

Relación entre tasa de cesáreas y mortalidad materna y neonatal

Villar J. Valladares E. Wojdyla D. Lancet 2006; 367:1819-29

Objetivo

Estudiar la relación entre la forma de terminación del parto, el cuidado intraparto y los resultados del embarazo. Obtener estimaciones regionales y de distintos niveles institucionales de diferentes formas de culminación del embarazo y la morbilidad materna y neonatal asociada.

Diseño

Encuesta global con recolección prospectiva de datos.

Métodos

Se realizó un muestreo en etapas estratificado donde se seleccionaron al azar 120 Instituciones de 24 regiones de 8 países de América Latina.

Se obtuvieron datos individuales para todas las pacientes y datos de cada institución, las cuales debían tener más de 1000 nacimientos anuales.

Fueron aleatorizados 8 países de 35 de Latinoamérica, de estos se seleccionaron 410 instituciones de 23 regiones geográficas, de las cuales se aleatorizaron 120 que comenzaron la recolección de datos durante un periodo de 3 meses.

Resultados

Se obtuvo información sobre 97.095 de 106.546 partos (91%). La tasa promedio de cesáreas fue del 33 % (rango 24-43), con un mayor porcentaje en el sector privado 51% (rango 43-57). El porcentaje de cesáreas en las distintas instituciones estuvo asociado a la primiparidad, a la cesárea en embarazos previos y a la complejidad de la institución. Se encontró una asociación positiva entre la tasa de cesáreas y el uso de antibióticos post parto, morbilidad materna severa (hemorragias, transfusiones, aumento de días de hospitalización) y mortalidad aún después del ajuste por factores de riesgos (características demográficas, condiciones médicas generales y asociadas al embarazo y proporción de derivaciones). También se observó un aumento de la mortalidad feto neonatal y del ingreso de los recién nacidos en cuidados intensivos neonatales por 7 o más días, aún después del ajuste por prematuridad.

Conclusiones

Este estudio mostró un incremento marcado en el número de cesáreas en diferentes áreas de América Latina, asociado a una repercusión negativa sobre la morbilidad materna y neonatal.

Fuente de Financiamiento: Organización Mundial de la Salud.

Comentario

En las últimas décadas se evidencia un aumento significativo en el número de embarazos finalizados por operación cesárea a nivel global, tendencia que no se ha visto reducida a pesar de las estrategias implementadas para ello.

En nuestro país el porcentaje actual es cercano al 50 %, con un marcado aumento tanto en el sector público como privado. Entre los factores asociados a tal fenómeno, se describen aspectos médicos, sociales, personales y legales.

Entre los que contribuyen al aumento de la tasa de cesáreas podemos mencionar: el mejor entrenamiento de médicos obstetras y anestesiólogos que la hacen un procedimiento seguro; la falta de entrenamiento en la conducción de los trabajos de parto y en maniobras obstétricas; la organización de los servicios de salud; situaciones obstétricas mal definidas (parto en cesárea anterior, embarazos dobles, desproporción céfalo-pélvica); prevención de trastornos en la incontinencia de orina, prolapsos, disfunción sexual, entre las probables justificaciones medicas. No puede dejar de mencionarse el peso de la medicina defensiva, y la presión de los terceros pagadores tanto en la organización de la atención obstétrica, como en su necesidad por ahorrar costos. Es decir la cesárea como fenómeno cultural no puede explicarse solamente a través de una lente médica¹.

Otras son atribuibles a la percepción, preferencias y demanda de las pacientes: moda, causas sociales, económicas, imagen corporal, sexualidad, esterilización quirúrgica, entre otras.

Esta encuesta nos ofrece una fotografía de lo que ocurre actualmente en Latinoamérica con la vía de nacimiento. Lamentablemente, las medidas de resultados reportadas por los

autores no permiten una sencilla cuantificación e interpretación de la magnitud de las asociaciones halladas. Solo podemos decir que el estudio revela un incremento del porcentaje de cesáreas desde un 15% medido en encuestas anteriores al 35% actual, con un impacto negativo en la morbilidad y mortalidad materna y neonatal, con aumento en el uso de antibióticos post parto, hemorragias y transfusiones de sangre, días de hospitalización materna, muerte fetal, parto pretérmino e ingreso a unidad de cuidados intensivos neonatales. Así, según concluyen los autores, las mayores tasas de cesáreas no se acompañan de mejores indicadores de salud perinatal.

Dentro de este contexto, existen en la actualidad algunas preguntas sin responder, a saber: ¿cuál es el objetivo de la medicina perinatal: alcanzar un porcentaje "correcto" de cesáreas?, u ¿optimizar los resultados maternos y neonatales a corto y largo plazo?, ¿existe evidencia sólida en cuanto a la seguridad del parto vaginal versus la cesárea en cada grupo particular de población? ¿Cuál es la preferencia de los usuarios (pacientes y médicos)?

Conclusiones del Comentarista

Actualmente no existe información de primer nivel sobre cuál es el método más seguro y efectivo para finalizar el embarazo. Diversos intentos por reducir la tasa de cesárea también han demostrado aumentar la morbilidad materna y neonatal. Los resultados hallados en la literatura son controvertidos, variando con las características de la población asistida.²

Gustavo Izbizky, José Saadi [Obstetricia.Hospital Italiano Buenos Aires.]

Izbizky G. Saadi J. Relación entre tasa de cesáreas y mortalidad materna y neonatal. Evid. actual. práct. ambul. 2006;(9):6): 171. Comentado de: **Cesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America.** Villar J.; Valladares E.; Wojdyla D.; Zabaleta N.; Carroli G.; Velazco A.; et al. Lancet 2006; 367:1819-29. PMID: 16753484.

Referencias

1. Paterson-Brown S. Should doctors perform an elective caesarean section on request? Yes, as long as the woman is fully informed. BMJ. 1998; 317(7156):462-2. Amu O, Rajendran S, Bolaji II. Should doctors perform an elective caesarean section on request? Maternal choice alone should not determine method of delivery. BMJ. 1998; 317(7156):463-5.