

Análisis

Medwave Año XII, No. 3, Marzo-Abril 2012. Open Access, Creative Commons.

Perfil epidemiológico de la cesárea en Chile en la década 2000-2010

Autor: Eghon Guzmán⁽¹⁾

Filiación: ⁽¹⁾Chilean Section Chair of ACOG

Correspondencia: eguzmanb@gmail.com

doi: <http://dx.doi.org/10.5867/medwave.2012.03.5331>

Ficha del Artículo

Citación: Guzmán E. Perfil epidemiológico de la cesárea en Chile en la década 2000-2010. *Medwave* 2012

Mar/Abr;12(3) doi: 10.5867/medwave.2012.03.5331

Fecha de envío: 16/1/2012

Fecha de aceptación: 21/2/2012

Fecha de publicación: 1/3/2012

Origen: solicitado

Tipo de revisión: con revisión externa por pares

Resumen

El porcentaje de cesáreas es un indicador de la calidad de la atención obstétrica, y en Chile este porcentaje ha ido en aumento la última década, por lo tanto es perentorio implementar estrategias para este objetivo, tarea no fácil por el carácter multifactorial de este fenómeno.

Abstract

Cesarean rate is an indicator of the quality of Obstetric and Perinatal care. In Chile this rate has increased over the last decade, so it is imperative to implement strategies to this end, not an easy task because of the multifactorial nature of this phenomenon.

Breve historia de la cesárea

La cesárea es un procedimiento quirúrgico antiguo: según los historiadores ya era conocido en el año 715 AC. La "Lex Caesarea", ley romana dictada por Numa Pompilio, prescribía su uso como una manera de sacar al bebé del vientre de la madre, cuando ésta acababa de morir. La leyenda dice que el emperador Julio César nació mediante una operación en el año 100 AC y que en su honor deriva el nombre.

El término *caesarea* podría derivar del verbo latino *caedere* que significa "cortar, efectuar una fisura". Lo más probable es que sea una combinación de ambas. Las primeras operaciones por cesárea con resultado de madre-bebe vivos ocurrió por los años 1500 en Suiza.

En los siglos XVII y XVIII cayó rápidamente en descrédito por su alta mortalidad materna. En la segunda mitad del siglo XIX en Gran Bretaña e Irlanda la mortalidad materna bordeaba el 85%. En 1882 Max Sanger escribió un tratado que describe el empleo de suturas internas prácticamente igual a como se realiza hoy, lo que conocemos como "cesárea clásica".

Durante el siglo pasado, la cesárea fue aumentando su incidencia con mejores resultados y mayor éxito gracias a la aparición de la terapia con antibióticos, desarrollo de la

anestesiología, mejora en las técnicas quirúrgicas, mejores materiales de sutura y el desarrollo de la neonatología, que permitió un mejor rescate de los recién nacidos.

La cesárea, que históricamente fue concebida para salvar la vida de la parturienta, se va convirtiendo en un procedimiento quirúrgico para salvar la vida del recién nacido.

Incidencia de la cesárea

El aumento de la incidencia de un 1% en los inicios del siglo XX a alrededor de un 20-25% en la actualidad en Estados Unidos y Canadá, han llevado a la Sociedad Canadiense de Obstetras y Ginecólogos (SOGC) y al Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) a implementar estrategias destinadas a disminuir el número de cesáreas, ya que la incidencia de cesáreas es considerada un indicador de la calidad de la atención materna perinatal.

Una investigación más o menos reciente realizada en diferentes regiones, encuentra que la tasa global de cesáreas para América Latina es de un 35%¹. En este mismo estudio existen amplias variaciones en las tasas de cesárea que van de un 2% en Haití a un 36% en Brasil y

37% en Chile. La OMS ha señalado que la tasa óptima debe estar en 15%.

El sistema público chileno cuenta con un departamento de estadística e informática que nos permite evaluar fehacientemente las acciones en salud. En Chile, en el sistema público la cesárea representó un 37% al año 2010². En el sistema privado correspondería a un 66% (Tabla I y Figuras 1-4).

Año	Total Partos	Nº Cesáreas	%
2001	191.024	58.573	30,7
2002	184.291	56.596	30,7
2003	176.947	54.636	30,9
2004	168.278	53.191	31,6
2005	165.796	53.746	32,4
2006	162.543	54.806	33,7
2007	164.921	57.192	34,7
2008	166.912	59.534	35,7
2009	171.810	62.543	36,4
2010	171.405	63.466	37,0

Fuente: DEIS

Tabla I. Porcentaje de cesáreas en el sistema público chileno 2001-2010

Figuras 1-4.

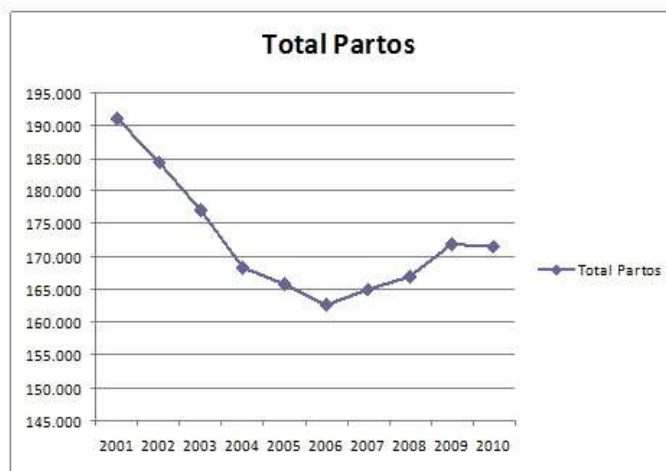


Figura 1. Total de partos en el Sistema Público Chileno 2001-2010 (Fuente: DEIS - MINSAL).

El análisis de los datos nos permite visualizar un descenso del número absoluto de partos de 191.024 en el año 2001, a 171.405 al año 2010. Esto significa un 10% de disminución de partos en el sistema público. Sin embargo, el número de cesáreas en el mismo período aumentó de 58.573 a 63.466, es decir que hay un aumento de 9% en el número de partos por cesárea, y esto equivale a un aumento de 7% en la resolución de partos por vía alta en la década.

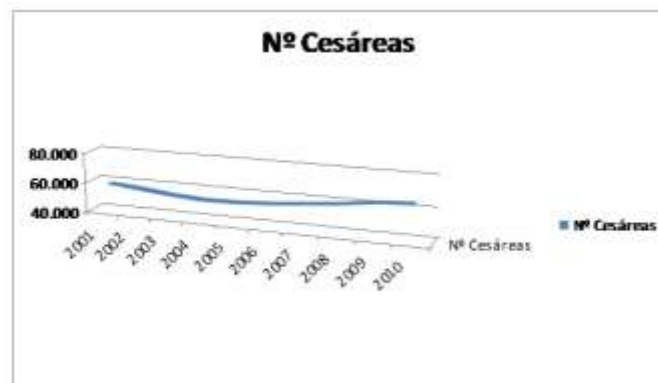


Figura 2. Número de cesáreas en el Sistema Público Chileno 2001-2010 (Fuente: DEIS - MINSAL).

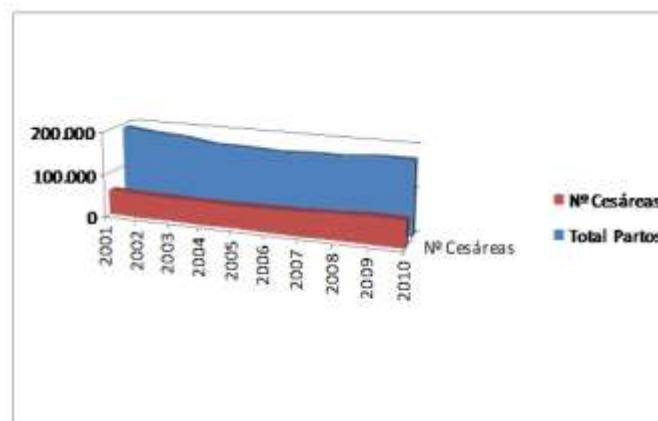


Figura 3. Total de partos y número de cesáreas en el Sistema Público Chileno 2001-2010 (Fuente: DEIS - MINSAL).

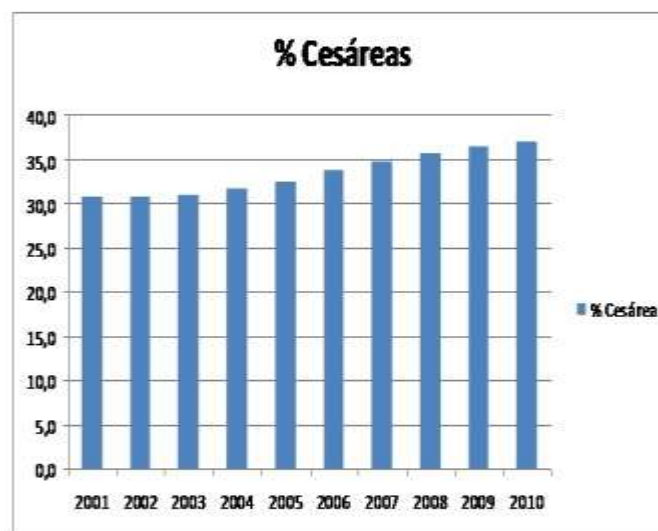


Figura 4. Porcentaje de cesáreas en el Sistema Público Chileno 2001-2010 (Fuente: DEIS - MINSAL).

También es interesante observar la situación en las distintas regiones del país en los años 2007-2009 (véase Tabla II y Figura 5). Las explicaciones son distintas, dependiendo éstas de muchos factores.

% Anuales de Cesáreas por región	2007	2008	2009
Arica	29	30	28,6
Iquique	31	36	34,5
Antofagasta	34	34	35,9
Atacama	41	41	40,3
Coquimbo	43	45	46,7
Valparaíso-San Antonio	37	35	36,7
Viña del Mar-Quillota	31	30	32
Aconcagua	48	47	47,3
Metropolitana Norte	28	29	30,3
Metropolitana Occidente	37	38	40,7
Metropolitana Central	34	35	31
Metropolitana Oriente	36	33	35,3
Metropolitana Sur	36	32	32,4
Metropolitana Sur Oriente	26	27	27,3
Libertador B.O'Higgins	45	47	47,5
Ñuble	34	37	37,5
Concepción	37	36	35,8
Arauco	22	28	25,1
Talcahuano	23	24	23,1
Bio Bio	37	36	37,7
Araucanía Norte	41	42	42,9
Araucanía Sur	24	27	30,3
Valdivia	31	30	27
Osorno	25	29	30,4
Llanquihue	36	36	
Reloncaví			35,1
Chiloé			42,3
Aysén	39	38	37,8
Magallanes	36	37	42,5
% Totales anuales Chile	35	36	36,4

Tabla II. Porcentajes de cesáreas por Servicios de salud en Chile, 2007-2009.

Al analizar los porcentajes de cesárea en los países desarrollados existe una diferencia entre aquéllos que tienen una cultura médica (Estados Unidos y Canadá) con cifras más elevadas que los países europeos y asiáticos desarrollados, lo que dice relación con la manera de afrontar el fenómeno del parto. En cambio, los países europeos tienen una visión más humanista y menos medicalizada.

En Chile, con la atención profesional del parto llegando al 99,9%, no cabe duda de que existe una cultura médica en relación al parto. Hoy tenemos índices biomédicos de país desarrollado o cercano a ellos, pero el aumento de las cesáreas no ha significado una mejoría de estos parámetros. Países latinoamericanos como Cuba y Uruguay, que tiene indicadores tan buenos como los nuestros, no sobrepasan el 23% de cesáreas³.

Figura 5.

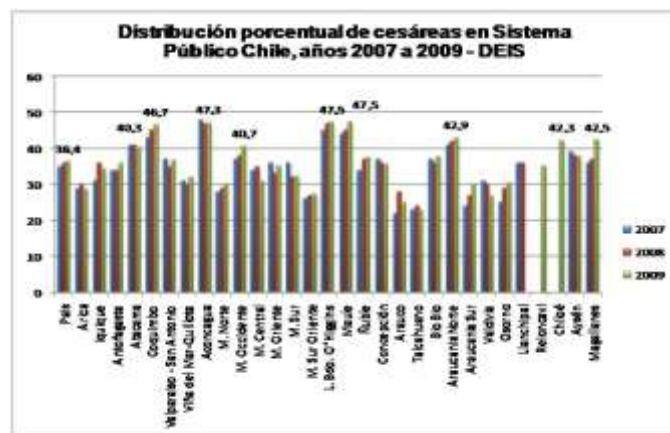


Figura 5. Distribución porcentual de cesáreas en Sistema Público Chileno 2007-2009 (Fuente: DEIS - MINSAL).

Análisis de las causas del aumento de cesáreas

El aumento del número de cesáreas nos muestra una conducta liberal en las indicaciones de ésta, podríamos decir que es parte de nuestra cultura médica. Disminuir el porcentaje es una tarea imperiosa y compleja, ya que es un fenómeno multifactorial.

Una de las causas principales de este incremento está en el uso indiscriminado de la monitorización electrónica de los latidos cardíaco fetales que nos ha llevado a un incremento del intervencionismo, por la no despreciable cantidad de falsos positivos. Debemos replantearnos el uso de la monitorización electrónica *versus* la auscultación intermitente de los latidos fetales.

Otra de las causas es la gran cantidad de inducciones sin justificación. Tanto es así que el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) no permite inducciones antes de las 39 semanas, salvo en aquellos casos en que existen indicaciones médicas precisas; esto es lo que ellos han nominado "The Golden Rule". Los canadienses hacen lo mismo y han logrado un descenso gradual del número de partos vía cesárea.

La principal dificultad para esta disminución está en la gran cantidad de múltiples con cesárea anterior. Alrededor del 50% de las cesáreas en múltiples es por cesárea anterior⁴. Especial hincapié debemos hacer en la primigesta, ya que 35-38% de causa de cesárea es la distocia; de aquí la importancia de restringir las inducciones.

Conclusiones

En la medida en que nos hemos acercado a los países desarrollados, hemos ido adquiriendo los mismos vicios y virtudes. Hoy la mujer es más independiente y autosuficiente gracias al acceso a la regulación de la fertilidad y al acceso a la educación y al trabajo, lo que ha llevado al deseo del cumplimiento de las metas personales antes que la maternidad, postergando este evento para la

tercera década de la vida y con el deseo de hijo único. La tasa de fertilidad proyectada para 2015 como Meta del Milenio, Chile ya la alcanzó en 2010, siendo de 1,9. Esto significa la aparición de patología relevante que requiere un manejo más agresivo del embarazo y parto.

Si agregamos que uno de los pilares básico de la bioética es la autonomía de la paciente, nos encontramos con una paciente que demanda éxito a toda prueba, lo más rápido posible y sin dolor ni secuelas a futuro como, por ejemplo, la indemnidad del piso pélvico. Nos exigen parto vía cesárea. Además, los medios de comunicación juegan un rol importante, resaltando los resultados adversos, condenando *a priori* al médico tratante sin una auditoría que lo exculpe, y como acto reparativo aparece una noticia sin la notoriedad de la denuncia inicial.

Una paciente adecuadamente informada debe saber que a pesar de que la cesárea es un procedimiento habitual, no está exento de riesgo con morbilidad materna y perinatal.

La medicina basada en la evidencia es la principal aliada en las decisiones hoy día, pero la obstetricia es una ciencia, inexacta, y un arte, que se adquiere con los años de experiencia. Se han ido perdiendo competencias como la atención del parto con *forceps* o *vacuum*, bajo el mito del daño neurológico, ni hablar del parto en presentación podálica.

Aquí radica la importancia del manejo adecuado de las emergencias obstétricas a todo profesional que esté involucrado en la atención del parto. Afortunadamente contamos con distintos cursos de capacitación como residencias, pasantías y cursos especialmente diseñados para este objetivo.

No podemos dejar de mencionar un factor determinante en nuestras conductas que es la judicialización de la medicina. Nuestra especialidad es una de las más demandadas; de aquí la importancia de una adecuada relación médico paciente.

Bajar el porcentaje de cesárea es un gran desafío de la obstetricia actual, y nada fácil si comenzamos analizar sus causas, pero es una necesidad imperiosa si queremos una atención humanizada del parto y así mejorar la calidad de la atención de nuestras pacientes.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales. 2007. ↑ | [Link](#) |
2. Departamento de Estadística e Informática del Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Estadísticas, Estadísticas vitales, informe anual. Santiago, Chile: INE, 2007. ↑ | [Link](#) |
3. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales. 2000. ↑
4. ALARM. Manual Advances in Labour and Risk Management. Edition. Canada, 2010. ↑



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.