



Ginecología y Obstetricia

© Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

Ginecol. obstet. 1993; 39 (15): 50-56

CESAREA EN EL PERU: PRESENTE Y FUTURO

*[Luis TAVARA OROZCO \(D.M.\)](#).

Introducción

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 escrito que esta operación se remonta a muchos siglos atrás. En Roma antigua era una obligación 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, puesto que su madre vivió muchos años después de que él naciera.

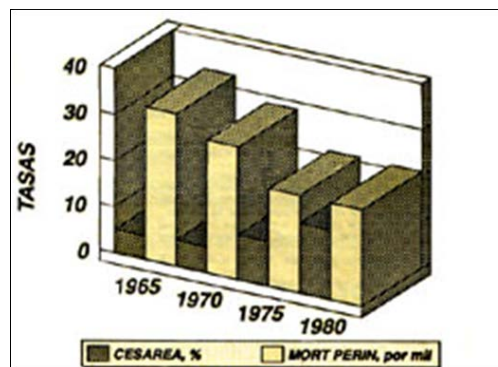
La primera cesárea en el Perú fue realizada en la Maternidad de Lima por el Dr. Camilo Segura el año 1861, en una paciente fallecida durante el parto.

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.

En 1926 el Dr. Ricardo Palma realizó la primera cesárea en Chiclayo. Entre los años 1927 y 1936 el Dr. Manuel Jesús Castañeda efectuó la primera cesárea en Arequipa y en 1931 el Dr. Callo Zeballos hizo lo mismo en el Cuzco.

La primera cesárea segmentaria en el Perú fue practicada en el Hospital Maternidad de Lima por el Dr. Víctor Bazul Fonseca en 1937. Ese mismo año es practicada en el Hospital de Bellavista Callao por el Dr. Froilán Villamón.

En 1939 ocurrió un hecho importante, cuando en la Maternidad de Lima se efectuó cesárea a Lima Medina, una niña de 5 y medio años de edad, obteniéndose un recién nacido vivo de 2700 gramos.



Tasa cesárea y tasa mortalidad perinatal

La operación cesárea incorporada a la práctica obstétrica con el fin de solucionar aquellos problemas que pudieran significar muerte para la madre y/o el niño, se ha ido incrementando en las últimas décadas particularmente a expensas de la cesárea iterativa. Su frecuencia se ha incrementado 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.



Cuadro 1.
Frecuencia de cesáreas en el Hospital del Perú

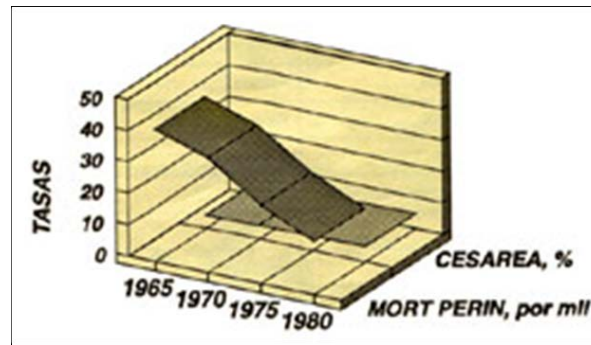
Hospital	Autor	Año	Tasa, %
San Bartolomé	Ludmir A.	1962	3.80
San Bartolomé	Ludmir A.	1971	7.93
San Bartolomé	Franco A.	1992	18.00
Maternidad de Lima	Arcos J.	1984	12.90
Maternidad de Lima	Acosta M.	1992	17.00
Cayetano Heredia (Lima)	Urrutia O.	1971-80	11.32
Cayetano Heredia (Lima)	Maradiegue E.	1992	17.60
Arzobispo Loayza		1979-83	12.74
Arzobispo Loayza	Casiano S.	1992	20.00
Edgardo Rebagliati	Huamán M.	1985-86	17.64
Edgardo Rebagliati	Huamán M.	1990	20.00
Guillermo Almenara	Casro A.	1981	8.50
Guillermo Almenara		1983-84	14.01
Guillermo Almenara	Donayre A.	1992	30.01
Rosalía Lavalle	Matzumura J.	1989	15.94
Cayetano Heredia (Piura)	Purizaca M.	1975-84	10.10
Cayetano Heredia (Piura)	Mendoza R.	1992	30.00
IPSS Área 1 (Arequipa)		1966-80	14.00
Honorio Delgado (Arequipa)	Huarcaya	1982-86	12.55
Goyeneche (Arequipa)		1982-86	7.70
IPSS Área 2 (Arequipa)	Llerene S.	1985-86	26.20
IPSS Chiclayo	Falla G.	1983-84	17.90
IPSS Ferreñafe	Cueva R.	1985-88	5.90
IPSS La Oroya	Martina M.	1985-89	28.84
María Auxiliadora	Távora L.	1988	18.80
María Auxiliadora	Távora L.	1989	20.20
María Auxiliadora	Távora L.	1990	16.20
María Auxiliadora	Távora L.	1991	14.70

CESAREA Y MORTALIDAD PERINATAL

La cesárea apareció como un procedimiento para preservar la vida de la madre y del niño. Se afirma siempre que la mortalidad perinatal había mejorado con la práctica de la intervención; sin embargo pasaremos a examinar lo siguiente:

De 1965 a 1980 la frecuencia de cesárea se incrementa desde menos de 5% a más de 15% en los Estados Unidos. Recíprocamente la tasa de mortalidad perinatal descendió en los E.U desde 33% nv en 1965 a 21% nv en 1975.

* Sin embargo en Dublin (Irlanda) la tasa de cesáreas ha permanecido más o menos igual, 4.2% en 1965 y 4.5% en 1980, pero la mortalidad perinatal descendió desde 42.1 por mil en 1980. Esto se puede apreciar en las primeras figuras.



Tasa cesárea y tasa mortalidad perinatal

* La investigación epidemiológica de Belitsky (1989) muestra que la mayor tasa de cesárea en diferentes países de América Latina no guarda relación con la menor tasa de muertes perinatales institucionales.

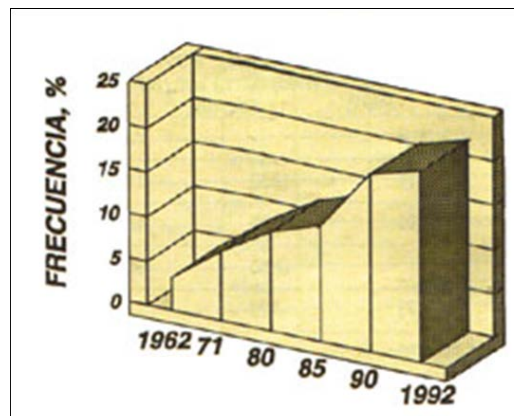
* En el hospital María Auxiliadora, en el año 1989, con una frecuencia de cesáreas de 20.2% registramos una tasa de mortalidad perinatal de 32.8% nv; en 1990 con una tasa de cesárea de 16.2% tuvimos un tasa de mortalidad perinatal de 29% nv; en 1991 con una tasa de cesárea de 14.7% registramos una tasa de mortalidad perinatal de 28.5% nv y en 1992 con una frecuencia de cesárea de 16.1% tuvimos una mortalidad perinatal de 32.5% nv. Claramente se advierte que no existe relación entre ambas tasas.

CESAREA Y MORTALIDAD MATERNA

De la misma investigación epidemiológica sobre la cesárea en países de América Latina hecha por Belitzky obtenemos una falta de relación entre las tasas de mortalidad materna y frecuencia de cesáreas. De los datos obtenidos por nosotros en la elaboración de esta monografía hemos podido comprobar que no se puede exhibir una relación directa entre la mayor frecuencia de cesárea y una menor tasa de mortalidad materna en los hospitales del Perú.

FRECUENCIA DE LAS CESAREAS EN EL HOSPITALES DEL PERU

De acuerdo a la consulta bibliográfica puede advertirse que es distinta la frecuencia de cesárea efectuada en los diferentes establecimientos de salud del Perú. Lo que si está claro es que conforme han pasado los años, la frecuencia de la separación ha ido en aumento. La mayor o menor frecuencia de cesárea en los hospitales podemos atribuirlos al tipo de población que se asiste, a la prevalencia de patología, a los procedimientos propios de cada establecimiento de salud y a la calidad de sus profesionales. En el cuadro 1 resumimos estos datos. Si hacemos una proyección hacia los próximos años en los distintos hospitales del Perú resulta preocupante lo que puede suceder con la frecuencia de la operación, hecho muy parecido al que se viene dando en otros países (ver fig.).



Frecuencia de cesáreas Perú (1962-1992)



INDICACIONES DE LA CESAREA EN EL PERU

Está claro que conforme van pasando los años, la frecuencia de la cesárea iterativa viene siendo mayor, tal vez por haberse atendido a la sentencia de Craigin, quien en 1916 propuso "una vez cesárea, siempre cesárea".

En el cuadro 2 hemos tratado de resumir la frecuencia con la que ocurre la cesárea según indicación en algunos hospitales del Perú.

Cuadro 2. Principales Indicaciones de la cesárea						
Indicaciones	Frecuencia en los Hospitales (%)					
	San Bartolomé (1971)	María Auxiliadora (1988)	IPSS (Chiclayo) (1983-84)	Ros. Lavalle (1988-89)	IPSS Ferreñafe (1985)	IPSS La Oroya (1985)
Cesárea ant.	35.84	17.50	28.30	37.95	34.00	19.00
DCP	14.37	15.50	9.70			10.00
Suf. fetal	7.85	21.90	11.20	16.32		22.00
Mala Present.	14.85	12.80	10.50	19.83		
Dist. contr.	5.91					
H.T.T.T	4.70	12.50				9.00
Toxemia		8.50	10.00			10.00
R.P.M.		3.00	10.70			9.00

Observemos que en la medida que los hospitales tienen más años de funcionamiento, la cesárea iterativa es más frecuente.

En todo caso, las principales indicaciones se concentran en la cesárea anterior, la desproporción céfalo-pélvica, el sufrimiento fetal y las malas presentaciones (podálica y otras).

MORBILIDAD Y MORTALIDAD PERINATAL ASOCIADAS A LA CESAREA

Resulta obvio entender que la operación cesárea está vinculada a un mayor número de complicaciones, por cuanto muchas veces se práctica para resolver problemas inherentes al niño.

Sin embargo llama la atención en un reciente reporte del Hospital Elgardo Rebagliatti que las complicaciones neonatales serían más frecuentes en aquellos casos resueltos a través de cesáreas electiva (no de urgencia) que en los niños nacidos de parto vaginal.

En el cuadro 3 resumimos a las complicaciones perinatales encontradas en algunos hospitales del Perú.



Cuadro 3. Complicaciones perinatales asociadas a cesárea						
Complicaciones	Frecuencia en los Hospitales (%)					
	San Bartolomé (1971)	María Auxiliadora (1988)	IPSS (Chiclayo) (1984)	H. GAI (1981)	Ros. Lavalle (1989)	IPSS La Oroya (1989)
Prematuridad	7.76		13.90	5.30	18.46	14.87
Bajo peso al nacer	7.76	12.50	11.30	5.50		
Hipoxia al nac.	25.00	23.00	16.00	14.50		
Pat. neonatal		28.00	58.00	28.30		
Natimortos	2.75	4.20		1.78		
Muer. neonatal	6.65	0.90	1.60	1.48		
Mort. perinatal	9.30	5.10		3.26		

MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA ASOCIADAS A CESAREA

Como en el ítem anterior, es evidente que la operación cesárea está vinculada con un mayor número de complicaciones postoperatorias y muerte materna, conforme se expresa en el cuadro 4.

Cuadro 4. Complicaciones maternas asociadas acesáreas				
Complicaciones	Frecuencia en los Hospitales (%)			
	San Bartolomé (1971)	María Auxiliadora (1988)	Rosalía Lavalle (1989)	Tingo María (1979)
Total	30.00	22.00		21.35
Endometritis	17.21	7.30		
Inf. her. oper.	10.21	7.40		
Inf. urinaria	1.35	2.70		
Pelviperiton	1.12	0.30		
Reoperación	1.17			
Tromboflebitis		0.30		
Neumonía		0.30		
Fieb. et. no. det		0.30		
Muerte	0.45	0.30	0.26	

Es interesante señalar que cuando se realiza un procedimiento quirúrgico adicional a la cesárea, la tasa de complicaciones maternas fue claramente más alta.

PROPUESTAS PARA REDUCIR LAS TASAS DE CESAREAS



Los expertos afirman que la frecuencia aceptable de cesáreas en la población general de gestantes está alrededor del 10% de los nacimientos y si nos referimos a gestantes de riesgo, la frecuencia estaría alrededor del 17%.

Sin embargo cada establecimiento y cada país debe de situarse en su propia realidad.

Creemos también que es posible ajustar el número de cesáreas a lo realmente necesario, por lo cual proponemos lo siguiente:

- * Auditoría de las cesáreas primarias
- * Intentar parto vaginal en la cesareada anterior, siempre y cuando no haya indicación obstétrica para repetir la cesárea.
- * Definir operacional mente las cesáreas electivas, sobre todo en embarazos de pretérmino.
- * Revisar cuidadosamente la indicación de parto vaginal en la presentación podálica,
- * Dejar de lado las "indicaciones sociales" de la cesárea o la necesidad de hacer bloqueo tubario transcesárea.
- * Solicitar segunda opinión antes de efectuar la cesárea
- * Aplicar el partograma con curvas de alerta en el control del parto.
- * Revisar periódicamente la frecuencia y la indicación de cesárea.
- * Reducir honorarios profesionales para la cesárea.



Bibliografía

- 1 Alcántara AR, Alcántara GR y Mejía E. Cesárea-histerectomía en el hospital de especialidades médicas Belén de Trujillo. Acta Médica Peruana 1986. 13(1-2): 63-65.
- 2 Arana A. y Díaz J. Tratamiento del carcinoma In situ del cuello uterino durante la gestación con cesárea-histerectomía. Acta Médica Peruana Marzo 1987. 14(1) 46-48.
- 3 Arauzo G. Infección post-cesárea: técnica quirúrgica o antibióticos. X Congreso Peruana de Obstetricia y Ginecología, Lima-Perú set. 1990. Temas Libres.
- 4 Bejarano J. La operación cesárea en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora. T. Bach Universidad Nacional San Agustín. Arequipa, Perú. 1988.
- 5 Belitsky R. El nacimiento por cesárea hoy. Salud Perinatal. Boletín del CLAP Montevideo Uruguay 1989. 3(9):101-114.
- 6 Cabrera S, Bautista F, León Salazar T y Malca A. Cesárea en adolescentes. X Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología, Lima-Perú. Set. 1990. Temas Libres.
- 7 Castro A, Pereda H, Nevado A, Un Jan R, Vega S, Mathews M y Rivero R. Operación cesárea 1981: morbimortalidad neonatal. Revista Peruana de Pediatría. Junio 1982, 42(1-2): 123-127.
8. Cueva R. y Delgado H. La operación cesárea. X Congreso Peruana de Obstetricia y Ginecología, Lima-PerSet 1990. Temas Libres.
- 9 Falla G, Chocce J, Concepción L y Zavaleta F. Morbimortalidad en la, cesárea. Acta Médica Peruana, Dic. 1986. 13(3): 50-53.
10. Franco A, Cells A, Cuadros S, Oblitas H y Moreno D. Cesárea-histerectomía. Acta Médica Peruana, Dic. 1986. 13 (4):24-26.
11. García S, Pinillos A, Meza L y Rodríguez R. Factores de riesgo en infección postcesárea. X Congreso Peruana de Obstétrica y Ginecología, Lima-Perú Set. 1990. Temas Libres.
12. Huamán M, Palomino C y Gómez M. Profilaxis antibiótica en cesáreas. Ginecología y Obstétrica. Lima-Perú 1989. 35 (8):22-26.
13. Ludmir A, Franco Ay Kanashiro A. Cesáreas. Experiencias obstétrico-ginecológicas en el Hospital Materno Infantil San Bartolomé. Tomo 1. Pág. 101-114. UNMSM. Lima-Perú 1971.
14. Martina M, Ferrúa G y Calderón W. Cesárea en el Hospital de Apoyo III, IPSS, la Oroya, Junin. X Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología. Lima-Perú Set. 1990. Temas Libres.
15. 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 Set. 1990. Temas Libres.
16. O'Driscoll K and Foley M. Correlation of decrease in pefinad mortlity and in cesarean section rates. Obstet Gynecol. Jan 1983, 61:15.
17. Tang L y Tang L. Parto en la segundigesta cesárea anterior. Ginecología y Obstetricia, Lima-Perú 1992. 38(12): 33-40.
18. Vereau M, García S, Polo C y Salinas S. Parto vaginal en cesárea anterior. X Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología 161 a., Lima-Perú Set. 1990. Temas Libres.
19. Yanque R. Apuntes históricos de la cesárea en el Perú. Ginecología y obstétrica, Lima-Perú 1992. 38(12): 83-85.