

## Consideraciones sobre el índice de cesárea primitiva

### Consideracions on primitive cesarean rate

MSc. Mercedes Piloto Padrón,<sup>I</sup> Dr. C. Danilo Nápoles Méndez<sup>II</sup>

<sup>I</sup> Ministerio de Salud Pública. Dirección Materno-Infantil Nacional. La Habana, Cuba.

<sup>II</sup> Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso". Santiago de Cuba, Cuba.

---

#### RESUMEN

**Introducción:** el aumento del indicador de cesárea constituye un problema a escala mundial, con elevado incremento de la morbilidad y mortalidad maternas.

**Objetivo:** mostrar la incidencia de la operación cesárea en nuestro país en el periodo comprendido de 1970 a 2011, así como hacer un breve análisis de sus principales indicaciones.

**Métodos:** se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y longitudinal, durante el periodo de 1970-2011.

**Resultados:** se evidenció un incremento sostenido de la cesárea en el país, en correspondencia con todas las provincias, de alrededor de 1 % anual en los últimos años. El aumento de la tasa de cesáreas se hizo más marcado entre los años 2002-2010 y 4 provincias muestran los indicadores más altos. En el último bienio (2010-2011), el indicador presentó los valores más elevados, de 30,6 y 30,4 %, respectivamente.

**Conclusiones:** la evolución de la cesárea en Cuba mostró un aumento sostenido y constituye un motivo de preocupación que exige el análisis y la toma de decisiones que permitan su buen control, basado en el estudio científico en cada institución, de manera que se aseguren, además, indicadores adecuados tanto de morbilidad y mortalidad materna como perinatal.

**Palabras clave:** cesárea, morbilidad perinatal, indicador de cesárea.

---

## ABSTRACT

**Introduction:** the increasing cesarean indicator is a global problem due to the high increase in maternal morbidity and mortality.

**Objective:** to show the incidence of operation caesarean section in our country in the period from 1970 to 2011, as well as a brief analysis of their main indications.

**Methods:** a descriptive, retrospective and longitudinal study to show the incidence of cesarean section in Cuba was performed, covering each province from 1970 to 2011.

**Results:** a sustained increase in caesarean section in Cuba was evident to all regions of about 1% per year in recent years. The increase in the cesarean rate was more pronounced in 2002-2010 and 4 provinces showed the highest indicators. In the last two years (2010-2011), the indicator reached its highest values, 30.6 and 30.4%, respectively.

**Conclusions:** the evolution of caesarean Cuba showed a steady increase and it is a matter of concern that requires analysis and decision making allowing good control, based on the scientific study at each institution, so as to ensure further suitable indicators of both maternal and perinatal morbidity and mortality.

**Keywords:** cesarean delivery, perinatal morbidity, caesarean indicator.

---

## INTRODUCCIÓN

La cesárea es la más antigua y moderna de las operaciones, y ha llegado a un grado de perfeccionamiento que ha motivado una confiabilidad excesiva y un uso irracional.<sup>1</sup>

Al respecto, el aumento del indicador de cesárea constituye un problema a escala mundial. Aún cuando algunos países desarrollados continúan con indicadores bajos de cesáreas, tanto en EUA como en una parte de Europa estos indicadores se elevan, sobre todo en la práctica privada, con predominio la no docente.<sup>1</sup>

En la década del 60 del pasado siglo, la tasa de cesárea en los EUA era de 4,5 %, y entre los años 1988-1995 las cifras se elevaron de 23 a 25 %. Por esta fecha, en el Reino Unido las cifras de cesárea alcanzaron 20 %, y en una buena parte de Europa ya los indicadores oscilaban entre 15 y 20 %.<sup>1</sup>

Asimismo, el aumento de su incidencia es multifactorial, pero, sin lugar a dudas, son determinantes el uso de técnicas quirúrgicas y anestésicas, que reducen las complicaciones a corto y largo plazo, lo que deviene una mayor seguridad del procedimiento, tanto para los prestadores como para los pacientes. Una aseveración realizada en las últimas décadas, apoyada por obstetras y neonatólogos, y en la cultura general de la población, vincula la cesárea como un procedimiento destinado, de manera directa, a la reducción de la morbilidad y mortalidad perinatal.<sup>2-4</sup>

Es frecuente, también, que en algunas sociedades la cesárea sea una cirugía que da estatus social, la cual, además, es practicada por los médicos según conveniencias familiares, vacaciones, viajes y otros intereses de médicos y pacientes que hacen de este un procedimiento quirúrgico pedido a la "carta".<sup>1</sup>

La cesárea para muchos médicos es una intervención que protege contra malas praxis, pues generalmente las demandas se producen por cesáreas tardías vinculadas con el resultado perinatal adverso, aunque nunca a la realización de una cesárea precoz.<sup>1,5</sup>

Cabe agregar que en países donde se practica la medicina privatizada ha ocurrido un incremento de los honorarios médicos y la cesárea ha contribuido al enriquecimiento de estos galenos, lo cual ha podido compararse con lo que significó la industria abortista, que llegó a estar entre las primeras causas de aumento de los honorarios.<sup>1,5</sup>

Es importante el uso del método clínico y no basarse solamente en la tecnología actual carente de precisión en muchos casos; por tanto, son elementales el cuidado personalizado de la paciente, utilización del partograma, uso de maniobras clásicas, como la versión externa para reducir la presentación pelviana.<sup>6,7</sup>

En algunas latitudes el criterio de autonomía se ha impuesto en la decisión de la cesárea, aun cuando no exista una condición médica para su realización.<sup>2</sup>

Recientemente el término estado fetal no tranquilizador se ha vinculado al aumento de este indicador, pues los obstetras tienen más libertad para indicar la cesárea solo basados en la cardiotocografía, puede aseverarse que el método incluso ha aumentado el intervalo interobservador.<sup>8</sup>

Por otro lado, desde el análisis realizado por el Centro Latinoamericano de Atención Perinatólogica (CLAP), en 1980, se demostró que cuando el indicador de cesárea aumentaba, esta se transformaba de solución en problema, al aumentar la morbilidad y mortalidad maternas, así como los costos.<sup>9</sup>

Cuba no ha estado ajena a este incremento de la operación cesárea a escala mundial, por lo que el objetivo de este estudio consiste en mostrar la incidencia de la operación cesárea en nuestro país en el periodo comprendido de 1970 a 2011, así como hacer un breve análisis de sus principales indicaciones.

## MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y longitudinal con el objetivo de determinar la incidencia del indicador de cesárea primitiva en Cuba y sus diferentes provincias, durante 42 años, que incluye el periodo comprendido desde 1970 hasta el 2011.

Para ello se analizaron las frecuencias relativas de este indicador, y se realizó además un cálculo de las diferencias relativas por quinquenio desde 1975 hasta 2011; también se empleó el método de los mínimos cuadrados, que garantiza la mayor bondad del ajuste.

Se calculó el coeficiente de correlación para valorar la consistencia de los estimados; mientras más correlación halla, mayor certeza de que los datos seguirán esa dinámica. Se realizó el análisis de los datos, según los métodos empleados, lo cual se resumió en tablas y figuras.

## RESULTADOS

Se observó una representación anual del indicador de cesárea primitiva del 1970 al 2011 en Cuba, que varió de 3,7 a 30,4 %, en esa correspondencia (tabla 1), lo cual mostró un incremento sostenido de forma estable de ese indicador, con un incremento acelerado entre los años 2004 y 2010, y un ritmo aproximado de 1 % anualmente. En el último bienio (2010-2011), el indicador presentó los valores más altos, aunque muy cercanos.

**Tabla 1.** Índice de cesáreas primitivas en Cuba (1970-2011)

Años	%	Años	%
1970	3,7	1991	14,3
1971	4,6	1992	13,7
1972	5,3	1993	13,0
1973	5,8	1994	14,0
1974	7,2	1995	15,6
1975	8,3	1996	15,6
1976	7,9	1997	15,3
1977	8,1	1998	15,8
1978	8,1	1999	16,6
1979	7,9	2000	17,7
1980	7,7	2001	17,4
1981	8,2	2002	18,7
1982	8,1	2003	22,1
1983	8,7	2004	24,7
1984	9,4	2005	25,9
1985	10,5	2006	26,7
1986	11,5	2007	27,7
1987	11,6	2008	28,4
1988	12,7	2009	29,9
1989	13,9	2010	30,6
1990	13,7	2011	30,4

En la Fig.1 se muestra una serie histórica de la evolución del índice de cesáreas primitivas desde 1970 hasta el 2011, con un intervalo de 5 años. Se obtuvo un

incremento de 3 % quinquenal como promedio, con un crecimiento estable, lo que equivale a un aumento del índice de cesárea primitivo de 0,6 % anual. Existió un índice de correlación muy alto, que expresó un excelente ajuste, pues apenas se desviaron los porcentajes de la línea de tendencia.

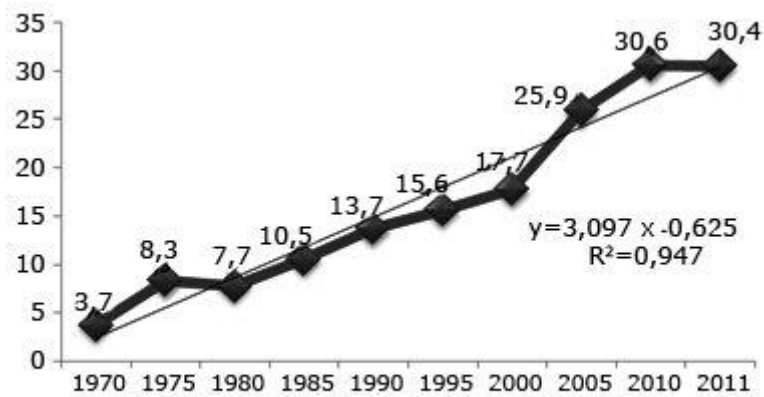


Fig. 1. Índice de cesáreas primitivas en Cuba (1970-2011).

En la Fig. 2 puede observarse la distribución cada 2 años del indicador de cesárea en Cuba, que muestra un incremento paulatino desde 1990 hasta el año 2000, pero más marcado entre los años 2002 al 2010.

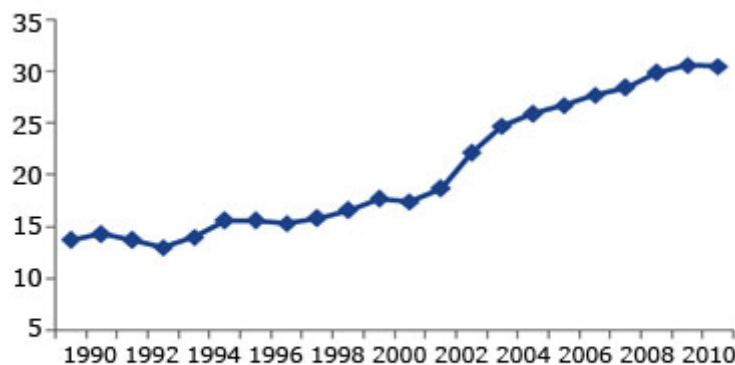


Fig. 2. Índice de cesáreas primitivas en Cuba (1990-2010).

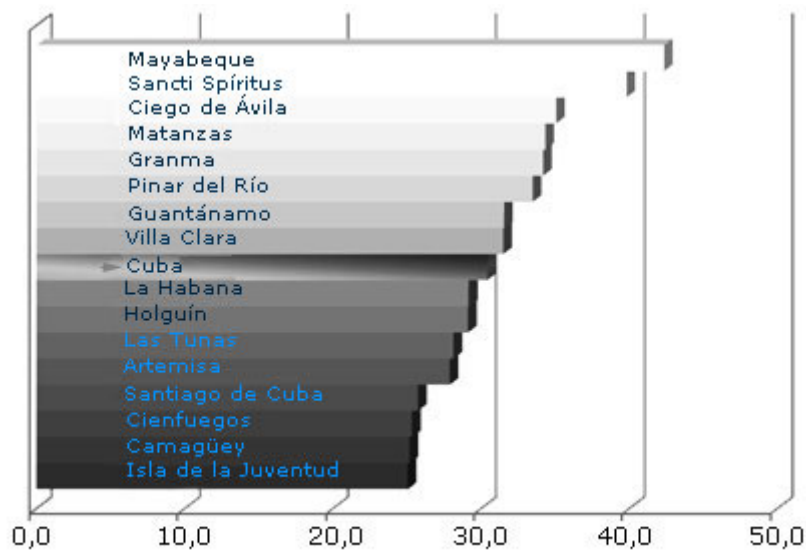
Cuando se calculó la diferencia relativa por quinquenios, de 1975 al 1980 hubo una disminución de 7,8 %; sin embargo, en la década de los 80 el crecimiento estuvo alrededor de  $\frac{1}{4}$ ; de modo que pudo observarse que en la década de los 90, aunque se mantuvo el incremento, hubo una disminución a la mitad respecto a la década anterior (tabla 2). El mayor incremento ocurrió entre los años 2000 y 2005, en 31,7 %, y en la segunda mitad de la década dicho aumento volvió a reducirse a la mitad. El año 2011 culminó con un decrecimiento del índice en 0,4 %, en relación con el 2010.

**Tabla 2.** Diferencia relativa según quinquenios (1975-2010)

Años	%	Diferencia relativa
1975	8,3	-
1980	7,7	-7,8
1985	10,5	26,7
1990	13,7	23,4
1995	15,6	12,2
2000	17,7	11,9
2005	25,9	<b>31,7</b>
2010	30,6	15,3
2011	30,4	-0,4

El indicador de cesárea primitiva por provincias en los últimos 5 años mostró a las provincias de Sancti Spíritus, Ciego de Ávila, Matanzas y Villa Clara, por orden de frecuencia, que muestran los índices de cesárea más altos y por encima del indicador del país en este quinquenio.

Correspondiente al último año analizado (2011), la figura 3 refleja un índice más elevado en la provincia de Mayabeque, con 42,4 %, seguida de las provincias de Sancti Spíritus, Ciego de Ávila, Matanzas, Granma, Pinar del Río, Guantánamo y Villa Clara. El resto de las provincias y el municipio especial de Isla de la Juventud, mostraron índices de cesárea por debajo del obtenido en general en el país.



**Fig. 3.** Índice de cesárea primitiva en el año 2011.

## DISCUSIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la operación cesárea es la intervención quirúrgica que con más frecuencia se practica, al tener en cuenta un mayor perfeccionamiento técnico alcanzado con el tiempo. Estudios recientes en el mundo señalan un crecimiento estable anual de la cesárea de 1 %, similar al crecimiento actual en este estudio entre los años 2004-2010.<sup>10</sup>

Existe suficiente evidencia que acredita el incremento paulatino de la cesárea en el mundo, de forma tal que ya en el año 2002, en África las tasas promedio oscilaron en 3,5 %; sin embargo, se observaron valores máximos en Sudáfrica de 15,9 %, en Egipto de 11,4 % y en Túnez de 8 %. El promedio en Asia fue de 15,9 %, lo cual se correspondió con los valores máximos en China (40,5 %), Hong Kong (27,4 %) y en el Líbano (23,3 %). En el continente europeo, la tasa promedio se presentó en 19 %, y los valores máximos pertenecieron a Italia, con 36,5 % y Portugal, con 30 %. Por su parte, en la región de América Latina y el Caribe el promedio de cesárea fue de 29,2 %, y las cifras más elevadas se alcanzaron en México (39,1 %), Brasil (36,7 %), República Dominicana (31,3 %) y Chile (30,7 %).<sup>10</sup>

*Minkoff*,<sup>11</sup> en un estudio realizado en 8 países de América Latina, mostró una frecuencia global de cesárea de 30 % y en los centros privados las cifras superaron 50 %, comparado con la década de 1960 al 1970, cuando la frecuencia oscilaba en alrededor de 10 %.

El nivel aceptable de cesárea recomendado por la OMS se sitúa en tasas de alrededor de 15 %. Un estudio publicado en el 2010, mostró que la tasa de cesáreas en China alcanzó 46 %, y se convirtió en la más elevada del mundo. En los países nórdicos la tasa de cesáreas se sitúa alrededor de 20 %, mientras que en España oscila entre 23 % en los centros públicos y 35 % de los privados, y en EUA es superior. En correspondencia con el análisis de la evolución de la cesárea en Cuba, se presentó el indicador más alto en el año 2010.<sup>12</sup>

Cuando este aumento se produce en mujeres primigestas, lleva a cambios en el ejercicio de la práctica médica, al aumentar el número de cesáreas de carácter iteradas en el futuro, de más relevancia en Cuba, donde persiste el criterio de *Edward Cragie* (1916) de "cesárea una vez, cesárea siempre". Hay un acuerdo mayoritario de que el aumento de las tasas de cesáreas se produce principalmente por aquellas que se ejecutan en una población de bajo riesgo, sin causa plenamente justificada.<sup>1,2</sup>

Los planteamientos anteriores ya habían sido referidos en la investigación realizada por el CLAP en la década de 1980, donde se señaló que la elevación de la cesárea comenzó a generar un aumento en la morbilidad y mortalidad maternas. Este fue realizado en 17 países: 16 de América y uno de Europa (España) y colaboraron 176 instituciones, de las cuales 4 eran cubanas. Se comparó el impacto en la morbilidad y mortalidad materna y perinatal entre los nacidos por cesárea y parto vaginal. Se evidenció que fue 12 veces más frecuente la mortalidad materna en relación con la cesárea y de 7 a 20 veces más frecuente la morbilidad materna, quedando demostrada también la influencia de bajas tasas de cesárea para reducir la mortalidad perinatal, pero que aumentos de esta cirugía por encima de 10 % ya no mostraban beneficios sobre esta indicador.<sup>9</sup>

*Ceriani* y otros<sup>2</sup> en un estudio argentino de 42 años de seguimiento de la cesárea, demostró que el aumento de esta con una contribución de 20,4 % (1 de cada 5 partos

por cesárea), no aportó beneficio significativo a la disminución de la mortalidad perinatal. En este estudio la población estudiada fue de bajo riesgo, con porcentajes de la morbilidad respiratoria, y los ingresos en cuidados intensivos en los nacidos por cesárea de 5,3 y 9,5, comparado con los nacimientos vaginales en 3,1 y 6,1, respectivamente. Estos comentarios son comparables con el análisis de la evolución de la cesárea en Cuba, que se corresponde también con un periodo de 42 años, en el que se demostró un incremento de este indicador.

*Villar*,<sup>13</sup> en estudio realizado a 100 000 nacimientos en presentación cefálica, observó que la cesárea estuvo vinculada, de manera independiente, con un aumento significativo de la morbilidad y mortalidad maternas; con esto se asevera, además, que las madres no son bien informadas sobre los riesgos de la cesárea.

Diferentes autores han señalado que los niños nacidos por cesáreas presentan un riesgo mayor, de 2 a 3 veces de presentar insuficiencia respiratoria, que los nacidos por vía vaginal. Según datos actuales, existe una relación directa entre el riesgo de morbilidad y mortalidad materna con la cesárea, de 56 a 78 %. A grandes rasgos puede decirse que las cifras de la morbilidad y mortalidad maternas con la práctica de este procedimiento quirúrgico, son superiores a las observadas por vía vaginal y puede afirmarse que se elevan multiplicadas por 10.<sup>1</sup>

Muchos factores han contribuido al aumento global de las tasas de cesáreas, entre ellos: mejores técnicas anestésicas y quirúrgicas, menor riesgo de complicaciones posoperatorias a corto y largo plazo, temor de los obstetras a ser demandados jurídicamente por negligencia o impericia, lo cual se define como una actitud defensiva; así como la aplicación de los principios de bioética, en muchas latitudes, mediante el criterio de autonomía, que permite a la mujer ejercer su derecho de decidir sobre su cuerpo, además de otros aspectos relacionados con cambios de la profesión médica que en muchos casos depende de quienes gerencian la actividad, así como de un elevado número de cesáreas que no están plenamente justificadas en beneficio materno o perinatal.<sup>1,2,5,10,14</sup>

*Faneiti*<sup>3</sup> deroga el concepto de que la cesárea es siempre beneficiosa para reducir la mortalidad perinatal y presenta estrategias para reducir la epidemia de cesáreas.

Recientemente, como práctica de una medicina social, médicos y pacientes en muchos lugares efectúan lo conocido como cesárea a "la carta", mediante la planificación de la operación por conveniencias; por ejemplo: cuando hay vacaciones o el esposo que viaja está en casa, pero también el médico planifica cuando está todo su equipo, para evitar, además, la intervención quirúrgica durante el fin de semana. Con referencia a lo anterior, resulta interesante que el médico que realice una consulta privada para obtener un determinado salario, no permita que un parto demorado le impida su realización, por lo que opta por la decisión más rápida: la cesárea. Estas prácticas no son realizadas en Cuba y deberá ser una política permanente que los profesionales cubanos no las lleven a cabo.<sup>1,5,14</sup>

Los resultados de la Encuesta Global de Salud Materna y Perinatal de la OMS (2005) indican que el aumento de las tasas de cesáreas se relaciona con un mayor uso de antibióticos en el puerperio, como consecuencia de una elevación en los indicadores de morbilidad materna. Se afirma que el aumento en la tasa de nacimiento por cesárea, está también asociado con un aumento en las tasas de mortalidad fetal y en la cantidad de recién nacidos que ingresan a las unidades de cuidados intensivos, en correspondencia con los comentarios anteriores.<sup>2,10,15</sup>



De manera paralela con el aumento de cesáreas, se han incrementado determinadas indicaciones en Cuba, de las cuales 100 % se han realizado por prescripción médica, con igual comportamiento de las más frecuentes en una u otra región, que quizás solo varían en el orden de frecuencia. Estas son: sufrimiento fetal *versus* estado fetal no tranquilizador, desproporción cefalopélvica, inducción fallida, presentación pelviana, oligohidramnios, embarazo múltiple, recién nacidos pretérmino con peso menor de 1 500 g, en correspondencia también con las indicaciones más frecuentes a escala mundial.<sup>1,2,10</sup>

Comentando algunas de ellas, la controversia sufrimiento fetal *versus* estado fetal no tranquilizador, surge cuando la literatura anglosajona propuso sustituir el término sufrimiento fetal, por el de *non reassuring fetal status*, cuya traducción al castellano se corresponde con estado fetal no tranquilizador, pero solo está basado en el diagnóstico cardiotocográfico para el bienestar fetal. Es conocido que el valor pronóstico positivo de este medio diagnóstico es muy bajo, al presentar índices de positivos falsos altos entre 75 y 90 %, de manera que se ha demostrado que la introducción del término no ha logrado beneficios en la protección legal de los médicos, se ha aumentado el intervalo interobservador y se ha producido un aumento desmesurado del indicador cesárea, incluso en gestantes de bajo riesgo, con pocos beneficios en los resultados perinatales. Considerando que ningún término será lo suficientemente preciso mientras no surja el medio diagnóstico que determine la verdadera reserva fetal.<sup>1,8,16</sup>

La desproporción cefalopélvica constituye una de las principales causas de cesárea, por tanto, hay que trabajar más sobre las distocias del parto, sobre la base de un conocimiento profundo de la fisiología del parto, el reconocimiento precoz del trabajo de parto disfuncional y la intervención temprana. La OMS ha denominado parto obstruido a las categorías de trabajo de parto prolongado y la desproporción cefalopélvica, con secuelas en la madre y el niño, además de aportar 8 % de mortalidad materna, se señala que 50 % del indicador cesárea se ha relacionado con la falta de progreso del trabajo de parto. Al respecto, *Vázquez Cabrera*<sup>6</sup> expresa que es necesario intensificar el uso del método clínico en el seguimiento del trabajo de parto, rescatando el uso del partograma y la especialización de la enfermera obstétrica, pues está demostrado, según las evidencias, que ayuda a la disminución de los índices de cesárea.<sup>1,10,17,18</sup>

El partograma garantiza la calidad de la atención y el cuidado personalizado mediante la interpretación gráfica realizada en cada paciente. Se reconocen alrededor de 200 partogramas propuesta realizada por diferentes autores, así como organizaciones autorizadas, lo cual se encamina entre las acciones para un parto seguro y constituye un método universal para la comunicación médica.<sup>1,6,7</sup>

La identificación y la atención inadecuadas de las distocias del parto, condicionan un elevado número de cesáreas y estas ocurren preponderantemente en presentaciones cefálicas y fetos de tamaño normal, en los cuales se ha comprobado también que en un gran número de ellos, la pelvis materna es normal. Alrededor de 70 % de las mujeres que han sido operadas por cesáreas con el diagnóstico de desproporción cefalopélvica, pueden parir sus hijos exitosamente en partos posteriores. Para disminuir estas dificultades es muy importante la realización adecuada de la prueba de trabajo de parto.<sup>1,6,7</sup>

Igualmente, la presentación pelviana ha sido la indicación de cesárea en la que más investigaciones han coincidido en los beneficios de la cesárea programada relacionada con el parto vaginal. Se ha considerado unánimemente que el parto vaginal en presentación pelviana se relaciona con un aumento en la morbilidad y mortalidad perinatal, y también en un aumento de la morbilidad materna.<sup>13,19</sup>

Después de muchos años de controversias en la vía del parto en la presentación pelviana, no cabe duda que el trabajo de *Mary E. Hannah*,<sup>19</sup> en el cual se comparan la cesárea programada *versus* el parto vaginal mediante un estudio multicéntrico aleatorizado, que incluyó 26 países, dejó claros, en la comunidad médica, los beneficios de la cesárea electiva en la gestación a término con presentación podálica, aunque esta solo aparece en 2-4 % de los nacimientos; por ello es que si bien no tiene gran influencia en el aumento del indicador cesárea, es reconocido su impacto en el resultado perinatal, puesto que por cada 14 cesáreas programadas debido a la presentación pelviana, se evita la muerte o la presencia de morbilidad grave en un recién nacido. Una opción defendida para reducir la presentación pelviana es la versión externa cuando se realiza la selección adecuada del paciente y se tiene experiencia en el procedimiento.<sup>20</sup> *Villar*<sup>13</sup> afirma, además, que la cesárea disminuye el indicador de morbilidad y mortalidad en la presentación pelviana.

La cesárea por inducción fallida aumenta de forma importante en los últimos tiempos y básicamente ha sucedido así en Cuba, teniendo en cuenta que el indicador de inducción se eleva cada vez más debido a la introducción de nuevos protocolos y nuevas tecnologías que aumentan el procedimiento de inducción. La relación de éxito para la respuesta al procedimiento inductivo depende de la preparación del cérvix; de hecho, estudios de electromiografía del cérvix y útero demostraron, por método de regresión lineal múltiple, que el factor más importante de respuesta cervical era el estado de maduración del cuello; por ello, el empleo de prostaglandinas, esencialmente el misoprostol, garantiza la eficacia y seguridad, pues puede modificar este indicador.<sup>21-23</sup>

Cabe señalar que la cesárea previa en Cuba es considerada un problema sin solucionar, que eleva el indicador global de dicha intervención quirúrgica. La práctica de parto transpelviano en pacientes con cesárea previa es cada vez más común, dado que esta conducta reduce los riesgos de la cesárea previa entre 30 y 50 % de presentar acretismo placentario y placenta previa, y siempre que se trabaje teniendo en cuenta los estrictos criterios de selección, se evitará la aparición de dehiscencia de cicatriz uterina. En ese sentido, se considera necesario el desarrollo de protocolos que permitan introducir esta práctica en los próximos años, debido a la necesidad de comparar a Cuba con otros países en términos de cesárea global; debe tenerse en cuenta, además, que 70 % de las cesáreas primitivas se realizan en nulíparas, lo que afecta aún más el futuro obstétrico de estas pacientes.<sup>10,12,24</sup>

La importancia de conocer la tendencia de la práctica de la operación cesárea, así como sus indicaciones, permite proponer medidas que disminuyan su frecuencia, debe exigirse el funcionamiento adecuado del comité de cesáreas, donde se tenga a bien el análisis científico-docente-asistencial-administrativo, que sirva de herramienta para la toma de decisiones y la necesidad del control de este procedimiento en todo su desempeño, para así contrarrestar "la epidemia de cesárea" que se presenta a escala mundial, pues este constituye el indicador de salida de excelencia del trabajo obstétrico en las maternidades.<sup>1,10,25</sup>

El concepto de cesárea segura se deberá considerar en cualquier tendencia de este indicador, pues a través de él se establecen un grupo de medidas para garantizar la seguridad del procedimiento, en cuanto a la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal; sin embargo, el primer elemento que da seguridad a esta intervención quirúrgica, es cumplir con el requisito ético y científico de su fundamentación desde el punto de vista médico. Una estrategia a seguir podía dirigirse a eliminar la cesárea por indicaciones no médicas (causas sociales), reducir la cesárea por indicaciones médicas no obstétricas y controlar, mediante protocolos, las indicaciones obstétricas más frecuentes.<sup>1,25</sup>

La evolución de la cesárea en Cuba demostró un aumento sostenido, como expresión también del incremento de este indicador en todas las provincias del país, y en correspondencia con el comportamiento de la cesárea a escala mundial. Todo ello constituye un motivo de preocupación y exige el análisis y la toma de decisiones que permitan su buen control, basado en el estudio científico en cada institución, de manera que se aseguren, además, indicadores adecuados, tanto de morbilidad y mortalidad materna como perinatal.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nápoles Méndez D, Piloto Padrón M. Consideraciones actuales sobre la operación cesárea. MEDISAN [serie en Internet] 2013 [citado 12 Mar 2012];16(10):1579. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol\\_16\\_10\\_12/sansu%201012.html](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_16_10_12/sansu%201012.html)
2. Ceriani Cernadas JM, Mariani G, Pardo A, Aguirre A, Pérez C, Brener P, et al. Nacimiento por cesárea al término en embarazos de bajo riesgo: efectos sobre la morbilidad neonatal. Arch Argent Pediatr. 2010;108(1):17-23.
3. Faneite P, Rivera C, Faneite J, Amato R. Cesárea y mortalidad perinatal: incidencia y tendencia 42 años. Rev Venez Obstet Ginecol. 2012;72(3):145-51.
4. Millán Vega MM, Mendoza Arroyo A. Factores relacionados con la cesárea primitiva. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2010 [citado 12 Mar 2012];36(3):360-7. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2010000300007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000300007&lng=es)
5. Muñoz-Enciso JM, Rosales-Aujang E, Domínguez Ponce E, Serrano Díaz CL. Operación cesárea: indicación justificante o preocupación justificada? Ginecol Obstet Mex. 2011;79(2):67-74.
6. Vázquez Cabrera J. Cesárea. Análisis crítico y recomendaciones para disminuir la morbilidad. La Habana: ECIMED; 2010 [citado 15 Ene 2012]; Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/libros/cesarea/cesarea\\_completo.pdf](http://www.bvs.sld.cu/libros/cesarea/cesarea_completo.pdf)
7. Nápoles Méndez D, Bajuelo Páez AE, Téllez Córdova MC, Couto Núñez D. El partograma y las desviaciones del trabajo de parto. MEDISAN. 2004 [citado 12 Mar 2012];8(4). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol8\\_4\\_04/san07404.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol8_4_04/san07404.htm)
8. Georgieva A, Payne SJ, Moulden M, Redman CW. Computerized intrapartum electronic fetal monitoring: analysis of the decision to deliver for fetal distress. Conf Proc IEEE Eng Med Biol Soc. 2011;2011:5888-91.
9. Salud Perinatal. Boletín del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP). El nacimiento por Cesárea Hoy. Montevideo Uruguay. [serie en Internet] 1989 [citado 12 Mar 2012];3(9). Disponible en: [http://www.clap.ops-oms.org/web\\_2005/BOLETINES%20Y%20NOVEDADES/BOLETIN%2001.pdf](http://www.clap.ops-oms.org/web_2005/BOLETINES%20Y%20NOVEDADES/BOLETIN%2001.pdf)
10. Vélez-Pérez E, Tovar-Guzmán VJ, Méndez-Velarde F, López-López CR, Ruiz-Bustos E. Incidencia, indicaciones y complicaciones de la operación cesárea en el

Hospital de Ginecopediatría del IMSS de Hermosillo, Sonora. Bol Clin Hosp Infant Edo Son. 2012;29(2):58-64.

11. Minkoff HI, Schwarz RH. The rising cesarean section rate: can it safely be reversed? *Obstet Gynecol.* 1980;56:135-43.

12. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. En: OMS Documentos básicos. Ginebra, Suiza: OMS; 2010 [citado 25 May 2013];1. Disponible en: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf>.

13. Villar J, Valladares E, Wojdyla D. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global Survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet.* 2006;367:1819-29.

14. Dursun P, Yanik FB, Zeyneloglu HB, Baser E, Kuscu E, Ayhan A. Why women request cesarean section without medical indication? *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2011;24(9):1133-7.

15. Jonguitud Aguilar A. Cesárea electiva: repercusión en la evolución respiratoria neonatal. *Ginecol Obstet Mex.* 2011;79(4):206-13.

16. Nápoles Méndez D. Controversias actuales para definir las alteraciones del bienestar fetal. *MEDISAN.* 2013 [citado 25 May 2013];17(3). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192013000300014](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000300014)

17. Dresang LT, Leeman L. Cesarean delivery. *Prim Care.* 2012;39(1):145-65.

18. Saha L, Chowdhury SB. Study on primary cesarean section. *Mymensingh Med J.* 2011;20(2):292-7.

19. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett E, Saigal S Willian. Cesárea electiva versus parto vaginal en presentación podálica al término: un estudio multicéntrico aleatorizado. *Salud Perinatal.* 2001;19:13-22.

20. Hofmeyr GJ. Intervención para facilitar la versión cefálica externa para la presentación podálica a término. *The Cochrane Plus.* 2011 [citado 12 Mar 2012];(1). Disponible en: <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD000184>

21. Osava RH, Silva FM, Tuesta EF, Oliveira SM, Amaral MC. Cesarean sections in a birth center. *Rev Saude Publica.* 2011;45(6):1036-43.

22. Nápoles Méndez D. Misoprostol en la inducción y fase latente del trabajo de parto. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 2006 [citado 5 Ene 2012];32(2). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol32\\_2\\_06/gin05206.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol32_2_06/gin05206.pdf)

23. Ananth Cande V, Vintzileos A. Parto por cesárea pretérmino. *Am J Obstet Gynecol.* 2011 [citado 5 Ene 2012];204:505. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=71705>

24. Sandeliz Cárdenas E, Conde Márquez J, Castanedo Granda JF, Medina Suárez M. Parto fisiológico en pacientes con cesárea previa. *Acta Med Cent.* 2012 [citado 5 Ene 2012];6(2). Disponible en: [http://www.actamedica.sld.cu/r2\\_12/pdf/cesarea\\_previa.pdf](http://www.actamedica.sld.cu/r2_12/pdf/cesarea_previa.pdf)

25. Cristance P. Una epidemia de cesáreas. BID América. 2000 [citado 12 Mar 2012]. Disponible en: <http://www.iadb.org/idbamerica/archive/stories /2000/esp/ago00c/c800i.htm>

Recibido: 20 de octubre de 2013.

Aprobado: 2 de noviembre de 2013.

*Mercedes Piloto Padrón.* Ministerio de Salud Pública. Dirección Materno-Infantil Nacional. Calle 23 esquina N. Plaza de la Revolución. La Habana, Cuba. Correo electrónico: [mercipad@infomed.sld.cu](mailto:mercipad@infomed.sld.cu)