

CESÁREA COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

Eder Curo Mamani(1)

(1) *Estudiante del VI año de la Escuela de Medicina. UNJBG*

1. PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

El Perú es uno de los países en donde la tasa de cesáreas se ubica por encima del promedio latinoamericano. Esto preocupa a los organismos internacionales, ya que según recomienda la Organización Mundial de la Salud, este procedimiento debería realizarse sólo en el 15% de los casos.¹

#1: La práctica de cesáreas innecesarias es un problema de salud pública

El aumento en cesáreas coincide con el aumento de nacimientos prematuros y otras complicaciones que afectan a la madre y al bebé, lo que implica un serio problema de salud para el país.¹

#2: En el Perú triplicamos la cantidad recomendada de cesáreas

Las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) exhortan a los países a que la utilización de las cesáreas no exceda del 15% de los nacimientos. Básicamente, de cada diez bebés nacidos en nuestros hospitales, 4 o 5 nacen por cesáreas. Actualmente las cifras se mantienen muy similares. Ninguna razón es válida para una tasa de cesáreas tan perturbadora.¹

#3: El embarazo debe ser atendido como algo natural y no como una enfermedad

El alarmante incremento en la tasa de cesáreas a nivel mundial, refleja la tendencia de ver el parto como un procedimiento puramente médico y a la embarazada como una paciente. En cambio, el embarazo, parto y el postparto urge ser contemplado como un proceso natural, biológico y fisiológico, además de un acto espiritual y de intercambio de amor donde la díada madrebebé debe ser protagonista.

#4: El uso excesivo de la tecnología se ha convertido en un factor agravante

Entre los factores encontrados que han provocado este aumento tan alarmante en cesáreas se encuentran el uso excesivo de la tecnología. Las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud indican que algunas formas de cuidado deberían eliminarse, como:

- No existe justificación en ninguna región geográfica para que más de un 10 al 15% sean por cesárea.
- No existen pruebas de que se requiera cesárea después de una cesárea anterior transversa del segmento inferior. Por lo general deben favorecerse los partos vaginales después de cesáreas.
- No existen pruebas de que la vigilancia electrónica del feto durante el trabajo de parto normal tenga efectos positivos en el resultado del embarazo.
- No está indicado el afeitado de la región púbica ni los enemas.
- Las embarazadas no deben ser colocadas en posición de litotomía. Se las debe animar a caminar durante el trabajo de parto y cada mujer debe decidir libremente la posición que quiere asumir durante el parto.
- No se justifica el uso rutinario de la episiotomía (incisión para ampliar la abertura vaginal)
- No deben inducirse (iniciarse por medios artificiales) los

partos por conveniencia. La inducción del parto debe limitarse a determinadas indicaciones médicas. Ninguna región geográfica debe tener un índice de trabajos de parto inducidos mayor al 10%.

- No se justifica científicamente la ruptura artificial de membranas por rutina.
- El neonato sano debe permanecer con la madre cuando así lo permita el estado de ambos. Ningún procedimiento de observación del recién nacido justifica la separación de la madre.
- Debe fomentarse el inicio inmediato del amamantamiento, inclusive antes de que la madre salga de la sala de partos.
- Deben identificarse las unidades de atención obstétricas que no aceptan ciegamente toda tecnología y que respetan los aspectos emocionales, psicológicos y sociales del nacimiento.¹

#5: La cesárea comparte los riesgos de una cirugía mayor

La cesárea es una cirugía mayor desarrollada para atender o prevenir complicaciones durante el embarazo y el parto. Los riesgos asociados a cualquier intervención quirúrgica de esta índole pueden incluir hemorragias, transfusiones de sangre, embolias (formación de coágulos que evitan el flujo normal de la sangre), infecciones postoperatorias, entre otros.

#6: Si aumentan las cesáreas, aumenta la mortalidad materna y neonatal

Las estadísticas señalan que a una tasa de cesáreas por encima de 15% lleva a mayor riesgo de enfermarse y de muerte para la madre y el bebé.¹

#7: Aumentan los riesgos de enfermarse para el bebé

En un parto por cesárea, los bebés tienen mayores posibilidades de no eliminar el líquido del pulmón, lo que aumentaría las probabilidades de problemas respiratorios en los niños, sobre todo, en aquellos que están en el límite del término del nacimiento.²

Los riesgos de tener serios problemas respiratorios y pulmonares son cinco veces mayores en aquellos bebés nacidos por cesárea que los que nacen por un parto vaginal. Además, existe un riesgo mayor para bebés nacidos por cesárea de contraer enfermedades asociadas a su estadía en unidades de cuidado intensivo neonatal.

#8: Mayor riesgo de infecciones postoperatorias

La posibilidad de que una mujer necesite antibióticos es cinco veces mayor cuando se practica una cesárea en vez de un parto vaginal. Esto responde a infecciones postparto asociadas a la operación. La estadía en el hospital se alarga y la recuperación en el hogar es más lenta.

Aumentan los riesgos de infección y hemorragia. Tanto así, que el riesgo de mortalidad por parto con cesárea es 7 veces mayor que el parto vaginal.

#9: Problemas para lograr una lactancia exitosa

Un riesgo perinatal observado asociado a las inducciones y a las cesáreas innecesarias es un aumento en retrasos en lactancia

exitosa y menos probabilidad de beneficiarse del contacto piel a piel, lo que pone en riesgo no tan solo la salud de la madre, sino también la del recién nacido.¹

#10: La cicatriz emocional puede ser difícil de borrar

Los efectos psicológicos negativos de una experiencia traumática durante el parto (cesáreas e intervenciones innecesarias) tanto para la madre y el bebé como para el resto de la familia han sido estudiados y comprobados. En cambio, el apoderamiento y autoconfianza que experimentan las madres que deciden y se les permite ser las protagonistas de su parto y son apoyadas por su pareja, familiares y amigos hacen de la memoria del parto una experiencia inolvidable y enriquecedora.

¿Por qué se practican tantas cesáreas en Perú y Latinoamérica?

Hay dos factores, el primero es cultural, existe la sensación de que el parto de cesárea es más seguro que el parto vaginal, por lo tanto todo el ambiente sociológico hace que presionen a los equipos médicos a ir a una cesárea versus un parto vaginal”.

Además, en algunos casos se privilegia la comodidad, tanto para los médicos como para los pacientes, al saber la hora y el día en que nacerá el bebé, y todos se programan para eso, en vez de que nazca a una hora poco prudente.

En cuanto al valor, la cesárea es más cara, porque hay más cosas que hacer. Eso es en términos de costos y de quien paga la prestación.²

ENDES 2013 se muestra el porcentaje de partos según el quintil de riqueza. Mientras que sólo el 8,9% de mujeres más pobres se ha realizado una cesárea, la mitad (49,4%) de mujeres más ricas han pasado por este tipo de intervención. De igual manera, cuando se analizan las cifras según el grado de educación tenemos con que las mujeres con educación superior son el sector en el que más partos por cesárea se han realizado (43,3%).²

LAS MADRES PERUANAS Y LAS CESÁREAS

Según nivel de ingresos. Datos para los últimos 5 años

QUINTIL DE INGRESO	% DE CESÁREAS
1	8.90%
2	20.70%
3	27.10%
4	41.70%
5	49.40%

Fuente: ENDES 2013. proexpansión*

2. INCIDENCIA DE CESÁREAS

a. INCIDENCIA MUNDIAL DE CESÁREAS

América latina ostenta el triste privilegio de contar con los índices más altos de partos por cesárea del mundo. Esta tendencia ha sido nuevamente corroborada por una exhaustiva investigación publicada en el British Medical Journal, cuya dirección corrió por cuenta del doctor Belizán. Según el estudio, en América latina se realizan 850.000 cesáreas innecesarias cada año. De los 18 países que analiza este estudio, tan sólo 6 cuentan con índices de cesáreas por debajo del 15% que acepta la Organización Mundial de la Salud (OMS); los restantes se ubican en una tabla que va del 16,8% al 40%.³

Con respecto a la Argentina, su índice de cesáreas (25,4%) sólo es superado en la región por los de la República Dominicana

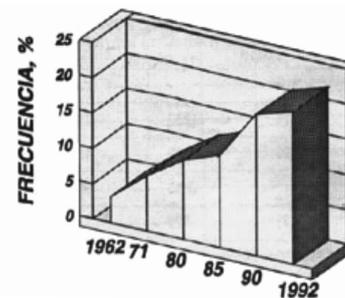
(25,9%), Brasil (27,1%) y Chile (40%). En la ciudad de Buenos Aires, ese tipo de partos representó en 1998 entre un 16,3 y un 28,4% (según cada hospital) de los nacimientos.³

b. INCIDENCIA DE CESÁREAS EN EL PERÚ

“Una cesárea se debe realizar solo si es necesario. El médico debe tener una responsabilidad ética con su paciente”, afirma el doctor Pedro Mascaró, director general del Instituto Nacional Materno Perinatal. Lo dice tranquilo, como si tratara de encontrar las palabras exactas para explicar por qué en las clínicas privadas el número de cesáreas triplica (y cada año aumenta) al de las que se practican en los establecimientos de salud públicos. Mientras que el promedio nacional de estas intervenciones se mantiene hace varios años en 21%, en el sector privado el porcentaje ya supera el 60%.⁴

De acuerdo a la consulta bibliográfica puede advertirse que es distinta la frecuencia de cesárea efectuada en los diferentes establecimientos de salud del Perú. Lo que si está claro es que conforme han pasado los años, la frecuencia de la separación han ido en aumento. La mayor o menor frecuencia de cesárea en los hospitales podemos atribuirlos al tipo de población que se asiste, a la prevalencia de patología, a los procedimientos propios de cada establecimiento de salud y a la calidad de sus profesionales. En el cuadro 1 resumimos estos datos. Si hacemos una proyección hacia los próximos años en los distintos hospitales del Perú resulta preocupante lo que puede suceder con la frecuencia de la operación, hecho muy parecido al que se viene dando en otros países.⁴

FIGURA 1
FRECUENCIA DE CESÁREAS EN EL PERÚ (1962-1992)



c. INCIDENCIA DE CESÁREAS EN TACNA:

TABLA 1
INCIDENCIA DE CESÁREAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA (2006-2013)

AÑO	PARTOS ATENDIDOS	CESÁREAS	PORCENTAJE
2006	3558	1136	31.92 %
2007	3649	1204	32.99 %
2008	3571	1363	38.16 %
2009	3705	1378	37.19 %
2010	3549	1392	39.22 %
2011	3402	1369	40.2 %
2012	3531	1535	43.4 %
2013	3547	1608	45.33 %

3. INDICACIONES DE CESÁREA

a. INDICACIONES DE CESÁREA ELECTIVA:

De acuerdo con la evidencia médica disponible son indicaciones de cesárea electiva:

- Presentación de nalgas, transversa u oblicua: se ofrecerá siempre una versión cefálica externa a las 36 semanas.
- Macrosomía fetal: Se considerará la necesidad de practicar una cesárea electiva cuando el peso fetal estimado sea igual o superior a 5000g. En pacientes diabéticas tipo I cuando el peso fetal estimado sea igual o superior a 4500 g.
- Placenta previa
- Infecciones maternas: gestantes portadoras de condilomas acuminados que afecten extensivamente el canal blando. Pacientes VIH+, afectas de herpes genital.
- Cesárea iterativa: ≥ 2 cesáreas anteriores (riesgo de ruptura uterina del 1,4%).
- Gestantes sometidas a cirugía uterina previa con apertura de cavidad endometrial (miomectomía)
- Cesárea previa con incisión uterina corporal vertical o clásica o histerotomía transversa ampliada en "T": (riesgo de ruptura uterina del 1.6% y 6% respectivamente).
- Compromiso fetal que contraindique la inducción-monitoreización de la FCF del parto: (malformaciones fetales, alteraciones Doppler, alteraciones del RCTG arritmias fetales...)
- Patología médica materna que desaconseje parto vaginal (cardiopatía, riesgo AVC...) 5

En algunos casos de prematuridad, CIR y gestaciones múltiples: dependerá de las circunstancias individuales de cada caso, y se actuará según los protocolos específicos.

b. INDICACIONES DE CESÁREA EN CURSO DE PARTO O DE RECURSO:

La indicación debe constar claramente en la Historia Clínica, se debe informar a la paciente y firmar el consentimiento informado.

En el momento en el que se realice la indicación de cesárea, se informará al anesthesiólogo.5

El motivo para indicar una cesárea de recurso suele ser la distocia:

- Fracaso de inducción: se considerará fracasada una inducción cuando, tras 12 horas de oxitocinaev, no se hayan alcanzado condiciones establecidas de parto (cérvix borrado un 50%, dilatado 2-3 cm, con dinámica uterina activa).
- Parto estacionado: se considerará que el parto está estacionado cuando, habiéndose establecido condiciones de trabajo activo de parto, hayan transcurrido más de 3 horas sin progresión de las condiciones obstétricas (dilatación o borramiento).
- (Proceder según lo expuesto en el protocolo "Asistencia a la gestante en Sala de Partos" en caso de observarse falta de progresión del parto, o distocia de dilatación o descenso).
- Desproporción pelvifetal: se diagnosticará cuando, en situación de dilatación completa, dinámica activa y pujos activos, el punto guía de la presentación no llegue al tercer plano tras un periodo de tiempo que dependerá de la paridad y la analgesia:
- Sin analgesia epidural: 1 hora en múltiparas y 2 horas en primíparas
- Con analgesia epidural: 2 horas en múltiparas y 3 horas en primíparas
- Cesáreas electivas que inician trabajo de parto espontáneo: por ejemplo, presentación podálica o cesárea iterativa.5

Igualmente, también son cesáreas de recurso las malposiciones detectadas durante el trabajo de parto: frente/bregma, etc.5

c. INDICACIONES DE CESÁREA URGENTE / EMERGENTE:

Las indicaciones más frecuentes son:

- Sospecha/pérdida de bienestar fetal
- DPPNI
- Prolapso de cordón
- Ruptura uterina
- Embolia de líquido amniótico5

4. MORBILIDAD ASOCIADA A LA CESÁREA:

a. MORBILIDAD MATERNA

La cesárea tiene una mayor morbilidad y mortalidad materna, dada por las complicaciones infecciosas, hemorrágicas, anestésicas y tromboembólicas, además de un periodo de recuperación y un costo mayor que el parto vaginal.6

- Infecciones. El útero o los órganos cercanos a la zona pélvica, como por ejemplo; la vejiga o los riñones podrían llegar a infectarse.
- Gran pérdida de sangre. La pérdida de sangre o hemorragia promedio provocada por los partos por cesárea es dos veces mayor a la pérdida de sangre propia de los partos vaginales. No obstante, raras veces es necesario recurrir a transfusiones de sangre durante una cesárea.
- Disminución del funcionamiento de los intestinos. A veces, los intestinos trabajan lentamente por varios días luego de haberse sometido a una cirugía, dando como resultado: distensión, hinchazón, y sensación de malestar.
- Complicaciones respiratorias. Algunas veces, la anestesia general puede llegar a provocar neumonía.
- Estadía prolongada en el hospital y periodo de recuperación más largo. La duración promedio de la estadía en un hospital varía de tres a cinco días, mientras que la estadía luego de un parto vaginal sólo es de uno a tres días.
- Reacciones derivadas de la anestesia. La salud de la mamá podría encontrarse en peligro por reacciones inesperadas (tales como: elevación abrupta de la presión arterial) derivadas del uso de anestesia o de otras medicaciones durante la cirugía.
- Riesgo de tener que someterse a cirugías adicionales. Por ejemplo: histerectomía, reparación de la vejiga, etc.
- Desarrollo de coágulos sanguíneos en las piernas, en los órganos que se encuentran en la zona pélvica, o en los pulmones.
- Posibles lesiones en los intestinos o en la vejiga.6

b. MORBILIDAD NEONATAL

El Comité Latinoamericano de Perinatología (CLAP), la Organización Panamericana de Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) han señalado que "el crecimiento de la tasa de cesárea más allá del límite de sus beneficios agrega mortalidad y costos y se transforma de solución en problema".7 Así mismo, establece que "no existe relación en un incremento del número de cesáreas frente a una disminución de la mortalidad materna y perinatal".6

Entre las más destacadas podemos nombrar las siguientes:

- Nacimiento prematuro. Si no se hubiera calculado de manera precisa la fecha del parto, el bebé podría nacer prematuramente.
- Problemas respiratorios. Los bebés nacidos mediante una

cesárea son más propensos a desarrollar problemas respiratorios, tales como: taquipnea transitoria (respiración anormalmente acelerada durante los primeros días posteriores al nacimiento), como resultado de una falla en la evacuación del líquido pulmonar presente hasta el momento del parto asociado posiblemente a una alteración en la actividad del surfactante pulmonar y a la disminución en el grosor de la vasculatura pulmonar en la proximidad a las 40 semanas de gestación.

- Cuentas de Apgar bajas. A veces, los bebés nacidos mediante una cesárea poseen cuentas de Apgar bastante bajas. El bajo conteo podría ser un efecto derivado de la anestesia y del parto por cesárea, o el bebé podría haber estado sufriendo antes de nacer. O quizás, el bebé no ha estado lo suficientemente estimulado como si lo estaría si hubiera nacido mediante un parto vaginal.
- Daño fetal. A pesar de que es sumamente raro, el cirujano podría haber rasguñado accidentalmente al bebé mientras estaba realizando la incisión uterina.⁶

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. 10 datos que debes recordar sobre la cesárea. [Seriada en línea]. Inne-cesarea.org. ; 2011. URL disponible en: <http://www.inne-cesarea.org/desenmascaremos/10-datos-que-debes-recordar/>
2. ¿Parto natural o cesárea? 10 razones que te harán decidirlo. Perú. VidayEstilo. 2012. [Fecha de acceso 06 de julio del 2014]. URL disponible en: <http://vidayestilo.terra.com.pe/mujer/parto-natural-o-cesarea-10-razones-que-te-haran-decidirlo,2556888aacab6310VgnVCM20000099cceb0aRCRD.html>.
3. Epidemia de cesáreas. [Base de datos en línea]. Argentina. Equipo TVCreceer. 2011. [Fecha de acceso 06 de julio del 2014]. URL: <http://http://www.tvcrecer.com/2011/epidemia-de-cesareas/#.VGlykvmG8RE>
4. Luna Amancio, N. Cada año se practican 13 mil cesáreas no justificadas. El Comercio. [en línea]. 2011. [Fecha de acceso 06 de julio del 2014]. URL disponible en: http://elcomercio.pe/lima/sucesos/cada-ano-se-practican-13-mil-cesareas-no-justificadas_1-noticia-757693
5. Grupo del Servei de Medicina Materno Fetal. Protocolo de cesárea. Instituto Clínico de Ginecología, Obstetricia y Neonatología (ICGON). Hospital Clínico de Barcelona. Barcelona - España. 2012.
6. Menacho M. I., Arancibia U. F.L. Cesárea Electiva. Rev. Universidad, Ciencia y Sociedad. Departamento de Investigación, UCEBOL. Santa Cruz – Bolivia. 2010; 2(1): 5-6.
7. Guido Bendezú. A. Cesárea programada y morbilidad neonatal. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2005; 51(4): 143-149.

CORRESPONDENCIA:

Eder Curo Mamani
phantom_12_25@hotmail.com

Recibido: 14/10/2014

Aceptado: 11/11/2014