



ARTÍCULO DE REVISIÓN

RACIONALIZACIÓN DEL USO DE LA CESÁREA EN COLOMBIA. CONSENSO DE LA FEDERACIÓN COLOMBIANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA (FECOLSOG) Y LA FEDERACIÓN COLOMBIANA DE PERINATOLOGÍA (FECOPEN). BOGOTÁ, 2014

Consensus for the Rationalization of Cesarean Section Use in Colombia. Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología (FECOLSOG) and Federación Colombiana de Perinatología (FECOPEN). Bogotá, 2014

*Integrantes del Consenso de la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología (Fecolsog) y la Federación Colombiana de Perinatología (Fecopen)**

Recibido: mayo 17/14 – Aceptado: junio 17/14

RESUMEN

Objetivos: identificar la tendencia de la tasa de cesárea, la clasificación, los riesgos materno-perinatales, los factores asociados a dicha tasa y proponer estrategias para racionalizar el uso de cesáreas en Colombia.

Materiales y métodos: se realizó una revisión de las estadísticas vitales del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE) de 1998 a 2013 para estimar la tasa de cesárea, y de las bases de datos Medline vía PubMed, The Cochrane Library, Medline, Embase, Lilacs y OVID, con los términos “cesarean section”, “rate”, “maternal mortality”, “neonatal mortality”, “maternal risk”, “perinatal risk”, “trial of labor”, “vaginal birth after cesarean”, “education”, “audit”, “second opinion”, “strategy”, “multiple strategy” y “multifaceted intervention” para identificar revisiones sistemáticas,

metaanálisis y estudios clínicos pertinentes publicados en los últimos diez años en inglés o español. Los resultados y las conclusiones fueron discutidos en consenso no formal de expertos realizado el día 9 de mayo de 2014 en Bogotá D.C y socializados en el XIX Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología realizado los días 29 al 31 de mayo de 2014 en Medellín, Colombia.

Resultados: la tasa de cesáreas en Colombia pasó de 24,9% en 1998 a 45,7% en 2013. La cesárea incrementa el riesgo de muerte, las complicaciones maternas graves y la morbilidad respiratoria neonatal comparada con el parto vaginal. Factores médicos, socioculturales y económicos incrementan el uso de la cesárea. Las estrategias multifacéticas demuestran mayor efectividad para reducir la tasa de cesárea.

Conclusiones: se deben promover estrategias como educación continua, auditoría, mejoramiento de la calidad e involucrar otros actores sociales para generar un cambio cultural y racionalizar el uso de la cesárea en Colombia.

Palabras clave: embarazo, cesárea, riesgo, mortalidad materna, morbilidad materna, estrategias nacionales.

ABSTRACT

Objectives: Identifying the cesarean section rate, classification, maternal-perinatal risk factors associated with this procedure and to propose strategies to rationalize the use of c-sections in Colombia.

Materials and methods: We conducted a review of the vital statistics from the Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE) from 1998 to 2013 to estimate the rate of caesarean section and an electronic database search in Medline via PubMed, The Cochrane Library, Embase, Lilacs, with the terms “cesarean section”, “rate”, “maternal mortality”, “neonatal mortality”, “maternal risk”, “perinatal risk”, “trial of labor”, “vaginal birth after cesarean section”, “education”, “audit”, “second opinion”, “strategy”, “multiple strategy” and “multifaceted intervention” to identify relevant systematic reviews, meta-analysis and clinical studies published in the last ten years in English or Spanish. The search results and conclusions were discussed in a non-formal consensus on May 9, 2014 in Bogotá D.C and socialized in the 29th National Congress of Obstetrics and Gynecology held on May 29th to 31st of 2014 in Medellín, Colombia.

Results: The rate of caesarean sections in Colombia step of 24.9% in 1998 to 45.7% in 2013. C-section increases the risk of death, severe maternal complications and neonatal respiratory morbidity compared with vaginal delivery. Medical, social-cultural and economic factors increase the use of cesarean section. Multifaceted strategies have shown the greatest effectiveness in reducing the rate.

Conclusions: Strategies such as education, audit,

quality improvement and involvement of other stake holders should be promoted to generate a cultural change and rationalize the rate of cesarean section in Colombia.

Key words: Pregnancy, cesarean section, maternal mortality, maternal morbidity, risk, national strategies.

INTRODUCCIÓN

La operación cesárea es el procedimiento quirúrgico que se realiza con el fin de obtener el nacimiento de un feto, usualmente vivo, a través de una incisión en el hipogastrio que permita acceder al útero. El objetivo de la cesárea es disminuir la morbi-mortalidad materna y perinatal (1) asociada con el momento del nacimiento. Sin embargo, el procedimiento también conlleva riesgos periparto para el binomio madre-hijo y, a largo plazo, para gestaciones futuras.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la tasa ideal de cesáreas debe ser menor al 15% (2-4); sin embargo, la evidencia es escasa al respecto y algunos autores consideran que no se debería establecer una tasa ideal, ya que la cesárea es consecuencia de una decisión clínica basada en valores y condiciones individuales (5, 6). Al mismo tiempo existe evidencia de que la mortalidad perinatal intraparto disminuye en 1,61 por 1000 nacimientos por cada 1% de incremento del porcentaje de cesárea desde 0 hasta 8%. Por encima de este porcentaje hay una disminución menos marcada de la tasa de mortalidad intraparto. Tasas de cesárea mayores al 12% no reflejan disminución de la tasa de mortalidad perinatal intraparto (7). Países desarrollados como Finlandia, Suecia y Holanda mantienen tasas de cesárea inferiores al 15% sin compromiso de la tasa de mortalidad perinatal (3).

Aunque la tasa óptima de cesárea es controversial, los países con altas tasas están enfocando sus estrategias en reducir su uso debido a que estas tasas altas no confieren ganancia adicional en salud, pero sí pueden incrementar los riesgos maternos, con consecuencias negativas en la fertilidad futura

y las gestaciones siguientes, como también en los recursos de los servicios de salud (8).

Con base en estas consideraciones, la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología (FECOLSOG) y la Federación Colombiana de Perinatología (FECOPEN) consideran pertinente concientizar a los médicos, al personal de salud y a la comunidad en general sobre las tasas elevadas de utilización de la operación cesárea como vía del nacimiento, los riesgos maternos y perinatales asociados a esta vía del parto, la necesidad de clasificar las indicaciones de la operación cesárea identificando los posibles factores o determinantes médicos, sociales, legales y económicos que llevan a su incremento en nuestro país. Este consenso también pretende establecer los riesgos maternos y perinatales asociados a la operación cesárea y la necesidad de clasificar sus indicaciones con el ánimo de promover estrategias desde las sociedades científicas para el uso racional de la cesárea como vía del nacimiento

MATERIALES Y MÉTODOS

Se convocó a una reunión de expertos de FECOLSOG y FECOPEN a quienes se les encargó analizar la tasa de cesárea en el país y realizar una revisión de la literatura para identificar la información más relevante con respecto a la clasificación de sus indicaciones, sus factores de riesgo, los determinantes de su elección como vía del parto y las estrategias efectivas reportadas en la literatura que contribuyen al uso racional de esta intervención. Para ello se consultaron las estadísticas vitales del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE) desde 1998 hasta 2013 publicadas hasta marzo 31 de 2014 y bases de datos como Medline vía PubMed, The Cochrane Library, Embase, Lilacs con los términos “cesarean section”, “rate”, “maternal mortality”, “neonatal mortality”, “maternal risk”, “perinatal risk”, “trial of labor”, “vaginal birth after cesarean”, “education”, “audit”, “second opinion”, “strategy”, “multiple strategy”, “multifaceted intervention” para identificar revisiones sistemáticas, metaanálisis y estudios clínicos pertinentes publicados en los úl-

timos diez años en inglés o en español. Los resultados de la búsqueda y las conclusiones de los estudios seleccionados fueron discutidos en una sesión del consenso de expertos no formal realizada el día 9 de mayo de 2014 en Bogotá D.C., y los resultados, las conclusiones y las sugerencias del consenso fueron presentados en el XIX Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología realizado los días 29 al 31 de mayo de 2014 en Medellín, Colombia.

RESULTADOS

Frecuencia de la cesárea en Colombia

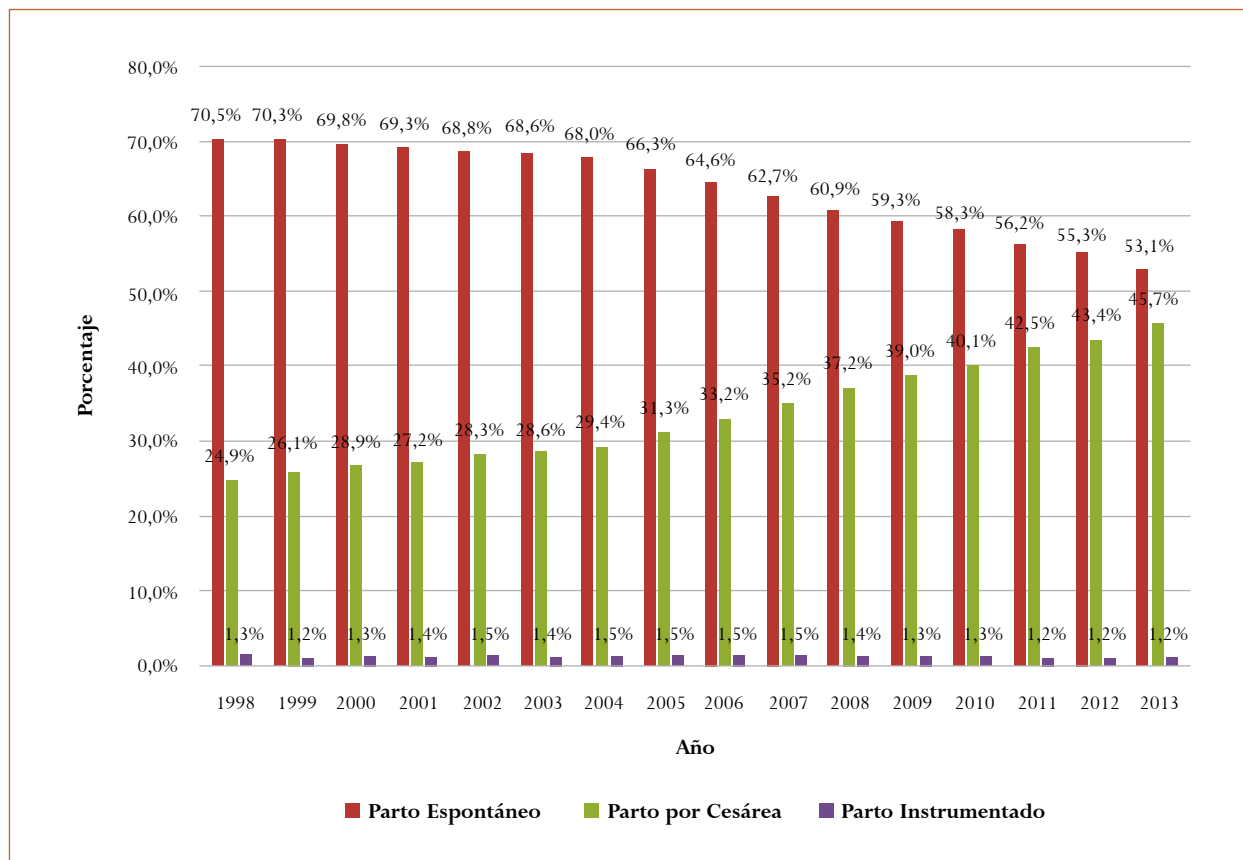
En Colombia se encuentra una clara tendencia al incremento de la cesárea desde 24,9% en 1998 hasta el 45,7% en el año 2013 (9) (figura 1). El análisis por departamentos muestra marcadas diferencias en las tasas de utilización de cesárea en las distintas regiones del país, siendo particularmente elevadas en la región Caribe colombiana aunque en todas las zonas del país se encuentran tasas por encima de las metas propuestas por la OMS (figura 2).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) del 2010 (10), la tasa de mortalidad perinatal por cada 1000 gestaciones de más de 7 meses ha disminuido de 24 por mil en el año 2000 a 17 por mil gestaciones en el 2005 y a 14 por mil en el año 2010, mientras la mortalidad neonatal temprana ha disminuido de 7,5 por mil nacidos vivos en 2005 a 5,6 por mil nacidos vivos en 2012; sin embargo, la magnitud de esta disminución no guarda relación con el notorio incremento en la tasa de cesáreas.

Riesgos materno-perinatales asociados a la operación cesárea

Los riesgos maternos más frecuentes asociados a la operación cesárea están relacionados con la morbilidad materna grave que aparece con ocasión de la realización del procedimiento (11). Un estudio poblacional de cohorte retrospectivo basado en el sistema canadiense de vigilancia perinatal (12) encontró que la frecuencia de desenlaces adversos severos, definidos como muerte, hemorragia grave

Figura 1.
Proporción del tipo de nacimiento en Colombia, 1998-2013



Fuente: DANE - Estadísticas Vitales (9).

que requiere transfusión o histerectomía, ruptura uterina, complicaciones anestésicas, paro cardiaco, choque, insuficiencia renal aguda, ventilación asistida, embolia de líquido amniótico o tromboembolia venosa, infección puerperal grave, dehiscencia, hematoma de herida quirúrgica o ambos, fue tres veces mayor en las mujeres con parto por cesárea comparado con las mujeres con parto vaginal (2,7 y 0,9% respectivamente). Un estudio de cohorte prospectiva multicéntrica publicado en 2007 encontró un riesgo significativamente mayor de hemorragia obstétrica (OR = 1,39; IC 95%: 1,10-1,76), histerectomía periparto (OR = 4,73; IC 95%: 2,79-8,02), admisión a unidad de cuidados intensivos (OR = 2,22; IC 95%: 1,45-3,40) y la necesidad de antibióticos posparto (OR = 5,53; IC 95%: 3,77-8,10) en las mujeres sometidas a cesárea comparadas con el

parto vaginal (13). Del mismo modo se encuentra que la mortalidad materna y la embolia de líquido amniótico ocurren con una frecuencia entre tres y seis veces mayor en las mujeres sometidas a cesárea, independientemente de las enfermedades médicas asociadas, comorbilidades relacionadas con el embarazo, las indicaciones del procedimiento o el carácter de urgencia o electivo del mismo (14).

Como consecuencia de la realización de la operación cesárea, en los futuros embarazos el riesgo de aparición de trastornos de la implantación de la placenta, como la placenta previa, aumenta con cada gestación. Se estima que el riesgo de placenta previa por cada cesárea pasa de 1 a 3% en presencia de 3 o más cesáreas anteriores, y de manera significativa el riesgo de acretismo placentario asciende al 40% en este último grupo (15). La vía del parto

Figura 2.
Proporción de nacimientos por cesárea por departamento. Colombia, 2013



Fuente: DANE - Estadísticas Vitales (9).

no modifica el riesgo de desenlaces como depresión posparto o incontinencia urinaria luego de 2 años posparto (16).

Desde el punto de vista neonatal existe un incremento significativo del riesgo de morbilidad respiratoria neonatal e ingreso a unidad de cuidado intensivo neonatal (OR = 1,9; IC 95 %: 1,6-2,3) en los recién nacidos por cesárea especialmente en ausencia de trabajo de parto previo, y de mortalidad neonatal en los primeros siete días (OR = 1,9; IC 95 %: 1,5-2,6) aun después de excluir las cesáreas por estado fetal insatisfactorio (14). Existe también el riesgo de lesiones cortantes sobre la piel fetal que ocurren en el 1 al 2 % de los nacimientos por cesárea, y traumatismos más graves durante la extracción fetal, como fracturas en cráneo (fractura de ping-pong), húmero, clavícula, fémur y lesiones del plexo braquial (1, 17).

Clasificación de las indicaciones de la operación cesárea - Modelo de Robson

Existen diferentes formas para clasificar las indicaciones de las cesáreas. Al tiempo, hay gran variabilidad en los diagnósticos empleados para la justificación de dichas indicaciones. El conocimiento de la proporción de cesárea no es suficiente para tomar medidas correctivas, se deben analizar los datos reales en grupos específicos de mujeres, teniendo en cuenta los resultados, los recursos locales y la experiencia disponible. Antes de proponer intervenciones para disminuir la proporción de cesárea en una institución, departamento, región o país es necesario evaluar si esa proporción es adecuada o no, y si realmente se justifica tratar de disminuirla: es necesario identificar si las cesáreas se están realizando a la mujer adecuada y en el tiempo oportuno (18).

Los sistemas de clasificación se utilizan en medicina para transformar datos crudos en información útil con el fin de mejorar el cuidado de las personas. Una revisión sistemática de la literatura identificó 27 formas para clasificar las indicaciones de la cesárea. La evaluación de la calidad de los sistemas de clasificación (18) encontró que solo la de Robson (19), que se basa en 10 grupos según las características de las mujeres, obtuvo el máximo puntaje en la calificación.

En la clasificación de Robson las mujeres se agrupan de acuerdo con la categoría del embarazo (único o múltiple, cefálico, podálico, oblicuo y transversal), antecedentes obstétricos previos (nulípara o multípara con o sin cicatriz uterina), el proceso de trabajo de parto (inducido o espontáneo) y la edad gestacional al momento del parto (mayor o igual a 37 semanas y menor). La clasificación tradicional de las tasas de cesárea a partir de las indicaciones de las mismas no es recomendable debido a la dificultad de hacerlo de manera prospectiva sin sesgos de registro, y la intención del modelo de clasificación es identificar grupos con mayor o menor probabilidad de terminar en cesárea para tomar medidas antes de que ocurra el evento. Después de identificar los grupos que más están aportando al exceso de la cesárea, la clasificación de Robson se puede complementar con la clasificación de la urgencia y de las indicaciones de las cesáreas para obtener información específica y establecer intervenciones o correctivos para cada grupo en particular (20).

En resumen, esta clasificación permite identificar grupos de riesgo independientes para la realización de cesáreas. Al tiempo, con el modelo se pueden identificar los grupos en los que se podrá impactar mediante estrategias e intervenciones focalizadas e institucionales y evaluar el impacto de dichas estrategias para disminuir la cesárea primaria y ajustar las metas de reducción de acuerdo con la prevalencia, por ejemplo, de cesáreas por el antecedente de cicatriz uterina previa.

Condicionantes médicos, socioculturales, económicos y laborales para la realización de la operación cesárea

En el consenso se discutieron diferentes condicionantes que a juicio de los expertos inciden en la decisión de realizar una operación cesárea.

Aspectos médicos:

- Desconocimiento y minimización de los riesgos maternos y fetales reales asociados al procedimiento.
- Uso inadecuado del partograma y mala interpretación de sus hallazgos.
- Desconocimiento de las nuevas definiciones sobre duración del trabajo de parto.
- Empleo de conductas no basadas en evidencia para la conducción del trabajo de parto.
- Dificultades para la interpretación de la monitorización electrónica fetal (continua o intermitente) asociada a las altas tasas de falsos positivos de esta prueba.
- Desconocimiento de las causas y factores de riesgo para trastornos neurológicos del recién nacido asociados a fenómenos hipóxico-isquémicos como insuficiencia motora de origen central (IMOC) no relacionados con el trabajo de parto.
- Falsa creencia difundida de un impacto negativo permanente del parto vaginal sobre el piso pélvico.
- Falta de disponibilidad permanente y generalizada de analgesia obstétrica.
- Deficiencias del trabajo en equipo entre personal médico y paramédico.
- Desconocimiento y liberalización de indicaciones absolutas y relativas de la operación cesárea.
- Temor a demandas de responsabilidad médico-legal.

Aspectos socioculturales (relacionados con las gestantes y el público en general):

- Desconocimiento y minimización de los riesgos maternos y fetales reales asociados al procedimiento.

- Desconocimiento de la existencia de métodos de alivio del dolor.
- Desconocimiento e insatisfacción por duración normal del trabajo de parto.
- Programación de la fecha del parto por conveniencia.
- Temor al parto (tocofobia).
- Presión familiar.
- Empleo indiscriminado del ultrasonido con fines no médicos.
- Desconocimiento de las causas y los factores de riesgo de fenómenos hipóxico-isquémicos del recién nacido no relacionados con el trabajo de parto.
- Presencia de referentes sociales o figuras de opinión con parto por cesárea.
- Cesárea por solicitud de la gestante.
- Deseo de planificación definitiva.

Aspectos laborales y económicos:

- Ausencia de estándares mínimos de recurso humano.
- Limitación de recurso humano especializado presencial en las instituciones de salud.
- Multiplicidad de labores en las instituciones de salud.
- Exceso de carga laboral en las instituciones de salud.
- Autorización por terceros del procedimiento de la cesárea para realizar procedimientos de planificación familiar definitiva.
- Contratación con tarifas diferenciales para la atención de parto o cesárea.
- Ausencia de incentivos para la conducción y atención del trabajo de parto.

Estrategias para la disminución de las tasas de cesárea

Las guías y recomendaciones de control prenatal del Ministerio de Salud y Protección Social publicadas en el 2012 (21, 22) incluyen la realización de cursos y talleres dirigidos a las usuarias y sus familiares que constituyen oportunidades para que los programas

de educación y promoción informen de manera equilibrada sobre las indicaciones, los riesgos y beneficios de las diferentes vías del parto. Asimismo, se recomienda el acompañamiento durante el trabajo de parto por matronas, *doulas* o familiares que favorecen la disminución de las tasas de cesáreas y la utilización de métodos de analgesia obstétrica, que deben ser un recurso disponible de manera permanente en las instituciones de salud (22).

Se han diseñado múltiples estrategias dirigidas a reducir la tasa de cesáreas y han sido evaluadas desde diferentes enfoques para mejorar la actuación del médico y la atención de un parto seguro para la madre y su recién nacido con mínima intervención y máxima satisfacción (23). Las estrategias empleadas para reducir la tasa de cesáreas han obtenido resultados muy variables pero han mostrado que aquellas orientadas a impactar varios factores simultáneamente (estrategias multifacéticas) son las que han mostrado una reducción significativa en el número de cesáreas (RR = 0,73; IC 95 %: 0,68-0,79) (24).

Evidencia sobre intervenciones médicas dirigidas a disminuir la probabilidad de cesárea

La obesidad preconcepcional o la ganancia exagerada de peso durante la gestación incrementan la probabilidad de cesárea. El adecuado control y manejo del peso materno durante la gestación en el control prenatal mediante dieta y ejercicio constituye una intervención de prevención para la operación cesárea (25-28). La inducción electiva del trabajo de parto tiene resultados contradictorios sobre el riesgo de operación cesárea (29, 30), en los casos de sospecha de macrosomía fetal, en ausencia de diabetes gestacional, la inducción electiva no disminuye el riesgo de terminar la gestación mediante cesárea (27, 31). La maduración cervical con prostaglandinas ante cérvix con puntaje de Bishop desfavorable reduce significativamente la tasa de cesáreas por inducción fallida (15, 32). El empleo del partograma con una línea de acción de 4 horas se asocia con una re-

ducción de la tasa de cesáreas, de muertes fetales intraparto y de trabajos de parto prolongados (23, 32). La rotación manual de la cabeza fetal redujo significativamente (OR = 0,52; IC 95 %: 0,28-0,95) la probabilidad de cesárea por persistencia de variedades occipito-posterior y occipito-transversa durante el expulsivo (33-35), así como el empleo de la versión cefálica externa a término para la presentación de pelvis (RR = 0,63; IC 95 %: 0,44-0,90) (36). El uso de la monitorización electrónica fetal intraparto incrementa la probabilidad de cesárea, sin embargo, la estimulación del cuero cabelludo fetal permite disminuir el alto número de falsos positivos de la monitorización fetal y permite disminuir hasta un 70% los casos de cesárea por presencia de un registro de monitorización sospechoso (23, 33). Del mismo modo, en presencia de desaceleraciones variables recurrentes o tinción meconial, la amnioinfusión transcervical puede reducir la tasa de cesárea de manera segura para la madre y el feto (30, 37). Finalmente, la mayoría de las mujeres con cesárea segmentaria previa transversa o vertical pueden ser candidatas a parto vaginal después de cesárea (VBAC, por sus siglas en inglés) y en ellas es posible aconsejar una prueba de trabajo de parto (TOLAC, por sus siglas en inglés) con probabilidad de éxito del 74% (22). En este grupo de mujeres, mientras la analgesia epidural puede emplearse con seguridad como parte del TOLAC, el misoprostol no debe ser usado para maduración ni inducción del trabajo de parto (38, 39).

La realización de auditorías y procesos de retroalimentación continuas a nivel institucional y por parte de las entidades aseguradoras, de los casos de cesárea, muestran una tendencia significativa a bajar las tasas de este procedimiento y son, por sí mismas, una de las estrategias que más impactan para reducir la tasa de cesáreas (RR = 0,87; IC 95 %: 0,81-0,93) (24, 25, 40).

La exigencia de una segunda opinión para la realización de una cesárea, que idealmente debe ser consultada al profesional con mayor experiencia

en el servicio de sala de partos, se asocia con una pequeña pero significativa reducción en la tasa de cesáreas (25).

Evidencia sobre intervenciones socioculturales dirigidas a disminuir la probabilidad de cesárea

Las estrategias sociales y de red de apoyo a los hospitales y a las gestantes basadas en la educación continuada, la colaboración institucional y la información a las pacientes y el público en general durante el embarazo acerca de la vía del parto disminuyó el porcentaje de cesárea de un 27,3% a un 7,5% (41, 42). El acompañamiento durante el trabajo de parto por una instructora, matrona o *doula*, y la convicción y el apoyo del compañero sobre los beneficios del parto vaginal incrementan la probabilidad de finalizar el embarazo con este tipo de parto (23, 33, 43). De manera similar se observó una tendencia no significativa a disminuir la tasa de parto quirúrgico cuando la misma enfermera atendió al menos el 33% de la duración del trabajo de parto de la paciente, debido a la generación de mayor confianza y sensación de acompañamiento (44).

Las estrategias basadas en aspectos económicos como el pago diferencial a favor del parto vaginal, primas o incentivos económicos al personal médico con menor tasa de cesáreas, cambios en el tipo de contratación de las instituciones con las aseguradoras, políticas de reembolso, etc., no han mostrado beneficios o influencia positiva sobre la vía del parto (25, 41).

CONCLUSIONES

La tasa de cesárea en el país ha sufrido en incremento constante desde 1998 hasta 2013, a pesar de una disminución en el número total de nacimientos y de la tasa de natalidad, y se encuentra muy por encima de los estándares o niveles recomendados por organismos internacionales.

La evidencia científica evaluada es consistente con un incremento importante de la morbilidad

materna grave y de la mortalidad materna asociada a la realización de la operación cesárea. Este aumento significativo del riesgo materno es independiente de los riesgos o las condiciones médicas preexistentes en las gestantes sometidas a cesárea y no se relaciona con una disminución en la morbi-mortalidad perinatal.

La evidencia científica sobre la persistencia a largo plazo –más de dos años– de las alteraciones del piso pélvico que han sido asociadas al parto vaginal tales como incontinencia urinaria o distopias genitales no es consistente. Al mismo tiempo, la evidencia sí es consistente sobre el incremento significativo del riesgo de dificultad respiratoria neonatal e ingreso a unidad neonatal de los recién nacidos expuestos al nacimiento por operación cesárea.

La evaluación de las tasas de utilización de la cesárea en Colombia, las características de las mujeres sometidas al nacimiento por cesárea, las indicaciones para realizar la intervención basada en el modelo de Robson y la realización de un estudio piloto multicéntrico en las principales ciudades de las diferentes regiones del país permitiría implementar y evaluar la situación actual de la utilización de la cesárea como línea de base para proponer y evaluar las estrategias que se puedan generar con el propósito de racionalizar el empleo de esta operación como vía del parto.

Existen opciones terapéuticas que incrementan la probabilidad de que la gestante llegue a un parto vaginal seguro; maniobras para la conducción del trabajo de parto como la rotación manual de variedades posteriores, la versión cefálica externa, la prueba de parto vaginal después de cesárea, la amnioinfusión transcervical y la estimulación del cuero cabelludo fetal en presencia de monitorizaciones sospechosas para identificar los fetos que en realidad requieren de una operación cesárea, así como el empleo y la disponibilidad de métodos analgésicos eficaces para proveer analgesia obstétrica.

La implementación de esquemas de auditoría y retroalimentación institucionales, como la segunda opinión obligatoria para decidir y comunicar la cesárea han mostrado efectividad para reducir

las tasas de la misma, así como estrategias de mejoramiento continuo de calidad basadas en la conducción del trabajo de parto, el soporte uno a uno y la continuidad del cuidado intraparto. Las estrategias multifacéticas de educación al personal de salud y a la comunidad, la revisión por pares clínicos, la auditoría e incentivos hospitalarios y en las pólizas de responsabilidad civil reducen la tasa de cesárea (14, 23).

SUGERENCIAS DEL PANEL DE EXPERTOS

Incluir en los programas de los congresos, cursos y talleres de educación médica continuada dirigida a médicos generales, especialistas, personal de enfermería y también al público en general los siguientes aspectos dentro del temario:

1. Riesgos y beneficios de la operación cesárea.
2. Conducción del trabajo de parto y atención del parto normal.
3. Conceptos actuales sobre la duración del trabajo de parto normal.
4. Maduración cervical e inducción del trabajo de parto.
5. Interpretación de pruebas de bienestar fetal intraparto.
6. Interpretación y uso del partograma.
7. Reanimación fetal *in útero*.
8. Versión cefálica externa.
9. Parto vaginal después de cesárea.
10. Parto instrumentado.
11. Manejo del dolor intraparto.

Promover la comunicación y educación continuada interdisciplinaria entre médicos generales, ginecoobstetras, pediatras, neurólogos, patólogos y legistas sobre los mecanismos de hipoxia perinatal; los riesgos y beneficios del parto normal, instrumentado y la cesárea, y las múltiples causas posibles de alteraciones neurológicas posnatales como la insuficiencia motora de origen central (IMOC).

Desarrollar guías de práctica clínica basadas en evidencia para la atención del parto en mujeres con condiciones médicas como infección genital por virus Herpes, infección por virus de inmunodeficiencia humana, embarazo múltiple, sospecha o diagnóstico de macrosomía fetal, distocias de la presentación fetal o parto previo por cesárea.

Evaluar las indicaciones de cesárea mediante modelos o clasificaciones como el modelo de Robson para establecer las estrategias más ajustadas a la realidad de cada institución y a nivel local.

Promover, en donde sea posible, la implementación de la segunda opinión por personal de mayor experiencia antes de decidir la realización de una cesárea primaria y en los casos en los que exista solicitud materna sin aparente indicación o justificación médica.

Promover evaluaciones periódicas con auditoría por pares y retroalimentación a nivel institucional y por entes de vigilancia y control para el mejoramiento continuo de la atención.

Promover el empleo de métodos eficaces para el manejo del dolor durante el trabajo de parto como la analgesia peridural en los servicios obstétricos.

Promover la atención de parto institucional y la formación integral de profesionales no médicos para la atención del parto normal.

Promover el empleo de los métodos y recursos adecuados para la monitorización del bienestar fetal intraparto.

Promover el acompañamiento permanente de las gestantes y la atención por enfermeras, doulas o matronas durante el trabajo de parto en ambiente intrahospitalario.

Promover programas de esterilización posparto vaginal inmediato.

Explorar los miedos y temores de las mujeres y sus familias al parto vaginal durante el control prenatal y en las actividades de educación y promoción de la salud.

Promover la atención preconcepcional y prenatal, y la educación a las pacientes sobre las indica-

ciones, los riesgos y beneficios del parto normal y la cesárea.

Concientizar a la comunidad sobre el parto como un fenómeno fisiológico normal y fomentar la educación y promoción de las ventajas y la seguridad del parto vaginal sobre la cesárea mediante:

1. La invitación y participación de referentes sociales o líderes de opinión social que promuevan el parto normal (actrices, modelos, presentadoras, etc.).
2. La inclusión de capítulos sobre las ventajas del parto vaginal en instructivos, libros e información para pacientes.
3. La optimización de los cursos prenatales y la participación del compañero.
4. La utilización de redes sociales para la diseminación de esta información a toda la comunidad y en especial a las jóvenes.

Las acciones sugeridas solo podrán disminuir la tasa de cesáreas y el temor de los médicos al inicio de acciones médico-legales o juicios de responsabilidad civil ante la presencia de eventos adversos maternos y perinatales cuando se logre reeducar al público, a las gestantes y al personal de salud en el convencimiento de que el parto es un proceso fisiológico y la mayoría de los nacimientos ocurre sin incidentes y sin necesidad de intervención médica y que, por el contrario, muchos eventos adversos no pueden anticiparse ni prevenirse por la realización de una cesárea (45). Este cambio cultural tomará tiempo y se requiere el apoyo decidido de todos los involucrados en la atención de la mujer gestante y restringir la cesárea para aquellos binomios que realmente se benefician de esta intervención.

AGRADECIMIENTOS

A la Junta Directiva y el Departamento de Educación de la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología (FECOLSOG) por su apoyo a la realización del consenso y el presente comunicado.

INTEGRANTES DEL CONSENSO DE LA FEDERACIÓN COLOMBIANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA (FECOLSOG) Y LA FEDERACIÓN COLOMBIANA DE PERINATOLOGÍA (FECOPEN).

Jorge Andrés Rubio-Romero, MD, MSc, Facog. Médico especialista en Ginecología y Obstetricia. Magíster en Epidemiología Clínica. Profesor Asociado, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Instituto de Investigaciones Clínicas, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. jarubior@unal.edu.co

Javier Enrique Fonseca-Pérez, MD, MSc. Médico especialista en Ginecología y Obstetricia. Magíster en Epidemiología. Profesor Asistente, Departamento de Ginecología y Obstetricia y Escuela de Salud Pública, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

Saulo Molina, MD, MSc. Médico especialista en Ginecología y Obstetricia. Especialista en Medicina Materno Fetal. Magíster en Investigación y Docencia. Jefe Programa de Medicina Materno Fetal, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Presidente Fecopen, Bogotá, Colombia.

Marcela Buitrago Leal, MD. Médico especialista en Ginecología y Obstetricia. Especialista en Medicina Materno Fetal y Epidemiología. Vicepresidente, Asociación Bogotana de Perinatología. Secretaria de Junta Directiva Fecopen. Bogotá, Colombia.

John Jairo Zuleta, MD MSc. Médico especialista en Ginecología y Obstetricia. Magíster en Epidemiología. Docente, Departamento de Ginecología y Obstetricia, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

Edith Ángel-Müller, MD. Médico especialista en Ginecología y Obstetricia. Fellow en Infectología Gineco-obstétrica y Perinatal. Profesora Asociada Departamento de Obstetricia y Ginecología, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.

Mario Julio Mendoza, MD. Médico especialista en Ginecología y Obstetricia. Especialista en Medicina Materno Fetal. Docente de posgrado en Ginecología y Obstetricia, Universidad Libre y Universidad Simón Bolívar, Barranquilla, Colombia.

Delgazar Raúl Gómez-Pereira, MD. Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia. Profesor Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia.

Angélica Sánchez, MD. Médico especialista en Ginecología y Obstetricia. Especialista en Medicina Materno Fetal. Bogotá, Colombia.

REFERENCIAS

- Rubio-Romero JA, Angel-Muller E. Operación Cesárea. En: Parra MO, Angel-Muller E. editores. Obstetricia Integral Siglo XXI. Tomo II. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia Disponible en: www.bdigital.unal.edu.co/2795/19/9789584476180.16.pdf
- Sakala C. Medically Unnecessary Cesarean Section Births: Introduction to a Symposium. Soc Sci Med. 1993;37:1177-98.
- Niino Y. The increasing cesarean rate globally and what we can do about it. Biosci Trends. 2011;5:139-50.
- Dickens BM, Cook RJ. The legal effects of fetal monitoring guidelines. Int J Gynaecol Obstet. 2010; 108:170-3.
- Cyr RM. Myth of the ideal cesarean section rate: Commentary and historic perspective. Am J Obstet Gynecol. 2006;194:932-6.
- Pickering PD. Myth of the ideal cesarean section rate: Commentary and historic perspective. Am J Obstet Gynecol. 2007;196: e17.
- Goldengerg RL, McClure EM, Bann CM. The relationship of intrapartum and antepartum stillbirth rates to measures of obstetric care in developed and developing countries. Acta Obstet Gynecol Scandinavica. 2007;86:1303-9.
- Brown HC, Paranjothy S, Dowswell T, Thomas J. Package of care for active management in labour for reducing caesarean section rates in low-risk women. Cochrane Database Syst Rev. 2008;(4):CD004907. doi: 10.1002/14651858.CD004907.pub2.
- República de Colombia. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Nacimientos por tipo de parto según departamento de ocurrencia [visitado 2014 mayo 9]. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/>
- Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS 2010 [visitado 2014 mayo 9] Disponible en: <http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/>
- Clark SL, Belfort MA, Dildy GA, Herbst MA, Meyers JA, Hankins GD. Maternal death in the 21st century: causes, prevention, and relationship to cesarean delivery. Am J Obstet Gynecol. 2008;199:36.e1-5; discussion 91-2. e7-11. doi: 10.1016/j.ajog. 2008. 03.007.

12. Liu S, Liston RM, Joseph KS, Heaman M, Sauve R, Kramer MS. Maternal Health Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance System. Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. *CMAJ*. 2007;176:455-60.
13. Villar J, Carroli G, Zavaleta N, Donner A, Wojdyla D, Faundes A, et al. World Health Organization 2005. Global Survey on Maternal and Perinatal Health Research Group. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. *BMJ*. 2007;335:1025. Epub 2007 Oct 30.
14. The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) – Obstetric Care Consensus. Safe Prevention of Primary Cesarean Delivery. 2014; 123: 693-711.
15. Silver RM, Landon MB, Rouse DJ, Leveno KJ, Spong CY, Thom EA, et al. National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries. *Obstet Gynecol*. 2006;107:1226-32.
16. Hannah ME, Whyte H, Hannah WJ, Hewson S, Amankwah K, Cheng M, et al. Term Breech Trial Collaborative Group. Maternal outcomes at 2 years after planned cesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: the international randomized Term Breech Trial. *Am J Obstet Gynecol*. 2004;191:917-27.
17. Gregory KD, Jackson S, Korst L, Fridman M. Cesarean versus vaginal delivery: whose risks? Whose benefits? *Am J Perinatol*. 2012;29:7-18. doi: 10.1055/s-0031-1285829. Epub 2011 Aug 10.
18. Torloni MR, Betran AP, Souza JP, Widmer M, Allen T, et al. Classifications for cesarean section: a systematic review. *PLoS ONE*. 2011;6:e14566.
19. Robson M. Classification of caesarean sections. *Fetal Matern Med Rev*. 2001;12:23-39.
20. Zuleta JJ, Quintero F, Quiceno AM. 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;64:90-9.
21. Amaya J, Díaz LA, Cardona A, Rodríguez DM, Osorio D, Barrera A. Guía de Práctica Clínica para la prevención y detección temprana de las alteraciones del embarazo. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2013;64: 245-88.
22. Rubio JA, Ruiz AI, Martínez F, Muñoz J, Muñoz LA, Arévalo I et al. Guía de práctica clínica para la detección temprana de las anomalías durante el trabajo de parto, atención del parto normal y distócico. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2013;64:379-424.
23. Salinas H, Carmona S, Albornoz J, Veloz P, Terra R, Marchant R, et al. ¿Se puede reducir el índice de cesárea? Experiencia del hospital clínico de la universidad de Chile. *Rev Chil Obstet Gynecol*. 2004;69:8-13.
24. Chaillet N, Dumont A. Evidence-Based Strategies for Reducing Cesarean Section Rates: A Meta-Analysis. *Birth*. 2007;34:53-64.
25. Chu SY, Kim SY, Schmid CH, Dietz PM, Callaghan WM, Lau J, et al. Maternal obesity and risk of cesarean delivery: a meta-analysis. *Obes Rev*. 2007;8:385-94.
26. Stotland NE, Hopkins LM, Caughey AB. Gestational weight gain, macrosomia, and risk of cesarean birth in non diabetic nulliparas. *Obstet Gynecol*. 2004;104:671-7.
27. Durie DE, Thornburg LL, Glantz JC. Effect of second-trimester and third-trimester rate of gestational weight gain on maternal and neonatal outcomes. *Obstet Gynecol*. 2011;118:569-75.
28. Weight gain during pregnancy. Committee Opinion No. 548. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol*. 2013;121:210-2.
29. Vahratian A. et al. Labor progression and risk of cesarean delivery in electively induced nulliparas. *Obstet Gynecol*. 2005;105:698-704.
30. Mishanina E, Rogozinska E, Thatthi T, Uddin-Khan R, Khan KS, Meads C. Use of labour induction and risk of cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ*. 2014 May 5. [Epub ahead of print].
31. Chauhan SP, Grobman WA, Gherman RA, Chauhan VB, Chang G, Magann EF et al. Suspicion and treatment of the macrosomic fetus: a review. *Am J Obstet Gynecol*. 2005;193:332-46.

32. Intrapartum Care: care of healthy women and their babies during childbirth. NICE. September; 2007.
33. Le Ray C, Serres P, Schmitz T, Cabrol D, Goffinet F. Manual rotation in occiput posterior or transverse positions: risk factors and consequences on the cesarean delivery rate. *Obstet Gynecol.* 2007;110: 873-9.
34. Shaffer BL, Cheng YW, Vargas JE, Caughey AB. Manual rotation to reduce caesarean delivery in persistent occiput posterior or transverse position. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2011;24:65-72.
35. Cheng YW, Hubbard A, Caughey AB, Tager IB. The association between persistent fetal occiput posterior position and perinatal outcomes: an example of propensity score and covariate distance matching. *Am J Epidemiol.* 2010;171:656-63.
36. Hofmeyr GJ, Kulier R. External cephalic version for breech presentation at term. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Oct 17;10:CD000083. doi: 10.1002/14651858.CD000083.pub2.
37. Choudary D, Bano I, Ali SM. Does amnioinfusion reduce caesarean section rate in meconium-stained amniotic fluid. *Arch Gynecol Obstet.* 2010;282: 17-22.
38. The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Vaginal birth after previous cesarean delivery. Washington DC: ACOG; 2010.
39. Horey D, Kealy M, Davey MA, Small R, Crowther CA. Interventions for supporting pregnant women decision-making about mode of birth after a caesarean. *The Cochrane Library.* 2013; Issue 7:1-54.
40. Fonseca Chon I, Cavazos J, De la Vega E, Pico B. Estrategias no intervencionistas para disminuir la tasa de cesáreas. Caso HIMES. México: Universidad Popular Autónoma del estado Puebla; 2012.
41. Flamm BL, Berwick DM, Kabcenell A. Reducing cesarean section rates safely: lessons from a "breakthrough series" collaborative. *Birth.* 1998; 25:117-24.
42. Soto C, Teuber H, Cabrera C, Marín M, Cabrera J, Da Costa M et al. Educación prenatal y su relación con el tipo de parto: una vía hacia el parto natural. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2006;71:98-103.
43. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr G, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2013; Issue 7.
44. Gagnon A, Meier K, Waghorn K. Continuity of Nursing Care and Its Link to Cesarean Birth Rate. *Birth.* 2007;34:26-31.
45. Klein MC. Quick fix culture: the cesarean-section-on-demand debate. *Birth.* 2004;31:161.

Conflicto de intereses: ninguno declarado.