

# Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea

**Debe hacerse todo lo posible para realizar cesáreas a todas las mujeres que lo necesiten en lugar de intentar alcanzar una tasa determinada.**

## Resumen ejecutivo

Desde 1985, los profesionales de la salud de todo el mundo han considerado que la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10% y el 15%. También desde entonces, las cesáreas son cada vez más frecuentes tanto en países desarrollados como en países en desarrollo. La cesárea, cuando está justificada desde el punto de vista médico, es eficaz para prevenir la morbilidad materna y perinatal. Sin embargo, no están demostrados los beneficios del parto por cesárea para las mujeres o los neonatos en quienes este procedimiento resulta innecesario. Como en cualquier otra cirugía, la cesárea está asociada a riesgos a corto y a largo plazo que pueden perdurar por muchos años después de la intervención y afectar a la salud de la mujer, y del neonato, así como a cualquier embarazo futuro. Estos riesgos son mayores en las mujeres con escaso acceso a una atención obstétrica integral.

En los últimos años, los gobiernos y los profesionales de la salud han expresado su preocupación respecto del incremento en la cantidad de partos por cesárea y las posibles consecuencias negativas para la salud maternoinfantil. Asimismo, cada vez más, la comunidad internacional hace referencia a la necesidad de revisar la tasa recomendada en 1985.

### Tasa de cesárea a nivel de población

La OMS realizó dos estudios: una revisión sistemática de los estudios disponibles en los que se pretendía determinar la tasa ideal de cesárea en un país o en una población determinados y un análisis mundial por países con los datos más recientes disponibles. Sobre la base de estos datos con métodos internacionalmente aceptados y mediante las técnicas analíticas más adecuadas, la OMS concluye lo siguiente:

1. Las cesáreas son eficaces para salvar la vida de las madres y los neonatos solamente cuando son necesarias por motivos médicos.
2. A nivel de población, las tasas de cesárea superiores al 10% no están asociadas con una reducción en las tasas de mortalidad materna y neonatal.
3. Las cesáreas pueden provocar complicaciones y discapacidades significativas, a veces permanentes o incluso la muerte, especialmente en los lugares que carecen de instalaciones o de capacidad para realizar cirugías de forma segura, y para tratar las complicaciones quirúrgicas. Idealmente, las cesáreas deben realizarse solo cuando son necesarias por razones médicas.
4. Debe hacerse todo lo posible para realizar cesáreas a todas las mujeres que lo necesiten en lugar de intentar alcanzar una tasa determinada.
5. No están claros los efectos que tienen las tasas de cesárea sobre otros resultados como la mortalidad, la morbilidad materna y perinatal, los resultados pediátricos y el bienestar psicológico o social. Se necesitan investigaciones adicionales para comprender los efectos sanitarios de las cesáreas sobre algunos resultados inmediatos y futuros.

### Tasa de cesárea a nivel hospitalario y la necesidad de un sistema de clasificación universal

En la actualidad, no existe un sistema de clasificación de las cesáreas aceptado internacionalmente que permita hacer comparaciones significativas y pertinentes de las tasas de cesárea entre los distintos establecimientos sanitarios y entre ciudades y regiones. De los sistemas existentes que categorizan las cesáreas, en muchos países se ha utilizado ampliamente en los últimos años la clasificación de diez grupos (también conocida como la «clasificación de Robson»). En 2014, la OMS realizó una revisión sistemática sobre la experiencia de los usuarios de la clasificación de Robson con la intención de evaluar las ventajas y desventajas de su adopción, implementación e interpretación, e identificar los obstáculos, los catalizadores y las posibles adaptaciones.

La OMS propone utilizar el sistema de clasificación de Robson como estándar global para evaluar y comparar las tasas de cesárea, y hacer un seguimiento al respecto en los establecimientos sanitarios a lo largo del tiempo y entre ellos. Para facilitar la adopción de la clasificación de Robson por parte de los establecimientos sanitarios, la OMS desarrollará guías de uso, implementación e interpretación, que incluirán la estandarización de términos y definiciones.

## Introducción

Durante 30 años, los profesionales de la salud de todo el mundo han considerado que la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10% y el 15%. Para ello se han basado en la siguiente declaración hecha por un panel de expertos en salud reproductiva en una reunión organizada por la OMS en 1985 en Fortaleza (Brasil): «No hay justificación alguna para que ninguna región presente una tasa superior al 10-15%» (1). El panel llegó a esta conclusión a partir de la revisión de los pocos datos existentes en ese momento, procedentes principalmente de países europeos donde, con esta tasa de cesárea, se obtenían resultados maternos y perinatales adecuados.

Desde entonces y por diversos motivos, las cesáreas son cada vez más frecuentes, tanto en países desarrollados como en países en desarrollo (2, 3). La cesárea, cuando está justificada desde el punto de vista médico, es eficaz para prevenir la morbilidad materna y perinatal (4). Sin embargo, no están demostrados los beneficios del parto por cesárea para las mujeres o los neonatos en quienes este procedimiento resulta innecesario. Como en cualquier otra cirugía, la cesárea esta asociada a riesgos a corto y a largo plazo que pueden perdurar por muchos años después de la intervención y afectar a la salud de la mujer, y del neonato, así como cualquier embarazo futuro. Estos riesgos son mayores en las mujeres con escaso acceso a una atención obstétrica integral (5, 6, 7).

La proporción de cesáreas a nivel de población es una medida del nivel de acceso a esta intervención y de su uso. Puede funcionar como guía para que los gobiernos y los responsables de la formulación de políticas evalúen los avances en la salud maternoinfantil y controlen la atención obstétrica de emergencia y la utilización de los recursos (8). En los últimos años, los gobiernos y los profesionales de la salud han expresado su preocupación respecto del incremento en la cantidad de partos por cesárea y las posibles consecuencias negativas para la salud maternoinfantil (9, 10, 11 12). El costo es también un factor importante en el acceso equitativo a la atención materna y neonatal, ya que las cesáreas representan un gasto significativo para los sistemas sanitarios ya de por sí sobrecargados e incluso debilitados (12, 13, 14).

En las tres últimas décadas, a medida que se reúne más evidencia sobre los riesgos y los beneficios de las cesáreas y se producen mejoras significativas en la atención obstétrica clínica y en las metodologías para evaluar la evidencia y formular recomendaciones, los profesionales de la salud, los científicos, los epidemiólogos y los responsables de la formulación de políticas sanitarias han expresado, cada vez con mayor énfasis, la necesidad de revisar la tasa recomendada en 1985 (9, 15). No obstante, determinar la tasa de cesárea adecuada a nivel de población – es decir, la tasa mínima de cesárea requerida por motivos médicos a la vez que se evitan las intervenciones médicamente innecesarias – se presenta como un desafío. Para responder a esta pregunta, la OMS realizó dos estudios: una revisión sistemática de los estudios disponibles en los que se pretendía determinar esta tasa a nivel de los países y un análisis mundial con los datos más recientes disponibles. El proceso y los resultados se describen en la primera parte de esta declaración.

Una de las causas principales de la dificultad que representa definir la tasa ideal de cesárea a cualquier nivel es la falta de un sistema de clasificación internacionalmente aceptado y fiable que genere datos estandarizados, permita realizar comparaciones entre poblaciones y pueda ser una herramienta para investigar los factores que determinan la tendencia ascendente en la cantidad de cesáreas.

Entre los sistemas existentes empleados para categorizar las cesáreas, en los últimos años, en muchos países se ha utilizado la clasificación de diez grupos (también conocida como la «clasificación de Robson») (16 17). Este sistema propuesto por el Dr. Michael Robson en 2001 (18), estratifica las mujeres según sus características obstétricas y, en consecuencia, permite comparar las tasas de cesárea en cada grupo con menor número de factores de confusión. La OMS llevó a cabo dos revisiones sistemáticas a fin de estimar el valor, los beneficios y las posibles desventajas de esta clasificación para comprender mejor las tasas y las tendencias de cesárea en todo el mundo. El proceso y las conclusiones de la investigación se describen en la segunda parte de esta declaración.


# 1. Tasa de cesárea a nivel de población

Los estudios ecológicos implican comparaciones y análisis de poblaciones en lugar de individuos. A menudo las poblaciones se definen por límites geopolíticos y por lo tanto, es importante diferenciar los estudios de poblaciones geográficas de aquellos llevados a cabo en pacientes en establecimientos sanitarios específicos («estudios en hospitales»).

La tasas de cesárea de los establecimientos sanitarios varían en gran medida según las diferencias en la casuística de las poblaciones obstétricas a las que estos brindan atención, su capacidad y recursos, y los protocolos clínicos. En consecuencia, debido a dichas diferencias, la tasa de cesárea recomendada a nivel de población no se puede extrapolar y utilizarse a nivel hospitalario.

En 2014 la OMS realizó una revisión sistemática de estudios ecológicos disponibles en la bibliografía científica con el objetivo de identificar, evaluar de forma crítica y sintetizar las conclusiones de estos estudios, en los que se analizaba la asociación entre las tasas de cesárea y los resultados maternos, perinatales y neonatales (19). Al mismo tiempo, la OMS emprendió un estudio ecológico mundial para evaluar la misma asociación sobre la base de los datos más recientes disponibles (20). Un panel de expertos internacionales analizó estos resultados en una consulta convocada por la OMS en Ginebra (Suiza) los días 8 y 9 de octubre de 2014. A continuación se exponen las observaciones del panel:

1. A partir de la revisión sistemática de la OMS, a nivel de población, a medida que las tasas de cesárea aumentan hasta un 10%-15% se reduce la mortalidad materna y neonatal (19). Por encima de este nivel, el aumento de la tasas de cesárea deja de estar asociado a una reducción de la mortalidad. No obstante, esta asociación entre la mayor tasa de cesárea y una menor mortalidad se redujo o incluso desapareció en los estudios que controlaron factores socioeconómicos (3, 21). Dado que estos factores probablemente expliquen gran parte de la asociación entre las tasas de cesárea y la menor mortalidad en esta revisión, la OMS llevó a cabo otro estudio para analizar este aspecto en mayor profundidad.
2. En el estudio ecológico mundial de la OMS se halló que una parte considerable de la asociación bruta entre la tasa de cesárea y la mortalidad puede explicarse por factores socioeconómicos (20). Sin embargo, hasta una tasa de cesárea de 10%, la mortalidad materna y neonatal disminuyó conforme se incrementaron las tasas de cesárea. A medida que las tasas de cesárea aumentaron por encima del 10% hasta llegar al 30%, no se observó ningún efecto sobre la mortalidad. Este análisis aplicó un enfoque longitudinal con datos a nivel nacional y ajustes en función del desarrollo socioeconómico. Este enfoque tal vez resuelva algunas limitaciones de los estudios transversales observadas en la revisión sistemática, pero cabe destacar que las asociaciones ecológicas no implican causalidad.
3. Con los datos actuales no es posible evaluar la asociación entre la mortalidad materna y neonatal, y las tasas de cesárea superiores al 30%.
4. La calidad de la atención sanitaria, en especial por lo que se refiere a la seguridad, es una consideración importante a la hora de analizar las tasas de cesárea y la mortalidad. El riesgo de infección y de complicaciones por la cirugía son peligros potenciales, en particular en los lugares que carecen de instalaciones o de la capacidad para realizar cirugía de forma segura.



5. No fue posible determinar la asociación entre la mortinatalidad o la morbilidad y la tasa de cesárea debido a la falta de datos de nivel nacional. Los estudios ecológicos disponibles analizaban solamente indicadores de mortalidad, tal vez porque son de más fácil acceso que los indicadores de morbilidad materna y neonatal de nivel nacional. Del mismo modo, en la investigación tampoco se consideraron los aspectos psicológicos y sociales relacionados con la modalidad del parto. Dado que la mortalidad

es un resultado poco frecuente, especialmente en países desarrollados, los estudios futuros deben evaluar la asociación entre la tasa de cesárea y la morbilidad materna y perinatal a corto y a largo plazo (por ejemplo, casos de fístula obstétrica y asfixia perinatal). Estos incluyen implicaciones psicológicas respecto de la relación madre-hijo, la salud psicológica de la madre, la capacidad de las mujeres para iniciar la lactancia en forma satisfactoria y los resultados pediátricos.

## Conclusiones

Sobre la base de datos disponibles con métodos internacionalmente aceptados y mediante las técnicas analíticas más adecuadas, la OMS concluye lo siguiente:

1. Las cesáreas son eficaces para salvar la vida de las madres y los neonatos solamente cuando son necesarias por motivos médicos.
2. A nivel de población, las tasas de cesárea superiores al 10% no están asociadas con una reducción en las tasas de mortalidad materna y neonatal.
3. Las cesáreas pueden provocar complicaciones y discapacidades significativas, a veces permanentes o incluso la muerte, especialmente en los lugares que carecen de instalaciones o de capacidad para realizar cirugías de forma segura y para tratar las complicaciones quirúrgicas. Idealmente, las cesáreas deben realizarse solo cuando son necesarias por razones médicas.
4. Debe hacerse todo lo posible para realizar cesáreas a todas las mujeres que lo necesiten en lugar de intentar alcanzar una tasa determinada.
5. No están claros los efectos que tienen las tasas de cesárea sobre otros resultados como la mortinatalidad, la morbilidad materna y perinatal, los resultados pediátricos y el bienestar psicológico o social. Se necesitan investigaciones adicionales para comprender los efectos sanitarios de las cesáreas sobre algunos resultados inmediatos y futuros.



## 2. Tasa de cesárea a nivel hospitalario y la necesidad de un sistema de clasificación universal

En los establecimientos sanitarios es fundamental evaluar las tasas de cesárea según las características determinadas de las poblaciones a las que brindan atención (casuística obstétrica). En la actualidad no existe un sistema de clasificación estándar de cesáreas que permita hacer comparaciones de estas tasas entre los distintos establecimientos y entre ciudades, países o regiones de forma útil y orientada a la adopción de medidas. En consecuencia, aún no es posible intercambiar información de manera significativa, focalizada y transparente para evaluar eficientemente los resultados maternos y perinatales (22).

En 2011 la OMS realizó una revisión sistemática de los sistemas utilizados para clasificar las cesáreas y concluyó que la clasificación de Robson es la más adecuada para atender las necesidades locales e internacionales actuales. La OMS recomendó utilizarla como base para desarrollar un sistema de clasificación de cesáreas aplicable a nivel internacional (16).

El sistema clasifica cada mujer en una de diez categorías mutuamente excluyentes que, en conjunto, son totalmente incluyentes (véase el Cuadro 1). Las categorías surgen a partir de cinco características obstétricas básicas que constan regularmente en todas las maternidades:

- paridad (nulípara, multípara con y sin cesárea previa);
- comienzo del trabajo de parto (espontáneo, inducido o cesárea antes del comienzo del trabajo de parto);
- edad gestacional (parto prematuro o a término);
- presentación fetal (cefálica o podálica) y situación transversa; y
- cantidad de fetos (único o múltiple).

La clasificación es sencilla, sólida, reproducible, clínicamente adecuada y prospectiva. Esto significa que, sobre la base de estas pocas características básicas, es posible clasificar a cada mujer en el momento de su admisión para dar a luz, en uno de los diez grupos. Esto permite comparar y analizar las tasas de cesáreas dentro de los grupos y entre ellos.

En 2014, la OMS realizó una segunda revisión sistemática de la experiencia que tenían los usuarios de la clasificación de Robson, con la intención de evaluar las ventajas y desventajas de su adopción, implementación e interpretación, e identificar los obstáculos, los catalizadores y las posibles adaptaciones (17).

La OMS convocó a un panel de expertos los días 8 y 9 de octubre de 2014 en Ginebra para revisar la evidencia. A fin de establecer un punto de partida común para comparar los datos maternos y perinatales dentro de los establecimientos a lo largo del tiempo y entre ellos, el panel hizo varias recomendaciones:

1. Los establecimientos sanitarios deben usar el sistema de clasificación de Robson con las mujeres hospitalizadas para dar a luz.
2. Siempre que se mantenga la estructura original necesaria para realizar comparaciones estandarizadas, los usuarios del sistema de clasificación pueden subdividir los diez grupos y analizar otras variables deseables (por ejemplo, datos epidemiológicos, costo, resultados o indicaciones de cesárea) dentro de cada grupo según las necesidades y los intereses locales.
3. Cuando sea posible, los resultados de la clasificación deben ponerse a disposición del público.

La OMS prevé que esta clasificación ayude a los establecimientos sanitarios a:

- optimizar el uso de las cesáreas mediante la identificación, el análisis y la concentración de intervenciones en grupos específicos particularmente relevantes para cada establecimiento sanitario;
- evaluar la eficacia de las estrategias o las intervenciones dirigidas a optimizar el uso de las cesáreas;
- evaluar la calidad de la atención, las prácticas clínicas y los resultados para cada grupo; y
- evaluar la calidad de los datos reunidos y concienciar al personal acerca de la importancia de los datos y su uso.

## Cuadro 1: Clasificación de Robson

Grupo 1



Nulíparas con embarazo único en presentación cefálica, 37 semanas o más de gestación, trabajo de parto espontáneo.

Grupo 6



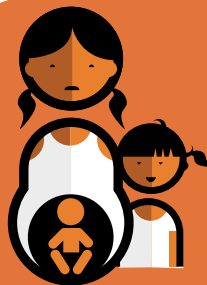
Nulípara con embarazo único en presentación podálica.

Grupo 2



Nulíparas con embarazo único en presentación cefálica, 37 semanas o más de gestación, trabajo de parto inducido o parto por cesárea antes del comienzo del trabajo de parto.

Grupo 7



Múltiparas con embarazo único en presentación podálica, incluidas las mujeres con cicatrices uterinas previas.

Grupo 3



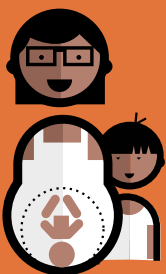
Múltiparas sin cicatriz uterina previa, con embarazo único en presentación cefálica, 37 semanas o más de gestación, trabajo de parto espontáneo.

Grupo 8



Mujeres con embarazos múltiples, incluidas las mujeres con cicatrices uterinas previas.

Grupo 4



Múltiparas sin cicatriz uterina previa, con embarazo único en presentación cefálica, 37 semanas o más de gestación, trabajo de parto inducido o con parto por cesárea antes del comienzo del trabajo de parto.

Grupo 9



Mujeres con embarazo único en situación transversa u oblicua, incluidas las mujeres con cicatrices uterinas previas.

Grupo 5



Múltiparas con, al menos una cicatriz uterina previa, embarazo único en presentación cefálica, 37 semanas o más de gestación.

Grupo 10



Mujeres con embarazo único en presentación cefálica, menos de 37 semanas de gestación, incluidas las mujeres con cicatrices uterinas previas.

## Conclusión

La OMS propone utilizar el sistema de clasificación de Robson como estándar global para evaluar y comparar la tasas de cesárea, y hacer un seguimiento al respecto en los establecimientos sanitarios a lo largo del tiempo y entre ellos. Para facilitar la adopción de la clasificación de Robson por parte de los establecimientos sanitarios, la OMS desarrollará guías de uso, implementación e interpretación, que incluirán la estandarización de términos y definiciones.

## Referencias

1. Appropriate technology for birth. *Lancet*. 1985;2(8452):436-7.
2. Vogel JP, Betrán AP, Vindevoghel N, Souza JP, Torloni MR, Zhang J et al. on behalf of the WHO Multi-Country Survey on Maternal and Newborn Health Research Network. Use of the Robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: a secondary analysis of two WHO multicountry surveys. *Lancet Global Health* 2015;3(5):e260-70.
3. Ye J, Betran AP, Vela MG, Souza JP, Zhang J. Searching for the Optimal Rate of Medically Necessary Cesarean Delivery. *Birth*. 2014;41(3):237-43.
4. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. *Term Breech Trial Collaborative Group*. *Lancet*. 2000;356(9239):1375-83.
5. Lumbiganon P, Laopaiboon M, Gulmezoglu AM, Souza JP, Taneepanichskul S, Ruyan P, et al. Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007-08. *Lancet*. 2010;375:490-9.
6. Villar J, Carroli G, Zavaleta N, Donner A, Wojdyla D, Faundes A, et al. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. *BMJ*. 2007;335(7628):1025.
7. Souza JP, Gulmezoglu A, Lumbiganon P, Laopaiboon M, Carroli G, Fawole B, et al. Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. *BMC medicine*. 2010;8:71.
8. *Monitoring emergency obstetric care: a handbook*. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2009.
9. Victora CG, Barros FC. Beware: unnecessary caesarean sections may be hazardous. *Lancet*. 2006;367(9525):1796-7.
10. Steer PJ, Modi N. Elective caesarean sections--risks to the infant. *Lancet*. 2009;374(9691):675-6.
11. Caesarean section--the first cut isn't the deepest. *Lancet*. 2010;375(9719):956.
12. Mi J, Liu F. Rate of caesarean section is alarming in China. *Lancet*. 2014;383(9927):1463-4.
13. Gibbons L, Belizan JM, Lauer JA, Betran AP, Merialdi M, Althabe F. Inequities in the use of caesarean section deliveries in the world. *Am J Obstet Gynecol*. 2012;206(4):331 e1-19.
14. Connolly ML. High caesarean section figures in Northern Ireland questioned: BBC News Northern Ireland; 2014 [cited 2014]. Available from: <http://www.bbc.com/news/uk-northern-ireland-27195161>.
15. What is the right number of caesarean sections? *Lancet*. 1997;349:815-6.
16. Torloni MR, Betran AP, Souza JP, Widmer M, Allen T, Gulmezoglu M, et al. Classifications for caesarean section: a systematic review. *PLoS ONE*. 2011;6(1):e14566.
17. Betran AP, Vindevoghel N, Souza JP, Gulmezoglu AM, Torloni MR. A Systematic Review of the Robson Classification for Caesarean Section: What Works, Doesn't Work and How to Improve It. *PLoS One*. 2014;9(6):e97769.
18. Robson MS. Classification of caesarean sections. *Fetal and Maternal Medicine Review*. 2001;12(1):23-39.



19. Betran AP, Torloni MR, Zhang J, Ye J, Mikolajczyk R, Deneux-Tharaux C et al. What is the optimal rate of caesarean section at population level? A systematic review of ecologic studies. *Reprod Health*. 2015;12(1):57.
20. Ye J, Zhang J, Mikolajczyk R, Torloni MR, Gülmezoglu AM, Betrán AP. Association between rates of caesarean section and maternal and neonatal mortality in the 21st century: a worldwide population-based ecological study with longitudinal data. *BJOG*. 2015 Aug 24 (Epub ahead of print).
21. Althabe F, Sosa C, Belizan JM, Gibbons L, Jacquerioz F, Bergel E. Cesarean section rates and maternal and neonatal mortality in low-, medium-, and high-income countries: an ecological study. *Birth*. 2006;33(4):270-7.
22. Robson M, Hartigan L, Murphy M. Methods of achieving and maintaining an appropriate caesarean section rate. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2013;27:297-308.

Se presenta información adicional sobre el trabajo de la OMS en [www.who.int/reproductivehealth/](http://www.who.int/reproductivehealth/)

Departamento de Salud Reproductiva e Investigación  
Organización Mundial de la Salud  
Avenue Appia 20, CH-1211 Ginebra 27, Suiza  
Correo electrónico: [reproductivehealth@who.int](mailto:reproductivehealth@who.int)

WHO/RHR/15.02

© Organización Mundial de la Salud 2015

Se reservan todos los derechos. Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir las publicaciones de la OMS - ya sea para la venta o para la distribución sin fines comerciales - deben dirigirse a Ediciones de la OMS a través del sitio web de la OMS ([http://www.who.int/about/licensing/copyright\\_form/en/index.html](http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html)).

La Organización Mundial de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Mundial de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.