

INDICACIONES DE CESAREA

Dr. Fabían Orbe Garcés *

Dr. Angel Lara del Pozo **

INTRODUCCION

Definiendo la cesárea como la intervención quirúrgica realizada para preservar la vida de la madre y del producto; es una de las operaciones más antiguas y necesarias que ha realizado el hombre, pasando por múltiples ensayos y fracasos a través de la Historia.

La palabra Cesárea proviene del verbo latino "CAEDERE", que significa cortar, no como se creía por el hecho de haber nacido César mediante esta intervención. Su denominación es atribuida a Plinio el Viejo que inspiró a Francois Rousset, usara esta terminología en su monografía en el año de 1581.

Los datos de haber realizado esta intervención en mujer viva, aparecen en 1250, en que Paulo, Obispo de Mérida, España, intervino a la esposa de un senador; posteriormente en el año de 1500 según Gaspar Bouhi, el carnicero Jacob Neuffer,

* Instructor del Postgrado de Gineco-Obstetricia.
Departamento de Graduados.

** Estudiante del Postgrado de Gineco-Obstetricia.
Departamento de Graduados.

abrió el vientre de su esposa, tras ser desauiciada por comadronas y barberos, extrayendo un niño que vivió 77 años.

En los siguientes años, la cesárea pierde importancia, manteniéndose con casos aislados hasta 1876 en que Porro, realiza una intervención mutilante extrayendo el producto y extirpando luego la matriz mediante un lazo metálico aplicado en la parte inferior, dejando el muñón fuera de la cavidad abdominal. En los años posteriores con el avance de la técnica operatoria, anestesia, antisépticos, antibióticos, etc. deja de ser una operación prohibitiva y se convierte en un procedimiento frecuente.

El presente trabajo tiene por objeto, dar una idea de la evolución y el estado actual de la cesárea en la Maternidad "Isidro Ayora" que siendo un Hospital docente, de él debe salir los procedimientos para el manejo de la paciente Obstétrica en nuestro medio.

Además como ecuatorianos debemos conocer estadísticas locales para hablar de cifras nacionales.

MATERIAL Y METODO

El estudio fue de carácter retrospectivo, analizando las historias clínicas de pacientes que fueron intervenidos de operación cesárea durante el año calendario de 1 de Enero al 31 de Diciembre de 1978.

La muestra obtenida representa el 50 por ciento del total de casos, se realizó muestreo al azar, eliminándose aquellas fichas que no contaban con el diagnóstico operatorio.

Las variables tomadas en cuenta para el estudio fueron: Diagnóstico operatorio, edad y paridad. Entraron en el estudio 724 pacientes siendo eliminadas por falta de diagnóstico 34 casos. Para la selección del diagnóstico operatorio, se tomó en cuenta a juicio de los autores, el de más importancia.

RESULTADOS

Diagnóstico operatorio.— La incidencia mayor fue por cesárea anterior en el 37.15 por ciento; por sufrimiento fetal el 22.10 por ciento; por

desproporción céfalo-pélvica el 18.37 por ciento; por presentación pelviana el 9.25 por ciento; por placenta previa el 4.56 por ciento; debido a situación fetal transversa el 3.04 por ciento; se realizaron cesáreas electivas para ligadura en el 2.35 por ciento; por desprendimiento normoplacentario el 1.66 por ciento y finalmente por pre y eclampsia en 1.52 por ciento. Tabla y Figura No. 1.

Eúad de las pacientes.— La incidencia mayor corresponde al grupo de edad comprendida entre el 20–24 años con un 33.56 por ciento; luego el grupo de 25–29 años con el 21.27 por ciento; pacientes de 15–19 años con el 17.27 por ciento; de 30–35 años el 15.19 por ciento; el grupo comprendido de 35–39 años corresponde a 9.12 por ciento; y finalmente mayores de 39 años el 3.59 por ciento. Tabla y Gráfico No. 2.

Paridad.— La frecuencia mayor encontramos entre las pacientes nulíparas con el 70.03 por ciento; mientras que multíparas corresponde al 29.97 por ciento. Tabla y Gráfico No. 3.

TABLA No. 1

INDICACIONES DE OPERACION CESAREA—1978

INDICACION	No. CASOS	FRECUENCIA o/o
Cesárea anterior	269	37.15
Sufrimiento fetal	160	22.10
Desproporción céfalo-pélvica	133	18.37
Presentación pelviana	67	9.25
Placenta previa	33	4.56
Situación transversa	22	3.04
Ligadura	17	2.35
Desprendimiento normoplacentario	12	1.66
Pre y Eclampsia	11	1.52
TOTAL	724	100

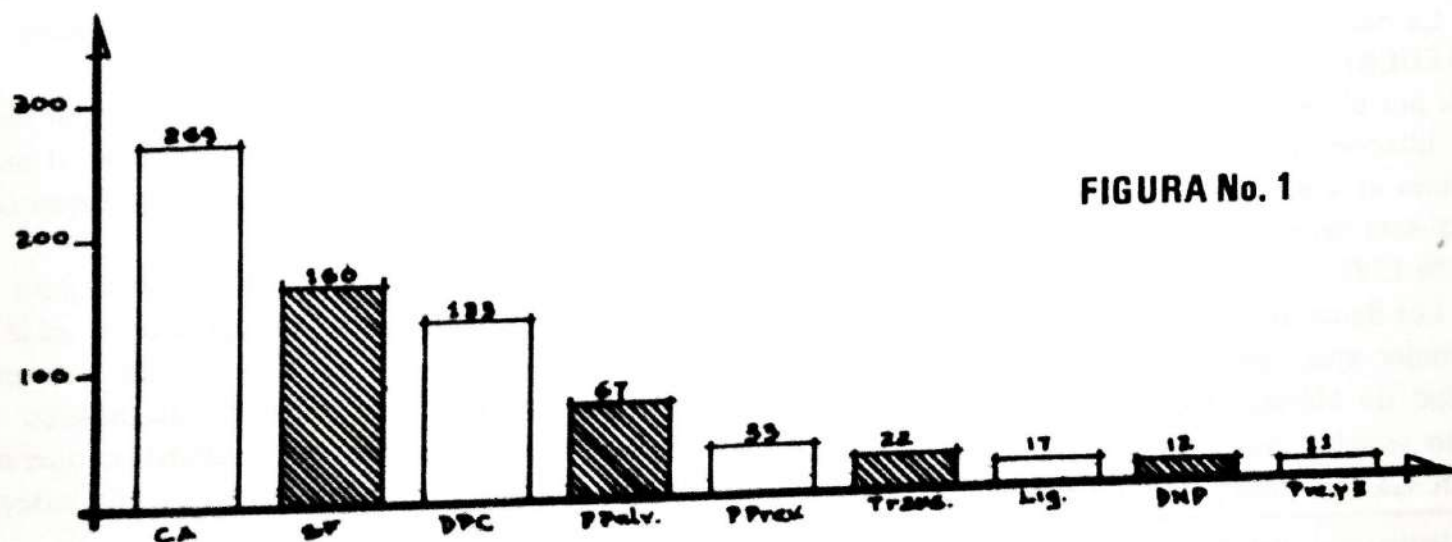


FIGURA No. 1

TABLA No. 2

CON RELACION A LA EDAD DE LA
PACIENTE

El mayor porcentaje (33.56 por ciento) corresponde a pacientes comprendidas entre 20 y 24 años

GRUPO DE EDAD	NUMERO	FRECUENCIA o/o
18 - 19	125	17.27
20 - 24	243	33.56
25 - 29	154	21.27
30 - 34	110	15.19
Más de 39	26	3.59

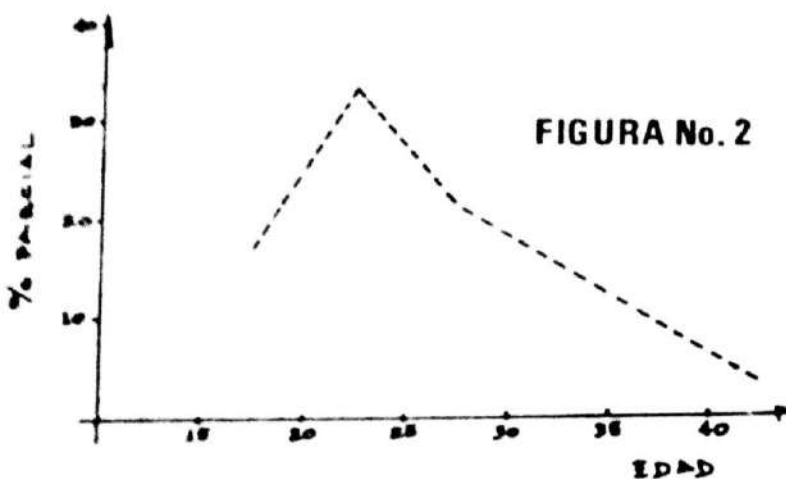


TABLA No. 3

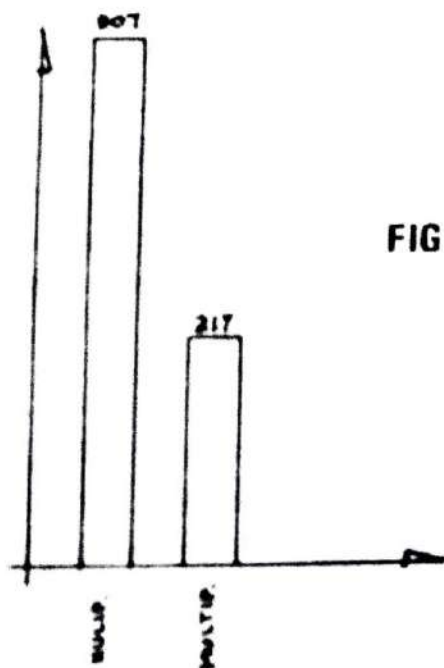
CON RELACION A LA PARIDAD DE LA
PACIENTE

PARIDAD	NUMERO	FRECUENCIA o/o
Múltiparas	217	29.97
Nulíparas	507	70.03

TABLA No. 4

INCREMENTO DE LA INTERVENCIÓN
CESAREA EN COMPARACION CON OTRAS
INSTITUCIONES

1964	Hosp. "C.A.M."	Mat. Isidro Ayora
1963		3.7 o/o
1964		3.6 o/o
1965		3.7 o/o
1966		3.8 o/o
1967		3.4 o/o
1968		4.3 o/o
1969		5.7 o/o
1970	11 o/o	4.6 o/o
1971	16.6 o/o	4.3 o/o
1972	16.6 o/o	4.8 o/o
1973	11.36 o/o	6.4 o/o
1974	18.8 o/o	7.6 o/o
1975	11.82 o/o	10.1 o/o
1976	16.22 o/o	9.8 o/o
1977	16.91 o/o	12.3 o/o
1978	22.05 o/o	11.8 o/o



CONCLUSIONES

Relación de Edad y Paridad:

En multíparas el grupo comprendido entre 20—34 años tiene una frecuencia de 69.13 por ciento. En nulíparas el grupo entre 15 y 29 años tiene una frecuencia de 51.93 por ciento.

Desproporción cefalopélvica:

Puede tener su origen por causa interna y/o fetal: Son vicios de la pelvis ósea materna, los que constituyen obstáculos que impide la progresión fetal, la cabeza del niño por su tamaño puede impedir el parto por vía vaginal.

Con este diagnóstico han sido operadas el 18.37 por ciento, cifra algo semejante a la reportada en esta misma Institución en 1965 (16.75 por ciento) y menor que la reportada por Ruiz Velasco 28.73. La mayor incidencia está comprendida en el grupo de 15 a 24 años 63.16 por ciento; se sabe que puede existir desproporción aún en pacientes multíparas, por lo tanto no es de extrañar que hayan sido intervenidas el 24.81 por ciento. Interesa mencionar estudios de Hammouda y Davis en muchas menores de 17 años, en quienes la incidencia de cesárea por problemas de pelvis estrecha es de 42.2 por ciento.

Sufrimiento fetal:

La cifra obtenida es del 22.10 por ciento, elevada si se compara a la reportada en esta Institución en 1965 (5.25 por ciento); puede ser comparada con datos de autores europeos (25 a 38.8 por ciento).

Creemos que este aumento se debe a la conducta en el servicio que consiste en la realización de amniocentesis a pacientes que se hallan en labor, en quienes se detecta variación de latidos fetales, siempre y cuando se halle con dilatación cervical inicial; así como a la conducta de realizar amniocentesis rutinaria en pacientes cuyas edades gestacionales sobrepasan las 41 semanas, con el objeto de estudiar presencia o no de meconio y hacer pruebas de madurez fetal.

Desprendimiento Normoplacentario:

Nuestra cifra es de 1.66 por ciento que se relaciona con la obtenida en el año de 1965 (0.75 por ciento) y la reportada por autores mexicanos (2.35 por ciento).

Cuando hay hemorragia persistente, signos de choque, disminución de los niveles de fibrinógeno, no se recomienda esperar; salvo que el parto vaginal sea inminente, se hará en estos casos cesáreas. Las complicaciones de la madre: choque, insuficiencia renal o coagulopatías guardan relación directa con el lapso que media entre el comienzo del desprendimiento y la expulsión; la paciente con desprendimiento moderado o intenso debe tener parto en término de seis horas de comienzo del desprendimiento placentario.

Placenta Previa:

Para esta afección nuestra cifra es de 4.56 por ciento, índice bajo al encontrado en este hospital en el año de 1965 (10.75 por ciento). Para realizar la cesárea se toma en cuenta el sitio de implantación de la placenta, y la cuantía de sangrado; en los casos en que la placenta sea centro total o parcial se debe hacer cesárea. No debe intentarse como método planeado el parto vaginal cuando haya hemorragia intensa o moderada, salvo si la expulsión es inminente. En placenta marginal, acompañada de sangrado leve y si las circunstancias son favorables, se puede planear un parto vaginal, pero si aparece sufrimiento fetal o si aumenta el sangrado genital se realiza cesárea.

Cesárea anterior:

Se han operado con este diagnóstico el 37.15 por ciento, cifra que concuerda con la reportada en esta Institución en 1965 (34.50 por ciento). En el servicio rige la conducta de a una cesárea sigue otra cesárea; la indicación para este tipo de conducta es la de evitar rotura uterina. Un estudio de 1964 en esta Institución, en el que se indica que la causa de ruptura uterina en el 25 por ciento era por dehiscencia de cicatriz anterior, Para realizar la cesárea se espera que la paciente tenga labor inicial si hay duda de madurez fetal se realiza amniocentesis.

Presentación pelviana:

Nuestra cifra es del 9.25 por ciento que es mayor a la obtenida en este hospital en el año de 1965 (1.5 por ciento). La indicación absoluta para realizar cesárea es el de primigesta en Pelviana.

Ligadura:

Con este diagnóstico se han operado el 2.35 por ciento, la cifra de 1965 es de 5.25, llama la atención el hecho de obtener una cifra algo significativa, pues es norma del Servicio, el de realizar parto vaginal y luego ligadura de trompas. Sólo en el caso de hacerse cesárea por cualquier otro motivo, se puede hacer concomitantemente la ligadura de trompas.

Situación transversa:

Nos ha llamado la atención de tener una cifra de 3.04 por ciento inferior a la obtenida en el año de 1965 en esta Institución, o la reportada por autores mexicanos 8 por ciento, más aún si tomamos en cuenta el hecho que desde entonces regía en la Maternidad Isidro Ayora la conducta de no efectuar versiones, salvo el segundo gemelo.

Toxemia:

Se ha operado el 1.52 por ciento, algo más baja a la obtenida en esta Maternidad en 1965 (2.5 por ciento).

Para la realización de la cesárea se toma en cuenta los casos en los cuales ha habido falla en la inducción, o en quienes por la pariedad y/o sus cambios cervicales, se piensa que la inducción demorará mucho tiempo con el consiguiente riesgo para la madre y para el feto.

RESUMEN

1. Año tras año, se aumenta el número de pacientes operadas de cesárea desde 1963 (3.7) hasta 1978 (11.8).

Tabla No. 4

2. El mayor porcentaje corresponde a pacientes cuyas edades oscilaron entre 20-24 años (33.56).

Tabla No. 2

3. Las nulíparas fueron las que ocuparon el mayor porcentaje (70.03 por ciento).

Tabla No. 3

4. Dentro de las indicaciones de cesárea la que ocupa el porcentaje más elevado es la cesárea anterior (37.15 por ciento).

Tabla No. 1

BIBLIOGRAFIA

1. Williams.: Obstetricia, Cesárea 1era. Ed. Salvat Editores México, 1973
2. Ruiz V.: La operación cesárea, Evolución de la operación Cesárea. 1era Ed. Fournier México, 1971.
3. Ruiz V.: La operación cesárea, Indicaciones. 1era Ed. Fournier México, 1971.
4. Schwarcz.: Obstetricia, Extracción del feto por via contranatural. 3era Ed. El Ateneo. Buenos Aires, 1978.
5. Kaser O. Zander J.: Ginecología y Obstetricia, Operación Cesárea. 1era. Ed. Salvat Editores España, 1976.
6. Abdul-Karin W. Chevli R.: Hemorragia y choque preparto. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas 559:573, 1976.
7. Dignam W.: Problemas en el parto incluidos distocia de hombro y presentaciones anormales del feto. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas 575:593, 1976.
8. Brenner W.: Presentación de nalgas. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas 545:567, 1978
9. Delgado C.: La Cesárea, Generalidades. Revista Ecuatoriana de Ginecología y Obstetricia. Vol X. No. 29, Ecuador, 1972.
10. Escobar L.: Indicaciones de la Cesárea. Revista Ecuatoriana de Ginecología y Obstetricia. Vol X. No. 29, Ecuador, 1972.