



## Ginecología y Obstetricia

© Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

Ginecol. obstet. 1993; 39 (17): 73-77

### INCIDENCIA E INDICACIÓN DE LA CESÁREA EN EL HOSPITAL DE TINGO MARÍA

Godofredo [ARAUZO CHUCO](#)

#### RESUMEN

La operación cesárea está incrementándose, especialmente en EE. UU. y se mantiene estable y más reducida en Europa, con los mismos resultados perinatales. Se realiza un estudio retrospectivo de la cesárea en el Hospital de Tingo María del 1° de Enero de 1979 al 31 de Diciembre de 1992. En los 13 años se atendió 21 252 partos y 1 520 cesáreas. Las cuatro principales indicaciones fueron: distocia 34,73%, cesárea iterativa 19,21%, sufrimiento fetal 11,44% y podálico 9,27%. La incidencia de cesárea 7,15% es similar a las del Japón, Bélgica, Austria y Suecia, dentro de los límites recomendados por el Centro Latino Americano de Perinatología y las principales indicaciones tienen la misma secuencia que las reportadas, variando solamente en los porcentajes.

Palabra clave: Cesárea

#### SUMMARY

Cesarean section increases mainly in USA and keeps low for years in Europe with the same perinatal result. Retrospective study in cesarean section is accomplished in Tingo Maria Hospital from January 1.°, 1979 to December 31, 1992 There were 21 252 deliveries and 1 520 cesarean sections: The four mains indications were: dystocia 34,73%, repeat section 19,21%, fetal distress 11,44% and breech presentative 9,27%. The incidence 7,15% is the same as in Japan, Belgium, Austria and Sweden and is within limits recommended by the Latin American Perinatology Center. Main indications are similar, but different in proportion.

Keyword: Cesarean Section



## INTRODUCCIÓN

La operación cesárea expone a mayor peligro de morbilidad materno fetal que el parto vaginal no complicado, más los riesgos de la anestesia (1). En gestantes de alto riesgo además del estado de alarma fisiológico por la cesárea hay aumento de morbilidad de la madre y del niño en el periodo de recuperación, por complicaciones infecciosas, hemorrágicas y pulmonares (2). La paciente sometida a cesárea de urgencia corre el riesgo adicional de la complicación que motivó la intervención, la anestesia de urgencia y la reducida preparación preoperatoria (1).

	N. Partos	N.º Cesáreas	Incidencia
1979 1992	21 252	1520	7,15%

Con técnica correcta, la cesárea significa menor peligro materno fetal que el parto vaginal. Sin embargo en comparación con el parto vaginal eutócico, la cesárea se acompaña de incidencia elevada de morbilidad del binomio madreniño. Se ha comprobado que la cesárea repetida es causa importante de nacimiento pretérmino iatrogénico y sus complicaciones (3456). Además, genera mayor grado de asfixia perinatal, comparado con el nacido por vía vaginal, comprobados por la puntuación de Apgar, exámenes anormales y aumento de morbilidad, perinatal y materna (1-11-14-15). Tolmos en 1975 ha demostrado que la tercera parte de los niños nacidos por cesárea electiva presentaron a los 6 y 12 años una o más alteraciones electroencefalográficas y psicológicas anormales y en dos años, todas las pruebas son patológicas (16). Además, han demostrado incremento del síndrome de insuficiencia respiratoria después de la cesárea y la suma de la preanestesia, anestesia, síndrome ortocava, condiciones de la madre y del feto antes de la cesárea alteran el comportamiento y estado neurológico del recién nacido durante los primeros días de la intervención (17).

Se realiza la presente investigación para determinar la incidencia e indicaciones de la cesárea en el Hospital de Tingo María, situado en la ciudad del mismo nombre, ceja de selva, a 667 metros sobre el nivel del mar y a 520 kilómetros de Lima Perú.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se hace un estudio descriptivo retrospectivo de la incidencia e indicaciones de las cesáreas efectuadas en el Hospital de Tingo María dependiente del Ministerio de Salud; cuenta con 130 camas. Acuden pacientes de alto riesgo de los departamentos, provincias y centros periféricos. Se atienden 2 000 partos al año, cuenta con personal calificado las 24 horas del día. No cuenta con equipos de monitoreo, determinación del pH del feto, ni detector de latidos fetales. Desde 1972 se da la oportunidad del parto vaginal con una cesárea anterior, 99% de la incisión de pared abdominal es mediana infraumbilical, incisión uterina 94%, transversal del segmento inferior y anestesia epidural 99% (19); no utilizamos sonda vesical antes ni después de la operación y durante la cesárea mantenemos sistemáticamente a la paciente en decúbito semilateral.

INDICACIONES	N.º	%
1. Distocia	52	34,73
2. Iterativa	292	19,21
3. Sufrimiento fetal	174	11,44
4. Podálico	141	9,27
5. Placenta previa	109	7,17
6. Procidencia de mano	108	7,10
7. Presentación de hombro	82	5,39
8. Enf. Hipertensiva del Emb.	44	1,57
9. D.P. P.	24	1,57
10. Rup. Prem. Membranas	1	1,05
11. Hernia	2	0,15



## RESULTADOS

En los 13 años 1° de Enero de 1979 al 31 de Diciembre de 1992 en el Hospital de Tingo María se atendió 21 252 partos y 1520 partos abdominales, dando una, incidencia de cesáreas de 7,15% (TABLA 1).

Si bien existe una o más indicaciones para la cesárea, se consigna en el presente estudio solamente la principal.

Se halló como primera indicación a la distocia 34,73%, seguidos de cesárea iterativa 19,21%, sufrimiento fetal 11,44% y podálica 9,27%, sumando estas cuatro primeras indicaciones el 74,67% (TABLA 2).

## COMENTARIOS Y DISCUSIÓN

La incidencia de la cesárea está en aumento y su popularidad ha llegado a proporciones epidémicas. En 1916 era menos del 1%. En EE. UU. en 1965 era de 4,5%; 5,5% en 1970; 6,6% en 1980, 22,7% en 1985 y 60% en Sao Paulo Brasil. Actualmente en EEUU la incidencia promedio nacional llega al 25%. Ha estado, creciendo a un ritmo sostenido del 1% anual. El parto se intenta transformar de acto fisiológico en acto quirúrgico. Si sigue creciendo al ritmo actual, en el año 2 000, el 40% de los nacimientos serán por vía abdominal. El Instituto de Salud de EE. UU. ha recomendado reducir el ascenso sostenido de la cesárea antes que los jueces lo obliguen por dispositivos legales. El aumento de la cesárea debe revertirse sin consecuencias adversas para la madre y el feto.

Investigadores de EE. UU. sostienen que el aumento de la incidencia de cesáreas ha contribuido al descenso de la morbimortalidad fetal. La morbimortalidad fetal ha disminuido más que todo en la mayoría de los infantes de muy bajo peso, menos de 1 500 gramos al nacer, sobreviven gracias al desarrollo de cuidados intensivos del neonato, desarrollo de la medicina materno-fetal y neonatal y a los progresos de la tecnología del cuidado materno fetal y neonatal. Hace una década, los nacidos de 800 a 1 000 gramos ó 30 semanas de gestación fallecían. Actualmente, los nacidos de 500 a 750 gramos sobreviven del 30% al 40% y los que pesan entre 1 000 gramos a 1 500 gramos.

El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) publica que en los países desarrollados de Occidente la parálisis cerebral en infantes nacidos a término 12/1 000 no se ha reducido en los últimos 20 años a pesar de utilizarse nueva tecnología neonatal y obstétrica. Los investigadores de Dublin consideran que las mujeres de EE. UU. se están exponiendo a los riesgos de la cesárea sin reales beneficios de sus hijos. En Dublin, con 6% de incidencia de cesáreas, obtienen la misma incidencia de morbimortalidad fetal que en EE. UU. con 25%. Atribuyen que la incidencia reducida de cesárea en Dublin se debe, en parte, a la participación activa del médico en el trabajo de parto, especialmente en las nulíparas.

En la presente investigación, hallamos incidencia de cesárea de 7,15%. Japón reporta 8%, Bélgica 7%, Austria 7% y Suecia 7,8%.

La distocia, cesárea iterativa, sufrimiento fetal y podálico son las cuatro primeras principales indicaciones en la mayoría de las investigaciones publicadas.

En la presente investigación, se halló a estas indicaciones en el mismo orden, ocupando la distocia el primer lugar 34,73%. Reportan que la distocia es responsable del tercio de la cesárea. La causa más común de distocia es la deficiente contracción uterina traducida por dilatación cervical lenta, corregido por diagnóstico temprano y oxitocina. La distocia como indicación es motivo de revisión, para reducir la incidencia de la cesárea sin mayor riesgo materno-fetal.

Para diagnosticar distocia, en período temprano en el Hospital de Tingo María, se ha puesto en vigencia el partograma confeccionado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) Ginebra, que cuando en trabajo de parto activo con contracciones adecuadas, la primípara no dilata 1,5 cm promedio y múltipara 1 cm por hora, en ausencia de sufrimiento fetal, se recurre a la ruptura de membranas, descanso, sedación, ambulación, cambio de decúbito a lateral o goteo de oxitocina. Y cuando hay sufrimiento fetal o las recomendaciones nombradas fracasan, se indica la cesárea.

La propuesta de Cragin en 1916 «UNA CESAREA SIEMPRE CESAREA» dió origen a una nueva indicación. En 1975 Aaro reportó que el 52% de los partos abdominales eran por cesárea repetida, 38,85% en 1963. En Tingo María, la cesárea repetida como indicación de la cesárea en 1992 era de 29,09%, 6% y 17%, respectivamente y en el



presente trabajo, hallamos solamente 19,21%, debido a la política de propiciar el parto vaginal con cesárea anterior desde 1972.

El monitoreo electrónico ha contribuido a que se detecte el sufrimiento fetal en sus períodos iniciales; si ha generado aumento es difícil de evaluar. El diagnóstico de sufrimiento fetal por el monitoreo electrónico debe ser evidente, persistente y no desaparecer con tratamiento o ser confirmado con el pH fetal. Muchos fetos con sufrimiento fetal mejoran con decúbito lateral, oxígeno, corrección de la hipertensión, hipotensión, interrupción de la oxitocina, empleo de inhibidores de la contracción uterina, etc.

Se estima que más del 50% de las parturientas son monitorizadas en EE. UU. citado por Nielsen. Similar incremento se ha producido en Europa. Ingemarson 81, Hakerkamp 79, citados por Nielsen 84, afirman que se ha incrementado la incidencia de cesárea por sufrimiento fetal desde que empezó a usar el monitoreo fetal, pero solamente del 20% al 40% de los fetos con monitoreo ayuda a diagnosticar sufrimiento fetal, sin presentar acidosis. Mann y Col. redujo la frecuencia de cesáreas por sufrimiento fetal de 24,40% a 11,7%, utilizando simultáneamente monitoreo y pH fetal. Westgreen, usando simultáneamente monitoreo y pH fetal, halló solamente 0,7% de sufrimiento fetal. En Tingo María, en 1981, el sufrimiento fetal como indicación de la cesárea era de 15,83% y, en 1993, 111,44% diagnosticado únicamente por la clínica.

la presentación podálica se está atendiendo en algunos centros mayoritariamente por vía abdominal. En 1970, el 15% de los podálicos nacían por cesárea y en 1985 el 79%. Con tan alta incidencia de cesárea por podálico no se ha demostrado reales beneficios en la morbilidad perinatal. En Tingo María, en 1992, tuvimos 3,13% y 2,74%, respectivamente, y en la presente investigación 9,27% debido a que propiciamos el parto vaginal previa evaluación con el índice de Zatuchni Andrés y Ohlsen.

Opiniones de expertos expresan que los beneficios de la cesárea se aprecia hasta en 10% de los nacimientos de la población en general y hasta 17% de gestantes de alto riesgo. No se justifica frecuencias por encima de ellos por razones médicas. Se puede mejorar los resultados perinatales con seguridad si se evita las cesáreas innecesarias. Por los riesgos materno-fetales asociados al procedimiento y en interés de los resultados, se debe practicar la cesárea con sentido conservador, tan aislada como sea posible y con la frecuencia y rapidez, que se requiere. La operación cesárea continúa siendo la vía más peligrosa del parto tanto para la madre y para el feto.

## CONCLUSIONES

A pesar de los adelantos, la paciente sometida a cesárea desde que le aplican la anestesia hasta el alta está en peligro de morbilidad incluido el producto. La cesárea inicialmente se hacía para extraer el feto de una fallecida, para no ser enterrado dentro del vientre materno; luego, para salvar la vida de la madre, posteriormente para salvar también la vida del feto y, últimamente, para obtener un producto vivo y en las mejores condiciones físicas y psíquicas. La incidencia de cesáreas, especialmente en EE. UU. ha llegado a niveles epidémicos. Se intenta transformar un acto fisiológico en acto quirúrgico sin reales beneficios para el feto. La cesárea nació como una solución; actualmente por su elevada incidencia ha devenido en problema. La incidencia de cesáreas debe revertirse antes que el Ministerio Público nos obligue. La escuela de Dublin reporta 6% de incidencia y EE. UU. 25% con la misma incidencia de morbilidad fetal. En Tingo María se obtuvo 7,15% de incidencia y las indicaciones principales son similares a los reportados en la misma secuencia, variando solamente en los porcentajes: distocia 34,73%, cesárea iterativa 19,21%, sufrimiento fetal 11,44% y podálico 9,27%.



## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Akamatzu TL.: Anesthesia in cesarean section. Clin. Obstet. Gynecol. 2: 647, 1975.
2. Bonica JJ.: Basic consideration in obstetrics analgesia and anesthesia Clin. Obstet. Gynecol. 2 (3): 497, 1975.
3. Mac Donald D.: Previous obstetrical or gynecology surgery Clin. Obstet Gynecol. 9: 147, 1982.
4. Shy KK, Legerfo JP. and Karp LE.: Evaluation of elective cesarean section as a standart of care: An application of decision analysis Am. J. Obstet. Gynecol. 139: 123, 1981.
5. Sulyoc E. and Csaba IF.: Elective repeat cesarean section delivery and persistent pulmonery hypertension of the newborn. Am. J. Obstet Gynecol. 155: 687, 1986.
6. Heritage CK and Cunnigham MD.: Association of elective repeat delivery and persistent pulmonary hypertension of the newborn. Am. J. Obstet. Gynecol. 152: 627, 1985.
7. Bottoms SM., Rosen MG. and Sokol RJ.: The increase in cesarean section rates. N. Eng. Med. 302: 559, 1980.
8. Toimos RL.: Detección de secuelas psicológicas y electroencefalográficas en niños de edad escolar y preescolar nacidos por cesárea electiva: 60 casos en el Hospital General del Empleado. Rev. Méd. Ica 1: 20, 1975.
9. Arauzo G.: Partos con cesárea previa. VIII Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología Marzo 1985 (libro do resúmenes).
10. Marx GF. and Bassel GM.: Hazard of the supine position in pregnancy. Clin. Obstet. Gynecol. 19 (2): 255, 1982.
11. Hodkinson R. and Marx GF.: Effects of analgesia and noenate in the fetus and neonate. In: bstetrics Anesthesia and Perinatology (chapter 11). EV. Cosmi ed., 1981.
12. Myer SA. and Gleicher N.: Breech delivery: Why the dilemma?. Am. J. Obstetric and Gynecology 155 (1): 610, 1987.
13. Gerbie AB. and Halpern MR.: Cesarean section: general consideration In: Scciarra's Gynecology and Obstetrics. Vol. 2 (chapter 83), 1984.
14. Goyert GL., Bottoms SF., Treawell MC. and Nehra PC.: The physician factor in cesarean birth rates, New. Eng. J. Med. 320: 706709, 1980.
15. Taffel SM. and Placek PJ.: Trends in the United States cesarean section rate and reasons for the 1980-1985 rise. Am. J. Public Health 77: 955, 1987.
16. Placek PJ., Taffel SM. and Liss TL.: The cesarean future. American Demographics 9 (9): 47, 1987.
17. Taffel SM. and Placek PJ.: One fifth of the USA birth by cesarean section. Am. J. Public Health Report 75 (2): 190, 1985.
18. Notzon FC., Placek PJ. and Taffel SM.: Comparison of National Cesarean section rates. N. Eng. J. Med. 36 (7): 386, 1987.
19. Martel M., Wacholder S., Lipman A., Brohan J. and Hamilton G.: Maternal age primary cesarean section rates: a multivariate analysis. Am. J. Obstet. Gynecol. 156: 305, 1987.
20. Pridjian G.: Labor after prior cesarean section. Clin. Obstet. Gynecol. 35 (3): 445, 1992.
21. Westgreen M, and Paul RH.: Delivery of the low birth weight infant by cesarean section. Clin, Obstet. Gynec. 28 (4): 752, 1985.
22. Quilligan EJ.: Cesarean section. Foreword. Clin. Obstet. Gynecol. 28 (4): 689, 1985.
23. Akuory Fk., Brodie G., Cadick M., Mc Laughun VD. and Pugh PA.: Active management on labor and operative delivery in nulliparous women. Am. J. Obstet. Gynecol. 158: 255, 1988.
24. O'Driscoll K., Mac Donald D. and Stronge J.: Cesarean section and perinatal outcome from house of home. Am. J. Obstet Gynecol. 158: 449, 1988.



25. Belitzky R: El nacimiento por cesárea hoy. Salud Perinatal. Bol. del Centro Latino Americano de Perinatología. (CLAP) 3 (9), 1989.

26. Arauzo G.: Mis Primeras 120 Cesáreas en el Hospital de Tingo María. Trajo de incorporación a la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. 1981.

27. Flannagan TA., Mulchahey KM., Korenbrot CC. Green JR. and Laros RK.: Management of the term breach, Obstet. Gynecol. 156: 1492, 1987.