



Colombia Médica

ISSN: 0120-8322

colombiamedica@correounivalle.edu.co

Universidad del Valle

Colombia

Cobo C., Edgard

Tasas de cesárea en la Fundación Clínica Valle del Lili: ¿Es posible reducirlas?

Colombia Médica, vol. 29, núm. 3, 1998, pp. 54-61

Universidad del Valle

Cali, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28329002>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Tasas de cesárea en la Fundación Clínica Valle del Lili: ¿Es posible reducirlas?**Edgard Cobo C., M.D.***

*"Vení, que te cuento la verdad de la milanese." Refrán rioplatense.
"y conoceréis la verdad, y la verdad os hará libres" San Juan (Evangelio). Capítulo 8, versículo 32.*

RESUMEN

Las tasas de operación cesárea son exageradamente altas en Colombia. Aunque en el Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Fundación Clínica Valle del Lili hay una actitud moderadamente conservadora frente a esta intervención, se observan tasas muy altas, pero menores a las de las otras clínicas de Cali. Se analizaron 756 nacimientos, de ellos 250 corresponden a partos vaginales y 506 a cesáreas, para una tasa global de 66.9. Se compararon 2 períodos diferentes de un año de duración (1994-1995 vs. 1996-1997). Se observó una pequeña reducción de 2% en la tasa de cesárea de los médicos institucionales y 15% de aumento de la misma tasa en los médicos adscritos. En ambos grupos se observó una disminución en los diagnósticos de distocia anteparto, que fue más notoria en el grupo de médicos institucionales. Asimismo bajaron las tasas de cesárea por cesárea previa. En ambos grupos también hubo un aumento de la tasa de cesárea primaria, hecho que oscurece las posibilidades de lograr una reducción de la cesárea, como ocurre en los países desarrollados. Este artículo, que comunica los resultados obtenidos en una institución de medicina privada, pretende establecer la costumbre de someterlos a la discusión pública, abierta y transparente y aportar algunas recomendaciones para modificarlos cuando, como en el caso de la cesárea, son inconvenientes y muy distintos a los informados en la literatura universal. Presenta además, diferentes dimensiones del problema de la cesárea injustificada médicamente, a la consideración de una audiencia nacional e internacional.

Palabras claves: Cesárea. Embarazo normal.

El curso del embarazo normal y su culminación natural fueron históricamente eventos sociales que incorporaban a la familia y a su comunidad, sin ninguna o con muy poca participación médica, pues su curso es normal en más de 90% de las veces¹. Hoy, son sucesos más médicos que sociales, una mutación que ha transformado paulatinamente en pacientes a las mujeres embarazadas y a las parturientas normales. Este proceso de creciente medicalización, a veces excesivo, ha producido efectos no siempre deseables, entre los que se destaca el aumento dramático en las tasas de operación cesárea, que de moderado 5% en la década de 1960, llegó a oscilar entre 29% para 1985 en Puerto Rico, y 6.5% en Holanda^{1,2}.

Como reacción frente a las complicaciones generadas por este aumento, muchos hospitales y también algunos grupos de mujeres organizadas³, han desarrollado estrategias que en casi todos los países occidentales tratan de estabilizar estas tasas, a tal punto que ya no se observa la tendencia al aumento y en algunos de ellos ha comenzado a disminuir, al establecer como tasas aceptables de cesárea las que fluctúan entre 10% y 15%^{2,4-6}. Existen informes en la literatura^{7,8} de tasas aun más bajas que oscilan entre 1.4% y 3.9%.

En Cali, estas tasas muestran hoy proporciones alarmantes, que varían entre 20% en un hospital universitario y 85% en una clínica privada. En el Instituto Materno Infantil de

Bogotá, el hospital que atiende el mayor número de partos en Colombia⁹⁻¹⁰, (comunicación personal. Díaz, R., IMI, Bogotá, diciembre 1977), las tasas de cesáreas fueron: 1.99% en 1938, 4.79% en 1958, 6.8% en 1978, 12.6% en 1981 y 34.8% en 1996. En el Hospital San Ignacio¹¹ de la misma ciudad, la tasa de cesárea creció desde 3.1% en 1976 hasta 15.3% en 1984. En el Hospital Universitario del Valle (HUV) de Cali, una institución de referencia para embarazadas de alto riesgo, las tasas de esta operación aumentaron de 10% en 1962, hasta 35% en 1993. Allí, con estrategias como la práctica del parto vaginal después de cesárea (PVdC) y recientemente la obligatoriedad de justificar la indicación cuando se diagnostica una distocia (comunicación personal, Ortiz, E.I., HUV, Cali, diciembre 1997) se ha logrado bajar esta tasa

* Profesor Emérito, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Salud, Universidad del Valle. Jefe del Departamento de Obstetricia y Ginecología, Fundación Valle del Lili, Cali.

hasta 20% en 1996.

En cinco clínicas privadas de Cali, donde casi todas las pacientes atendidas son normales y catalogadas como de bajo riesgo, es decir, el anverso de la moneda del HUV, las tasas de operación cesárea variaron entre 68% y 85.7% en 1996. Estas cifras contrastan marcadamente con las de instituciones similares de países desarrollados¹², cuyas tasas oscilan entre 5% y 15%. No se ha encontrado en la literatura médica, una sola publicación que informe tasas tan altas de operación cesárea. En cambio, son muy numerosas las publicaciones sobre las causas del aumento en las tasas de la cesárea médicamente injustificada^{1,13-22}.

Las indicaciones más frecuentes son: distocia, sufrimiento fetal, cesárea previa y presentación podálica. En la práctica clínica de los países desarrollados, la distocia ocurre más o menos en 4% de los casos²³, el sufrimiento fetal²⁴ en 2%, la cesárea previa² alrededor de 12% y la presentación podálica²⁵ en 1.5%, con pequeñas variaciones entre los diferentes hospitales. En Cali no existe un registro sistemático de estos datos, pero se puede calcular sobre la información fragmentaria obtenida localmente que para esas mismas indicaciones, las proporciones podrían estar alrededor de 20%, 10%, 37% y 10%, respectivamente.

Ante estos hechos, que muestran una clara falta de proporción entre las tasas consideradas altas en los países desarrollados y las colombianas que son muchas veces superiores a ellas, es indispensable hacer no sólo un análisis interno, sino publicar los datos resultantes, como aporte al necesario proceso de autocrítica, crítica y auditoría médica que se debe dar en toda práctica clínica seria y responsable. Este artículo describe las tasas de cesárea, sus indicaciones y otras variables relacionadas con la prác-

tica de esta intervención, analizadas durante dos períodos anuales, en el Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Fundación Clínica Valle del Lili (FCVL).

PACIENTES Y MÉTODOS

El estudio se realizó en la FCVL, una institución sin ánimo de lucro dedicada de modo prioritario a la atención médica de alta complejidad. El Departamento de Obstetricia y Ginecología, hoy Unidad Materno-Infantil, se encuentra aun en fase de desarrollo y sólo durante este año espera acceder a niveles de atención compleja, como los que ya existen en muchas especialidades de la institución.

Mediante una evaluación retrospectiva de 756 nacimientos, se compararon dos períodos distintos, de un año de duración cada uno, así: un primer período desde la iniciación del Servicio de Obstetricia el 1 de junio de 1994 hasta el 31 de mayo de 1995 y un segundo período desde el 1 de octubre de 1996, fecha en la que se retiró de la Clínica una de las empresas de medicina prepagada lo que indujo un cambio en el cuadro médico, hasta el 30 de septiembre de 1997. Durante el primer período se practicaron 276 cesáreas y se atendieron 141 partos y durante el segundo, las cesáreas fueron 230 y los partos 109.

Para resumir los datos consignados en el libro de partos se diseñó una ficha, que llenaban las enfermeras y luego revisó el autor, a fin de comparar cada ficha con la historia respectiva. Los datos así obtenidos se analizaron manualmente, con excepción del estudio estadístico que se hizo con un programa de computador. Las variables primarias fueron: la tasa de cesáreas y la tasa de cada indicación, aceptando como cierto el diagnóstico de la indicación que figuraba en la historia

clínica, después de cotejarlo con el registro del Servicio de Partos. Las variables secundarias fueron: gravidez, paridad, peso, edad y talla de la madre, edad gestacional en el momento de la intervención, día de la semana, hora del día, momento de la cesárea con respecto al trabajo de parto (anteparto e intraparto), peso del recién nacido, índice de Apgar y admisión del neonato a la unidad de cuidado intensivo.

Las diferencias entre los dos grupos, cuando las hubo, se analizaron mediante el programa EPIINFO 6, de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Los datos se presentan como tablas de distribución de frecuencias, tasas y valores promedio acompañados del error estándar de la media. La significación estadística de las diferencias se calculó con la prueba t de Student, la prueba exacta de probabilidad de Fisher y la de Chi cuadrado con factor de corrección de Yates. Una diferencia se consideró estadísticamente significativa con el valor de $p > 0.05$.

La conveniencia de publicar los resultados obtenidos se discutió con el Comité de Investigación y con la Dirección Médica de la FCVL, entidades que la aprobaron.

RESULTADOS

La mitad de las características demográficas y clínicas de las pacientes fueron similares para ambos períodos (Cuadro 1), pero distintas y con significancia estadística para gravidez, $p = 0.026$; paridad, $p = 0.026$; edad gestacional, $p = 0.0032$; y peso de los neonatos, $p = 0.0256$. La admisión a cuidado intensivo neonatal, también fue mayor en el segundo período. Todas estas diferencias quizá se deben al aumento de casos de preeclampsia, embarazo gemelar, retardo en el crecimiento intrauterino (RCIU) y malforma-

Cuadro 1
Características Demográficas y Clínicas de las
Madres y los Recién Nacidos

	1994-1995	1996-1997	p
Edad materna (años)	29.5+0.30	29.3+0.39	NS
Talla materna (m)	1.63+0.005	1.60+0.01	NS
Peso materno (kg)	70.9+0.85	71.1+1.52	NS
Gravidez	1.93+0.06	1.74+0.07	0.0264
Paridad	0.25+0.04	0.15+0.03	0.0294
Edad gestacional (sem)	38.4+0.15	37.6+0.19	0.0032
Peso del recién nacido (g)	3157+34.2	3011+46.5	0.0256
Índice de Apgar <7 al min	15	17	NS
Índice de Apgar <7 al 5º min	2	5	NS
Admisión a UCIN (Nº casos)	20	31	NS

NS = No significativa

Cuadro 2
Variación de la Tasa de Cesárea entre los Dos Grupos
de Especialistas, Durante los Dos Períodos Estudiados

	1994-1995		1996-1997	
	Institucional	Adscrito	Institucional	Adscrito
Partos	123	18	99	10
Cesáreas	229	47	169	61
Total	352	66	268	71
Tasa de cesárea (%)	65	71.2	63	86
#			-2%	+ 14.8%
P				0.0804

ciones congénitas.

La tasa de cesáreas, 66.2% para el primer período y 67.8% para el segundo, presentó un ligero aumento de 1.6%. Pero al estratificar los resultados y separar los 2 grupos de especialistas según su modalidad de afiliación, se encontró que para los médicos institucionales la tasa de cesáreas fue 65% (229/352) para el primer período y 63% (169/268), es decir, una disminución de 2%. En cambio, para los médicos adscritos que son los que no tienen dedicación exclusiva, la tasa de cesáreas fue 71.2% en el primer período y 86%, un aumento de 14.8%, sin significancia estadística ($p = 0.0804$) (Cuadro 2).

Las indicaciones de cesárea que se anotaron en la historia clínica fueron muy variadas en ambos períodos (Figura 1). La indicación más frecuente, cesárea previa con 35.9% durante el primer período, disminuyó a 28.3% en el segundo. Es decir, tuvo una disminución de 7.6%, que no fue estadísticamente significativa ($p = 0.24461$).

La segunda indicación fue distocia, con 17% en el primer período y 10.4% en el segundo. Esta disminución de 6.6% no es estadísticamente significativa ($p =$

0.08462). La tercera indicación más común fue sufrimiento fetal, con 7.6% en el primer período y 7.8% en el segundo.

Después aparecen dos indicaciones no estudiadas en la literatura: cesárea electiva y cesárea por deseo de la paciente. La cesárea electiva se definió como la que se realiza sin ninguna indicación médica anotada en la historia, o cuando se consigna como tal, lo que puede corresponder a una decisión sin indicación justificable médicamente; la segunda se definió como la petición autónoma de la madre a su obstetra, sin intentar ninguna verificación distinta a su consignación en la historia clínica. La tasa de cesárea electiva fue 6.9% en el primer período y 6.1% en el segundo. La de cesárea por deseo de la madre, en cambio, aumentó desde 3.6% en el primer período hasta 7% en el segundo, una diferencia de más 3.4%, que no alcanza a ser estadísticamente significativa.

Las demás indicaciones tienen una proporción baja si se analizan separadamente, pero en conjunto hacen alrededor de la mitad de ellas (Figura 1). Durante el segundo período estudiado aumentaron las indicaciones como: presentación podálica, 0.9%; preeclampsia, 2.9%; ruptura prematura de membranas, 2.6%; inducción fallida, 1.9%; RCIU, 1.2%; placenta previa, 1.9%; hipertensión arterial crónica, 1.0%; y malformaciones fetales, 3.5%. Ninguna de las diferencias observadas en las indicaciones de cesárea fue estadísticamente significativa, excepto la cesárea por malformaciones fetales que aumentó de 0.7% a 4.2% en el segundo período estudiado ($p = 0.02790$).

En síntesis, las indicaciones más frecuentes disminuyeron 13% en conjunto, en tanto que otras menos comunes, como las citadas antes, aumentaron en conjunto 11.4% y la poco aceptada médicamente, el deseo de la madre, aumentó 3.4%. Ninguna de estas diferencias tiene significancia estadística.

La gravidez aparece en la Figura 2. Se puede ver cómo casi la mitad eran primigrávidas y cómo hubo un aumento en el segundo período (7.4%). En consecuencia, se establece que la cesárea primaria es la más común. Más adelante se ampliará este dato, cuando se analice el momento del embarazo en el que se hizo la intervención.

La paridad se muestra en la Figura 3, donde se puede ver cómo este resultado se hace más notorio, pues al agregar a las primigrávidas descritas en la figura anterior, las nulíparas con cesárea(s) previa(s) y uno o más abortos previos, la proporción de cesáreas primarias se eleva a la impresionante cifra de 83.3% durante el primer período y sube aún más, a 86.9%, durante el segundo, siendo entonces la de mayor

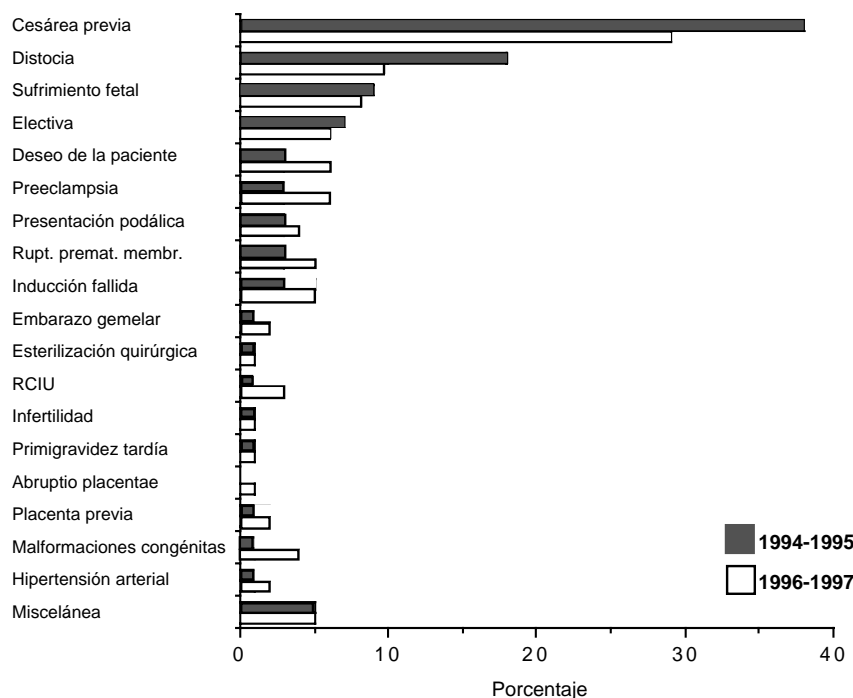


Figura 1. Porcentaje de cada una de las indicaciones de operación cesárea en los dos periodos estudiados.

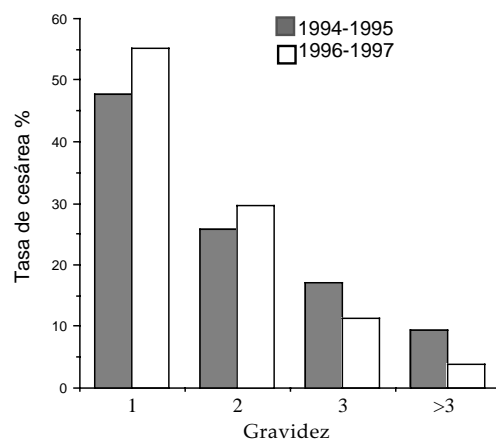


Figura 2. Tasas operación cesárea por la gravidez de las pacientes.

Cuadro 3
Tasas de Cesárea Primaria en los Dos Periodos Estudiados

1994-1995	1996-1997	Total
83.3% (230/276)	86.9% (200/230)	84.9% (430/506)

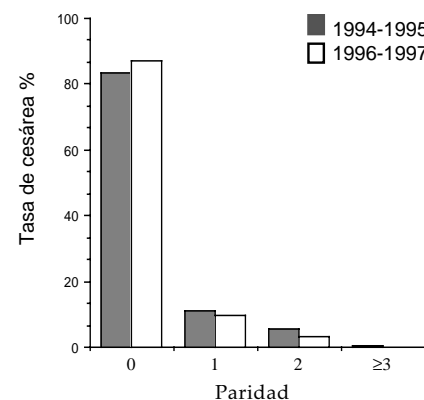


Figura 3. Tasas de operación cesárea, según la paridad de las pacientes de la Figura 2.

Cuadro 4
Momento del Diagnóstico de Distocia en las Cesáreas Primarias

	Anteparto (%)	Intraparto (%)
1994-1995	86.1 (31/36)	36.9 (5/36)
1996-1997	39.1 (9/23)	60.9 (14/23)
Total	67.8 (40/59)	32.2 (19/59)
#	47	47
P	0.0000	

ocurrencia (Cuadro 3). El diagnóstico de distocia antes de iniciar el trabajo de parto, fue el que se invocó con mayor frecuencia como causa de cesárea primaria (67.8%), lo que llama mucho la atención, porque este diagnóstico sólo se puede hacer con certeza durante el período expulsivo²⁶ o mediante ecoescanografía anteparto^{27,28} aunque este último método se ha puesto en duda muy recientemente⁵⁶. Sólo en 3 de las 59 mujeres en quienes se hizo el diagnóstico anteparto de distocia, se efectuó una ecoescanografía. Se debe destacar, sin embargo, que el diagnóstico anteparto de distocia que tuvo en el primer periodo estudiado una proporción de 86.1%, bajó hasta 39.1% (47%) durante el segundo (Cuadro 4). Esta diferencia es estadísticamente significativa ($p = 0.0000$).

El volumen de nacimientos atendidos por cada médico, se asoció marcadamente con la proporción individual de cesáreas, durante el período 1994-1995. En la Figura 4 (puntos llenos), se observa cómo cuando el volumen de nacimientos atendidos fue mayor de 350, la tasa de cesárea de ese especialista fue 75% y al contrario, cuando el número de nacimientos atendidos fue menor a 100, la tasa de cesárea osciló entre 53% y 56%. En el período 1996-1997,

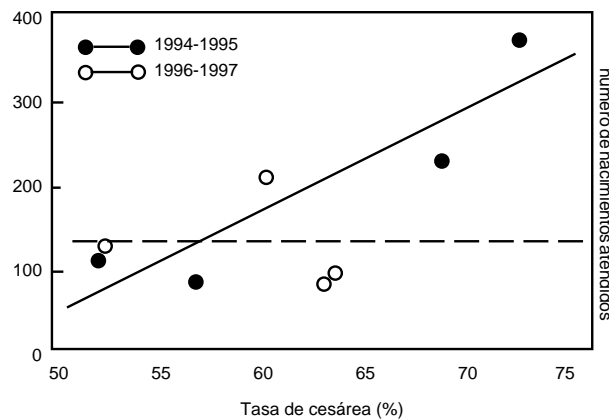


Figura 4. Correlación entre el número de nacimientos atendidos y la tasa de operación cesárea de los médicos institucionales.

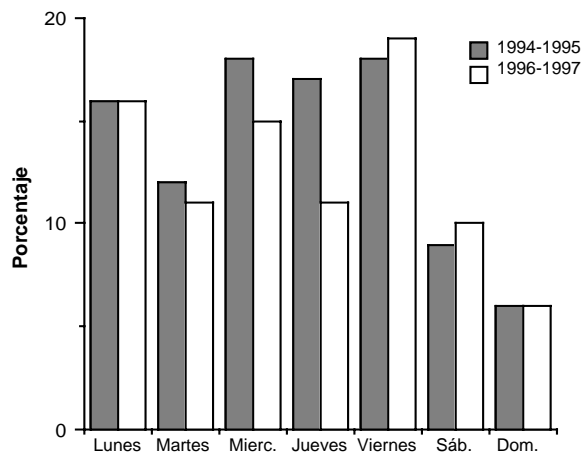


Figura 5. Frecuencia de la cesárea según el día de la semana.

esta asociación desapareció, y se observó en los especialistas institucionales una cifra individual de cesáreas que varió entre 53% y 65%, independientemente del volumen de mujeres atendidas por cada uno de ellos (puntos vacíos).

Los días de la semana muestran proporciones similares de cesárea, en los dos períodos estudiados (Figura 5). Las mayores frecuencias ocurrieron durante los días laborales (lunes a viernes) con fluctuaciones entre 12% y 23%, para caer a 10% los sábados y a 5% los domingos. Las horas del día no mostraron tampoco diferencias apreciables en los dos períodos estudiados. La frecuencia de la cesárea fue muy baja entre las 0 y 6 horas, aumentó notoriamente entre las horas 6.1 a 12 para disminuir ligeramente en los grupos horarios de 12.1 a 18 y de 18.1 a 24 (Figura 6).

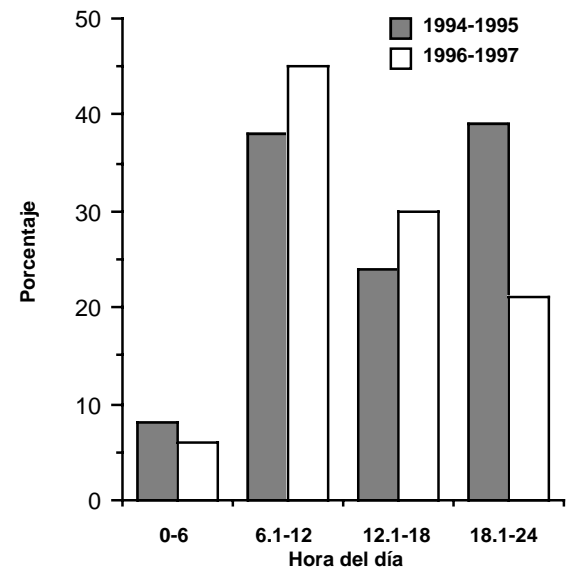


Figura 6. Frecuencia de la cesárea según la hora del día.

DISCUSIÓN

Las diferencias que se hallaron en las características de los dos grupos de pacientes estudiadas, muestran que en el segundo grupo se sometieron a cesárea más primigrávidas, con menor edad gestacional y por tanto con menor peso de los recién nacidos (Cuadro 1). Este resultado se podría relacionar con el aumento visto en indicaciones como preeclampsia, RCIU, RPM, embarazo gemelar y malformaciones congénitas (Figura 1).

La tasa de cesáreas en la FCVL fue 66.2% en el período 1994-1995 y 67.8% entre 1996-1997; fue la más baja entre las clínicas privadas de Cali (Cuadro 5), y aumentó sólo en 1.8%.

Se debe destacar, sin embargo, que al estratificar estos resultados de acuerdo con la modalidad de trabajo de los especialistas, se encontró que los médicos

Cuadro 5
Tasas de Operación Cesárea en Clínicas y Hospitales de Cali en 1996

	%
Centro Médico Imbanaco	85.7
Clínica Na. Sra. de los Remedios	85.2
Clínica de Occidente	84.3
Clínica Sebastián de Belalcázar	72.2
Fundación Clínica Valle del Lili	68.0
Hospital San Juan de Dios	47.5
Hospital Departamental Universitario	22.4

Cuadro 6
Tasa de Cesárea por Indicación de la FCVL, Comparada con
Tres Hospitales de Países Desarrollados

	Porcentaje (%)				
	FCVL 1994	1995	Jacksonville 1989 ⁵	Chicago 1991 ⁶	Dublin 1983 ¹⁸
Cesárea previa	35.8	28.3	3.3	18.2	1.1
Distocia	17.0	10.0	2.9	1.7	1.9
Sufrimiento fetal	7.6	7.8	1.5	2.3	0.5
Presentación podálica	3.2	4.2	0.8	1.0	0.6

institucionales disminuyeron su tasa de cesárea en 2%, al paso que los adscritos la aumentaron en casi 15%, hecho que muestra alguna posibilidad de continuar el descenso de estas tasas que resultan ser exageradamente elevadas cuando se las compara con las descritas en la literatura por instituciones similares²⁹⁻³².

Comparar la tasa de cada indicación permite establecer algunas tendencias útiles para el propósito de reducir las tasas de cesárea. Se seleccionaron los hospitales de 3 ciudades de 2 países desarrollados (Cuadro 6), donde hay programas para disminuir y mantener bajas estas tasas, tanto en instituciones de práctica comunitaria (Jacksonville⁵ y Dublin²⁹), como de práctica privada (Chicago⁶). La primera diferencia notable está en la tasa de cesárea previa, que en Cali fue alrededor de 5 veces mayor que en esas ciudades. Se cree que este resultado se asocia con dos factores: la alta tasa de cesárea primaria y la bajísima oferta de parto vaginal después de cesárea.

El diagnóstico de distocia resultó ser 8 veces mayor que en las instituciones seleccionadas y una tendencia similar se encontró en el diagnóstico de sufrimiento fetal que fue 4 veces más frecuente. Estas diferencias ponen de manifiesto la falacia de los diagnósticos que se invocan para justificar la intervención quirúrgica innecesaria

y tienden una sombra de duda sobre la fundamentación ética de tal proceder. Es inexplicable que diagnósticos de fácil confirmación, a la luz de la buena obstetricia y de la tecnología disponible, muestren cifras más altas que las de los países desarrollados, y que las que existían en Colombia hace menos de una década. La desproporción cefalopélvica (DCP), es un evento raro en la práctica obstétrica³⁰⁻³³ y, por tanto, resultaría ingenuo aceptar tal aumento como un hecho científico. Si en la práctica se exigiera confirmar el diagnóstico de distocia, se debería reducir hasta un máximo de 4% y no sería el 17% visto en el primer período de estudio en el Servicio de la FCVL.

Como se describió antes, se ha podido bajar esta cifra hasta 10% y reducir su diagnóstico anteparto en un significativo 47% (Cuadro 4), lo que da margen para un relativo optimismo. Si se afina el diagnóstico de DCP y el de trabajo de parto estacionario y se vuelve al manejo médico de la distocia de contracción, se podría obtener una reducción aún mayor de las tasas de cesárea.

Consideraciones similares genera la cifra de 7.7% de sufrimiento fetal, que se puede relacionar con la aceptación muy generalizada de evidencias muy frágiles, como una prueba no estresante de la FCF no reactiva, o la presencia de meconio claro, o de desaceleraciones de la FCF susceptibles de tratamiento

médico, como las desaceleraciones variables leves y moderadas y aun las severas del período expulsivo. Se destaca que tampoco se ha podido encontrar en la literatura ningún artículo que describa tasas tan altas, a pesar de la abundante cantidad de artículos sobre el tema³⁴⁻⁴².

Particular atención y análisis merece la altísima tasa de cesárea primaria (84.9%) y su tendencia a aumentar, como se observa en el Cuadro 3. Si esta tendencia continúa al ritmo actual, que es 4% anual, la atención del parto vaginal en primigrávidas estaría para desaparecer en 4 años más. Entre las estrategias diseñadas para disminuir las tasas actuales de cesárea se ha insistido en atacar la incidencia de la cesárea primaria. En el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Saint John's Mercy Medical Center de Saint Louis, EE.UU., un hospital de referencia muy cercano a nuestros afectos, se admiten pacientes de muy alto riesgo materno-fetal. Allí la tasa de cesárea es 28.5% (13.8% de cesárea primaria)⁴³, alta para ese país, pero explicable por la severidad de las entidades que atienden. Los autores reafirman que la estrategia más aconsejable para bajar las tasas de cesárea es precisamente disminuir la cesárea primaria porque la práctica aislada del parto vaginal después de cesárea no ha dado los resultados que se esperaban. Además, informaron que si bien es cierto que 74.5% de las pacientes que aceptan el PVdC logran un parto vaginal, una cifra similar a la descrita en la literatura^{9,44-50}, sólo 19% de las pacientes a quienes se les propuso esta alternativa, lo aceptaron⁴³. Por esta razón y al considerar que es muy difícil lograr una aceptación mayor de 30% para el PVdC, han dirigido sus esfuerzos a reducir la cesárea primaria. En Colombia, la disminución de la cesárea en

primigrávidas se debe basar en la justificación científica de las indicaciones más comunes como son distocia y sufrimiento fetal, las de manejo básicamente médico-obstétrico como preeclampsia, hipertensión arterial crónica, RPM, primigravidez tardía y circular del cordón y de las mal llamadas cesáreas electivas o las que se hacen por deseo de la madre, en muchas de las cuales subyace el deseo, manifiesto o no, del obstetra.

Si la decisión de una cesárea se hiciera sobre bases objetivas, su frecuencia se debería distribuir normalmente entre todos los días de la semana. En el Servicio de la FCVL la distribución está alterada y se concentra en los días laborales, pues se practicó alrededor de 85% entre los días lunes y viernes, cayó a 10% el sábado y alrededor de 5% el domingo (Figura 5). La misma tendencia se observó al estudiar su distribución entre las horas del día, cuando la mayor frecuencia ocurrió en las horas de la mañana, disminuyó en la tarde y en las primeras horas de la noche y en la práctica desapareció en la madrugada (Figura 6).

Cuando se compara la frecuencia del parto con los datos de Noruega en más de 600,000 partos⁵¹, se ve claramente cómo la práctica indiscriminada de la cesárea ha invertido en el Servicio de la FCVL la frecuencia horaria del parto normal como se observa en la Figura 6: cuando entre las 0 y 5 horas (segmento A) ocurre la máxima frecuencia del parto normal, en el Servicio de la FCVL se observa la menor frecuencia de cesáreas. En el segmento B, al contrario, se ve cómo cuando la frecuencia del parto normal comienza a disminuir entre las 7 y las 9, el Servicio de la FCVL tiene las máximas frecuencias de cesárea. En los segmentos C y D, se repite la misma inversión horaria,

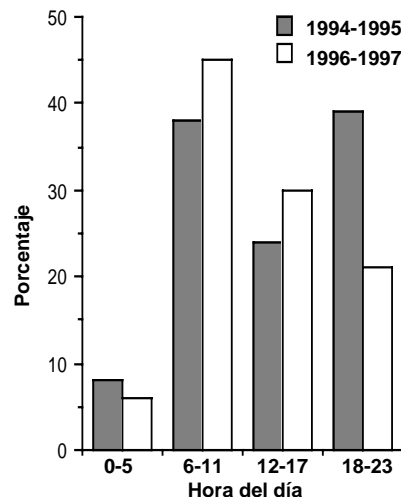


Figura 6. Frecuencia de la cesárea según la hora del día.

aunque menos contrastada. Este extraño resultado se produce por la tendencia a la «programación del nacimiento» y porque la gran mayoría de las cesáreas se realiza antes del comienzo del trabajo de parto. Será interesante, cuando se disponga de un mayor número de datos, describir por primera vez en la literatura, las frecuencias diaria y horaria de la distocia y del sufrimiento fetal.

La mortalidad materna atribuible a la cesárea es baja y se puede considerar esta intervención como relativamente segura en la actualidad; se debe tener en cuenta, sin embargo, aun en países desarrollados, que presenta 7 veces más mortalidad que el parto vaginal⁵². No tendría mucho valor describir tasas de mortalidad materna en el Servicio de la FCVL, por el escaso número de datos para ese propósito. Sólo se anota que hubo una muerte materna después de una cesárea y ninguna después de un parto.

RECOMENDACIONES

Siendo muy simplistas, es posible decir que la única recomendación sería volver a ejercer una obstetricia

comparable con la de los países de mayor desarrollo y educación, y que hasta hace muy pocos años se practicó en Colombia. Pero esto no es sino un buen deseo. El problema local es bastante más complejo y sobre él inciden variables no sólo médicas, sino de muy diversa índole administrativa y de desarrollo social. El desafío es grande y es posible que transcurra un lapso apreciable antes que se logren tasas del orden de 10% a 15% en embarazadas de bajo riesgo, como son la gran mayoría de las mujeres atendidas en la FCVL. La atención obstétrica privada sigue siendo muy «privada» aun en instituciones como la Fundación donde hay bastante auditoría médica. Es evidente la falta de conciencia sobre la aceptación del conocimiento científico, como ocurre en los países avanzados. Tanto para la Unidad Materno-Infantil, como para los demás servicios privados que existen en Cali, se hacen las siguientes recomendaciones:

1. Establecer para las embarazadas cursos de preparación para el parto, la lactancia y la puericultura, a cargo de personal idóneo y comprometido con contenidos que transmitan las tendencias universales con objetividad, es decir, libres del sesgo que tiene en Colombia la información que se ofrece a las pacientes.

2. Utilizar los medios masivos para informar a las mujeres de la comunidad sobre estos aspectos.

3. Establecer pautas escritas para discutir con las pacientes que soliciten la culminación de su embarazo por cesárea, bien sea primaria⁵³, o por existir ya una cesárea previa⁵⁴.

4. Discutir semanalmente «a posteriori» todos los casos de cesárea en reunión de especialistas de la institución y sin establecer normas rígidas por mandato, sino por consenso⁵⁵. En el Servicio de la FCVL

se viene realizando esta práctica desde octubre pasado, es decir, desde cuando terminó la recolección de datos del presente trabajo.

5. Diseñar conjuntamente en estas reuniones, normas con tendencias a disminuir la cesárea primaria. Este punto es de mucha importancia y se debe enfocar inicialmente hacia la objetivización de los diagnósticos de distocia (DCP, trabajo de parto estacionario, actividad uterina insuficiente e inducción fallida), de sufrimiento fetal y de indicaciones tan frágiles como circular del cordón, RPM en embarazos de término o cercanos al término, hipertensión arterial crónica y primigravidez tardía.

6. Ofrecer y realizar la prueba de PVdC. Para lograr este objetivo no es necesario disponer de sistemas médicos de alta complejidad, como se ha planteado en el medio, pues con los sistemas de monitorización actual, disponibles en todas las clínicas de la ciudad, se obtiene un control razonablemente objetivo del parto. Es indispensable sin embargo, disponer de suficiente personal de enfermeras con formación en medicina perinatal y auxiliares adiestradas en el control del trabajo de parto normal.

7. Organizar grupos de discusión de estas estrategias, con las autoridades médicas y administrativas de las empresas de medicina prepagada y las prestadoras de servicios de salud, con el objeto de divulgar las ventajas del parto natural y acordar entre todos el financiamiento inteligente de los servicios y de los honorarios médicos.

8. Estudiar la posibilidad de poner en marcha en los servicios privados, las estrategias ya probadas en Cali, como las que se desarrollan en el HUV y en el Hospital San Juan de Dios, donde han logrado disminuir las tasas de cesárea.

Si estas tasas de cesárea, con

características epidémicas y peligrosas, muestran alguna reducción, se podrían establecer otras normas y exigencias más puntuales. Recuérdese que en la Fundación se ha obtenido una pequeña reducción de la tasa global de los médicos institucionales y disminuciones significativas en algunas de las indicaciones de cesárea. Si no se cambia, se seguirá un camino vergonzoso, lleno de especialistas que ejercen una obstetricia privada y otra pública y de pacientes mal informadas por quienes, a contrapelo de la abrumadora evidencia científica existente, piensan todavía que el parto es un evento histórico y que la opción quirúrgica es superior al diseño natural de la especie.

SUMMARY

Cesarean section (CS) rates are extremely high in the main cities of Colombia. In the Department of Obstetrics and Gynecology of the "Fundación Clínica Valle del Lili" in Cali, a moderate conservative policy favouring vaginal delivery, has been established. In spite, high CS rates were observed even though they resulted lower when compared to others local private clinics; 756 births, 250 vaginal and 506 CS, occurring in two different periods (1994-1995 and 1996-1997), were studied. The global CS rate was 66.9%. By comparing these two periods, a light reduction (2%) of the CS rate was achieved by the house staff. In contrast the CS rate for the outside clinical staff, increased about 25%. A significant reduction of the antepartum diagnosis of dystocia was achieved in both groups studied, being higher in the house staff group. A decrease in CS performed for previous CS, was also observed. High CS rates for primary CS observed during the first study period, increased in both

staff groups, a fact that obscures the possibilities for a significant reduction of CS in the near future. This paper deals with the objective of presenting our results to the medical community, in order to promote a broad general discussion on these dramatic figures, as well as to present various dimensions of the problem of medically unnecessary CS to a national and hopefully, to an international audience.

AGRADECIMIENTOS

A las enfermeras Laura Gonzáles, María Elena Mejía y Mariella Mejía y al personal del Departamento de Estadística de la FCVL, por su decisiva participación en la captura de los datos. A los doctores Rodrigo Díaz, Edgar I. Ortiz, Julián Delgado, César Prieto, Orlando Mesa, Juan de Dios Villegas y Carlos A. Montoya, por el aporte de las tasas de cesárea en sus respectivas instituciones, descritas en el texto y en el Cuadro 5.

REFERENCIAS

1. Sakala C. Medically unnecessary cesarean section births: introduction to a symposium. *Soc Sci Med* 1993; 37: 1179-98.
2. Francome C, Savage W. Cesarean section in Britain and the United States 12% or 24%: is either the right rate? *Soc Sci Med* 1993; 37: 1199-218.
3. Cesarean Prevention Movement. *The Clarion*. PO Box 152, Syracuse, NY 13210.
4. Brown MC. An audit of caesarean section in a maternity district. *Br J Obstet Gynecol* 1983; 90: 283-84.
5. Sánchez-Ramos L, Kaunitz AM, Peterson HB, Martínez-Schnell B, Thompson RJ. Reducing cesarean section rate at a teaching hospital. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 163: 1081-88.
6. Myers SA, Gleicher NA. A successful program to reduce cesarean-section rate. *N Eng J Med* 1988; 319: 1511-17.
7. Rockenschaub A. Technology-free obstetrics at the Semmelweis Clinic. *Lancet* 1990; 335: 977.
8. van Alten D, Eskes M, Treffers PE. Midwifery in the Netherlands. The

- Wormerveer study, selection, mode of delivery, perinatal mortality and infant morbidity. *Br J Obstet Gynecol* 1989; 96: 656-62.
9. Personal Científico del Instituto. Parto espontáneo después de cesárea y cesárea de repetición en el Instituto Materno Infantil Concepción Villaveces de Acosta. Año de 1958. *Rev Col Obstet Ginecol* 1962; 13: 69-88.
 10. Gómez NR de, Toro VA, Rodríguez VM. Cesáreas en el Instituto Materno Infantil de marzo a agosto de 1981. *Rev Col Obstet Ginecol* 1983; 24: 288-97.
 11. Rodríguez-Romero V. Cesárea en el Hospital San Ignacio. *Rev Col Obstet Ginecol* 1987; 28: 31-44.
 12. Lagrew DD, Morgan MA. Decreasing the cesarean section rate in a private hospital: Success without mandated clinical changes. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 174: 184-91.
 13. Bottoms SF, Rosen MG, Sokol RJ. The increase in the cesarean birth rate. *N Eng J Med* 1980; 302: 559-63.
 14. Petiti D, Olson RO, Williams RL. Cesarean section in California 1960 through 1975. *Am J Obstet Gynecol* 1979; 133: 391-97.
 15. Decherney AB. Criteria for cesarean section. *Perinat Care* 1977; 1: 24-30.
 16. Mann LI, Gallant J. Modern indications for cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 1979; 135: 437-41.
 17. Nielsen TF, Olavsson PO, Ingemarsson I. The cesarean section in Sweden: the end of the rise. *Birth* 1994; 21: 34-8.
 18. Lidsgaard O, Jensen LM, Weber T. Technology use, cesarean section rates and perinatal mortality at Danish maternity wards. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1994; 73: 204-05.
 19. Iffy L, Apuzzio JJ, Mitra S, Evans H, Ganesh V, Zentay Z. Rates of cesarean section and perinatal outcomes. Perinatal mortality. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1994; 73: 225-30.
 20. Notzon FC, Cnattingius S, Bergsjö P, Cole S, Taffel S, Irgens L, Daltveit AK. Cesarean section delivery in the 1980's. International comparison by indication. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 170: 495-504.
 21. Parrish KM, Holt VL, Easterling TR, Connell FA, LoGerfo JP. Effect of changes in maternal age, parity and birth weight distribution on primary cesarean delivery rates. *JAMA* 1994; 271: 443-47.
 22. Paul R, Miller D. Cesarean birth: how to reduce it. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 172: 1903-11.
 23. O'Driscoll K, Jackson RJA, Galleher JT. Active management of labor and cephalopelvic disproportion. *J Obstet Gynecol Br Commonwealth* 1970; 77: 385-89.
 24. Zuspan FP, Quilligan EJ, Iams JD, van Geijn HP. Predictors of intrapartum fetal distress: the role of the electronic fetal monitoring. *Am J Obstet Gynecol* 1979; 135: 287-91.
 25. Butler NR, Bonham DG. *Postmortem findings. Perinatal mortality*. Section I. Edinburgh: Churchill-Livingstone. 1963. Pp 143-76.
 26. O'Driscoll K, Foley M, MacDonald D. Active management of labor as an alternative to cesarean section for dystocia. *Obstet Gynecol* 1984; 63: 485-90.
 27. Morgan MA, Thurnan GR. Efficacy of the fetal-pelvic index for delivery of neonates weighting 4000 gr or greater: a preliminary report. *Am J Obstet Gynecol* 1988; 158: 1133-37.
 28. Thurnan GR, Hales KA, Morgan MA. Evaluation of the fetal-pelvic relationship. *Clin Obstet Gynecol* 1992; 35: 570-81.
 29. O'Driscoll K, Foley M. Correlation of decrease in perinatal mortality and increase in cesarean section rates. *Obstet Gynecol* 1983; 61: 1-5.
 30. Jones OH. Cesarean section rates in present-day obstetrics. Presidential address. *Am J Obstet Gynecol* 1976; 126: 521-30.
 31. Hibbard LT. Changing trends in cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 1976; 125: 798-804.
 32. Evrard JR, Gold EM. Cesarean section: risk/benefit. *Perinat Care* 1978; 2: 4-10.
 33. Haddad H, Lundy LE. Changing indications for cesarean section. A 38-year experience at a community hospital. *Obstet Gynecol* 1978; 51: 133-37.
 34. Barret P. The rising cesarean section rate a matter of concern. *Health Bull* 1985; 43: 301-04.
 35. Myers SA, Gleicher N. 1988 US cesarean-section rate: good news or bad? *N Eng J Med* 1990; 323: 200.
 36. Francome C, Huntingford PJ. Births by cesarean section in the United States of America and in Britain. *J Biosoc Sci* 1980; 12: 253-62.
 37. Rooks JP, Weatherby NL, Ernst EKM, Stapleton S, Rosenfield A. Outcomes of care in birth centers. *N Eng J Med* 1989; 321:1804-11.
 38. Friedman EA. The obstetrician's dilemma. *N Eng J Med* 1986; 316: 641-43.
 39. Parer JT, Livingstone EG. What is fetal distress. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 162: 1421-27.
 40. Haverkamp AD, Orleans M, Langendoerfer S, MacFee J, Murphy J, Thompson HE. A controlled trial of the differential effects of intrapartum fetal monitoring. *Am J Obstet Gynecol* 1979; 134: 399-411.
 41. Barret JFR, Jarvis GJ, MacDonald HN, Buchan PC, Tyrrell SN, Lilford RJ. Inconsistencies in clinical decisions in obstetrics. *Lancet* 1990; 336: 549-51.
 42. MacDonald D, Grant A, Sheridan-Pereira M, Boylan P, Chalmers I. The Dublin randomised clinical trial of intrapartum electronic fetal heart rate monitoring. *Am J Obstet Gynecol* 1985; 152: 524-39.
 43. Kline J, Arias F. Analysis of factors determining the selection of repeated cesarean section or trial of labor in patients with histories of prior cesarean delivery. *J Reprod Med* 1993; 38: 289-92.
 44. Del Corral F, Muñoz S. Evaluación clínica para el parto después de cesárea. *Rev Col Obstet Ginecol* 1959; 10: 1-33.
 45. Riva HL, Teich JC. Vaginal delivery after cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 1961; 81: 501-10.
 46. Saldana LR, Schulman H, Revs SL. Management of pregnancy after cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 1979; 135: 555-61.
 47. Porreco RP, Meir PR. Trial of labor in patients with multiple previous cesarean section. *J Reprod Med* 1983; 28: 770-72.
 48. Flamm BL, Newman LA, Thomas SJ, Falcon D, Yoshida MM. Vaginal birth after cesarean section delivery. Results of a 5-year multicenter collaborative study. *Obstet Gynecol* 1990; 76: 750-55.
 49. Asakura H, Myers SA. More than one previous cesarean delivery. A 5-year experience with 435 patients. *Obstet Gynecol* 1995; 85: 924-29.
 50. Odeh M, Tarazova L, Wolfsom M, Oettinger M. Evidence that women with a history of cesarean section can deliver twins safely. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997; 76: 663-66.
 51. Glatte E, Bjerkedal T. The 24-hour rhythmicity of birth. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1983; 62: 31-6.
 52. Schuitmaker N, van Roosmalen J, Dekker G, van Dongen P, van Geijn H, Gravenhorst JB. Maternal mortality after cesarean section in the Netherlands. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1996; 87: 302-05.
 53. Chervenak FA, McCullough H. An ethically justified algorithm for offering, recommending, and performing cesarean delivery and its application to managed care practice. *Obstet Gynecol* 1996; 87: 302-05.
 54. Roberts RG, Bell HS, Wall EM, Moy JG, Hess GH, Bower HP. Trial of labor or repeated cesarean section. The woman's choice. *Arch Fam Med* 1997; 6: 120-25.
 55. Studnicki J, Rimmel R, Campbell R, Wernwer DC. The impact of legislative imposed practice guidelines on cesarean section rates: The Florida experience. *Am J Med Qual* 1997; 12: 62-8.
 56. Ferguson J, Newberry Y, Turkheimer E, DeAngelis G, Finnerty Y, Agawal S. *The fetal-pelvic index does not predict fetal-pelvic disproportion*. Soc Perinat Obstetricians. Annual meeting. Miami, Feb. 4-7, 1998.