

# Operación cesárea en la Maternidad del Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara". Puerto Cabello. 1984-1993

Drs. José R López Gómez\*, Marianela Rivas\*\*, Nancy Méndez D\*\*\*, Cira Bracho de López\*\*\*\*, Giovanna Bentivegna\*\*\*, Martha Di Terlizzi\*\*\*

Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara"

## RESUMEN

**Objetivos.** Determinar la incidencia de la operación cesárea, indicaciones, complicaciones y morbimortalidad materno-fetal.

**Ambiente.** Maternidad del Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara", Puerto Cabello, Edo. Carabobo, Venezuela.

**Método.** Estudio retrospectivo y descriptivo de la operación cesárea. Lapso 1984-1993. Población 6 930 cesáreas. Se tomó una muestra aleatoria de 1 509 casos, 22% de la población total.

**Resultados.** La incidencia fue de 15,9% en 1984 a 20,79% en 1992. El 20,28% fueron adolescentes. El mayor porcentaje ocurrió en nulíparas 32,09% y 53,91% entre I y IV para. El 70,41% de las cesáreas ocurrió entre las 37 y 40 semanas. Las principales indicaciones fueron: cesárea previa 39,03%; desproporción feto-pélvica 21,60%; sufrimiento fetal 9,01%; distocias de presentación 7,56%. La esterilización quirúrgica constituyó el 25,97% de las operaciones adicionales realizadas. Las complicaciones operatorias fueron: absceso de pared 6,82%; endometritis 6,49% y anemia aguda 6,42%. El bajo peso al nacer representó el 14,59% de la muestra. La tasa de mortalidad fetal fue de 99,07 x 1 000. La tasa de mortalidad fetal hospitalaria fue de 21,29 x 1 000.

**Conclusión.** Hemos observado un notable aumento de la incidencia de cesárea en los últimos 20 años en nuestro hospital.

**Palabras clave:** Cesárea. Mortalidad fetal. Complicaciones.

## SUMMARY

**Objective.** To determine the incidence, indications, complications and maternal-fetal morbi-mortality of cesarean section.

**Setting.** Maternity of the "Dr. Adolfo Prince Lara" Hospital, Puerto Cabello, Carabobo State, Venezuela.

**Method.** Retrospective and descriptive study of cesarean. Period: 1984-1993. Population: 6 930 cesarean sections. An aleatory sample of 1 509 cases (22%) was taken.

**Results.** The incidence was 15.9% in 1984 and 20.79% in 1992. The 20.28% were performed in teenagers in the ages between 15-20 of age a high percentage were nuliparous the 32.09% and the 53.91% of the patients were I and IV para. The 70.41% of the cesarean section were performed between the 37-40 week of gestation. The main indications were: previous cesarean section 39.03%; pelvic-fetus disproportion 21.60%; fetal suffering 9.01%; dystocic presentation 7.56%. Sterilization were the 25.97% of the additional operations. The operative complications were: wall abscess 6.82%, endomyometritis 6.49% and acute anemia 6.42%. The low fetal weight represent 14.59% of the sample. The mortality fetal rate was 99.07 x 1 000. The hospital mortality fetal rate was 21.29 x 1 000.

**Conclusion.** We observed an important of the cesarean section procedure in the last 20 years.

**Key words:** Cesarean section. Fetal mortality. Complications.

\* Profesor Titular de la Universidad de Carabobo.

\*\* Médico Adjunto al Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara", Puerto Cabello. Profesora contratada de la Universidad de Carabobo.

\*\*\* Médico Interno, Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara", Puerto Cabello, Edo. Carabobo.

\*\*\*\* Enfermera. Profesora Titular de la Universidad de Carabobo. Coordinadora del Posgrado Maestría en Enfermería.

Trabajo presentado en la XIII Jornadas de Ginecología y Obstetricia. 5-8 de marzo de 1997. Barquisimeto, Edo. Lara.

Recibido: 20-01-99

Aceptado para publicación: 21-05-99

## INTRODUCCIÓN

Para la década de 1974-1983 publicamos una revisión sobre la operación cesárea en el Servicio de Obstetricia del Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara" de Puerto Cabello y animados por el importante trabajo publicado por Agüero (1) 1993, donde el

autor hace una extensa revisión de los trabajos realizados sobre el tema en Venezuela, hemos hecho esta nueva revisión 1984-1993, para conocer cuál ha sido la tendencia de la operación cesárea en nuestro medio.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio exploratorio, retrospectivo de las cesáreas realizadas en la Maternidad del Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara, entre enero de 1984 y diciembre de 1993. Durante ese lapso hubo 38 747 nacimientos y se practicaron 6 930 cesáreas. La población de estudio estuvo constituida por 6 930 historias de dichas pacientes durante el lapso señalado. Se tomó una muestra aleatoria de 1 509 casos que representó el 21,77%.

## RESULTADOS

En el Cuadro 1, se presenta la incidencia de cesáreas por año, calculada sobre el total de nacimientos durante el lapso de estudio.

Hubo un importante ascenso de la operación a partir de 1986 hasta 1988. Luego se observó un descenso moderado hasta el año 1991, y un ascenso de la curva para el año 1992, con un nuevo descenso para el último año del estudio.

En el Cuadro 2, se muestra la edad de las pacientes atendidas, la menor fue de 13 años, la mayor de 54 con promedio de 25 años. Se observa que la incidencia de las cesáreas en las adolescentes fue de 20,28% y la mayor frecuencia de cesárea 42,54% correspondió a las edades comprendidas entre 20 y 26 años.

Cuadro 1

Incidencia de cesáreas por año			
Año	Nacimientos	Nº cesáreas	%
1984	3 447	550	15,9
1985	3 791	691	18,20
1986	3 624	473	13,05
1987	3 623	579	15,99
1988	3 477	680	19,55
1989	3 969	749	18,87
1990	4 096	777	18,96
1991	4 023	682	16,95
1992	4 289	892	20,79
1993	4 408	857	19,44
Total	38 747	6 930	17,88

Cuadro 2  
Edad materna

Edad	Nº casos	%
13-19	306	20,28
20-26	642	42,54
27-33	404	26,77
34-40	127	8,42
41-47	28	1,86
48-54	2	0,13
Total	1 509	

En el Cuadro 3, se muestra la incidencia de cesárea según paridad, el porcentaje de cesáreas en nulíparas y en el grupo de II a IV para, fue el más alto con 32,09% cada uno, seguido por las primíparas con 21,82%.

En el Cuadro 4, se analiza la cesárea según la edad de gestación: en la clase comprendida entre 37 y 40 semanas de gestación ocurrió el mayor número de cesáreas (70,41%), siguiendo en orden de frecuencia el grupo de 41 y más semanas de embarazo con 13,15%.

Cuadro 3  
Paridad

Paridad	Nº casos	%
Nulíparas	484	32,09
I PARA	329	21,82
II-IV	484	32,09
V-VII	129	8,55
VIII y más	82	5,45
No registrado	1	-
Total	1 509	

Cuadro 4

Edad de gestación		
Semana de gestación	Nº casos	%
< 32	76	5,21
33-36	164	11,23
37-40	1 028	70,41
41 y más	192	13,15
No registrados	49	-
Total	1 509	

## OPERACIÓN CESÁREA

En relación al Cuadro 5, cuando hicimos el estudio de las indicaciones encontramos que la cesárea anterior representó la mayor incidencia con un 39,03%, la desproporción feto-pélvica y el sufrimiento fetal agudo representaron el 30,61%, mientras que los factores relacionados con las diferentes distocias fueron de un 14,65%, de éstas, el 7,56% distocias de presentación y de situación fetal; las otras distocias relacionadas con problemas de dilatación, rotación, descenso del móvil y otras, representaron el 7,09%. La hipertensión inducida por el embarazo (HIE) como causa de cesárea representó el 5,83% y las hemorragias del tercer trimestre el 4,97%. Las otras indicaciones referidas a: ruptura prematura de membranas (RPM), multiparidad, condilomatosis genital, embarazo de alto riesgo con feto valioso, añosidad y distocias funiculares representaron el 4,90%.

En el Cuadro 6, se presenta la técnica de laparotomía e incisión uterina empleada.

En 407 casos (26,97%) hubo operaciones adicionales que se muestran en el Cuadro 7, predominio de la esterilización quirúrgica.

Cuadro 5  
Indicaciones de cesáreas

Indicación	Nº casos	%
Cesárea anterior	589	39,03
Desproporción feto-pélvica	326	21,60
Sufrimiento fetal agudo	136	9,01
Distocias de presentación	114	7,56
Otras distocias	107	7,09
HIE severa	88	5,83
Hemorragias del tercer trimestre	75	4,97
Otras indicaciones	74	4,90
<b>Total</b>	<b>1 509</b>	

Cuadro 6  
Laparotomía-Incisión uterina

Laparotomía	Nº casos	%	Incisión uterina	Nº casos	%
Incisión media infraumbilical	1 178	78,84	Segmentaria	1 423	94,30
Incisión transversa suprapúbica	316	21,16	Segmento-corporal	80	5,31
No registrados	15	-	Corporal	6	0,39
<b>Total</b>	<b>1 509</b>		<b>Total</b>	<b>1 509</b>	

Cuadro 7

### Operaciones adicionales

Operaciones adicionales	Nº casos	%
Esterilización quirúrgica	392	25,97
Ooforectomía	6	0,39
Miomectomía	3	0,19
Histerectomía	2	0,13
Salpingectomía	2	0,13
Cura de hernia	2	0,13
<b>Total</b>	<b>407</b>	

Del total de los casos hubo 330 (21,87%) complicaciones posoperatorias (Cuadro 8), las más frecuentes fueron el absceso del pared, endometritis y anemia aguda con 6,82%; 6,49% y 6,42% respectivamente, la dehiscencia del segmento y el *shock* séptico, representaron el 1,72% y el 0,39% en ese orden.

En el período de estudio hubo 10 casos de muerte materna, lo cual representó una tasa de 26 X 100 000 nacidos vivos. Las muertes maternas estuvieron relacionadas con HIE, hemorragia y sepsis.

En cuanto al recién nacido (RN), hubo 22 casos de embarazo gemelar. El 85,39% de los RN tuvo Apgar igual o mayor de 7 al minuto. Hubo 138 natimueertos. La tasa de mortalidad fetal para el hospital durante el lapso estudiado fue de 21,29 x 1 000 y en la muestra fue de 99,07% x 1 000, Cuadro 9.

El Cuadro 10 muestra la incidencia de cesárea según el peso del RN, los de peso menor a 2 500 g representan el 14,59% de la muestra y el grupo de 2 500 a 2 999 g el 19,30%, los RN con peso comprendido entre 3 000 y 3 999 g representaron el 57,40%, los que tuvieron peso mayor de 4 000 g el 8,71%.

Cuadro 8  
Complicaciones posoperatorias

Complicaciones posoperatorias	Nº casos	%
Absceso de pared	103	6,82
Endometritis	98	6,49
Anemia aguda	97	6,42
Dehiscencia del segmento	26	1,72
Shock séptico	6	0,39
Total	330	21,84

Cuadro 9  
Apgar

Apgar	Nº casos	%
≤ 3	38	2,76
4-6	163	11,85
≥ 7	1 175	85,39
No registrados	17	-
Total	1 393	

- Excluidos 138 mortinatos
- Incluye 22 gemelos

Cuadro 10  
Cesárea según peso del RN

Peso (G)	Nº casos	%
< 2 500	223	14,59
2 500 - 2 999	295	19,30
3 000 - 3 499	530	34,68
3 500 - 3 999	347	22,72
4 000 y más	133	8,71
No registrados	3	-
Total	1 531*	

\* Hubo 22 casos de embarazo gemelar.

## DISCUSIÓN

Cuando comparamos la incidencia de cesáreas, encontramos que en un anterior trabajo realizado en 1986 por López Gómez y col. (2), la incidencia fue de 7,73%, observándose en el trabajo actual un incremento de las cesáreas habidas en el período de

estudio que oscila entre el 15,9% y 20,79%, tal como se muestra en el Cuadro 1. Suárez Ocando (3) en 1993, al hacer referencia a la casuística del Hospital Adolfo D'Empaire en Cabimas entre 1983 y 1986, encuentra una incidencia de cesárea de 10,97%. Por su parte Molina Vélchez y col. (4) 1995, presentan una incidencia de cesárea de 28,61% en un período de estudio de 10 meses en el Hospital Manuel Noriega Trigo del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales de Maracaibo.

En la extensa revisión del tema hecha por Agüero (1) en 1993, la incidencia de cesárea reportada en Venezuela entre 1974 y 1983, oscila entre 7,73% y el 12,07% en los trabajos de Uzcátegui (5), Jórgez y Agüero (6) y López Gómez (2).

Al revisar la literatura internacional encontramos para América Latina que Vela y col. (7) en Chile, refieren una incidencia del 25% al 33% para 1991, el mismo autor menciona una incidencia del 29% para México.

En Norteamérica, Stafford y col. (8) 1993, reportaron un incremento de la operación cesárea en California desde 21,08% en 1983 hasta un 25% en 1987, observándose a partir de ese año, un descenso hasta el 22,07% para 1990.

Socol y col. (9) 1993, en Chicago, señalan la incidencia de cesárea hasta 1986 (27,03%), observando una progresiva reducción de la misma hasta el año de su estudio (1991).

Por su parte Dunning (10) 1992, al hacer una revisión de cesárea en los hospitales de Estados Unidos (EE.UU.), señala que el porcentaje de cesárea entre 1950 y 1992 en los centros del referencia de su estudio se incrementó de 5% a un 30%, estimándose que el promedio es aproximadamente de 22% para el año de su publicación.

Porreco y Thorp (11) 1996, en Denver-Colorado, hacen una extensa revisión de las tendencias e indicaciones de la cesárea en Estados Unidos, que van de una cesárea para cada 20 nacimientos en 1970 a una por cada 4 nacimientos para la fecha de su estudio 1996. El porcentaje de cesáreas fue de 5,5% en 1970 y de 24,7% en 1988, con algunas diferencias entre las diversas regiones de EE.UU., señala el caso de California como interesante 21,8% en 1983 a 25% en 1987 con un modesto decremento para 1990 (22,7%).

Notzon y col. (12), en un trabajo colaborativo de las tendencias de las cesáreas en EE.UU., Suecia, Noruega y Escocia en la década del 80 observaron que ha habido un decrecimiento de las cesáreas en cada uno de esos países entre 1989 a 1990, Noruega

12,8%; Escocia 14,2%; Suecia 10,7% y EE.UU. 23,6%, cifras que no guardan relación con las nuestras pero que resultan importantes de señalar por las notables diferencias con nuestros índices, excepto las de EE.UU.

Al hacer la revisión de la edad de las pacientes, López Gómez y col. (2), encontraron 16,72% entre 12 y 18 años, notándose un aumento de la operación en las adolescentes, 20,28% entre las de 13 y 19 años en el estudio actual; resultando aproximados los porcentajes entre los grupos de 20 a 33 años. En la revisión de Stafford y col. (8), los porcentajes según edad de las cesáreas en 1990 fueron de 18,1% para las menores de 25 años, 24,4% entre 25 y 34 años y 30,9% en las mayores de 35 años, cifras que aunque no coinciden con las nuestras, muestran las mismas tendencias observadas en la incidencia de cesáreas en el grupo de mujeres más jóvenes.

En cuanto a la paridad, Jórgez y Agüero (6), reportan 36,2% para las primigrávidas y 25,2% que tienen entre II y VII gestaciones. Uzcátegui y Toro (5) en 1978 en una revisión de cesáreas en el Hospital José Gregorio Hernández de Caracas, informan el 43,44% para las primigrávidas. En el trabajo de Molina Vílchez y col. (4), también se aprecia un alto índice de cesáreas en las nulíparas.

Por su parte López Gómez y col. (2), en un estudio anterior reportan el 66,38% de nulíparas, 20,81% entre I y IV para, 12,80% para las que tenían V y más. En la revisión actual el porcentaje de nulíparas es de 32,09%. Llama la atención, el elevado número de cesáreas en nulíparas, Porreco y Thorp (11), asumen que la presencia de residentes en formación y las expectativas poco realistas en cuanto a la evolución del parto, contribuyen a una alta incidencia de nacimientos por cesárea, sin descartar que la analgesia utilizada en la conducción del parto puede llevar también a un mayor número de cesáreas, al igual que la presentación pelviana que ha representado un incremento de las cesáreas en algunas instituciones de hasta un 90% por esta causa. Según los mismos autores, el sufrimiento fetal contribuye a “la epidemia de cesáreas” por diversas razones: aumento de la frecuencia cardíaca fetal; control fetal seguido de una pobre capacidad de diagnóstico en presencia de acidemia en sangre del cordón umbilical, además de los factores médico legales e implícitos.

Patricio Mena (7), en una mesa redonda efectuada en la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología en 1993, señala entre otros factores a considerar sobre el problema, que: “hay fallas en el adies-

tramiento de los médicos especialistas... menor oportunidad de ejercitar maniobras vaginales” y disminución del estudio de factores que antiguamente se evaluaban con detención tales como: las características de la pelvis, la operatoria vaginal y el conocimiento del mecanismo del parto.

En cuanto a la edad de la gestación los hallazgos muestran el mayor número de cesáreas en las gestaciones de término, cifras que guardan relación con lo reportado en nuestro trabajo anterior (2).

Al hacer la comparación de nuestras indicaciones de cesárea con la literatura consultada nos encontramos que López Gómez y Vargas (13) en el año 1962, reportan la desproporción feto-pélvica (DFP) y la distocia de dilatación como las primeras 2 causas de cesárea; 23,5% y 16,8% respectivamente; seguidas de las cesáreas electivas por causa de cesárea anterior o por interés materno-fetal 11,04%. La placenta previa y las presentaciones viciosas siguieron en frecuencia a las anteriores. En el trabajo de Jórgez y Agüero (6) 1982, sobre cesárea en la Maternidad “Concepción Palacios”, la DFP, la cesárea anterior, el sufrimiento fetal, la presentación podálica y la hemorragia constituyeron en ese orden las principales indicaciones de cesárea. Por su parte Uzcátegui y Toro (5) 1978, reportan la DFP como primera causa de indicación de cesárea con 32,84%, seguida de la cesárea anterior con 19,87% y el sufrimiento fetal con 16,66% cifras diferentes a nuestros hallazgos.

López Gómez y col. (2) 1986, presentan la DFP con un 29,45%, la cesárea anterior con 27,77%, la presentación pelviana con 9,61% como las 3 primeras causas de cesárea en el estudio realizado en ese entonces. Como puede verse, en nuestro trabajo actual la cesárea anterior ocupa el primer lugar con un 39,03% seguida de la DFP y del sufrimiento fetal; las distocias de presentación representaron el 7,56%. Suárez Ocando (3) en Cabimas, al hacer la revisión de las indicaciones de cesárea en 1983 y 1986 reporta la cesárea anterior con un 35%, cifra que se aproxima a nuestros hallazgos; siguiendo como indicación de cesárea para ese período el sufrimiento fetal agudo, la presentación podálica y la DFP, en orden y cifras diferentes a nuestros hallazgos.

Molina Vílchez y col. (4), 1995, en una revisión de la cesárea realizada en el Hospital Manuel Noriega Trigo de Maracaibo, reportan la distocia con un 34,82%, el sufrimiento feal con 23,05%, RPM con 20,23% y la presentación podálica con un 10,58% como diagnósticos de “primeras cesáreas”, cifras

que no se compaginan con nuestros hallazgos. Calleja y col. (14), en una revisión de las histerorráfias en un plano en cesárea, reportan como causa de la intervención la RPM, el sufrimiento fetal, toxemia, la presentación pelviana como las 4 primeras, siendo compatible el porcentaje de presentación pelviana 7% con nuestros hallazgos.

Pérez y col. (15) 1994, en República Dominicana, señalan la cesárea previa como primera indicación 52%; siguiendo la DFP como segunda causa 9,1%; y la preeclampsia severa con 8,6%. Pineda y col. (16) 1990, en una extensa revisión del tema señalan como las 2 primeras causas de indicaciones distocias con 28,5% y cesárea previa con 27,9% esta última con una significativa influencia en la proporción de las indicaciones.

Notzon y col. (12), en su revisión reportan la cesárea previa como primera indicación, lo cual coincide con nuestros hallazgos, seguida de la presentación pelviana, la distocia y el sufrimiento fetal, siendo estas cifras diferentes a las reportadas por nosotros.

DeMott y Sandmire (17), en una revisión de las indicaciones de cesáreas en Green Bay Wisconsin, al analizar las indicaciones de cesáreas de acuerdo a los obstetras practicantes en 2 hospitales, encontraron en la categoría del grupo con mayor número de cesáreas el 36% como falla en el progreso del trabajo de parto; 26% presentaciones pelvianas y 19% sufrimiento fetal, hallazgos que no guardan relación con nuestro trabajo.

Porreco y Thorp (11), en Denver Colorado, en una revisión de las tendencias, causas y soluciones de las cesáreas reportan la cesárea previa con el 39%, las distocias 28%, el sufrimiento fetal con 14% y la presentación pelviana con 9%; siendo comparable la primera causa de cesárea con nuestros hallazgos.

Coney (18), considera que las primeras 7 causas de indicación cesárea son: DFP, anomalías fetales y maternas, anomalías de posición fetal, cirugía vaginal previa, antecedentes de inversión uterina y cesárea previa, aunque estas indicaciones no coinciden con nuestros hallazgos es bueno considerar que este autor señala que la cesárea previa no es razón usual para otras cesáreas.

En lo que se refiere a técnica laparotómica y la de incisión uterina, reportados en el Cuadros 6, sólo podemos señalar que en la literatura consultada, nosotros mismos (2), reportamos un aumento sustancial de la técnica laparotómica transversa suprapúbica de 8,62% a 21,16% actualmente; y en

cuanto a la incisión uterina, las cifras reportadas ahora, son comparables con los hallazgos anteriores. Por su parte Calleja y col. (14), señalan con respecto a la técnica de la incisión de la pared abdominal que ésta se realizó indistintamente mediante incisión media infraumbilical o por Phannenstiel y la histerotomía fue siempre segmentaria arciforme con tijera y no por divulsión. No encontramos más referencias sobre la materia en la literatura recientemente consultada.

En cuanto a las operaciones adicionales a la cesárea como se muestra en el Cuadro 7, las esterilizaciones quirúrgicas ocuparon el primer plano con un 25,97%, lo cual resulta semejante a las cifras dadas por nosotros en 1986 (21,65%) hallazgos que guardan relación con lo reportado por Jórgez y Agüero (6) en 1982 (23,86%). En la comunicación de Uzcátegui y Toro (5) 1978, el porcentaje de esterilizaciones es de sólo un 12,41%. Consideramos que la alta cifra de esterilizaciones quirúrgicas encontradas en el estudio al cual hemos hecho referencia, podrían relacionarse con diagnósticos "ligeros" de cesáreas utilizados como argucia para realizar una esterilización quirúrgica "solicitada" por la paciente; procedimiento que criticamos severamente por considerar que la cesárea es una intervención de alta cirugía que expone a la embarazada a un riesgo quirúrgico de gran magnitud, lo cual puede obviarse con una esterilización quirúrgica *a posteriori* mediante una microlaparotomía, si el caso así lo amerita. Las otras intervenciones adicionales observadas en la casuística que analizamos, sólo tienen el interés y la poca frecuencia de los hallazgos operatorios que condicionaron la intervención: ooforectomía, histerectomía, miomectomía y salpingectomía.

Las complicaciones posoperatorias de la cesárea, constituyen siempre un motivo de preocupación y análisis en todos los trabajos de esta índole. En nuestra casuística, tuvimos 330 complicaciones posoperatorias que representaron el 21,87% de la muestra. En primer lugar el absceso de la pared y la endometritis con 6,82% y 6,49% respectivamente, complicaciones reportadas como prioritarias en el trabajo de Jórgez y Agüero (6). Uzcátegui y Toro (5) reportan 8,78% para absceso de la pared y 6,06% para los casos complicados con endometritis. Pinto y col. (19), al revisar las endometritis por cesárea en la Maternidad Santa Ana del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, reportan una incidencia de 1,69% la cual resulta ser mucho más baja que la nuestra.

En nuestra anterior revisión del tema (2), el absceso de la pared y la endometritis estuvieron muy por debajo de las cifras reportadas ahora, mientras que Calleja y col. (14), en su casuística sobre histerorrafia reportan 6% de deciduitis y 4% de absceso de la pared. Es innegable que las complicaciones posoperatorias relacionadas con la infección, constituyen un importante problema en nuestros países en desarrollo, ya que en la literatura anglosajona revisada (8-12,17-18), los procesos relacionados con la infección no aparecen relatados por ningún lado.

En lo referente a las condiciones de los RN por cesárea el peso menor de 2 500 g constituyó el 14,59% de la muestra, el cual resulta ser algo mayor a lo reportado por Uzcátegui y Toro (5) y por nosotros mismos en un trabajo anterior (2). En el estudio de Sandmire y DeMott (20) cuando hacen la distribución de los pesos de RN por cesárea entre 1990 y 1992, los menores de 2 500 g representaron el 13,2% cifras que guardan relación con las nuestras. Por su parte Socol y col. (9) en Chicago Illinois, reportan en 1991 el 29,4% para los pesos comprendidos entre 2 001 y 2 500 g, cifras comparativamente más altas que las nuestras. En nuestra casuística los RN de pesos comprendidos entre 3 000 y 3 999 g representaron el 57,40%, lo cual guarda relación con nuestro trabajo anterior (2) y lo reportado por Uzcátegui y Toro (5), resultados similares a lo reportado por Sandmire y DeMott (20). Debemos considerar que el grupo más favorable con la menor mortalidad infantil es el de 3 500 a 3 999 g tal como lo señalan Puffer y Serrano (21).

En lo referente a RN, con Apgar menor de 7, el porcentaje fue de 14,61%. En nuestro estudio anterior (2) este grupo representó el 12,97%. Sandmire y DeMott (20) en *The Green Bay Cesarean Section Study III*, reportan el 15,4%, por su parte, Socol y col. (9), encontraron Apgar menor de 7 al minuto en el 15,52%.

Se registraron 138 mortinatos, de un total de 1 531 RN (hubo 22 casos de embarazo gemelar) la tasa de mortalidad fetal en la muestra fue de 99,07% x 1 000 y la tasa de mortalidad fetal total para el hospital fue de 21,29 x 1 000 para el mismo período. La alta tasa de mortalidad fetal reportada puede estar en relación con las patologías maternas y fetales que pudieran incidir sobre la salud del producto de la concepción.

Hubo 10 casos de muertes maternas, de las cuales 4 presentaban para el momento de la intervención HIE, en 4 casos el deceso fue imputable a

hemorragias y en 2 casos el diagnóstico fue de sepsis. Es importante señalar que una de las muertes ocurridas por HIE severa (eclampsia) se le realizó cesárea posmortem con RN vivo. El 30% de los casos fueron embarazadas añosas y 20% adolescentes. La tasa de mortalidad materna durante el período de estudio fue de 26 x 100 000, estas muertes maternas correspondieron a un 0,14% del total de cesáreas habidas en el período. Cabe resaltar que en el análisis de las historias se encontró que el total de los casos de muertes maternas hay evidencias de responsabilidad profesional por retardo en el diagnóstico y/o tratamiento oportuno, de igual manera se observó que en el 30% de los casos, además de la responsabilidad profesional, hubo responsabilidad institucional; por falta de recursos referidos a: sangre, antibióticos, ambulancias entre otros.

Concluimos en que la incidencia de cesárea entre 1984 y 1993 tuvo un aumento gradual entre 15,9% a 20,79% para el año 1992, con un leve descenso en el año 1993.

Las cesáreas en las adolescentes en el lapso del estudio tuvieron un repunte con respecto a años anteriores.

La intervención adicional más frecuente fue la esterilización quirúrgica.

Las 4 principales causas de indicación de cesárea fueron: cesárea anterior, DFP, sufrimiento fetal y distocias.

Las principales complicaciones posoperatorias fueron: el absceso de pared, la endometritis y la anemia aguda.

Los RN de bajo peso representaron el 14,59% de la muestra.

La tasa de mortalidad fetal en la muestra fue de 99,07 x 1 000 y la tasa de mortalidad fetal total para el período fue de 21,29 x 1 000.

Hubo 10 muertes maternas por complicaciones de embarazo, no atribuibles a la cesárea.

Se recomienda hacer: un análisis crítico sobre las indicaciones de cesárea, revisión de la morbi-mortalidad materno-fetal, relacionado con las cesáreas, realizar una investigación prospectiva sobre esterilización quirúrgica asociada a la operación cesárea y desarrollar un programa de actualización del equipo interdisciplinario de la Maternidad, relacionado con estrategias para la reducción de la mortalidad materna.

## REFERENCIAS

1. Agüero O. Publicaciones sobre Cesáreas en Venezuela. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1993;53:3-16.
2. López Gómez JR, Bracho López de C, Galíndez A, Cabrera L. Operación cesárea en el Servicio de Obstetricia del Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara". Puerto Cabello 1974-1983. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1986;46(3):138-142.
3. Suárez O. Cesárea: uso y abuso. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1993;53(2):71-78.
4. Molina R, Mármol Maneiro de L, Sánchez J. Cesárea: tendencia en frecuencia e indicaciones. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1995;55(2):65-70.
5. Uzcátegui O, Toro J. Cesáreas. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1978;38(1):29-31.
6. Jorgez J de, Agüero O. Cesáreas por sufrimiento fetal clínico. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1982;42(3):147-150.
7. Vela P, Ferrer R, Mena P, Riquelme E, Silva S. Mesa Redonda. Operación cesárea. Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología. *Rev Chil Obstet Ginecol* 1993;58(4):257-261.
8. Stafford R, Suvillan S, Gardner L. Trends in cesarean section use in California, 1983 to 1990. *Am J Obstet Gynecol* 1993;169(4):1013-1017.
9. Socol M, García P, Peaceman A, Dooley S. Reducing cesarean births at a primarily private University Hospital. Chicago. *Am J Obstet Gynecol* 1993;168(6):667-701.
10. Dunning D. Obstetrics procedures. Fundamentals of gynecology and obstetrics. 2ª edición. Filadelfia: J.B. Lippincott Co.; 1992.
11. Porreco R, Thorp J. The cesarean birth epidemic: Trends, causes, and solutions. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 175(2):369-374.
12. Notzon F, Cnattingius S, Bergsjö P, Cole S, Taffel S, Irgens I, et al. Cesarean section delivery in the 1980 S: International comparison by indication. *Am J Obstet Gynecol* 1994;170(2):495-504.
13. López Gómez JR, Vargas L. Algunas consideraciones sobre cesárea en el Servicio de Obstetricia del Centro de Hospitalizaciones del Seguro Social en Puerto Cabello. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1962;22(2):375-391.
14. Calleja V, Rodríguez J, San Martín J, Sanz A. Cesárea, histerorraxia en un plano. *Ginecol Obstet Méx* 1994;62:304-307.
15. Pérez C, Coronado R, Domingo F, Grullón C, Suriel T, Tavarez M. Indicaciones de cesárea en embarazadas asistidas en un Hospital Regional. *Rev Med Domin* 1994;55(2):131-132.
16. Pineda E, Franco M, Ahued J. Operación cesárea. 25 años de evolución en el Hospital Regional "20 de Noviembre". *Ginecol Obstet Méx* 1990;58:59-64.
17. DeMott R, Sandmire H. The green bay cesarean section study. I. The physician factor as a determinant of cesarean birth rates. *Am J Obstet Gynecol* 1990;162(6):1593-1599.
18. Coney P. Operative obstetrics. En: Beck W Jr., editor. *Obstetrics and Gynecology*. 3ª edición. Filadelfia: Harwal Publishing 1993;p.177-179.
19. Pinto J, Morón M, Roa I, Webster M, Galíndez J, Acosta E, et al. Endometritis poscesárea en la Maternidad "Santa Ana" del IVSS. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1990;50(2):89-91.
20. Sandmire H, DeMontt R. The green bay cesarean section study III. Falling cesarean birth rates without a formal curtailment program. *Am J Obstet Gynecol* 1994;170(6):1790-1802.
21. Puffer R, Serrano C. Características del peso al nacer. OPS/OMS. Pub. Cient. # 504. Washington. Dic; 1987.