

CESÁREA HOY, RIESGO VS PROTECCIÓN MATERNO FETAL.

Cesarea today, risk vs fetal maternal protection.

Fred Manrique-Abril¹, Giomar M Herrera Amaya², Bibiana Matilde Bernal Gomez³, Oscar Mauricio Cuevas⁴, Vanesa Manrique Arismendy⁵, Diana Marcela Santos⁶, José María Barrera⁷, Juan Manuel Ospina Diaz⁸.

1. RN. PhD Profesor Titular, Universidad Nacional de Colombia. Sede Bogotá. Profesor Asociado Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Grupo de investigación en salud pública GISP. fgmanriquea@unal.edu.co
2. RN. PhD (c) Profesor Asistente. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Tunja. Grupo de investigación en salud pública GISP. Giomar.herrera@uptc.edu.co
3. MD. Patóloga. PhD. Profesor Asistente. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Grupo de Investigación Biomédica y de Patología Gibp.medicina@uptc.edu.co
4. MD. Epidemiólogo. Subdirector científico, Hospital Regional Sogamoso
5. Estudiante de medicina Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Grupo de Investigación Biomédica y de Patología. olga.manrique01@uptc.edu.co
6. MD. Epidemióloga. Grupo de investigación en salud pública GISP. dianamsantos@hotmail.com
7. MD. Esp. Ginecología y Obstetricia Servicio de Gineco-obstetricia Hospital Regional Sogamoso
8. MD. Msc Epidemiología. Profesor Titular. Escuela de Medicina. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Grupo de Investigación Biomédica y de Patología. Juan.ospina@uptc.edu.co

Recibido: 11/08/2017 Revisado: 30/10/2017 Aceptado: 20/11/2017

COMO CITAR ESTE ARTÍCULO: Manrique-Abril FG, Herrera-Amaya GM, Bernal BM, Cuevas OM, Manrique OV, Santos DM, Barrera JM, Ospina JM. Cesárea hoy, riesgo vs protección materno fetal. Rev.salud.hist.sanid.on-line 2017;12(3): 15-28 (Septiembre-Diciembre). Disponible en <http://www.shs.agenf.org/> Fecha de consulta ().

Los textos publicados en esta revista pueden ser reproducidos citando las fuentes. Todos los contenidos de los artículos publicados, son responsabilidad de sus autores.

Copyright. Revista Salud Historia y Sanidad © Grupo de Investigación en Salud Pública GISP-AGENF.ORG Tunja 2017.

RESUMEN

Objetivo: Esta revisión tiene por objetivo contextualizar epidemiológicamente un procedimiento médico común considerado como cirugía mayor: la cesárea. La Organización mundial de la salud ha puesto la alerta sobre el incremento desmesurado del procedimiento en el planeta y los riesgos en la ambientación del binomio materno-infantil. Un procedimiento innecesario puede tener un riesgo no medido o ser de peor efecto. No obstante hay aún condiciones clínicas y biológicas que requieren se siga realizándolo, por lo tanto identificar la diferencia entre condiciones clínicas y no clínicas de la cesárea es una meta en los servicios dedicados a la obstetricia moderna. Prácticas médicas como los paritorios y las salas de parto individuales y asistidas por profesionales sanitarios, podrían reemplazar el escaso número de Obstetras en el planeta. Así mismo la reflexión entre los Obstétricos especializados en Alto y bajo riesgo obstétrico puede recuperar decisiones terapéuticas previamente influenciadas por litigios y demandas médicas. La revalorización del oficio del médico en la obstetricia es un primer paso para la reducción de las cesáreas innecesarias. **Materiales y Métodos:** Revisión teórica narrativa con base en supuestos teóricos con base en preguntas de investigación como, cuál es la incidencia de la cesárea en el Hospital Regional de Sogamoso? Por qué se escoge este procedimiento? **Resultados y Conclusiones:** La práctica de cesárea para el nacimiento, con el fin de asegurar la salud materna e infantil durante el parto, por la incertidumbre en la prevención de la asfixia perinatal y debido a las controversias sobre la atención del trabajo de parto normal, ha producido epidemiológicamente, dimensiones antinaturales en el sistema sanitario y en el mundo. De cada dos colombianos, uno nace por cesárea y aunque la reducción en la morbilidad materna es un hecho, es posible que los científicos en salud no vislumbren el impacto de este tipo de fenómenos.

Palabras clave: Obstetricia, riesgo, cesárea, Colombia

ABSTRACT

Objective: Review aims to contextualize epidemiologically a common medical procedure and at the same time considered as major surgery: cesarean section. The World Health Organization has put the alert on the excessive increase of the procedure on the planet and the risks in the environment of the maternal and child binomial. An unnecessary procedure may have an unmeasured risk or be of worse effect. However, there are clinical and biological conditions that still need to be performed, therefore, identifying the difference between clinical and non-clinical conditions of caesarean section is a goal in the services dedicated to modern obstetrics. Medical practices such as delivery rooms individual and assisted by health professionals, could replace the small number of obstetrician. Likewise, the reflection among the high and low risk pregnancy specialized Obstetricians can recover therapeutic decisions previously influenced by litigation and medical demands. The value of the profession of the Doctor in Obstetrics is a first step for the reduction of unnecessary cesareans. **Materials and Methods:** Theoretical and narrative review based on research questions such as, What is the incidence of cesarean section in the Regional Hospital of Sogamoso? Why is this procedure chosen? **Results and Conclusions:** The practice of caesarean section for birth, in order to ensure maternal and infant health during childbirth, due to the uncertainty in the prevention of perinatal asphyxia and due to controversies about normal labor, It has produced epidemiologically, unnatural dimensions in the health systems. Although the reduction in maternal morbidity is a fact, it is possible that health scientists do not foresee the impact of this phenomena for which we establish this first line of base.

Keywords: Obstetrics, Cesarean section, Risk, Colombia

HISTORIA

Varias ciudades que fueron fundadas, o embellecidas por emperadores romanos recibieron el nombre de Cesárea lo que permite hacernos una idea de que los romanos tienen mucho que ver con él (1, 2).

Una palabra de origen latino, *caedere* o *scaedere*, que significa cortar, podría ser una de las 4 razones del origen de la denominación. Las otras 3 son: la ley regia de *Numa Pompilius* (siglo VIII AC) que impedía inhumar a la mujer muerta embarazada sin haber sacado previamente al niño por una incisión abdomino-uterina (ley de los cesáres); la leyenda cuenta que *Julio César* nació de este modo, aunque algunos escritos lo niegan, y por último, los escritos atribuidos a Plinio, historiador de la antigüedad, que aseveraba que el primero de los cesáres nació por vía abdominal (3).

Es bueno destacar que existieron leyes relacionadas con este proceder. La ley romana llamada "Lex Regia" del año 715 AC establecía que cualquier mujer con embarazo avanzado debía ser operada poco después de la muerte, si el niño estuviera vivo (1). Antes de 1500, el Islam se oponía a este tipo de procedimiento y señalaba que cualquier niño nacido por este método era descendiente del demonio y debía ser sacrificado. La iglesia cristiana estaba a favor de la operación, preocupada en la salvación de vidas y almas (4).

La primera referencia histórica a la realización de una cesárea en una mujer viva corresponde a la practicada por Nufer en 1500. Empleó una navaja de rasurar y el niño nació vivo. La madre tuvo 5 hijos más, lo que pudiera señalarse como uno de los primeros partos vaginales después de una cesárea, aspecto que en la actualidad cobra vigencia y defensores. En Colombia, se señala que la primera se realizó en 1844 y en Estados Unidos en 1827 por *Richmond*, en Cincinnati,(5)

Actualmente, la cesárea es la intervención quirúrgica realizada con mayor frecuencia en obstetricia y ello se debe a factores tales como: la disminución de sus riesgos (antibióticos, bancos de sangre, mejor técnica quirúrgica, etc.); nuevas indicaciones sustentadas en mejores resultados perinatales y la escasa posibilidad del operador para adquirir habilidad en las maniobras por la vía vaginal (6).

El dilema que más comúnmente tiene que enfrentar el obstetra en su práctica diaria es tener que decidir si realiza o no una operación cesárea. La misma tiene como objetivo la extracción del fruto de la gestación, así como de la placenta y membranas fetales, a través de la pared abdominal (6, 7).

Las altas tasas de la operación cesárea (OC) prevalentes, tanto en países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo y la diversa resistencia que se ofrece a los intentos por reducirlas, configuran un escenario posible de describir como una epidemia (8, 9).

Sin embargo, a pesar de los grandes avances en materiales quirúrgicos y anestésicos y la modernización de las técnicas operatorias y anestésicas, la morbimortalidad materna asociada a la cesárea sigue siendo tres veces superior a la de un parto vaginal⁽³⁾. Su frecuencia se ha ido incrementando a tal punto que actualmente lo que apareció como una solución, ahora se vislumbra como un problema por la excesiva liberalización a la que ha sido conducida (6, 10-12).

Más allá de algunas variaciones entre países, sectores de salud u hospitales, se puede encontrar un patrón de indicación clínica bastante similar: la cesárea previa y las distocias son las principales indicaciones de OC y, en importancia, le siguen el sufrimiento y la mala presentación fetal (13, 14).

En 2011 la OMS realizó una revisión sistemática de los sistemas utilizados para clasificar las cesáreas y concluyó que la clasificación de Robson es la más adecuada para atender las necesidades locales e internacionales actuales. La OMS recomendó utilizarla como base para desarrollar un sistema de clasificación de cesáreas aplicable a nivel internacional (15).

Desde el inicio de su práctica, la operación cesárea ha ido en aumento progresivo. Es probable que diversos factores hayan incidido en este incremento, entre otros, el descubrimiento de la sutura uterina, el uso universal de la técnica de asepsia y antisepsia, el uso de antimicrobianos, la depuración de la técnica operatoria, la inclusión y mejoramiento de procedimientos anestésicos y en la actualidad, la utilización y desarrollo del monitoreo electrónico fetal ante e intraparto, así como el temor de los obstetras a ser demandados jurídicamente por negligencia médica. (16, 17)

No obstante los factores mencionados y el refinamiento en la técnica quirúrgica y anestésica, mayores cuidados en la transfusión sanguínea y un mejor uso de antimicrobianos, la morbimortalidad materna y perinatal asociada a la cesárea, sigue siendo superior a la del parto por vía natural (18).

Comparado con el parto normal la posibilidad de riesgo de infección a la que se ven expuestas las mujeres que se someten a cesárea es entre 5 y 20 veces mayor (19), siendo la endometritis del 5% al 85% (20), la infección de la herida quirúrgica del 2.5% al 16.1%(21) y la urosepsis en el 8%(22) las más frecuentemente observadas.

De igual manera, se ha observado que el acretismo placentario ha aumentado hasta 10 veces más en los últimos años en mujeres que tienen el antecedente de una cicatriz uterina, incrementándose por ende la morbilidad hemorrágica y necesidad de extirpar el útero (23).

Adicionalmente, las cesáreas innecesarias representan un aumento en el costo de los servicios y en el riesgo para la salud de la madre y el producto, ya que la probabilidad de muerte materna por la práctica de este procedimiento, es desde 2.8 hasta 6 veces mayor en comparación con el parto eutócico (24).

Existe suficiente evidencia científica acerca de un incremento paulatino en la práctica de la operación cesárea en diversas partes del mundo.

EPIDEMIOLOGIA

Uno de los temas en el campo de la salud, que ha trascendido el ámbito académico hasta los medios masivos de comunicación, generando un amplio debate en el plano de la conceptualización técnica, científica y bioética, se refiere a un uso, aparentemente excesivo, y supuestamente amparado por argumentos pobremente fundamentados, de la operación cesárea, la cual, aunque debería ser una cirugía reservada exclusivamente a casos en los que el parto por vía vaginal represente un balance riesgo beneficio negativo y/o un pronóstico comprometedor para el desenlace del parto, se constituye en la actualidad como una alternativa que ya no es decisión exclusiva y razonada del médico, sino que incluso es una opción que el mismo paciente elige (25).

Según un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), los nacimientos por cesárea están relacionados con un aumento de la morbimortalidad materna y fetal (2). Según Puma et al, la cesárea es importante para disminuir la morbimortalidad materno fetal, sin embargo, las complicaciones que pueden ser mayores y más frecuentes en período expulsivo deben conocerse para planificar mejor este tipo de cirugías (26). Debido a que la tasa de cesárea se eleva, de modo que su promedio ha aumentado de un 15 a un 33 % en los últimos 25 años, los riesgos de morbilidad y mortalidad materna también se incrementan. El incremento injustificado de la cesárea no mejora la morbilidad ni la mortalidad materna, eleva los costos hospitalarios y puede comprometer el futuro obstétrico de la mujer, como consecuencia de la existencia de una cicatriz en el útero y por la creencia errónea que una vez cesárea, siempre cesárea (27).

En las Américas, 4 de cada 10 partos, ocurren por vía cesárea, superando el ideal considerado por profesionales de la salud de todo el mundo, que es de 1 de cada 10 partos. "Los médicos, las parteras, las enfermeras obstétricas, los responsables de la formulación de políticas sanitarias, las madres y padres, y la sociedad entera, debemos trabajar juntos para reducir ese número y recurrir a la cesárea sólo cuando es necesaria por razones médicas" (28).

El parto por cesárea en Brasil ha aumentado gradualmente, en especial entre las usuarias de convenios de medicina privada, como vemos en las cifras de 2003 a 2006, en que la tasa de cesárea subió de 64,3% a 80,72% respectivamente, indicadores que están muy por encima del 15% recomendado por la Organización Mundial de la Salud; se considera que es la tasa más elevada en el ámbito mundial (29). Bastos-Días et al, citan la apreciación de la gerente asistencial de la Academia Nacional de Salud de Río de Janeiro; esta afirma que el mito del parto doloroso y traumático versus la tecnología de punta con médicos competentes y un hospital seguro, atribuido al parto natural y a la cesárea,

respectivamente, tienen una presencia muy fuerte. Comenta incluso que, la formación de los médicos incentiva la cesárea, que es menos trabajosa y más rápida que el parto natural, implicando también una cuestión económica para el médico (30).

En Colombia, el 98,7% de las mujeres tienen partos atendidos por personal calificado y el 98,6% son atendidas institucionalmente. Así mismo, el 86,5% de los nacidos han recibido cuatro o más consultas de control prenatal. Sin embargo, en los últimos años ha surgido la preocupación global por el incremento en el porcentaje de partos atendidos por cesárea. Si bien la intervención es eficaz para prevenir la morbi-mortalidad materna y perinatal cuando existe justificación médica, no hay beneficios en madres y neonatos en quienes esta carece, y por el contrario, sí aumenta el riesgo potencial de infección y de complicaciones por la cirugía, particularmente en los lugares con instalaciones precarias o sin capacidad para realizar cirugías de forma segura (31).

De acuerdo con la OMS, a nivel de población, las tasas de cesárea superiores al 10% no están asociadas con una reducción en las tasas de mortalidad materna y neonatal (2). En Colombia, aunque el porcentaje de partos atendidos institucionalmente se ha mantenido en niveles altos sin variación notoria, el porcentaje de partos atendidos por cesárea aumentó; pasó de 31,53% en 2005 a 46,69% en 2014. Para el último año, cerca de la mitad de los nacimientos se atendieron por vía quirúrgica, evidenciando el gran problema de salud pública que representa este asunto, a sabiendas de que “el costo que genera la injustificada sobre-intervención quirúrgica al sistema sanitario, perjudica el acceso equitativo a la atención materna y neonatal y genera consecuencias importantes tanto para las personas como para el bien común” (2).

Cifuentes define la operación cesárea como la intervención quirúrgica que tiene por objeto extraer el producto de la concepción, vivo o muerto, a través de una incisión en la pared abdominal (laparotomía) y de la pared uterina (histerotomía). El autor destaca las indicaciones más comunes para la realización de esta operación las cuales contemplan: parto previo por cesárea o antecedente de cirugía previa; falta de progreso de trabajo de parto; mala presentación fetal y sufrimiento fetal que no se puede corregir. Adicional a estas indicaciones relaciona indicaciones menos comunes como implantación anormal de la placenta, obstrucción mecánica para el parto vaginal, infección materna, gestaciones múltiples, cáncer cervical, y diátesis hemorrágica fetal por ejemplo por abrupcio placentae; también cita indicaciones polémicas, tales como: el “bebé de alto valor social”, bebé de muy bajo peso”, “algunas anomalías congénitas” y la “cesárea electiva como decisión de la paciente” (12).

La cesárea puede ser primaria, iterativa y electiva o programada, cuando respectivamente se realiza por primera vez, por segunda o más veces y cuando se realiza antes del inicio del trabajo de parto por existir condiciones de la madre o el niño que exigen la terminación del embarazo y está contraindicada la vía transpélvica (27, 32). Actualmente se considera la intervención quirúrgica que se realiza con más frecuencia en todas las instituciones de

salud, privadas y públicas. La Organización Mundial de la Salud señala que en ninguna región del mundo se justifica una incidencia de cesárea mayor del 10-15%; sin embargo, se ha incrementado su frecuencia en las dos últimas décadas; la razón para este incremento es compleja y parece estar más relacionada con la seguridad que ofrece (33).

Si bien algunos estudios ponen de manifiesto un menor uso de la cesárea en los grupos sociales más desfavorecidos, también es cierto que en estos grupos la tasa supera el 15% recomendado por la OMS. Por este motivo podría considerarse que existe una sobreutilización de la cesárea que estaría más relacionada con aspectos de la medicalización del nacimiento que con necesidades clínicas (34).

Figura 1. Clasificación de Robson



Fuente: Clasificación de Robson original, diagrama obtenido de la Organización Mundial de la Salud con una pequeña modificación por los autores

En 2001 hubo una propuesta para la monitorización y auditoría de los niveles de cesáreas orientada hacia la acción que es la Clasificación de diez grupos propuesta por Robson. La OMS recomendó utilizar esta clasificación, a partir de una revisión sistemática que hizo en el 2011, porque resulta aplicable internacionalmente y permite comparaciones en el tiempo de una misma unidad asistencial y entre distintas unidades. La clasificación de Robson está

basada en parámetros bien definidos y fáciles de controlar en cada mujer y su embarazo, en lugar de la indicación de la cesárea, evitándose así mucha confusión, discrepancias y variabilidad inherente a la indicación de una cesárea. Cuatro pilares forman la base de esta clasificación (Cuadro 1): a) historia obstétrica previa; b) progreso del parto; c) categoría del embarazo; y d) edad gestacional (2, 7, 25, 35-37).

RIESGOS Y BENEFICIOS

El obstetra enfrenta en su práctica diaria el dilema de si en un parto determinado, realiza o no una operación cesárea, entonces, así las indicaciones médicas sean muy concretas, las altas tasas de la operación cesárea, tanto en países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo deben enfrentarse ante la resistencia que se ofrece a los intentos por reducirlas y configuran un escenario posible de epidemia, que a pesar de los grandes avances en materiales quirúrgicos, anestésicos y la modernización de las técnicas operatorias y anestésicas, la morbimortalidad materna asociada a la cesárea sigue siendo tres veces superior a la de un parto vaginal (1, 4, 5).

Existe suficiente evidencia científica acerca del aumento en la práctica de la operación cesárea en diversas partes del mundo; un artículo con datos de Estados Unidos reporta que se había pasado de un 5,5% de nacimientos por cesárea en 1970 a un 22,8% en 1993, con una importante variabilidad geográfica y con mayores tasas en los hospitales privados (18). En España se ha documentado un incremento del porcentaje de nacimientos por cesárea desde un 13,6% a finales de los años setenta hasta un 25,1% entre 2001 y 2002, ocurriendo esta tendencia en todos los grupos de edad materna excepto en las mujeres mayores de 40 años (34, 38, 39).

En Andalucía España, se hizo un estudio transversal de todos los nacimientos ocurridos del 2007 al 2009, con el propósito de estudiar la frecuencia de cesáreas y las condiciones que llevaron a este procedimiento, hallándose que el 24,8% de los 293 558 nacimientos fue por cesárea. En el análisis multivariado se observó que la variable clínica con la mayor odds ratio (OR) fue la existencia de complicaciones (OR=19,36). En cuanto a las variables relacionadas con los servicios sanitarios hubo un 55% más de cesáreas de lunes a viernes que en fines de semana, y una razón de partos en centros públicos frente a privados de 3,7. La frecuencia de cesáreas fue un 34% superior en las mujeres con estudios de tercer grado que en las que no tenían estudios (34).

En una revisión realizada por Nápoles y Piloto, que buscó identificar básicamente los problemas que genera el incremento de la operación cesárea, se encontraron varios hallazgos: en el estudio realizado en la década de los 80, por el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) en 17 países (16 latinoamericanos y uno europeo), se halló que el aumento de la cesárea comenzó a generar un aumento en la morbilidad y mortalidad maternas, que a juicio de los autores, después de 30 años se mantenía vigente. En este estudio que participaron 176 instituciones, quedó demostrada la influencia de las tasas de

cesárea en la reducción de la mortalidad perinatal en 5% y que el aumento de esta cirugía por encima de 10 % ya no mostraba beneficios. De manera casi universal, las indicaciones más frecuentes de cesárea se han relacionado con la desproporción cefalopélvica, la inducción fallida, la presentación pelviana y el sufrimiento fetal, conocidas por la sigla DIPS (39).

Por otra parte, en el 2014, Nápoles y Couto desarrollaron en Cuba un estudio descriptivo transversal, con el objetivo de exponer los costos directos e indirectos relacionados con la cesárea, como gastos de materiales, mano de obra y otros gastos, obteniéndose que el costo de una cesárea sin complicaciones y con una duración de 30 minutos fue de \$545,62 pesos; y se llegó a la conclusión que es necesario el control estricto de esta operación ya que la elevación de su indicador aumenta los costos que podrían emplearse en otras necesidades en el sistema de salud (38).

De otro lado, en Brasil se llevó a cabo una investigación cualitativa con 45 embarazadas que estaban en el tercer trimestre de gestación y que asistieron a cuatro programas de control prenatal de servicios públicos y privados de salud; para ello se utilizaron dos referentes teóricos: la fenomenología y la teoría de la representación social. Una de las representaciones encontradas fue el miedo al dolor, el cual estuvo intensamente representado en la imaginación de las embarazadas entrevistadas y a su vez se transforma, con la proximidad del parto, en la génesis de otros miedos: miedo al trabajo de parto; miedo al desempeño y a comprometer el bienestar fetal; miedo a la anestesia y miedo a lo desconocido, entre tantos otros. Esos temores, generalmente asociados a historias de otras mujeres, suministran un subsidio emocional a la embarazada para la “cesárea solicitada”: “[...] Le tengo miedo al parto natural, porque todo el mundo me dice que se siente mucho dolor, y que ese dolor es peor que cualquier dolor en este mundo.” En ese sentido, el dolor se revela como uno de los principales constructores de las actuales representaciones sociales femeninas sobre el parto y contribuye para la curva ascendente en los indicadores de cesárea en el Brasil (40).

López et al, realizaron un estudio observacional prospectivo, en el Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora (México), en un grupo de 326 pacientes que acudieron al servicio de urgencias con embarazo de 36 semanas o más. De estas, el 25% terminaron su embarazo por operación cesárea; se resaltan los siguientes hallazgos: una ganancia de peso superior a lo recomendado aumenta el riesgo en 11.5% de terminar su embarazo por cesárea; la edad gestacional a partir de 41 semanas presentó una tasa de cesárea del 39.72%. Las adolescentes menores de 15 años tienen un alto porcentaje de cesáreas (60%). Para las pacientes nulíparas el 34% de éstas terminaron su embarazo por cesárea (36).

Millán y Mendoza realizaron un estudio de cohorte en un hospital de Bayamo – Cuba, en pacientes a las que se les realizó cesárea por primera vez, con el objetivo de identificar el comportamiento de algunos factores perinatales asociados a esta intervención. Los

hallazgos muestran que ocurrieron 2 122 nacimientos de los cuales el 32,7% se dieron por cesárea primitiva y que los factores estudiados están asociados estadísticamente a este tipo de cesárea. También se halló asociación estadística entre paridad previa y edad materna menor de 20 años; la relación entre la edad gestacional mayor de 40 semanas y el diagnóstico de macrosomía obtuvo un nivel de asociación estadística de $p=0,0016$. En cuanto a la presencia de meconio con las condiciones cervicales desfavorables, la asociación estadística fue significativa ($p= <0,0001$) (27).

En un artículo de reflexión publicado por Vázquez en 2015, sobre abuso de la operación cesárea y el principio de beneficencia, este autor dice que “es obligación del profesional de la salud respetar la autonomía y la capacidad de decisión de sus pacientes, pero también es su obligación ver por el bienestar y el beneficio de su actuación profesional. El abuso en el uso de la operación cesárea por motivos innecesarios nos llevan a cuestionar el apego del actuar de los médicos al principio ético de beneficencia al que deberían estar obligados, pues buscar el bien de sus pacientes incluye brindarles toda la información necesaria para tomar una buena decisión y no simplemente quitarse la responsabilidad de su comportamiento a partir de un dudoso consentimiento informado” (25).

En un estudio de tipo descriptivo y retrospectivo en pacientes gestantes que se practican una cesárea, realizado en el 2011 en un hospital de Cúcuta - Colombia, se halló que el factor materno más encontrado es el de cesárea electiva y la evidencia de infección intrauterina (Toxoplasmosis) es el factor fetal más encontrado (41).

En el año 2014, se realizó en Colombia una revisión de las estadísticas vitales del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE), del período 1998 - 2013, con el fin de estimar la tasa de cesárea y su tendencia, la clasificación, los riesgos materno-perinatales, los factores asociados a dicha tasa y proponer estrategias para racionalizar el uso de cesáreas en el país. Se encontró que la tasa de cesáreas pasó de 24,9 % en 1998 a 45,7 % en 2013, y que esta aumenta el riesgo de muerte, las complicaciones maternas graves y la morbilidad respiratoria neonatal comparada con el parto vaginal (42).

Con referencia a los nacimientos por tipo de parto se encontró que para el 2009, en Boyacá 68.7% fueron espontáneos y el 29.6% fueron atendidos por cesárea. Y en 2013 esta cifra subió a 34,37 % ocupando uno de los primeros cinco lugares en la cifra nacional, una de las más altas del continente, en total uno de cada dos colombianos nace por cesárea (43).

En 2016, el número de nacimientos en Boyacá fue de 15 460 de los cuales 10 085 nacieron por parto espontáneo, 5 189 nacieron por cirugía cesárea (33,5%), 183 fueron partos instrumentados y en 3 casos se ignora el mecanismo (42).

Por lo tanto, La práctica de cesárea para el nacimiento, con el fin de asegurar la salud materna e infantil durante el parto, por la incertidumbre en la prevención de la asfixia perinatal y debido a las controversias sobre la atención del trabajo de parto normal, ha

producido epidemiológicamente, dimensiones antinaturales en el sistema sanitario y en el mundo.

Dos alternativas básicas que pueden concederse a algunas pacientes que han tenido previamente una cirugía cesárea, son, la prueba de iniciar el trabajo de parto con el antecedente de cesárea en inglés TOLAC (trial of labour after cesarean) y el parto vaginal luego de cesárea del inglés VBAC (vaginal birth after cesarean) pero en la actualidad dependen de una muy adecuada relación médico-paciente, de un sistema sanitario poco comercial y dependen de guías de manejo en consenso y de suficientes recursos económicos para utilizarlos como alternativa.

Una prueba para poder tener un parto vaginal después de una cesárea (TOLAC) es una práctica médica imposible de estandarizar y que implica, dentro de lo natural, que puede que el nacimiento tenga que realizarse de nuevo por cesárea. Un parto vaginal después de haber tenido una cesárea, es un TOLAC exitoso cuyo resultado es un nacimiento vaginal.

También requiere de tiempo y de control del trabajo de parto por parte del personal sanitario porque puede tener un riesgo aumentado por el riesgo de una cesárea no planeada. El riesgo de una cesárea repetida, es un riesgo controlable solamente cuando este tipo de pacientes lo han discutido con su médico tratante, pues pueden continuar existiendo las mismas condiciones clínicas que la llevaron a una primera cesárea.

Con lo anterior existe suficiente evidencia que nos invita a reflexionar sobre el uso de la operación cesárea en los diferentes contextos y la necesidad de continuar con el análisis de las diferentes condiciones clínicas y no clínicas que influyen en la toma de decisión para realizarla, y así entregar a los profesionales de la salud elementos desde la evidencia que les permita establecer estrategias efectivas que se enfoquen hacia la seguridad de la gestante y el uso racional de la operación cesárea.

Y aunque la reducción en la morbilidad materna gracias a la cesárea, es un hecho, es posible que exista un impacto de este tipo de fenómeno, nacer todos por cesárea, aún no medido.

CONFLICTO DE INTERESES:

No tiene

FINANCIACIÓN

Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Convocatoria DIN 07 DE 2017. Proyecto código 2255

AGRADECIMIENTOS:

A los profesionales de la ESE Hospital Regional de Sogamoso y a los miembros del Grupo de Investigación en salud Pública GISP.

REFERENCIAS

1. Lugones Botell M. La cesárea en la historia. Revista cubana de Obstetricia y Ginecología. 2001;27(1):53-6.
2. Organización Mundial de la Salud. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Debe hacerse todo lo posible para realizar cesáreas a todas las mujeres que lo necesiten en lugar de intentar alcanzar una tasa determinada. Washington: Organización Mundial de la Salud,. 2015; Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161444/1/WHO_RHR_15.02_spa.pdf.
3. Tacuri Ceeballos C, Matorras Weinig R, Nieto Díaz A, Ortega Gálvez A. Historia de la cesárea. Tokoginecol. 1997;56(4):189-93.
4. Fernández Leyva H, Roque Martín Y. La cesárea, mitología o realidad? Rev 16 de Abril. 1996;191(2):27-9.
5. Firpo J. La operación cesárea. Obstet Gynecol Latinoam. 1982;40:206-18.
6. Schwarz L, Duverges C, Díaz A, Fescina R. Obstetricia. ed, editor. Bs.As: El Ateneo; 2003.
7. Peña Nina D. La operación cesárea. Incidencia, manejo y evolución en el medio privado. Acta Méd Dom. 1983;5:170.
8. Hopkins K. Are Brazilian women really choosing to deliver by cesarean? Social science & medicine. 2000;51(5):725-40.
9. Sakala C. Medically unnecessary cesarean section births: introduction to a symposium. Social science & medicine. 1993;37(10):1177-98.
10. Cifuentes R. Obstetricia de alto riesgo: Imprenta Departamental del Valle; 1990.
11. DeCherney AH. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos (11a: McGraw Hill Mexico; 2014.
12. Hamilton BE, Martin JA, Ventura SJ. Births: Preliminary data for 2008. National vital statistics reports. 2010;59(3):1-19.
13. Campero L, Hernández B, Leyva A, Estrada F, Osborne J, Morales S. Tendencias de cesáreas en relación con factores no clínicos en un centro de educación para el parto en la Ciudad de México. Salud pública de México. 2007;49(2):118-25.
14. Lira Plascensia J, Tiscareño Barajas A, Duque Segundino Y, Coria Soto I, Zambrana Castañeda M, Ibarquengoitia Ochoa F, et al. Cesárea de repetición:¿ Una cesárea necesaria? Ginecol obstet Méx. 2000;68(5):218-23.
15. Torloni MR, Betran AP, Souza JP, Widmer M, Allen T, Gulmezoglu M, et al. Classifications for Cesarean Section: A Systematic Review. PLoS One. 2011;6(1):e14566.
16. Cárdenas R. Complicaciones asociadas a la cesárea: la importancia de un uso módicamente justificado. Gac Med Mex. 2002;138(4):357-66.
17. Vélez-Pérez E, Tovar-Guzmán VJ, Méndez-Velarde F, López-López CR, Ruiz-Bustos E. Factores de Riesgo de la Operación Cesárea en el Hospital de GinecoPediatria del IMSS de Hermosillo, Sonora. Boletín Clínico Hospital Infantil del Estado de Sonora. 2013;30(1):16-23.
18. Benson R. El parto quirúrgico. In: DeCherney AH, editor. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos. México: Editorial El Manual Moderno; 1982. p. 905 - 14.
19. Smaill F, Hofmeyr G. Profilaxis antibiótica para la cesárea. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas. 2002(3).
20. Newton ER, Wallace PA. Effects of prophylactic antibiotics on endometrial flora in women with postcesarean endometritis. Obstetrics & Gynecology. 1998;92(2):262-8.
21. Lemus Rocha R, García Gutiérrez LB, Basavilvazo Rodríguez MA, Cruz A. Incidencia de herida quirúrgica infectada y profilaxis con cefotaxima en cesárea. Ginecología y Obstetricia de México. 2005;73(10):537-44.
22. Sánchez Salcedo MA, Pacheco Álvarez LM, Sánchez Pacheco LD, Sánchez Pacheco AO. Uso de antimicrobianos profilácticos en la operación cesárea. Medisan. 2002;6(4):47-52.

23. Herrera M. Parto por cesárea primera electiva. Rev Chilena de Obstetricia y Ginecología. 2004;68(1):79-81.
24. Deneux-Tharoux C, Carmona E, Bouvier-Colle M-H, Bréart G. Postpartum maternal mortality and cesarean delivery. Obstetrics & Gynecology. 2006;108(3):541-8.
25. Vázquez Parra JC. Abuso de la operación cesárea y el principio de beneficencia. Revista Latinoamericana de Bioética. 2016;16(1):60-71.
26. Puma J, Díaz J, Caparó C. Complicaciones maternas de la cesárea en gestantes a término en periodo expulsivo en un hospital general de Lima, Perú. Revista Medica Herediana. 2015;26(1):17-23.
27. Millán Vega MM, Mendoza Arroyo A. Factores relacionados con la cesárea primitiva. Revista cubana de Obstetricia y Ginecología. 2010;36(3):360-7.
28. OPS/OMS. Las Cesárea sólo debería realizarse cuando es médicamente necesaria. Washington2015; Available from: [www.paho.org/hq/index.php?option=com_content-
necesaria&Itemid=1926&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1926&lang=es)
29. da Rocha Pereira R, Franco SC, Baldin NE. Dolor y el Protagonismo de la Mujer en el Parto. Rev Bras Anesthesiol. 2011;61(3):204-10.
30. Bastos Dias MA, Soares Madeira Domingues RM, Esteves Pereira AP, Costa Fonseca S, Nogueira da Gama SG, Theme Filha MM, et al. Avaliação da demanda por cesariana e da adequação de sua indicação em unidades hospitalares do sistema de saúde suplementar do Rio de Janeiro. In: Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil), editor. O Modelo de Atenção Obstétrica no Setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil); 2008. p. 95-125.
31. Miniserio de Salud y Protección Social de Colombia. Análisis de la Situación de Salud. ASIS - Colombia 2016. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia,. 2016; Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/.../asis-colombia-2016.pdf>.
32. López-Saiz LE, Rojo-Quiñonez AR, López-Saiz CM. Factores de Riesgo en la Terminación del Embarazo por Operación Cesárea en Mujeres Atendidas en el Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora. Boletín Clínico Hospital Infantil del Estado de Sonora. 2014;31(2):96-100.
33. Márquez-Calderón S, Ruiz-Ramos M, Juárez S, Libroero López J. Frecuencia de la cesárea en Andalucía: relación con factores sociales, clínicos y de los servicios sanitarios (2007-2009). Revista Española de Salud Pública. 2011;85(2):205-15.
34. Cabeza Vengoechea PJ, Calvo Pérez A, Betrán AP, Mas Morey MdM, Febles Borges MM, Alcácer PX, et al. Clasificación de cesáreas por Grupos de Robson en dos periodos comparativos en el Hospital de Manacor. Progresos de Obstetricia y Ginecología. 2010;53(10):385-90.
35. Manrique-Abril F, Bernal B. Condiciones clínicas y no clínicas que afectan el procedimiento cesáreacódigo SGI 2255 UPTC DIN. 2017-2018
36. Rubio-Romero JA, Fonseca-Pérez JE, Molina S, Buitrago Leal M, Zuleta JJ, Ángel-Müller E, et al. 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. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2014;65(2):139-51.
37. Uzcátegui O, Cabrera C. Aspectos bioéticos de la cesárea y consentimiento informado. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. 2010;70(1):47-52.
38. Nápoles Méndez D, Couto Núñez D. Análisis de la cesárea como fuente de costo. Medisan. 2014;21(8):1008-17.
39. Nápoles Méndez D, Piloto Padrón M. Consideraciones actuales sobre la operación cesárea. Medisan. 2012;16(10):1579-95.
40. Laguado N, Meza AJJ, Colobon JJ, Salazar L, Mora M, Cáceres Y. Factores maternos y fetales que inducen a un parto por cesárea. Revista Ciencia y Cuidado. 2011;8(1):55-60.
41. Fonseca-Pérez JE. Cesárea por solicitud materna (CPSM). Revista Colombiana de Obstetricia y

Ginecología. 2017;68(1):7-11.

42. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Atlas de Variaciones Geográficas en Salud de Colombia 2015- Estudio piloto - Resultados de partos por cesárea. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, . 2015; Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/Resultados-generales-atlas-salud-cesareas-2015.pdf>.
43. Gobernación de Boyacá. Indicadores Básicos en Salud Boyacá 2011. Tunja: Gobernación de Boyacá,. 2011; Available from: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/mapa/analisis-de-situacion-salud-boyaca-2011.pdf>.