

INCIDENCIA DE CESAREAS EN EL HOSPITAL DR. RAFAEL J. MAÑÓN DEL INSTITUTO DOMINICANO DE SEGUROS SOCIALES, SAN CRISTOBAL, R.D.

* Dr. Domingo E. Peña Nina

* Dr. Luis E. Crispín

* Dr. Elbys Méndez

* Dr. Pedro M. Montás Dominguez

Resumen

Antecedentes

La frecuencia de cesáreas se ha incrementado de manera significativa durante los últimos años.

Materiales y Métodos

Se realizó un estudio retrospectivo de un año (1 de noviembre 1997-31 de octubre 1998) en el Servicio de Ginecobstetricia del Hospital Dr. Rafael J. Mañón del Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS) en San Cristobal, Republica Dominicana, para determinar la frecuencia, indicaciones y complicaciones de las cesáreas realizadas en ese servicio durante ese período.

Resultados

Un total de 726 partos fueron estudiados de los cuales a 229 (31.6%) se les practicó una intervención cesarea. Las indicaciones mas frecuentes para esta intervención fueron: Cesárea a repetición (12.2%), desproporción cefalopélvica (6.1%), ruptura prematura de membranas (5.7%) y presentación pélvica (4.8%). Durante el transoperatorio se presentaron dos complicaciones: un sangrado importante por atonía uterina y un desgarro del segmento inferior. En el puerperio se presentaron dos infecciones de la herida quirúrgica.

Comentario

Si se toma como tasa ideal el 15% de cesáreas, este estudio revela una tasa sumamente elevada.

Tasa de cesáreas

31.6%

cesárea a repetición

Hospital Dr. Rafael J. Mañón

Abstract

Antecedentes

The frequency of cesarean sections has significantly increased in the last few years

Materials and methods

* Del Servicio de Gineco-obstetricia, Hospital del Instituto Dominicano de Seguros Sociales Dr. Rafael J. Mañón, San Cristobal, Republica Dominicana

A retrospective study was carried out during a year (November 1st, 1997- 31st of October 1998) in the Obstetrics and Gynecology Service of Dr. Rafael J. Mañon Hospital of the Dominican Institute of Social Security (IDSS) in San Cristobal, Dominican Republic, in order to determine the frequency, indications and complications of the C-sections done during that period.

Results

A total of 726 deliveries were studied out of which 229 (31.6%) ended by C-sections. The most frequent indications for these interventions were: Repetitive C-section(12.2%), cephalopelvic disproportion (6.1%), premature rupture of membranes (5.7%) and pelvic presentation (4.8%). During the trans-operative two complications presented: an important bleeding due to uterus atony and a tear of the lower segment. During puerperium there were two infected surgical wounds.

Commentary

If we take 15% as the ideal rate for C-sections, this study reveal a very high rate for them.

Cesarean sections rate 31.6% repetition cesarean Dr. Rafael J. Mañon Hospital

INTRODUCCION

El dilema al que mas comúnmente tiene que enfrentar el obstetra es su práctica diaria es tener que decidir si realiza o no, una operación cesárea.

De hecho, la cesárea es la intervención quirúrgica realizada con mayor frecuencia en obstetricia y tiene como objetivo la extracción del producto de la gestación, así como de la placenta y sus anexos, a través de la pared abdominal, mediante la realización de una laparotomía, seguida de una histerotomía, que posteriormente se reparan mediante una histerorrafia y el cierre de la pared abdominal por planos.

Sin embargo, a pesar de los grandes avances en materiales quirúrgicos y anestésicos y la modernización de las técnicas operatorias y anestésicas, la morbimortalidad materna asociada a la cesárea sigue siendo tres veces superior a la de un parto vaginal.

Por esta razón, el tema aun tiene vigencia y motiva constantes publicaciones en todas partes del mundo, en las que se reseña y analiza la experiencia de cada institución y se plantean posibles soluciones a un número cada vez mayor de inquietantes interrogantes como: ¿Cuales son los factores que han condicionado un aumento tan considerable en la práctica de esta intervención?, ¿Son estos factores verdaderamente justificables desde el punto de vista médico o están mayormente influidos por circunstancias de otro tipo, como son la ansiedad, el mayor monto de los honorarios cuando se realiza la intervención quirúrgica, el temor a reclamaciones y problemas jurídicos, si existen complicaciones o, simplemente, acortar el tiempo de vigilancia que

requiere la evolución de un trabajo de parto normal?, ¿Pueden pasar un tamiz científico riguroso todas las actuales indicaciones de la intervención?.

Es nuestro objetivo con la presente publicación, conocer nuestra realidad hospitalaria con respecto a la cesárea, dar a conocer sus indicaciones mas comunes, formular algunos planteamientos que permitan disminuir la incidencia de esta operación en nuestro hospital, sin aumentar la morbi-mortalidad perinatal y hacer algunas reflexiones actualizadas sobre la intervención.

MATERIALES Y METODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo de las cesáreas llevadas a cabo en el Hospital Dr. Rafael J. Mañon del Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS) en San Cristobal, Republica Dominicana, durante el período comprendido entre el 1ro de noviembre de 1997 al 31 de octubre 1998.

Se recolectó en nuestros libros de registro quirúrgico el número y las causas de las cesáreas realizadas en dicho lapso y se analizaron los expedientes de los pacientes para obtener algunos datos complementarios de las mismas como edad, paridad, complicaciones, anestesia utilizada y resultados perinatales.

Los resultados obtenidos fueron analizados con medias porcentuales.

RESULTADOS

Durante el período de estudio se produjeron 726

nacimientos, de los cuales 229 (31.6%) correspondieron a operaciones cesáreas y 497 (68.5%) fueron partos vaginales

La frecuencia en los dos años previos fue de 34.4% en 1997 y 22.5% en 1996.

En relación a la edad gestacional de las pacientes embarazadas sometidas a cesárea, 1.3% fue menor de 37 semanas, 94.8% fue entre 37 y 41 semanas y 1.3% fue de 42 semanas. Un 2.6% de los casos no se pudo establecer la edad gestacional.

El APGAR de los recién nacidos al 1er minuto fue de 0-3 en 2.6% de los casos; de 4-6 en 6.5%; de 7 a 10 en 90.9%.

El APGAR a los 5 minutos de 0-3, 1.3%; de 4-6, 0.0%; de 7-10 94.9% y en 3.8% de los casos no se pudo establecer.

La edad de nuestras pacientes la vemos en el Cuadro No. 1

CUADRO No. 1

EDAD DE LAS PACIENTES CESAREADAS

EDAD EN AÑOS	TASA EN %
16 a 20	02.6
21 a 25	27.3
26 a 30	53.2
31 a 35	13.0
> 35	03.9

Las causas que motivaron las cesáreas las vemos en el Cuadro No. 2, donde apreciamos que la causa mas frecuente con 41.5% fue la cesárea a repetición por cesarea anterior, 12.2% fue por desproporción cefalopélvica y en 6.1% por ruptura prematura de membranas.

Las únicas complicaciones reportadas durante el trans-operatorio fueron dos casos de sangrado importante y un desgarró del segmento inferior.

En el post-operatorio dos pacientes presentaron infección de la herida quirúrgica.

La mortalidad perinatal fue de 00.0%.

En todos los casos se realizó una histerotomía segmentaria transversa tipo Kerr.

El procedimiento anestésico efectuado fue el bloqueo epidural en el 55.8% de los casos y el

CUADRO No. 2

CAUSAS QUE MOTIVARON LAS CESAREAS

CAUSAS	No.	TASA EN %
Cesarea previa	95	41.4
Desproporción cefalopélvica	28	12.2
Desconocida	20	08.7
Ruptura prematura de membranas	14	06.1
Presentación pélvica	13	05.7
Sufrimiento fetal agudo	11	04.8
Embarazo cronológicamente prolongado	11	04.8
Pre-eclampsia severa	10	04.4
Pre-eclampsia leve	05	02.2
Inducción fallida	04	01.7
Gemelaridad	04	01.7
Placenta previa	03	01.3
Oligodramnios	03	01.3
Hipertensión arterial crónica	02	00.9
Desprendimiento prematuro de placenta	02	00.9
Sufrimiento fetal crónico	02	00.9
Macrosomía fetal	01	00.4
Amnionitis	01	00.4
TOTALES	229	100.0

bloqueo subdural en 44.2%.

En ningún caso se utilizó anestésia general..

DISCUSION

Historicamente el nombre de cesárea se ha asociado a la creencia tradicional de que el emperador romano Cayo Julio Cesar vino al mundo de esta manera. Sin embargo, en el

derecho romano esta intervención solo podía realizarse cuando la madre había fallecido antes del parto, lo que cuestiona la veracidad de la tradición, ya que se sabe que la madre de Julio Cesar vivió muchos años después del nacimiento de su hijo.

La primera cesárea realizada a una mujer viva de que se tenga noticias ocurrió en 1610.¹

Debido a su alta mortalidad, la práctica de esta intervención no se generalizó hasta que a finales del siglo XIX el desarrollo de las técnicas quirúrgicas y antisépticas redujo los riesgos.

En nuestro medio desde principios de la década de los 80 se han publicado periódicamente investigaciones que revelan que no somos ajenos a las preocupaciones existentes en todo el mundo sobre la cesárea.²⁻³

La principal causa de indicación de cesárea en nuestro Hospital fue la "cesárea a repetición".

La razón de esto es que en nuestro servicio aún se sigue el enunciado postulado por Craigin⁴ en 1916, de que "una vez cesárea, siempre cesárea".

Utilizamos el término "cesárea de repetición" en virtud de que nos parece muy descriptivo y ajustado a nuestra realidad.

La mayoría de las publicaciones en todo el mundo han caído en el tradicional error de seguir repitiendo la falsedad de que la causa más frecuente de cesárea es la cesárea iterativa.

El motivo del equívoco es que, erróneamente, consideran como sinónimos la cesárea "de repetición" y la cesárea "iterativa" y, por consiguiente, cuando reportan cesáreas iterativas lo que hacen es sumar a las cesáreas iterativas reales, el número de cesáreas "de repetición", abultando de manera significativa, pero falsa, la cifra de cesáreas iterativas.

Afortunadamente, algunos autores ya han comenzado a advertir su equívoco y empiezan a realizar reportes correctos de las indicaciones de cesáreas.

El más significativo es el de Quesner y col.,⁵ que analizaron 28,407 casos de operación cesárea realizadas en el Instituto Nacional de Perinatología de México, entre enero de 1985 y diciembre de 1995, donde reportan la DCP como la indicación principal de cesárea, muy por encima de la cesárea iterativa.

Debe entenderse por "cesárea iterativa" en buen lenguaje obstétrico, aquella que se realiza en una paciente que tiene antecedente de dos o más

cesáreas. En general se le acepta como una indicación absoluta de cesárea.

Entretanto la "cesárea de repetición" es la que se practica a una paciente por el simple antecedente de una cesárea previa; en otras palabras, no se le da la más mínima posibilidad de tener parto por vía vaginal, siguiendo el postulado de Craigin. La mayoría de los autores no consideran el antecedente de una cesárea indicación de una nueva cesárea, a menos que se repita la causa que motivó la cesárea anterior.

De manera que, en general, la razón de que muchos de esos casos terminen en una nueva cesárea no es el antecedente de la cesárea previa, sino la repetición de la causa que la motivó o la aparición de una nueva indicación.

Por lo anterior consideramos que el concepto de "cesárea de repetición", como tal, tendrá que eliminarse.

Existe consenso de que en ausencia de una contraindicación obstétrica específica, a toda mujer con cesárea previa, con una histerotomía transversal baja, puede permitirsele entrar en trabajo de parto.

El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos recomienda "someter a todos los casos con cesárea previa a intento de parto vaginal, salvo que exista alguna de las siguientes circunstancias:⁶

- 1ro.- Que persista la indicación anterior.
- 2do.- Que la cesárea fuese clásica o desconocida,
- 3ro.- Que el feto pese 4,000 gramos o más,
- 4to.- Que haya alguna contraindicación para el parto vaginal.
- 5to.- Que no se pueda monitorizar el parto y
- 6to.- La falta de un anestesiólogo y un neonatólogo".

Incluso considera factible el nacimiento vaginal en mujeres con dos o más cesáreas previas y señala que los riesgos materno-fetales no son mayores que los que se observan en mujeres con una cesárea anterior.⁶

A pesar de que apoyamos el permitir trabajo de parto a la mujer con una o más cesáreas previas transversales bajas, en nuestro servicio seguimos realizando "cesáreas de repetición" en razón de que, a pesar de que poseemos los recursos necesarios para vigilar y resolver dichos casos por la vía vaginal, no contamos con la presencia de obstetras, pediatras y anestesiólogos en forma permanente y, en consecuencia no estamos en

condiciones de poder garantizar una vigilancia adecuada de estas pacientes, ni la realización de la intervención dentro de los 30 minutos siguientes al momento en que se tome esa decisión de realizarla, como es lo recomendable en estos casos.⁷

Sin embargo, cada día se publican nuevas experiencias de grupos de mujeres con una o más cesáreas previas a las que se permite una prueba de trabajo de parto, lográndose que en porcentajes próximos o mayores al 50% de ellas, logren partos vaginales en embarazos posteriores, lo cual contribuye importantemente a reducir el elevado índice de cesáreas, que en países como México y Brasil, en la actualidad rebasa el 50% a nivel institucional y el 80% a nivel privado.

Una situación similar se presenta prácticamente en todos los países de América Latina, contrario a lo que sucede en Estados Unidos, donde se estima el índice actual en más o menos 23.5%⁸ y se pretende reducirlo a un 15% para el año 2000, y Europa, donde la cifra actual es 16.7% y se procura seguir los pasos de Holanda, donde el índice fluctúa entre el 4 y el 6%.

Una de las razones que en nuestro medio conlleva a la práctica de cesáreas innecesarias es el temor a que se produzca ruptura uterina en una mujer con cesárea previa, durante el trabajo de parto o el período expulsivo y a la falta de sintomatología típica de esta complicación, que permita diagnosticarla rápidamente.

Sin embargo, existen evidencias muy claras que demuestran que la frecuencia de esta complicación es realmente muy baja y que la mayor parte de las veces en que se presenta, ocurre en el embarazo, antes de que la paciente entre en trabajo de parto. Y aún más, en cuanto al uso de oxitócicos para la inducción y/o conducción del trabajo de parto, autores como Flamm y col. han demostrado que no hay incremento de rupturas uterinas comparado con los casos en que no se utilizan oxitócicos.

Por otra parte, es posible diagnosticar o sospechar la complicación por algunos datos clínicos.

Las pacientes se quejan de dolor en el sitio de la cicatriz, se produce disfunción de la contractilidad uterina, modificaciones en la presión diferencial (se cierra la presión diferencial), hipotensión severa, cambios en la frecuencia

cardíaca fetal que regularmente se presenta como taquicardia inicial seguida de bradicardia progresiva hasta la muerte del feto y la madre.

Otra causa frecuente de indicación cesárea en la actualidad es la presencia de oligodramnios por envejecimiento placentario o RPM (6.1% para esta última en nuestro trabajo).

Se sabe que en un embarazo a término, el volumen promedio de líquido amniótico es de unos 800 ml y que esta cantidad disminuye sensiblemente después de la semana 42, e incluso llega a desaparecer, produciéndose compresiones intrínsecas del cordón umbilical que conllevan a sufrimiento fetal si son repetitivas.

Una alternativa razonable que se ha planteado como solución a este problema, es la sustitución del líquido amniótico faltante por solución salina fisiológica tibia a 37° C (amnioinfusión), con el fin de amortiguar y distribuir las presiones a que está sujeto el feto durante el embarazo y el parto, de acuerdo al principio de Pascal.

La amnioinfusión es un procedimiento sencillo.

Bajo condiciones de asepsia y antisepsia, anestesia local y control ultrasonográfico se introduce una aguja No. 18 a la cavidad amniótica por vía abdominal, a través de la cual se pasan 500 a 600 ml de solución salina al 0.9%, hasta lograr una cantidad mínima normal de liq amn. e inmediatamente después se evalúan las condiciones fetales y se induce o conduce el parto.

En los casos de RPM algunos autores prefieren realizar amnioinfusión por vía transcervical. Nuestra experiencia en ambas situaciones será objeto de una comunicación posterior.

En general, pensamos que si podemos adoptar como estrategia en nuestro servicio, permitir parto vaginal a las pacientes con cesárea previa y utilizar rutinariamente la amnioinfusión en los casos de oligodramnios y RPM, es posible conseguir que nuestro índice de cesáreas disminuya en aproximadamente un 10%, con lo cual también se abatirían nuestros costos y la estancia hospitalaria, sin que se produzca un incremento de la morbimortalidad perinatal.

REFERENCIAS

- 1.- Peña Nina D E. Ruptura uterina post-cesárea. Act Med Dom 1997; 19: 254
- 2.- Peña Nina D E, et al. La operación cesárea. Incidencia, manejo y evolución en el medio privado. Act Med Dom

- 1983; 5: 170
- 3.- Garrido Calderón J. Indicaciones, frecuencia e incidencia de la operación cesárea en los últimos años en el Hospital de Gineco-obstetricia del IDSS. Revista Dom de Obst y Ginec 1980-82, pag 24
 - 4.- Cragin E. Conservatism in obstetrics. New York State Med 1916; 104: 1-4
 - 5.- Quesner García B C, et al. Operación cesárea ¿ciencia o ansiedad?. Once años de experiencia institucional. Ginec y Obstet Mex 1997; 65: 247-53
 - 6.- American College of Obstetrician and Gynecologist. Vaginal birth after two or more previous cesarean sections. Am J Obst Gynecol 1992; 156: 565-66
 - 7.- Laca Rodriguez V. Condiciones para un parto luego de una cesárea previa. Publicaciones científicas del XV Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología FLASOG. Editora Litocolor, Asunción, Paraguay 1996, pag 535
 - 8.- Cesárea. Enciclopedia Microsoft Encarta 98 1993-97. Microsoft Corporation