

El rol histórico de la cesárea y su relación con la mortalidad materna

Cristina M. Olivares-Albornoz^{1,2*}

¹Salud Colectiva, Universidad Los Lagos, Sede Puerto Montt; ²Programa Salud de la Mujer, Secretaría Regional Ministerial (SEREMI)-Salud Los Lagos, Ministerio de Salud. Los Lagos, Chile

Resumen

Antecedentes: Existe consenso en que la cesárea ha sido fundamental en la disminución de la morbimortalidad materno-infantil, sin embargo, desde 1985 expertos consultados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), concluyeron que la tasa ideal de cesáreas debe oscilar entre el 10 y el 15%. La proporción real actual supera ampliamente lo recomendado. El último informe de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), publicado en enero de 2019, señala a Chile en el tercer lugar con mayor porcentaje de cesáreas. Este dato es preocupante, ya que el exceso de intervenciones quirúrgicas vs. parto normal se asocia a un aumento de la morbimortalidad materna y a un mayor riesgo para el recién nacido. **Objetivo:** Revisar los porcentajes de cesáreas en las muertes maternas, tanto en establecimientos públicos como privados de la región de Los Lagos, Chile, y detectar si existe una asociación entre cesáreas y mortalidad materna. **Resultados:** Se puede apreciar una relación entre las cesáreas y las muertes maternas.

Palabras clave: Cesárea. Mortalidad materna. Indicador de salud. Servicio quirúrgico.

The historical role of cesarean section and its relationship with maternal mortality

Abstract

Background: There is consensus that cesarean section has been essential in reducing maternal and child morbidity and mortality, however, since 1985 experts consulted by the World Health Organization (WHO), concluded that the ideal rate of cesarean sections should range between 10 and 15%. The current and real proportion exceeds what is recommended. The latest report from the Organization for Economic Cooperation and Development (OECD), published in January 2019, places Chile in third place with the highest percentage of cesarean sections. This data is worrying since the excess of surgical interventions vs. normal delivery is associated with increased maternal morbidity and mortality and increased risk to the newborn. **Objective:** To review the percentages of cesarean sections in maternal deaths, both in public and private establishments in the Los Lagos region, Chile, and to detect if there is an association between cesarean sections and maternal mortality. **Results:** A relationship between cesarean sections and maternal deaths, can be seen.

Keywords: Cesarean section. Maternal mortality. Health indicator. Surgical service.

Correspondencia:

*Cristina M. Olivares-Albornoz

E-mail: cristina.olivares27@gmail.com

Fecha de recepción: 11-09-2020

Fecha de aceptación: 06-03-2022

DOI: 10.24875/PER.20000020

Disponible en internet: 06-07-2022

Perinatol Reprod Hum. 2021;35(3):99-103

www.perinatologia.mx

0187-5337/© 2022. Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. Publicado por Permayer. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La cesárea, que surgió como un recurso obstétrico para disminuir la mortalidad materna^{1,2}, paradójicamente está siendo cuestionada porque su uso excesivo es un factor de riesgo para tal mortalidad³. A lo largo del tiempo, un proceso natural como es el parto se fue medicalizando, sumando los riesgos inherentes a un procedimiento quirúrgico invasivo³⁻⁸.

Esta intervención quirúrgica tiene una larga presencia en la historia de la medicina. Probablemente deba su nombre a la *lex Cesar* que se promulgó en Roma, 700 a.C., que concedía el derecho a la vida del feto una vez fallecida la madre⁹.

La intervención ya se menciona en textos de medicina de la Edad Media de la India, como medio de finalizar los partos que no podían continuar por vías naturales (Vagbhatta, 700 a.C., Sushruta, 600 a.C. y Chareka Samhit, 200 a.C.)^{10,11}.

François Rousset, médico francés experto en cirugías, cerca del año 1561 se aventuró en practicar cesáreas, aunque no existen evidencias de que fueran exitosas¹².

En 1799 Barlow hizo en Inglaterra la primera operación cesárea de la que existe registro de supervivencia materna⁴.

La Facultad de Medicina de la Universidad de Chile se fundó en 1842, y en 1887 esta inauguró la cátedra de ginecología y ginecología clínica¹³. La especialización se hacía cada vez más necesaria por la alta mortalidad materna en Chile, entre otras causas, por hemorragia de las parturientas y fiebre puerperal.

Se estima que el incremento de la cobertura de la atención profesional del parto, incluyendo la realización de cesárea, contribuyó sustantivamente a la disminución de la mortalidad materna y neonatal observada en Chile.

Sin embargo, ya en el año 1985, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reunió a un Comité de expertos que concluyeron que tasas superiores al 10% no se asociaban a una reducción de la mortalidad materna o de los recién nacidos. Más bien el transformar a la madre en una paciente cursando un periodo postoperatorio se constituye como un obstáculo importante para el establecimiento del apego madre-hijo, y como un inconveniente para el inicio de la lactancia materna^{14,15}.

En 1997, el Programa Salud de la Mujer del Ministerio de Salud de Chile, en su Anexo 1, incluye las 16 recomendaciones para la apropiada tecnología del nacimiento de la OMS (1985), que menciona en el punto 4: «No

existe justificación en ninguna región geográfica específica para tener más de un 10-15% de cesáreas»¹⁶.

Pese a todas las recomendaciones, de acuerdo con un informe de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, en enero de 2019 Chile contó con un 47.7% de cesáreas por cada 100 nacimientos y sin embargo, es ahora el tercer país con más cesáreas detrás de Turquía (53.1% cesáreas por cada 100 nacimientos) y México (48.7%).

En este mismo informe, países como Suecia, Noruega, Finlandia e Islandia se mantienen en los últimos lugares del *ranking* con tasas que no superan el 16% nacimientos por esta vía, muy cerca de la recomendación de la OMS.

Las tasas de cesáreas en Chile son muy elevadas, especialmente en clínicas privadas. Si bien es una técnica necesaria en determinados casos, muchas veces se practica en forma innecesaria¹⁷, poniendo en riesgo la salud de la madre y del hijo¹⁸. Existe mayor riesgo de prematuridad⁸, complicaciones respiratorias en el recién nacido⁸, mayor riesgo de internación prolongada en terapia intensiva neonatal y muerte neonatal⁸, complicaciones placentarias en un segundo embarazo¹⁷, retraso en el primer contacto madre-hijo con efectos psicológicos para ambos y dificultad en establecer la lactancia materna; también aumenta el riesgo materno de infección, transfusiones de sangre, histerectomía, estadía hospitalaria prolongada, ingreso a terapia intensiva y hemorragias y muertes maternas¹⁹.

Ante esta situación, y considerando que la cesárea no siempre se debe a razones puramente médicas, se requiere una normativa que oriente al uso de criterios universales y objetivos²⁰, especialmente ante la solicitud materna de intervención quirúrgica.

En esta revisión se analiza el porcentaje de cesáreas en la región de Los Lagos, Chile, y su posible asociación con mortalidad materna, tanto en establecimientos públicos como en los privados.

Metodología

Se trata de una investigación de enfoque cuantitativo y de carácter descriptivo que busca evidenciar los porcentajes de cesáreas tanto en clínicas privadas como en los hospitales del sistema público de salud, durante el año 2018, en la región de Los Lagos, Chile, que permite además la comparación entre la información del sistema público y del sistema privado, y a la vez da cuenta del número de muertes maternas por establecimiento, con su respectiva causal, que busca determinar si existe relación entre cesáreas y mortalidad materna.

La información se obtiene por tres vías. Por una parte, desde el DEIS (Departamento de Estadística e Información en Salud) del Ministerio de Salud (MINSAL) de Chile se extrae la información del número y porcentaje de partos y cesáreas en hospitales públicos (Tabla 1); segundo, se solicita información similar a las clínicas privadas de la región (Tabla 2), y por último, se obtiene la información de las auditorías a las muertes maternas ocurridas en la región, de competencia de la SEREMI de Salud Los Lagos.

Resultados

Los porcentajes de cesáreas son mucho más altos que lo recomendado por la OMS y el MINSAL, tanto en establecimientos públicos como en los privados, pero significativamente mayor en las clínicas privadas.

Es llamativo que, de acuerdo con la enorme proporción observada, especialmente en clínicas privadas, el recurrir a la cesárea como mecanismo de parto se ha normalizado también en la región de Los Lagos, tanto en la población en general como entre los médicos.

Para establecer si existe relación de esta práctica con el riesgo observado con la muerte materna en nuestra región es necesario, en primer lugar, definir el concepto que sustenta el indicador de mortalidad materna: es la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la finalización del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

Por la importancia de este indicador en salud pública, el MINSAL ha establecido la obligación de examinar mediante una auditoría todas las muertes maternas ocurridas en el país. El objetivo principal es «determinar el perfil epidemiológico de la mortalidad materna a nivel local, regional y central, detectando las áreas críticas con el fin de establecer estrategias de mejoramiento de la calidad de la atención y reducir las muertes evitables» (Norma técnica N.º 100 de septiembre del 2007 y sus readecuaciones de 2012)²².

Estas auditorías se realizan al 100% de las muertes maternas ocurridas en la región de Los Lagos, y son responsabilidad del Comité regional de muerte materna, que dirige la SEREMI de Salud de la región. El análisis de ellas arroja que del 2013 al 2019 ocurrieron siete muertes maternas: cuatro de las siete ocurrieron en el puerperio inmediato en púerperas cesarizadas

Tabla 1. Porcentaje de cesáreas del total de partos en hospitales públicos, región de Los Lagos, 2016

Hospitales públicos 2016	n	Porcentaje
Servicio de Salud Osorno		
N.º total partos	2,128	66%
Parto normal	1,400	34%
Cesáreas	728	
Servicio de Salud del Reloncaví		
N.º total partos	4,208	
Parto normal	2,912	69.2%
Cesáreas	1,296	30.8%
Servicio de Salud de Chiloé		
N.º total partos	1,991	
Parto normal	976	49%
Cesáreas	1,015	50.1%

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud-Ministerio de Salud de Chile²¹.

Tabla 2. Porcentaje de cesáreas en clínicas privadas, región de Los Lagos 2016

	Clínica 1	Clínica 2	Clínica 3
N.º total de partos	1,018	765	1,337
Parto normal	245	467	382
Cesáreas	773	298	925
% de cesáreas	75.90%	39%	69.30%

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud-Ministerio de Salud de Chile²¹.

(57.14%), por hemorragia posquirúrgica (auditorías muerte materna MINSAL) (Tabla 3).

Esta realidad es preocupante, y ante ella es pertinente analizar los múltiples factores que contribuyen a aumentar innecesariamente la frecuencia de cesáreas, tales como la necesidad de reducir la morbilidad y mortalidad neonatal, el riesgo de demandas medicolegales, el interés por mayores honorarios médicos, la comodidad del profesional para elegir fechas y horarios y la solicitud/exigencia materna por comodidad o desconocimiento de los riesgos²⁰.

Se está a la espera de que entre en vigencia una nueva normativa MINSAL: la Norma para el monitoreo y la indicación de cesáreas, cuyo objetivo es definir las remisiones de estas según sus causas y disminuir sus porcentajes. Requiere designar un médico responsable por institución, crear un Comité nacional de monitoreo de cesárea, difundir y aplicar la Guía perinatal y utilizar para el análisis la clasificación de

Tabla 3. Auditorías de muertes maternas, región de Los Lagos 2013-2019

Año de fallecimiento	Lugar de fallecimiento	Diagnóstico	Observaciones
2013	Clínica privada	<i>Shock</i> hipovolémico	Puérpera cesárea reciente
2014	Hospital público, Santiago	Hemorragia intracerebral. Embarazo de 27 semanas. Eclampsia. Insuficiencia renal aguda	
2015	Clínica privada-Hospital público	Paro cardiorrespiratorio recuperado. Encefalopatía hipóxica isquémica. <i>Shock</i> hipovolémico	Puérpera cesárea reciente
2016	Hospital público-Clínica privada	Eclampsia. Embarazo 26 semanas. Obesidad mórbida	
2016	Hospital público	Cáncer de colon avanzado	
2017	Hospital público	<i>Shock</i> cardiogénico. Cáncer pulmonar atapa IV. Observación tromboembolia masiva pulmonar	Puérpera cesárea reciente
2019	Clínica privada	<i>Shock</i> hipovolémico. Anemia severa	Puérpera cesárea reciente

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud-Ministerio de Salud de Chile²¹.

Robson-OMS²³. La aplicación del modelo de Robson es fácil y útil para identificar a las mujeres, los procedimientos y las prácticas posiblemente susceptibles y prioritarias de intervenir, facilita los análisis locales entre pares, se inclina por una proporción racional de cesáreas adaptadas a las condiciones propias de la institución y de las mujeres atendidas en ella^{3,10}.

Discusión

En la región de Los Lagos se aprecia una relación entre las cesáreas y las muertes maternas. Sobre todo, en el puerperio inmediato.

Al ser muchos los factores que influyen para mantener las altas tasas de cesáreas, más aun en clínicas privadas, el problema no es simple de abordar. Ante la necesidad de disminuir el riesgo materno y perinatal que es determinante, se debe unificar el criterio médico en la elección de la cirugía vs. el parto normal para disminuir la controversia en su indicación. Esto pasa por una normativa ministerial. Además, se debe considerar mayor capacitación y pasantías a nuevos especialistas, especialmente a aquellos que se desempeñan en centros más apartados.

Al existir criterios estandarizados, se disminuyen las intervenciones quirúrgicas realizadas por razones económicas o de comodidad. Estos criterios deben orientar a que se establezcan guías y protocolos que eviten las inducciones de parto innecesarias, que originen una cesárea por fracaso de inducción, que faciliten la permanencia de médicos durante el trabajo de parto, y que establezcan una auditoría entre pares de las cesáreas realizadas en turno anterior.

Por otro lado, y no menos relevante, está la voluntad materna. Es cierto, la mujer puede decidir, pero siempre se le deben comunicar los riesgos que implica la cesárea. El establecimiento debe informar por escrito claramente sus posibles complicaciones, tanto para la salud materna como para el recién nacido, lo que debe constar en la ficha clínica.

Financiamiento

La presente investigación no ha recibido ninguna beca específica de agencias de los sectores públicos, comercial o con ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

La autora declara no tener conflicto de intereses.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. La autora declara que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. La autora declara que ha seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. La autora ha obtenido la aprobación del Comité de Ética para el análisis y publicación de datos clínicos obtenidos de forma rutinaria. El consentimiento informado de los pacientes no fue requerido por tratarse de un estudio observacional retrospectivo.

Bibliografía

- Lossio J, Iguñiz R, Robledo P. Por el bien de la nación: discursos científicos en favor de la medicalización del parto en el Perú, 1900-1940. *Hist Cienc Saude-Manguinhos*. 2018;25(4):943-57.
- OMS, UNICEF, UNFPA, Grupo del Banco Mundial y División de Población de las Naciones Unidas. Evolución de la mortalidad materna: 1990-2015. Estimaciones de la OMS, el UNICEF, el UNFPA, el Grupo del Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas [Internet]. Organización Mundial de la Salud; diciembre de 2015. Disponible en www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-015/es
- Organización Mundial de la Salud. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Resumen ejecutivo [Internet]. Organización Mundial de la Salud; abril de 2015. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.pdf
- Lugones M. La cesárea en la historia. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2001;27(1):53-6.
- Anaya A, Londono F, Pérez L, Ortiz R. Caracterización de las pacientes llevadas a cesárea según modelo de Robson y exploración de factores asociados en gestantes atendidas en el hospital Universitario San José de la ciudad de Popayán-Colombia. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2016;82(5):491-503.
- Nápoles D, Piloto M. Consideraciones actuales sobre la operación cesárea. *Medisan*. 2012;16(10):1579-95.
- Magne F, Puchi Silva A, Carvajal B, Gotteland M. The elevated rate of caesarean section and its contribution to non-communicable chronic diseases in Latin America: The growing involvement of the microbiota. *Front Pediatr*. 2017;(5):192.
- Furzán J. Nacimiento por cesárea y pronóstico neonatal. *Arch Venez Puer Ped*. 2014;77(2):79-86.
- Sarduy M, Molina L, Tapia G, Medina C, Chiong D. La cesárea como la más antigua de las operaciones obstétricas. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2018;44(2):1-18.
- Cruz y Hermida J. La cesárea en la mitología, la prehistoria y en las culturas primitivas. *SEGO, Boletín informativo*. 2017;44:62-7.
- Sedano M, Cedano C, Sedano R. Reseña histórica e hitos de la obstetricia. *Rev Med Clin Condes*. 2014;25(6):866-73.
- Álvarez Vázquez J. Cesárea. *Rev Hum Med*. 2009;9(3).
- La asistencia médica del parto en Chile, 1834-1940 [Internet]. Memoria Chilena, Biblioteca Nacional de Chile [consultado: 18 de diciembre de 2019]. Disponible en: <http://www.memoriachilena.gob.cl/602/w3-article-672.html#cronologia>
- Belizán J, Althabe F, Cafferata M. Health consequences of the increasing caesarean section rates. *Epidemiology*. 2007;18(4):485-6.
- Segovia M. Parto por cesárea. *An Fac Cienc Med (Asunción)*. 2015;48(1):23-40.
- Ministerio de Salud. Programa Salud de la Mujer 1997 [Internet]. Chile: Ministerio de Salud [consultado: 18 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/Programa-de-Salud-de-la-Mujer-1997.pdf>
- Magne F, Puchi Silva A, Carvajal B, Gotteland M. Incrementos de la tasa de cesáreas en Chile: implicancias en salud, desde la mirada de los pediatras [Internet]. Sociedad Chilena de Pediatría; 2017. Disponible en: https://sochipe.cl/v3/esteto_articulo_solo.php?id=1006
- Donoso E, Carvajal C, Jorge A. El cambio del perfil epidemiológico de la mortalidad materna en Chile dificultará el cumplimiento del 5.º objetivo del Milenio. *Rev Med Chile*. 2012;140(10):1253-62.
- Zuleta J, Quintero F, Quiceno A. Aplicación del modelo de Robson para caracterizar la realización de cesáreas en una institución de tercer nivel de Atención en Medellín, Colombia. Estudio de corte transversal. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2013;64(2):90-9.
- Ruiz J, Espino S, Vallejos A, Durán L. Cesárea: tendencias y resultados. *Perinatol Reprod Hum*. 2014;28(1):33-40.
- Ministerio de Salud de Chile [Internet]. Chile: Departamento de Estadísticas e Información de Salud [consultado: 5 de septiembre del 2019]. Disponible en <https://deis.minsal.cl/sistemas-de-informacion/REMestadisticas>
- Norma Técnica 100 del Ministerio de Salud de Chile [Internet]. Chile: Ministerio de Salud. Disponible en: <http://www.deis.cl/wp-content/uploads/2012/07/Untitled001.pdf>
- Carreño B, Castillo V, Aichele D, Marshall M, Cáceres D, Vesperinas G, et al. Tasa de cesáreas según la clasificación de Robson: Análisis comparativo entre dos hospitales universitarios. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2018;83(4):415-25.