

EPIDEMIOLOGÍA DE LAS CESÁREAS EN EL INSTITUTO HONDURENO DE SEGURIDAD SOCIAL

EPIDEMIOLOGY OF THE CESAREAN SECTION IN THE INSTITUTO HONDURENO DE SEGURIDAD SOCIAL

Hurbert Brooks-Frazier*, Sonia Lezama-Rios**

RESUMEN. En los últimos años se ha observado una tendencia mundial al aumento de la operación cesárea. Antes de 1960 la frecuencia de esta era inferior al 5%; en la actualidad la frecuencia oscila entre un 20-25% en los servicios de salud pública y mayor al 50% en los centros privados.

OBJETIVOS. Determinar; la incidencia, indicaciones, complicaciones y el tiempo transcurrido desde la indicación quirúrgica hasta la incisión de piel en cesáreas de urgencia.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio prospectivo transversal descriptivo que incluyó 240 cesáreas de urgencia, en el período comprendido entre enero 1998 y septiembre 1999 en el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS).

RESULTADOS. 2,108 de los 10,761 nacimientos ocurridos, fueron mediante operación cesárea (19.6%). Las principales indicaciones fueron: desproporción cefalopélvica (21.3%), cesárea anterior (18.8%), sufrimiento fetal agudo (11.7%) ocurriendo una rotura uterina (0.42%) y cuatro muertes maternas (32.1 x 100,000 nacidos vivos) en el mismo período.

De 31 minutos fue el promedio de tiempo transcurrido entre la indicación quirúrgica hasta el momento de la incisión de piel en cesárea de urgencia *vs.* las cesáreas electivas ($n=240$) $P < 0.05$.

CONCLUSIÓN. En el IHSS la operación cesárea a pesar de tener una morbimortalidad materna y perinatal mayor que el parto vaginal, tiene una incidencia del 19.6% similar a la reportada mundialmente.

PALABRAS CLAVE: Epidemiología, Parto Abdominal Incidencia.

ABSTRACT. In the last 30 years it has been observed an increase in the cesarean section delivery all around the world. Before 1960 the frequency of this operation was under 5%; actually the frequency ranges between 20-25% in public health services and over 50% in private hospitals.

OBJECTIVE. To determine the incidence, indications, complication and the time elapsed from the surgical decision and the operation in case of emergency cesarean section.

MATERIAL AND METHODS. A prospective, transversal, descriptive study that included 240 emergency cesarean sections were realized in the period from January, 1998 to September 1999 at the Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS).

RESULTS. In the study period there were 10,761 deliveries, 2,108 of them were by cesarean section (19.6%). The most common indications were: cephalopelvic disproportion (21.3%), previous cesarean section (18.8%), acute fetal suffocation (11.7%). One uterine rupture occurred and there were 4 maternal deaths (32.1 x 100,000 live births) in the same period.

The mean time from the surgical indication to the beginning of the surgical act was 31 minutes in emergency cesarean section.

CONCLUSIONS. At the IHSS, the cesarean section has an incidence of 19.6%, similar to world incidence.

* Residente de 3^{er} año Postgrado de Gineco-Obstetricia. Universidad Nacional Autónoma de Honduras. ** Departamento de Gineco-Obstetricia. Instituto Hondureño de Seguridad Social Tegucigalpa, Honduras.

KEY WORDS: *Epidemiology, Cesarean Section, Incidence*

INTRODUCCIÓN.

La operación cesárea tiene por objeto la extracción del feto a través de la incisión de las paredes del abdomen y del útero.

Se practica la técnica de cesárea segmentaria transperitoneal, efectuando la abertura del útero en dirección transversal (Técnica de Munro Kerr). La cesárea corporal, casi abandonada, se ejecuta solo cuando hay dificultad para abordar el segmento inferior o precediendo a una histerectomía. La incisión de la piel puede ser mediana infraumbilical o bien transversal tipo pfannenstiel y las indicaciones pueden ser maternas, fetales y ovulares. En el momento actual no tiene virtualmente contraindicación alguna (1).

La cesárea tiene una mayor morbimortalidad materna dada por las complicaciones infecciosas, hemorrágicas, anestésicas y tromboembólicas, mayor incidencia de taquipnea transitoria del recién nacido además de un período de recuperación mayor que el parto vaginal (2).

Las indicaciones más frecuentes de operación cesárea reportada por la literatura son; cesárea anterior; 19%, sufrimiento fetal agudo: 19%, desproporción cefalopélvica: 18% y distocia de presentación en un 17% (3).

La proporción de cesáreas ha ido aumentando en muchas instituciones variando, en la actualidad, desde un ocho al 80% (4).

A lo largo de su funcionamiento el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) ha mantenido un rango de cesáreas que oscila entre un 18-20%, según los informes estadísticos del Departamento de Gineco-Obstetricia de la Institución.

El propósito del estudio es determinar si tanto la incidencia como las indicaciones y complicaciones de las cesáreas en el IHSS son similares a las reportadas en la literatura internacional y establecer cual es el tiempo que transcurre entre la indicación qui-

rúrgica hasta la incisión de piel en cesáreas de urgencias realizadas en el (IHSS).

MATERIAL Y MÉTODOS.

Se efectuó un estudio prospectivo, transversal, descriptivo, realizado en la sala de labor y parto sobre las cesáreas y se hizo un seguimiento de las mismas en la sala de Patológico para establecer sus complicaciones en el Hospital de especialidades médicas del Instituto Hondureño de Seguridad Social en la ciudad de Tegucigalpa, M.D.C. Honduras, Centroamérica.

El universo lo constituyó todas las cesáreas practicadas (electivas y de urgencia) realizadas durante el período comprendido del 1^{er} de enero de 3 998 al 30 de septiembre de 1999, contabilizándose 2,108 cesáreas de entre 10,761 nacimientos.

Se utilizó como instrumento de recolección de datos un cuestionario con preguntas cerradas que contienen las variables del estudio, historia clínica perinatal, expediente clínico y entrevistas directas a personal de la institución encargada de áreas críticas.

Se verificó significancia estadística con el programa computanzado EPI-INFO. Versión 6.4. Se revisó utilizando chi-cuadrada.

RESULTADOS.

A partir de noviembre 1998 el IHSS dejó de ser la unidad asistencial dedicada exclusivamente a la atención médica materna - infantil para transformarse en un hospital de especialidades.

La mayoría de las cesáreas se realizaron en el rango de 20 - 29 años de edad con un 63% seguida por el grupo de 30 - 39 años 25%. En las pacientes mayores de 40 años se presentó el 53.3% de las complicaciones médicas previas a la cesárea siendo las hemorragias las más frecuentes (n = 28) p<0.001 (Cuadro 1).

El porcentaje de nacimientos por cesárea fue del 19.6% (n = 2108) p<0.005.

Las principales indicaciones de cesáreas fueron: Desproporción cefalopélvica: 21.3%, cesárea

anterior: 18.8%, sufrimiento fetal agudo: 11.7% (Cuadro 2).

CUADRO 1**COMPLICACIONES MÉDICAS SEGÚN EDAD TIPO Y NO. DE COMPLICACIONES**

EDAD	HIE*	DM**	HEMORRAGIA	TOTAL	%
<19	4	0	1	5	17.9
20-29	2	0	2	4	14.3
30-39	1	1	2	4	14.3
>40	4	4	7	15	53.5
TOTAL	11	5	12	28	100

* Hipertensión inducida por el embarazo

** Diabetes mellitus

CUADRO 2**INDICACIONES DE CESÁREA**

INDICACIÓN DE CESÁREA	NÚMERO	%
Desproporción Cefalopélvica	448	21.3
Cesárea anterior	396	18.8
Sufrimiento Fetal Agudo	247	11.7
Presentación Pélvica	190	9.0
Hipertensión inducida por el embarazo	132	6.3
Otras indicaciones	695	32.9
TOTAL	2108	100

El tiempo promedio transcurrido desde la indicación quirúrgica hasta la incisión de piel en cesáreas de urgencia fue de 31 ± 15 minutos ($n=240$) $P<0.005$. Las complicaciones se presentaron en el 4% de las cesáreas electivas y 9.5% de las cesáreas de urgencia, siendo las complicaciones infecciosas las más frecuentes ($p<0.005$) seguida de la cefalea post bloque anestésico regional (Cuadro 3).

TIPO DE COMPLICACIÓN	NÚMERO	%
Infecciones	164	82*
Hipotonía uterina	1	0.5
Anestésicas	29	14.5
Trombo embolismo	0	0
Rotura uterina	3	0.42
Embolismo pulmonar	0	0
Trauma del recién nacido	6	3
Taquipnea transitoria del recién nacido	1370	65

CUADRO 3**COMPLICACIONES POSTCESÁREAS**

* Valor de $p<0.001$

Los estudios diagnósticos utilizados ($n=2108$) fueron: ultrasonido obstétrico (USG): 23%, pruebas de monitoreo fetal en un 9% de la cual, la prueba no estresante (NST) no reactiva representó: 40% y el test de tolerancia con oxitocina (OCT) representó el 60% (sufrimiento fetal, oligohidramnios, retardo de crecimiento intrauterino (RCIU) y esto estuvo asociado a apgar menor ó igual a seis al primer minuto; el cual se presentó en un 4% (Cuadro 4).

TIPO DE MÉTODO DIAGNÓSTICO	
Rx	USG
124 (5.9%)	485 (23%)
Monitoreo fetal NST no reactiva 76 OCT positiva 114 190 (9%)	

CUADRO 5**ETIOLOGÍA DE HALLAZGOS ULTRASONOGRÁFICOS ANORMALES.**

ENTIDAD	NÚMERO	%
Sufrimiento fetal	195	40
Retardo del crecimiento intrauterino	97	20
Placenta previa	48	20
Perfil biofísico ≤ 4	97	10
Oligohidramnios	48	10

CUADRO 4**MÉTODOS DIAGNÓSTICOS**

El USG como método para indicar una cesárea estuvo asociada a entidades clínicas como: sufrimiento fetal: 40%, RCIU: 20%, oligohidramnios: 10%, placenta previa: 10%, perfil biofísico: <4 ; 20% (Cuadro 5).

Se observaron cuatro muertes maternas con una tasa de mortalidad materna de $37.1 \times 100,000$ nacidos vivos.

DISCUSIÓN.

En el hospital se utiliza la historia clínica unificada perinatal codificada del "CLAP" desde 1989 y los

archivos de historia clínica por computación se observan desde 1995, lo que hace factible de comparar con los centros de investigaciones regionales (4,5).

El 99% de las cesáreas fueron realizados por médicos residentes y 1% **por** los gineco-obstetras, se permite el alojamiento conjunto madre-hijo (rooming-in) desde 1987, aunque no se permite la presencia del padre o familiar en los partos ó cesáreas; siendo el promedio de días estancia de 24 horas post parto y 48 horas post cesárea, similar a lo reportado en la literatura (6).

El tiempo transcurrido desde la indicación quirúrgica hasta la incisión de piel en cesáreas de urgencia en el IHSS es de 31 minutos a cualquier hora o día lo que consideramos debería disminuirse dado que un buen porcentaje de las cesáreas son por sufrimiento fetal agudo y la tardanza en la extracción del producto podría condicionar baja puntuación de apgar al 1^{er} y 5^{to} minuto de vida con las consiguientes secuelas neurológicas (5,7).

El rango de edad en el que más se realizaron cesáreas fue el de 20-29 años; en el rango de menores de 19 años se observó mayor incidencia de bajo peso al nacer y menor control prenatal similar a lo reportado en la literatura (8-10).

El porcentaje total de cesáreas realizadas alcanzó el 19.6%. Las indicaciones principales fueron en su orden: DCP: 21.3%, cesárea anterior: 18.8% y sufrimiento fetal agudo: 11.7%, porcentajes menores a las reportadas por otras instituciones (3,7,8,11).

Se observó una tasa de muerte materna de 37.1 x 100,000 nacidos vivos, la estadística obtenida es similar a las reportadas en el sur de Estados Unidos de Norteamérica y otras literaturas sobre cesáreas de urgencia (12-15).

Se consignaron tres roturas uterinas en pacientes con cesárea anterior: 0.42% que se encuentra en el rango esperado que es de 0.2 a 0.8% (1).

El ultrasonido se utilizó en el 23% de las indicaciones de cesáreas, reflejando lo descrito por Aitken y **Col.** (6) de su **importancia** como protocolo en el manejo de los pacientes con cesáreas anterior y para el diagnóstico de bienestar fetal (perfil biofísico). Al

igual que las pruebas de monitoreo fetal utilizadas en un 19% de las cuales la NST: 40% OCT: 60% los cuales fueron útiles para el diagnóstico de entidades patológicas que condicionaron sufrimiento fetal agudo y baja puntuación de apgar 1^{er} y 5^{to} minutos las causas fueron: sufrimiento fetal agudo: 40%, retardo del crecimiento intrauterino: 20%, placenta previa sangrante: 20%, perfil biofísico < 4 puntos: 20% y Oligohidramnios 10% tal como lo describe Levy y Col (11).

CONCLUSIONES.

En el Instituto Hondureño de Seguridad Social el porcentaje de cesáreas es de 19.6%, se ha observado un leve incremento en este porcentaje (18% 1997-98) se explica algunas veces por razones atribuibles a los aspectos legales y al deseo de la madre por un parto programado. Siendo la desproporción cefalopélvica, la cesárea anterior y el sufrimiento fetal agudo las indicaciones principales. La normatización del procedimiento ha permitido optimizar los recursos y disminuir las complicaciones médicas atribuibles (infecciosas, hemorrágicas, anestésicas y taquipnea transitoria del recién nacido).

REFERENCIA:

- Oyarzun - Ebensprger: *Alto riesgo obstétrico*. 1996. 1er Ed. pp. 119-24.
- Mena P: *Operación cesárea en: Obstetricia*. 2da. Ed. Pérez S.A. y Donoso S, E., Ed Publicaciones técnicas mediterránea Ltda. Santiago, 1992: pp 290-300.
- Robert JA, Oddo H, Cabezón C, Fernández C: Resolución del parto en pacientes con cicatriz de cesárea. *Rev. Chil Obstet Ginecol* 1984; 49:262-2.
- Organización Panamericana de la Salud: HON - HPP - FCH /63/SAL. Per/135-97.
- Poma - PA: Effect of departamental policies on cesarean delivery rates: a community hospital experience: *Obstei-Gineool*. 1998. Jun: 91 (6); 1033-8.
- Aitkem - ME; Warden - CR; Critchlow - CW. The effect of health maintenance organization vs commercial insurance status on obstetrical management and outcome. *Arch - Pcdiatr-Adolesc-med*. 1997.Nov; 15) (11): 1104-8.
- Wilkinson-C. et al: Is a raising cesarean section rate inevitable? *BR-J Obstet - Gineacol* 1998. Jan; 105 (1): 45-52.
- Raget - Je, Juz - C. Grossenbacher -H Delivery after previous cesarean: a risk evaluation *Obstet - gynecol*. 1999 mar; 93(3): 332-7.
- Daützi M; et al.: Effect of very advanced maternal age on pregnancy outcome and rate of cesarean delivery. *Obstet-Gynecoí*. 1998 Dec; 92 (6): 935-9.

10. Baskei - Tf; Sterna de L-J: Maternal intensive care and near-miss mortality in obstetrics. Br- J - Obstet-Gynaecol. 1998 Sep; 105 (9): 981-4.
11. Levi - BT, Dawson - JD; Toth - PP; Bowdler - N. Predictors of neonatal resuscitation, low apgar scores, and umbilical artery PH among growth restricted neonates. Obstet-Gynecol. 1998; 91 (6): 909- 16.
12. Albrechtsen - S: et al: Evaluation of a protocol for selecting fetuses in breech presentation for vaginal delivery or cesarean section: AM - J - Obstet Gynecol. 1997 Sep; 177 (3): 586-92.
13. Guyer - B; MacDorman MF; et al: Annual summary of vital statistics - 1997 pediatrics. 1998 Dec; 102 (6): 1333- 49.
14. Learman - LA: Regional differences in operative obstetrics: a look to the south Obstet-Gynecol. 1998 Oct; (4 pt1): 5149.
15. Aron - De,- Harper - Di; Separdson LB; Rosenthal - GE: impact of risk adjusting cesarean **delivery** rates when reporting hospital performance. Jama. 1998. Jun 24; 279 (24) 1968-72..