

La epidemia de cesáreas no justificadas, ¿podremos revertirla?

Is it possible to reverse the epidemics of unnecessary cesarean sections?

Durante decenas de años, inicialmente desde finales del siglo 19, la cesárea era una técnica quirúrgica que los obstetras la efectuaban como un último recurso ante situaciones que ponían en mucho riesgo la vida de las madres. Por lo tanto, se realizaban excepcionalmente y solo fue aumentando levemente ya en el siglo 20. Hasta antes de la segunda guerra mundial, datos de varios hospitales en países desarrollados, mostraban que el porcentaje de cesáreas electivas no superaba el 3 a 4 %.

Es de destacar, que entre otros aspectos, la prudencia de realizarlas se basaba solo si se justificaban ya que la cesárea por sí misma aumentaba sensiblemente la mortalidad de la madre.

Posteriormente, desde la década de 1950, con los avances de la medicina se logró que estos riesgos potencialmente graves para la madre, fueran disminuyendo marcadamente. Luego de estos progresos, la tasa de cesáreas electivas se incrementó progresivamente a porcentajes entre 10 a 15 %, que perduró durante muchos años y fue aceptada por la OMS al considerar que era una acción correcta que podía lograr disminuir cierto trastorno grave que pudiera ocurrir en el parto vaginal. Al mantenerse esa tasa, se pudo lograr una disminución de la mortalidad y morbilidad fetal y en los recién nacidos.

Al ingresar como residente en la Maternidad Sardá de la Ciudad de Buenos Aires en 1968, comencé mi formación en la Neonatología. Entre los recuerdos que tengo de esos maravillosos años, puedo recordar que la tasa de cesáreas electivas ante riesgos evidentes, oscilaba entre 10-12 %. Luego, al ingresar en 1977 al Hospital Italiano de Buenos Aires, la tasa estaba entre el 13 al 15 %.

Esos porcentajes perduraron varios años y los resultados perinatales siguieron mejorando, tanto en la Obstetricia, como en los cuidados de los recién nacidos, y eso contribuyó a que la muy incipiente Neonatología creciera como una importante disciplina dentro de la Pediatría y lograra mejorar sustancialmente los cuidados en los neonatos de término y los prematuros, con una progresiva disminución de la mortalidad y morbilidad.

Sin embargo, lamentablemente esos años no duraron mucho y en los finales de la década de 1980, la medicina fue decayendo en varios aspectos que principalmente alteraron la atención de los pacientes, lo cual llevó a que aumentaran los problemas en el cuidado de la salud.

Es de destacar, que uno de los mayores y graves problemas que surgieron en la medicina perinatal, fue el notorio aumento progresivo de las cesáreas no justificadas.

Ese incremento fue lento en un principio y

luego avanzó a mayor velocidad en este siglo, hasta alcanzar tasas que nunca podríamos haber supuesto ya que nada menos se estaba modificando la forma del nacimiento de los seres humanos que desde que estamos en este mundo, era por la vía vaginal.

Fueron esos años en donde la medicina era invadida por el mercantilismo, en especial en la actividad privada de los médicos, y en lo que preocupaba en ese tiempo que para los obstetras era mejor recurrir a la cesárea porque el pago era mayor que en el parto vaginal y además eran más rápidas en comparación con el trabajo del parto, que obviamente suele ser lento, en especial en la madre primerizas, porque así lo determina la naturaleza.

Esto fue sucediendo en muchos otros países, y ya desde hace varios años surgió el término "*cesárea por conveniencia*" que lamentablemente es lo que hacen los obstetras, ya que sin ninguna duda, es lo que ocurre en las cesáreas que no tienen ninguna justificación.

Actualmente, en la gran mayoría de las instituciones médicas privadas, la tasa de cesáreas no justificada supera el 75 % de los nacimientos (en algunas, más), al menos en Buenos Aires. En los hospitales públicos los porcentajes son inferiores pero suelen superar el 30-35 % que significa un tercio de los nacimientos.

Es definitivamente claro, que cuando no existe ninguna causa o riesgo en el trabajo de parto, ni en las madres y ni en el feto, solo es evidente que hacer una cesárea depende exclusivamente de lo que desea el obstetra, y no lo que se debería hacer para realizar una buena y honesta medicina.

Múltiples estudios señalaron evidentes riesgos cuando se efectúan cesáreas no justificadas que afectan tanto a las madres como al feto y el recién nacido. Ya en los primeros años de este siglo, Villar et al.,¹ publicaron un estudio multicéntrico realizado en ocho países de América Latina con 97 000 nacimientos. La media de cesáreas fue de 33 % (24-43), siendo ya en esos años, las tasas eran más elevadas en los centros privados (51 %). El nacimiento por cesárea se asoció significativamente con mayor mortalidad y morbilidad grave materna debido al tratamiento de antibióticos posparto. El aumento en la tasa de cesárea también se asoció con un incremento de la mortalidad fetal y un mayor número de RN ingresados en cuidados intensivos neonatales. Asimismo, el nacimiento por cesárea en prematuros, aumentó la mortalidad neonatal entre el 10 % al 20 %.

Un año después, el grupo liderado por Villar, publicó otro estudio de cohortes efectuado en 420 hospitales de América Latina.² Sus principales resultados observaron que las madres con parto

por cesárea tuvieron un significativo mayor riesgo de morbilidad materna grave en comparación con las que tuvieron parto vaginal (cociente de probabilidad 2,0 (95 % intervalo de confianza 1,6 a 2,5 en la cesárea).

Varios estudios han hallado riesgos en diferentes aspectos, referidos en especial a diversos trastornos respiratorios en los RN en sus primeros minutos y horas de vida. Branco de Almeida et al.,³ observaron en 2087 neonatos nacidos por cesárea no urgente y 4842 por vía vaginal, la anestesia en la cesárea aumentó el riesgo de ventilación con bolsa y máscara (OR 1,42, IC 95 % 1,07 a 1,89) ajustada para el número de gestaciones, hipertensión materna y peso al nacer. Otro estudio realizado en la Argentina,⁴ evaluó la morbilidad en 1120 neonatos de término nacidos por vía genital y 901 por cesárea. La mayor morbilidad respiratoria neonatal fue en los RN por cesárea a las 37 y 38 semanas (cesáreas 7,4 % vs. vaginal 2,1 %; RR 3,5; IC 95 % 1,5-8,1). Asimismo, el 68 % de madres con cesárea manifestaron dolor moderado-intenso en el puerperio, contra 36 % en parto vaginal (RR 1,9; IC 95 % 1,7-2,1). La lactancia exclusiva al momento del alta fue menor en madres con cesárea (90 % contra 96 %; RR 0,94 IC 95 % 0,92-0,96).

Finn et al.,⁵ evaluaron la frecuencia respiratoria, el volumen y el dióxido de carbono al nacimiento. Los valores aumentaron significativamente en los nacidos por cesárea y hubo una asociación con la presencia de taquipnea transitoria.

En los últimos años, surgieron propuestas para tratar de reducir la enorme tasa de cesáreas. Un reciente artículo⁶ hace una actualización sobre cuál podría ser el mejor tratamiento para reducir la necesidad de realizar cesáreas. Aborda preferentemente las investigaciones acerca del uso de oxitocina en dosis elevadas para reducir en madres nulíparas las frecuentes demoras en el trabajo de parto vaginal. Si bien, aún son escasos los estudios, señalan que hay tres destacados ensayos en curso que comparan las dosis bajas y las dosis altas para disminuir el retraso en la primera etapa del trabajo de parto en mujeres nulíparas. Hay consenso que es muy probable que esos estudios proporcionen evidencia sobre la efectividad y la seguridad de dosis altas de oxitocina para reducir la duración del parto y de esa forma lograr un nacimiento vaginal espontáneo. Así no habría excusas para realizar cesáreas en nulíparas ya que más allá de los riesgos señalados, genera que los próximos hijos van a nacer también por cesárea.

McClelland et al.,⁷ realizaron un estudio para identificar los factores asociados con la variabilidad en las tasas de parto por cesárea en una sola institución y observaron una amplia oscilación de las tasas de cesáreas entre los obstetras.

Finalmente, abordaré los aspectos éticos brevemente, que como siempre son imprescindibles en la práctica médica para que nuestras acciones estén basadas en los pacientes. Para lograrlo, debemos respetar los principios de beneficencia y de no maleficencia que nos lleva a que nuestras acciones sean beneficiosas para el paciente. Como he señalado, las inadecuadas conductas que llevan a riesgos potencialmente graves en la madre y el RN, suceden al efectuar cesáreas no justificadas que suelen ocurrir por conveniencia de los profesionales. Esto produce una colisión entre los intereses del médico contra los intereses del paciente, y sin duda, eso no es éticamente correcto.

La realidad que hoy estamos viendo en la indicación de cesárea injustificada y por conveniencia no es lícitamente ética y por lo tanto debemos bregar mucho para poder reducir su muy alta tasa, que está afuera de los principios éticos ancestrales de la medicina. ■

Dr. José María Ceriani Cernadas
Editor

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2019.66>

Texto completo en inglés: <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2019.eng.66>

Cómo citar: Ceriani Cernadas JM. La epidemia de cesáreas no justificadas, ¿podremos revertirla? *Arch Argent Pediatr* 2019;117(2):66-67.

REFERENCIAS

- Villar J, Valladares E, Wojdyla D, Zavaleta N, et al. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global Survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet*. 2006; 367(9525):1819-29.
- Villar J, Carroli G, Zavaleta N, Donner A, et al. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. *BMJ*. 2007; 335:1025-35.
- de Almeida MF, Guinsburg R, da Costa JO, Anchieta LM, et al. Non-urgent caesarean delivery increases the need for ventilation at birth in term newborn infants. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2010; 95(5):F326-30.
- Ceriani Cernadas JM, Mariani G, Pardo A, Aguirre A, et al. Nacimiento por cesárea al término en embarazos de bajo riesgo: efectos sobre la morbilidad neonatal. *Arch Argent Pediatr*. 2010; 108(1):17-23.
- Finn D, De Meulemeester J, Dann L, Herlihy I, et al. Respiratory adaptation in term infants following elective caesarean section. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2018; 103(5):F417-F421.
- Kenyon S, Sanders J, Middleton L, Johnston T. What is the best treatment to reduce the need for caesarean section in nulliparous women at term with delayed first stage of labour? *BMJ*. 2017; 357:j2469.
- McClelland S, Gorfinkle N, Arslan AA, Benedetto-Anzai MT, et al. Factors associated with caesarean delivery rates: a single-institution experience. *Matern Health Neonatol Perinatol*. 2017; 3:8.