

Tasas de cesáreas: análisis de los estimados regionales y nacionales

En 1985, la Organización Mundial de la Salud declaró que no había justificación para que las tasas de cesáreas (porcentaje de partos por cesáreas entre el número total de nacidos vivos) fueran mayores de 10–15%, independientemente de la región. Dos décadas después, sin embargo, el valor óptimo de la tasa de cesáreas continúa siendo controversial, tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados.

En este trabajo se compilaron las tasas de cesáreas por países y se estimaron las tasas regionales con el fin de establecer una línea epidemiológica de base que permita evaluar las necesidades nacionales, regionales y mundiales y desarrollar investigaciones y acciones apropiadas de salud pública. Además, se correlacionaron las tasas de cesáreas con los datos de mortalidad materna, infantil y neonatal y con la proporción de nacimientos atendidos por personal calificado.

Se dispuso de los datos de 126 países, que en su conjunto representan aproximadamente 89% de los nacimientos ocurridos en todo el mundo en 2002 (74% si se excluyen los datos de China). Las tasas de cesáreas se obtuvieron a partir de encuestas representativas realizadas en los distintos países, de los registros vitales y de las autoridades nacionales.

La tasa estimada de cesáreas en el mundo fue de 15%. La tasa promedio en África fue de 3,5%, con valores máximos en Sudáfrica (15,4%), Egipto (11,4%) y Túnez (8,0%). El promedio en Asia fue de 15,9%, con las mayores tasas nacionales en China (40,5%), Hong Kong (27,4%) y Líbano (23,3%). Nepal y Camboya presentaron las menores tasas (1,0%). En Europa, la tasa promedio de cesáreas fue de 19,0% y los valores máximos se observaron en Italia (36,0%) y Portugal (30,2%), mientras que los más bajos fueron en Serbia y Montenegro (8,0%) y Moldova (6,2%).

Las tasas de cesáreas en América Latina y el Caribe fueron superiores a las de otros países en desarrollo, pero menores que la de los países desarrollados en conjunto. La tasa media fue de 29,2%, con los valores menores en Haití (1,7%) y Honduras (7,9%) y los mayores en México (39,1%), Brasil (36,7%), República Dominicana (31,3%) y Chile (30,7%).

Con la excepción de los países latinoamericanos y caribeños, así como de algunos asiáticos, la mayoría de los países con elevadas tasas de mortalidad tenían tasas de cesáreas por debajo del valor

recomendado de 10–15%, lo que refleja una fuerte asociación ecológica entre el incremento de las tasas de cesáreas y la disminución de la mortalidad. El conjunto de evidencias presentado en este trabajo respalda la hipótesis de que cuando la tasa de cesáreas sobrepasa mucho el valor de 15%, los riesgos para la salud reproductiva comienzan a sobrepasar los beneficios. El análisis de los resultados indica que las tasas de cesáreas responden ante todo a determinantes económicos: se eleva lentamente en el estrato de bajos ingresos, se incrementa rápidamente en el de ingresos intermedios y vuelve a aumentar lentamente a medida que se alcanza el nivel de saturación con los mayores ingresos. A pesar de que los ingresos y la mortalidad muestran una correlación lineal indiscutible, no hay indicios de que haya una relación inversa entre los ingresos y la tasa de cesáreas, incluso cuando los ingresos son muy elevados.

Las autoridades sanitarias de los países que presentan una mortalidad relativamente alta y tienen tasas de cesáreas muy por encima de los valores de referencia (como Brasil, República Dominicana y México) o donde los indicadores de salud reproductiva ofrecen signos de alarma (como El Salvador, Paraguay y Ecuador) deben investigar si sus sistemas sanitarios están ofreciendo una atención obstétrica adecuada y establecer un sistema de seguimiento de las tasas de cesáreas y de la mortalidad materna.

Este trabajo representa el primer intento de estimar las tasas de cesáreas a nivel mundial y regional y de establecer su posible asociación con indicadores específicos de salud reproductiva. Además, logró conformar la mayor y más representativa serie de datos demográficos y sanitarios de los países en desarrollo (disponible en <http://www.measuredhs.com>). (Betrán AP, Merialdi M, Lauer JA, 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.)

Beneficios de la práctica de ejercicios en mujeres tratadas por cáncer de mama

Los actuales programas de rehabilitación de pacientes con cáncer se basan principalmente en el apoyo psicoterapéutico o social. Por lo general,