

## Frecuencia e indicaciones de la operación cesárea en el Hospital Escuela de la Universidad Veracruzana

Pavón León Patricia, Gogeoascoechea Trejo Ma. del Carmen, Ramírez Muro Miguel, Landa Ortiz Victor. Instituto de Ciencias de la Salud. Universidad Veracruzana. Xalapa, Ver.

### Resumen

**Objetivo.** Determinar la frecuencia y las indicaciones más comunes de la operación cesárea que se realizaron en el Hospital Escuela de la Universidad Veracruzana y formular algunas recomendaciones al respecto. **Material y métodos.** En un estudio retrospectivo se revisaron un total de 1,080 expedientes clínicos de pacientes embarazadas atendidas durante el año de 1997, de las cuales a 402 se les practicó cesárea. **Resultados.** La frecuencia de cesáreas fue de 36.7%, con relación al número de nacimientos. Las indicaciones más frecuentes fueron: sufrimiento fetal agudo (28.4%), desproporción cefalopélvica (22.4%) y cesárea previa (15.2%). **Conclusiones.** El estudio revela una frecuencia elevada si se toma como ideal el 15% sugerido por la normatividad. Es necesario actualizar y uniformar los criterios técnicos para la práctica de la operación cesárea, manteniendo únicamente aquéllos que constituyan un beneficio incontrovertible para el bienestar materno y perinatal.

### Abstract

**Objective.** To determinate the frequency and indications of cesarean section performed at Hospital Escuela de la Universidad Veracruzana. **Material and methods.** A retrospective study was performed during the year of 1997, 1080 clinical records of pregnant patients were included, of these, 402 cesarean sections were performed. **Results.** The cesarean section frequency was of 36.7%. The most frequent indications for these interventions were: fetal distress (28.4%), cephalopelvic disproportion (22.4%) and previous cesarean (15.2%). **Conclusions.** This study reveal a high frequency of cesarean sections if we take 15% as the ideal rate. It is necessary to update and to unify the technical criteria for the practice of the cesarean section, supporting only those that constitute an incontrovertible benefit for the mother and newborn.

### Introducción

La cesárea ha tenido una gran importancia dentro de las culturas del hombre, siendo mencionada en múltiples escritos antiguos. Hoy en día existe gran controversia tanto por su incidencia como por sus indicaciones. En las últimas cuatro décadas, de ser una cirugía obstétrica de urgencia pasó a ser la segunda cirugía que se efectúa en frecuencia en la mayoría de las naciones. Los avances tecnológicos de la era industrializada trajeron consigo un elevado índice de cesárea y múltiples indicaciones.

Según la Organización Mundial de la Salud, ningún país del mundo debe tener una tasa de cesáreas mayor de 15% en relación con el total de nacimientos, independientemente de la característica institucional. De acuerdo con la NOM 007 para la Atención del Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido<sup>1</sup>, todas las unidades médicas que brindan atención obstétrica deben contar con lineamientos para indicar la operación cesárea, cuyo índice recomendado es de 15% para los hospitales de segundo nivel y de 20% para los de tercer nivel.

En Estados Unidos, donde la tasa de cesáreas creció rápidamente en los años setenta y ochenta, se había estabilizado alrededor de 21% para 1998.

En los países de América Latina se comprobó una gran variación en la prevalencia de cesáreas. Chile, con 40% encabeza la lista, Brasil con una tasa global de 27%, República Dominicana con 26% y Argentina con 25.4%.<sup>2</sup>

En México, al igual que en el resto del mundo, la cifra de cesáreas ha aumentado significativamente, tanto en los sectores de seguridad social y público como en el privado. En los años 60 se hacían 3% de cesáreas; en 1996 la tasa había aumentado hasta un 24.1%; en 1999, la tasa a nivel nacional fue de 35.4%; sin embargo, esta cifra aumenta en el sector privado, donde el porcentaje fue de 53%.<sup>2</sup>

El valor promedio entre los diferentes estados fue de alrededor de 34%. El valor máximo en el porcentaje de cesáreas fue de 49.9% en Nuevo León y el valor mínimo fue de 24.9% en Zacatecas (Fuente: SSA/DGIED 1999). En el Estado de Veracruz, la cifra reportada fue de 26.2% (Fuente SSA-Ver. 1999).

En un estudio realizado en el Hospital Central Militar en México en 1996 informan una frecuencia de operación cesárea de 26.84%.<sup>4</sup>

Diversas son las razones para explicar el aumento en las cesáreas. Por un lado, el perfeccionamiento de las condiciones quirúrgicas y de anestesia; por otro, la influencia de razones ajenas al enfoque estrictamente médico, como problemas médico legales, presión de la paciente por un parto programado, el mayor monto de los honorarios cuando se realiza la intervención quirúrgica, o, simplemente, acortar el tiempo de vigilancia que requiere la evolución de un trabajo de parto normal.

Las indicaciones para realizar una cesárea son variadas, pueden ser maternas, fetales, ovulares y feto-maternas. Dentro de las maternas, cabe destacar: distocia, enfermedades del metabolismo, toxemia, enfermedades preexistentes, procesos infecciosos genitales, cesárea anterior produciendo cicatriz uterina o persistiendo la causa anterior, embarazo prolongado, etc. Entre las indicaciones fetales: sufrimiento fetal agudo, presentaciones atípicas, macrosomía fetal, enfermedad hemolítica del recién nacido o muerte fetal. Como indicaciones ovulares: placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta y prociencia de cordón. Por último las indicaciones feto-maternas: desproporción cefalopélvica.

Sin embargo, a pesar de los grandes avances en materiales quirúrgicos y anestésicos, así como la modernización de las técnicas operatorias y anestésicas, este procedimiento quirúrgico representa mayores riesgos para la salud de la madre y del recién nacido, y mayores costos al sistema de salud con relación al parto vaginal.

Por esta razón, el tema aún tiene vigencia y motiva constantes publicaciones en

todas partes del mundo, en las que se reseña y analiza la experiencia de cada institución, planteando la posibilidad de buscar estrategias para reducir la frecuencia de cesáreas.

### **Objetivo**

Determinar la frecuencia y las indicaciones más comunes respecto a la operación cesárea en el Hospital Escuela de la Universidad Veracruzana, y formular algunas recomendaciones al respecto.

### **Material y métodos**

Se realizó un estudio retrospectivo de un año (enero a diciembre de 1997). Se revisaron un total de 1,080 expedientes clínicos de pacientes embarazadas que ingresaron al hospital para su atención obstétrica, de las cuales a 402 se les practicó cesárea.

Se utilizó como instrumento una encuesta donde se recopilaron los datos obtenidos de la madre y del recién nacido. Se analizaron las siguientes variables, con respecto a la madre: edad, paridad, semanas de gestación, control prenatal, indicación de cesárea, inducto-conducción, procedimiento anestésico, complicación postcesárea, tipo de complicación; en cuanto al producto: peso, sexo, apgar; en cuanto a la atención: días de la semana, turno.

La frecuencia de cesáreas se obtuvo dividiendo el número total de cesáreas practicadas durante el período de estudio entre el número total de nacidos vivos y muertos de 28 o más semanas de gestación el resultado se multiplicó por 100. Para el análisis estadístico, se utilizaron frecuencias simples y proporciones.

### **Resultados**

En el período de estudio, ingresaron al hospital 1,080 pacientes en trabajo de parto; 678 pacientes (62.8%) presentaron parto vaginal y en 402 pacientes (37.2%), que fueron nuestro grupo de estudio, el nacimiento ocurrió por operación cesárea.

Las indicaciones más frecuentes de operación cesárea fueron: sufrimiento fetal agudo 114 pacientes (28.4%); desproporción cefalopélvica 90 (22.4%); cesárea previa 61 (15.2%); presentación pélvica 40 (10.0%); trabajo de parto estacionario 24 (6.0%); preeclampsia-eclampsia 20 (5.0%) y otras (Cuadro I).

**Cuadro I**  
**INDICACIONES DE LA OPERACIÓN**  
**CESÁREA**

<i>Indicaciones</i>	<i>No. pacientes</i>	<i>%</i>
Sufrimiento fetal agudo	114	28.3
Desproporción cefalopélvica	90	22.4
Cesárea previa	63	15.7
Distocia de presentación	46	11.4
Falta de progresión del trabajo de parto	24	6.0
Preeclampsia – eclampsia	20	5.0
Embarazo gemelar	13	3.2
Ruptura prematura de membranas	9	2.2
Periodo expulsivo prolongado	4	1.0
Óbito	4	1.0
Desprendimiento prematuro de placenta	3	0.8
Condilomatosis genital	3	0.8
Oligohidramnios	3	0.8
Producto macrosómico	2	0.5
Inserción baja de placenta	2	0.5
Embarazo prolongado	1	0.2
Cirugía anterior (conización de cérvix por Ca in situ)	1	0.2
<b>Total</b>	<b>402</b>	<b>100</b>

La edad materna promedio de las pacientes incluidas en el estudio fue de  $25.1 \pm 6$  años, siendo el grupo de edad predominante entre 21 a 25 años (35.1%), seguido por el grupo de menores de 20 años (24.6%). (Cuadro II).

**Cuadro II**  
**EDAD DE LAS PACIENTES**  
**POSTOPERADAS DE CESÁREA**

<i>Años</i>	<i>No. pacientes</i>	<i>%</i>
< 20	99	24.6
21 a 25	141	35.1
26 a 30	88	21.9
31 a 35	46	11.4
> 36	28	7.0
<b>Total</b>	<b>402</b>	<b>100</b>

Con respecto a la paridad, la cesárea se realizó en 186 pacientes primigestas (46.3%), 127 secundigestas (31.6%), 53 trigestas (13.2%) y 36 con más de 4 embarazos (8.9%). Al momento de realizar la cesárea, fueron embarazos de término en 336 pacientes (83.6%), embarazos de pretérmino en 45 (11.2%) y embarazos de posttérmino en 21 (5.2%).

Acudieron a control prenatal 249 (61.9%) pacientes, no se realizó a 57 (14.2%) y en 96 (23.9%) no fue reportado en el expediente clínico.

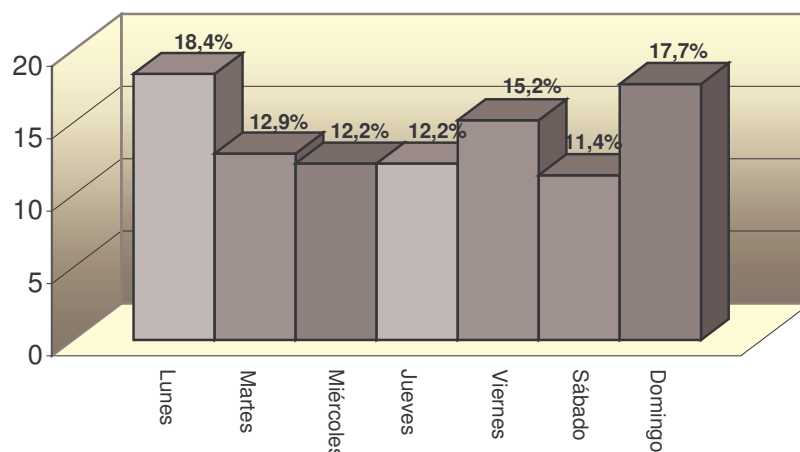
Se les realizó inducto-conducción del trabajo de parto a 118 (29.4%) pacientes y a 284 (70.6%) no se les realizó este procedimiento.

El procedimiento anestésico utilizado fue el bloqueo peridural en 397 pacientes (98.8%) y anestesia general endovenosa en 5 pacientes (1.2%). La obstrucción tubárica bilateral (OTB) se realizó como operación adicional en 99 pacientes (24.6%).

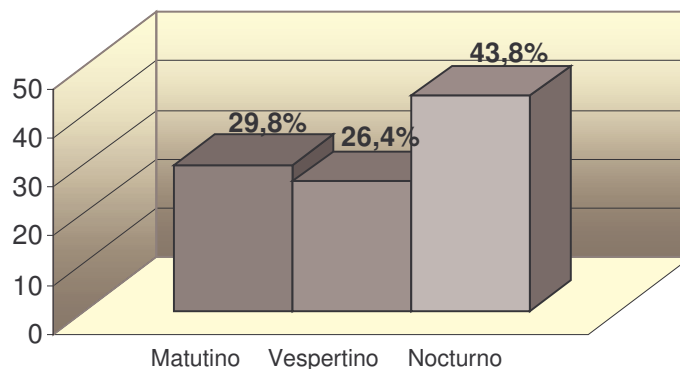
Las pacientes postoperadas de cesárea que presentaron complicaciones fueron 9 (2.2%), siendo las siguientes: anemia 5 (1.2%), infección de herida quirúrgica 3 (0.7%) y endometritis 1 (0.3%).

Con respecto al producto de la gestación, encontramos 415 casos, 13 recién nacidos más que el número de madres debido a 13 embarazos gemelares. Se obtuvieron 409 recién nacidos vivos (99.6%) y 6 nacidos muertos (1.4%). La mortalidad fetal fue de 1.4% con respecto al número de nacimientos por cesárea. El peso al nacer fue menor a 2,500 grs. en 48 (11.6%), entre 2,500 y 3,500 grs. en 269 (64.8%) y mayor a 3,500 grs. en 98 (23.6%). En relación al sexo, 217 (52%) fueron masculinos y 198 (48%) fueron femeninos. La calificación de Apgar se encontró entre 7 y 10 en 398 recién nacidos (95.9%), entre 4 y 6 en 11 (2.7%) y entre 0 y 3 en 6 (1.4%).

Los días de la semana que muestran mayores frecuencias de cesárea son lunes con 18.4%, domingo con 17.7% y viernes con 15.2%. (Gráfica 1). En cuanto a los turnos, se observa en el turno nocturno una frecuencia de 43.8%, en el matutino de 29.8% y en el vespertino de 26.4%. (Gráfica 2).



**Gráfica 1. Frecuencia de cesáreas y días de la semana**



**Gráfica 2. Frecuencia de cesáreas y turno**

### Discusión

En este estudio, la frecuencia de cesáreas fue de 37.2%. Esta cifra es elevada al compararla con el estándar internacional fijado por la OMS (15%), con la recomendada por la Norma Oficial Mexicana para la atención del embarazo, parto, del puerperio y del recién nacido (15% para hospitales de segundo nivel), con la tasa a nivel nacional (35.4%) y con la reportada en el Estado de Veracruz (26.2%).

Las indicaciones de la operación cesárea han sido causa de polémica, ya que al igual que las frecuencias, son distintas en los diferentes centros hospitalarios de un país. La principal indicación de cesárea en este estudio fue el sufrimiento fetal agudo, que se puede relacionar con la aceptación muy generalizada

de evidencias muy frágiles, como la presencia de meconio claro o de desaceleraciones de la FCF susceptibles de tratamiento médico, o bien con base en el monitoreo fetal exclusivamente. No obstante, estos indicadores muchas veces no se ajustan a la realidad clínica, induciendo a la práctica de intervenciones apresuradas y por lo tanto injustificadas, desencadenando una tasa más elevada de cesáreas. Se destaca que en la literatura consultada no se encontró ningún artículo que describa tasas tan altas de esta indicación (28.3% en nuestro estudio contra 6.74<sup>4</sup>, 7.8<sup>5</sup>, 4.6<sup>6</sup>, 4.8<sup>7</sup>, 9.0<sup>8</sup>, 15.0%<sup>9</sup>).

La desproporción cefalopélvica fue nuestra segunda causa de cesárea. Al revisar la literatura, se observó que esta indicación es de las más socorridas en la actualidad. La tasa registrada en nuestro estudio fue de 22.4%, mientras que la mayoría reporta tasas menores por esta indicación (9.9<sup>4</sup>, 5.5<sup>5</sup>, 1.8<sup>6</sup>, 12.2<sup>7</sup>, 21.6%<sup>8</sup>, 29.3%<sup>9</sup>).

La tercera indicación fue la cesárea anterior. Esta ocupa el primer lugar en casi la totalidad de las estadísticas (15.7% en este estudio contra 22.9<sup>4</sup>, 10.2<sup>5</sup>, 69.1<sup>6</sup>, 41.4<sup>7</sup>, 39.0<sup>8</sup>, 22.7<sup>9</sup>). Uno de los grandes conflictos obstétricos es sin lugar a dudas poder someter a trabajo de parto a una paciente que tiene una cesárea. Este problema nace del aforismo de Craigin en 1916: “después de cesárea, siempre cesárea”, manteniéndose vigente por mucho tiempo. Sin embargo, se han realizado investigaciones<sup>11,12</sup> donde se demuestra que el parto vaginal posterior a cesárea es una forma de tratamiento seguro, siempre y cuando se sigan los protocolos ya establecidos y la paciente reúna una serie de condiciones para ello.

El porcentaje de complicaciones postoperatorias fue mínimo (2.2%), siendo la más frecuente la anemia. En la literatura revisada, el porcentaje de complicaciones fue de 29.4<sup>4</sup>, 3.9<sup>6</sup> y 1.7%<sup>7</sup>. Los tipos de complicación registrados en este estudio coinciden con los reportados en la bibliografía. No hubo mortalidad materna.

Entre los recién nacidos obtenidos por cesárea más del 60% tenían un peso dentro de los límites normales y más del 95% tuvieron una calificación de apgar adecuada.

La frecuencia de cesárea entre los diferentes días de la semana se concentró en el lunes y el domingo. En cuanto a la distribución entre los turnos, se observó una mayor concentración en el nocturno. Al comparar con la bibliografía, sólo en un estudio<sup>10</sup> se describió la frecuencia de cesárea con relación a los días y al horario, reportando una mayor frecuencia en las horas de la mañana y en los días laborables, contrario a nuestro estudio. Estos resultados se producen por la tendencia a la “programación del nacimiento”, ya que en ocasiones se prefiere la certeza de la cesárea a las características

aleatorias del parto vaginal, donde los horarios se hacen de acuerdo con la conveniencia de los profesionales y de la paciente.

Aunque nadie disputa que las cesáreas protegen las vidas de la madre y el niño en situaciones de emergencia, las investigaciones recientes han empezado a concentrarse en los riesgos del procedimiento, por lo que no debe considerarse como una panacea para resolver las situaciones relacionadas con el nacimiento. Además, aunque los médicos continúan debatiendo los méritos relativos al parto por cesárea, nadie discute los costos adicionales que el procedimiento impone en los sistemas de salud.

Por lo anterior, se hace necesaria la planeación y el diseño de estrategias para estabilizar y posteriormente revertir la tendencia al aumento de la frecuencia de cesáreas que se observa en la actualidad.

El conocer la frecuencia y las indicaciones actuales de la operación cesárea, permitirá actualizar y uniformar los criterios técnicos para la práctica de dicha intervención, manteniendo dentro de la normatividad correspondiente únicamente aquellas que a la luz de la información científica constituyen un beneficio incontrovertible para el bienestar materno y perinatal.

Es indispensable en el hospital contar con los lineamientos básicos para la realización de la cesárea, con el fin de ajustarse a las normas nacionales e internacionales, así como promover la actualización de los protocolos de atención obstétrica y vigilar su cumplimiento, como una medida importante para coadyuvar a la reducción de la tasa de cesárea.

### **Bibliografía**

1. Norma Oficial Mexicana para la Atención del Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido (NOM 007). Secretaría de Salud, 1995.
2. Garrido-Latorre F, Puentes-Rosas E. Síntesis Ejecutiva. Nacimientos por cesárea en México. SSA, 2000.
3. Comité Promotor para una Maternidad sin riesgos en México. Cesáreas, tendencias actuales y perspectivas. México, 1997.

4. Olivares-Morales A, Santiago-Ramírez J, Cortés-Ramírez P. Frecuencia e indicaciones de la cesárea en el Hospital Central Militar. *Ginecol. Obstet. Méx.* 1996; Vol. 64 (2):79-84.
5. Cobo E. Tasas de cesárea en la Fundación Clínica Valle del Lili: ¿Es posible reducirlas? *Colombia Med* 1998;29:53-61.
6. Rivero MI, Villalba MT, Berrone, JL, Vidal DA, Acuña G, Elizalde-Cremonte SA. Frecuencia e indicaciones de cesárea en un centro hospitalario de mediana complejidad: ¿Es ideal un porcentaje de 13%? *Ciencia & Técnica. Comunicaciones Científicas y Tecnológicas.* UNNE Argentina 2000.
7. Peña-Nina DE, Crispín LE, Méndez E, Montás-Domínguez PM. Incidencia de cesáreas en el Hospital Dr. Rafael J. Mañón del Instituto Dominicano de Seguros Sociales, San Cristóbal, R.D. *Acta Med. Dom.* 1999; Vol. 21(1).
8. López-Gómez JR, Rivas M, Méndez N, Bracho de López C, Bentivegna G, Di Terlizzi M. Operación cesárea en la Maternidad del Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara". Puerto Cabello 1984-1993; *Rev Obstet Ginecol Venez* 1999; 59 (2).
9. Treviño TG, Puente GH. Indicación de la operación cesárea, revisión de 300 casos. *Ginec. Obst. Mex*, 1998; 66:411-13.
10. Cobo CE. Disminución de la tasa de operación cesárea en la Fundación Clínica Valle del Lili. *Rev Colom Obstet y Ginecol*, 2000; 51(4).
11. Rabeth JC, Juzi C, Grossenbacher H. Vía de terminación en pacientes con cesárea anterior: una evaluación de riesgo. *Obstet Gynecol* 93(3):332-337, Marzo 1999.
12. Guzmán SA y cols. Intento de parto vaginal en 1000 pacientes con antecedente de una cesárea previa en el antiguo Hospital Civil de Guadalajara. *Gineco. Obst. Mex.* 1998;66:325.
13. Hatem Y, Escalona J, Suárez L, Pérez MV, Agúero R, Rodríguez MD, Rodríguez S. Cesáreas en adolescentes en el Hospital "J. M. Casal Ramos" Acarigua-Araure, Estado Portuguesa. Venezuela 1990-1993.
14. Corral-Chávez CM, Yin-Urias J, Pérez-Hernández S, Pérez-Suárez HM, Haro-García LC. Tendencia de la operación cesárea en tres ámbitos de la atención médica del Instituto Mexicano del Seguro Social en el período 1981-1995. *Ginecol Obstet Mex* 1999;67(1):9-12.
15. Juárez OSJ, Fajardo GA, Pérez PG, Guerrero MRG, Gómez DA. Tendencia de los embarazos terminados por operación cesárea en México durante el período 1991-1995. *Ginecol Obstet Mex* 1999; 67(7):308-318.