



Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012

Evidencia para la política pública en salud

■ Elevada recurrencia a las cesáreas: revertir la tendencia y mejorar la calidad en el parto

Introducción

Durante las últimas décadas la atención del embarazo y el parto se ha institucionalizado y medicalizado de manera creciente. Sin duda esto ha contribuido a disminuir algunas causas de morbilidad y mortalidad materna y perinatal; no obstante también presenta dificultades, como es el incremento en las tasas de cesáreas, que a su vez ocasionan otros problemas de salud no menos importantes.^{1,2} La cesárea necesaria que se estima indispensable en 10 a 15% de los partos según la Organización Mundial de la Salud (OMS)³ o 15 a 20% según la NOM-007⁴ disminuye los riesgos de salud materna y neonatal, sin embargo, cuando se utiliza sin las indicaciones precisas los riesgos sobrepasan los beneficios, lo que genera diversas complicaciones para las mujeres sometidas a este procedimiento y costos adicionales* para el sistema de salud.^{1,2}

Actualmente esta práctica clínica varía entre países;² en los de bajos ingresos existe una subutilización, mientras que en los de medianos y altos ingresos hay una práctica adecuada o sobreutilización. En el ámbito mundial se efectúan aproximadamente 18.5 millones de cesáreas anuales, de las cuales la mitad son consideradas como innecesarias y ocasionan un costo excesivo de aproximadamente 5.4 veces más que lo esperado para la atención del nacimiento. En el comparativo mundial de práctica

de cesáreas sin indicación médica, México se sitúa en el cuarto lugar (después de China, Brasil y EUA), con el mayor número de cesáreas innecesarias.⁵

En las últimas décadas en México se ha registrado un incremento de dicha práctica que supera con mucho el límite máximo recomendado por indicación médica. Este aumento no ha producido ningún beneficio global para el bebé o la madre, pero sí está vinculado con una mayor morbimortalidad para ambos (doble riesgo de morbilidad materna grave y de mortalidad materna y doble riesgo de obtener pobres resultados fetales);² así como con un mayor número de partos pretérmino y muerte neonatal⁶ y con acretismo placentario en el embarazo subsiguiente en aquellas mujeres con antecedente de cesárea.⁷

Diversas razones están asociadas a las cesáreas innecesarias, entre las más mencionadas por la literatura están: el tratamiento asociado al mal uso de diferentes intervenciones médicas (como por ejemplo, uso de oxitocina en la primera etapa del trabajo de parto [TP],² monitorización electrónica fetal de rutina,⁶ ruptura artificial de membranas antes del TP activo⁸); el concepto erróneo que prevalece entre los médicos sobre el hecho de que una cesárea forzosamente predice una cesárea subsecuente,⁹ información sesgada otorgada a las mujeres sobre los beneficios del parto vaginal y riesgos que conllevan las cesáreas,¹⁰ falta de preparación y desarrollo de habilidades del personal de salud para ejecutar partos instrumentales con fórceps o ventosa,¹¹ afán de lucro de los proveedores,¹ incentivos económicos relacionados con las aseguradoras,¹² y comodidad para personal médico y usuarias.¹¹ Asimismo, se ha documentado una mayor realización de esta práctica clínica en mujeres de 35 años y más de edad^{8,11} y en primíparas,^{2,8} entre otras.

* De acuerdo con información del IMSS en 2012, el costo aproximado de un parto vaginal y de una cesárea, ambos con dos días de hospitalización es de 17 400 pesos y de 21 600 pesos, respectivamente, en tanto que en uno de los hospitales privados más prestigiados del Distrito Federal estos costos se elevan a 32 000 pesos en un parto vaginal y a 40 800 pesos en una cesárea. Los costos del hospital privado no incluyen honorarios médicos, estudios de laboratorio y gabinete, medicamentos de anestesia y especiales o equipo láser.

A fin de contribuir a la comprensión del escenario que México tiene sobre esta práctica clínica, en este documento se analiza la información sobre la operación cesárea en el contexto de las encuestas nacionales de salud. A partir de este panorama, se plantean recomendaciones para una cobertura más amplia por medio de la atención del nacimiento vía vaginal, evitando, a su vez, el uso desmedido y sin control de la intervención clínica, así como algunas propuestas de trabajo a futuro.

Resultados

Al analizar y comparar la práctica de cesáreas en los últimos años en México se identifica que, de acuerdo con lo reportado por las mujeres que participaron en la ENSA 2000, ENSANUT 2006 y 2012, ha habido un incremento de 50.3% de esta práctica en doce años ($p < 0.001$), al pasar de 30.0 a 45.1% (figura 1). Por otro lado, la práctica de la cesárea por tipo de sector de realización (figura 2) también se incrementó de 2000 a 2012 ($p < 0.01$) en 33.7% en el sector público (de 30.6 a 40.9%) y en 60.4% en el privado (de 43.4 a 69.6%), con lo que se amplía la brecha entre los sectores a través del tiempo.

La información reportada por las mujeres de 2000 a 2012 sobre el lugar donde atendieron el parto de su último hijo nacido vivo, muestra un aumento en el número de cesáreas en todas las instituciones de salud, pero esto es más marcado para el ISSSTE/ISSSTE Estatal (43 y 68%, respectivamente) y el sector privado (hospitales, clínicas y consultorios) (43 y 70%, respectivamente) (figura 3). Adicionalmente, en 2012 la mayor proporción de cesáreas programadas se efectuaron en este último ámbito (39.6 vs. 15.6%).

Desde el año 2000 todas las entidades federativas (a excepción de Chiapas y Oaxaca) rebasan el límite máximo recomendado de esta práctica clínica ($< 20\%$); doce años después, 22 entidades del país duplican el número de cesáreas esperadas (figura 4).

Tomando en consideración la información de la ENSANUT 2012 sobre el orden de nacimiento de los partos ocurridos de 2007 a 2012, se observa una tendencia mayor de realización de cesárea cuando el parto es el primero o el segundo (50.5 y 51.2%, respectivamente) propensión que disminuye a partir del tercero (43.9%) al sexto y más nacimientos (22.7%) ($p < 0.001$). Este comportamiento se acentúa en las mujeres de 20 años de edad en adelante ($p < 0.001$), de modo que las de 35 o más años de edad tienen porcentajes extremadamente elevados de realización de este procedimiento quirúrgico, sobre todo cuando el orden de nacimiento es el primero o segundo (90.7 y 72.5%, respectivamente) (figura 5).

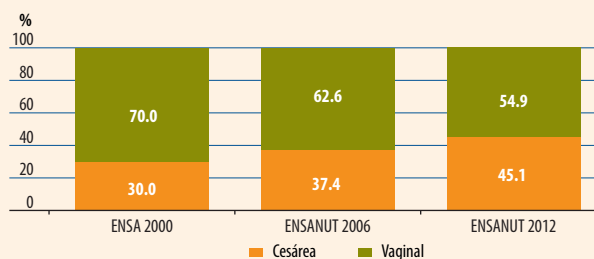
Recomendaciones

De acuerdo a los resultados encontrados se puede identificar que la cesárea innecesaria es un problema multifactorial, por lo que se requiere contemplar diferentes ámbitos para su reducción a través del desarrollo de políticas públicas encaminadas a este fin:

- Formación y regulación de recursos humanos
- Diseño y organización institucional

Formación y regulación de recursos humanos. Por un lado se requiere impulsar la formación de médicos con un mayor apego a la atención de partos vaginales con pleno conocimiento de la normatividad actual. Paralelamente, es importante la capacitación y sensibilización de los médicos en servicio para la atención del parto vaginal y bajo los lineamientos del parto humanizado, por lo que se requiere, entre otras estrategias, fomentar su integración en equipos con enfermeras

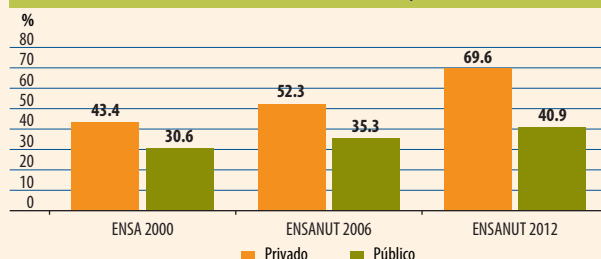
Figura 1. Distribución de los partos* en las encuestas de salud.† México, ENSA 2000, ENSANUT 2006 y 2012



* De los últimos hijos nacidos vivos en los cinco años anteriores a la entrevista.

† $p < 0.001$.

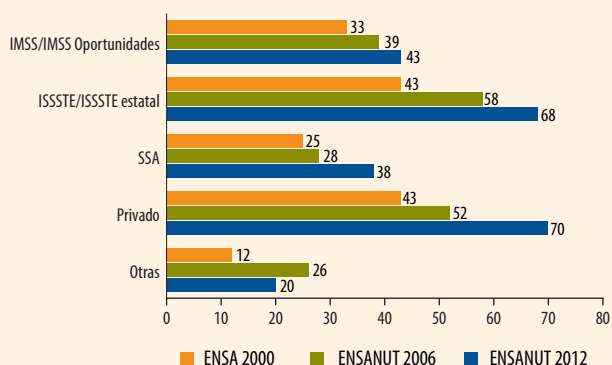
Figura 2. Cesáreas por sector público y privado reportadas por las mujeres* en las encuestas de salud.† México, ENSA 2000, ENSANUT 2006 y 2012



* De los últimos hijos nacidos vivos en los cinco años anteriores a la entrevista.

† $p < 0.001$.

Figura 3. Cesáreas* en instituciones en las encuestas nacionales de salud.† México, ENSA 2000, ENSANUT 2006 y 2012



* De los últimos hijos nacidos vivos en los cinco años anteriores a la entrevista.

† $p < 0.001$.

obstetras, parteras profesionales y enfermeras generales que permitan manejar en su conjunto el proceso del parto fisiológico y cubrir las necesidades de la población usuaria.

Debe reinstaurarse la utilización de fórceps y ventosa para que un número mayor de nacimientos se atiendan mediante estos procedimientos, sin tener que recurrir a cesáreas.

También es importante revisar y actualizar el currículo de la enfermera en donde se incluyan conocimientos y prácticas relacionadas con la vigilancia del trabajo de parto vaginal e identificación de la emergencia obstétrica.

Figura 4. Evolución de las cesáreas por entidad federativa en las encuestas nacionales de salud. México, ENSA 2000, ENSANUT 2006 y 2012

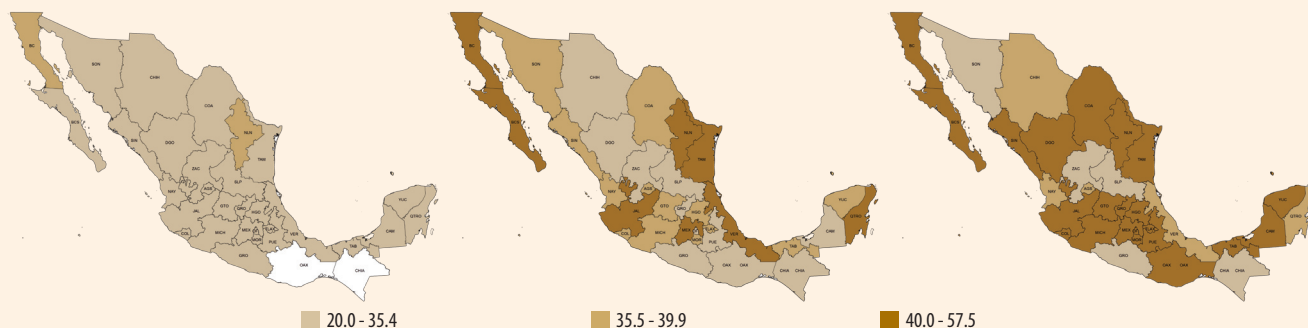
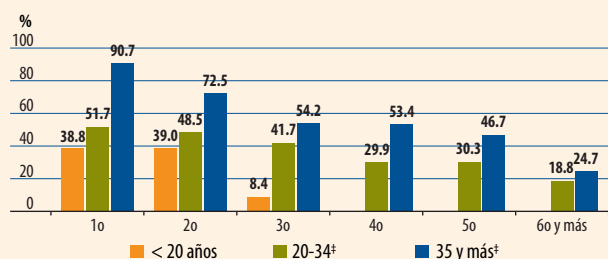


Figura 5. Cesárea por orden de nacimiento* y grupos de edad en la Encuesta Nacional de Salud 2012†



* De los últimos hijos nacidos vivos en los cinco años anteriores a la entrevista.
 † $p < 0.001$.

Diseño y organización institucional. Se debe inspeccionar la estructura y organización interna de las salas de labor para que, ante la sobresaturación del servicio, se busque diseñar espacios que permitan la vigilancia necesaria para el desarrollo más eficiente y satisfactorio del trabajo de parto. Asimismo, tomando en cuenta las causas comunes documentadas en la literatura internacional como las responsables del mayor número de cesáreas innecesarias, se recomienda estandarizar protocolos donde se tenga como práctica de rutina el doble diagnóstico para casos complejos y con diagnóstico incierto,¹³ así como una revisión exhaustiva de la justificación clínica para la realización de cesárea en aquellas mujeres donde el riesgo de una cesárea se incrementa, es decir, en aquellas menores de 20¹⁴ y mayores de 35 años de edad,^{8,15} primíparas^{2,8} y con cesárea previa.² Todas las instituciones deben promover el parto vaginal después de la primer cesárea incluyendo un monitoreo cercano y la habilidad para efectuar una cesárea urgente en caso necesario. También se recomienda el diseño de un sistema de auditorías¹⁶ donde se reconozcan públicamente las tasas de cesárea por proveedor.

Por otro lado, durante el desarrollo del TP, se propone condicionar la rutinización de conducción del trabajo de parto con la aplicación de oxitocina,² la monitorización continua con tococardiógrafo⁶ en especial en el sector privado y ofrecer la oportunidad a las pacientes con cesárea previa a una prueba con supervisión estrecha del avance de TP.¹⁷

Sería oportuno identificar hospitales estratégicos en donde se pudieran incorporar modelos de atención alternativos (parteras profesionales técnicas y enfermeras obstetras) para implementar una vigilancia centrada en el desarrollo del TP de la mujer y valorar su aportación a la salud de la madre y del hijo, así como a la reducción de costos institucionales.

Particularmente en comunidades rurales o marginadas, se recomienda incrementar el desarrollo de la atención obstétrica para embarazos de bajo riesgo a través del modelo de las Casas de la Salud, en donde los partos sean atendidos por personal calificado no médico¹⁸ y con un sistema de referencia hospitalaria con ginecoobstetras para la atención de partos complicados o emergencias obstétricas. Es decir, con una estructura de atención en equipos de trabajo en donde el personal calificado no médico tenga un papel de vigilancia del desarrollo del trabajo de parto y de acompañamiento a la mujer.

En los Centros de Salud con las usuarias o a nivel poblacional se recomienda difundir las ventajas del parto vaginal *versus* la cesárea innecesaria y otorgar educación prenatal¹⁹ en salas de espera, en la consulta clínica y en pláticas del Programa Oportunidades. También se deben dar a conocer los derechos de las mujeres para la atención al nacimiento con un enfoque humanizado³ incluyendo el trato con respeto y dignidad.

Acciones

Construir una normatividad hospitalaria específica para la reducción de cesáreas innecesarias sin incrementar los riesgos de morbilidad y mortalidad materna.

Recursos humanos

- Reforzar el currículo de formación de médicos generales, ginecoobstetras, enfermeras ginecoobstetras, enfermeras generales y parteras profesionales a favor del parto vaginal y con una perspectiva de atención desde el modelo del parto humanizado.
- Fomentar en la práctica el desarrollo de habilidades y destrezas clínicas para la atención del parto vaginal fisiológico con base en competencias, en especial uso y apego del partograma para identificar partos prolongados o anormales, y en caso de enfrentar alguna emergencia obstétrica, saber manejar exitosamente el parto instrumental (fórceps o ventosa) como alternativa a la cesárea.
- Impulsar la apertura de escuelas para la formación de parteras profesionales con reconocimiento oficial.
- Propiciar el trabajo en equipos multidisciplinarios para la atención del parto.
- Formular estrategias institucionales para otorgar estímulos anuales a los médicos que en su práctica clínica tengan más partos vaginales que cesáreas.

Organización institucional

- Adecuar todos los espacios destinados al trabajo de parto y parto para poder manejarlo y vigilarlo con calidad y calidez.

- Diseñar mecanismos de valoración de prácticas a favor del parto vaginal en el segundo y tercer nivel de atención, donde se certifique a los hospitales como "Hospital Amigo del Parto Vaginal". Por ejemplo, se puede certificar los hospitales del Programa Seguro Popular sólo si tienen un porcentaje de operación cesárea menor de 30%.
- Reglamentar la asignación de incentivos a las instituciones que logren metas progresivas y preestablecidas de disminución.
- Estipular mecanismos intersectoriales para que los hospitales puedan utilizar los ahorros monetarios derivados de la reducción anual de las cesáreas.
- Formalizar dispositivos institucionales para exigir y garantizar una segunda opinión antes de que se realice una cesárea cuando hay incertidumbre en el diagnóstico, incentivando que se encuentren alternativas clínicas dirigidas a la atención del nacimiento por vía vaginal y sin riesgos para la salud de la madre y del niño.
- Acondicionar al menos una Casa de la Salud en localidades estratégicas para atender a mujeres con partos de bajo riesgo y normar un sistema de referencia hospitalaria para casos que requieran atención especializada.

Con usuarias o población en general

- Formular mensajes específicos para divulgar a través de diferentes mecanismos de difusión (campañas masivas, educación prenatal, pláticas) información sustantiva sobre las desventajas que conllevan las cesáreas innecesarias, y que a su vez, elimine los prejuicios existentes en relación al parto vaginal.
- Es necesaria la realización de un estudio detallado en el ámbito nacional sobre la interrelación entre diversos factores que se han identificado como influyentes en el incremento de la práctica de la operación cesárea y estudiar algunas acciones que pudieran estar relacionadas con la realización de la cesárea tales como la práctica de "dejar todo limpio" en la sala de labor que muchos hospitales llevan a cabo en el cambio de turno.

Conclusiones

La disminución decisiva de la cesárea innecesaria en todas las instituciones de salud de México debe ser una acción prioritaria, ya que expone a las madres y a sus hijos a una mayor morbilidad y mortalidad. La estrategia más importante se debe dirigir a evitar la primera cesárea, no sólo por sus propias implicaciones, sino también por los riesgos en los embarazos y partos subsecuentes, así como por el gasto adicional que se utiliza para dicha práctica clínica, el cual debiera ser redirigido para solventar otros problemas de salud sexual y reproductiva urgentes en el país.

Responsables: Leticia Suárez,* Lourdes Campero,* Elvia de la Vara,* Leonor Rivera,* María Isidra Hernández,* Dilys Walker,† Mauricio Hernández,* Eduardo Lazcano.*

* Instituto Nacional de Salud Pública.

† Departamento de Obstetricia, Ginecología y Salud Global. Universidad de Washington.

Referencias

1. Beltran A, Merialdi M, Lauer J, Bing-Shun W, Thomas J, Van Look P, et al. Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2007;21:98-113.
2. Villar J, Valladares E, Wojdyla D, Zavaleta N, Carroli G, Velazco A, 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.
3. WHO. Appropriate technology for birth. *Lancet* 1985;2(8452):437-8.
4. SSA. Norma Oficial Mexicana, NOM 007-SSA2-1993 sobre la atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. México, D.F.: Diario Oficial de la Federación; 1995.
5. Gibbons L, Belizán J, Lauer JA, Beltrán AP, Merialdi M, Althabe F. The global numbers and costs of additionally needed and unnecessary caesarean sections performed per year: Overuse as a barrier to universal coverage. Geneva, Switzerland: WHO2010. Report No.: Background Paper 30.
6. Villar J, Carroli G, Zavaleta N, Donner A, Wojdyla D, Faundes Aea. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. *BMJ* 2007;335(7628):1025-36.
7. Ferreira-Narváez FE, Angulo-Carvalho M. Predicción del acretismo placentario con ultrasonido doppler en el hospital universitario de Neiva. Colombia. Estudio de Cohorte. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 2007;58(4):290-5.
8. Cabral S, Costa C, Cabral J. The influence of maternal age, parity, twin pregnancy, hypertensive syndrome and premature rupture of membranes on the indication for caesarean section. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2003;25(10):739-44.
9. Stanton C, Ronsmans C. Recommendations for Routine Reporting on Indications for Caesarean Delivery in Developing Countries. *Birth* 2009;35(3):204-11.
10. Emmett CL, Shaw AR, Montgomery AA, Murphy DJ, DIAMOND Study Group. Women's experience of decision making about mode of delivery after a previous caesarean section: the role of health professionals and information about health risks. *BJOG* 2006;113(12):1438-45.
11. Plante LA. Public health implications of cesarean on demand. *Obstet Gynecol Surv* 2006;61(12):807-15.
12. Puentes-Rosas E, Gómez-Dantes O, Garrido-Latorre F. Las cesáreas en México: tendencias, niveles y factores asociados. *Salud Publica Mex* 2004;46(1):16-22.
13. Althabe F, Belizán JM, Villar J, Alexander S, Bergel E, Ramos S, et al. Mandatory second opinion to reduce rates of unnecessary caesarean sections in Latin America: a cluster randomised controlled trial. *Lancet* 2004;363(9425):1934-40.
14. Monterrosa-Castro A, Arias-Martínez M. Partos vaginales y cesáreas en adolescentes: comportamiento entre 1993 y 2005 Hospital de Maternidad "Rafael Calvo", Cartagena (Colombia). *Rev Colomb Obstet Ginecol* 2007;58(2):107-14.
15. Heffner L, Elkin E, Fretts R. Impact of labor induction, gestational age, and maternal age on caesarean delivery rates. *Obstet Gynecol* 2003;102:287-93.
16. OMS. Seguimiento de los servicios obstétricos de urgencia: Manual. Ginebra, Suiza: OMS/ UNFPA/UNICEF/AMDD2011.
17. Resnik R. Can a 29% caesarean delivery rate possibly be justified? *Obstet Gynecol* 2006;107(4):752-4.
18. Walker D, DeMaria LM, Suarez L, Cragin L, Evaluating Alternative Models of Obstetric Care in Mexico Research Team. Skilled birth attendants in Mexico: how does care during normal birth by general physicians, obstetric nurses, and professional midwives compare with World Health Organization evidence-based practice guidelines? *J Midwifery Womens Health* 2012;57(1):18-27.
19. Soto C, Teuber H, Cabrera C, Marín M, Cabrera J, Da Costa M, et al. Educación prenatal y su relación con el tipo de parto: una vía hacia el parto natural. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2006;71(2):98-103.

La información contenida en este documento será publicada en extenso en un número próximo de la revista Salud Pública de México.

Para mayor información sobre ENSANUT 2012:

<http://ensanut.insp.mx>