

VARIABILIDAD EN LA PRÁCTICA DE CESÁREAS

En diversos países desarrollados se han observado recientemente importantes incrementos en la proporción de partos por cesárea¹⁻³. Sin embargo, no existen evidencias de que esta tendencia esté mejorando la salud materna o infantil⁴. De hecho, el parto por cesárea implica un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad materna, y de complicaciones perinatales⁴⁻⁷. Hay una notable variabilidad en la frecuencia con que los nacimientos se producen por cesárea, tanto entre países como dentro de cada país^{1,2}. Esta información no se recoge de manera rutinaria en las estadísticas vitales, y hasta la reciente publicación de un análisis basado en la Encuesta de Establecimientos Sanitarios en Régimen de Internado para el período de 1984-88⁸ no se disponía apenas de datos de base poblacional en España sobre este tema.

Desde el Institut Municipal de la Salut de Barcelona se solicitó a los 14 hospitales de la ciudad con actividad obstétrica en los que constaba la realización de al menos 500 partos al año, la memoria anual correspondiente a 1992 o al año más reciente disponible. Se obtuvieron memorias de siete de estos centros, mientras que otros siete centros, todos ellos de titularidad privada, declararon que tal documento no estaba disponible. A partir de la información compilada en las memorias, se calculó para cada centro el número de partos atendidos, el número de cesáreas y la proporción de partos por cesárea. En la tabla se presentan los resultados obtenidos. Como puede apreciarse, la proporción de cesárea oscila entre 14,3% y 33,6%.

Por otra parte, los datos del estudio de casos y controles vinculado al Registro de Defectos Congénitos de Barcelona documentan que un 24% del conjunto de los nacimientos de mujeres residentes en la ciudad son por cesárea⁹. Combinando los datos de los cinco grandes centros de la red hospitalaria de utilización pública (RHUP) de los que tenemos información en la tabla, la proporción de partos por cesárea en ellos es de 16,3%. Estos centros atendieron al 39,1% de los partos realizados en maternidades de Barcelona en 1992. Asumiendo que los partos por cesárea se producen en cada centro con la misma frecuencia entre mujeres residentes y no residentes en la ciudad, resulta posible estimar la proporción de partos por cesárea en los demás centros que sería de un 28,9%.

¿Hasta qué punto estos datos muestran tendencias extrapolables a otras partes de España? En 1988 los partos por cesárea fueron el 13%, dándose con mayor frecuencia en los centros de titularidad privada, apreciándose amplias diferencias regionales y habiendo registrado un aumento del 40% entre 1984 y 1988. Se dispone de datos más recientes para algunas Comunidades Autónomas: en Navarra, los hospitales públicos realizaban en 1992 el 16,1% de sus partos por vía abdominal¹⁰; datos procedentes de la Comunidad Autónoma Vasca cifraron

Tabla 1. Cesáreas y total de partos en siete grandes hospitales maternos de Barcelona según su adscripción a la red hospitalaria de utilización pública (RHUP)

Centro hospitalario	Año	Cesáreas	Total partos	% cesáreas
Hospitales de la RHUP				
A	1992	494	3.459	14,3%
B	1992	180	1.157	15,6%
C	1992	370	2.221	16,7%
D	1991	253	1.318	19,2%
E	1991	118	510	23,1%
Otros hospitales				
Y	1989	574	2.616	21,9%
Z	1992	734	2.187	33,6%

en un 16% los partos por vía abdominal en 1992, con un aumento notable en relación a años anteriores¹¹. Para Barcelona tenemos pocos datos globales retrospectivos para valorar los cambios en la frecuencia de cesáreas, pero se dispone de la información derivada de una encuesta transversal, según la cual los partos por cesárea eran el 9% en 1981¹². La variación en la frecuencia de cesáreas se estudió recientemente en la ciudad de Detroit, observándose amplias variaciones entre centros (del 19,1 al 42,3%), que se atribuyeron principalmente al tipo de práctica del médico¹³. En el estado de Washington también se documentaron variaciones entre centros en 1987 (del 0 al 43%)¹⁴. De hecho, es razonable esperar que dentro de cada maternidad se produzcan también diferencias entre médicos. Probablemente en los centros con mayor proporción de cesáreas se combinan la práctica de obstetras con una frecuencia baja de cesáreas con la de otros cuya práctica más habitual es el parto abdominal.

Esta situación es preocupante. En efecto, se ha valorado que para los partos no gemelares la proporción de cesáreas no debiera ser mayor del 10-12%¹⁵ (aunque puede ser apropiada una política más intervencionista para los fetos de muy bajo peso). En Inglaterra y Gales, la proporción de cesáreas en 1992 era del 13%, oscilando entre regiones¹⁶. En Italia era de 15,8% en 1985¹⁷ y en Holanda era del 7,9% en 1991¹⁶, mientras que en EE.UU. alcanzó el 24,7% en 1988¹⁶. En este país se plantea el objetivo de reducir los partos por cesárea en el año 2000 a menos del 15%⁴. Se considera que el país con la mayor proporción de partos por cesárea es Brasil (31% en 1981), donde se han introducido cambios orientados a su reducción¹⁸.

Esta cuestión no parece haberse incluido entre los objetivos de los planes de salud. Esto sugiere que hasta ahora no es percibida como problema ni por los usuarios, ni por los profesionales, ni por los planificadores. Sin embargo,

la práctica de cesáreas parece ser relativamente elevada, especialmente fuera de la red de utilización pública. Probablemente existan incentivos a su realización en los sistemas de facturación por actividad habituales en el sector privado, que pueden facilitar indirectamente su práctica¹⁹. Por un lado parece oportuno que los profesionales clínicos revisen críticamente los protocolos asistenciales: en un hospital se consiguió disminuir la proporción de cesáreas en

dos años del 17,5% al 11,5%, introduciendo diversos mecanismos clínicos de revisión y protocolización¹⁹. Por otra parte, los responsables de la planificación y financiación de los servicios también deberían plantearse la situación, y quizás introducir incentivos que corrigiesen esta tendencia. Esto podría estimular una atención más eficiente (y probablemente menos yatrógena), con una mejor adecuación de la práctica clínica a las necesidades de salud.

Bibliografía

1. Notzon FC, Placek PJ, Taffel SM. Comparisons of national cesarean section rates. *N Engl J Med* 1987; 316: 386-9.
2. Taffel SM, Placek PJ, Liss T. Trends in the United States cesarean section rate and reasons for the 1980-85 rise. *Am J Public Health* 1987; 77: 955-9.
3. Taffel SM. Cesarean section in America: dramatic trends, 1970-1987. *Statistical Bulletin* 1989; 4: 2-11.
4. Public Health Service. Healthy people 2000. Washington; United States Department of Health and Human Services, 1990; 376-7.
5. Petitti DB, Cefalo RC, Shapiro S, Whally P. In-hospital maternal mortality in the United States: time trends and relation to method of delivery. *Obstetrics and Gynecology* 1982; 59: 6-12.
6. Rubin GL, Peterson HB, Roachat RW, McCarthy BJ, Terry JS. Maternal death after cesarean section in Georgia. *Am J Obstet Gynecol* 1981; 139: 681-5.
7. McCusker J, Harris DR, Hosmer DW. Association of electronic fetal monitoring during labor with cesarean section rate and with neonatal morbidity and mortality. *Am J Public Health* 1988; 78: 1170-4.
8. Sarría-Santamera A, Sendra-Gutiérrez JM. Evolución de la tasa de cesáreas en España; 1984-1988. *Gac Sanit* 1994; 8: 209-14.
9. Salvador J, Plasència A, Valero C. *Registre de defectes congènits de la ciutat de Barcelona. Informe anual 1993*. Barcelona: Publicacions de l'Ajuntament de Barcelona, 1994: 18-27.
10. Servicio Navarro de Salud- Osasunbidea. *Memoria del Servicio Navarro de Salud 1992*. Pamplona: Servicio Navarro de Salud- Osasunbidea 1993: 46.
11. Eguileor-Gurtubai I, Garcia-Calabuig MA, González de Galdeano L, Arteagoitia-Axpe JM. *Informe de salud pública 1992*. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco 1993: 45-6.
12. Domingo A. *Néixer a Barcelona*. Barcelona: Publicacions de l'Ajuntament de Barcelona, 1982.
13. Goyert GL, Bottoms SF, Treadwell MC, Nehra PC. The physician factor in cesarean birth rates. *N Engl J Med* 1989; 320: 706-9.
14. McKenzie L, Stephenson PA. Variation in cesarean section rates among hospitals in Washington State. *Am J Public Health* 1993; 83: 1109-12.
15. Joffe M, Chapple J, Paterson C, Beard RW. What is the optimal caesarean section rate? An outcome based study of existing variation. *J Epidemiol Community Health* 1994; 48: 406-11.
16. Treffers PE, Pel M. The rising trend for caesarian birth. *Br Med J* 1993; 307: 1017-8.
17. Signorelli C, Elliott P, Cattaruzza MS, Osborn J. Trend of cesarean section in Italy: an examination of national data, 1980-1985. *Int J Epidemiol* 1991; 20: 712-6.
18. The World Bank. *World development report 1993. Investing in health*. New York: Oxford University Press 1993: 150.
19. Myers SA, Gleicher N. A successful program to lower cesarean-section rates. *N Engl J Med* 1988; 319: 1511-6.

