

¿POR QUÉ AUMENTAN LAS CESÁREAS?

Autores: Dra Clelia Parral Longobardi - Dr. Luis Giorgetti - Dr. Hugo Matarazzo
HIGA Luisa C. de Gandulfo – Lomas de Zamora

Introducción

Es evidente el aumento del número de operación cesárea en los últimos tiempos, especialmente en países latinoamericanos.(1) Obviamente no deberíamos comparar nuestra población con la de los países más desarrollados, debido a los diferentes índices de natalidad, las diferencias en las condiciones de vida, la desnutrición y la pobreza de nuestros pueblos, la despenalización del aborto en algunos estados norteamericanos, las diferentes políticas sanitarias y presupuestos acordados para promoción y prevención en salud.

Dentro de nuestro país es abismal la diferencia en los índices de cesáreas que existen entre el nivel privado y el estatal.

Pero, dentro mismo de nuestra Institución estatal, notamos un aumento progresivo de los partos operatorios. Haciendo un poco de historia, recordamos que en la era pre-residencia, nuestro servicio ostentaba un 6% de cesáreas. Con la incorporación de Residentes de tocoginecología en los años 90, este índice se duplicó (11%). Hoy practicamos un 17% de operaciones cesárea, índice que aún está debajo del promedio latinoamericano que va de 20 a 30%

Nos pareció interesante investigar el por qué, y al plantear el trabajo, especulamos con diversas hipótesis:

- A-¿Será porque existen más sufrimientos fetales ?
- B-¿Será porque realizamos menos partos forciptales?
- C-¿Será porque operamos más a las pacientes con una cesárea anterior?
- D-¿Será porque operamos más las presentaciones de nalga?
- E-¿Será porque existe más temor a los juicios de mala praxis?
- F-¿Será que existe mayor presión ejercida por pacientes y familiares? (2)
- G-¿Será que el sistema de Residencias influye en este aumento?

Con respecto al temor por los juicios , es el mismo que teníamos hace una década.

Con respecto a la autonomía de la paciente para decidir la vía de terminación, no es el caso de nuestro Hospital, donde todavía somos paternalistas.

Con respecto a la influencia de los residentes, la hubo de entrada, pero entre 1990 y 1997/98 la cifra solamente subió a 12%

La importancia de este tema se centra en las graves complicaciones que suscitan las cesáreas iterativas. Todos conocemos el peligro de los acretismos placentarios en cesareadas anteriores que incrementa dramáticamente la morbimortalidad materna y fetal.(3). En los últimos congresos se hablan de técnicas de embolización y otras prácticas heroicas, solo posibles en centros de gran complejidad. Creemos que es mucho más sencillo y factible tratar de bajar los índices de cesáreas, actuando sobre las causas mismas que influyen en esa indicación(6)

Puede ser interesante la “segunda opinión” o la consulta, cuando el médico está solo, especialmente de noche, cuando el estrés y la angustia se multiplican.(4)

Como respuesta a las preguntas anteriores desarrollamos el tema sobre incidencia e indicaciones de cesáreas.(5)

Objetivos

Para tener una idea más clara, investigamos dentro de nuestro nosocomio la incidencia, los motivos para la indicación, comparando los guarismos con los obtenidos una década atrás.

Material y métodos

Se realiza una investigación retrospectiva de corte longitudinal, sobre todos los egresos habidos desde julio de 1997 a junio de 1998, comparando con los habidos desde julio del 2004 hasta junio del 2005. Se extraen las pacientes cesareadas. Se calcula incidencia y se analizan las variables maternas como edad, paridad e indicación de la cesárea.

Desarrollo del tema

En primer lugar determinamos el índice de cesáreas y partos forciptales en ambos grupos

	1997/98	2004/05
cesáreas	12.1%	17.0%
fórceps	2.1%	2.9%

Vemos que ha habido un 30% de aumento en el índice de cesáreas.
Contrariamente a lo que imaginábamos, los partos forcipales también aumentaron, por lo tanto descartamos la hipótesis B de aumento de operaciones a expensas de los fórceps.
Luego analizamos la variable edad materna en ambos grupos de cesareadas.
Observamos la curva de mayores cesáreas desviada a la derecha en el último año.
La edad promedio resultó

1997/98	2004/05
26.7	27.7

La edad promedio aumentó en un año.

Analizando la paridad de las operadas , encontramos un fuerte incremento de operación cesárea en las nulíparas comparando con las del grupo anterior . También hubo un pequeño aumento entre las grandes múltiparas.

Comparando los gráficos 2 y 4 podemos concluir que se ha dilatado la primiparidad en estas pacientes.

Por fin estudiamos los datos más interesantes como son las indicaciones que motivaron las cesáreas en ambos grupos.

Mencionamos primero las causas que NO contribuyeron al aumento de esos índices:

- Fue menor la indicación por Sufrimiento Fetal Agudo, lo que destruye la hipótesis A
- Fueron menos las pacientes operadas con una cesárea anterior, lo que destruye la hipótesis C
- Disminuyeron las operadas por presentación pelviana, lo que destruye la hipótesis D

Las causas que sí contribuyeron en el incremento del número de cesáreas fueron:

- Falta de Progresión y descenso FPD
- Hipertensión y su complicación el abruptio placentae
- Las pacientes con serología para HIV+
- Los embarazos múltiples
- La rotura prematura de membranas RPM
- Más de 2 cesáreas anteriores

El resto de las indicaciones mostraron idénticos porcentajes

Conclusiones

- 1- Aumenta el número de cesáreas de 12 a 17%
- 2- También aumenta el número de tomas forcipales
- 3- Aumenta la edad promedio de las cesareadas de 26.7 a 27.7
- 4- Se desplaza hacia la derecha la curva de edad de las cesareadas
- 5- Se advierte gran aumento de cesáreas entre las nulíparas y algo de aumento entre las grandes múltiparas.
- 6- Se deduce un desplazamiento hacia mayor edad entre las nulíparas
- 7- Las causas que motivaron más operaciones fueron: la FPD, la HTA, las HIV+, los gemelares, la RPM, y obviamente las pacientes con más de dos cesáreas anteriores

Comentarios

Con estos resultados, podríamos asegurar que es posible bajar aún más los índices de nuestras cesáreas y con ellos las terribles complicaciones derivadas de ellas.

- La enfermedad hipertensiva, detectada y tratada precozmente , es posible de terminar en parto normal al mejorar el estado materno, y no presentarse las complicaciones.
- Las pacientes con serología positiva que realicen precozmente el tratamiento antirretroviral, podrán acceder al parto vaginal si cursan con baja carga viral y altos CD4
- Las RPM son susceptibles de prevenirse realizando cultivos vaginales y tratamientos adecuados al 100% de las embarazadas, o implementando una buena campaña contra el hábito del tabaco
- La FPD (llamada en la intimidad de nuestra Maternidad como FP y Paciencia), podría disminuirse llevando la conducción del parto de manera más natural, con paciencia y tranquilidad
- Por último, las pacientes con dos o más cesáreas, disminuirían automáticamente en cuanto baje el número de cesáreas.

Bibliografía

- 1- CLAP: "Preocupa el abuso de cesáreas en Latinoamérica" . Nov. 2003
- 2- Lipcovich Pedro: "La mujer puede decidir" Pagina/12 Art: 31-03-05
- 3- Karolinsky Ariel:"Hay más complicaciones por cesáreas" Página/12.com.ar 31-03-05
- 4- Biasotti Agustín: "Innecesarias"British Medical Journal. Año 2004
- 5- Gonzalo Romero Alberto: Incidencia y principales indicaciones de cesáreas. Rev.de la VI Cátedra de Medicina . Febrero 2004
- 6- Halac Eduardo: ¿Debemos reducir el índice de cesáreas? Uniceo.com.ar. 25 Octubre 2005