

EPIDEMIOLOGIA DE LA CESAREA EN EL PERU

Dr. Luis Távara¹, Dr. Jorge Parra¹, Dr. Ovidio Chumbe¹, Dr. Oscar Elías¹, Dr. Manuel Acosta², Dr. Víctor Cruz², Dra. María Salazar², Dr. Octavio Díaz², Dr. Miguel Gutiérrez², Dra. Margarita Porles², Dr. Hugo Ingar², Dr. Armando Velarde², Dr. Aldo Calero², Dr. Abelardo Donayre³, Dr. Moisés Huamán⁴, Dr. Sigilberto Casiano⁵, Dr. Alberto Franco⁶, Dr. Eduardo Maradiegue⁷, Dr. José Casquero⁸, Dr. José Rentería⁹, Dr. Manuel Purizaca¹⁰, Dr. Jorge Limo¹¹, Dr. René Alcántara¹², Dr. Carlos Nazario¹³ y Dr. Rubén Villacaqui¹⁴.

RESUMEN

Los autores presentan un estudio colaborativo que en forma prospectiva ha involucrado 14 maternidades del sector público, 10 del Ministerio de Salud (MINSA) y 4 del Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS); así mismo 9 correspondieron a Lima y 5 establecimientos estuvieron en otras regiones del país. Entre marzo y julio de 1993 se logró reunir un total de 4205 casos de cesárea entre 21797 partos atendidos durante el mismo período, lo que representa una frecuencia de 19,3%. No hubo mayor diferencia en la tasa entre los hospitales de Lima y Provincias, pero si se encontró una frecuencia mayor en el IPSS cuando se comparó con el MINSA. Las seis causas más importantes de cesárea en el Perú son: cesareada anterior, sufrimiento fetal agudo, parto podálico, pelvis estrecha, desproporción fetopélvica y toxemia, que mantienen más o menos la misma distribución entre el MINSA y el IPSS. Algunas otras características epidemiológicas presentan diferencias entre las pacientes atendidas en el IPSS y el MINSA y entre aquellas atendidas en Lima y en Provincias. Un tercio de las cesareadas presentaron complicaciones postoperatorias, siendo estas más frecuentes entre las mujeres atendidas en el MINSA y en Lima. La mortalidad perinatal fue 49 por mil, a predominio de los casos atendidos en provincias. La muerte materna fue del orden de 100 por cien mil y sólo ocurrió en el MINSA. Se comenta sobre la tasa de cesárea que va en aumento y acerca de la posibilidad y necesidad de bajarla, incidiendo en una evaluación mejor de las causas que con frecuencia conducen a la operación.

(1) Hospital de Apoyo "María Auxiliadora", (2) Hospital Maternidad de Lima, Instituto Materno-Infantil, (3) Hospital "Guillermo Almenara Irigoyen", IPSS, (4) Hospital "Edgardo Rebagliati Martins", IPSS, (5) Hospital Nacional "Arzobispo Loayza", (6) Hospital Madre Niño "San Bartolomé", (7) Hospital Nacional "Cayetano Heredia", (8) Hospital Nacional "Dos de Mayo", (9) Hospital de Apoyo "Santa Rosa", (10) Hospital "Cayetano Heredia", Piura, (11) Hospital "Almanzor Aguinaga", IPSS, Chiclayo, (12) Hospital "Belén" de Trujillo, (13) Hospital "Albretch", IPSS, Trujillo, (14) Hospital de Apoyo Huaraz.

INTRODUCCION

La cesárea es una intervención quirúrgica cuyo propósito es extraer artificialmente al feto a través de la vía abdominal, incidiendo en el útero. Se ha descrito que esta operación se remonta muchos siglos atrás. En Roma antigua era una obligación legal efectuarla en la mujer embarazada una vez muerta. Se ha dicho que Julio César nació a través de esa intervención, pero es un hecho difícil de aceptar, por cuanto su madre vivió muchos años después de que él naciera.

La primera cesárea en el Perú fue realizada en la Maternidad de Lima por el Dr. Camilo Segura el año 1861 en una paciente fallecida durante el parto. El 31 de mayo de 1931 en la Maternidad de Lima el Dr. Alberto Barton practicó una cesárea obteniendo un recién nacido vivo. La madre falleció a las pocas horas. La primera cesárea segmentaria en el Perú fue practicada en la Maternidad de Lima por el Dr. Víctor Bazul Fonseca en 1937. En 1939 ocurrió un hecho importante, cuando en la Maternidad de Lima se efectuó cesárea a Lina Medina, una niña de cinco y medio años de edad, obteniéndose un recién nacido vivo de 2700 gramos ^(1,2).

La operación cesárea, incorporada a la práctica obstétrica con el fin de solucionar aquellos problemas que pudieran significar posibilidades de muerte para la madre y/o el niño, se ha ido incrementando en las últimas décadas, en particular a expensas de la cesárea iterativa ⁽³⁾. Su frecuencia ha aumentado a tal punto, que actualmente lo que apareció como una solución ahora se vislumbra como un problema por la excesiva liberalización a la que ha sido conducida ⁽⁴⁾.

En junio de 1993 se publicó una monografía nuestra en que se analiza los trabajos sobre cesárea llevados a cabo en el Perú durante los últimos 30 años y se aprecia claramente cómo la frecuencia de la intervención varía desde 3,8% en 1962 hasta cifras de 30% en 1992, considerando únicamente los establecimientos del sector público ⁽⁵⁾. Tomando como punto de partida el anterior trabajo, quisimos realizar una investigación epidemiológica colaborativa

en diversos establecimientos del Ministerio de Salud (MINSA) y del Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS), que nos permita tener una información actualizada acerca de la operación cesárea en el Perú.

MATERIAL Y METODOS

El presente es un estudio colaborativo llevado a cabo prospectivamente en hospitales del MINSA y del IPSS en Lima Metropolitana y en otras ciudades del país. Para ello se confeccionó una ficha ad-hoc, tomando como base el estudio similar del CLAP llevado a cabo en diversos países de América Latina ⁽⁴⁾. Luego de probar el instrumento diseñado se envió a 14 establecimientos de Salud del Sector Público y de marzo a julio de 1993 se recolectó prospectivamente todos los casos de cesárea.

Los casos recolectados se ingresaron en una Base de datos utilizando el Programa Foxpro V2. El procesamiento de datos se hizo utilizando los programas de EPI-INFO V5. Los gráficos fueron obtenidos utilizando el programa Harvard Graphics V3. Las variables que aparecen en los Resultados fueron examinadas en el total de la muestra, en forma separada para los establecimientos del MINSA y para los establecimientos del IPSS, así como en forma separada para Lima y para Provincias. Se efectuó el estudio en forma descriptiva y en forma analítica utilizando análisis de varianza y prueba de chi cuadrado o Fisher. La decisión estadística se asumió tomando $P < 0,05$.

RESULTADOS

En el cuadro 1 observamos el total de 14 hospitales públicos que intervinieron en el estudio, de los cuales 4 corresponden al IPSS y 10 al MINSA. Se recolectó 4 208 casos de cesárea, de los cuales fueron procesados finalmente 4 205. A Lima correspondió el 84,4% del total, y a provincias el 15,6%. El IPSS aportó el 23,4% de los casos y el MINSA el 76,6% (fig. 1 y 2).

El cuadro 2 nos muestra que durante el período de estudio se atendió un total de 21 797 partos y la frecuencia de cesárea en los hospitales del Perú resultó entonces 19,3%, con un rango de 14,4% (Hospital de Huaraz) y 31% (Hospital Rebagliati).

En la figura 1b podemos advertir que la frecuencia de cesárea es mayor en los hospitales del IPSS (26,3%) que en los hospitales del MINSA (17,8%), lo que representa una diferencia significativa ($P < 0,01$). Del mismo modo podemos observar en la figura 2b que no existe diferencias en la frecuencia de cesárea entre los hospitales de Lima y de provincias.

La edad promedio de las pacientes fue 27,9 años, y fue más alta en el IPSS ($P < 0,05$). El promedio de gestaciones de las pacientes fue 2,45 no hubo diferencia significativa entre los hospitales. En la población total hubo un 34%

CUADRO 1. CASOS DE CESÁREA POR INSTITUCIÓN PERÚ 1993

Establecimiento	Lima	Piura	Lambayeque	La Libertad	Ancash
María Auxiliadora	319				
2 de Mayo	185				
Maternidad	1091				
Loayza	145				
Santa Rosa	319				
C. Heredia	307				
S. Bartolome	374				
G. Almenara	449				
E. Rebagliati	362				
Huaraz					85
C. Heredia (P)		154			
A. Aguinaga (Ch)			128		
Belen (T)				240	
Albretch (T)				47	
Total	3551	154	128	287	85
%	84,4	3,6	3,0	6,8	2,0

que presentó el antecedente de cesárea previa, se encontró una diferencia estadísticamente significativa en favor de los hospitales de provincias, cuando se les compara con los hospitales de la Lima ($P < 0,05$). (Cuadro 3).

El cuadro 3 también muestra algunas características del embarazo. Puede verse que no hay diferencia en el promedio de la edad gestacional, así como en la frecuencia de parto prematuro. Es evidente que la duda sobre la fecha de la última regla fue mayor en las mujeres atendidas en el MINSA y en aquellas atendidas en Lima

FIGURA 1. CONTRIBUCION DE CASOS AL ESTUDIO (a) Y TASA DE CESÁREA SEGÚN INSTITUCIÓN (b)

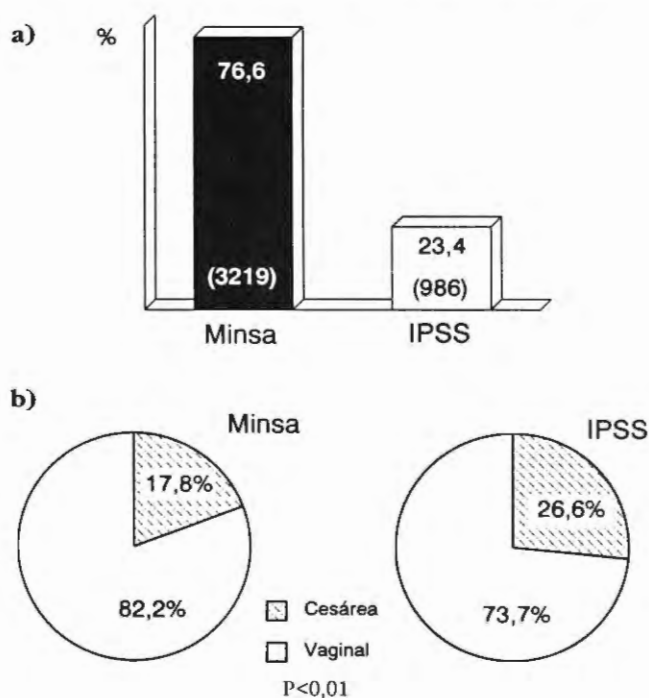
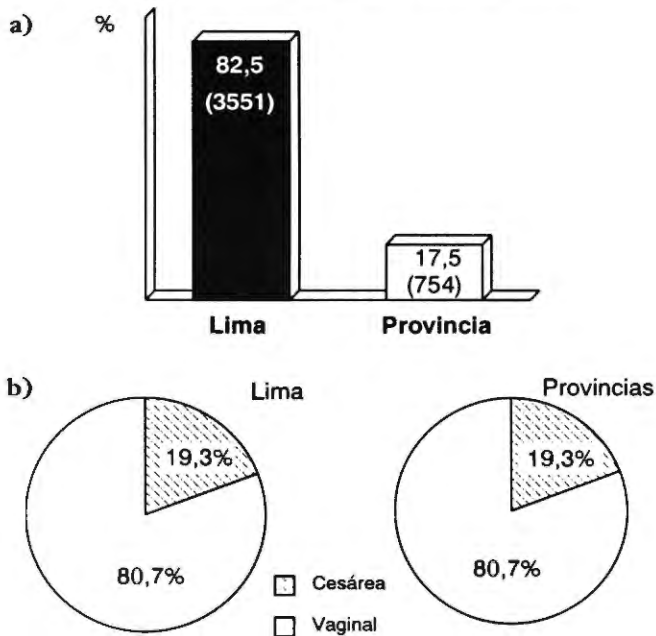


FIGURA 2. CONTRIBUCION DE CASOS AL ESTUDIO (a) Y TASA DE CESAREA SEGUN LOCALIDAD (b)



($P < 0,05$). El embarazo múltiple fue claramente mayor en las cesareadas en los hospitales del MINSA ($P < 0,05$).

Del total de causas de cesárea registradas en el presente trabajo, está claro que las 6 primeras corresponden a cesárea anterior, sufrimiento fetal agudo, presentación podálica, pelvis estrecha, desproporción fetopélvica y cuadros hipertensivos de la gestación. El orden se mantiene tanto en los hospitales del MINSA como del IPSS (figura 3).

En el cuadro 4 resalta que hubo un total de presentaciones anormales de 19,8%, y estas fueron significativamente mayor en el MINSA y en los hospitales de provincias ($P < 0,05$). La presencia de membranas rotas se registró en

CUADRO 2. TASA DE CESAREAS. PERU 1993

Establecimiento	Nº de Partos	Nº de Cesáreas	Tasa
María Auxiliadora	1 560	319	20,4
2 de Mayo	1 138	185	16,3
Maternidad	7 123	1 091	15,3
Loayza	867	145	16,7
Santa Rosa	1 240	319	25,7
C. Heredia	1 534	307	20,0
S. Bartolome	2 024	374	18,5
G. Almenara	1 756	449	25,6
E. Rebagliati	1 168	362	31,0
Huaraz (Huaraz)	592	85	14,4
C. Heredia (Piura)	601	154	25,6
A. Aguinaga (Chiclayo)	648	128	19,8
Belén (Trujillo)	1 360	240	17,6
Albrech (Trujillo)	186	47	25,3
Total	21 797	4 205	19,3

CUADRO 3. CARACTERISTICAS MATERNAS Y DEL EMBARAZO

Características	MINSA	IPSS	Lima	Provincia	Total
Características maternas					
Edad * (años)	26,8	31,4	27,7	28,8	27,9
Gesta	2,4	2,4	2,4	2,6	2,45
Hijos vivos	1,1	1,0	1,06	1,2	1,08
Cesareada anterior (%)	34,1	33,5	33,2 *	38,5 *	34,0
Características del embarazo					
FUR no conocida* (%)	13,3	10,7	13,4	9,0	12,6
Embarazo múltiple (%)	4,8*	2,3*	4,3	3,5	4,2
Con labor (%)	63,5*	43,0*	58,2	58,9	58,3
Trabajo de parto* (h)	7,6	6,3	6,7	10,6	7,35
Edad gestacional (sem)	38,7	38,7	38,8	38,6	38,7
Prematuridad (%)	11,8	10,6	11,6	11,1	11,7

* $P < 0,05$

el 30,7% de los casos y también fue mayor en aquellas atendidas en el MINSA y en Lima ($P < 0,05$). Desde que se decidió la cesárea hasta que fue ejecutada hubo un tiempo promedio de 3,1 horas, no existió diferencias entre los grupos de hospitales. Antes de ejecutar la cesárea hubo segunda opinión en el 83% de los casos, lo que fue claramente mayor en los hospitales del MINSA y significativamente mayor en Lima ($P < 0,05$). La segunda opinión fue predominantemente del médico titular y hubo acuerdo completo en casi el 100% de los casos.

En los hospitales del MINSA, la operación cesárea fue mayoritariamente realizada por el personal de médicos residentes. En cambio en el IPSS y en provincias la intervención fue ejecutada en su mayoría por médicos obstetras titulares ($P < 0,05$). Sólo en los hospitales del MINSA el personal de internos de medicina realizaron algunas cesáreas (cuadro 5).

El tipo de anestesia que más se aplicó fue la epidural, su uso fue significativamente mayor en los hospitales del MINSA y de Lima ($P < 0,05$). Es importante aún la aplicación de anestesia raquídea para hacer la cesárea en los hospitales de provincias (cuadro 5).

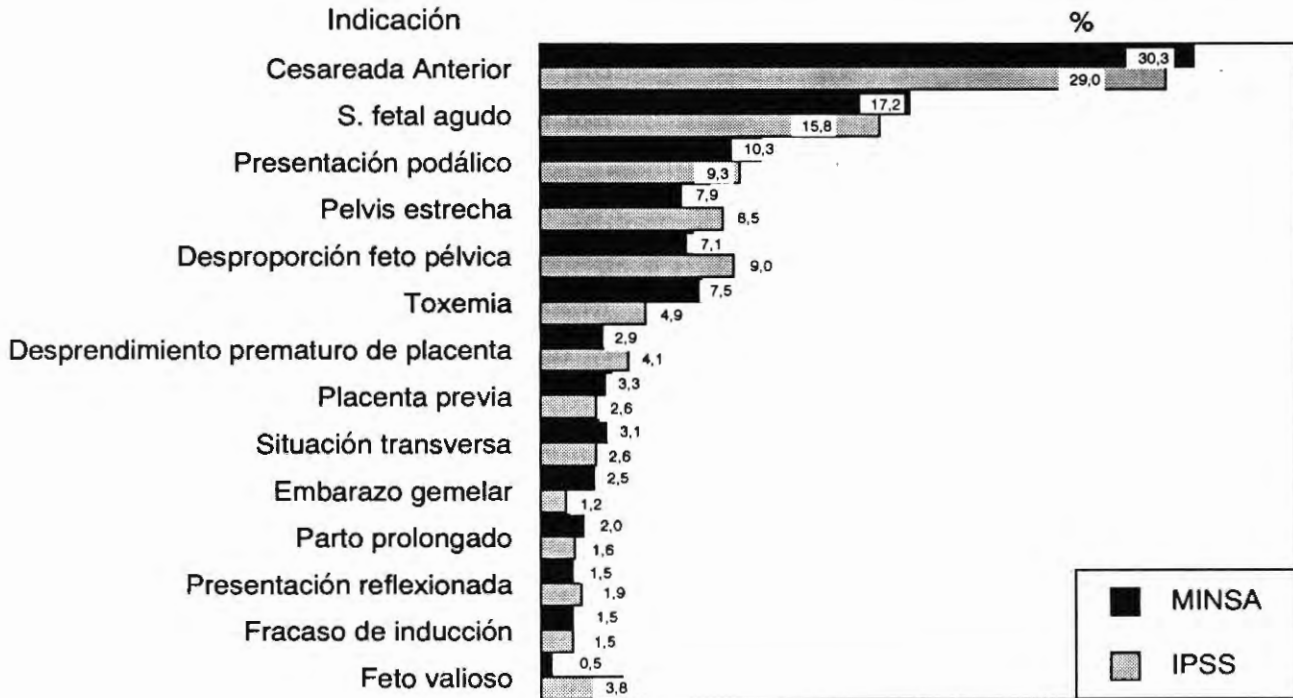
Observamos en el cuadro 5 que un tercio de las cesáreas son efectuadas a través de incisión de Pfannenstiel, siendo la frecuencia mayor en el IPSS ($P < 0,05$).

Se registró una frecuencia de uso de antibioprofilaxis de 43,3% en el total de las cesáreas, y fue significativamente mayor su uso en los hospitales del MINSA y de provincias ($P < 0,05$). Entre las cesareadas anteriores se encontró en el 6,5% anomalías en la histerografía, lo que fue más notorio en las pacientes de los hospitales provincianos ($P < 0,05$ cuadro 5).

Predominó el tipo de cesárea segmentaria en todas las instituciones. Sólo se registró 1,2% de cesáreas corporales, y el predominio fue en provincias ($P < 0,05$ cuadro 5).

En el 81% de los casos se hizo únicamente cesárea, siendo esto más visible en los hospitales del MINSA y en

FIGURA 3. INDICACION PRINCIPAL DE CESAREA SEGUN INSTITUCION



Lima ($P<0,05$). En el 19% de los casos se aprovechó del momento para efectuar otros procedimientos, sobre todo bloqueo tubario bilateral. Este procedimiento fue mayor en el IPSS y en provincias ($P<0,05$; cuadro 6).

Entre las mujeres sometidas a cesárea hubo un número importante de complicaciones (33%). La fiebre postoperatoria se presentó en el 21,4%, y fue más frecuente en las pacientes atendidas en el MINSA y en Lima ($P<0,05$). La infección de herida operatoria se registra en el 6,4% de pacientes y la endometritis en el 3%. En ambos casos la frecuencia fue significativamente mayor entre las pacientes del MINSA y de Lima ($P<0,05$). La hemorragia, la necesidad de reoperación y de transfusión sanguínea se presentaron con menor frecuencia (cuadro 6).

El cuadro 7 presenta algunas características perinatales en las cesareadas. La frecuencia de natimuecos fue de 2,9% a predominio de los casos atendidos en provincias

CUADRO 4. DATOS PRE-OPERATORIOS

Variable	MINSA %	IPSS %	Lima %	Provincia %	TOTAL %
Presentación Anormal*	21,0	16,3	19,1	23,2	19,8
Membranas rotas*	32,7	24,7	31,8	25,5	30,7
Intervención-extrac (h)*	3,2	2,8	3,0	3,6	3,1
2a Opinión*	84,1	79,9	91,4	17,6	83,0
2º Médico*	96,3	82,3	92,4	100,0	92,6
Acuerdo Completo	98,7	99,0	98,9	95,5	98,8

$P<0,05$

($P<0,05$). El peso promedio del recién nacido fue de 3 195 gramos, siendo un poco mayor en los niños nacidos en el IPSS ($P<0,05$). La gran mayoría de niños registraron un buen puntaje de Apgar al nacer y a los 5 minutos. La

CUADRO 5. CARACTERÍSTICAS DE LAS CESAREAS

Variable	MINSA %	IPSS %	LIMA %	PROVINCIA %	TOTAL %
Cirujano					
Ginecoobstetra*	38,9	75,9	39,4	70,0	44,6
Residente*	60,8	22,8	58,6	14,3	51,1
Otra especialidad*	4,5	1,3	1,3	15,2	3,7
Interno*	0,8	0,0	0,7	0,5	0,6
Anestesia					
Epidural*	78,2	76,9	82,8	54,5	77,9
Raquidea*	16,1	19,0	11,7	41,3	16,8
General*	5,7	4,1	5,5	4,3	5,3
Incisión abdominal					
Mediana	67,8*	64,8*	66,6	68,8	67,0
Pfannenstiel	32,2*	35,2*	33,4	31,2	33,0
Características operatorias					
Antibioticoterapia profiláctica*	52,1	17,0	38,2	68,9	43,3
Histerorrafia anormal	6,1	7,0	4,4*	14,3*	6,5
Incisión uterina					
Segmentaria	98,8	98,9	99,0	98,0	98,2
Corporal	1,2	1,1	1,0	2,0*	1,2

* $P<0,05$

CUADRO 6. INTERVENCIÓN Y POSTOPERATORIO

Variable	MINSA %	IPSS %	Lima %	Provincia %	TOTAL %
Tipo de intervención					
Solo cesárea*	83,1	75,9	83,5	69,8	81,3
Cesárea + ligadura*	14,8	21,7	14,8	25,2	16,5
Cesárea + histerectomía*	1,1	0,6	0,8	1,9	1,0
Cesárea + otra*	1,1	1,8	0,9	3,1	1,2
Complicaciones postoperatorias					
Fiebre *	25,0	10,8	24,3	7,2	21,4
Infección herida operatoria *	7,4	3,5	7,5	1,4	6,4
Endometritis *	3,5	1,7	3,2	2,0	3,0
Hemorragia	0,5	0,1	0,3	0,6	0,4
Reoperación	0,2	0,1	0,2	0,3	0,2
Transfusión	1,1	2,1	1,1	2,8	1,4

* P<0,05

frecuencia de muerte neonatal fue en promedio 2,0% y no mostró diferencias entre los hospitales. Puede obtenerse fácilmente que la mortalidad perinatal entre las cesareadas fue en promedio 49 por mil.

La estancia hospitalaria promedio de las mujeres cesareadas en los hospitales del Perú es de 5,4 días, y es mayor en el MINSA y en Lima (P<0,05). En el grupo estudiado sólo se ha registrado 0,1% de muertes maternas (cuadro 7).

DISCUSION

El presente es un estudio prospectivo colaborativo, que en forma descriptiva y analítica intenta mostrar algunas características epidemiológicas de la operación cesárea efectuada en los hospitales del sector público del Perú. Además pretende examinar algunas diferencias que puedan estar ocurriendo entre las mujeres operadas en los hospitales del MINSA y del IPSS y entre aquéllas operadas en Lima y en las diferentes regiones del país. Se logró involucrar un total de 14 establecimientos, 9 de Lima y 5 de Provincias. Entre ellos se ubican 4 del IPSS y 10 del MINSA. En el caso particular del Hospital Cayetano Heredia de Piura, aunque es un hospital integrado, para los efectos prácticos fue considerado del MINSA.

Durante el período que duró el estudio se atendieron en esos establecimientos de salud un total de 21 797 partos y 4 205 cesáreas, lo que produce una frecuencia de operaciones de 19,3%. No nos cabe duda que esta frecuencia ha ido en aumento durante los últimos años, conforme lo mostramos en un trabajo anterior⁽⁵⁾. Si consideramos la afirmación de que dentro de la población general la tasa de cesárea debe estar alrededor del 10%, por lo demás encontrada en ENDES II⁽⁶⁾, y que la tasa de cesárea debe estar más o menos en 17% entre la población de alto riesgo, resultaría que la tasa encontrada en la presente investigación no es tan alta. Sin embargo lo que cuenta es

CUADRO 7. CARACTERÍSTICAS PERINATALES Y ALTA

Variable	MINSA	IPSS	LIMA	PROVINCIA	TOTAL
Características perinatales					
Natimuerto (%)	3,0	2,5	2,5*	4,9*	2,9
Neonato					
• Peso (g)	3162*	3293*	3199	3173	3195
• Talla (cm)*	49,0	49,6	49,2	48,8	49,1
• Apgar al 1' *	7,6	8,1	7,8	7,5	7,8
• Apgar a los 5'	8,9*	9,6*	9,1	9,3	9,1
Muerte neonatal (%)	2,0	2,0	2,0	2,1	2,0
Características del egreso					
Días de hospitalización * (d)					
	5,8	4,1	5,6	4,3	5,4
Tipo de alta					
• Prescrita* (%)	94,8	98,4	95,1	98,8	95,5
• Voluntaria* (%)	5,2	1,6	4,8	1,5	4,3
• Fallecimiento* (%)	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1

* P<0,05

la tendencia de la misma. De otro lado en el presente trabajo no están los establecimientos del sector privado, lo que evidentemente elevaría la frecuencia⁽⁴⁾.

La tasa de cesárea encontrada no fue diferente entre Lima y Provincias. Sin embargo si fue más alta en el IPSS que en el MINSA, hallazgo explicado por las poblaciones diferentes que se atienden en ambas instituciones. Es sabido que entre las poblaciones con un nivel económico social mayor, la tasa de cesárea resulta más alta^(4,5).

El promedio de edad para todas las mujeres fue 27,9 años que las sitúa en el período de mayor capacidad reproductiva, sin embargo, las mujeres atendidas en el IPSS tuvieron una edad promedio por encima, lo que pudiera estar en relación con un inicio más tardío de su vida reproductiva. Casi un 60% de las pacientes fueron operadas estando en trabajo de parto. Cuando se desagrega esta cifra puede verse que las mujeres atendidas en el IPSS tuvieron una menor proporción de labor de parto, lo que nos hace suponer que hay una mayor frecuencia de cesárea electiva.

La figura 3, muestra las indicaciones más importantes de cesárea en la población estudiada. La cesárea anterior representa el 30% de las causas de cesárea actual y le siguen en orden de importancia el sufrimiento fetal agudo, el parto podálico, la pelvis estrecha, la desproporción fetopélvica y la toxemia. En la publicación nuestra aparecida en 1993⁽⁵⁾ se muestra igualmente que en los hospitales con mayor número de años de funcionamiento la cesárea anterior es la primera causa de cesárea⁽⁷⁻¹²⁾. Desde que Craigin^(4,13) escribió la sentencia "una vez cesárea, siempre cesárea", ésta se convirtió progresivamente en la causa más importante hasta tornarse en la primera; sin embargo hay razones sobradas para afirmar que se puede y se debe intentar el parto vaginal en la cesareada anterior bajo ciertas condiciones obstétricas^(4,14,15).

El sufrimiento fetal es la segunda causa. Es aquí donde al monitoreo electrónico fetal durante el parto se le adjudica alguna participación en la toma de decisiones (4). Sin embargo en la población de nuestro estudio no fue ese el caso, puesto que los diagnósticos en las diferentes instituciones fueron eminentemente clínicos. Con frecuencia ocurre sobrediagnósticos o no se intenta corregir las causas de sufrimiento fetal, lo que acarrea elevación de la tasa de cesárea por esta causa. Está demostrado que la confirmación del diagnóstico se hace mejor recurriendo al estudio del pH de la sangre capilar fetal (4,16,17).

El parto podálico representó el 10% de las causas de cesárea en los hospitales del Perú y fue la tercera causa, realidad cercana a la encontrada por Belitsky (4) en el estudio colaborativo llevado a cabo en maternidades de América Latina. Uno de los asuntos más conflictivos en la práctica obstétrica es el tratamiento adecuado del nacimiento en la presentación pélvica (13,18). No se ha establecido aún consenso para el tratamiento correcto, sin embargo existen publicaciones que mencionan algunas ventajas del parto por vía vaginal en la presentación podálica, particularmente en las multíparas (19-24).

La pelvis estrecha conjuntamente con la desproporción feto-pélvica representaron el 15,5% del total de causas de cesárea, pero es necesario advertir acerca del sobrediagnóstico que algunas veces se hace de estos problemas (4). La toxemia gravídica fue la sexta causa en orden decreciente, sobre todo en aquellos casos de hipertensión severa o cuadros convulsivos. Para Belitsky (4), a nivel Latinoamericano es la quinta causa en orden de frecuencia y en nuestra publicación anterior la séptima (5).

Resulta gratificante encontrar que desde que se decidió la cesárea hasta su ejecución pasó en promedio 3,1 horas, lo cual habla de la rapidez para concretar lo decidido. También es importante comprobar la existencia de una segunda opinión a cargo de un médico, lo que fue más frecuente en el MINSA y en Lima. En todo caso, conviene subrayar la necesidad de contar siempre con una segunda opinión sustentada en un previo examen a la paciente con el propósito de ajustar aún más la decisión y de esa manera tratar de reducir las tasas (4).

La operación cesárea es más frecuente en las instituciones privadas, seguidas de las instituciones universitarias con residentado médico (4). Ello sustenta que en la presente investigación hallamos encontrado que la intervención fue mayoritariamente ejecutada por los médicos residentes en MINSA y en Lima, puesto que son los lugares en donde mayor proporción de residentes existe.

La antibióticoprofilaxis en la cesárea es discutible (25), pero es un hecho que se usa en los hospitales del Perú, mayormente en el MINSA y en provincias. Nosotros no estamos muy convencidos de sus bondades. Un tercio de nuestras pacientes tuvieron algún tipo de complicación, sobresaliendo las del lado infeccioso. Estas fueron más

frecuentes en las pacientes atendidas en el MINSA y en Lima. Resalta la presencia de fiebre y la infección localizada en la herida operatoria o en el endometrio. Hallazgos semejantes obtuvimos en la monografía publicada anteriormente y en otros trabajos revisados (5,7,8,10,26).

La cesárea apareció como un procedimiento para preservar la vida de la madre y del niño (4,5). Se afirma que la mortalidad perinatal había mejorado con la práctica de la intervención, sin embargo la realidad no siempre es así. Ha sido demostrado que no hay relación directa entre la mayor tasa de cesáreas y la menor tasa de mortalidad perinatal a nivel latinoamericano y en los países desarrollados (3,4). La mortalidad perinatal en los hospitales del Perú reportada en el trabajo de Cervantes (27) estuvo en 19 por mil, que contrasta con la cifra encontrada en la presente investigación (49 por mil). Este hecho confirma lo anteriormente expresado y los hallazgos de la publicación anterior nuestra (5), así como lo encontrado por otros autores nacionales (7,8,10,26) en el sentido que la tasa de mortalidad perinatal es más alta entre las pacientes que culminan su embarazo a través de cesárea.

No cabe dudas acerca del valor de la cesárea como procedimiento para salvar vidas; sin embargo la elevación de las tasas pone límites a sus beneficios y agrega morbilidad conforme hemos visto anteriormente, eleva además los costos de la atención y de solución se transforma en problema (4,5). En el presente estudio el promedio de hospitalización de las mujeres cesareadas fue de 5,4 días, que es definitivamente mayor cuando se compara con la estancia promedio de un parto normal. Que los costos preocupan a las usuarias se demuestra en la mayor cantidad de retiros voluntarios luego de la operación en el MINSA, en donde las pacientes se deben costear parte importante de los gastos. De otro lado las mujeres no están exentas del peligro de morir, como lo hemos mostrado en esta investigación, que revela una mortalidad materna de 100 por cien mil, a lo que debemos agregar que sólo hubo muerte entre pacientes atendidas en el MINSA.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Yanque R. Apuntes históricos de la cesárea en el Perú. *Ginecología y Obstetricia*, Lima-Perú 1992; 38 (12): 83-85.
2. Bazul V. Contribución al estudio de la operación cesárea segmentaria. Tesis Doctoral. UNMSM, Lima-Perú 1941.
3. O'Driscoll K and Foley M. Correlation of decrease in perinatal mortality and cesarean section rates. *Obstet Gynecol*. Jan 1983; 61:1-5
4. Belitsky R. El nacimiento por cesárea hoy. *Salud perinatal*. Boletín del CLAP, Montevideo-Uruguay 1989; 3(9):101-114
5. Távara L. Cesárea en el Perú: presente y futuro. *Ginecología y Obstetricia*, Lima-Perú. Junio 1993; 29(5):50-56.
6. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta demográfica y de salud familiar. Lima-Perú, Septiembre 1992.

7. Ludmir A, Franco A y Kanashiro A. Cesáreas. Experiencias obstétrico-ginecológicas en el Hospital Materno infantil San Bartolomé, Tomo 1. Lima-Perú 1971, pág 10-14.
8. Bejarano J. La operación cesárea en el Hospital de Apoyo "María Auxiliadora". T. Bach. Universidad Nacional "San Agustín". Arequipa-Perú 1988.
9. Cueva R y Delgado H. La operación cesárea. X Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología, Lima-Perú 1990. Temas Libres.
10. Matzumura J, Dulude H, Negrón J, Celis A y Succar J. Cesárea en el Hospital Rosalía Lavalle de Morales Macedo. X Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología, Lima-Perú 1990. Temas Libres.
11. Falla G, Chocce J, Concepción L y Zavaleta F. Morbimortalidad en la cesárea. Acta Médica Peruana, Dic 1986; 13(3):50-53.
12. Martina M, Ferrúa G y Calderón W. Cesárea en el Hospital de Apoyo III IPSS, La Oroya, Junín. X Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología, Lima-Perú 1990, Temas Libres.
13. Pritchard J, MacDonal P and Gant N. eds Williams Obstetrics. 17th ed. Norwalk, Appelton-Century-Crofts 1985.
14. Tang L y Tang L. Parto en la segundigesta cesareada anterior. Ginecología y Obstetricia. Lima-Perú 1992; 38(12):33-40.
15. Vereau M, García S, Polo C y Salinas S. Parto vaginal en cesareada anterior. X Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología, Lima-Perú. Temas Libres.
16. Thacker S and Barkelman R. Assessing the diagnostic accuracy and efficacy of selected antepartum fetal surveillance techniques. Obstet Gynecol Surv 1986, 4:121.
17. Zanini B, Paul R and Huey J. Intrapartum fetal heart rate: correlation with scalp pH in the preterm fetus. Am J Obstet Gynecol 1980; 136:43.
18. Perkins R. Fetal dystocia. Clin Obstet Gynecol 1987; 1:53-62.
19. Cruikshank D and Pitkin R. Delivery of the premature breech. Obstet Gynecol 1977; 50:367.
20. Tatum R, Orr J, Soon S and Huddleston J. Vaginal breech delivery of selected infants weighing more than 2000 grams. Am J Obstet Gynecol 1985; 152:145.
21. Lyons E and Papsin F. Cesarean section in the management breech presentation. Am J Obstet Gynecol 1978; 130:558.
22. Mann L and Gallant J. Modern management of the breech delivery. Am J Obstet Gynecol 1979; 134:611.
23. Goldenberg R and Nelson K. The premature breech. Am J Obstet Gynecol 1977; 127:240.
24. Wigglesworth J and Husemeyer R. Intracranial birth trauma in vaginal breech delivery: the continued importance of injury to occipital bone. Br J Obstet Gynaecol 1977; 84:684.
25. Huamán M, Palomino C y Gómez M. Profilaxis antibiótica en cesáreas. Ginecología y Obstetricia, Lima-Perú 1989; 35(8): 22-26.
26. Arauzo G. Infección post-cesárea: técnica quirúrgica o antibióticos. X Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología, Lima-Perú 1990. Temas Libres.
27. Cervantes R, Watanabe T y Denegri J. Muerte materna y muerte perinatal en los hospitales del Perú. Ministerio de Salud -Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología- OPS/OMS, Lima-Perú 1988.