



Frecuencia de cesáreas en cuatro hospitales del Distrito Federal: 20 años después

José Narro Robles,* Juan Carlos Hernández Torón,** Victoria Imaz Olguín,** Jorge Antonio Jesús Silva,** Jimena Olea López,** Gabriel Soto Hernández,** Arturo Ruiz Ruisánchez*

RESUMEN

Antecedentes: este artículo es la actualización de un trabajo publicado en 1984, en el que se evaluó la frecuencia de cesáreas en cuatro hospitales del Distrito Federal en el periodo de 1976 a 1983.

Objetivo: evaluar la frecuencia de cesáreas en cuatro hospitales del Distrito Federal de 1995 al 2002.

Material y método: se recabaron los datos de los mismos hospitales durante el periodo de 1995 al 2002.

Resultados: la frecuencia de cesáreas en esas cuatro unidades médicas excede, por mucho, la frecuencia aceptada en todo el mundo, muestra tendencia ascendente y ahora es el doble de la originalmente registrada. En 1976 diez de cada 68 embarazos se terminaban por vía abdominal, en el 2002 la relación fue de 10 por cada 27.

Conclusiones: es urgente reducir la frecuencia de cesáreas, así como reorganizar los servicios obstétricos y efectuar las modificaciones pertinentes en la enseñanza de dicha disciplina.

Palabras clave: cesárea, frecuencia, Ciudad de México.

ABSTRACT

Background: This article is an update of a similar study published in 1984 in which the frequency of cesarean sections practiced in four Mexico City hospitals from 1976 to 1983 was analyzed.

Objective: To assess the frequency of cesarean sections practiced in four Mexico City hospitals from 1995 to 2002.

Material and method: Data from these same hospitals corresponding to the 1995-2002 period was again collected.

Results: The frequency of cesarean sections in those four health care centers exceeded by far the internationally accepted standards; this frequency shows an increase, and it now accounts for twice as many operations as the number of interventions originally recorded. In 1976, 10 out of every 68 pregnancies came to end vaginally. By 2002, the same ratio was 10 out of 27.

Conclusions: It is urgent to reduce the frequency of such a practice, as well as to reorganize the obstetric services; furthermore, the corresponding modifications in the training of such medical specialists must be done.

Key words: cesarean section, frequency, Mexico City.

RÉSUMÉ

Antécédents : cet article est l'actualisation d'un travail publié en 1984, dans lequel on a évalué la fréquence de césariennes dans quatre hôpitaux du Distrito Federal dans la période de 1976 à 1983.

Objectif : évaluer la fréquence de césariennes dans quatre hôpitaux du Distrito Federal de 1995 à 2002.

Matériel et méthode : on a obtenu les renseignements desdits hôpitaux pendant la période de 1995 à 2002.

Résultats : la fréquence de césariennes dans ces unités de médecine excède, de beaucoup, la fréquence acceptée partout dans le monde, elle montre une tendance ascendante et de nos jours elle fait le double de l'originellement registrée. En 1976 dix sur huit grossesses finissaient par la voie abdominale, en 2002 la relation a été de 10 sur 27.

Conclusions : il est urgent de réduire la fréquence de césariennes, ainsi que de réorganiser les services obstétriques et effectuer les modifications convenables dans l'enseignement de cette discipline.

Mots-clé : césarienne, fréquence, Ville de Mexico.

RESUMO

Antecedentes: este artigo é a atualização duma pesquisa publicada em 1984, onde avaliou-se a freqüência de cesáreas em quatro hospitais do Distrito Federal de 1976 até 1983.

Objetivo: avaliar a freqüência de cesáreas em quatro hospitais do Distrito Federal de 1995 até 2002.

Material y método: obtiveram-se os dados dos mesmos hospitais durante o período de 1995 até 2002.

Resultados: a freqüência de cesáreas nestas quatro unidades médicas ultrapassa, por muito, a freqüência aceita no mundo todo, mostra tendência ascendente e agora é o duplo da originalmente registrada. 10 de cada 68 gravidezes concluíram por vía abdominal, no ano de 2002 o relatório foi de 10 de cada 27.

Conclusões: resulta urgente reduzir a freqüência de cesáreas, além de reorganizar os serviços de obstetrícia e efetuar as mudanças pertinentes no ensino da disciplina.

Palavras clave: cesárea, freqüência, Cidade do México.

En 1984 se publicó un artículo en el que se analizó la tendencia de embarazos terminados por cesárea en el Distrito Federal.¹ En él se documentaron tres hechos relevantes: el aumento que en la década de 1970 se registró en muchos países en cuanto a la proporción de nacimientos por cesárea; el incremento en la frecuencia de cesáreas en cuatro hospitales públicos del Distrito Federal, destinados a la atención de la población sin acceso a la seguridad social; y la pertinencia de establecer estudios adicionales que contribuyeran al conocimiento de los factores condicionantes de ese incremento y al establecimiento de políticas médicas institucionales para mejorar la resolución del embarazo, lo cual debe reflejarse en un impacto positivo en la salud de la madre y del producto, así como en la mejoría de la organización y funcionamiento de los servicios obstétricos en los hospitales públicos.

Con el propósito de conocer la evolución que ha tenido este tema se decidió actualizar los datos de la frecuencia de cesáreas en los mismos cuatro hospitales. Los terremotos que en 1985 afectaron la Ciudad de México destruyeron uno de los hospitales participantes en el estudio inicial, mismo que se construyó y puso en operación nuevamente en 1989. De igual forma, los sismos colapsaron el servicio de ginecología y obstetricia de otro de los hospitales. En ese caso, el servicio mantuvo su trabajo en condiciones limitadas, sobre todo en lo que se refiere a la capacidad quirúrgica, hasta abril de 1998, cuando se inauguró una nueva unidad que cuenta con las facilidades necesarias para efectuar intervenciones quirúrgicas.

ANTECEDENTES

El incremento en la proporción de cesáreas es un asunto de importancia y producto principalmente del último cuarto del siglo XX. Así, por ejemplo, en un estudio reportado por Castelazo² se encontró que la frecuencia de cesáreas en 1957 fue de sólo 2.3%. Lo mismo ocurre con otros casos registrados al inicio de la década de 1970, como el de Canadá con 5.0% en 1971,³ Estados Unidos con 5.5% en 1970⁴ o el de Inglaterra y Gales, cuya cifra en 1975 era inferior al 6%.⁵ Sin embargo, a partir de entonces el aumento es importante y generalizado a numerosos países. En el cuadro 1 se muestra el porcentaje de cesáreas en países seleccionados en fechas cercanas al año 2000, que documentan de manera fehaciente esta aseveración.⁶⁻⁹

Desde hace más de dos décadas varias voces se han alzado para señalar lo inconveniente de dicha práctica y la necesidad de ponerle un alto. La OMS estableció en 1985 que el porcentaje de cesáreas no debería rebasar 15% y recomendó a los países que tuvieran una frecuencia superior poner en práctica medidas que detuvieran el crecimiento de la intervención, además de procurar regresarla a niveles menores del máximo aceptado.¹⁰

En el caso de México esto es cada vez más preocupante. De acuerdo con datos oficiales, el porcentaje nacional de cesáreas ha aumentado de manera significativa.¹¹ Por ejemplo, en 1999 se atendieron de forma institucional 1,772,430 nacimientos; de ellos, 1,442,082 se manejaron en las instituciones públicas, lo cual representa 81.4% de los casos, en tanto que los 330,348 restantes (18.6%) se trataron en hospitales del sector privado. Está documentado que en ese año 35.2% de los embarazos concluyeron en cesárea en el sector público, en tanto que en el privado la cifra se elevó a 53%. La Secretaría de Salud estimó que durante ese mismo año se practicaron más de 360 mil cesáreas de las que en realidad se necesitaban.

* Profesor de la Facultad de Medicina.

** Estudiante de la Facultad de Medicina.

Universidad Nacional Autónoma de México.

Asimismo, de acuerdo con cifras de la misma Secretaría, existen variaciones importantes en la proporción de cesáreas por entidad federativa. En todos los estados se supera el límite recomendado por la OMS. Los valores extremos se refieren a los casos de Nuevo León, donde uno de cada dos embarazos se resuelve por cesárea, en tanto que en Zacatecas la proporción es de una cesárea por cada cuatro embarazos. Lo más alarmante es que la tendencia ha ido en aumento. Esto es cierto si se toman las cifras del sector público o las del privado, pero también si se analizan las de la población derechohabiiente de la seguridad social o si se hace lo correspondiente con las de la población abierta. En el caso de la población rural, cubierta por el programa antes llamado IMSS-Solidaridad, el porcentaje de cesáreas es de casi del 18%.

En el ámbito nacional,¹¹ 36.2% de los nacimientos atendidos en unidades médicas se resuelven por vía abdominal y sólo cinco entidades federativas tuvieron en 1999 porcentaje menor al 30%: Zacatecas (24.9%), Guerrero (26.2%), San Luis Potosí (26.9%), Chiapas (27.2%) y Nayarit (27.6%). Entre los estados con cifras más altas están: Nuevo León (49.9%), Distrito Federal (43.3%), Colima (39.4%), Yucatán (38.8%) y Tamaulipas (38.6%). Es muy preocupante que en el ISSSTE uno de cada dos embarazos (50.7%) termine en cesárea y que en algunos hospitales privados 70% o más de ellos concluyan con dicha intervención.

De acuerdo con el análisis realizado hace veinte años, que incluyó datos del periodo 1976-1983 de cuatro hospitales públicos, se informó que de 207,657 mujeres embarazadas a 37,145 se les realizó cesárea (17.9%). Un resultado de ese estudio consistió en mostrar las diferencias en la frecuencia entre los

hospitales analizados. El hospital con la menor frecuencia fue el Nacional Homeopático, cuya tasa de cesáreas fue de ocho por cada cien embarazos; en tanto que la cifra más alta se apreció en el Hospital de la Mujer, con 24.3%. En el cuadro 2 se presentan los principales hallazgos del estudio inicial.

MATERIAL Y MÉTODO

Para actualizar los datos del estudio anterior se solicitó y obtuvo de las autoridades de los hospitales de la Mujer (A), General de México (B), Juárez (C) y Nacional Homeopático (D) la información de los últimos años respecto al número de nacimientos atendidos en cada una de las unidades hospitalarias y de la cifra de cesáreas practicadas en cada uno de los años considerados. Se incluyeron casos registrados entre el 1 de enero de 1995 y el 31 de diciembre del 2002. El gran número de casos incluidos en el estudio, la magnitud de los cambios encontrados, así como la clara trascendencia médica y social hacen innecesario presentar los resultados de pruebas estadísticas que, por supuesto, se efectuaron y resultaron altamente significativas.

Cuadro 2. Principales hallazgos en el periodo de 1976 a 1983

• Total de nacimientos en los hospitales analizados	207,657
• Total de cesáreas en los hospitales analizados	37,145
• Porcentaje de embarazos resueltos por vía abdominal	
Total	17.9
Hospital de la Mujer (A)	24.3
Hospital General de México (B)	17.3
Hospital Juárez de México (C)	12.4
Hospital Homeopático Nacional (D)	8.0

Fuente: Salud Pública Mex 1984;26:381-8.

Cuadro 1. Frecuencia de cesáreas en países seleccionados

Países	Porcentaje de cesáreas	Año del estudio	Referencia
Guatemala	4.9	1997	Belizán (6)
Perú	8.7	1996	Belizán (6)
Reino Unido	20	2000	Johanson (7)
Cuba	23	1997	Belizán (6)
España	23	2000	Puente (8)
Estados Unidos	23	2000	Martín (9)
Brasil	36	2001	Johanson (7)
Chile	40	1997	Belizán (6)

RESULTADOS

En el cuadro 3 puede observarse que durante el periodo analizado se atendieron en los hospitales considerados en el estudio 209,374 embarazos. En 70,319 casos, es decir, en 33.6% de ellos, la resolución del embarazo correspondió a la vía abdominal. Durante la mayor parte del tiempo se registró crecimiento sistemático en la frecuencia de la cesárea, que pasó de 31.3% al inicio del periodo de análisis hasta alcanzar la cifra más alta el último año considerado, con 36.9%. Lo anterior representa un crecimiento de 5.6 puntos porcentuales en ocho años o, lo que es lo mismo, 0.7% anual en promedio.

En el cuadro 4 se muestra la frecuencia de cesáreas en cada uno de los hospitales. En este caso también se registraron diferencias entre ellos, aun cuando no fueron tan marcadas como las descriptas en el estudio inicial. Las cifras extremas de los datos de 1995 al 2002 estuvieron dadas por los hospitales (A) y (B), con promedio de cesáreas de 39.4 y 24.4%, respectivamente. El efecto de la disponibilidad de los quirófanos en la nueva unidad de obstetricia del hospital (B) puede apreciarse al comprobar la variación de la frecuencia de cesáreas que en los primeros cuatro años del estudio, antes de que la nueva unidad se pusiera a funcionar por completo, ascendía a 19.4% y que en los años restantes,

después de la puesta en marcha, se incrementó a 29.4%.

En tres de los hospitales (A) (B) y (D) se registró aumento de la frecuencia de cesáreas. El cambio entre los años extremos de este análisis fue de 1.7, 12.8 y 12.3 puntos porcentuales, en tanto que el hospital (C) mostró disminución de 4.3 puntos. Puede decirse que, en promedio, uno de cada tres embarazos terminó en cesárea y que las cifras extremas fueron de una cesárea en cuatro embarazos en el hospital (B) y de cuatro en diez en el hospital (A).

Al comparar los datos de los dos estudios pueden señalarse diferencias importantes. Por ejemplo, si se toma la cifra promedio de los tres primeros años del estudio inicial (1976 a 1978) y se contrasta con la de los tres últimos años del estudio actual (2000 a 2002) podrá verse que el crecimiento de la frecuencia de cesáreas fue 2.4 veces, al pasar de 15.1 a 35.9%. Al analizar las cifras por unidad hospitalaria puede observarse que el crecimiento mínimo fue de 1.9 veces en el caso del hospital (C) y que el máximo fue el del hospital (D), con 6.7 veces. Mientras en 1976 diez de cada 68 embarazos terminaban en cesárea, en el 2002 la relación se modificó radicalmente y pasó a ser de diez de cada 27. El cuadro 5 muestra las variaciones porcentuales entre ambos períodos.

Cuadro 3. Distribución porcentual de embarazos terminados por cesárea según el año en hospitales seleccionados (1995-2002)

Año	Partos*	Número de cesáreas	Porcentaje de cesáreas
1995	26,539	8,313	31.32
1996	26,124	8,013	30.67
1997	25,097	8,157	32.5
1998	25,340	8,151	32.17
1999	25,488	8,665	34
2000	27,176	9,543	35.12
2001	27,993	10,035	35.85
2002	25,617	9,442	36.86
Total 1995-2002	209,374	70,319	33.59
Promedio 1995-2002	26,171.80	8,789.90	33.59

* Terminados por vía vaginal y abdominal

Fuente: registros de los hospitales incluidos en el estudio.

Cuadro 4. Frecuencia de cesáreas en cada uno de los hospitales

Hospital		Núm. y % de sucesos obstétricos	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	Total 1995-2002	Promedio 1995-2002
De la Mujer (A)	Partos	10,808	10,750	10,116	11,301	9,895	11,780	12,265	10,817	87,732	10,966.50	
	Cesáreas	4,054	4,246	4,323	4,387	4,032	4,572	4,747	4,236	34,597	4,324.60	
	%	37.51	39.5	42.73	38.82	40.75	38.81	38.7	39.16	39.43	39.43	
General de México (B)	Partos	7,720	8,250	8,103	7,302	8,084	7,833	8,154	7,358	62,804	7,850.50	
	Cesáreas	1,663	1,407	1,510	1,519	2,040	2,160	2,524	2,528	15,351	1,918.90	
	%	21.54	17.05	18.64	20.8	25.24	27.58	30.95	34.36	24.44	24.44	
Juárez de México (C)	Partos	4,010	3,679	3,777	3,112	3,782	3,923	4,077	4,314	30,674	3,834.30	
	Cesáreas	1,527	1,313	1,320	1,092	1,300	1,412	1,348	1,458	10,770	1,346.30	
	%	38.08	35.69	34.95	35.09	34.37	35.99	33.06	33.8	35.11	35.11	
Homeopático Nacional (D)	Partos	4,001	3,445	3,101	3,625	3,727	3,640	3,497	3,128	28,164	3,520.50	
	Cesáreas	1,069	1,047	1,004	1,153	1,293	1,399	1,416	1,220	9,601	1,200.10	
	%	26.72	30.39	32.38	31.81	34.69	38.43	40.49	39	34.09	34.09	
Total	Partos	26,539	26,124	25,097	25,340	25,488	27,176	27,993	25,617	209,374	26,171.80	
	Cesáreas	8,313	8,013	8,157	8,151	8,665	9,543	10,035	9,442	70,319	8,789.90	
	%	31.32	30.67	32.5	32.17	34	35.12	35.85	36.86	33.59	33.59	

Cuadro 5. Variaciones porcentuales entre uno y otro periodo

Hospital	Porcentaje de cesáreas (1976-1983)	Porcentaje de cesáreas (1995-2002)	Incremento en puntos porcentuales
De la Mujer	24.31	39.43	15.12
General de México	17.28	24.44	7.16
Juárez de México	12.41	35.11	22.7
Homeopático Nacional	8.03	34.09	26.06
Total	17.89	33.59	15.7

Fuente: registro de los hospitales incluidos en el estudio.

COMENTARIO

Desde la publicación del estudio inicial no sólo han transcurrido más de 20 años sino que también han cambiado muchas cosas. Por ejemplo, la disponibilidad de la tecnología médica ha aumentado de forma importante; ahora la actitud de los médicos tiende mucho más a la resolución programada de los embarazos; y, también, aun cuando no aplica directamente a los datos de este estudio, el hecho de que los seguros de gastos médicos mayores cubran una cesárea pero no un parto eutóxico ha distorsionado la frecuencia de la operación en el sector privado. Por último, en los hospitales bajo análisis también se han registrado cambios trascendentales. Tal es el caso de los hospitales (B) y (C), que tuvieron cambios importantes en su infraestructura.

El problema es realmente complejo y en su origen intervienen varios elementos. Sin embargo, no hay duda de que algunos países, como los escandinavos o como Holanda y Japón, no han seguido la tendencia general de los últimos treinta años en la mayor parte del mundo desarrollado.^{7,8} También es cierto que algunas naciones y hospitales han podido estabilizar la tendencia e, incluso, disminuir la frecuencia de dicha práctica.¹²⁻¹⁵ Lo anterior se debe, entre otras cosas, a que la educación entre los médicos y la sociedad considera al parto como algo fisiológico y, por lo tanto, se valoran pobremente las intervenciones médicas excesivas en el cuidado del embarazo y en la atención del parto.

Cada vez hay más pruebas de que la principal indicación de la cesárea es una cesárea previa y que le siguen las distocias, la presentación pélvica, el sufrimiento fetal y otras enfermedades agregadas,

como: rotura prematura de membranas, preeclampsia o embarazo gemelar. También es cierto que existe cierta presión por parte de las mujeres para concluir su embarazo con operación cesárea.

Las cesáreas innecesarias representan aumento del costo de los servicios y riesgo para la salud de la madre y el producto. Así, por ejemplo, se estima que el riesgo de morir para la madre puede ser 2.8 veces mayor que en un parto vaginal.¹⁶ Otros riesgos incluyen la morbilidad que ésta manifieste en cualquier operación abdominal y la generada por la cicatriz uterina: fertilidad disminuida, abortos y embarazo ectópico, entre otros.¹⁷

Con base en los datos y argumentos presentados se llegó a las siguientes conclusiones:

- El porcentaje de cesáreas que se registra en México es bastante elevado. La cifra es una de las más altas del mundo y es 50% superior a las de España o Estados Unidos.

- En los cuatro hospitales analizados se registró incremento de la frecuencia de cesáreas como método para concluir el embarazo. Veinte años después la proporción de éstas en los hospitales considerados se duplicó.

- Parecería que en el caso del hospital (C) se ha logrado estabilizar la frecuencia de cesáreas (34%), cifra que aún es demasiado alta.

- Resulta urgente poner en marcha un programa para reducir la frecuencia de cesáreas, para reorganizar los servicios obstétricos en las unidades públicas y para modificar, en lo correspondiente, la enseñanza de la obstetricia en la licenciatura y el postgrado.

- Deben crearse unidades simplificadas de atención obstétrica; favorecer la atención de partos eutópicos por médicos generales y familiares, y emprender un programa de sensibilización de los riesgos y costos de la cesárea dirigido a la población general. Asimismo, es necesario apoyar la elaboración de estudios que permitan analizar a fondo los factores determinantes de dicha práctica en este medio.

referencia de estudios que permitan analizar a fondo los factores determinantes de dicha práctica en este medio.

REFERENCIAS

1. Narro RJ, Camus-Gómez R, Deliens DC, et al. Tendencia de los embarazos terminados por cesárea en el Distrito Federal. Salud Pública Mex 1984;26:381-8.
2. Castelazo L. Citado por Ahued-Ahued JR. Operación cesárea: un reto para el futuro. Cesárea, tendencias actuales y perspectivas. México: Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, 1997;pp:9.
3. Baskett TF, McMillen RM. Cesarean section: trends and morbidity. Can Med Assoc J 1981;125:723-6.
4. Amirikia H, Zarewych B, Evans T. Cesarean section: a 15-year review of changing incidence, indications and risks. Am J Obstet Gynecol 1981;140:81-90.
5. Bradly S, Robinson S, Golden J. Cesarean section rate in England and Wales. Lancet 1980;1:1195.
6. Belizán JM, Althabe F, Barros FC. Rates and implications of cesarean sections in Latin America. BMJ 1999;319:1397-400.
7. Johanson R, Newburn M, Macfarlane A. Has the medicalisation of childbirth gone too far? BMJ 2002;324:892-5.
8. Puente-Rosas E, Gómez-Dantés O, Garrido-Latorre F. Las cesáreas en México: tendencias, niveles y factores asociados. Salud Pública Mex 2004;46:16-22.
9. Martin JA, Hamilton BE, Ventura SJ, et al. Births: final data for 2000. Natl Vital Stat Rep 2002;(5):1-101.
10. World Health Organization. Appropriate technology for birth. Lancet 1985;2:436-7.
11. SSA. Nacimientos por cesárea en México. México: Síntesis Ejecutiva, 2003.
12. Myers SA, Gleicher NA. Successful program to lower cesarean section rates. N Engl J Med 1988;319:1511-6.
13. Robson MS, Scudamore IW, Walsh SM. Using the medical audit cycle to reduce cesarean section rates. Am J Obstet Gynecol 1996;174(1):199-205.
14. Guzmán S. La reducción de cesáreas de 28 a 13% incrementa o no la mortalidad materna y perinatal: la gran pregunta. Ginecol Obstet Mex 1993;66:122-5.
15. Flamm BL, Berwick DM, Kabcenell A. Reducing caesarean section rates safety: lessons from a breakthrough series collaborative. Birth 1998;25(2):117-4.
16. Hall MH, Bewley S. Maternal mortality and mode of delivery. Lancet 1999;354:776.
17. Wagner M. Choosing cesarean section. Lancet 2000;356: 1677-80.