

Estado de la cesárea en Chile. Riesgos y beneficios asociados a esta intervención

Hugo Salinas P.⁽¹⁾, Benjamín Naranjo D.⁽¹⁾, Jorge Pastén M.⁽¹⁾, Beatriz Retamales M.⁽²⁾

⁽¹⁾ Departamento de Obstetricia y Ginecología, HCUCh.

⁽²⁾ Sección Medicina Interna, HCUCh.

SUMMARY Chile has one of the highest cesarean rates in the World. Many factors contribute to increase its incidence. Medical literature shows us that even though there are differences in neonatal and maternal outcomes among patients that undergo cesarean or vaginal delivery; evidence, besides the contrast in costs, is not concluding. Disparities between the private sector and the National System of Health Services (SNSS) are unquestionable. The application of regulatory rules and the individualized registry of actions, as well as a system of medical auditory could help lower significantly the numbers of cesareans. The actual state of cesarean in the public sector and some private health institutions is shown. The elevated rate of cesareans does not assure good quality obstetric care. Private sector interventions could be causing unsuitable handling of this situation, which is why they should give detailed information of the factors implied in their obstetric care and perinatal outcomes obtained in order to evaluate the impact of their interventions.

Recibido 07/06/2006 | Aceptado 02/10/2006

INTRODUCCIÓN

El término cesárea es definido como el parto del feto a través de la pared abdominal (laparotomía) y de la pared uterina (histerotomía). Esta definición no incluye la extracción del feto de la cavidad abdominal en los casos de rotura uterina o en los casos de embarazo abdominal.

La Organización Mundial de la Salud en su documento redactado en 1985 “Recomendaciones para la apropiada tecnología del nacimiento - Declaración de Fortaleza”, subraya que “no existe justificación para una tasa de cesárea superior a un 10-15%” y que “se debe favorecer el parto vaginal en pacientes

con antecedentes de cesárea anterior.”⁽¹⁾ No obstante, en los últimos 30 años la tasa de cesáreas ha tenido un aumento progresivo a nivel mundial. A comienzos de la década de los noventa las tasas elevadas de cesáreas eran un fenómeno propio de los países latinoamericanos. En los países estudiados, las tasas de cesáreas fluctuaban entre un 16,8% y 40%. Las mejores condiciones socioeconómicas se asociaron a un más alto número de cesáreas y se estimó que en estos países cerca de 850.000 cesáreas por año eran evitables⁽²⁾. Hoy en día, esta *epidemia* parece haberse extendido al mundo entero. Chile se encuentra dentro de los países con una tasa de cesáreas más alta, alcanzando cifras que se acercan al 40%, con diferencias marcadas entre el sector

público y el sector privado (30% y 60% respectivamente). Desde el año 1990, hasta el año 2000, Chile presenta un aumento desde un 29,7% a un 36,7% como porcentaje total. En el sistema público el número de cesáreas aumentó en un 5% y en el sector privado en un 11%. En los países desarrollados llama la atención la diferencia que existe entre los europeos y asiáticos con los países que comparten una cultura médica, como son Estados Unidos y Canadá, los cuales presentan cifras mayores. Esto podría explicarse por la forma de ver el fenómeno del parto en los países europeos, donde visiblemente existe una corriente que hace énfasis en una forma de ver el nacimiento más natural y menos médica.

Si realizamos una comparación de las cifras nacionales con la de otros países latinoamericanos, sorprende el excesivo número de cesáreas en Chile. Países como Cuba y Uruguay, que comparten tan buenos indicadores de salud perinatal como los nuestros, no sobrepasan el 25% de cesáreas.

Las razones por las cuales las tasas de cesáreas han aumentado en esta magnitud no son del todo explicables. Como se señaló, existen diferencias geográficas; sin embargo, el aumento de las tasas en Latinoamérica es independiente de las causas. Punto de controversia es la relación existente entre el aumento de la tasa de cesáreas y los índices de morbilidad y mortalidad perinatal, presentándose aún incertidumbre acerca de la trascendencia de los riesgos y los beneficios de la intervención⁽³⁾.

Atribuir el fenómeno de las cesáreas a una o algunas pocas causas es desconocer lo complejo del problema. Existen factores culturales, socioeconómicos, médico-legales y biomédicos aceptados internacionalmente como determinantes de la cesárea, pero también aparecen factores locales, muy difíciles de corregir y más aún, de comparar. Los últimos informes respecto del aumento de la tasa de cesáreas señalan que se mantiene como prime-

ra indicación el sufrimiento fetal agudo (22%), seguido de falla de progreso de trabajo de parto (20%), cicatriz de cesárea previa (14%) y presentación podálica (11%)⁽⁴⁾.

El ejercicio de la obstetricia influye en la tasa de cesáreas y la mayor parte de las estrategias utilizadas por diferentes organizaciones de salud se centran en controlar la toma de decisión individual para reducir el número de cesáreas potencialmente evitables, mediante distintas formas de auditoria, y así intervenir y controlar la práctica obstétrica.

A continuación se señalan indicaciones de cesárea y las posibles causas de su aumento en el último tiempo.

CESÁREA ANTERIOR

Determina cerca de la mitad de las indicaciones de cesáreas evitables, argumentado por la duplicación del riesgo de rotura uterina y la mortalidad perinatal cuando la vía de parto es vaginal. En estas pacientes es recomendable medir ecográficamente el segmento uterino. Se realiza a través de una ecografía transabdominal entre las 36 y 38 semanas de edad gestacional, con vejiga llena y midiendo el plano horizontal en interfase vejiga-líquido amniótico.

DISTOCIAS

Grupo que aporta 1/3 de las indicaciones de cesárea. La intervención en este grupo es poco efectiva, pues se trata de un grupo muy heterogéneo de pacientes. En estos casos se justificaría la utilización de una segunda opinión.

PRESENTACIÓN PODÁLICA

Corresponde a aproximadamente al 10% de las indicaciones de operación cesárea. Está absolutamente demostrado que el parto en esta presen-

tación aumenta el riesgo de morbilidad y mortalidad perinatal. Se puede hacer el intento de una versión externa previo al término de la edad gestacional.

SUFRIMIENTO FETAL AGUDO

Cuenta con aproximadamente el 10% de las indicaciones de cesárea. Se ha propuesto la utilización de la oximetría de pulso en el trabajo de parto que permitiría disminuir a la mitad las cesáreas de urgencia.

El aumento de la tasa de cesáreas está relacionado con una serie de situaciones entre las que se incluyen los factores de riesgo, las características demográficas, la complejidad de la institución donde se atiende el parto, la morbimortalidad materna y fetal asociada, la proporción de pacientes referidas, y el riesgo del embarazo. A continuación se enumeran una serie de situaciones que podrían estar explicando el elevado número de cesáreas existentes en nuestro país, además del aumento de las tasas de cesáreas en el resto del mundo:

- Menor cantidad de hijos asociado a un mayor porcentaje de nacimientos en nulíparas.
- Aumento del promedio de edad materna, en especial nulíparas.
- Utilización de la monitorización fetal electrónica.
- Fetos en presentación podálica.
- Disminución de utilización del fórceps y del *vacuum*.
- La práctica de la inducción.
- Incremento de la prevalencia de obesidad durante la gestación.
- Mala utilización de la evidencia.

El objetivo de este texto es presentar los potenciales riesgos y beneficios asociados a la operación cesárea, el estado actual de esta cirugía en algunos centros del sector privado de salud y contrastarlo con el sector público.

RIESGOS Y BENEFICIOS ASOCIADOS A LA OPERACIÓN CESÁREA

Beneficios para la madre

El beneficio más importante para las pacientes sometidas a una cesárea es la potencial prevención de la patología del piso pélvico, reduciendo la incontinencia fecal y de orina y el prolapso uterino. Los estudios indican que el efecto benéfico de la cesárea sobre la incontinencia de orina es significativamente mayor que el del parto vaginal, pero que a largo plazo este efecto va desapareciendo. La duración y el impacto del efecto no están completamente aclarados, especialmente en madres mayores y múltiparas^(3,5). Por otra parte, existe evidencia de que el uso del fórceps en el parto vaginal aumenta el riesgo de desarrollar incontinencia urinaria⁽³⁾. Respecto de la función del esfínter ano-rectal, existe evidencia basada en estudios de casos y controles de que la cesárea electiva se asocia a un menor riesgo de desgarro del esfínter y menor porcentaje de incontinencia fecal en relación a la cesárea de emergencia y al parto vaginal⁽⁶⁾. La realización de una episiotomía media y la utilización del fórceps ha demostrado asociarse a una mayor tasa de lesión esfinteriana. Limitar esta práctica puede reducir la frecuencia de estas complicaciones⁽³⁾. Algunos estudios sugieren que el parto vaginal se asocia a mayores daños en el músculo elevador del ano, el tejido conectivo y lesiones nerviosas⁽³⁾.

Otro potencial beneficio materno relacionado con la cesárea cuando es realizada en forma electiva se asocia a una menor morbilidad y mortalidad⁽⁷⁾.

Beneficios para el feto

Algunos resultados adversos neonatales son menos frecuentes cuando se realiza una cesárea electiva a partir de las 39 semanas de gestación, pero la frecuencia de estos eventos es muy baja. Por ejemplo, las muertes fetales en mayores de 39 semanas de

gestación, antes del parto o en el trabajo de parto, son aproximadamente 2 por cada 1.000 embarazos⁽⁸⁾, y asumir estos riesgos es razonable debido a que estamos previniendo las complicaciones propias de una cesárea. El riesgo de aspiración de meconio y la necesidad de intubación de los recién nacidos es mayor en los embarazos superiores a las 39 semanas en los partos vaginales respecto de las cesáreas electivas⁽⁹⁾.

La cesárea electiva reduce el riesgo de transmisión de varios agentes microbianos como son el VIH, el virus herpes 2, el estreptococo beta-hemolítico grupo B, el virus de la hepatitis B, el virus de la hepatitis C y el virus papiloma humano cuando la madre se encuentra sintomática. Sin embargo, la frecuencia de esta condición es relativamente baja y existe un manejo protocolizado de estas pacientes. Además, desconoce el real impacto que esto tiene en el caso del virus de la hepatitis C y el virus papiloma humano⁽¹⁰⁾.

Los traumatismos del parto como son, las fracturas y las lesiones nerviosas, se reducen en un 50% con el empleo de la cesárea electiva⁽¹¹⁾. Sin embargo, este impacto es mucho menor en las pacientes de bajo riesgo de macrosomía. Cuando es posible limitar la realización de episiotomía media y el uso del fórceps, se puede reducir la frecuencia de este tipo de complicaciones⁽³⁾.

Riesgos para la madre

Las complicaciones quirúrgicas incluyen: infección, hemorragia y lesiones viscerales. La frecuencia de hemorragia asociada a la cesárea electiva es menor respecto de la cesárea de urgencia y el parto vaginal⁽³⁾. La infección es menor para los partos vaginales que para las cesáreas. Sin embargo, éstas no superan el 10% cuando se utilizan antibióticos profilácticos y son menores aún, cuando la cesárea se realiza con membranas intactas y sin trabajo de parto. Las adherencias formadas después de una

cesárea, son una potencial causa de infertilidad y necesita ser evaluada posteriormente⁽¹²⁾. En algunos trabajos, los cuadros depresivos posparto han sido asociados con mayor frecuencia a la cesárea; sin embargo, a los 3 meses posparto no se encuentran diferencias significativas⁽¹³⁾. En cuanto a la fertilidad, existe un estudio que examina la fertilidad posterior a las distintas vías de parto sin encontrar diferencias significativas⁽¹⁴⁾. Estudios de meta-análisis han demostrado que el riesgo de placenta previa aumenta de acuerdo a la paridad y a la existencia de cesáreas previas⁽¹⁵⁾. En cuanto a la rotura uterina, se ha demostrado que su riesgo es mayor en las pacientes con cesárea anterior que presentan trabajo de parto comparado con las pacientes con cesáreas electivas sin trabajo de parto⁽¹⁶⁾.

Riesgos para el feto

Antes de las 39 semanas de gestación, se encuentra una mayor frecuencia de problemas respiratorios, sobre todo en las pacientes con edad gestacional dudosa. Estos riesgos se pueden minimizar al utilizar la amniocentesis y evaluar la madurez pulmonar fetal⁽¹⁷⁾. Los riesgos asociados a los anestésicos, a laceración fetal, a la lactancia pueden ser minimizados tomando las debidas precauciones que se escapen del objetivo de este trabajo.

En las tablas 1 y 2 se presenta un resumen de los principales factores maternos y fetales, con la dirección del efecto y el nivel de evidencia⁽¹⁸⁾.

I. Evidencia mayor:

La evidencia es de estudios sólidos de resultados clínicamente importantes con algunas excepciones. No existe duda sobre los resultados, pudiendo ser generalizados. La muestra de pacientes es importante con buen poder estadístico.

II. Evidencia media:

La evidencia es de estudios sólidos, aunque podría existir alguna falla en el diseño del trabajo

o en el tamaño de la muestra. La evidencia es constante y un poco menor a la tipo I.

los trabajos con mejor diseño son poco concluyentes.

III. Evidencia menor:

La evidencia deriva de pocos estudios y con diseño limitado. Dentro de esta categoría

IV. No existe evidencia:

No existe literatura publicada.

Tabla 1. Resumen de resultados maternos, efecto y fuerza de la evidencia⁽¹⁸⁾

Resultado materno	Dirección del efecto	Nivel de evidencia
Mortalidad materna	Ninguna evidencia de la diferencia entre cesárea y parto vaginal.	II
Infección	Riesgo menor de infección con cesárea electiva que con trabajo de parto o cesárea de emergencia; un riesgo más alto con la cesárea comparado con el parto vaginal.	III
Complicaciones anestésicas	Menor riesgo con parto vaginal con nivel limitado de evidencia.	III
Hemorragia /transfusión	Riesgo más bajo de transfusión con cesárea electiva que con parto vaginal o cesárea de urgencia.	II
Histerectomía	Ninguna evidencia de la diferencia con estudios de bajo poder.	II
Tromboembolismo	Ninguna evidencia de la dirección o magnitud de diferencia.	III
Complicaciones quirúrgicas	Menor riesgo de complicaciones quirúrgicas con cesárea electiva o sin trabajo de parto comparado con nacimientos por cesárea de emergencia o con trabajo de parto. Riesgo más bajo del trauma perineal con cesárea electiva comparado con partos vaginales espontáneos y partos vaginales asistidos.	III
Lactancia	Ninguna evidencia de la diferencia en la duración de lactancia, las revisiones sugieren un riesgo más alto de lactancia artificial para las cesáreas respecto de los partos vaginales.	III
Dolor postparto	Ninguna evidencia de la diferencia.	III
Depresión postparto	Ninguna evidencia de la diferencia; sin embargo, ensayo muestra un efecto psicológico negativo en el grupo de partos vaginales.	III
Otros psicológicos	Riesgo más bajo de experiencia negativa del nacimiento por parto vaginal o cesárea electiva por sobre la cesárea de urgencia o parto instrumental.	III
Estadía hospitalaria	Estadía más larga con las cesáreas electivas o planeadas comparado con el parto vaginal.	II
Incontinencia de orina	Un riesgo menor de incontinencia urinaria con cesárea electiva que con parto vaginal, efecto protector puede disminuir con el aumento de edad, paridad, e IMC.	III
Función ano-rectal	Riesgo más bajo de alteración de la función de ano-rectal con las cesáreas electivas que con el parto vaginal instrumental o cesárea de urgencias. Evidencia inconsistente de la diferencia entre la cesárea y parto vaginal espontáneo.	III
Prolapso	Ninguna evidencia.	IV
Función sexual	Ninguna evidencia de la diferencia.	III
Fertilidad subsiguiente	Riesgos más elevados con toda cesárea, ninguna evidencia confiable de diferencia relevante a cesárea por solicitud materna.	IV
Rotura uterina subsiguiente	Ninguna diferencia en la ruptura uterina asintomática. Ligero riesgo más alto de ruptura sintomática en trabajo de parto comparado con cesáreas electivas repetidas.	II
Placenta previa subsiguiente	Riesgo más alto con cesárea, aumento del riesgo con mayor edad, paridad, y número de cesáreas anteriores.	II
Mortalidad neonatal	Riesgos más elevados con toda cesárea, no hay evidencia confiable de mortalidad en parto siguiente comparado con cesárea por requerimientos maternos.	IV

Tabla 2. Resumen de resultados neonatales, efecto y fuerza de la evidencia⁽¹⁸⁾

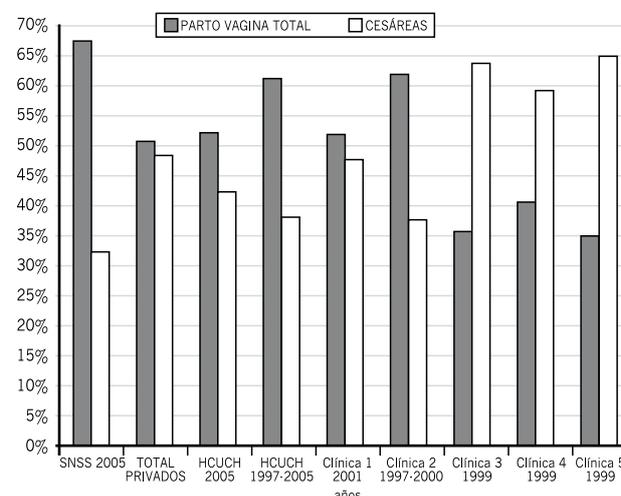
Resultado neonatal	Dirección del efecto	Nivel de evidencia
Mortalidad fetal	Ninguna evidencia de la diferencia	IV
Mortalidad neonatal	Riesgo más alto de la mortalidad neonatal para cesárea que para parto vaginal espontáneo; no existen datos para los embarazos posteriores.	III
Parto prematuro (iatrogénico)	Ninguna evidencia permite la comparación de cesárea y parto vaginal planificado.	IV
Morbilidad respiratoria	Riesgo más elevado de la morbilidad respiratoria con cesárea; disminuye a mayor edad gestacional; ningún estudio evalúa el síndrome espirativo meconial por el modo del parto.	II
Transición	Evidencia escasa de la transición para juzgar la dirección o la magnitud del efecto.	III
Asfixia neonatal/encefalopatía	Evidencia inconsistente del riesgo con cesárea electiva; un riesgo más alto para los partos vaginales instrumentales y cesáreas de emergencia con trabajo de parto que para los partos vaginales.	III
Hemorragia intracraneal	Ninguna diferencia entre cesárea y parto vaginal espontáneo; un riesgo más elevado para parto vaginal instrumental y cesáreas con trabajo de parto que con el parto vaginal espontáneo.	III
Lesión del nervio facial	Ninguna diferencia entre el vacumm o la cesárea con trabajo de parto y el parto vaginal espontáneo; un riesgo más alto para fórceps y/o vacuum que para un parto vaginal espontáneo.	III
Lesión del plexo braquial	Menor riesgo de lesión del plexo braquial para todas las cesáreas que para el parto vaginal espontáneo; un riesgo mayor para el vacuum y/o fórceps que para un parto vaginal espontáneo.	III
Laceraciones fetales	Menos riesgo para cesárea electiva que para cesárea de urgencia.	III
Estadía hospitalaria	Estadía más larga con las cesáreas electivas o planeadas comparado con el parto vaginal.	III
Resultados a largo plazo	Ninguna evidencia	IV

CESÁREAS EN EL SERVICIO PÚBLICO Y PRIVADO DE CHILE DURANTE LOS ÚLTIMOS AÑOS

En Chile existen dos sistemas de salud. El público que corresponde aproximadamente a 2/3 de la población y el privado que concentra la mayor fracción de recursos económicos.

En términos de números de parto, el sistema privado es responsable de aproximadamente 1/4 de los nacimientos, cifra que va en aumento, a pesar de la disminución de la cantidad de pacientes del sector privado. En 1990 se registraron 248.111 nacimientos en el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS). En el año 2005 hubo 165.027 nacimientos, lo que significa una disminución de un 33,48% de los partos atendidos. El fenómeno que está ocurriendo, es un descenso de la natalidad a expensas de una baja de los nacimientos en los estratos socioeconómicos más

bajos, lo que difiere del perfil de la mayoría de los países subdesarrollados. En la Figura 1 se muestra las diferencias existentes entre el SNSS y el sector

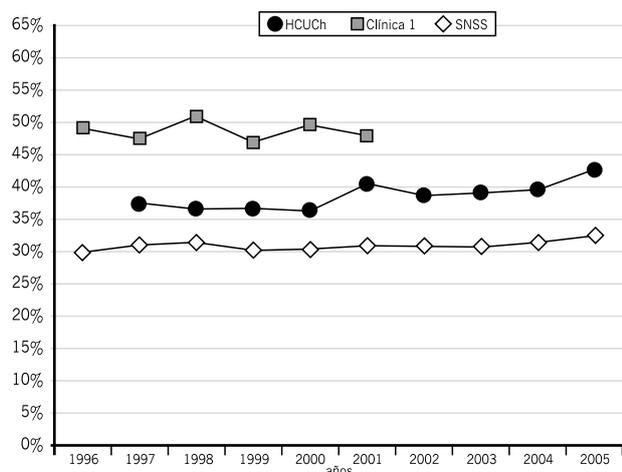


SNSS: Sistema Nacional de Servicios de Salud (sector público)
HCUCH: Hospital Clínico de la Universidad de Chile

Figura 1. Tasas de cesáreas en Chile. Sector público y privado.

privado respecto de las tasas de cesáreas. Otro punto a considerar, es que en el sector privado existen diferencias en el manejo entre el *staff* médico y los médicos externos. Esta diferencia se debería a tres factores a considerar: los primeros poseen mayor tiempo laboral disponible en la institución, se atienen a la normativa técnica reguladora presente en las clínicas y hacen registro individualizado de sus acciones.

En el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, se hizo una revisión de los nacimientos ocurridos durante los últimos años. Además se cuenta con algunas estadísticas actuales pertenecientes a otras clínicas del sector privado de Santiago y a las estadísticas del SNSS de los partos y abortos atendidos por cada Servicio de Salud por mes desde 1997-2005.

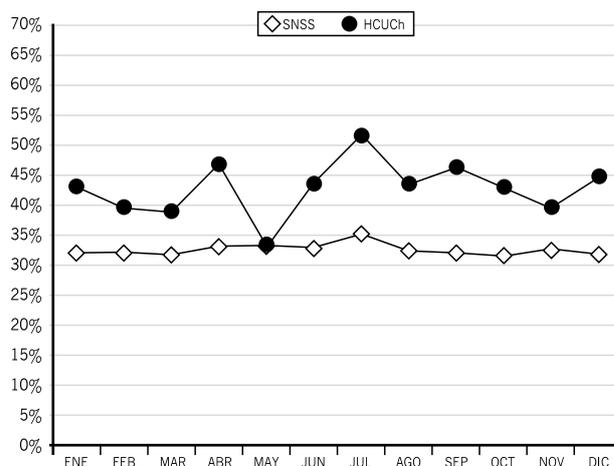


HCUCCh: Hospital Clínico de la Universidad de Chile
SNSS: Sistema Nacional de Servicios de Salud (sector público)

Figura 2. Tendencia de las cesáreas por año. HCUCCh, Clínica 1 y SNSS.

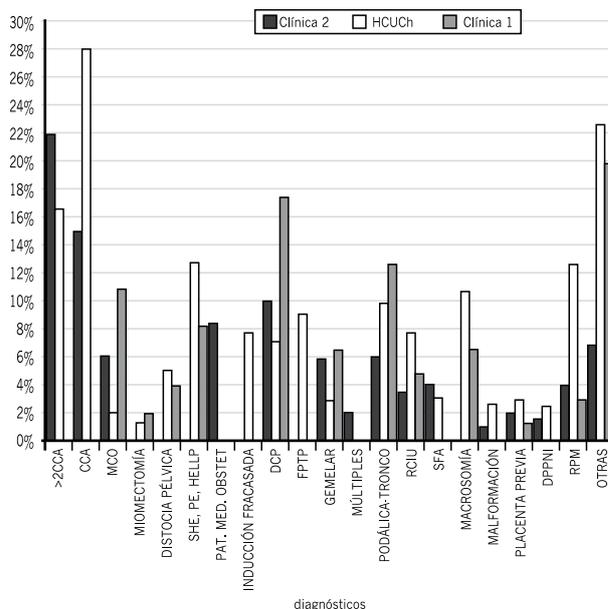
En la figura 2 se muestra la tendencia anual de las cesáreas, comparando el sector público (SNSS) con el sector privado (Clínica 1) y el de un hospital universitario (HCUCCh). La figura 3 muestra la evolución de las cesáreas por mes durante el 2005 en el HCUCCh y el SNSS. Las causas de cesáreas, registradas en el sector privado de salud se muestran en la figura 4.

Se estudiaron específicamente los partos por cesárea ocurridos en el HCUCCh en dos períodos diferen-



SNSS: Sistema Nacional de Servicios de Salud (sector público)
HCUCCh: Hospital Clínico de la Universidad de Chile

Figura 3. Evolución de las cesáreas por mes. Año 2005. SNSS v/s HCUCCh.



CCA Cesárea anterior
MCO Malas condiciones obstétricas
She Síndrome hipertensivo del embarazo
PE Preeclampsia
DCP Desproporción céfalo-pélvica
FPTP Fracaso prueba de trabajo de parto
RCIU Retraso del crecimiento intrauterino
SFA Sufrimiento fetal agudo
DPPNI Desprendimiento prematuro de placenta normoinsera
RPM Rotura prematura de membranas

Figura 4. Causas de cesáreas. Clínica 2, HCUCCh, Clínica 1.

tes posteriores a la aplicación de una auditoría. Para identificar los grupos de pacientes que más contribuyeron al número de cesáreas reportadas, se agruparon

las mujeres según los criterios descritos por Robson y cols.⁽¹⁹⁾ y se presentan en las Tablas 3 y 4.

Tabla 3. Análisis por categoría y gestación

- Todos los embarazos simples, en cefálica, de término.
- Todas las presentaciones distócicas y podálicas.
- Todos los nacimientos prematuros (<37 semanas), simples y en cefálica.
- Todos los embarazos múltiples.

Tabla 4. Análisis por paridad, categoría, curso y gestación

Nulíparas

- Embarazos simples, en cefálica, de término.
- Trabajo de parto espontáneo.
- Trabajo de parto inducido o cesárea antes del parto.
- Resto: presentación podálica, embarazo múltiple, presentación distócica y parto prematuro.

Múltiparas

- Embarazos simples, en cefálica, de término.
- Con cicatriz de cesárea previa.
- Sin cicatriz de cesárea previa.
- Resto: presentación podálica, embarazo múltiple, presentación distócica y parto prematuro con o sin cicatriz de cesárea previa.

La Tabla 5 muestra un incremento significativo del número de cesáreas en el grupo de múltiparas, el cual aumenta de 38,1% en el período 1997-2002 a 42,4% en el período 2003-2005. En el grupo global de pacientes y en nulíparas no hubo diferencias estadísticamente significativas.

En la Tabla 6, que analiza el índice de cesáreas por categoría y edad gestacional en nulíparas y múltiparas, se observa una reducción significativa de cesáreas en los grupos embarazo simple, en cefálica, de pretérmino y todas las mujeres excepto embarazos únicos, en cefálica, de término. Por el

contrario, se evidenció un aumento estadísticamente significativo en el grupo embarazo simple, de término, con feto en cefálica (32,7% en período 1997-2002 v/s 35,5% en 2003-2005).

Al evaluar los resultados del porcentaje de cesáreas en el grupo de nulíparas (Tabla 7), se observa que no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los dos períodos estudiados.

La Tabla 8 analiza el porcentaje de cesáreas en múltiparas, destacando un aumento significativo de cesáreas en embarazo único, de término, con feto en cefálica (33,6% en 1997-2002 v/s 38,6% en 2003-2005) y en aquéllas con cicatriz de cesárea previa (70,1% v/s 81,2%).

DISCUSIÓN

En América Latina, nacen cerca de 11 millones de niños cada año. Un aumento de la tasa de cesárea a partir de un 15% (según lo sugerido inicialmente por la OMS) al 35% observado en los últimos años, representa 2 millones de cesáreas adicionales por año. La diferencia en costos entre un parto vaginal y una cesárea está sobre US\$350 para un país como Chile. En países desarrollados para cada aumento del 1% en la tasa de cesáreas, hay un incremento en los gastos del orden de los US\$9.5 millones. Estas gigantescas sumas de dinero se podrían utilizar para mejorar otras áreas del cuidado materno y del recién nacido y para financiar la investigación necesaria al respecto⁽²⁰⁾.

Aunque el parto vaginal es la forma natural y más frecuente del nacimiento, existe numerosa eviden-

Tabla 5. Índices de cesáreas 1997-2002 y 2003-2005. Todas las mujeres

Grupo de mujeres	1997-2002			2003-2005			p
	Cesáreas	Total	%	Cesáreas	Total	%	
Todas	4982	13290	37,5	1934	4969	38,9	<0,234
Nulíparas	1866	5128	36,4	697	1940	35,9	<0,806
Múltiparas	3099	8129	38,1	1222	2879	42,4	<0,007

Tabla 6. Índices de cesáreas 1997-2002 y 2003-2005. Por categoría y edad gestacional, nulíparas y múltiparas combinadas

Grupo de mujeres	1997-2002			2003-2005			p
	Cesáreas	Total	%	Cesáreas	Total	%	
Todas	4982	13290	37,5	1934	4969	38,9	<0,234
Embarazo simple, cefálica, de término	3766	11521	32,7	1430	4028	35,5	<0,022
Distocias de presentación	438	438	100,0	174	174	100	<1
Embarazo simple, en cefálica, de pretérmino	670	1178	56,9	293	709	41,3	<0,000
Embarazos múltiples	124	155	80	49	62	79	<0,957
Todas menos embarazos simples, en cefálica de término	1216	1769	68,7	504	941	53,6	<0,000

Tabla 7. Índices de cesáreas 1997-2002 y 2003-2005. Por paridad, categoría, curso y edad gestacional. solo nulíparas

Grupo de mujeres	1997-2002			2003-2005			P
	Cesáreas	Total	%	Cesáreas	Total	%	
Todas las nulíparas.	1866	5128	36,4	697	1940	35,9	<0,806
Nulíparas, embarazo simple, en cefálica, de término.	1299	4184	31	493	1602	30,8	<0,884
Nulíparas, embarazo simple, en cefálica, de término, espontáneo.	514	2686	19,1	187	1006	18,6	<0,755
Nulíparas, embarazo simple, en cefálica, de término, inducido o cesárea sin trabajo de parto.	785	1498	52,4	306	596	51,3	<0,805
Nulíparas, de pretérmino, distocias de presentación y embarazos múltiples (todo incluido).	3	4	75	1	1	100	<0,858
Todas nulíparas, excepto embarazos simples, en cefálica, de término, en trabajo de parto espontáneo.	1352	2442	55,4	510	934	54,6	<0,831

cia científica sobre la seguridad y potencial beneficio de la cesárea electiva en las pacientes embarazadas. Frente a la petición de la madre a ser operada existe una gran controversia ética a nivel mundial. A grandes rasgos, la cesárea electiva representa una opción más costosa, pero real.

Tres son las indicaciones para la mayoría de las cesáreas: sufrimiento fetal agudo, distocia y cesárea previa.

El uso correcto de la evidencia ayuda a la aplicación apropiada de las intervenciones médicas.

Existen ciertas recomendaciones para la realización de la operación cesárea en algunos casos determinados. El uso de la versión externa para la presentación podálica, la oximetría de pulso para el diagnóstico de sufrimiento fetal agudo, la solicitud de una segunda opinión en el caso de las distocias y la realización de una ecografía para la medición del segmento en el caso de cesáreas previas son algunas de ellas.

Por otra parte, un sistema de auditoría médica caracterizado por: análisis diario de las causas de cesáreas de las maternidades; segunda opinión

mandatoria para decidir cesárea antes de la intervención; diagnóstico pormenorizado de pelvis objetivada en ficha clínica; auditoría periódica de cesáreas y estandarización de protocolo de conductas frente a presentaciones distócicas, puede ayudar a disminuir en forma significativa el número de cesáreas, sobre todo teniendo el antecedente de haber sido una intervención efectiva en la reducción de la tasa de cesáreas. Si no es posible realizar el ciclo de auditoría completo, por lo menos emplear la segunda opinión, que como describió Althabe y cols logró una reducción global de la tasa de cesárea, previniendo 20 cesáreas por cada 1000 partos hospitalarios, sin afectar la morbilidad materna ni perinatal⁽²¹⁾.

El médico tratante está obligado a darse el tiempo de explicar la información adecuada a sus pacientes, para que ellas evalúen sus necesidades emocionales y sociales, y trabajar en conjunto con ellas para tomar la mejor decisión. Esta decisión cae en última instancia en manos de la paciente.

Para finalizar, las tasas elevadas de cesáreas, no indican necesariamente manejo o servicios de la buena calidad. Las instituciones que tienen más altas tasas de cesáreas deberían aportar una información detallada y rigurosa de los factores relacionados con su cuidado obstétrico y los resultados perinatales alcanzados en relación a la población heterogénea que atienden.

Tabla 8. Índices de cesáreas 1997-2002 y 2003-2005. Por paridad, categoría, curso y edad gestacional. Solo múltiparas

Grupo de mujeres	1997-2002			2003-2005			P
	Cesáreas	Total	%	Cesáreas	Total	%	
Todas las múltiparas	3099	8129	38,1	1222	2879	42,4	<0,007
Múltiparas, embarazo simple, cefálica, de término	2464	7329	33,6	933	2416	38,6	<0,002
Múltiparas, embarazo simple, en cefálica, de término sin cesárea previa.	424	4071	10,4	173	1454	11,9	<0,162
Múltiparas, embarazo simple, en cefálica de término con cesárea previa.	2004	2859	70,1	753	927	81,2	<0,010
Múltiparas, embarazo múltiple, distocia de presentación, de pretérmino con o sin cesárea previa (todas incluidas)	2	2	100	1	1	100	<1

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Appropriate technology for birth. *Lancet* 1985;2:436-7.
2. Belizán JM, Althabe F, Barros FC, Alexander S. Rates and implications of cesarean sections in Latin America: ecological study. *BMJ* 1999;319:1397-400.
3. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health. State-of-the-Science Conference: cesarean delivery on maternal request. *Fed Regist* 2006;71:5341-6.
4. Royal College of Obstetricians and Gynecologist Clinical Support Unit. The National Sentinel Cesarean Section Audit Report. 2001. Disponible en www.rcog.org.uk/mainpages.asp?PageID=805
5. MacLennan AH, Taylor AW, Wilson DH, Wilson D. The prevalence of pelvic floor disorders and their relationship to gender, age, parity and mode of delivery. *BJOG* 2000;107:1460-70.
6. Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN, Thomas JM, Bartram CI. Anal-sphincter disruption during vaginal delivery. *NEJM* 1993;329:1905-11.

7. Lilford RJ, van Coeverden de Groot HA, Moore PJ, Bingham P. The relative risk of cesarean section (Intrapartum and elective) and vaginal delivery: a detailed analysis to exclude the effects of medical disorders and other acute pre-existing physiological disturbances. *Br J Obstet Gynaecol* 1990;97:883-92.
8. Feldman GB. Prospective risk of stillbirth. *Obstet Gynecol* 1992;79:547-53.
9. Alberman E, Blatchley N, Botting B, Schuman J, Dunn A. Medical causes on stillbirth certificates in England and Wales: distribution and results of hierarchical classifications tested by the Office for National Statistics. *Br J Obstet Gynaecol* 1997;104:1043-9.
10. Minkoff H, Chervenack FA. Elective primary cesarean delivery. *NEJM* 2003;10:946-50.
11. McFarland LV, Raskin M, Daling JR, Benedetti TJ. Erb/Duchenne's palsy: a consequence of fetal macrosomia and method of delivery. *Obstet Gynecol* 1986;68:784-8.
12. LaSala AP, Berkeley AS. Primary cesarean section and subsequent fertility. *Am J Obstet Gynecol* 1987;157:379-83.
13. Hannan ME, Hannan WJ, Hodnett ED, Chalmers B, Kung R, Willan A et al. Outcomes at 3 months after planned cesarean vs planned vaginal delivery for breech presentation a term: The international randomized Term Breech Trial. *JAMA* 2002; 287: 1822-31.
14. Krebs L, Langhoff-Ross J. Elective cesarean delivery for term breech. *Obstet Gynecol* 2003;101:690-6.
15. Faiz AS, Ananth CV. Etiology and risk factors for placenta previa: an overview and meta-analysis of observational studies. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2003;13:175-90.
16. McMahon MJ, Luther ER, Bowes WA Jr, Olshan AF. Comparison of a trial of labor with an elective second cesarean section. *NEJM* 1996;335:689-95.
17. Morrison JJ, Rennie JM, Milton PJ. Neonatal respiratory morbidity and the mode of delivery a term: influence of timing of elective cesarean section. *Br J Obstet Gynaecol* 1995;102:101-6.
18. Viswanathan M, Visco AG, Hartmann K, Wechter, ME, Gartlehner G. Cesarean Delivery on Maternal Request. Evidence Report/Technology Assessment No. 133. (Prepared by the RTI International-University of North Carolina Evidence-Based Practice Center under Contract No. 290-02-0016.) AHRQ Publication No. 06-E009. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. March 2006.
19. Robson MS, Scudamore IW, Walsh SM. Using the medical audit cycle to reduce cesarean section rates. *Am J Obstet Gynecol* 1996;174:199-205.
20. Villar J, Valladares E, Wojdyla D, Zavaleta N, Carroli G, Velazco A, et al. Cesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. In press. www.lancet.com DOI:10.1016/S0140-6736(06)687.
21. Althabe F, Belizán JM, Villar J, Alexander S, Bergel E, Ramos S et al. Mandatory second opinion to reduce rates of unnecessary caesarean sections in Latin America: a cluster randomized controlled trial. *The Lancet* 2004;363:1934-40.

CORRESPONDENCIA

Hugo Salinas Portillo
 Departamento Obstetricia y Ginecología
 Hospital Clínico Universidad de Chile
 Santos Dumont 999, Independencia, Santiago
 Fono: 737 5325
 Fax: 737 4415
 Email: hsalinas@redclinicauchile.cl

