

## ¿Cesárea una panacea?

Drs. Itic Zighelboim\*, Williams Sánchez R\*\*

Profesores \* Titular y \*\* Agregado de la Cátedra de Clínica Obstétrica B, Escuela de Medicina Luis Razetti, Universidad Central de Venezuela, Caracas

La cesárea pasó, en un lapso de aproximadamente cien años, de una intervención temible, casi una condena a muerte y por ende el fracaso del conocimiento y del arte de la obstetricia, a ser una operación bien reglada, con un tiempo operatorio entre 45 a 60 minutos. Por lo cual su empleo ha crecido en forma progresiva y hasta abusiva como se observa en muchas publicaciones nacionales (1) y foráneas (2-6), a pesar de que la morbilidad y mortalidad que entraña es 3-6 veces mayor que la ruta vaginal.

En ocasión del XXII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología, el día 17-3-2005, se efectuó un simposio sobre este tema en el cual participamos, junto con destacados especialistas nacionales e invitados internacionales. Esto nos obligó a una revisión de la literatura, a buscar cifras nacionales tanto de instituciones privadas como públicas y repensar este tema. Fruto de lo anterior son las siguientes líneas de revisión y reflexión sobre esta problemática obstétrica.

La frecuencia de cesárea en cuatro instituciones capitalinas privadas que atienden gran volumen de pacientes obstétricas, cuya identificación no es conveniente señalar, se pueden observar en el Cuadro 1.

Como se nota en el cuadro las cifras son muy elevadas, a expensas de la indicación electiva de esta operación, de 67 % al 90 %, sin el empleo juicioso y altamente útil de la prueba de trabajo de parto.

Las indicaciones que se invocan para operar estas pacientes se señalan en el Cuadro 2.

La frecuencia de esta operación en entidades públicas (Cuadro 3), si bien es marcadamente inferior a la que se practica en instituciones privadas, es casi el triple de las que se observaban hace unos 15 a 20 años atrás.

Las indicaciones para la práctica de la cesárea en hospitales públicos se mencionan en el Cuadro 4.

En los hospitales públicos las electivas y de emergencia fueron: en HUC 36,8, 8 y 92 %, en la MCP 35, 9 y 91 % y en el HGO, fue 18, 8 y 91,2 %.

Cuadro 1  
Incidencia en instituciones privadas

Institución	%	Electiva	Emergencia	Iterada
A	65,3	75,8	16,74	7,4
B	80,0	90,0	10,0	
C	82,4	81,6	18,4	
D	70,0	67,0	33,0	

Cuadro 2  
Indicaciones en hospitales privados

Clínica A	Clínica B
Cesárea anterior	Cesárea anterior
DFP*	DFP
No especificada	Embarazo en edad tardía
Presentación pelviana	Fertilidad asistida
Gemelar	Gemelar
Clínica C	Clínica D
Cesárea anterior	Cesárea anterior
DFP	Solicitud de la paciente
RPM**	DFP
No especificada	HE***
Presentación pelviana	

\*DFP= Desproporción céfalo-pélvica

\*\*RPM= Ruptura prematura de membranas

\*\*\*HE = Hipertensión del embarazo

Cuadro 3  
Incidencia de cesárea en instituciones públicas

Institución	%	Electiva	Emergencia
HUC*	36,8	8	92
MCP**	35	9	91
HGO***	18	8,8	91,2

\*Hospital Clínico Universitario

\*\*Maternidad "Concepción Palacios"

\*\*\*Hospital General del Oeste

Cuadro 4

## Indicaciones de cesárea en hospitales públicos

HUC*	MCP**	HGO***
Cesárea anterior	DFP	DFP
Presentación pelviana	Presentación pelviana	≥ 2 Cesáreas previas
RCIUx/Oligohidramnios	AQFV°	Presentación pelviana
Cuello "no inducible"∞	Cuello "no inducible" ∞	Placenta previa
Gemelar	Bienestar fetal comprometido	

HUC\* =Hospital Universitario  
MCP\*\*=Maternidad "Concepción Palacios"  
HGO\*\*\*= Hospital General del Oeste

RCIUx = Retardo de crecimiento intrauterino  
AQFV° = Anticoncepción quirúrgica femenina voluntaria  
∞ "no inducible"= Desfavorable para inducción

En el Cuadro 5 señalamos la incidencia de esta operación en algunos países, calificados como desarrollados o del primer mundo.

Cuadro 5  
Países desarrollados

Autor	País	Frecuencia %
Liu y col. (5)	Canadá	22,1
Menacker (7)	EE.UU	27,1
Ager y col. (8)	Noruega	11-24,5
Tampakoudis y col. (9)	Grecia	29,9
Dessole y col. (10)	Italia	20,82
Clavero Núñez (11)	España	18,57
Lin, Xirasagar (4)	Taiwan	31,2
Farah y col. (12)	Irlanda	17,8
Cheng y col. (13)	China	45,6

Las indicaciones de la intervención son muy variables también en los países desarrollados. La mayoría, 64,3 %, suelen ser por emergencia como sufrimiento fetal, fracaso del progreso del trabajo de parto, cesárea previa, presentación pelviana de ≥ 34 semanas, a solicitud de la paciente, preeclampsia y fracaso de inducción (8,15). Es de destacar que la cesárea electiva primaria pasó en Estados Unidos de América (EE.UU) de 19,7 % en 1994 a 28,3 % en 2001 (15). En Grecia este aumento fue más acentuado aún al pasar de 6,1 % en el lapso 1977-1983 a 19 % en el período 1994-2000 (9). Los autores de estos y otros estudios sostienen que se deben reducir estas cifras mediante la revisión de las indicaciones de la intervención y tratar de reducir, mediante persuasión convincente, las cesáreas a solicitud de las pacientes.

En Latinoamérica, la frecuencia de esta

intervención es más frecuente en las instituciones privadas que en las públicas (3,4). Entre nosotros acontece lo mismo. Creemos que una posible explicación es que en el sector público el médico está sujeto al cumplimiento de normas institucionales, a la supervisión de especialistas con mayor experiencia, la responsabilidad con la paciente no es directa, ya que ésta y sus familiares no influyen directamente sobre la decisión que toman el o los médicos que la atienden, no hay incentivos económicos ni la limitación en el horario, puesto que la atención no es personalizada sino institucional.

En la práctica privada además del temor a la demanda por mala praxis, hay la presión de la paciente y sus familiares, solicitud de cesárea por conveniencia de mujer y honorarios más altos que en parto vaginal. Además la intervención es más expedita que el trabajo de parto, no se requiere habilidad y entrenamiento obstétrico previo, no hay normas institucionales ni supervisión. Los antecedentes de fertilización asistida, los embarazos gemelares y las presentaciones pelvianas son indicaciones discutibles de cesárea. A esto hay que añadir que el uso injustificado y por tanto abusivo de procedimientos como eco, 3D, eco Doppler, y monitoreo continuo suelen hacer sospechar patologías que ameritan la interrupción inmediata si no se poseen conocimientos clínicos bien cimentados, hay mayores incentivos económicos en algunas compañías de seguros y también en las que carecen de este amparo, se practica cuando la paciente desea anticoncepción definitiva (AQFV), ya que la mayoría de los seguros de maternidad no cubren intervención y por solicitud de paciente. A todo esto hay que agregar el uso de la palabra "distocia" como parabán detrás del cual se suelen ocultar además de una formación obstétrica

deficiente, el temor a demandas y faltas elementales a la ética profesional.

El riesgo de cesárea a repetición es extremadamente elevado no sólo en las instituciones privadas y públicas nacionales pero también en EE.UU, donde alcanza el 89,4 % para la población global y apenas baja al 88,7 % para las gestantes de bajo riesgo (7).

Yeh y col. (16) señalan que la tendencia a realizar la prueba de trabajo de parto en embarazadas de bajo riesgo disminuyó de 44 % en 1998 a 24,1 % entre 1998-2002, entre las elegibles para esta prueba en Nueva York y la disminución nacional en EE.UU, fue de 55 % entre 1996-2002.

Hibbard y col. (17) analizan los intentos de parto vaginal poscesárea y cesárea iterada entre 1989-1998. De 2 450 con cesárea, en 1 344 se intentó parto vaginal, este objetivo fue exitoso en 921 (69 %). La tasa de ruptura uterina fue 0,8 % y la de histerectomía 0,5 %. En las que no se logró el parto vaginal presentaron un 8,9 % de ruptura, en 3,9 % se administró transfusión sanguínea y la amnionitis y endometritis, se presentaron en el 1,5 % y 6,4 %, respectivamente. Es decir que las complicaciones son mayores en las que fracasan en tener parto vaginal en comparación con las que tienen parto exitoso o cesárea electiva.

En el análisis multicéntrico de Landon y col. (18) sobre la prueba de trabajo de parto entre 1999-2002, de 14 529 pacientes con cesárea previa sometidas a la prueba de trabajo de parto 73,6 % tuvieron parto vaginal exitoso. En aquellas con parto vaginal previo tuvieron éxito en el 86,6 % frente al 60,9 % sin parto anterior. Los factores predictivos adversos fueron cesárea por distocia, necesidad de inducción del trabajo de parto e índice de masa corporal  $\geq 30$ .

Juhasz y col. (19) obtienen un éxito de parto vaginal en el 77,2 % y entre los factores desfavorables también incluyen las obesas, en las cuales el éxito de parto vaginal se redujo al 50 %: Señalan que aquellas con aumento  $> 40$  lb la probabilidad de vía vaginal fue 40 %.

En las publicaciones nacionales el éxito varía de 47 % en embarazadas con cesárea previa sometidas a inducción electiva del trabajo de parto en la Maternidad "Concepción Palacios" (20), hasta el envidiable 95 % de partos vaginales, reseñado por Agüero (21,22), en su ejercicio privado, que incluye pacientes con 2 y hasta 3 cesáreas anteriores.

Bergholt y col. (23) encuentran un 6,8 % de complicaciones quirúrgicas durante las cesáreas electivas que sube al 14,5 % en las de emergencia,

en un estudio que abarca tres departamentos obstétricos de la ciudad de Copenhagen, Dinamarca, sin relación con la preparación educativa del operador o cesáreas previas.

El nonato no está exento de sufrir lesiones, durante la cesárea, laceraciones de leve a graves, que oscilan entre 3,12 % como lo demuestran Dessole y col. (10) en la Universidad de Sassari, Italia. A estas complicaciones hay que agregar la mayor incidencia de prematuridad, debida a defectuosa evaluación preoperatoria, mayor frecuencia de taquipnea transitoria, de síndrome de dificultad respiratoria, hipertensión pulmonar persistente, trastornos de la regulación térmica y trastornos de la respuesta inmunológica. Respecto a la cuantificación de estas últimas complicaciones no hemos encontrado publicaciones que abarquen un número apreciado de neonatos.

Un comentario especial merece la presentación pelviana persistente, no sólo por ser el paradigma de los partos distócicos, sino porque requiere de habilidades y destrezas que sólo se adquieren durante la formación del especialista en gineco-obstetricia para los cuales estos partos son de preocupación. Con la publicación del estudio de Hannah y col. (24), conocido como TBT, por las siglas en inglés de Grupo de Estudio colaborativo sobre de presentación podálica a término (*Term Breech Trial Collaborative Group*), un estudio multicéntrico que incluyó 121 centros de 26 países y evaluó los resultados de 2 083 gestantes con presentación podálica seleccionadas en grupos la mitad para cesárea electiva y la otra mitad para parto vaginal. Concluyen que en las cesáreas electivas hubo significativamente menor mortalidad perinatal, neonatal y menor morbilidad, 1,6 % vs 5 % en comparación con los partos vaginales, con similar morbilidad materna. Esto condujo a un aumento desmesurado de cesáreas en el mundo entero.

En Holanda, Rietberg y col. (25) refieren que a los 2 meses de publicado el TBT, la cesárea subió de 50 % a 80 %, acompañada de disminución de la mortalidad de 0,35 % a 0,18 %, y disminución de neonatos con Apgar menor de 7 de 0,29 % a 0,08 %. En Suecia también hubo aumento de 75,3 % a 86 % (26). En Francia, Carayol y col. (27) la frecuencia de cesárea electiva pasó en el lapso 1972-2003 de 14,5 % a 42,6 %, especialmente en nulíparas, de 16,7 % subió a 52,9 % y en 2003 para multíparas y nulíparas fue de 64,5 % y 79,5 %, respectivamente. La única diferencia entre los neonatos de 590 partos vaginales y 396 cesáreas, para Uotila y col. (28)

entre cesárea programada y parto vaginal, fue menor puntuación de Apgar en los recién nacidos por vía vaginal y concluyen que la vía vaginal es segura en centros con experiencia en vía vaginal.

A pesar de la aceptación generalizada del estudio de Hannah y col. (24) muchos textos universitarios de la especialidad recomendaban el entrenamiento de los cursantes de posgrado en la atención del parto vaginal (29-31) porque además de la casi duplicación de los costes hay mayor morbilidad y mortalidad materna, con incremento de los riesgos en gestaciones futuras en las cesáreas (32). El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) afirma lo siguiente: (33)

1. La vía de parto dependerá de la experiencia del proveedor.
2. La cesárea es la vía de elección para los carentes de experiencia.
3. Ofrecer y realizar versión por maniobras externas cuando sea posible.
4. Parto vaginal en podálicas a término es aceptable bajo normas hospitalarias y consentimiento de la paciente.
5. No hay evidencia para avalar la cesárea en gemelar con 2º feto en podálica.

El estudio más analíticamente crítico del TBT (24) es el de un participante en el mismo, Glezerman (34), quien señala que hubo violaciones de los criterios de inclusión y exclusión en su realización como son:

1. Que el 50 % de los casos seleccionadas para parto y 83 % para cesárea fueron incluidas en fase de trabajo de parto activa.
2. En el 30 % de los casos del estudio no se descartó la hiperextensión cefálica.
3. De los 16 natimueertos: hubo 2 gemelares, 1 anencéfalo, 2 óbitos, casos que no se debieron incluir en el estudio.
4. Hubo 5,8 % vs. 3,1 % de fetos voluminosos entre los partos vaginales y cesárea, lo que contradice la buena selección previa.

También sostiene, con mucha razón, que no es totalmente atribuible a la vía del parto la morbimortalidad neonatal mayor en presentación pelvis, ya que en estos los partos suelen ser pretérmino y hay mayor incidencia de malformaciones fetales que en presentación cefálica.

Otras críticas que se le han hecho al estudio de

Hannah y col. (24) que hubo variabilidad en el tiempo para cesárea de emergencia, y en el tiempo para intubación de los neonatos, no disponibilidad de parteros expertos, casos de mortalidad no relacionados con vía de parto y que TBT es un ejemplo de estudio aleatorio de planificación inobjetable pero de discutible ejecución.

Los embarazos gemelares y los logrados mediante técnicas de fertilización asistida invariablemente se suelen terminar mediante cesárea electiva. No compartimos esta conducta ya que está convincentemente demostrado que en el 39 % de los embarazos gemelares ambos fetos están en cefálica y en el 36,3 % el primero de ellos se encuentra en esta presentación (35,36). Respecto a las gestaciones logradas mediante fertilización asistida, opinamos que una vez resuelta la esterilidad de la pareja la terminación del embarazo debe hacerse siguiendo las normas obstétricas generales.

Finalmente compartimos los criterios de otros autores (37,38) que la frecuencia de cesárea que es casi "endémica" entre nosotros, se puede y debe disminuir mediante la institucionalización que se debe solicitar antes de la intervención una segunda opinión y la revisión periódica y sistemática de todos los casos operados. Esto es de más fácil instauración en los hospitales públicos que en los privados, pero estos últimos también deben buscar mecanismos para reducir sus frecuencias de cesárea, antes que se lo impongan los organismos ajenos a la institución.

## REFERENCIAS

1. Suárez Ocando D. Cesárea. En: Zigelboim I, Guariglia D, editores. Clínica Obstétrica. Reimpresión de la 2ª edición. Bogotá Colombia: Editorial Disinlimed; 2007.p.583-589.
2. Belizán JM, Althabe F, Barros FC, Alexander S. Rates and implications of caesarean section in Latin America: Ecological study. *BMJ*. 1999;319:1397-1400.
3. Murray S. Relation between private health insurance and high rates of caesarean section in Chile: Qualitative and quantitative. *BMJ*. 2000;321:1501-1505.
4. Lin HC, Xirasagar S. Institutional factors in caesarean delivery rates: Policy and research implications. *Obstet Gynecol*. 2004;103:128-136.
5. Lin S, Rusen ID, Joseph KS, Liston R, Kramer MS, Wen SW, et al. Recent trend in caesarean delivery rates and indications for caesarean delivery in Canada. *J Obstet Gynecol Can*. 2004;26:735-742.
6. Puentes-Rosas E, Gómez-Dantes O, Garrido Latorre F. Operación cesárea en México. *Salud Pública Méx*. 2004;46:16-22.

7. Menacker F. Trends in cesarean rates for first birth and repeat cesarean rates for low-risk women: United States, 1990-2003. *Natl Vital Stat Rep.* 2005;54:1-8.
8. Häger R, Oian P, Nilsen ST, Holm HA, Berg AB. The breakthrough series on cesarean section. *Tidsskr Nor Laegeforen.* 2006;126:173-175.
9. Tampakoudis P, Assimakopoulus E, Grimbizis G, Zafrazas M, Tampakoudis G, Mantalenakis S, et al. Cesarean section rates and indications in Greece: Data from a 24 year period in a teaching hospital. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2004;31:289-292.
10. Dessole S, Cosme E, Balata A, Uras L, Caserta D, Capobianco G, et al. Accidental fetal lacerations during cesarean delivery: Experience in an Italian level III university hospital. *Comment. Am J Obstet Gynecol.* 2005;193:897-898.
11. Clavero Nuñez JA. Nacer en el siglo XXI: perspectivas materno-fetales. *An R Acad Nac Med (Madrid).* 2002;119:257-269.
12. Farah N, Geary M, Connolly G, McKenna P. The cesarean rate in the Republic of Ireland in 1998. *Ir Med J.* 2003;96:242-243.
13. Cheng YM, Yuan W, Cai WD, Zhang WM, Wang TY, Wu SZ, et al. Study of the occurrence of cesarean section (CS) and factors related to Cs in China. *Zhonghua Liu Bing Xue ZA Zhi.* 2003;24:893-896.
14. Kolas T, Hofoss D, Dalveit AK, Nilsen ST, Henriksen T, Hager R, et al. Indications for cesarean deliveries in Norway. *Am J Obstet Gynecol.* 2003;188:864-870.
15. Meikle SF, Steiner CA, Zhang J, Lawrence WL. A national estimate of the elective primary cesarean delivery rate. *Obstet Gynecol.* 2005;105:751-756.
16. Yeh J, Wactawski-Wende J, Shelton JA, Reschke J. Temporal trends in the trial of labor in low-risk pregnancies and their impact on the rates and success of vaginal birth after cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2006;194:144.
17. Hibbard JU, Ismail MA, Wang Y, Te C, Karrison T, Ismail MA. Failed vaginal birth after a cesarean section: How risky is it? I. Maternal morbidity. *Am J Obstet Gynecol.* 2001;184:1365-1371.
18. Landon MB, Leindecker S, Spong CY, Bloom S, Varner MW, Moawad AH, et al. The MFMU cesarean registry: Factor affecting the success of trial of labor after previous cesarean delivery? *Am J Obstet Gynecol.* 2005;193:1016-1023.
19. Juhasz G, Gyamfi C, Gyamfi P, Torcse K, Stone JL. Effect of body mass index and excessive weight gain on success of vaginal birth after cesarean delivery. *Obstet Gynecol.* 2005;106:741-746.
20. Pérez Marrero E, Carrillo A, Zapata L, Zigelboim I. Inducción en cesárea anterior. *Obstet Ginecol Lat Amer.* 1986;44:166-172.
21. Agüero O. Cesárea anterior y parto vaginal. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1992;52:135-139.
22. Agüero O. Inducción del parto y cesáreas electivas. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1993;53:221-229.
23. Bergholt T, Stenderup JK, Vedsted-Jakobsen A, Helm P, Lenstrup C. Intraoperative surgical complication during cesarean section: An observational study of the incidence and risk factors. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2003;82:251-256.
24. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett SA, Sigal S, William AR, et al. Planned cesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: A randomized multicenter trial. *Lancet.* 2000;356:1375-1383.
25. Rietberg CC, Elferink-Stinkens PM, Visser GH. The effect of the Term Breech Trial on medical and neonatal outcome in The Netherlands: An analysis of 35 453 term breech infants. *BJOG.* 2005;112:1163-1164.
26. Alexandersson G, Bixo M, Hogberg U. Evidence-based changes in term breech delivery practice in Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2005;84:584-587.
27. Carayol M, Blondel B, Zeitlin J, Breart G, Goffinet F. Changes in the rates of cesarean delivery before labour for breech presentation at term in France: 1972-2003. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2007;132:20-26.
28. Uotila J, Tuimala R, Kirkinen P. Good perinatal outcome in selective vaginal breech delivery at term. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2005;84:578-583.
29. Zigelboim I. Anomalías de presentación, situación y rotación. En: Zigelboim I, Guariglia D, editores. *Clínica Obstétrica. Reimpresión de la 2ª edición.* Bogotá, Colombia: Editorial Disinlimed; 2007.
30. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom S, Gilstrap III LC, Hauth JC, Wenstrom KD. *Obstetricia de Williams.* 22ª edición. México: McGraw-Hill; 2006.
31. Gabe SG, Niebyl JR, Simpson JL. *Obstetrics. Normal & abnormal pregnancy.* 3ª edición. Nueva York: Churchill Livingstone; 1996.
32. Gosh MK. Breech presentation: Evolution of management. *J Reprod Med.* 2005;50:108-116.
33. Comité opinión. Mode of term singleton breech delivery. *Obstet Gynecol.* 2006;108:235-237.
34. Glezerman M. Five years to the term breech trial: The rise and fall of a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2006;194:20-25.
35. Agüero O, Kízer S, Ríos J. Embarazo gemelar. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1976;36:631-641.
36. Fleitas F, Uzcátegui U O, Sánchez R W. Embarazo gemelar. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1980;40:75-78.
37. Althabe F, Belizan JM, Villar J, Alexander S, Bergel E, Ramos S et al. Mandatory second opinion to reduce rates of unnecessary cesarean section in Latin America: A cluster randomized controlled trial. *Lancet.* 2004;363:1921-1922.
38. Salinas P H, Carmona G S, Albornoz V J, Veloz R P, Terra V R, Marchant G R, et al. ¿Se puede reducir el índice de cesárea? Experiencia del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2004;69:8-15.