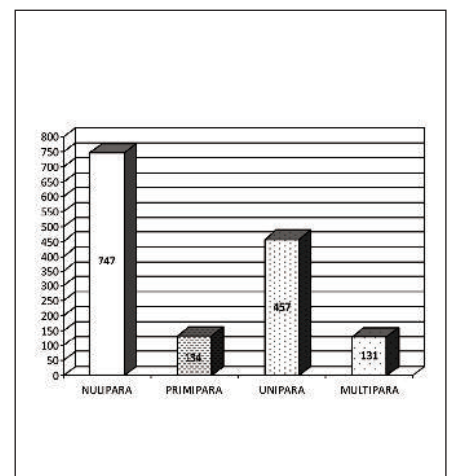
Existe mayor incidencia de cesárea en pacientes comprendidas entre 21-25 años (28%), seguida por las pacientes entre 26-30 años (24,9%) y menores de 20 años (21.2%)

**TABLA N°3
EDAD GESTACIONAL**



Analizando la prevalencia de casos de acuerdo a la edad gestacional en que se realizó la cesárea, se observó una mayor incidencia en pacientes con edad gestacional de 37-41 semanas (82.9%).

**TABLA N°4
PARIDAD**



Del total de pacientes que fueron sometidas a operación cesárea el 50.8% fueron nulíparas, seguida por las uníparas con 31.1%.

TABLA N°4
PARIDAD

PATOLOGIA	N° CASOS	%
Cesárea previa	338	23
Sufrimiento fetal	182	12.4
Cesárea iterativa	130	8.8
Desproporción cefalopélvica	98	6.7
Presentación podálica	94	6.4
Dilatación estacionaria	80	5.4
Situación transversa	75	5.1
Ruptura prematura de membranas	65	4.4
Preeclampsia severa	46	3.1
Circular de cordón en cuello	45	3.1
Preeclampsia leve a moderada	40	2.7
Condiloma acuminado	38	2.5
Patología materna	26	1.7
Primigesta añosa	22	1.5
Embarazo gemelar	22	1.5
Descenso detenido de la presentación	20	1.3
Desprendimiento prematuro de placenta	18	1.2
Embarazo postérmino	17	1.1
Trabajo de parto prolongado	16	1.1
Inducción fallida	14	0.9
Primigesta adolescente	13	0.8
Procidencia de cordón	11	0.7
Placenta previa	11	0.7
Procúbiteo de cordón	10	0.6
Polihidramnios	8	0.5
Periodo intergenésico prolongado	8	0.5
Múltipara añosa	7	0.4
CIR	5	0.3
Eclampsia	4	0.2
Obito fetal	3	0.2
Cesárea electiva	2	0.1
Oligoamnios severo	1	0.1
TOTAL	1469	100

DISCUSION

Una cesárea se realiza cuando el parto vaginal no es posible o conlleva algún riesgo para la madre o el feto. (6) Las altas tasas de cesáreas no indican necesariamente una buena calidad en la atención o los servicios. (3)

Es difícil establecer cuál debe ser la tasa óptima de cesáreas, ya que son mucho los factores que pueden condicionarla, tales como el tipo de población asistida, dotación de medios de que disponen los centros de asistencia, formación del obstetra, hospital público o privado,

protocolos de asistencia frente a determinadas situaciones (parto de nalgas, cesárea anterior, gestaciones múltiples, rotura prematura de membranas, y otras)⁵ Un reciente estudio llevado a cabo por el Real Colegio de Obstetras y Ginecólogos en Reino Unido señala que más de la mitad de estas intervenciones se realizan sin haber siquiera intentado el nacimiento de los niños por vía vaginal. El 35% de las cesáreas que se realizan se debe a la falta de progresión en el trabajo de parto. (4)

El conjunto de evidencias respalda la hipótesis de que cuando la tasa de cesáreas sobrepasa mucho el valor de 15%, los riesgos para la salud reproductiva comienzan a sobrepasar los beneficios. El análisis de los resultados indica que las tasas de cesáreas responden ante todo a determinantes económicos: se eleva lentamente en el estrato de bajos ingresos, se incrementa rápidamente en el de ingresos intermedios y vuelve a aumentar lentamente a medida que se alcanza el nivel de saturación con los mayores ingresos.⁷ En Nicaragua y Bolivia las tasas de cesáreas en el grupo de mujeres de mayor nivel socioeconómico son de 35% y 44%, respectivamente, en comparación con las tasas respectivas de 3% y 4% observadas en los grupos socioeconómicos más pobres. (8)

Existen factores ampliamente relacionados con el incremento de cesáreas:

- Un factor importante es quien atiende el parto. Los países con menor tasa de cesárea y otras intervenciones obstétricas son aquellos en los que la asistencia a los partos normales está a cargo de las matronas. El tocólogo, en cambio, es el indicado cuando el parto se complica. La OMS recomienda explícitamente: Debe promoverse la formación de parteras o comadronas profesionales. La atención durante el embarazo, parto y puerperio normales debe ser competencia de esta profesión. (2) Un mejor uso de instrumentos de ayuda intraparto y la mejor formación de los Obstetras evitaría el exceso de cesáreas que se practican en la actualidad. (4)

- La edad materna tiene un papel importante, ya que en la mayoría de países, se aprecia un incremento paulatino pero constante de la edad materna del primer hijo, hecho que llega a provocar un incremento muy notorio de mujeres que son primíparas en el grupo de madres con edad superior a los 34 años. Pues bien, a mayor edad materna, mayor porcentaje de cesáreas. Aquí se podrían argumentar varios factores (mayor incidencia de diabetes, de hipertensión, de desprendimiento prematuro de placenta, etc.), pero el hecho es que cuanto mayor sea la edad, más probabilidad de finalizar mediante cesárea. (9)
- Al embarazo se le asigna un tiempo fijo, 40 semanas, cuando lo cierto es que en la naturaleza los tiempos fijos no existen, existen los promedios. Un embarazo normal puede oscilar entre las 37 y las 42 semanas, y eso depende de cada mujer y de sus antecedentes familiares. Sin embargo, cuando una mujer sobrepasa la semana 40 se le suele inducir el parto; si un parto se induce cuando la mujer está "verde", las probabilidades de fracaso de inducción son muy altas. (2)
- Una vez que una mujer ha sufrido una cesárea, los médicos suelen aplicar el principio "después de cesárea siempre cesárea". El motivo que se aduce es el riesgo de rotura uterina, que es inferior al 1%. La OMS aconseja: No hay pruebas de que después de una cesárea previa sea necesaria una nueva cesárea. Después de una cesárea debe recomendarse normalmente un parto vaginal, siempre que sea posible una intervención quirúrgica de emergencia. (2)
- Una de las situaciones más controvertidas es el parto de nalgas. En algunos centros el hecho de que la presentación podálica se presente en una primípara, ya es suficiente como para realizar una vía alta. Sin embargo estudios realizados por el grupo Cochrane, señalan que la cesárea, tanto en las presentaciones podálicas a término, como las realizadas en el segundo ge-

melo, no se acompaña de una mejora de los resultados perinatales, desde el punto de vista feto-neonatal, que no justifican un número significativo de cesáreas innecesarias. (9)

- El control del parto mediante cardiotocografía conlleva a una serie de resultados falsos positivos que hay que saber interpretar y favorece de forma injustificada el incremento de cesáreas. Es un hecho que ante una situación de sufrimiento fetal intraparto, la mejor terapéutica es la extracción del feto por la vía más rápida posible. Sin embargo, en un porcentaje importante de casos (más del 70%), la terapéutica con beta miméticos permite mejorar la condición fetal, y en determinados casos, permitir la continuidad del parto y llegar al expulsivo por vía vaginal. Es cierto que este tipo de estrategia se basa en el diagnóstico bioquímico de la condición fetal, y por ello, cuando no exista posibilidad de estudio del equilibrio ácido-básico, no se puede utilizar. (9)
- Técnicas para la práctica de las inducciones: el hecho de la realización o no de una maduración cervical previa con Prostaglandinas en aquellos casos en los que el cérvix es muy inmaduro, o la utilización de la oxitocina mediante bomba de infusión, son variables de gran peso en la justificación del tipo de finalización del parto en esos casos. (9)
- Existen también factores extramédicos, entre los que cabe destacar la llamada «medicina defensiva», con la que el facultativo pretende evitar las demandas judiciales en caso de mal resultado perinatal. Asimismo, es cada vez más frecuente la práctica de esta intervención por otros motivos extramédicos, como las cesáreas «a demanda», que se realizan a menudo desde hace varios años cuando la embarazada la solicita por una u otra causa. Y tampoco deben olvidarse los factores sociales, fundamentales también para comprender el incremento de estos partos no naturales. (4)

La implementación de guías clínicas de atención obstétrica, puede transformarse en una herramienta valiosa para estandarizar y protocolizar el uso de oxitócicos, prueba de trabajo de parto e indicación de anestesia, dirigidas a evitar una cesárea. (10)

RECOMENDACIONES

1. Un adecuado control prenatal, con educación médico-obstétrica incluida, mejora los resultados debido a que evita la aparición de condiciones que generan indicaciones de cesárea. La correcta dirección médica del parto es indispensable, y tan solo la vigilancia eficiente de todo el parto puede evitar un gran número de complicaciones.
2. El parto debe realizarse en un medio con una infraestructura adecuada, es decir, con los elementos necesarios para tratar cualquier eventualidad.
3. Discutir a posteriori todos los casos de cesárea del Servicio.
4. Diseñar normas con tendencias a disminuir la cesárea primaria. Este punto es de mucha importancia y se debe enfocar inicialmente hacia la objetivización de los diagnósticos de distocia (DCP, trabajo de parto estacionario, actividad uterina insuficiente e inducción fallida), de sufrimiento fetal y de indicaciones tan frágiles como circular del cordón, ruptura prematura de membranas en embarazos de término o cercanos al término, hipertensión arterial crónica, óbito fetal y gravidez tardía.

BIBLIOGRAFIA

1. Gonzales Merlo J., Gonzales Bosquet E. *Obstetricia*. 2005; 789-796
2. <http://dandoaluz-argentina.blogspot.com/2009/04/cesareas-inj...> - 39k Cesáreas injustificadas. Una constelación de causas
3. <http://www.salud.com/salud-femenina/alertan-riesgos-altas-ta...> - 23k Alertan de riesgos de altas tasas de cesáreas en Latinoamérica
4. http://www.consumer.es/web/es/salud/atencion_sanitaria/2006/... - 76k Demasiadas cesáreas
5. De La Fuente P., Usandizaga J.A. *Obstetricia y Ginecología*. 2009; 674-683
6. <http://www.tuotromedico.com/temas/cesarea.htm> - 31k Intervención de cesárea

7. Betrán AP, Merialdi M, Lauer JA, Bing-Shun W, Thomas J, Van Look P, et al. Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2007;21:98–113
8. Ronsmans C, Holtz S, Stanton C. Las Diferencias Socioeconómicas Y Las Tasas De Cesáreas En Los Países En Desarrollo. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 21(1), 2007
9. <http://www.durg.org.es/webdelparto/cesrea.htm>. Programa de Actualización en Ginecología y Obstetricia Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Estrategias Para Disminuir las Tasas de Cesáreas
10. Hugo Salinas P., Jaime Albornoz V., Álvaro Reyes P., Sergio Carmona G. Factores Predictores de Cesárea. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología.* 2004; 69(5): 357-360