



Ginecología y Obstetricia

© Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

Ginecol. obstet. 2004; 50 (2) : 106-110

CESÁREA. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL GENERAL DE OXAPAMPA

[José Fernando Echáis¹](#)

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar especificar las principales indicaciones y complicaciones de los partos por cesárea. **MATERIAL Y METODOS:** Estudio observacional descriptivo y retrospectivo. Se reviso las historias clínicas e historias perinatales de 109 pacientes sometidas a parto por cesárea en el Hospital General De Oxapampa, entre enero de 2001 y diciembre del 2002. Se realizo análisis univariado para variables maternas y neonatales utilizando tablas de frecuencia y porcentaje. **RESULTADOS:** La tasa de cesáreas para el periodo de estudio fue de 25,7%. La mayoría de las pacientes tenían entre 20 y 35 años (56.9%), educación primaria (35,8%), estado civil conviviente (54,1%) gestación a termino (77,6%). Las principales indicaciones para cesárea fueron: desproporción cefalopélvica (21,1%), sufrimiento fetal (20,2%), cesárea previa (11,9%) y presentación podálica (9,2%). Siete pacientes (6,3%) presentaron morbilidad puerperal, siendo la endometritis la infección de herida operatoria las principales causas(28,6%). No hubo muertes maternas. La tasa de mortalidad perinatal fue 8,7 por 1000 nacidos vivos. **CONCLUSIONES :** La tasa de cesáreas para el periodo de estudio fue 25,7%, siendo principales indicaciones desproporción cefalopelvica, sufrimiento fetal, cesárea previa y presentación podálica; las principales complicaciones fueron endometritis e infección de herida operatoria e infección de herida operatoria.

Palabras clave: Cesárea, indicaciones, complicaciones, mortalidad materna, mortalidad perinatal.

ABSTRACT

OBJECTIVE.- To determine the main indications and complications of cesarean deliveries. **MATERIAL AND METHODS.-** Retrospective study that reviewed the clinical and perinatal histories of 109 patients who underwent cesarean section at Oxapampas General Hospital from January 2001 to December 2002. Maternal and neonatal variables were analyzed using



percentage and frequency tables. RESULTS: The cesarean delivery rate was 25,7%, The majority of the patients were between 20 and 35 years-old (56,9%), had primary education (35,8%), were not married (54,%) and had a term pregnancy (77,6%). The most frequent indications for cesarean delivery were cephalopelvic disproportion (21,1%), fetal distress (20,2%), previous cesarean section (11,9%), and breech presentation (9,296). Seven patients (6,3%) presented puerperal morbidity and endometritis and surgical wound infection were the most frequent complications (28,6%). There were no maternal deaths. The perinatal mortality rate was 8,7 deaths per 1000 births. CONCLUSIONS.- The cesarean delivery rate was 25,7%. The most frequent indications for cesarean delivery were cephalopelvic disproportion, fetal distress, previous cesarean section and breech presentation. The main complications were puerperal endometritis and surgical wound infection.

Key words: Cesarean delivery, indications, complications, maternal mortality, perinatal mortality.

INTRODUCCIÓN

La cesárea es un procedimiento quirúrgico obstétrico mediante el cual se extrae el producto de la concepción realizando una incisión a través de la pared abdominal y el útero. En los últimos 30 años, la tasa de partos por cesárea se ha incrementado significativamente en casi todos los países occidentales. Sólo en los Estados Unidos de Norteamérica, la tasa de partos por cesárea fue 5,5% en el año 1970 y 22,8% en 1993. 5 Los factores influyentes de este aumento incluyen una menor tolerancia a tomar riesgos, temor a los juicios por mal praxis, adelanto tecnológico que permite diagnósticos precoces de sufrimiento fetal, la cesárea en la presentación pelviana para mayor seguridad y el aumento de cesáreas electivas por incremento de cesáreas primarias. En Latinoamérica, las tasas de cesárea alcanzan valores que superan el 15% (valor límite superior sugerido por la Organización Mundial de la Salud en 1985). Entre los años 1995 y 1997, Brasil, República Dominicana, Ecuador, Chile y Argentina encabezaban la lista con los más altos índices (por encima de 25 %). Actualmente, se conoce que en Lima las tasas de cesárea alcanzan, en algunos centros, cifras como 32,3% y 37,6%

Existen diversas indicaciones para la realización de una cesárea, entre las cuales se encuentran desproporción cefalopélvica (DCP), sufrimiento fetal (SFA), malas presentaciones fetales (podálica, hombros, cara), cesárea previa. Las indicaciones de cesárea más frecuentes son cesárea previa, DCP y presentación podálica. La paciente sometida a una cesárea está en riesgo de presentar complicaciones intra y postoperatorias. La incidencia de endometritis poscesárea varía de 35% a 40% en la mayoría de las series. En el Perú, de las causas de morbilidad poscesárea, la endometritis se encuentra en el primer lugar con 33,2% de los casos. La cesárea, por ser un procedimiento quirúrgico, trae consigo una mayor morbilidad y mortalidad materna. El riesgo de muerte materna por cesárea es seis veces mayor al del parto vaginal y los problemas relacionados a la anestesia son la principal causa de mortalidad; la tasa actual de mortalidad por cesárea es menor de 1 en 1000.

La alta frecuencia de cesáreas y la morbilidad que acarrea, junto con la aún insuficiente información en zonas periféricas de nuestro país, motivó la realización del presente trabajo de



investigación, en beneficio a la salud reproductiva de población femenina. El propósito de este trabajo es determinar la frecuencia, indicaciones, complicaciones y mortalidad materna perinatal del parto por cesárea en un Hospital rural.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en el servicio de obstetricia del Hospital General de Oxapampa, en el que se incluyó a todas las pacientes sometidas a parto por cesárea entre enero de 2001 y diciembre de 2002. Se excluyó las pacientes con historias extraviadas o con historias incompletas.

El Hospital General de Oxapampa es un hospital de nivel 1 que cuenta con servicio de emergencia, consultorios externos, centro quirúrgico, laboratorio clínico, sala de ecografía y rayos X y un servicio de hospitalización con 49 camas. El servicio de obstetricia usa 12 de las 49 camas de hospitalización y es conducido por médicos generales, especialistas, enfermeras y obstetras. El hospital no cuenta con monitores de frecuencia cardiaca fetal, a pesar que sólo en el año 2002 tuvo 76 376 atenciones.

Los datos, tanto maternos como neonatales, fueron obtenidos de las historias clínicas, historias clínicas perinatales (CLAP) y reportes operatorios. Se determinó las principales indicaciones y complicaciones del parto por cesárea en el período especificado, estableciendo la frecuencia para cada indicación. Se determinó el número y porcentaje de cesáreas según las siguientes variables: edad, grado de instrucción, estado civil, procedencia, controles prenatales, edad gestacional, tipo de cesárea y paridad.

Se determinó la frecuencia de las principales causas de morbilidad puerperal, la tasa de mortalidad materna específica para la población investigada y las medidas de dispersión (máximos, mínimos, promedio, desviación estándar) para la edad, edad gestacional, talla y controles prenatales de la madre.

En lo que respecta al recién nacido, se estableció las principales causas de morbilidad, con la respectiva frecuencia para cada una de ellas, la tasa de mortalidad neonatal temprana y las medidas de dispersión (máximos, mínimos, promedio, desviación estándar) para peso del recién nacido y edad gestacional

RESULTADOS

Hubo 517 partos en total en el período estudiado, con un total de 133 cesáreas, lo que hace una tasa de 25,7% (Tabla 1). Se estudió 109 casos: 95,4% de las pacientes cesareadas tuvo una gestación con feto único, 4,6% gestación múltiple (gemelar). En 4 casos (3,7%) se realizó cesárea corporal, el resto (96,3%) tuvo cesárea segmentaria transversa. Además, 96 cesáreas (88,1 %) fueron primarias y 13 (11,9%) iterativas.

**Tabla 1. Tasa de partos por cesárea**

Tipo de parto	N	%
• Vaginal	384	74,3
• Cesárea	133	25,7
Total	517	100,0

El 71,5% de los casos tuvo control prenatal adecuado, 19,3% inadecuado y 9,2% no tuvo control prenatal. Se encontró que 59 pacientes (54,2%) fueron convivientes, 25 (22,9%) casadas y 25 (22,9%) solteras. El 56,9% de los casos tuvo edades entre 20 y 35 años, 32,1 % fueron menores de 20 años y 11% mayores de 35 años. El 13,8% tuvo anticoncepción quirúrgica inmediatamente después de la cesárea, las 94 restantes (86,2%) no.

Las principales indicaciones para el parto por cesárea fueron desproporción cefalopélvica (21,1%), sufrimiento fetal agudo (20,2%), cesárea previa (11,9%) y mala presentación fetal (10,1%) (Tabla 2). En cuanto a desproporción cefalopélvica, 73,9% fue por pelvis estrecha y 26,1% por macrosomía fetal. De los casos de hemorragia del tercer trimestre (HTT), 33,3% fueron debido a placenta previa (PP) total, 33,3% a placenta previa parcial, 22,2% a desprendimiento prematuro de placenta (DPP) y 11,1% a PP más DPP. Hubo un caso de síndrome HELLP y otro de eclampsia y 3 de preeclampsia severa.

Tabla 2. Principales indicaciones de cesárea en el Hospital General de Oxapampa

Indicación	N	%
• Desproporción cefalopélvica	23	21,1
• Sufrimiento fetal agudo	22	20,2
• Cesárea previa	13	11,9
• Mala presentación	11	10,1
• Hemorragia tercer trimestre	9	8,3
• Distocia	6	5,5
• Condilomatosis	5	4,6
• Preeclampsia	5	4,6
• Situación transversa fetal	4	3,7
• RPM, Bishop no favorable	4	3,7
• Inducción fallida	2	1,8
• Embarazo prolongado	1	0,9
• PBF bajo, Bishop no favorable	1	0,9
• Circular doble de cordón	1	0,9
• Embarazo gemelar	1	0,9
• Polihidramnios	1	0,9
Total	109	100,0

De 109 partos por cesárea se obtuvo 114 recién nacidos (RN), 5 de embarazos gemelares. El peso promedio para el grupo de recién nacidos fue 3142,6 gramos, con un peso mínimo de 910 gramos y máximo de 4900 gramos. El 21,9% de los recién nacidos tuvo diagnóstico de pequeño para la edad gestacional, 14,9 % fue afectado por prematuridad, 14% tuvo bajo peso al nacer y 8,8% diagnóstico de macrosomía (Tabla 3). La edad gestacional promedio del recién nacido fue 38,5 semanas por examen físico. Setenta y seis casos (66,7%) tuvieron peso adecuado para la edad gestacional.



Tabla 3. Morbilidad asociada al recién nacido

Condición	N	%
• Pequeño para edad gestacional	25	21,9
• Prematuridad	17	14,9
• Peso bajo al nacer	16	14
Total de RN	114	100

No hubo complicaciones intraoperatorias. Las complicaciones postoperatorias se produjeron en 7 pacientes (6,4%). Las principales causas fueron infección de herida operatoria, endometritis e infección urinaria, con el mismo porcentaje (28,6%). Sólo se presentó un caso de sepsis severa con foco infeccioso pulmonar.

No hubo muerte materna. La tasa de mortalidad perinatal específica fue 8,7 por 1000 nacidos vivos. No hubo muerte neonatal precoz.

DISCUSIÓN

Debido a que las tasas de cesárea en el mundo occidental se han incrementado en los últimos años, 2-4, a que se ha impuesto una tasa límite para los partos por cesárea (15% de todos los partos institucionales) 7, 8 y que se tiene un pobre conocimiento de las indicaciones, complicaciones y características de la paciente cesareada en varias regiones periféricas de nuestro país, hay la necesidad de identificar a estas pacientes y hacer una revisión crítica de sus características, para poder mejorar la salud reproductiva de la mujer.

Un punto importante a resaltar es el hecho de que, del total de cesáreas realizadas, el porcentaje de cesáreas primarias es mayor al encontrado en otros estudios a nivel nacional. En el presente estudio, la tasa de cesáreas primarias fue 88,1 %, teniendo en otros estudios un promedio del 65,5% del total de cesáreas; a pesar de que la frecuencia de cesáreas es similar.

La principal indicación encontrada fue desproporción cefalopélvica (DCP). En varios estudios realizados en nuestro país se encuentra que la cesárea previa es, actualmente, la indicación más frecuente de parto por cesárea, seguida de DCP. En otros estudios se encontró DCP como indicación principal. Sin embargo, los datos son de varios años atrás, cuando las tasas de cesárea no eran tan altas como en la actualidad. Se encontró además que la talla promedio de la población investigada fue de 1,5 metros. Un estudio norteamericano encontró, entre todas la indicaciones para cesárea, una mayor frecuencia de pacientes con talla menor a 1,6 metros.

La segunda indicación de cesárea, merecedora de una apreciación especial, fue el sufrimiento fetal agudo (SFA). En la literatura revisada, en nuestro país el SFA se encuentra entre las indicaciones cada vez menos frecuentes para realizar una cesárea, ubicándose en el cuarto o quinto lugar. En Noruega, entre 1998 y 1999, se encontró una proporción similar (21 9%). En el Hospital General de Oxapampa no existen métodos sensibles para diagnosticar SFA, no se



cuenta con monitoreo fetal continuo. Por otra parte, los médicos ante la duda diagnóstica, podrían optar por el camino más seguro para la madre y el feto, la cesárea.

La tercera indicación de cesárea para esta investigación fue la de cesárea previa (11,9%). El antecedente de cesárea no es una indicación absoluta para un parto por cesárea, excepto cuando se desconocen las características de la intervención anterior o si la indicación del procedimiento anterior se repite en el embarazo actual (indicación materna), siendo ésta última la real indicación de la cesárea. En la actualidad, el éxito de un parto vaginal después de una cesárea alcanza hasta un 72%. Uno de los factores que ha contribuido al aumento de la tasa de cesárea en el mundo es el antecedente de cesárea. Esta cifra es baja en comparación a las cifras encontradas en otras investigaciones en nuestro medio y en la literatura obstétrica (alrededor de 30%).

La presentación podálica se encuentra en alrededor de 3% de todas las presentaciones. En este estudio, la mala presentación en podálico representó el 9,2% de todas las indicaciones. Este hallazgo concuerda con lo encontrado por otros autores. Otras indicaciones importantes fueron hemorragia del tercer trimestre (8,3%), condilomatosis cervical (4,6%), preeclampsia (4,6%), situación anómala (75% situación transversa) y ruptura prematura de membranas (3,7%). Estas indicaciones aportaron poco en relación a las anteriormente mencionadas. Los porcentajes son similares a los obtenidos en otros estudios llevados a cabo en nuestro país.

En relación a la morbilidad materna, se observa que no se presentaron complicaciones intraoperatorias. La incidencia de éstas es muy baja en todo el mundo. Respecto a la morbilidad postoperatoria, las infecciones se situaron a la cabeza, con frecuencias similares para endometritis e infección de herida operatoria. La frecuencia de la infección como complicación del parto por cesárea es similar a la encontrada por Morán (6.6%) y algo menor a la encontrada por Moreno (9,5%).

Setenta y siete pacientes (70,6%) presentaron control prenatal (CPN) adecuado durante la gestación. Sólo 10 pacientes no tuvieron CPN. Algunas pacientes no asisten a los centros de salud por la lejanía y el difícil acceso en algunas localidades. A pesar de ello, el porcentaje de pacientes con CPN es alto. En la actualidad, el aporte del Seguro Integral de Salud permite que un gran porcentaje de pacientes tengan acceso al control prenatal.

En este estudio no se encontró muertes maternas. Actualmente, la mortalidad por cesárea ha disminuido, pero aún es mucho mayor a la del parto vaginal. La tasa de mortalidad perinatal para el presente estudio fue 8,7 por 1000 nacidos vivos. En Lima, Moreno encontró una tasa similar de 9 por 1000 nacidos vivos.

Finalmente, debido a las altas tasas de cesárea y las diferencias en las indicaciones, complicaciones y demás características entre poblaciones, hay una necesidad de conocer de manera profunda el problema. Con los resultados encontrados, se puede dar lugar a interrogantes que fomenten investigaciones futuras en la periferia del país.

1 Hospital General de Oxapampa



BIBLIOGRAFÍA

1. Sehdev H, Pritzker J. Cesarean Delivery. 2nd rev. Ed. Pennsylvania, 2002.
2. Kolas T, Hofoss D, Daltveit A, Ni1sen S, Henriksen T, Hager R, et al. Indications for caesarean deliveries in Norway. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188(4): 864-70.
3. National Center for Health Statistics. National Hospital discharge survey: American College of Obstetricians and Gynecologists newsletter. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists: 1989. p. 33:1.
4. Van Roosmalen J, van der Does CD. Cesarean birth rates worldwide. *Trop Geograph Med* 1995; 47: 19-22.
5. Porreco R, Thorp J, The cesarean birth epidemic: Trends, causes, and solutions. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 175: 369-74.
6. Sachs BP, Kobelin C, Castro MA, Frigoletto F. The risks of lowering the caesarean-delivery rate. *N Eng1 J Med* 1999; 340: 54-7.
7. Belizán 1, Althabe F, Barros F, Alexander S, Rates and implications of cesarean sections in Latin America: ecological study, *BMJ* 1999; 519: 1397-400.
8. World Health Organization, Appropriate technology for birth. *Lancet* 1985; 11: 456-7.
9. Oficina de Estadística e Informática. Unidad de Procesamiento de Datos del Instituto Especializado Materno Perinatal 2001-2002.
10. Hacker N, Moore J, Essentials of Obstetrics and Gynecology 3rd Edition. W.B. Saunders Company, 1998.
11. Paul R, Miller D. Cesarean birth: Howto reduce the rate, *Am J Obstet Gynecol* 1995; 172: 1903-11.
12. Brunnfield C, Hauth J, Andrews W. Puerperal infection after cesarean delivery: evaluation of a standardized protocol. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 182: 1147-52.
13. Moreno J. Parto por cesárea: indicaciones y complicaciones. Tesis presentada a la UPCH para optar el título de Médico Cirujano. Lima, 2001.
14. Urrutia J. Operación cesárea: estudio retrospectivo de 3,117 casos atendidos en el Hospital General Base Cayetano Heredia. Tesis presentada a la UPCH para optar el título de Médico Cirujano. Lima, 1982,
15. Hall M, Bewley S, Maternal mortality and mode of delivery. *Lancet* 1999, 354;776,
16. Dirección de Salud Pasco: 2002 MINSA, Oficina de Estadística e Informática, Oficina Ejecutiva de Estadística.



17. Urteaga M. Cesáreas primarias, cesáreas iterativas y partos vaginales post-cesárea en el Hospital Militar, años 1958-1964. Tesis presentada a la UPCH para optar el título de Médico Cirujano. Lima, 1976.
18. Pezol J. Cesárea primaria en el Hospital Arzobispo Loayza (1985-1986). Tesis presentada a la UPCH para optar el título de Médico Cirujano. Lima, 1989.
19. Alcántara R, Alcántara R, Ingul W, Costa R, Zavaleta F. Operación cesárea: Frecuencia, indicaciones y morbilidad materna y perinatal, Estudio Prospectivo. *Ginecol Obstet (Perú)* 1995; 41(1): 63-9.
20. Chang C. Operación cesárea en el Hospital Nacional Cayetano Heredia desde la implementación del Seguro Integral de Salud (Feb 2002-Ene 2003). Tesis presentada a la UPCH para optar el título de Médico Cirujano, Lima, 2003.
21. Trujillo-Hernández B, Ríos-Silva M, Huerta M, Trujillo X, Vásquez C, Millán-Guerrero R. Frequency of, indications for and clinical epidemiological characteristics of first time cesarean section, compared with repeated cesarean section. *Arch Gynecol Obstet* 2002; 267(1): 27-32.
22. Morán B. Operación cesárea en el Hospital Nacional Cayetano Heredia de Lima en el período enero 2000-diciembre 2001, Tesis presentada a la UPCH para optar el título de Médico Cirujano. Lima, 2002.
23. Paul R, Miller D. Cesarean birth: How to reduce the rate. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 172: 1903-11.
24. Zinberg S, Vaginal delivery after previous cesarean delivery: A continuing controversy. *Clin Obstet Gynecol* 2001; 44(3): 561-70.