

Operación cesárea en un hospital comunitario. Tendencias actuales.

Guillermo Padrón-Arredondo⁽¹⁾

gmopadron@salud.gob.mx

RESUMEN

Introducción: En 1985 la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso que hasta 15% de los nacimientos podrían resolverse mediante cesárea basados en los índices de menor mortalidad perinatal observada en varios países del primer mundo. Se ha observado que la cantidad de cesáreas practicadas en nuestro hospital se ha incrementado y con el fin de verificar este supuesto, se decidió revisar los archivos del hospital a fin de conocer la tendencia que guarda este procedimiento. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo y longitudinal de los partos y cesáreas realizados durante un periodo de cinco años de junio de 1999 a mayo del 2004 en el Hospital Integral de Playa del Carmen, Quintana Roo. Se utilizó estadística básica de tendencia central en cuanto a la edad de las parturientas y el único objetivo del estudio fue conocer la tendencia de las cesáreas en una población pequeña de un poco más de 130, 000 habitantes en un hospital intermedio de 12 camas censables. **Resultados:** Durante el periodo de estudio se atendieron 2,185 nacimientos, de los cuales 1,409 fueron partos vaginales. La edad promedio de las pacientes fue de 22 años y 776 cesáreas que corresponde al 35.5% global. Igual al promedio nacional. Los datos estadísticos se presentan en los cuadros correspondientes. **Discusión:** A partir de los hallazgos encontrados se pudo observar que el incremento de la cesárea fue elevada durante todos los años que comprendió el estudio llegando incluso hasta 46.7% durante el último año de la revisión en contraste con 15% recomendado por la OMS y por los lineamientos sobre la materia de la Secretaría de Salud. **Conclusión:** Las operaciones cesáreas se han incrementado de manera importante en este hospital.

Palabras claves: partos, cesáreas, índices, tendencias.

SUMMARY

Introduction: In 1985 the health world organization (HWO) proposed that even the 15% of the births could be solved

through Caesarian operation based in the lower prenatal mortality index observed in several developed countries. It has been observed an increment in caesarian surgery in our hospital and in order to verify this fact, we decided to review the hospital files to get to know the trends kept by this procedure. **Methods and material:** A retrospective and longitudinal study was made about the caesarian operation and labor performed during a five year period from June 1999 to May 2004 in the integral hospital in Playa del Carmen Quintana Roo. We used basic statistics of central regardless the mother's age and the only objective of the study was to know the caesarian trends in a small population of more than 130 000 inhabitants in an intermediate hospital with 12 beds. **Results:** During the period of study, there were 2185 births, having 1409 vaginal births the patients' average age was 22 years and 776 caesarian operations that correspond 35.5% as a whole, similar to the national average. The statistic data are shown in the corresponding table. **Discussion:** Starting on the findings we could observe that the caesarian operation increment was high during all the years of this study getting even to 46.7% during the last review year opposite to the 15% recommended by the HWO and by the rules over the matter of the health office. **Conclusion:** The caesarian operations have greatly been increased in this hospital.

Keywords: births, caesarian, index, trends.

INTRODUCCIÓN

La cesárea ha sido un recurso quirúrgico que ha salvado muchas vidas tanto de la madre como de su producto desde tiempos inmemoriales, sin embargo, en la actualidad este recurso terapéutico ha sufrido algunos cambios que es conveniente revisar. En 1985 la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso que hasta 15% de los partos podrían resolverse mediante cesárea basados en los índices de menor mortalidad perinatal de varios países del primer mundo¹ y se estableció en 1991 este 15% como objetivo universal para el año 2000 por el United States Department of Health and

⁽¹⁾ Cirujano General y Endoscopista. Ex editor Asociado de la revista Cirugía y Cirujanos.

Human Services. En un estudio realizado en 19 países latinoamericanos se encontró que en menos de la mitad de ellos el índice de cesáreas es menor del 15% y en los demás osciló entre 16.8% al 40% presentando hasta 81% de cesáreas en Chile, Argentina, México relacionado con un nivel socioeconómico elevado; al hacer el análisis de este comportamiento se llegó a la conclusión de que en Latinoamérica se realizaron 850,000 cesáreas que no estaban indicadas clínicamente.² En nuestro país el porcentaje de cesáreas se ha estimado mayor al 35% en instituciones públicas y más del 53% en hospitales privados.³ Al observar que la cantidad de cesáreas practicadas en nuestro hospital se ha incrementado y con el fin de verificar esta suposición, se procedió a revisar los archivos del hospital con el objetivo de conocer la tendencia que guarda este procedimiento durante un lapso de cinco años y su relación con el ingreso de nuevos ginecoobstetras. El hospital en donde se llevó a cabo este estudio (Hospital Integral de Playa del Carmen Quintana Roo), es un hospital de 12 camas censables y hasta hace menos de un año solamente se contaba con uno o dos ginecoobstetras; al momento de este análisis se cuenta con siete especialistas. Anteriormente los cirujanos generales (dos de tres, uno autor de este trabajo) realizaban la operación cesárea en casos en los cuales no se contaba con el especialista correspondiente y era indicación quirúrgica absoluta.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo y longitudinal del número de nacimientos por vía vaginal y nacimientos por cesárea realizados durante un periodo de cinco años de junio de 1999 a mayo del 2004, así como el promedio de edad de las pacientes. Criterios de inclusión: Todas las embarazadas que tuvieron la resolución de su embarazo durante el periodo de estudio en este hospital. No se valoraron las indicaciones de la opción por la cesárea debido a falta de diagnóstico en los registros correspondientes al periodo de estudio, observando que sólo durante el último año se empezaron a registrar los diagnósticos y el procedimiento correspondiente en las libretas de control y los expedientes clínicos. Se utilizó estadística básica de tendencia central y el objetivo del estudio fue conocer la tendencia de las cesáreas en una población pequeña de un poco más de 130,000 habitantes en un hospital con 12 camas censables. Por otra parte, no hubo manera de comparar los resultados de nuestro hospital con otros de similares características debido a que no se encontraron referencias bibliográficas que correspondieran con nuestro medio y finalmente, el objetivo fue el de revisar la tendencia actual de la operación cesárea en este hospital.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se atendieron en este hospital 2,185 nacimientos; de los cuales 1,409 fueron partos vaginales. (Cuadro 1).

Cuadro 1. Partos vaginales en el Hospital Integral de Playa del Carmen, Quintana Roo.

AÑO	PARTOS VAGINALES	NÚMERO DE NACIMIENTOS	%
2000	167	250	66.8
2001	211	279	75.6
2002	309	427	72.3
2003	350	531	65.9
2004	372	698	53.3
TOTAL	1409	2185	333.9

De estos 2,185 nacimientos, 776 procedimientos correspondieron a operación cesárea, esto corresponde al 35.5% global que son similares a los porcentajes nacionales en el ámbito institucional y cuyos números y valores de tendencia central se presentan en el cuadro 2.

Cuadro 2. Operación cesárea en el Hospital Integral de Playa del Carmen, Quintana Roo.

AÑO	CESÁREAS	NÚMERO DE NACIMIENTOS	%
2000	83	250	33.2
2001	68	279	24.3
2002	118	427	28.0
2003	181	531	33.5
2004	326	698	46.7
TOTAL	779	2185	35.5

La edad promedio de las pacientes fue de 22 años.

DISCUSIÓN

A partir de los hallazgos encontrados, se pudo observar que la tendencia a realizar cesáreas, fue elevada durante todos los años que comprendió el estudio llegando incluso hasta 46.7% durante el último año de estudio, lo cual llama la atención puesto que en este hospital no hay residentes; por otra parte, algunas de las indicaciones para el procedimiento que últimamente han sido registradas en las libretas de control correspondiente van desde "para el bienestar del binomio madre e hijo, sufrimiento fetal, circular de cordón, trabajo de parto prolongado, cesárea previa, etcétera, lo cual impidió analizar con precisión todas las causas médicas para la intervención quirúrgica, sin embargo, muchas cesáreas

son realizadas durante la fase latente del periodo de labor o en el segundo estadio del mismo (fase activa del trabajo de parto) cuando éste no es prolongado, lo cual no está acorde con los criterios establecidos para esta situación.⁴ En la actualidad no existe justificación médica para que las mujeres con bajo riesgo obstétrico, y las que probablemente menos se beneficien de una cesárea tengan índices elevados de dicha cirugía. Estudios como el de Béhage, et al.⁵ encontraron que la mayoría de las mujeres prefieren la cesárea porque la consideran como una mejor opción de salud que el parto normal; las mujeres con mejor nivel económico prefieren la cesárea debido a que creen que este procedimiento representa una atención médica de mayor calidad; las mujeres con bajos recursos económicos argumentan una serie de molestias del embarazo que justifique la necesidad para la realización de la cesárea, y corren el riesgo incluso por razones raciales (En Estados Unidos) como lo argumenta Kabir, et al.⁶ Por el momento, las intervenciones para reducir las cesáreas mediante la educación de médicos y pacientes acerca de los riesgos asociados con su práctica no han sido suficientes, puesto que intervienen múltiples factores socioculturales y económicos.

Sin embargo estudios recientes validan que la observancia de los lineamientos correspondientes tienen efectos positivos para mejorar esta conducta.⁷

En Chile se realizó un estudio para ver la relación entre los seguros privados y el índice de cesáreas, encontrando que la práctica de las cesárea es más elevada en la medicina privada cubierta por seguros médicos (57-83%) en comparación con la atención en hospitales públicos o universitarios (27-28%), concluyendo que las políticas de los cuidados de la salud financiados pueden influir en los cuidados de la salud materna al ofrecer soluciones inesperadas.⁸ A diferencia del estudio chileno, en nuestro hospital el índice de cesáreas es elevado y llama la atención que por ser un hospital público el interés económico no prevalece, luego entonces ¿cuál es la causa del aumento de operaciones cesáreas en nuestro hospital? Por lo observado y en base al menor índice de cesáreas antes de la llegada de seis ginecoobstetras más al hospital durante el último año, parece ser una conducta aprendida durante su formación. En el ámbito nacional Puentes-Rosas, et al. encontraron que el porcentaje de cesáreas en 1999 fue mayor al 35%. Los valores más altos fueron en el ámbito privado con 53% y en las instituciones de seguridad social con un porcentaje global de 38.2%; debido a estos resultados, consideran que las medidas adoptadas para disminuir estos porcentajes están respaldadas.³ El incremento de cesáreas no es reciente y debido a que esta moda es culturalmente aceptada como una manera natural de parir, la Secretaría de Salud ha emitido lineamientos generales para disminuir el índice de cesáreas en México.⁹ Las instituciones nacionales muestran diferencias significativas en cuanto al índice de operaciones

cesáreas y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la principal institución de seguridad social en México, informó una tendencia hacia el año 2000 del 39.2% nacional, 37.4% estatal, y 39.4% local.¹⁰ Existen trabajos donde se ha demostrado que el parto vaginal es posible y deseable posterior a una cesárea no tan sólo por razones riesgo-beneficio, sino de carácter económico a favor de la sociedad.¹¹⁻¹³ Sereno-Colo¹⁴ enumera tres indicaciones para la operación cesárea: 1. De causa materna: a). Distocia de partes óseas, b). Distocia de partes blandas y c). Complicaciones hemorrágicas del embarazo; 2. De causa fetal, y 3. De causa mixta.

Además, menciona algunas indicaciones relativas las cuales no necesariamente requieren de la operación quirúrgica: 1. Cesárea previa, 2. Macrosomía fetal, 3. Estrechez pélvica, 4. Desproporción cefalopélvica (DCP), 5. Preparación deficiente del parto, 6. Temor a las demandas, y 7. Comodidad y ambición económica. En todo el mundo se están tomando medidas para abatir esta tendencia quirúrgica tanto a nivel público como privado tal como lo demuestra Cobo¹⁵ en donde en el ámbito privado se logró una disminución del 67.8% al 30%, siendo más fácil esta disminución en usuarias con Plan Obligatorio de Salud que en las usuarias de la medicina de prepago directo en el ámbito privado. Llama la atención el artículo de Crespo-Ruiz, et al.¹⁶ en donde obtienen una disminución institucional (IMSS) del 39% al 6.4% lo cual es sorprendente y requerirá de obtener resultados similares con otros estudios y en otras instituciones. Del mismo modo, se han diseñado múltiples estrategias para disminuir el índice de operaciones cesáreas como las de Stafford¹⁷: 1. Educación y evaluación por pares; 2. Evaluación externa; 3. Divulgación del índice de cesáreas, (objetivo de este estudio); 4. Cambio de honorarios médicos; 5. Cambio en el pago de gastos intrahospitalarios; y 6. Reformas en la malpráctica médica. Flamm¹⁸ ha recomendado lo siguiente: 1. Prevenir las cesáreas por inducción fallida; 2. No ingresar al hospital a pacientes con falso trabajo de parto; 3. Manejo efectivo del dolor; 4. Educar a la paciente en lo que se refiere que una cesárea no es igual a cesárea en el futuro,¹⁹ y 5. Preparar al personal de apoyo hospitalario para el manejo integral del trabajo de parto. La disminución de las cesáreas requiere de acciones concertadas por las autoridades de salud pública, las asociaciones médicas, las escuelas y facultades de medicina, los profesionales de la salud, y la población general.

CONCLUSIÓN

1. Las operaciones cesáreas se han incrementado en este hospital de manera importante coincidiendo con lo reportado en la literatura nacional y extranjera.
2. En nuestro hospital los ginecoobstetras deberán

aplicar los lineamientos técnicos para la indicación y práctica de la operación cesárea emitidos por la Secretaría de Salud para disminuir el índice de cesáreas.

3. Las razones del incremento de cesáreas, según la literatura revisada, son diferentes para los sistemas público y privado así como para las distintas clases sociales.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Appropriate technology for birth. *Lancet* 1985; 2: 436-7.
2. Belizán JM, Althabe F, Barros CF, Alexander S. Rates and implications of cesarean section in Latin America: ecological study. *BMJ* 1999; 319 (7222): 1397-402.
3. Puentes-Rosas E, Gómez-Dantes O, Garrido-Latorre F. Las cesáreas en México: tendencias, niveles y factores asociados. *Salud Pública Mex* 2004; 46: 16-22.
4. Gifford DS, Morton SC, Fiske M, Keeseey J, Keeler E, Kahn K. Lack of progress in labor as a reason for cesarean. *Obst Gynecol* 2000; 95: 589-95.
5. Béhague PD, Victora GC, Barros CF. Consumer demand for cesarean section in Brazil: informed decision making, patient choice, or social inequality? A population based birth cohort study linking ethnographic and epidemiological methods. *BMJ* 2002; 324 (7343): 942.
6. Kabir AA, Pridjian G, Steinmann WC, Herrera EA, Khan MM. Racial differences in cesareans: An analysis of U.S. 2001 National Inpatient Sample Data 2005; 105: 710-18.
7. Suwanrath-Kengpol Ch, Pinjaroen S, Krisnapan O, Petmanee P. Effect of a clinical practice guideline on physician compliance. *Int J Qual Health* 2004; 16 (4): 327-32.
8. Murray FS. Relation between private health insurance and high rates of caesarean section in Chile: qualitative and quantitative study. *BMJ* 2000; 321 (7275): 1501-5.
9. Secretaría de Salud. Lineamiento Técnico para la indicación y práctica de la operación cesárea. Junio. 2000.
10. Corral-Chávez CM, Yin. Urias J, Pérez-Hernández S, Pérez-Suárez HM, Haro-García LC. Tendencia de la operación cesárea en tres ámbitos de atención médica del Instituto Mexicano del Seguro Social en el periodo 1981-1995. *Gin Obstet Mex* 1999; 67:
11. Vergara-Reina R, Acosta-Pérez M. Experiencias en el parto vaginal poscesárea en un hospital haitiano. *Rev Cub Obst Ginec* 2003; 29 (1): 1-6.
12. Zocol ML, Peaceman AM. Vaginal birth after cesarean: An appraisal of fetal risk. *Obst Gynecol* 1999; 93: 674-9.
13. De la Vega G, Gómez L, Bautista F, Ludmir J. Parto vaginal en cesareada anterior dos veces. *Hospital San Bartolomé. Ginecol y Obstet* 2001; 47 (3): 193-7.
14. Sereno-Coló JA. Razones en pro y en contra de la operación cesárea. *Ginecol Obstet Mex* 1999; 67: 353-5.
15. Cobo CE. Disminución de la tasa de operación cesárea en la Fundación Clínica Valle del Lili. *Rev. Colom Obstet y Ginecol* 2000; 51 (4): 1-4.
16. Crespo-Ruiz E, Rodríguez-Fernández JJ. Manejo activo del trabajo de parto con índice de cesárea de 6.4% y muy buenos resultados materno-fetales. *Ginecol Obstet Méx* 2002; 70(11): 551-7.
17. Stafford RS. Alternative strategies for controlling rising cesarean section rates. *JAMA* 1990; 263; 683-7.
18. Flamm BC, Berwick DM, Kabcenell A. Reducing caesarean section rates safely: lessons from a "break though series" collaborative. *Birth* 1998; 25: 17-24.
19. Lira PJ. Cesárea de repetición: ¿una cesárea necesaria? *Ginecol Obstet Mex* 2000; 68: 353-5.

CITOLOGIAVAGINAL

El cáncer cérvico uterino ocupa el primer lugar en incidencia causada por tumores malignos y el tercero en mortalidad relacionada con las neoplasias malignas en la población en general. En la población femenina el cáncer cérvico uterino es la primera causa de muerte por neoplasias malignas, particularmente en el grupo de 25 a 64 años de edad¹.

Según cifras la Oficina Panamericana de la Salud OPS, en México en el año de 2002, se registraron 12, 516 nuevos casos de esta neoplasia y el número de muertes por la misma causa fue de 5,777, con una tasa de mortalidad estandarizada de 14.1 por 100,000 habitantes². En los países en que se tienen campañas de detección adecuados con el

estudio citológico cervical, se ha observado una importante disminución de la incidencia y mortalidad por cáncer cérvico uterino, atribuible a la detección de las lesiones precursoras y preinvasoras, displasias o neoplasias intraepiteliales cervicales en las que el diagnóstico oportuno ofrece la posibilidad de tratamiento exitoso a un menor costo, tanto social como para los servicios de salud.

Si bien se han resuelto muchas interrogantes sobre la etiología del cáncer cérvico uterino y se encuentran en desarrollo alternativas terapéuticas y de prevención, lograr altas coberturas de detección temprana a través del estudio citológico Papanicolaou, garantizando un nivel adecuado de calidad de los procedimientos de los laboratorios de

Continúa en la pagina 379...