

Morbimortalidad materna y neonatal en la cesárea primitiva

Maternal and neonatal morbimortality in first time cesarean section

Dr. Juan Carlos La Fontaine Terry; Dra. Natercia Paulina Simba; Lic. Enf. Margelis Cutiño Guerra

Hospital Provincial Docente Ginecobstétrico Ana Betancourt de Mora. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional descriptivo en el Hospital Provincial Docente Ginecobstétrico Ana Betancourt de Mora de Camagüey. Se revisaron un total de 240 mujeres que tuvieron su parto por cesárea primitiva en el período comprendido entre el 2002 y el 2004 con el objetivo de conocer la morbimortalidad materna y neonatal derivada de este proceder. Se analizaron distintas variables, las edades de 20 a 34 años predominaron en el estudio con 190 pacientes, la indicación más frecuente fue el sufrimiento fetal agudo en el 34,6 % aportando mayor cantidad de depresión moderada y severa al nacer. Las mujeres con menos de 12 horas de trabajo de parto y uno a dos tactos vaginales presentaron mayor morbimortalidad materna. Predominó la cesárea de urgencia en el 93 % aportando mayor morbimortalidad. El hematoma de pared abdominal y la endometritis predominaron como morbimortalidad materna, mientras que las muertes, neumonía y la depresión severa al nacer prevalecieron como neonatales.

DeCS: INDICADORES DE MORBIMORTALIDAD; CESÁREA; NEONATOLOGÍA

ABSTRACT

An observational, descriptive study conducted at the Ana Betancourt Mora Maternity Hospital, Camagüey from 2002 to 2004 to assess maternal and neonatal morbimortality in first time caesarean section. Of the 240 women who made the sample, 190 were aged 20-34. Acute fetal suffering prevailed (34, 6 %) as an indication responsible for much mild and severe depression at birth. Women with less than 12 hours of prebirth labor and with 1-2 vaginal palpation accounted for a higher maternal morbimortality. Emergency cesarean section, which prevailed among 93 % of patients, increased morbimortality. Abdominal wall haematoma and endometritis prevailed as maternal morbimortality parameters, whereas death, pneumonia, and were depression at birth prevailed as neonatal morbimortality parameters.

DeCS: INDICATORS OF MORBIDITY AND MORTALITY; CESAREAN SECTION; NEONATOLOGY

INTRODUCCIÓN

Se entiende como operación cesárea la intervención quirúrgica que tiene como objetivo extraer el producto de la concepción (vivo o muerto) a través de una laparotomía e incisión en la pared uterina después que el embarazo ha llegado a la semana 27 de gestación o mayor.¹ Se excluye de esta definición la extracción del feto de la cavidad abdominal en el caso de ruptura del útero, embarazo abdominal y la histerotomía abdominal. La cesárea primitiva es la que se realiza por vez primera.^{2,3}

En la antigüedad solo se recurría a la cesárea inmediatamente después de la muerte con la finalidad de intentar salvar al niño. En el siglo XIX comenzó a perfeccionarse la técnica quirúrgica y posteriormente comienzan a respetarse las normas de asepsia y antisepsia, esto sumado a un buen criterio obstétrico, una técnica cuidadosa y una adecuada anestesia, posibilita que a mediados de nuestro siglo, la temida operación cesárea se convierta en un procedimiento fácil y seguro.³⁻⁵

No obstante, las seguridades que hoy brinda la operación cesárea tanto para la madre como para el feto, no está exenta de peligros. En efecto, por tratarse de una operación de cirugía mayor es susceptible a desembocar en complicaciones de distintos tipos.⁶ Tradicionalmente las causas mayores de morbimortalidad quirúrgica en mujeres que

sufren cesáreas son los accidentes con la anestesia, las hemorragias y las infecciones, sin embargo, con la mejoría de las técnicas anestésicas y el entrenamiento, la disponibilidad de agentes antimicrobianos y los modernos hemoderivados, la muerte por aspiración, infección y hemorragias son mucho menos frecuentes.⁷⁻⁹

El cumplimiento de ciertas líneas de trabajo ayuda a disminuir la indicación de cesárea primitiva, por ejemplo:

- El diagnóstico de sufrimiento fetal agudo por monitoreo y su gráfica.
- Considerar la inducción del parto si el cuello no está maduro, excepto que una causa materna o fetal lo justifique.
- Considerar la vía vaginal como alternativa del parto en pelviana.
- Desechar indicaciones médicas incluyendo la solicitud materna no justificada o la oportunidad para realizar esterilización tubaria, entre otras.¹

El adelanto tecnológico en el cuidado del bienestar fetal ha posibilitado la detección temprana de las alteraciones del intercambio de nutrientes entre la madre y el feto incrementando la indicación de la cesárea.^{10, 11}

La presentación pelviana como indicación de cesárea continúa en ascenso ya que los índices de morbilidad y mortalidad materno-fetales son menores que los informados cuando la resolución es vaginal.^{12, 13} Un factor importante es la pérdida de habilidad del médico para su intervención por vía vaginal, tanto que en unos años no va a haber quien las aprenda, sino que tampoco tendremos quien las enseñe.¹⁴

Teniendo en cuenta que el incremento de la tasa de cesárea más allá del límite de sus beneficios se convierte de solución, en problema,¹⁵ se realizó el estudio con el objetivo de conocer la morbimortalidad materna y neonatal en la cesárea primitiva.

MÉTODO

Se realizó un estudio observacional descriptivo con el objetivo de conocer la morbimortalidad materna y neonatal en la cesárea primitiva en el Hospital Provincial Docente Ginecobstétrico Ana Betancourt de Mora, Camagüey, desde el año 2002 al 2004.

El universo de estudio estuvo constituido por el total de 3 948 pacientes en las cuales el parto fue por cesárea primitiva y la muestra quedó representada por 240 mujeres. Los datos primarios fueron tomados del libro registro de partos y salón de operaciones, historias clínicas y el análisis del comité de cesáreas; y posteriormente llevadas al

registro primario (formulario) diseñado a criterio de los autores del trabajo y en correspondencia con el objetivo principal de la investigación.

Se realizó el procesamiento de los datos mediante paquetes estadísticos Microstat y Epidat,

RESULTADOS

En el período estudiado se produjeron en el hospital 18 847 partos, de éstos, 3 948 fueron por cesárea primitiva lo que representó el 21 %. Según la edad materna predominó el grupo de 20 a 34 años con 190 pacientes para el 79, 2 %; por su parte las adolescentes (hasta 19 años) con 30 señoras representaron el 12, 5 % y las mujeres con 35 años y más (20 pacientes) para el 8, 3 %.

Según paridad predominaron las nulíparas con 168 señoras (70 %), seguido del grupo con antecedentes de uno a dos partos con 60 mujeres para el 25 %; mientras que las pacientes con 3 o más partos previos (12) representaron el 5 %.

La indicación de la cesárea primitiva que prevaleció fue el sufrimiento fetal agudo en 83 pacientes para el 34, 6 %, seguido de la presentación pelviana y la inducción fallida con 50 (20, 6 %) y 39 (16, 3 %) señoras, respectivamente.

Se mostró el tiempo de gestación y la morbimortalidad neonatal, se destacaron las muertes en 26 neonatos: 15 pretérminos (6, 3 %) y 11 recién nacidos (4, 6 %) a término. Por su parte en el grupo de menos de 37 semanas resultó la neumonía en 13 recién nacidos para el 5, 4 % seguido de la membrana hialina en cinco niños (2, 1 %); mientras que en el grupo de 37-41 semanas se destacaron la depresión severa al nacer y la broncoaspiración de líquido amniótico meconial en 7 (2, 9 %) y 6 (2, 5 %) neonatos, respectivamente. Tabla 1.

Tabla 1. Relación tiempo de gestación y morbilidad neonatal

Tiempo de gestación (semanas)	Morbimortalidad neonatal														Total
	Neumonía		Depresión severa al nacer		Broncoasp liq. Amn. Mec.		Membrana hialina		Muertes		Otras		Ninguna		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Menos 37	13	5,4	-	-	-	-	5	2,1	15	6,3	9	3,8	20	8,3	62
37-41	-	-	7	2,9	6	2,5	-	-	11	4,6	3	1,3	110	46	137
42 y más	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	1,3	38	16	41
Total	13	5,4	7	2,9	6	2,5	5	2,1	26	10,9	15	6,4	168	70,3	240

Fuente: Formulario

Con respecto a la relación morbilidad materna y horas de trabajo de parto, la endometritis y el hematoma de pared abdominal fueron más frecuentes con menos de 12 horas de trabajo de parto en 10 (4, 1%) y 9 (3, 8 %) pacientes, respectivamente. Tabla 2.

Tabla 2. Relación morbilidad materna y horas de trabajo de parto

Morbimortalidad materna	Horas de trabajo de parto						Total
	Menos de 12 horas		Más de 12 horas		Sin trabajo de parto		
	No.	%	No.	%	No.	%	
Hematoma de pared	9	3,8	-	-	5	2,1	14
Endometritis	10	4,1	-	-	-	-	10
Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica	2	0,8	5	2,1	-	-	7
Absceso de pared	-	-	5	2,1	-	-	5
Muertes	-	-	-	-	-	-	-
Otras	-	-	-	-	5	2,1	5
Ninguna	132	55,0	45	18,7	22	9,2	199
Total	153	63,7	55	22,9	32	13,4	240

Fuente: Formulario

Se observó la morbilidad materna y el número de tactos vaginales, donde predominaron la endometritis y el hematoma de pared abdominal en 7 mujeres (2, 9 %), respectivamente, con uno a dos tactos vaginales efectuados, mientras que en aquellas pacientes que no se le realizaron tactos vaginales fueron frecuentes el hematoma de pared abdominal en 5 señoras (2, 1 %) y la endometritis en tres mujeres (1, 3 %). Prevalció la urgencia como modo de la cesárea en 223 pacientes lo que representó el 93 %. Tabla 3.

Tabla 3. Relación morbilidad materna y número de tactos vaginales

Morbilidad materna	Número de tactos vaginales						Total
	Ninguno		1 - 2		3 o más		
	No.	%	No.	%	No.	%	
Hematoma de pared	5	2,1	7	2,9	2	0,8	14
Endometritis	3	1,3	7	2,9	-	-	10
Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica	2	0,8	-	-	5	2,1	7
Absceso de pared	-	-	5	2,1	-	-	5
Muertes	-	-	-	-	-	-	-
Otras	-	-	5	2,1	-	-	5
Ninguna	55	23,0	124	52,0	20	8,3	199
Total	65	27,2	148	62,0	27	11,2	240

Fuente: Formulario

Con respecto a la morbilidad materna y modo de la cesárea, se destacaron la endometritis y el hematoma de pared abdominal en la cesárea de urgencia con 10 (4, 1 %) y 9 (3, 8 %) señoras, respectivamente. La depresión moderada y severa al nacer predominaron en el sufrimiento fetal agudo con 13 (5, 4 %) y 5 (2, 1%) recién nacidos. Por su parte la pelviana aportó 3 neonatos con depresión severa al nacer (1, 3 %) y tres niños con Apgar entre 4-6 a los 5 min, lo que representó el 1, 3 %. Tabla 4.

Tabla 4. Relación morbimortalidad materna y modo de la cesárea

Morbimortalidad materna	Modo de la cesárea				Total
	Electiva		Urgencia		
	No	%	No	%	
Hematoma de Pared	5	2,1	9	3,8	14
Endometritis	-	-	10	4,1	10
Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica	2	0,8	5	2,1	7
Absceso de pared	-	-	5	2,1	5
Muertes	-	-	-	-	-
Otras	2	0,8	3	1,3	5
Ninguna	45	18,7	154	64,2	199
Total	54	22,4	186	77,6	240

Fuente: Formulario

Se mostró la morbimortalidad neonatal y peso de los recién nacidos, prevalecieron las muertes en 26 niños: 16 neonatos con peso inferior a 2500 g (6,7 %) y 10 niños con peso igual o superior a 2500 g, lo que representó el 4,1 %. La neumonía en 13 neonatos (5,4 %) y la membrana hialina en 5 niños (2,1 %) se presentaron con peso inferior a 2500g, mientras que la depresión severa al nacer y la broncoaspiración de líquido amniótico meconial predominaron en 7 (2,9 %) y 6 (2,5 %) recién nacidos, respectivamente con peso igual o superior a 2500 g.

Predominó el hematoma de pared abdominal en 14 mujeres (6 %) y la endometritis en 10 señoras (4,1 %) como morbimortalidad materna.

Prevalecieron las muertes en 26 recién nacidos (11 %) seguido de la neumonía, depresión severa al nacer y broncoaspiración de líquido amniótico meconial en 13 (5,4 %), 7 (2,9 %) y 6 (2,5 %) neonatos, respectivamente como morbimortalidad neonatal. Tabla 5.

Tabla 5. Relación morbimortalidad neonatal y peso de los recién nacidos

Morbimortalidad neonatal	Peso de los recién nacidos								Total
	Menos 1500		1500 - 2500		2500 - 4000		+ 4000		
	No	%	No	%	No	%	No	%	
Neumonía	6	2,5	7	2,9	-	-	-	-	13
Depresión severa al nacer	-	-	-	-	7	2,9	-	-	7
Broncoaspiración líquido amniótico meconial	-	-	-	-	6	2,5	-	-	6
Membrana hialina	5	2,1	-	-	-	-	-	-	5
Muertes	9	3,8	7	2,9	10	4,1	-	-	26
Otras	2	0,8	7	2,9	3	1,3	3	1,3	15
Ninguna	8	3,3	12	5,0	123	51,6	25	10,4	168
Total	30	12,5	33	13,7	149	62,4	28	11,7	240

Fuente: Formulario

DISCUSIÓN

Se analizaron los resultados y se apreció que el grupo de edades donde más se realizó la cesárea primitiva fue el de 20 a 34 años, lo que coincide con la mayoría de la literatura revisada,^{6, 7} por ser éste el período fértil o reproductivo de la mujer. Se realizaron 30 cesáreas en pacientes adolescentes para un 12, 5 % del total de cesáreas primitivas, lo que nos obligó a trabajar en la atención primaria de salud en el control del riesgo preconcepcional para disminuir los embarazos en este grupo, el cual no está preparado para un embarazo, mucho menos para una intervención quirúrgica.¹⁶ Por su parte en las mujeres con 35 años y más la incidencia fue baja.

Con respecto a la paridad predominó el grupo sin antecedentes de partos previos (nulíparas), mientras que las multíparas sólo representaron el 5 % del total de pacientes cesareadas. Estos resultados coinciden con otras publicaciones, donde se plantea la nuliparidad como un factor desfavorable para la vía vaginal.¹⁷

El sufrimiento fetal agudo prevaleció como indicación de cesárea primitiva seguida de la pelviana, lo que coincide a lo reportado por otros autores.^{18, 19} En el presente

estudio el parto operatorio en pelviana ha ido en aumento debido a los mejores resultados neonatales obtenidos por vía abdominal cuando la resolución es vaginal. En el mundo actual hay una tendencia aumentada a la cesárea en pelviana ya que ofrece mayor calidad de vida al producto de la concepción con disminución ostensible de los índices de morbilidad fetal.¹²⁻¹⁴ La inducción fallida predominó en el 16,3 % del total de pacientes cesareadas, la causa más frecuente fue el embarazo postérmino, por lo que se debe intensificar el trabajo en relación al seguimiento correcto de las inducciones y en especial en el trabajo obstétrico del embarazo postérmino para disminuir el número de inducciones por esta problemática. En estudios realizados por otros autores,¹⁹ la inducción fallida no constituye un problema, se encontraron porcentajes muy bajos.

La mayor cantidad de muertes neonatales se presentaron en gestantes con menos de 37 semanas donde predominaron además la neumonía y la membrana hialina. Por su parte en los embarazos a término prevalecieron las muertes infantiles, seguidas de la depresión severa al nacer y la broncoaspiración de líquido amniótico meconial. Nuestros resultados son similares a lo encontrado en otras series¹¹ donde se plantea que la mayor morbilidad neonatal en pretérminos se produce fundamentalmente por la inmadurez en general, mientras que en los niños nacidos a término las complicaciones sobrevienen por dificultades relacionadas con el trabajo de parto, lo que se comprobó en el estudio. Por su parte la morbilidad en neonatos nacidos de embarazos postérminos fue insignificante en contraposición con lo encontrado en la literatura,²⁰ ya que se plantea que la morbilidad perinatal y materna aumenta cuando el embarazo se prolonga más allá de las 42 semanas.

La endometritis y el hematoma de pared abdominal predominaron como morbilidad materna con menos de 12 h de trabajo de parto, diferente a lo publicado por otros autores^{8, 21} los cuales informan mayores complicaciones (sobre todo sépticas) con más de 12 h de trabajo de parto, en la investigación se comportó en porcentaje bajo. Por su parte estas dos complicaciones guardaron relación directa en predominio cuando se le realizaron a la paciente de uno a dos tactos vaginales, se presentaron además en aquellas mujeres a las que no se les practicaron tactos vaginales, posiblemente por mala técnica quirúrgica o no respetar las normas de asepsia y antisepsia. Estos resultados no coinciden con lo publicado por otros autores,²² los cuales plantean que a mayor número de tactos vaginales, mayor índice de infecciones; otros investigadores reflejan que el mayor número de complicaciones maternas ocurrió en las mujeres con uno a dos tactos vaginales.⁸

La cesárea de urgencia se destacó en el estudio, aportó la mayor cantidad de endometritis y hematoma de pared abdominal como morbimortalidad materna, estos resultados son similares a lo reportado en la literatura ^{8, 11, 16} porque expresan que la morbimortalidad materna y neonatal aumenta con la urgencia del acto quirúrgico debido a los accidentes anestésicos y/o quirúrgicos que puedan presentarse en estas pacientes, en las que muchas veces motivado por la emergencia de la indicación obstétrica se violan las normas de asepsia y antisepsia, llevándolas al salón en condiciones inadecuadas.

El sufrimiento fetal agudo aportó la mayor cantidad de recién nacidos con depresión moderada y severa al nacer, seguido de la pelviana, lo que concuerda con otras publicaciones revisadas ^{18, 23} donde se plantea que la primera entidad afecta directa o indirectamente al feto, modificando las condiciones hemodinámicas de la madre, la actividad uterina y el equilibrio ácido-básico del feto, mientras que la segunda aporta también un número considerable de Apgar bajos cuando la resolución del parto es por vía vaginal. ¹³

Predominaron las muertes en aquellos neonatos cuyo peso fue inferior a los 2500 g, seguido de la neumonía y la membrana hialina, mientras que en los niños con peso superior a 2500g prevalecieron las muertes, la depresión severa al nacer y la broncoaspiración de líquido amniótico meconial, lo que coincide con otros autores ^{23, 24} dado por la inmadurez que presentan los niños con peso menor a 2500 g y a los problemas relacionados con el trabajo de parto en aquellos recién nacidos con peso superior a 2500 g.

La morbimortalidad materna que prevaleció fue el hematoma de pared abdominal y la endometritis, lo que se corresponde con otros estudios ²¹ que indican que estas complicaciones suelen ocurrir hasta en el 50 % de las mujeres a quienes se les ha realizado cesárea.

Se destacaron las muertes, la neumonía y la depresión severa al nacer, seguido de la broncoaspiración de líquido amniótico meconial y la membrana hialina. En general los resultados de la investigación estuvieron por debajo de lo planteado por otros autores, ²³ los cuales obtuvieron porcentajes significativos de estas entidades.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Manual de diagnóstico y tratamiento en Obstetricia y Perinatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2000. p. 473-87.

2. Scott JR, Di Saia PJ, Hammond Ch B, Spellacy WN. Danforth Tratado de Obstetricia y Ginecología. 8ed. México: Editorial McGraw-Hill Interamericana; 2000.
3. Cunnighan FG, Mac Donald PC, Grant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hankins GDV, et al. Williams Obstetricia. 20ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1998. p. 477-97.
4. Nuttall C. The caesarean culture of Brazil. Br Med J. 2000; 302: 1074.
5. Quadros LGA. Brazilian obstetricians are pressured to perform caesarean sections. Br Med J. 2000; 320: 1073.
6. Eftekhari K, Steer P. Women choose caesarean section. Br Med J. 2000;302:1073.
7. Harer WB Jr. Patient choice caesarean. ACOG Clinical Review. 2000;5(2):13-6
8. Jibodu O, Arylkumaran S. Caesarean section on request. Journal Obstetrics Gynaecology. 2000; 22(9): 684-9.
9. Stirnat G, Dunn PM. Elective caesarean section on request: obstetricians are more than technicians. Br Med J. 1999; 318: 120-1.
10. Johnson R, Slade P. Does fear of childbirth during pregnancy predict emergency caesarean section. BJOG. 2002; 109 (11): 1213-21.
11. Hervas J, Belázquez F, Peña A, Sastre L, Rodríguez M y Curiel E. Resultado perinatal en la cesárea primitiva. Toko – Gin Pract. 1999; 58(5):231-34.
12. Holmes P, Oppenheimer LW, Wen SW. The relationship between cervical dilatation at initial presentation in labour and subsequent intervention. BJOG. 2001;108(11): 1120-4.
13. Idama TO, Lindow SW. Elective caesarean section on request: safest option is still to aim for vaginal delivery. Br Med J. 1999; 318: 121.
14. Van Roosmalen J. Elective caesarean section on request: unnecessary caesarean sections should be avoided. Br Med J. 1999; 318:121.
15. Zulueta P. Elective caesarean section on request: patients do not have right to impose their wishes at all cost. Br Med J. 1999; 318: 120.
16. Simón Pereira L, Lira Plascencia J, Ahued Ahued R, García Benítez CQ, Rosas Priego PI, Arteaga Gómez C, et al. Morbilidad materna en la adolescente embarazada. Rev. Obst y Ginecol Méx. 2002; 70 (6): 270-74.
17. Lyndon-Rochelle M, Holt VL, Easterling TR, Martin DP. Cesarean delivery and post partum mortality among primiparas in Washington State 1987-1996. Obstet Gynecol. 2001; 97: 169-73.
18. Howard RJ. Elective caesarean section on request: pregnant women should have choices. Br Med J. 1999; 318: 121.

19. Mackenzie IZ. Should women who elect to have caesarean sections pay for them Br Med J. 1999; 318: 1070.
20. Piloto Morejón M, Morejón Tapia E, Del Pino Malagón E, Breijo Madera H. Embarazo prolongado. Rev Cub Obst y Ginecol. 2000;26(1):48-53.
21. Ip WY. Relationships between partner's support during labour and maternal outcomes. J Clin Nurs. 2000;9(2):265-72.
22. Hess PE, Pratt SD, Soni AK, Sarna MC, Oriol NE-An association between severe labour pain and caesarean delivery. Anesth Analg. 2000; 90 (4): 881-6.
23. Klein CM, Kelly A, Kaczorowski J, Grzybowski S. The effect of family physician timing of maternal admission on procedures in labour and maternal and infant morbidity. Journal Obstetrics Gynaecology. 2004; 26(7): 641-5.
24. Cruz Oviedo Y, Arrastría Álvarez ME, Sánchez Salazar R, Lugones Botell M, Vázquez Sánchez M. Estudio de algunos factores maternos asociados con el bajo peso. Rev Cubana Obstet Ginecol. 1998; 24 (1): 54-7.

Recibido: 31 de agosto de 2005

Aceptado: 3 de noviembre de 2005

Dr. Ernesto La Fontaine Terry. Especialista de I Grado en Obstetricia y Ginecología. Profesor Asistente. Hospital Provincial Docente Ginecobstétrico Ana Betancourt de Mora. Camagüey. Cuba.