

Análisis crítico de la frecuencia de la operación cesárea

Palabras clave:
Cesárea - incidencia.
Oxitocina.
Anestesia epidural.
Distocia.
Sufrimiento fetal.

Dr Ricardo Topolanski Sierra

Se analizó la incidencia de cesáreas en la Clínica Ginecotológica "C" del Hospital Pereira Rossell desde 1962 a 1986, observando un aumento sostenido a partir de 1977, triplicando casi los porcentajes (4% a 11,3%), lo que se compara con las cifras extrahospitalarias del primer semestre de 1987 (28,5%). Se analizaron los diversos elementos que pueden incidir en el aumento: se comprueba así que una de las indicaciones más evidentes es la cesárea previa, que en la clínica incide aumentando el índice anual en un 3% (de 10% a 13%). Se analizan datos de la literatura referentes al empleo de oxitocina en cesareadas anteriores y la posibilidad de su uso con vigilancia adecuada.

La anestesia peridural tampoco está contraindicada en centros terciarios con control cuidadoso del trabajo de parto. Las distocias deben ser bien manejadas, especialmente en primerizas, donde un correcto diagnóstico de la pelvis más un manejo adecuado de la analgesia y la oxitocina pueden evitar cesáreas. La presentación podálica no es indicación absoluta de cesárea, estableciéndose en qué condiciones debe hacerse el parto por vía baja. El sufrimiento fetal intraparto, puede ser correctamente diagnosticado con la implementación de un partograma, siendo la monitorización y el estudio del pH fetal, elementos paraclínicos de apoyo, pero no imprescindibles. Por último se analiza sumariamente el factor humano, conceptuándose que es tal vez el que más ha hecho subir el índice de cesáreas en nuestro medio.

Dr Ricardo Topolanski Sierra
Prof Agr Clínica Ginecotológica "C"
Prof Y Sica Blanco

Correspondencia:
Dr Ricardo Topolanski.
Avda M Pérez 5992.
Montevideo - Uruguay

INTRODUCCION

El incremento del número de cesáreas se ha observado en casi todo el mundo sobre todo a partir de la década del '70.

En los EEUU, Shiono y col (1) demostraron un aumento significativo que pasó del 5,7% en 1970 al 21,2% en 1984 (fig 1). Este aumento también se observa en los países europeos (2), aunque por lo general la tendencia no es tan pronunciada (fig 2).

Se tiene la impresión que nuestro país no escapa a esta problemática y con el fin de aclarar esta impresión analizaremos la incidencia y las causas principales que pudieran explicar este aumento.

MATERIAL Y METODO

1) Se analizó la incidencia de cesáreas en la Clínica Ginecotológica "C" que funciona en el Hospital Pereira Rossell desde el año 1962 a la fecha.

2) Se analizó la incidencia que una cesárea previa tuvo en el total de operaciones realizadas en 2.200 partos en el servicio arriba mencionado y se buscó la incidencia de la operación cesárea en el departamento de Montevideo, durante un semestre, información brindada por el Departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud Pública que incluye la asistencia privada, centros de asistencia colectiva, Hospital de Clínicas y Hospital Central de las Fuerzas Armadas, excluyendo al Hospital Pereira Rossell.

3) Por último se analizó también en una institución privada la incidencia de otros factores relacionados con el tipo de atención del parto según fueran atendidas por obstetra de elección o por obstetra de guardia.

RESULTADOS

Desde 1962 hasta 1978, la incidencia de cesáreas en la Clínica Ginecotológica "C" fluctuó entre un 2,5% y un 4,0% de la totalidad de los partos asistidos por año. Como muestra la figura 3, desde 1979 se registra un

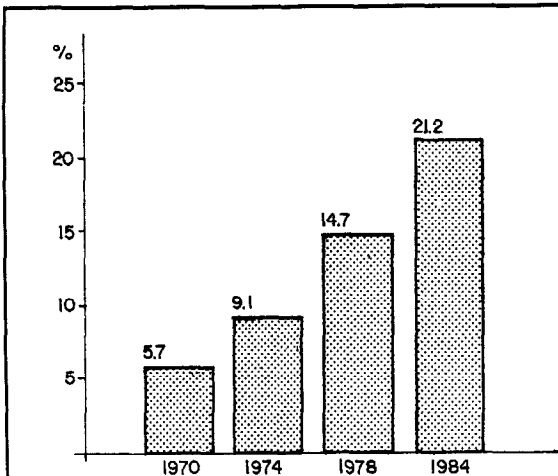


FIGURA 1
Incremento significativo de las cesáreas en USA. Shiono y col.

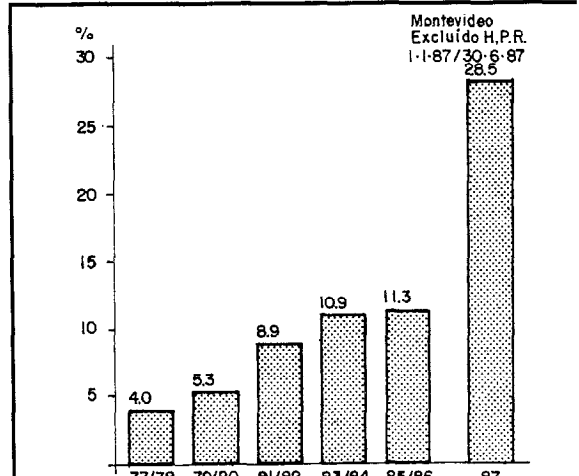


FIGURA 3
Incremento de cesáreas en la clínica ginecológica "C" 1977/1986. HPR.

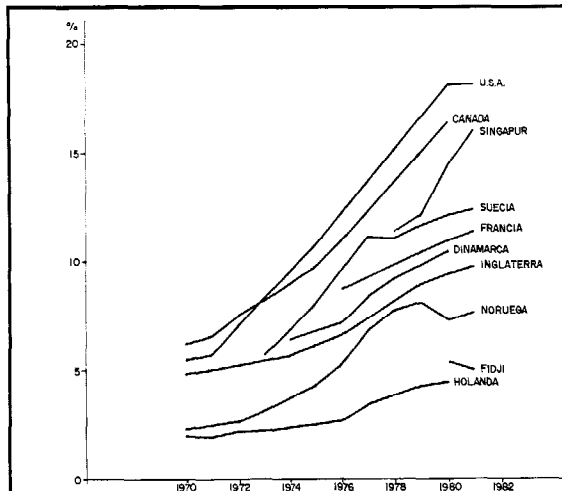
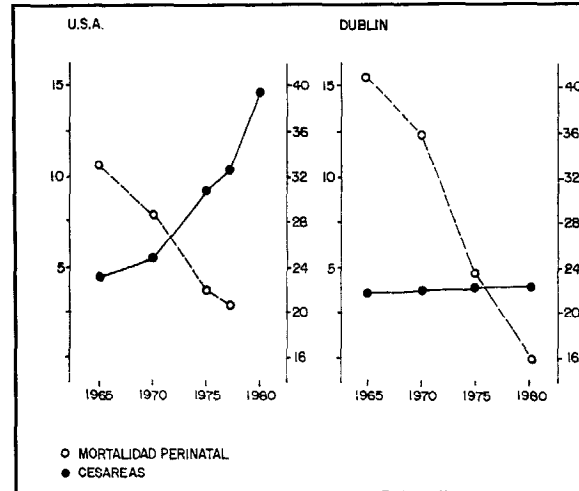


FIGURA 2
Tendencias en el promedio de cesáreas en diferentes países. 1970-81 (Chalmers, 1985). (Studd, 1987. Churchill y Livingstone).



Bottoms et al, 1980 O'Driscoll et Foley, 1983

FIGURA 4
Cesáreas y mortalidad perinatal en USA y Dublín

aumento progresivo y sostenido, el que tiende a estabilizarse a partir de 1983 en cifras que oscilan entre el 10 y el 12% aproximadamente.

En la misma figura se compara para el año 1987 la frecuencia promedio de cesáreas en Montevideo, excluido el Hospital Pereira Rossell, la que muestra ser casi 2,5 veces superior a las cifras registradas en el hospital mencionado.

Si comparamos las cifras de la Clínica entre el bienio 77/78 y el bienio 85/86 observamos que éstas han aumentado unas tres vces, a pesar que en relación con la incidencia de cesáreas en el resto de Montevideo para el año 1987, ésta es todavía 2,5 veces superior (fig 3).

Del análisis de 2.193 partos efectuados durante los años

1986/87 en la Clínica Ginecológica "C" (Ginecológica) (Cuadro I) se observa que 1.903 partos fueron vaginales, y que el 13%, es decir 290 terminaron por cesárea.

De estos 2.193 partos, 1.988 que no tenían antecedentes de cesárea, terminaron 1.797 en parto normal y el 10% o sea 191 en cesárea.

En cambio, de esos 2.193 partos, 288 que tenían antecedentes de cesárea, 106 terminaron en parto vaginal (52%), mientras que 99 (48%) terminaron en cesárea, lo cual muestra el impacto que tiene la cesárea anterior sobre el porcentaje de cesáreas. Una madre con antecedentes de cesárea tiene 5,03 probabilidades más de tener una nueva cesárea.

CUADRO I

Impacto de los antecedentes de cesárea en el promedio de cesáreas de 2193 nacimientos
CLINICA GINECOTOLOGICA "C" - HOSPITAL PEREIRA ROSSELL

CESAREA

	SI	NO	Nº
	Cesárea iterativa	Parto vaginal	Prueba de parto
CESAREA ANTERIOR	99 (48%)	106 (52%)	205
NO CESAREA ANTERIOR	191 (10%)	1797	1988
	290 (13%)	1.903 (87%)	2.193 (100%)

(Arrows in the original table indicate that 2 units are transferred from 'Parto vaginal' to 'Cesárea iterativa' and from 'Prueba de parto' to 'Cesárea iterativa' for the 'CESAREA ANTERIOR' row, and 2 units are transferred from 'Prueba de parto' to 'Parto vaginal' for the 'NO CESAREA ANTERIOR' row.)

La cesárea anterior aumenta en 3% el índice de cesáreas.

Riesgo relativo (P1 / P2) = 5,03 (madres con anterior cesárea tienen 5 veces más probabilidades de terminar el parto en cesárea).

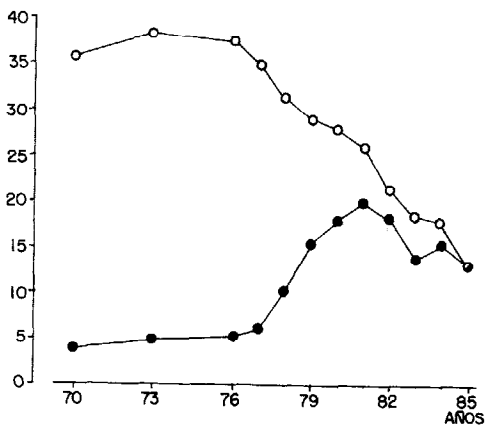


FIGURA 5.

Efecto del ajuste en la indicación de cesáreas sobre el porcentaje de las mismas (Poseiro).

(O) Tasa de mortalidad perinatal en o/oo en BPS.
 (•) Tasa de cesáreas en o/o.



FIGURA 6

Relación aparente entre la mortalidad perinatal y el aumento de las cesáreas.

Tasa de cesáreas (100 partos) y tasa de mortalidad materna (100.000 partos).

DISCUSION

El aumento del número de cesáreas es un hecho mundial, aunque las variaciones regionales son evidentes (fig 2).

Por lo general en los países europeos es donde se registran las cifras más bajas, que en algunos países como

Holanda por ejemplo, se mantienen por debajo del 5%. Dentro de cifras que se admiten como racionales los niveles más altos corresponden a los EEUU, Canadá y Singapur.

En nuestro país, que comparte cifras elevadas con el resto de los países de América Latina, las cifras son sensiblemente más altas llegando en algunos lugares a

CUADRO II

Indicaciones de cesáreas

	USA	BPS	CLGT "C"	A E
CESAREA PREVIA	46,8	35	19,1	28,5
Podálica	12,4	11	13,4	8,8
Sufrimiento fetal	15,8	9	24,9	16,3
Hipertensión	-	14	5,4	5,5
Distocia y otras causas	18,9	31	85,0	-

Comparación entre las indicaciones de cesárea en EEUU y nuestro país.

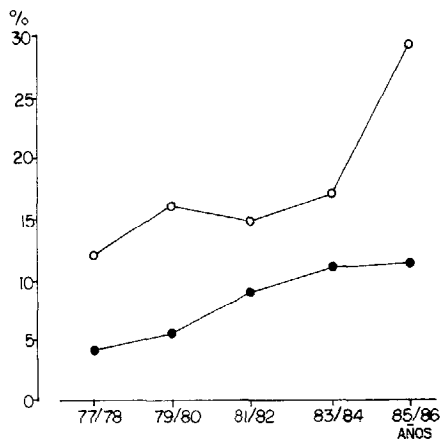


FIGURA 7

Efecto de la cesárea previa sobre el porcentaje de cesáreas en la clínica ginecológica "C".

(○) % DE CESAREAS POR BIENIO (77 A 86) Y
(●) % DE CESAREAS ANTERIORES

promedios cercanos al 50%.

Lo primero que se plantea frente a este aumento es si el mismo ha sido realmente beneficioso. Se adujo que el aumento en el número de cesáreas iba acompañado de una disminución en la mortalidad perinatal, lo cual es cierto, pero de ninguna manera dependiente, como queda claramente demostrado si comparamos las estadísticas de Bottoms y col (fig 4), que muestran cómo se cruzan el aumento del índice de cesáreas con la disminución de la mortalidad perinatal, sugiriendo una relación entre ambas, lo cual queda desmentido por las estadísticas de O'Driscoll y col que muestran una caída de la mortalidad, si cabe mayor aún que la de Bottoms, manteniendo cifras estables en las operaciones cesáreas, confirmando así que la caída en la mortalidad perinatal se debe a otras causas (3, 4).

CUADRO III

Parto vaginal en cesareada anterior (Datos de la literatura)

	%	N	+MAT
Hadley	80	40	0
Paul	82	1209	0
Horenstein	89	443	0
Flamm	79	230	0
Mackenzie	76	143	0
Graham	69	242	0
Topolanski	52	205	0

Porcentajes de partos vaginales en pacientes cesareadas anteriores y mortalidad materna.

En nuestro país, Poseiro demostró en el Banco de Previsión Social (fig 5), cómo la mortalidad perinatal va bajando gracias a la mejor asistencia del recién nacido, y que las cifras en aumento de cesáreas comienzan a descender no bien se toman medidas especiales para la indicación de las mismas (5).

También las cifras de descenso en la mortalidad materna se pueden relacionar como lo hizo Bottoms (3) (fig 6) con el aumento del número de cesáreas, sin embargo no deben relacionarse, puesto que la mortalidad por parto es menor que la mortalidad por las complicaciones de la operación.

Nos preguntamos entonces cuál ha sido el determinismo de este aumento en el número de cesáreas. Forzoso será entonces que analicemos primero cuáles son las principales indicaciones de cesárea.

En el cuadro II vemos un resumen de la literatura en los EEUU y en distintas instituciones de nuestro país (6,7). Observamos así que una de las indicaciones más evidentes es la cesárea previa. Hemos analizado esta

CUADRO IV
Resumen de la literatura (8)

	AÑOS	PP	PVCA	%	+MAT	+FET
Lavin	1950-1980	3.214	2.143	67	0	3
Flamm	1980-1984	6.552	5.352	86	0	5
Total	1950-1984	9.472	7.499	79	0	8

PP = Prueba de parto.
 PVCA = Parto vaginal en cesareada anterior.
 +MAT = Mortalidad materna.
 +FET = Mortalidad fetal.

Incidencias de muertes maternas y fetales en 9.472 pruebas de parto en cesáreas anteriores.

CUADRO V

USO DE OXITOCINA

	OXITOCINA	PV	%	RU	+M	+F
Flamm (CI Obst/Gyn 1985; 28: 736)	581	399	69	2	0	0

Resumen de la literatura (1980-1984).

PV = Parto vaginal.
 RU = Ruptura uterina.
 +M = Muerte materna.
 +F = Muerte fetal.

Uso de oxitocina en cesareadas anteriores.

CUADRO VI
Anestesia regional

	PP	PV	EPIDURAL	%
Flamm (CI Obst/Gyn 1985; 28: 736)	1.692	1.159	647	38% (1)

(1) Porcentaje de pacientes sometidas a PP, que recibieron anestesia epidural.

Uso de anestesia peridural en cesareadas anteriores.

situación en nuestra clínica (fig 7) observando cómo hay un aumento paralelo al aumento de cesáreas hasta el bienio 83/84, cómo a partir de entonces se produce un incremento notorio en esta indicación. Vimos también cómo esta indicación por sí sola hace elevar el promedio de cesáreas en nuestra clínica de un 10 a un 13% en 2.200 partos analizados (Cuadro I).

Evidentemente el viejo atorismo de Craigin: "Una vez

cesárea siempre cesárea", sigue vigente, a pesar que fue dicho para la cesárea corporal, que predispone ciertamente a rotura uterina. No pasa lo mismo hoy en día cuando la inmensa mayoría de cesáreas se hacen por incisiones segmentarias transversas.

En el cuadro III aportamos datos tomados de la literatura, que muestran porcentaje de partos vaginales después de cesáreas, sin ninguna muerte materna.

CUADRO VII
Parto vaginal en pacientes con más de dos (2) cesáreas

	Nº	COMPLICACIONES
Martin	19	0
Porreco	21	0 (Oxitocina Epidural)
Wad Hawan	31	0

Fuente: Flamm. *Ci Obst/Gyn* 1985; 28: 736.

En el cuadro IV, tomado del trabajo de Flamm (8), observamos las cifras investigadas por Lavin (9) y por Flamm (8) mostrando cómo sobre 9.472 partos de prueba se obtienen 7.499 partos de vagina (79%) sin ninguna muerte materna.

Se abre aquí otra controversia: ¿Cómo manejar el parto en una cesareada anterior? El temor siempre presente en la cesareada anterior es el riesgo de rotura uterina. Todo dolor referido al pubis o al hipogastrio durante la contracción uterina en el trabajo de parto se interpreta a menudo equivocadamente como inminencia de rotura uterina y ¿cuántas veces al hacer una cesárea con esa indicación se observa que el diagnóstico estaba equivocado y que la cicatriz de la histerectomía anterior estaba intacta y el segmento era más bien grueso? Una juiciosa observación de la evolución del caso unida a una correcta medicación sedante del dolor podrán evitar una cesárea de más.

CUADRO VIII
Efecto de selección en podálicas

% CESAREAS	MORTALIDAD PERINATAL	TRAST. NEUROLOGICOS a los 4 años
17%	0,88	5,4
37%	0,26	2,4

Westgren y col. *Acta Obst Gyn Scan* 1982; 64: 51.

¿Está indicada la oxitocina en una cesareada anterior?

Flamm (8) señala que antes de la era de la monitorización electrónica, los datos sobre utilización de oxitocina en las pruebas de parto en cesareada anterior eran escasos. Sin embargo, entre 1980 y 1984, recoge 581 casos de la literatura de cesareadas anteriores (cuadro V), de las que 399 tienen parto vaginal (69%). Sólo en 2 casos se observaron roturas uterinas con ninguna muerte materna ni fetal. Cita a Elington en un trabajo específico sobre oxitocina que concluye que "no existe aparentemente un aumento de riesgo con el uso de la oxitocina. No hay razón para creer que una determinada presión intrauterina obtenida por oxitocina sea más peligrosa para una cicatriz que la misma presión obtenida espontáneamente."

CUADRO IX
El diagnóstico por monitorización sola no es suficiente, y lleva a un exceso de cesáreas

57%	APGAR 8 - 10	-1 minuto
85%	APGAR 8 - 10	-5 minutos

Peter et al: *Rev Franc Gin Obst* 1982;77:175

Sin embargo conviene tener en cuenta, según Sica Blanco (10) que al comenzar una inducción de parto, las condiciones cérvico-ístmicas pueden no ser iguales a las que se observan en un parto normal y espontáneo que puede haber tenido un largo período de preparto con contracciones de poca intensidad, situación en la cual lenta y progresivamente aquella región se va adaptando a la forma y dimensiones de la presentación.

CUADRO X
Factor humano!!!

TIPO ASISTENCIA	TOTAL PARTOS	CESAREAS	TASA
Guardia	1.030	242	23%
Elección	1.233	579	47%
	2.263	821	36%

Período: mayo/1984 - julio/1985 (14 meses).

Incidencia del tipo de asistencia de parto en el promedio de cesáreas en una institución de asistencia colectiva.

El uso de anestesia epidural también es revisado por Flamm (8) que en una revisión de la literatura que abarca 1692 pruebas de parto, observa que (cuadro VI) el 38% de los casos fueron hechos con anestesia regional sin problemas.

El riesgo mayor estaría en que el dolor de la ruptura uterina podría ser enmascarado por la anestesia: la vigilancia del trabajo de parto con monitorización detecta el sufrimiento fetal, lo cual lo lleva a una oportuna intervención.

En estos 647 casos hubo 2 rupturas uterinas sin muertes maternas ni fetales.

Obviamente la vigilancia del trabajo de parto en cesareadas anteriores, tanto con oxitocina como con anestesia regional debe ser muy estricta, por equipo bien preparado y centro terciario. Otra cosa es el parto en pacientes con más de dos cesáreas, pero también aquí existe poca evidencia objetiva para sostener que múltiples cesáreas predispongan a un riesgo aumentado de ruptura uterina (9).

Como se ve en el cuadro VII, tomada de estos datos de la literatura recogidos por Flamm sobre un total de 40 casos con más de dos cesáreas, no hubo complicaciones.

Distocia

Bajo este acápite se englobarán una serie de trastornos referentes al motor, al móvil y al canal de parto, que a menudo se combinan y configuran en frecuencia la segunda de las indicaciones de cesárea en líneas generales. Muchas veces se trata de errores de diagnóstico (3) que se han resumido de la siguiente manera.

En el período de dilatación, la falta de progreso de la misma o del descenso fetal, dos fenómenos que pueden ser normales, hasta cierto punto, son frecuentemente diagnosticados como desproporción pelvi-fetal (11). Friedman (12) señala que trastornos de la contracción debidos a diferentes causas durante la fase activa, no son tratados adecuadamente. Por último, la terminación arbitraria del parto (3) simplemente porque se admite un período expulsivo muy corto sin verdadera justificación.

Se han propuesto desde hace años diversos modelos de curvas de parto que curiosamente son muy resistidas en nuestro medio por quienes están encargados de la vigilancia del parto. Las más conocidas son las de Philpot y Castle (13), Friedman (12) y Studd (14). En nuestro medio se siguieron los partos en el Servicio de Fisiología Obstétrica cuando lo dirigían Alvarez y Caldeiro con un partograma que fue clásico y después fue utilizado por Sica Blanco en su clínica hasta 1975.

Nosotros retomamos esa costumbre motivando a Martínez Torena (15) que presentó los resultados de las experiencias en el servicio en el IX Congreso Uruguayo de Ginecología y Obstetricia, utilizando el modelo de Philpot con líneas de alarma y de acción. Volvimos a insistir nuevamente con el tema últimamente, pero se presen-

tan dificultades para su aplicación.

Schwarcz (16) en 1987 llevó a Guatemala, la experiencia del CLAP realizando las curvas de alarma según distintas variables, referentes a multiparidad, posición de la paciente, etc.

En este momento, las cifras más bajas de cesárea siguen siendo europeas, en Irlanda, Noruega y Países Bajos, con promedios del 5% aproximadamente.

O'Driscoll y Foley (4) señala que "la naturaleza esencial de nuestra práctica se basa en el reconocimiento del hecho que la distocia es una condición virtualmente confinada a las nulíparas y que la contracción uterina ineficiente es de lejos la causa más común.

Además confiando en el conocimiento que el útero de la nulípara es casi inmune a la ruptura (excepto por maniobras), estas observaciones han llevado a una revaloración completa de actitudes tradicionales sobre las otras dos posibles causas de distocia: desproporción pelvifémica y posiciones posteriores.

Desde un punto de vista clínico, la atención se localiza en un diagnóstico inicial correcto del parto, apreciación de progreso temprano o estimulación efectiva con oxitocina siempre que el avance de la dilatación del cuello sea lento en la nulípara. Se admite en general que la duración del parto no pase de las 12 horas quedando limitados los métodos quirúrgicos a la cesárea y el fórceps bajo, ambos a niveles muy bajos."

Podálica

El parto en podálica sigue siendo materia de controversia y la conducta puede diferir en el embarazo de término y en el parto prematuro. En el embarazo de término, la tendencia es admitir al parto de nalgas como un parto a atenderse por vías naturales siempre que se cumplan algunos requisitos (17).

- 1) Peso probable anticipado menor de 3.500 gramos.
- 2) Pelvis normal.
- 3) Presentación podálica completa con cabeza no deflexionada.
- 4) Atención por obstetra experimentado en la atención de partos en podálica.

El uso juicioso de la cesárea en podálica fue analizado por Westgren y col (18) (cuadro VIII) y evidentemente se logra una mejora en los resultados a corto plazo y mediano plazo seleccionando los casos. En este estudio, manteniendo una tasa de cesáreas del 37% en las presentaciones podálicas, la mortalidad y morbilidad de los partos vaginales era similar a los terminados por cesáreas, cifras que no se alcanzaban si el número de cesáreas disminuía. La conclusión es que en el embarazo de término en podálica la cesárea estaría indicada sólo en algo más de la tercera parte de los casos.

Sufrimiento fetal

Es la cuarta causa involucrada en el aumento del núme-

ro de cesáreas (8). El diagnóstico se ha hecho con mayor frecuencia en los últimos años a partir de la monitorización intraparto y el estudio del pH fetal.

En síntesis lo que se busca es el diagnóstico de hipoxia fetal que condiciona la indicación de cesárea (2). La monitorización fetal a través del estudio de la frecuencia cardíaca fetal y su respuesta a las contracciones uterinas es en realidad sólo uno de los parámetros de la salud fetal y no siempre lo traduce fielmente. La aparición de Dips 2 puede ser el indicador de un sufrimiento en potencia, pero su ausencia no es garantía de salud fetal. En este sentido la medida del pH fetal es un examen directo y más exacto, pero exige determinadas condiciones (bolsa de agua rota, laboratorios adecuados, experiencias clínicas, etc.).

Su implementación no es sencilla y puede significar un riesgo para el feto. Por otro lado la monitorización sola, puede condicionar un aumento en el número de cesáreas si no se manejan adecuadamente los resultados de la lectura de los registros (cuadro IX) (19). No es que se quite valor a la monitorización sino que ésta debe integrarse a un correcto diagnóstico clínico como un instrumento más en el manejo del trabajo de parto.

Ambos exámenes contribuyeron ciertamente a mejorar las condiciones del diagnóstico, pero hasta ahora no se ha demostrado que sustituyan adecuadamente al seguimiento clínico con un buen partograma. Varios trabajos han aparecido últimamente, que señalan no haber diferencia en los resultados perinatales con monitorización o auscultación (20) tanto en fetos de bajo peso como normales.

Factor humano

El último de los factores que se involucran en el aumento en el número de cesáreas, pero no el menos importante, es el factor humano. En realidad, se conceptúa que es tal vez el factor que más ha hecho subir el índice de cesáreas en nuestro medio y su análisis justificaría una nueva comunicación, por lo que sólo mostraremos un dato de una maternidad con más de 2.000 partos al año cuando se hace la distinción entre partos atendidos por el personal de guardia o por los médicos de elección (cuadro X).

Aunque las cifras son altas en ambos grupos, la diferencia es más del doble. Los médicos de guardia tienen un promedio del 23% de cesáreas, mientras los médicos de elección tienen un 47% de cesáreas. Las cifras anuales oscilan alrededor del 36%.

Estas cifras no son privativas de nuestra ciudad: Porreco (21) muestra, con cifras generales mucho más bajas, que las cesáreas atendidas en clínica alcanzan al 4,3% mientras que las privadas llegan al 17,6%.

Este es un problema mundial que amerita un estudio de todos los factores, para llevar otra vez las cifras a valores racionales.

Résumé

A la Clinique Gynécologique "C" de l'Hôpital Pereira Rossell, le pourcentage de césariennes fut étudié depuis 1962 jusqu'en 1986; une hausse soutenue fut observée depuis 1977 et les pourcentages (4% à 11,3%) ont triplé; cela est comparé aux chiffres extrahospitaliers du premier semestre 1987 (28,5%). Cette augmentation fut objet d'une analyse approfondie; on constate alors qu'une des indications des plus évidentes est la césarienne préalable, qui contribue à augmenter 3% le taux annuel (de 10% à 13%). On étudie d'autre part les renseignements fournis par la littérature en ce qui concerne l'emploi d'oxytocine en césariées antérieures et la possibilité de son utilisation sous une adéquate surveillance. Par ailleurs, l'anesthésie péridurale n'est pas contre-indiquée avec un bon contrôle du travail d'accouchement. Les dystociés doivent être bien soignées, surtout chez les primipares, chez lesquelles un diagnostic de bassin et un bon emploi de l'analgésie et de l'oxytocine peuvent éviter des césariennes. La présentation podalique n'aboutit pas forcément à une césarienne; on établit donc en quelles circonstances on doit faire un accouchement normal. La souffrance foetale intra-accouchement, peut être diagnostiquée à l'aide d'un accouchogramme, dont la monitorisation et l'étude du pH foetal constituent des éléments paracliniques valables, cependant pas indispensables. On analyse enfin le "facteur humain" qui probablement est celui qui a fait augmenter le plus le taux de césariennes chez nous.

Summary

A survey is carried out of the rate of cesarean operations at the Gynecologic Clinic "C" of the Pereira Rossell Hospital from 1962 to 1986, a sustained increase being noted starting from 1977, with almost a triplication of rates (4% to 11,3%) as compared with the extrahospital rates of the first semester of 1987 (28,5%). An analysis is conducted of the various elements that may influence the increase: thus it is noted that one of the most obvious indications consists of a previous cesarean affecting the yearly rise by 3% (10% to 13%). A survey is carried out of data derived from the literature regarding the use of oxytocin in previous cesarean sections and its possible use with adequate follow-up. Peridural anesthesia is not contraindicated, either, at tertiary centers with careful control of labor. Dystocias must be well managed, particularly in primiparae where a correct diagnosis of the pelvis plus an adequate management of analgesia and oxytocin may prevent cesareans. The podalic presentation is not an absolute indication of cesarean section, there being set out under what conditions should delivery take place by the lower route. Intradelivery fetal involvement may be diagnosed correctly with the implementation of a parturition chart, monitoring and fetal pH study being supportive of paraclinical elements, although not indispensable. Lastly dealt with summarily is the "human factor" which is regarded, probably, as underlying the rise of the cesarean rate in Uruguay.

Bibliografía

1. **Shlono P, McNellis D, Rhoads G**: Reason for the rising cesarean delivery rates 1978-1984. *Obstet Gynecol* 1987; 69: 696.
2. **DEROM R, PATEL NR, THIERY M**: Implications of increasing rates of cesarean section. In: *Studd J ed Progress in Obstetrics and gynecology*, p 175, vol 6. Churchill y Livingstone.
3. **BOTTOMS SF, ROSEN MG, SOKOL RJ**: The increase in the cesarean section rate. *N Engl J Med* 1980; 302: 599.
4. **O'DRISCOLL K, POLEY M**: Correlation of decrease in perinatal mortality and increase in cesarean section rates. *Obstet Gynecol* 1983; 61: 1.
5. **POSEIRO JJ**: Comunicación personal.
6. **NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH**. Consensus developmental task force statement on cesarean childbirth. *Am J Obstet Gynecol* 1981; 139: 902.
7. **NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH**. Consensus developmental statement on cesarean section childbirth. The cesarean birth task force. *Obstet Gynecol* 1981; 57: 537.
8. **FLAMM BL**: Vaginal birth after cesarean section: controversies old and new. *Clin Obstet Gynecol* 1985; 28: 735.
9. **LAVIN J, STEPHENS R, MODOVIK M et al**: Vaginal delivery in patients with a prior cesarean section. *Obstet Gynecol* 1982; 59: 135.
10. **SICA BLANCO Y**: Comunicación personal.
11. **LUNDY L**: Cesarean section. Cit por (3).
12. **FRIEDMANN EA**: The labor curve. *Clin Perinatol* 1981; 8: 15.
13. **PHILPOT K, CASTLE WN**: Cervicographs in the management of primigravidas. *J Obstet Gynecol Br Commonw* 1972; 79: 592.
14. **STUDD J**: Partograms and nomograms in the management of primigravid labour. *Br Med J* 1973; 4: 451.
15. **MARTINEZ TORENA J**: Comunicación personal.
16. **SCHAWARCZ R, DIAZ G, NIETO F**: Guía para la vigilancia del parto. Partograma con curvas de alerta. Montevideo. (Publicación Científica CLAP nº 1153).
17. **ROSEN WG**: Draft report of the task force on cesarean childbirth. US Dpt of Health and Human Sciences, 1980. Cit por (3).
18. **WESTGREN M, INGERMASON I, AHLSTROM H et al**: Delivery and longterm outcome of very low birthweight infants. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1982; 61: 25.
19. **PETER J, MARTAILLE A, RONAYETTE D et al**: Les indications de la césarienne. A propos de 1000 cas. *Rev Fr Gynecol Obstet* 1982; 77: 175.
20. **LUTHY DA, KIRKWOOD KS, VAN BELLE G et al**: A randomized trial of electronic fetal monitoring in preterm labor. *Obstet Gynecol* 1987; 69: 687.
21. **PORRECO RP**: High cesarean section rate: a new perspective. *Obstet Gynecol* 1985; 65: 307.