

ARTÍCULOS ORIGINALES

Cesárea primitiva. Comportamiento en nuestro medio

Primitive cesarean section. Behavior in our environment

Dr. John Essien; Dra. Jessica Bardales Mitac; Dr. José Manuel Rodríguez Fernández

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

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo longitudinal y retrospectivo de gestantes que fueron sometidas al parto por cesárea primitiva para determinar su comportamiento y repercusión en el Hospital Ginecobstétrico Provincial Docente de Camagüey en el período comprendido desde enero a junio de 2000. El universo de estudio estuvo constituido por 493 embarazadas. Predominaron las de más de 30 años, el 62,6 % no tenía experiencia de partos. La hipertensión arterial crónica fue la enfermedad asociada más frecuente y de las dependientes, la ruptura prematura de membranas. La indicación operatoria más usual fue el sufrimiento fetal. El 36,6 % de los neonatos tuvieron pesos de entre 3000 y 3499 g, el 14,2 % de los niños presentaron bajo peso al nacer, 35 se encontraban deprimidos al primer minuto y 11 continuaban al quinto, de ellos seis pesaron menos de 2500 g. La morbilidad

perinatal más relevante fue la prematuridad y la fiebre puerperal predominó en la morbilidad materna Se registró una muerte fetal.

DeCS: CESÁREA; PARTO

ABSTRACT

A longitudinal retrospective and descriptive study was undertaken in women in women delivery by cesarean section was performed for the first time at the Provincial Gynecobstetric Teaching Hospital of Camagüey, between January and June 2000, to determine its behaviour and repercussion. The universe of the study was comprised of 493 gravidae. The principal age group was that above 30 years; 62, 6 % of women were nulliparous. Chronic Arterial hypertension was the most frequent associated pathology; among those dependent on pregnancy was premature rupture of membranes. The most frequent indication of operation was fetal distress 36, 6 % of the neonates weighed between 3000 and 3499 grams at birth; low birth weight was present in 14, 2 % thirty five neonates were depressed at the first minute and 11 continued so at the fifth minute of birth, 6 of them weighed less than 2500 grams at birth One fetal death was recorded. The most relevant perinatal morbidity was prematurity. The predominant maternal morbidity was puerperal fever

DeCS: CESAREAN SECTION; DELIVERY

INTRODUCCIÓN

Ante una mujer que no puede parir, el impulso más bárbaro desde épocas remotas ha sido abrir el vientre, que en la cúspide de las

contracciones, parece estallar para liberar el feto allí aprisionado. En los papiros de Egipto, en el Talmud hebreo y en las antiguas tradiciones de la India se mencionan estos hechos.¹

El parto por cesárea se define como el nacimiento del feto a través de una incisión de la pared abdominal (laparotomía) y en la pared uterina (histerotomía), excluyendo la extracción de un feto de la cavidad abdominal en el caso de una ruptura uterina o de un embarazo abdominal.^{1,2}

La cesárea se considera la más antigua y a la vez la más moderna de las operaciones obstétricas, pues de todas ellas es la que tardíamente ha alcanzado la perfección.^{2,3} Algunos autores atribuyen el origen de la palabra *cesárea* al verbo latín *caedere* (cortar), mientras otros estiman que según leyendas romanas, se impuso el nombre posterior al nacimiento de Julio César (100 a.C.), quien se supone vino al mundo de este modo.^{2,3,4} Su mortalidad era tan alta que fue considerado un objetivo inalcanzable, un remedio heroico. En un período de 90 años (1787-1876) en París no hubo sobrevivientes de este tipo de operación, en 1865 se reportó en Gran Bretaña una tasa de 85 % y en 1882 el punto de inflexión se produjo cuando Max Sänger introdujo la sutura de la pared uterina.^{1,4,5}

En la actualidad, gracias al progreso alcanzado en la obstetricia por la introducción de antibióticos, al empleo de la hemotransfusión y a la mejoría en los métodos anestésicos, ha disminuido la morbimortalidad materno-fetal y ello se asocia a las escasas muertes reportadas por procedimientos de urgencia complicados, con estos resultados la realización de esta operación en las dos últimas décadas se ha cuadruplicado.^{6,7} No debemos olvidar que al someter a la embarazada a esta operación se incrementa el riesgo de parto siete veces lo normal, es por eso que la cesárea se considera actualmente la gran solución obstétrica para los problemas, pero no debemos abusar de su práctica.^{1,8,9}

El objetivo de nuestro estudio es determinar el comportamiento y repercusión que proporciona la cesárea primitiva en gestantes sometidas al parto mediante este método en nuestro hospital.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo en el Hospital Ginecobstétrico Docente Ana Betancourt de Mora en el período comprendido desde enero a junio de 2000, se estudiaron 493 gestantes que fueron sometidas al parto por cesárea primitiva. El dato primario se tomó de las historias clínicas archivadas, y se recogieron los datos en un formulario previamente confeccionado al efecto, se incluyeron variables como datos personales, historia clínica y ginecológica, la indicación operatoria y la morbilidad perinatal y materna. Se aplicó estadística descriptiva, distribución de frecuencia y de porcentaje, Chi cuadrado y test de proporciones.

RESULTADOS

Al analizar la edad de las gestantes estudiadas con su paridad, el mayor número de ellas superaban los 20 años en un 86,41% de las cuales el 29,61% eran mayores de 30 años, el 29,20% se ubicó entre los 26-30 años y el 27,58% entre los 21-25 años. La media de la edad fue de $27,5 \pm 14,4$ con una mínima de 14 y una máxima de 42 años. Al analizar la paridad se encontró mayor frecuencia en las grávidas sin experiencia de partos previos con un número de 308 que representó el 62,47%. Le siguieron las que tenían experiencia de un parto con 132 y en solo 53 se recogió el antecedente de dos o más partos, de las cuales 14 tenían más de tres.

Con respecto a la relación del peso de los recién nacidos con el puntaje de Apgar alcanzado, de los 492 nacidos vivos, 452 se encontraban

vigorous al primer minuto y 481 se presentaron de la misma forma al quinto minuto del nacimiento .Al primer minuto del nacimiento fueron evaluados de deprimidos 35 recién nacidos y 11 que mantuvieron esta condición al quinto minuto, se excluyó la muerte fetal. Al relacionar las dos variables encontramos que 11 de los 35 deprimidos al minuto y 6 de los 11 al quinto minuto tenían pesos inferiores a 2500 g y ninguno de los macrosómicos presentó depresión al nacer. Tabla 1.

Tabla 1. Conteo de Apgar y peso al nacer

| Peso al nacer | Apgar 1 ^{er} minuto | | | Apgar 5 ^{to} minuto | | | Total | % |
|---------------|------------------------------|-----------|------------|------------------------------|----------|------------|------------|------------|
| | 0-3 | 4-6 | 7-10 | 0-3 | 4-6 | 7-10 | | |
| Menos de 2500 | 6 | 5 | 58 | 3 | 3 | 63 | 69 | 14 |
| 2500-2999 | | 6 | 74 | | 2 | 78 | 80 | 16,2 |
| 3000-3499 | | 10 | 170 | | 2 | 178 | 180 | 36,6 |
| 3500-3999 | 3 | 5 | 120 | | 1 | 127 | 128 | 26 |
| 4000 Y más | | | 35 | | | 35 | 35 | 7,2 |
| Total | 9 | 26 | 457 | 3 | 8 | 481 | 492 | 100 |

Fuente: Formulario

Al estudiar la relación encontrada entre el peso de los recién nacidos y el tiempo de gestación en el momento de realizada la intervención cesárea constatamos que el embarazo a término agrupó el mayor número de embarazadas con 287 que representó un 58, 21 %, le siguió en frecuencia el embarazo postérmino con 150 para el 30, 43 %. Tabla 2.

Tabla 2. Peso-tiempo de gestación al nacer

| Peso al nacer | Tiempo de gestación | | | | Total | % |
|---------------|---------------------|-----------|------------|------------|------------|------------|
| | 28-32 | 33-36 | 37-41 | 42 y más | | |
| Menos de 2500 | 14 | 28 | 23 | 5 | 70 | 14,2 |
| 2500-2999 | | 8 | 47 | 12 | 80 | 16,2 |
| 3000-3499 | | 6 | 120 | 24 | 180 | 36,5 |
| 3500-3999 | | | 88 | 32 | 128 | 26 |
| 4000 y más | | | 15 | 8 | 35 | 7,1 |
| Total | 14 | 42 | 287 | 150 | 493 | 100 |

Dentro de las enfermedades asociadas al embarazo la hipertensión arterial crónica (HTA) fue la de mayor frecuencia con 52 gestantes, le siguieron en orden de frecuencia el asma bronquial que reunió a 40 embarazadas, la diabetes mellitus y la cardiopatía con 12 cada una. Ninguna de estas entidades repercutieron en los resultados finales de esta serie. Entre las enfermedades propias, la mayor frecuencia se debió a la rotura prematura de las membranas (RPM) con 157 gestantes. La interconurrencia de este accidente obstétrico en el embarazo es expuesta en múltiples trabajos, que si bien es cierto no es causa directa de realización de cesárea, sí existe una relación directa entre el número de horas con RPM, la indicación de inducción, el fallo de ésta y, por consiguiente, la realización de cesárea. También cobra importancia en la RPM la posibilidad de una procedencia del cordón, si al ocurrir aún no se ha encajado la presentación o favorece la aparición de la infección ovular. Tabla 3.

Tabla 3. Distribución de las enfermedades propias y asociadas a la gestación

| Enfermedades propias | No. | % | Enfermedades asociadas | No. | % |
|-----------------------------|------------|----------|-------------------------------|------------|----------|
| Rpm | 157 | 32 | HTA | 52 | 10,5 |
| EVHE leve | 27 | 5.5 | Asma bronquial | 40 | 8,1 |
| EVHE grave | 18 | 3.6 | Diabetes mellitus | 12 | 2,4 |
| Placenta previa | 16 | 3.2 | Cardiopatía | 12 | 2,4 |
| CICR | 10 | 2 | | | |

Fuente: Formulario

LEYENDA: CIUR- Crecimiento intrauterino retardado.

En relación con las principales indicaciones de cesárea primitiva en el período estudiado, el sufrimiento fetal agudo constituyó el móvil predominante, fueron sometidas a este proceder quirúrgico 218 embarazadas quienes constituyeron el 44, 21 % del universo, le siguió en frecuencia la disdinamia y la mala presentación fetal en 95 y 88, respectivamente, que a su vez reportaron el 19, 26 y 17, 84 %. El resto

de las condiciones se comportó de forma similar y no contribuyó de manera significativa en el incremento del índice de cesárea primitiva.

Tabla 4.

Tabla 4. Indicaciones de cesárea

| Indicaciones | No. | % |
|------------------------------------|------------|----------|
| Sufrimiento fetal | 218 | 44,2 |
| Disdinamia | 95 | 19,3 |
| Mala posición fetal | 88 | 17,8 |
| Desproporción cefalopélvica | 39 | 8 |
| Embarazo múltiple | 24 | 4,9 |
| Procidencia de cordón | 4 | 0,8 |

Fuente: Formulario

La morbilidad perinatal fue representada principalmente por la prematuridad, el impétigo y el distress respiratorio en 60, 21 y 11 neonatos; la morbilidad materna más relevante fue dada por la fiebre puerperal, la anemia y la endometritis postparto presentes en 60, 50 y 30 púerperas, respectivamente. Tabla 5.

Tabla 5. Distribución de la morbilidad materna y perinatal

| Morbilidad perinatal | No. | % | Morbilidad materna | No. | % |
|------------------------------|------------|----------|---------------------------|------------|----------|
| Prematuridad | 60 | 12,2 | Fiebre puerperal | 60 | 12,2 |
| Impétigo | 21 | 4,3 | Anemia postparto | 50 | 10,1 |
| Distress respiratorio | 11 | 2,2 | Endometritis postparto | 30 | 6,1 |
| Conjuntivitis | 6 | 1,2 | Infección de la herida | 15 | 3 |
| Neumonía congénita | 6 | 1,2 | Histerectomía postcesárea | 7 | 1,4 |

Fuente: formulario

$P \leq 0,05$

DISCUSIÓN

Al relacionar ambas variables observamos que el mayor número de nulíparas se encontraba entre los 21 y 30 años con 280 para un 56,8 %, cuatro de las 14 grávidas con tres o más partos superaban los 30 años y las cinco gestantes menores de 15 años en el estudio eran nulíparas. El análisis realizado nos demuestra lo planteado por múltiples autores que afirman que la frecuencia de partos por cesárea aumenta con la edad.^{9, 10} Internacionalmente se incrementa la integración de la mujer a la vida estudiantil y laboral, sus expectativas cambian y es por ello que se observa cada vez con mayor frecuencia mujeres que tienen sus hijos en edades tardías. En las últimas dos décadas la tasa de partos en nulíparas fue de más del doble en mujeres de 30 a 39 años y aumentó en un 50 % en las de 40 a 44 años.^{11, 12}

Sin lugar a dudas, la multiparidad en Cuba ha disminuido, y esto se debe a las acciones de salud orientadas por el Departamento Materno Infantil tales como la información y educación en salud reproductiva, la planificación familiar, la detección y manejo correcto del riesgo reproductivo preconcepcional, entre otras.

Con respecto a la distribución de los pesos encontramos mayor frecuencia en el grupo de 3000-3499 g en 180 neonatos lo que significó el 36,50 %, le siguió el grupo de 3500-3999 g con 128 para un 26 % llama la atención que 35 recién nacidos superaron los 4000 g, para un 7,1 % y que el 14,2 % tenían peso inferior a 2500 g. La relación proporcional entre el peso fetal al nacer y la frecuencia de la operación cesárea ha sido demostrada con el retardo de crecimiento intrauterino y la macrosomía como causas de distocia del parto que provocan la realización de la cesárea en aras del bienestar perinatal.^{7, 13, 14} Al relacionar ambas variables observamos que 23 de las embarazadas que superaban las 37 semanas tuvieron productos con pesos inferiores a 2500 g y el 53,33 % de los neonatos con peso de 4000 g o más nacieron con edad gestacional de 42 semanas o mayor.

La incidencia de partos por cesárea en nuestro hospital en el período estudiado fue de 15,6 %, ya que se realizaron 493 partos por cesárea primitiva de un total de 3170 partos, lo cual indica que por cada siete nacimientos, uno es por esta vía. Según estudios realizados en los Estados Unidos de América en 1995 y en 1999, este índice se encuentra en un 25 %, ^{4, 7, 8} cifras similares se recogen en Brasil, México y Canadá. ^{9, 10, 12, 14} En comparación con años pasados, se observa un descenso gradual en la realización de este proceder quirúrgico en nuestro hospital, desde un 17,2 % del total de partos en 1990 hasta el índice actual expuesto en este trabajo. Podemos ver que cumplimos con lo establecido por nuestro sistema de salud y el de muchos países del mundo, somos capaces con mínimos avances tecnológicos y recursos económicos de mantener el índice de parto por cesárea por debajo del 20 % del total de nacimientos. ^{6, 7, 12, 13, 14}

En nuestra especialidad son muy importantes los cuidados del personal médico, paramédico y de la embarazada para evitar la descompensación de las enfermedades que se asocian a la gestación y aparecen durante la misma, las cuales pueden complicar su evolución y adecuado desarrollo y de no ser controladas provocarían resultados perinatales desfavorables y un crecimiento de las complicaciones maternas si fuera necesario el acto quirúrgico

La enfermedad vascular hipertensiva del embarazo (EVHE) leve con 27 gestantes así como la grave con 18 coincide con lo expuesto por otros autores, los cuales plantean que la hipertensión inducida por el embarazo afecta alrededor del 10 % de todas las gestaciones y el 70 % de estas terminan en parto por cesárea. ^{6, 7, 11, 12, 14}

Al revisar la bibliografía mundial se observa la coincidencia de nuestra revisión con la encontrada en otros países como EE.UU. y en Europa, donde el sufrimiento fetal y la mala presentación fetal también constituyen las principales indicaciones. ^{4, 5, 7}

Varios estudios señalan la disminución de la repercusión perinatal y materna postcesárea con la aplicación correcta y oportuna de técnicas y

medicamentos, de este modo se evitan desenlaces desfavorables de la intervención quirúrgica que más se practica.^{10, 11, 14}

CONCLUSIONES

La incidencia de la cesárea primitiva en nuestro medio se encuentra dentro de los parámetros aceptados. El 86, 41 % de las gestantes estudiadas superaban los 20 años de edad y el 62, 47 % de ellas no tenían experiencia de partos. La enfermedad propia de la gestación más relevante fue la RPM y la HTA crónica predominó entre las enfermedades asociadas. El motivo predominante del parto por cesárea fue el sufrimiento fetal. Se observó una frecuencia importante de repercusión perinatal y materna adversa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Speert M. Historical highlights. In: Scott JR, Di Saia PJ, Hammond C B, Spellacy W N, editors. Danforth's Obstetrics and Gynecology. 7th ed. Philadelphia: JB Lippencott; 1997. p. 2-22.
2. Racinet C, Bouzid F. Césariennes. In: Thoulon JM, Puech F, Boog Gr. editors. Obstétrique Paris :Ed Marketing Ellipses; 1995. p. 821-34.
3. Manual de diagnóstico y tratamiento en Obstetricia y Perinatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2000. p .473-87.
4. Cunningham GF, editors. Williams Obstetricia. 20 ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1998. p. 477-97.
5. Boley JP. The History of Cesarean Section. Can Med Assoc J 1991;145:19.
6. Gomes UA, Silva AA, Bettiol H, Barbien MA. Risk factors for the increasing cesarean section rate in southeast Brazil: A comparison of two birth cohorts, 1978-1979 and 1994. Int J Epidemiol 1999;28(4): 687-94.

7. Torres Ramírez A. La resolución obstétrica de las adolescentes en comparación con la de las adultas. *Ginecol Obstet* 1999;67: 377-84
8. Olivas Mendoza G. Cesárea: Pérdida hemática transoperatoria y su recuperación. *Ginecol Obstet Mex* 1999; 67: 361-6.
9. Serrano Colo JA. Razones en pro y en contra de la operación cesárea. *Ginecol Obstet* 1999; .67: 353-5.
10. Cabezas E Comportamiento de la cesárea en la SSA durante 1990-1995. *Ginecol Obstet* 1998;66:335-8,.
11. Corral Ch C M. Tendencia de la operación cesárea en tres ámbitos de atención médica del Instituto Mexicano del Seguro Social en período 1981-1995. *Ginecol Obstet* 1999;67:9-12,.
12. Pinotti J A, Pinotti M. The Cesarean Epidemic in South America. *J SOGC* 1994;16(9):2167-9.
13. Gratton R J, Natale R, Milne JK. Obstetrical Emergencies. *J Sogc* 1993; 15(1):33-38.
14. Tyebkhan J, Finer NN, Ryan CA. Elective cesarean section, iatrogenic prematurity and life threatening respiratory distress in infants referred for Extracorporeal Membrane Oxygenation Therapy (ECMO). *J SOGC* 1994;16(7):1909-16.

Recibido: 18 de noviembre de 2002

Aceptado: 30 de marzo de 2003

Dr. John Essien Residente de IV año de Ginecobstetricia. Hospital Ginecobstétrico Docente Provincial Ana Josefa Betancourt de Mora Camagüey. Cuba.