

CESÁREA PROGRAMADA Y MORBILIDAD NEONATAL

Andrés Guido Bendezú

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la morbilidad de recién nacidos por cesárea programada. **DISEÑO:** Estudio retrospectivo, descriptivo, comparativo, transversal y analítico. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Se revisa 102 casos de recién nacidos de gestantes con partos por cesárea programada atendidos en el Servicio de Obstetricia del Hospital III Essalud 'Félix Torrealva Gutiérrez' de la ciudad de Ica, en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2000 y el 31 de diciembre de 2003. Se les comparó con un número similar de nacidos de parto eutócico. **RESULTADOS:** En el periodo estudiado, se atendió 3 780 partos, de los cuales 102 fueron por cesárea programada. La edad materna mayor correspondió en 36,3% al grupo etáreo de 35 a 40 años, 70 (70,6%) eran casadas, 51,9% empleadas, 46,1% primigestas. El Ápgar del recién nacido fue ≥ 7 en 96,7% de neonatos, no hubo caso de asfixia severa; 58,8% fueron varones, 70,6% con peso adecuado. Se encontró 27,5% de casos de ictericia fisiológica, 17,7% con síndrome de dificultad respiratoria II y 7,8% con trastornos metabólicos, mientras en el grupo control fueron 6,9%, 4,9% y 3,9%, respectivamente; en el grupo control, los traumatismos obstétricos fueron 6,9 y sólo 0,9% en el grupo de estudio. **CONCLUSIONES:** Existió relación entre morbilidad y la vía del parto; el riesgo de enfermedad fue mayor para los neonatos nacidos por cesárea programada.

PALABRAS CLAVE: Cesárea; Morbilidad neonatal

Rev Per Ginecol Obstet 2005; 51:143-149

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine morbidity in neonates born by elective cesarean section. **DESIGN:** Retrospective, descriptive, comparative, transversal, analytical study. **MATERIAL AND METHODS:** Review of 102 cases of neonates born by elective cesarean section at EsSalud 'Félix Torrealva Gutiérrez' Hospital III Obstetrical Service, Ica, during the period January 1, 2000 through December 31, 2003. The cases were compared with similar number of normally delivered neo-

nates. **RESULTS:** During this period 3 780 deliveries were attended, 102 by elective cesarean section. Maternal age was between 35 and 40 years in 36,3%, 70 mothers (70,6%) were married, 51,9% were workers, 46,1% carried their first pregnancy. Newborn's Apgar score was ≥ 7 in 96,7%, no case of severe asphyxia was found, 58,8% were boys, 70,6% with adequate weight, 27,5% had physiologic jaundice, 17,7% respiratory distress II and 7,8% metabolic disorders; corresponding percentages in the control group were 6,9%, 4,9% and 3,9%; obstetrical trauma occurred in 6,9 in the control group and only in 0,9% in the study group. **CONCLUSIONS:** There was a relation between neonatal morbidity and type of delivery; risk was higher in neonates born by elective cesarean section.

KEYWORDS: Cesarean section; Neonatal morbidity.

Servicio de Ginecología y Obstetricia Hospital III Essalud 'Félix Torrealva Gutiérrez', Ica, Perú

Correspondencia:

Dr. Andrés Guido Bendezú-Martínez

Residencial 'Campo Alegre' A-26. Urb. 'San José', Ica

Teléfonos: 056-228731, 9620509. Correo-e: guido_bm@hotmail.com



INTRODUCCIÓN

La finalidad fisiológica de la gestación y de la asistencia perinatal es llevar a un feto a un estadio de madurez que le garantice soportar sin daño el traumatismo normal e inevitable del parto y que pueda adaptarse después con rapidez a las exigencias de la vida extrauterina. La obtención de esta meta se encuentra tremendamente amenazada dentro del periodo perinatal. Muchos son los factores que pueden determinar problemas al nuevo ser, principalmente el sufrimiento fetal agudo.

Es obvio que, el ginecoobstetra y el pediatra traten de lograr neonatos en buenas condiciones, que tengan en el futuro un desarrollo físico y mental adecuados^(4 y 15).

Es dentro de este marco, con el objeto de disminuir todo factor de riesgo de morbilidad materno-fetal, que en estas últimas décadas adquiere evidente importancia la operación cesárea, con indicaciones específicas, que se han ido multiplicando en el transcurso de los años⁽⁴⁾. La cesárea ocasional o esporádica ejecutada durante las primeras décadas ha evolucionado hacia una frecuencia alarmante de intervenciones. Por adaptación de conceptos originales, la denominación de gestantes de alto riesgo y por cambios y modelación de propósitos e intenciones, las indicaciones quirúrgicas han sido aumentadas y multiplicadas con la finalidad de reducir la morbilidad materna y aumento en la posibilidad de supervivencia fetal⁽⁵⁾, aún cuando en muchos casos tales indicaciones no son convincentes⁽²⁾. Sin embargo, es de consenso que todo nacimiento por cesárea, aun en caso de ser programada o electiva, constituye un riesgo para el recién nacido, pues se la relaciona con mayor morbilidad y mortalidad perinatal, mayor distrés respiratorio, hipoxia, alteraciones del proceso de adaptación, entre otros⁽⁷⁾.

Creemos que los trabajos de investigación deben motivarse en determinar el presente abuso y empleo erróneo de la operación cesárea, para regresarla a su indicación original, como último recurso, y con ello también disminuir los factores de riesgo que acompañan a estas intervenciones.

El Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Apoyo III 'Félix Torrealva Gutiérrez' de

Essalud de Ica, donde se atiende pacientes aseguradas, no es ajeno a la situación. Por ello, se ha tratado de encontrar los factores relacionados con la morbilidad neonatal por cesárea programada y contribuir a mejorar los resultados, estableciendo protocolos de atención con calidad.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio es de tipo descriptivo, comparativo, correlacional, retrospectivo, transversal, analítico.

El universo fue el total de recién nacidos de parto por cesárea programada atendido en el Hospital III 'Félix Torrealva Gutiérrez', de Essalud, Ica, entre los años 1999 y 2002. Cumplieron con los criterios de inclusión los neonatos nacidos por cesárea programada, gestantes que no presentaban trabajo de parto y con ausencia de enfermedad materna, sufrimiento fetal, complicaciones agudas maternas y placentarias y malformaciones congénitas.

Se estudió todos los recién nacidos de las gestantes que acudieron a tener su parto en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital entre el 2 de enero de 1999 y diciembre de 2002.

En la recolección de información, se utilizó una ficha clínica (registro de variables), historias clínicas de las pacientes, historias clínicas de los recién nacidos, registro de sala de partos, registro de sala de operaciones y registro de Neonatología.

RESULTADOS

En la Tabla 1 se presenta la distribución según la edad de las gestantes. El 36,3% correspondió al grupo de 35 a 40 años. Se encontró los menores porcentajes en las mayores de 40 años, entre 21 y 25 años y menores de 20 años. No existió diferencia con las edades del grupo de control.

La ocupación de las pacientes estuvo representada en ambos grupos principalmente por profesionales, en 51,9% (53 gestantes); amas de casas, 31,4% (32 casos) y empleadas, en 12,8% (13 casos) y obreras, 3,2% (4). Esta distribución se relaciona con el carácter de asegurado titular que tienen las pacientes y con la edad de las mismas señaladas anteriormente.



Tabla 1. Edad

Edad	Frecuencia	%
Casos		
< 20 años	2	1,9
21 a 25	4	3,9
26 a 30	30	29,4
31 a 35	22	21,6
36 a 40	37	36,3
> 40 años	7	6,9
Total	102	100,0
Grupo control		
≤ 20 años	4	3,9
21 a 25	9	8,8
26 a 30	26	25,5
31 a 35	35	34,3
36 a 40	23	22,6
> de 40 años	5	4,9
Total	102	100

Con relación al estado civil, 72 gestantes eran casadas (70,6%); 24, convivientes (23,5%), y 6, solteras (5,9%). Más del 90% de las gestantes presentaba una situación económica y social estable. No fue diferente la distribución porcentual del grupo control.

Respecto a la paridad, el 46,1% fue primigesta. En el grupo control, las multíparas representaron el 60%. Tabla 2.

Las indicaciones de la cesárea fueron principalmente el antecedente de cesárea o la presentación podálica del feto. Tabla 3.

Tabla 2. Paridad

Paridad	Frecuencia	Porcentaje
• Casos		
– Primigesta	47	46,1
– Segundigesta	37	26,3
– Multigesta	18	17,6
Total	102	100
• Grupo control		
– Primípara	8	7,8
– Segundípara	30	29,4
– Multípara	52	50,9
– Granmultípara	12	11,8
Total	102	100

Tabla 3. Indicaciones de cesárea

Indicación de cesárea	Frecuencia	Porcentaje
Cesareada anterior	59	57,8
Podálica	23	22,6
Feto grande, macrosómico	8	7,8
Pelvis estrecha	7	6,9
Otros	6	5,9
Total	102	100,0

Durante la cesárea se confirmó en la mayoría de los casos la indicación de la intervención. Sin embargo, hubo otros hallazgos, que son mostrados en la Tabla 4.

Otras intervenciones quirúrgicas realizadas durante la cesárea fueron los bloqueos tubáricos por esterilización (21 casos, 20,6%) y la liberación de adherencias de pacientes con cirugía abdominal previa (10 casos, 9,8%).

El tiempo transcurrido entre el inicio de la anestesia y la operación cesárea fue principalmente entre los 3 y 10 minutos, dependiente de la habilidad y experiencia del anesestesiólogo. La mayor duración de la intervención estuvo generalmente relacionada a pacientes con cesáreas y cirugías abdominal o pélvica previas (Tabla 5).

En 84 (82,4%) casos se empleó la anestesia raquídea (subdural); en 14 casos (13,7%), la epidural, y en 4 (3,9%), anestesia general endovenosa, por falla de la anestesia regional.

En 28 (27,5%) pacientes cesareadas no se empleó antibióticos. Cuando se los empleó como profilácticos, se usó derivados de las penicilinas en 41 (55,4%) casos, cefalosporinas en 19 (25,7%), cloranfenicol en 10 casos (13,5%) y sólo en 4 (5,4%) aminoglicósidos.

Tabla 4. Otros hallazgos

Otros hallazgos	Frecuencia	%
Distocia funicular	27	26,5
Oligohidramnios	8	7,8
Feto grande, macrosomía	10	9,8
Leiomiomatosis uterina	5	4,9
Otros (quiste de ovario, síndrome adherencial, enfermedad pélvica, etc)	5	4,9



Tabla 5. Duración de la operación

Tiempo en minutos	Frecuencia	%
Menos de 30	3	2,9
De 31 a 40	24	23,5
De 41 a 50	34	33,3
Más de 50	41	40,2
Total	102	100,0

Las pacientes permanecieron hospitalizadas por 2 a 3 días después de la cesárea en más de 95% de los casos; 22 casos estuvieron 2 días (21,6%) y 75 casos (73,5%) por 3 días; sólo 5 casos (4,9%) estuvieron por 4 o más días.

Con relación al recién nacido, 60 casos (58,8%) fueron varones y 42 (41,2%) mujeres; en el grupo control, 52 (51%) fueron mujeres y 50 (49%) varones. En 97 casos (95,1%), el Ápgar fue 7 a 9; en sólo 5 casos (4,9%), entre 4 y 6; ningún bebe mostró

Ápgar menor de 4. No hubo diferencia significativa en el grupo control, en el que el Ápgar fue \geq a 7 en 98 (96,1%) casos y sólo 4 (3,9%) tuvieron 4 a 6 de puntuación.

El peso en 72 casos (70,6%) fue adecuado para la edad gestacional y en 13 casos (12,7%), grande para la edad gestacional; 17 (16,7%) fueron macrosómicos y no hubo casos de peso bajo para la edad gestacional. En el grupo control, 86 (84,3%) tuvieron peso adecuado y 3 (2,9%), peso menor de 2 500 g; sólo 4 (3,9%) fueron macrosómicos.

La edad gestacional para los recién nacidos fue 40 semanas en 48 casos (47,1%); 39 semanas, en 25 casos (24,5%); 38 semanas, en 14 (13,7%); 37 semanas, en 10 (9,8%); 2 casos de prematuros (1,9%) y 3 posmaduros (2,9%).

En la Tabla 6, se observa la morbilidad neonatal.

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El Comité Latinoamericano de Perinatología (CLAP), la Organización Panamericana de Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) han señalado que “el crecimiento de la tasa de cesárea más allá del límite de sus beneficios agrega mortalidad y costos y se transforma de solución en problema”. Así mismo, establece que “no existe relación en un incremento del número de cesáreas frente a una disminución de la mortalidad materna y perinatal”⁽³⁾.

La cesárea se realizaba en el siglo XIX en circunstancias extraordinarias, para salvar la vida de la madre y tenía una tasa de mortalidad materna de 85% o más. Antes de los años 60, se practicaba la cesárea en menos de 5% de los partos y usualmente por indicación materna, como placenta previa, desproporción cefalopélvica documentada con radiografía y falla de la inducción del parto en caso de preeclampsia severa. Después de los años 60, la cesárea llegó a constituirse en la forma de parto de la cuarta parte de los nacimientos y las indicaciones incluían causas fetales⁽²⁾.

En un estudio realizado por Castellano Balarezo⁽³⁾ en el Servicio de Neonatología del Instituto de Neonatología y Protección Materno Infantil, tratando de encontrar los posibles factores que entrarían en juego en la operación cesárea como causa de morbimortalidad del recién nacido, refiere lo siguiente:

Tabla 6. Morbilidad neonatal

Morbilidad	Frecuencia	%
• Casos		
– Ictericia fisiológica	28	27,5
– Síndrome de dificultad respiratoria II	18	17,7
– Dismorfias congénitas	6	5,88
– Infección neonatal	8	7,84
– Trastornos metabólicos y otros	8	7,84
Total parcial	68	66,7
• Grupo control morbilidad		
– Ictericia fisiológica	7	6,9
– Infección neonatal	8	7,8
– Trastornos metabólicos	4	3,9
• Grupo control dismorfia fetal		
– Hemangioma palpebral	1	1,0
– Hidrocele	2	1,9
– Dismorfia múltiple	1	1,0
• Grupo control trauma obstétrico		
– Máscara equimótica	2	1,9
– Fractura de clavícula	4	3,9
– Cefalohematoma	3	2,9
– Cáput sucedaneum	6	5,9
– Hemorragia conjuntival	2	1,9



te: una tasa de cesárea del orden de 8,8% y el porcentaje de cesáreas programadas 38,7%. Su trabajo concluye lo siguiente: “el riesgo de nacer por cesárea es mayor que el nacer por vía vaginal”, manifestando que el riesgo disminuye cuando es planificado por el binomio ginecoobstetra-pediatra. Así mismo, manifiesta que “la morbilidad neonatal por cesárea depende más de los factores obstétricos que la condicionan y no de la cesárea por sí misma...”

Belitzky⁽⁵⁾ (CLAP OPS-OMS) manifiesta: “Los progresos logrados en la técnica quirúrgica han determinado una suerte de libertad para indicar la cesárea, apoyándose en el diagnóstico de cesárea previa, sufrimiento fetal o presentación podálica”. Concluye señalando que “el nacimiento por cesárea presenta mayor mortalidad materna (12 veces), morbilidad materna (de 7 a 20 veces), asfixia al nacer, trastornos respiratorios neonatales...”

En los últimos cuarenta años, se ha producido una tendencia mundial del aumento de la operación cesárea. Antes de 1960, la frecuencia de cesárea era inferior al 5%; en la actualidad, la frecuencia oscila entre 20 y 25% en los servicios públicos de salud y es mayor al 50% en el sistema privado⁽¹⁴⁾.

La cesárea tiene una mayor morbilidad y mortalidad materna, dada por las complicaciones infecciosas, hemorrágicas, anestésicas y tromboembólicas, además de un periodo de recuperación y un costo mayor que el parto vaginal.

Respecto a mortalidad perinatal, debe analizarse con cuidado la posible relación inversa entre número de cesáreas y mortalidad perinatal. Sin duda que la operación cesárea ha contribuido a la disminución de la mortalidad perinatal. No obstante, otras acciones obstétricas, neonatales y de salud pública también lo han hecho. Es interesante destacar que estudios colaborativos del CLAP señalan que sólo 5% en las variaciones de la tasa de mortalidad perinatal se explican por la variación en la frecuencia de la operación cesárea.

Por su parte, Cabrera⁽³⁾, en su tesis de Doctorado ‘Morbilidad del Neonato por Cesárea Programada’, hace referencia a la evolución de la tasa de cesáreas en el Hospital Nacional ‘Edgardo Rebagliati Martins’. Para la década de los 70, la cesárea representaba 13% de los partos, en el 80, 16% y a comienzos de la década de los 90 se encontraba en 21% a 24%. El autor

señala: “Dentro de los factores a tenerse en cuenta, el parto por cesárea es un factor; el 38% de muerte perinatal hospitalaria procede de partos distócicos, siendo la cesárea indicada por complicación emergente, la mayor incidencia con 24%. En relación a muerte neonatal, un 5% proviene de cesáreas programadas”. Concluye que la mortalidad de los neonatos por cesárea programada es mayor que la mortalidad que se presenta en la población neonatal.

En trabajo realizado en los Hospitales del Seguro Social por Antonio Felices Parodi y colaboradores, en el informe anual estadístico observa que la cesárea es la operación más frecuente en el Nivel IV (Hospitales Nacionales del Seguro Social)⁽¹⁴⁾; representaba, en 1993, 21,5% y en el primer semestre de 1994, 21,6%. En dicho nivel IV se encuentra cerca de 50% de las cesáreas. La frecuencia de cesáreas se ha elevado de 27,2% a 30,3%⁽⁴⁾. Se señala para el Hospital de Apoyo III ‘Félix Torrealva Gutiérrez’ de Ica una frecuencia de 19,8% de partos por cesárea, siendo 11% del total de cesáreas programadas la indicación la cesárea anterior, seguida de presentación anormal, producto valioso, entre otros.

La cesárea constituye un elemento de riesgo en sí mismo, habiendo sido publicado un porcentaje de complicaciones operatorias y postoperatorias⁽⁸⁾. Sin embargo, es conocido que a nivel mundial, y como ocurre en el Perú, la frecuencia de cesáreas ha ido incrementándose con el transcurrir de los años, lo que constituye una preocupación de los servicios de salud. No obstante, no se ha encontrado una relación directa entre el aumento de la frecuencia de cesáreas y una disminución de la tasa de mortalidad materna y perinatal de los Hospitales del Perú⁽¹²⁾.

En varios países, como Brasil o Estados Unidos, en donde la frecuencia de cesáreas se ha incrementado en 17 años (1970 a 1987), de 5,5% a 24,4%, se la considera la operación más frecuente. Se ha diseñado una serie de estrategias con la finalidad de reducir el porcentaje de cesáreas⁽¹⁾.

En 1993, la Seguridad Social definió los indicadores de productividad, eficiencia y calidad de servicio⁽¹⁶⁾. La frecuencia de cesáreas fue establecida como indicadora de calidad y se adoptó el estándar de 10% para todos los establecimientos, que incluyen al Hospital de Apoyo III ‘Félix Torrealva Gutiérrez’, de Ica. Esta cifra varía por el nivel de complejidad y las



cifras antes señaladas están distantes de la cifra establecida⁽⁹⁾.

La frecuencia de cesáreas en los hospitales del Seguro Social es alta y dispersa. La frecuencia de cesáreas como indicador es reflejo no sólo de la decisión del médico tratante, sino también del buen funcionamiento del cuidado prenatal, del funcionamiento del Hospital, de las características de la población y otros factores.

Essalud cuenta con una infraestructura asistencial constituida por 316 establecimientos. La Subgerencia de Análisis Estadísticos reporta un aumento progresivo del índice de cesáreas. Este incremento ha llevado el índice de cesáreas del 25,6% hasta el 28,4%, en el primer semestre de 1997. El mayor incremento se aprecia en los hospitales de nivel IV, en los que el aumento es 4,9%, cifra que actualmente se informa es mayor. Por ejemplo, en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins es 64%⁽⁷⁾.

Lo señalado está directamente relacionado con la tasa de morbilidad-mortalidad neonatal. Fue interés del trabajo determinar la morbilidad neonatal por cesárea programada en el Hospital III 'Félix Torrealva Gutiérrez' de Ica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arnol PH. Cesarean section. Mortality and morbidity. USA. 1993.
2. Belitsky R. El nacimiento por cesárea. Publicación del Boletín de Salud Perinatal. CLAP. OPS. OMS. 1989;3(9):101-9.
3. Cabrera CW. Morbilidad del neonato por cesárea. Tesis Doctoral UNMSM, Lima. 1990.
4. Castellano JM. El riesgo de nacer por cesárea. Lima. Facultad Medicina, UNMSM. 1974:40p.
5. Cervantes R. Muerte materna y muerte perinatal en los Hospitales del Perú. Ministerio de Salud. 1988.
6. Duncker P. Factores de riesgo para morbi-mortalidad infecciosa en cesáreas. Lima. 1991. Tesis de Grado de Bachiller. UPCH. Lima. 1991.
7. Essalud. Programa de Perinatología. Metodología para la reducción de cesáreas. Lima, enero de 1998:132-3.
8. Falla G, y col. Morbi-mortalidad neonatal en la cesárea. Acta Médica Per. 1986;13:50-3.
9. Felices A, y col. Pertinencia de las cesáreas en los hospitales del IPSS. Rev Méd IPSS. 1994;3:19-26.
10. Gleicher N. Cesarean section rates of the United States. JAMA. 1984;252:3273.
11. Habson C, Habson RC. Management of high-risk pregnancy and intensive care of the neonate. 1971.
12. Instituto Peruano de Seguridad Social del Perú. Producción Hospitalaria en los Centros Asistenciales. Subgerencia de Estadística. Lima. 1994.
13. Instituto Superior de Ciencias Médicas. Indicadores del Salud Pública. La Habana, Cuba. 1987.
14. Mena P. Operación cesárea. En: Pérez A, Donoso E (Editores). Obstetricia, 2^{da} ed. Publicaciones Técnicas Mediterráneo. 1992:290-300.
15. Távara L. Cesárea en el Perú. Presente y futuro. Ginecol Obstet (Perú). 1993;39:50-6.
16. Essalud. Indicadores de Productividad, Eficiencia y Calidad. Lima. 1997.