

Incidencia e indicaciones de cesárea en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva

Indications and impact of cesarean at University Hospital Hernando Moncaleano Perdomo in Neiva

Patricia Borrero Zamudio¹, Andrea Cubillos Prada¹, Leidy J. Orjuela Téllez¹, Fabio Rojas Lozada²

Resumen

La tasa de cesáreas en Colombia ha presentado un incremento en los últimos años, actualmente los partos por cesárea corresponden aproximadamente al 28% de nacimientos, valor por encima del recomendado por la OMS (15%), encontrando la mayor incidencia en San Andrés y Atlántico y en las capitales Bogotá, Medellín y Cali. **Objetivo:** Determinar la incidencia de operación cesárea y conocer sus principales indicaciones en el Hospital Universitario de Neiva. **Materiales y métodos:** Estudio observacional descriptivo, retrospectivo. Se incluyeron los registros de mujeres que presentaron parto vaginal o parto por cesárea en el periodo comprendido entre enero 2011 y diciembre del 2012. **Resultados:** En 2011 se registraron 1579 nacimientos, con una incidencia de cesárea de 39%. Las principales indicaciones obstétricas fueron: cesárea previa, trastornos hipertensivos asociados, Inducción fallida, desproporción céfalo pélvica, distocia de presentación. Ya en 2012 se registraron 2122 nacimientos, con una incidencia de cesárea de 39%. Entre las indicaciones obstétricas de cesárea se encontraron: cesárea previa, Inducción fallida, trastornos hipertensivos asociados al embarazo, desproporción céfalo pélvica, sufrimiento fetal agudo, entre otras. **Conclusiones:** Los nacimientos por cesárea han aumentado significativamente respecto a años anteriores, la tasa de cesárea en el periodo analizado se encuentra en 39%, la principal causa de este procedimiento es la cesárea previa, seguida de la inducción fallida.

Palabras clave: Incidencia de cesárea, indicaciones de cesárea.

Abstract

Cesarean section rate in Colombia has increased over the last years. Currently, cesarean deliveries represent about 28% of births, which is over the recommended rate by OMS (15%). The highest incidence is in San Andres, Atlantic Coast and Bogota, Medellin and Cali. **Objective:** To determine the incidence of cesarean section and know its main indications at University Hospital in Neiva. **Materials and Methods:** Descriptive, retrospective observational study. It was included women's records who had vaginal birth or cesarean delivery between January 2011 and December 2012. **Results:** In 2011 it was recorded 1579 births, with an incidence of cesarean by 39%. Main obstetric indications were: previous cesarean section, associated hypertensive disorders, failed induction of labor, cephalopelvic disproportion and dystocia presentation. By 2012 it was recorded 2122 births, with a cesarean incidence of 39%. Among obstetric indications of cesarean are: previous cesarean section, failed induction, hypertensive disorders associated with pregnancy, cephalopelvic disproportion, acute fetal distress among others. **Conclusions:** Cesarean births have significantly increased in comparison to previous years, cesarean section rate in the analyzed period is by 39%, and main cause of this procedure is previous cesarean section followed by failed induction.

Keywords: Cesarean incidence, cesarean indications.

1. MD, Residente Ginecología y Obstetricia, Universidad Surcolombiana, Neiva Colombia

2. MD, Especialista en Ginecología y Obstetricia. Especialista en Epidemiología. Coordinador Postgrado de Ginecología y Obstetricia, Universidad Surcolombiana. Jefe del Departamento y Coordinador Servicio Ginecología y Obstetricia Hospital Universitario de Neiva Hernando Moncaleano Perdomo. Neiva, Colombia.

Datos de contacto: Patricia Borrero Zamudio. Correo electrónico: patcoborrero@gmail.com

Recibido: 11/06/2013 - Revisado: 25/08/2013 - Aceptado: 25/06/2014

Introducción

La cesárea es uno de los procedimientos quirúrgicos históricamente descritos, se cree que el emperador Julio César nació a través de este procedimiento en el año 100 a.c. y en su honor se deriva el nombre. En 1882 Max Sanger escribió un tratado que describe el empleo de suturas uterinas, que prácticamente es mantenido en la actualidad, lo que conocemos como “cesárea clásica”^[1].

La técnica ha mejorado, gracias a la aparición de terapia con antibióticos; desarrollo de la anestesiología; mejora en los materiales de sutura y desarrollo de la neonatología, lo que ha permitido un mejor rescate de los recién nacidos.

En las últimas décadas, la cesárea pasó de ser una cirugía obstétrica de urgencia a ser la segunda cirugía de mayor frecuencia en la mayoría de países.

En 1985 la Organización Mundial de la Salud declaró: “No hay justificación para cualquier región, tener una tasa de cesárea mayor de 10-15%”^[2].

Sin embargo, dos décadas después, la tasa óptima de nacimientos por cesárea es aún controversial tanto en países desarrollados como en desarrollo. En Estados Unidos, por ejemplo en 2009, alcanzó un máximo histórico del 32,9% de todos los nacimientos^[3]. Ya en América Latina, la tasa global es de 35%, existiendo amplias variaciones que van de un 1.7% en Haití a un 36.7% y 30.7% en Brasil y Chile respectivamente^[4,5].

En Colombia, datos entregados por el DANE en el 2005, se reportan porcentajes de nacimientos por cesárea tan altos como el 67% en el departamento de San Andrés, comparado con cifras bajas como 12.9% en el departamento de Chocó. En el departamento del Huila, registró una tasa de cesárea del 35%^[6].

Las razones clínicas, socioeconómicas y demográficas para el aumento de la tasa de nacimientos por cesárea han sido ampliamente estudiados, y hay un consenso de que los factores clínicos por sí solos no pueden explicar el aumento observado^[7,8]. Este aumento, podría ser resultado del uso cada vez mayor de la inducción del trabajo de parto, el uso de cardiotocografía intraparto en mujeres de bajo riesgo, o el aumento de factores de riesgo maternos como la obesidad y la edad avanzada.

Se realiza una cesárea en los casos en que el parto vaginal no es posible o para reducir las complicaciones en la madre y riesgos en el feto durante o después de un parto vaginal. Algunas indicaciones son claras y absolutas (por ejemplo, placenta previa, despropor-

ción céfalo-pélvica), otras son relativas^[9]. Sin embargo, en muchos casos, la decisión para determinar cuál es la mejor opción para la terminación del embarazo es difícil.

Esta investigación describe la incidencia actual del parto por cesárea en el Hospital Universitario de Neiva y define sus principales indicaciones, con el objetivo de servir para la elaboración de un plan de reducción de la tasa de cesárea hasta alcanzar el objetivo propuesto por la OMS.

Materiales y métodos

El presente trabajo es un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de pacientes gestantes que fueron atendidas en el Hospital Universitario de Neiva en el período comprendido entre enero del 2011 a diciembre del 2012.

Se consultaron los libros de registro del servicio de sala de partos del Hospital Universitario de Neiva; las variables analizadas fueron: número total de nacimientos y número total de cesáreas. Estas últimas fueron clasificadas de acuerdo con sus distintas indicaciones obstétricas, obteniéndose una base de datos. Los datos obtenidos se tabularon en planillas y en gráficos estadísticos a través de la aplicación Excel de Microsoft, y posteriormente fueron analizados. Al definir las indicaciones de cesáreas, se agruparon de la siguiente forma: Sufrimiento fetal agudo: que incluye bradicardia fetal, doppler alterado, prueba de la tolerancia a las contracciones positivo, monitoria fetal no reactiva; Cesárea Previa: incluye la cesárea anterior, y la cesárea iterativa; Trastornos Hipertensivos asociados al embarazo, Inducción fallida; Distocia de presentación: incluye las diferentes presentaciones (podálica, transversa, etc.); Desproporción cefalopélvica; Hemorragia del segundo y tercer trimestre del embarazo: que incluye desprendimiento prematuro de placenta normo inserta y placenta previa; Embarazo gemelar y otros que incluye patologías maternas asociadas como VIH y cardiopatías.

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

Resultados

En el 2011 se registraron 1579 nacimientos, con una incidencia de cesárea de 39% (n = 601), se destaca el mes de septiembre por la mayor incidencia de parto por cesárea con 46 nacimientos por esta vía (Figura 1).

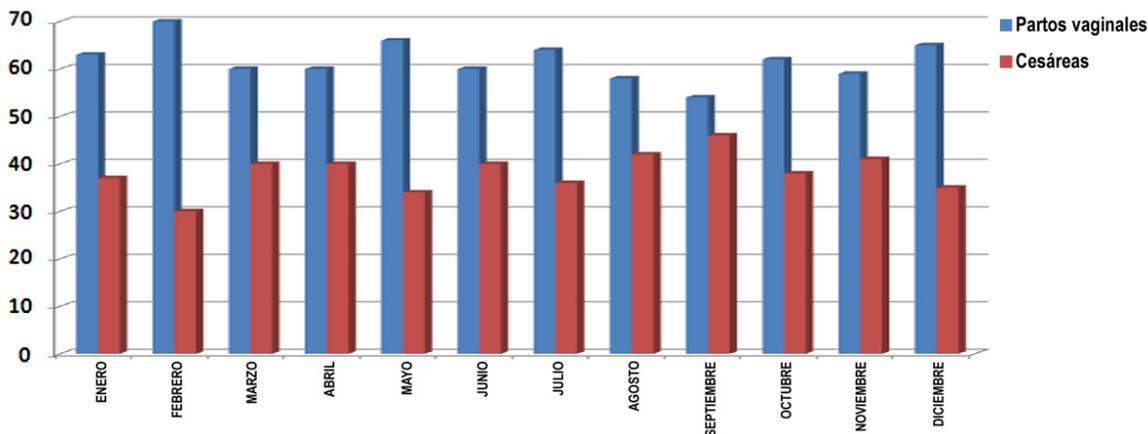


Figura 1. Incidencia mes por mes año 2011. Partos vs cesáreas

Entre las indicaciones de cesárea se encontró que el 25% se realizó por antecedente de cesárea previa, el 20% por trastornos hipertensivos asociados al embarazo, el 18% por falla en la inducción, el 13% por desproporción céfalo pélvica, el 8% por distocia de la presentación, el 6% por otras patologías maternas asociadas como VIH y cardiopatías, el 6% por sufrimiento fetal agudo, el 3% por hemorragia del segundo y tercer trimestre del embarazo y el 1% por embarazo gemelar (Figura 2).

En 2012 se registraron 2122 nacimientos, con una tasa de cesárea de 39 % (n = 826). En el mes de mayo se atendió en el

Hospital Universitario de Neiva el mayor número de partos, 213 entre vaginales y por cesárea, encontrando que 85 de estos partos fueron realizados por cesárea. (Figura 3)

Las indicaciones obstétricas de Cesárea en este año fueron: el 28% por cesárea previa, el 25% por Inducción fallida, el 17% por Trastornos hipertensivos asociados al embarazo, el 11% por desproporción céfalo pélvica, el 8% por sufrimiento fetal agudo, el 8% por distocia de presentación, otras patologías maternas asociadas el 4%, el 3% por embarazo gemelar y el 2% por hemorragia del segundo y tercer trimestre del embarazo. (Figura 4)

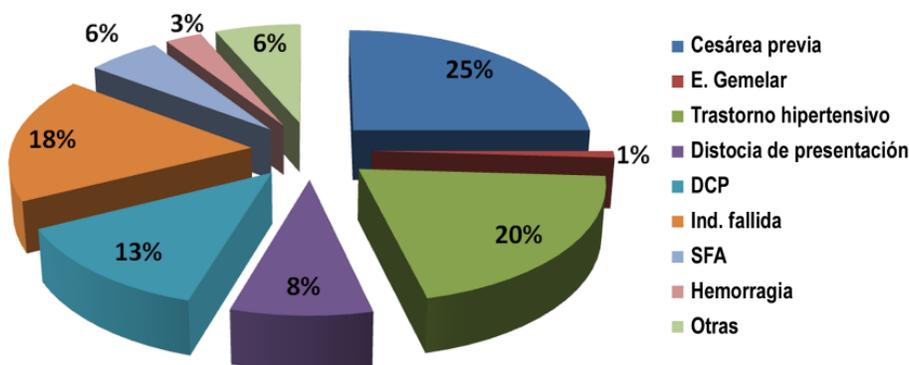


Figura 2. Indicaciones de cesárea año 2011.

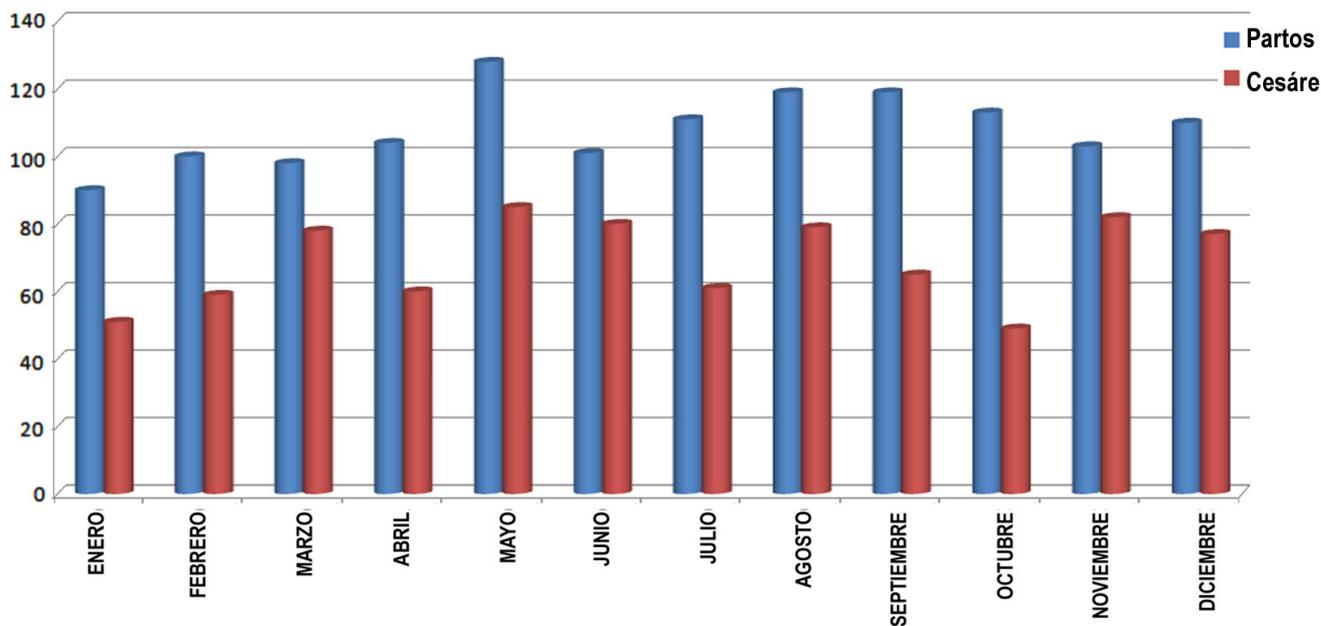


Figura 3. Incidencia mes por mes año 2012. Paros vs cesáreas.

Discusión

La incidencia de cesárea en el mundo ha mostrado un aumento significativo en las últimas décadas, de un 5% en los años 70's a más de un 50% en los años 90's. Sin embargo la OMS ha fijado como un máximo, una tasa de cesárea del 15 % para causas médicas y considera porcentajes superiores a este como un indicador de mala calidad en la atención obstétrica.

La tasa de cesárea en nuestra institución en los años 2011 y 2012, se encuentra en un 39 %, la cual está dentro del promedio nacional, según los registros del DANE, pero muy por encima del porcentaje aceptados.

Actualmente en el mundo, se implementan estrategias para disminuir las tasas de cesáreas, ya que este procedimiento implica además de posibles complicaciones, aumento en los costos y mayor posibilidad de repetir la intervención en una nueva gestación.

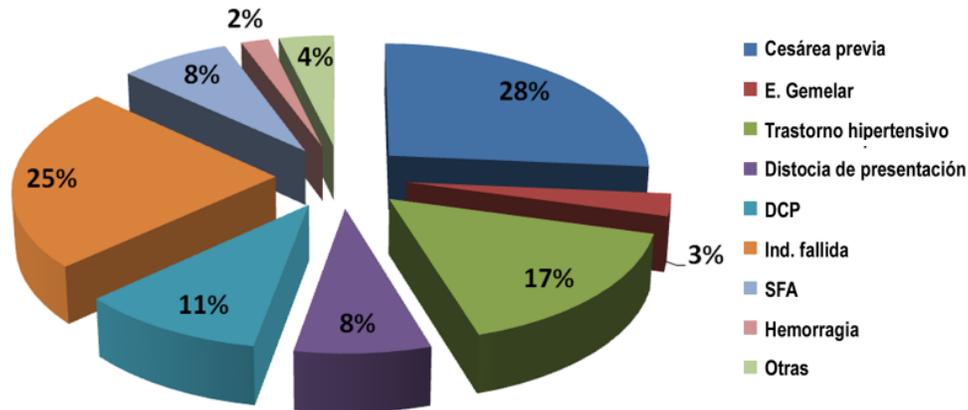


Figura 4. Indicaciones de cesárea año 2012.

No se discute la validez de la cesárea 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.

En nuestra investigación encontramos una elevada incidencia de cesárea, principalmente a expensas de la cesárea previa e iterativas, lo cual puede deberse a que las indicaciones de la primera intervención, estén incluidas, además de las causas clínicas, motivos relacionados a mayor conveniencia tanto para el obstetra como la paciente: el riesgo a demandas legales, disminución del stress materno, resolver el nacimiento en minutos ya que un parto vaginal podría demandar hasta 12 horas, y sin dolor, y el poco conocimiento sobre la seguridad del parto vaginal después de cesárea.

Otra de las indicaciones principales encontradas en el estudio, fueron debido a inducción fallida, la cual está asociada a un mayor riesgo de parto por vía abdominal. Esta indicación puede relacionarse con una inadecuada evaluación de las condiciones iniciales de la paciente y por consiguiente la no utilización del método requerido para realizar la inducción del trabajo de parto.

En cuanto a la indicación por trastornos hipertensivos en el embarazo, se observa que esta causa no debe corresponder a una indicación absoluta para la realización de la cesárea. Existen diferentes estudios donde el parto vaginal, en pacientes bajo vigilancia estricta, es la principal vía de terminación del embarazo y el parto por cesárea debe ser indicado por una causa obstétrica secundaria como desproporción céfalo pélvica o algún tipo de distocia.

El nacimiento por cesárea incrementa la morbilidad neonatal y materna, sobre la base de una mayor morbilidad respiratoria, principalmente si nacen antes de la semana 39, un mayor número de recién nacidos que ingresan a cuidados intensivos aún en situaciones de bajo riesgo perinatal para la madre y el feto.

Conclusión

Tras investigar la incidencia del Hospital Universitario de Neiva Hernando Moncaleano Perdomo, se concluye que está dada principalmente por cesárea anterior e iterativa y la inducción fallida, de manera que es sobre ellas donde se debería actuar para disminuir estas cifras.

Nos parece pertinente resaltar la necesidad de realizar adecuados controles prenatales, para detectar de manera temprana y dar

manejo adecuado, patologías maternas como Diabetes gestacional y Trastornos Hipertensivos, debido a su participación en situaciones responsables de indicaciones de cesárea, que tal vez podrían evitarse si se realizara un apropiado manejo de la embarazada y control prenatal.

Aquí radica la importancia del conocimiento y manejo adecuado de las emergencias obstétricas a todo profesional que esté involucrado en la atención del parto, con el fin de que cuando se tome la decisión de realizar una cesárea, se base únicamente en la situación clínica y la necesidad de garantizar el mejor resultado para la madre y el feto y en la habilidad y experiencia del obstetra.

Bibliografía

1. Boley, J.P., *The history of caesarean section*. 1935. Cmaj, 1991. 145(4): 319-22.
2. *Appropriate technology for birth*. Lancet, 1985. 2(8452): 436-7.
3. Martin, J.A., et al., *Births: final data for 2009*. Natl Vital Stat Rep, 2011. 60(1):1-70.
4. Betran, A.P., et al., *Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates*. Paediatr Perinat Epidemiol, 2007. 21(2):98-113.
5. Villar, J., et al., *Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America*. Lancet, 2006. 367 (9525):1819-29.
6. A., R.G. *Partos atendidos por cesárea: análisis de los datos de las encuestas nacionales de demografía y salud en Colombia 1995-2005*. .
7. Althabe, F., et al., *Mandatory second opinion to reduce rates of unnecessary caesarean sections in Latin America: a cluster randomised controlled trial*. Lancet, 2004. 363 (9425):1934-40.
8. Tita, A.T., et al., *Timing of elective repeat cesarean delivery at term and neonatal outcomes*. N Engl J Med, 2009. 360(2):111-20.
9. Cunningham FG, L.K., Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY, editors. *Williams Obstetrics*. 23rd ed. United States of America: McGraw-Hill Companies; 2010. Teratology and medications that affect the fetus; p. 315.