

Intervención educativa en embarazadas primigestas para disminuir la frecuencia de cesáreas

Educational Intervention for Women during their First Pregnancy to Reduce the Frequency of Caesarean Sections

Alicia Anai Torres Rodríguez,* Baltazar Joanico Morales,** María de los Ángeles Salgado Jiménez,** Guillermina Juanico Morales,** Edith Calderón Lozano**

Resumen

Objetivo: evaluar el impacto de una estrategia educativa en mujeres primigestas para disminuir la frecuencia de cesáreas. **Métodos:** ensayo clínico no aleatorizado que se llevó a cabo de noviembre de 2017 a abril de 2018, en el Hospital General Regional no.1 Vicente Guerrero (HGR no. 1) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Acapulco, Guerrero, México, en 172 mujeres primigestas de 18 a 35 años con embarazo de bajo riesgo. Se formaron dos grupos de 86 participantes cada uno. El grupo de intervención recibió información educativa sobre el trabajo de parto y las complicaciones asociadas a cesáreas injustificadas. Se realizó análisis de frecuencias simples y análisis bivariado. Se obtuvieron porcentajes y Riesgo Relativo (RR), así como intervalos de confianza y χ^2 . **Resultados:** la incidencia hospitalaria global de cesáreas fue de 32%, para el grupo control fue de 36% y en el grupo de intervención fue de 29%. Las pacientes mayores de 25 años tuvieron mayor riesgo de concluir su embarazo en cesárea (RR: 1.803). **Conclusiones:** implementar un programa de educación prenatal estandarizado podría tener un impacto positivo en la reducción de la incidencia de cesáreas.

Recibido: 15/02/2019
Aceptado: 09/08/2019

*UMF no. 9, IMSS, Acapulco, Guerrero, México.

**Médico Familiar en el HGR no.1 Vicente Guerrero, IMSS, Acapulco, México.

***Coordinación de Investigación en Salud, IMSS, Delegación Guerrero.

Correspondencia:
Baltazar Joanico Morales
balta2083@live.com.mx

Palabras clave: educación médica, embarazo, parto, cesárea

Sugerencia de citación: Torres Rodríguez AA, Joanico Morales B, Salgado Jiménez MA, Juanico Morales G, Calderón Lozano E. Intervención educativa en embarazadas primigestas para disminuir la frecuencia de cesáreas. *Aten Fam.* 2019;26(4):134-139. <http://dx.doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2019.4.70788>

Summary

Objective: to assess the impact of an educational strategy on pregnant women during their first pregnancy to decrease the frequency of C-sections. **Methods:** non-randomized clinical trial carried out from November 2017 to April 2018, at the Regional General Hospital no.1 Vicente Guerrero of the Mexican Institute of Social Security (IMSS) in Acapulco, Guerrero, Mexico, in 172 pregnant women from 18 to 35 years with a low-risk pregnancy. Two groups of 86 participants each were formed. The intervention group received educational information about labor and complications associated with unjustified caesarean sections. Simple frequency and bivariate analysis were performed. Percentages and relative risk were obtained, as well as confidence intervals and χ^2 . Results: the global hospital incidence of C-sections was 32%, for the control group was 36% and for the intervention group was 29%. Patients over the age of 25 were at increased risk of having a C-section at the termination of pregnancy (RR: 1,803). Conclusions: Implementing a standardized prenatal education program could have a positive impact on reducing the incidence of C-sections.

Keywords: medical education, pregnancy, labor, caesarean

Introducción

El objetivo de una adecuada atención del trabajo de parto es que el embarazo culmine con el nacimiento de un bebé saludable y, al final del proceso, la madre esté sana. Para lograrlo se implementan múltiples estrategias, como la institucionalización de los partos, su dirección sistemática y el mejoramiento de técnicas médicas, actualmente se cuenta con

suficiente evidencia sobre la seguridad y eficacia de estos procedimientos. Sin embargo, el deseo de cumplir ese objetivo ha llevado a la sistematización de ciertas prácticas quirúrgicas para las que no se dispone de evidencia suficiente sobre su seguridad y eficacia, y esto ha llegado a convertirse en una innecesaria práctica rutinaria en mujeres sanas y sin complicaciones.^{1,2}

El proceso de parto tiene gran importancia en la vida de las mujeres, en su bienestar emocional y su adaptación a la maternidad, así como en el establecimiento del vínculo con sus hijos, el éxito de la lactancia, en el estilo de crianza y en el desarrollo de los niños. Existe evidencia suficiente para afirmar que, con la atención y apoyo adecuados, la mayoría de las mujeres sanas pueden dar a luz con un mínimo de procedimientos médicos, sin poner en riesgo al binomio madre-recién nacido. Una de las estrategias identificadas que ayudan a mejorar la aceptación del parto es la de educar a las pacientes sobre el trabajo de parto, los procedimientos que se realizan y las diferentes opciones dentro de los mismos; las fases, la duración y las características de cada una, así como sobre los riesgos y beneficios, en comparación con la cesárea.¹⁻³

En México, los nacimientos por vía cesárea han ido aumentando progresivamente desde el año 2000, superando por mucho lo recomendado: 30% para el año 2000 y 35% para el 2006. Para el 2012, 46% de embarazos se resolvió por vía cesárea. Dentro del IMSS, el comportamiento fue similar, reportándose 56% para resolución del embarazo por vía vaginal y 44% por vía cesárea, lo que supera por mucho lo recomendado por la Norma Oficial Mexicana (NOM-007).⁴⁻⁶

La intervención cesárea es un procedimiento quirúrgico que no es inocuo ni está exento de complicaciones, implica riesgos para la salud de la madre y el recién nacido e incluso incrementa la probabilidad de muerte, por lo que se recomienda tomar las medidas necesarias para utilizarla solo en caso de absoluto riesgo obstétrico. Se ha demostrado que cuando se utiliza la cesárea sin las indicaciones correctas, los riesgos para la salud sobrepasan los beneficios.^{7,8} Por lo anterior, el objetivo de este estudio es evaluar el impacto de una estrategia educativa en mujeres primigestas para disminuir la frecuencia de cesáreas.

Métodos

Ensayo clínico no aleatorizado, realizado de noviembre de 2017 a abril de 2018. Se calculó el tamaño de muestra para comparar dos proporciones, con un poder estadístico de 80% y un nivel de confianza de 95%. Muestra n= 172, distribuidos por conveniencia en 86 por cada grupo.⁹

Previo firma de consentimiento informado, participaron mujeres primigestas de 18 a 35 años, que acudieron a consulta prenatal en el módulo de bajo riesgo del Hospital General Regional no.1 Vicente Guerrero (HGR no. 1) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Acapulco, Guerrero, México. El protocolo fue aprobado por el Comité Local de Investigación en Salud y Ética en Investigación. Se realizó una secuencia didáctica como estrategia educativa con 86 participantes (grupo de intervención), enfocada en el trabajo de parto. En el grupo control no se administró ningún tipo de intervención.

La estrategia educativa se llevó cabo con apoyo de un tríptico impreso que

se entregó a las pacientes y el uso de rotafolios, también se explicaron las ventajas del parto vaginal y los datos de alarma obstétrica. Esta sesión fue impartida por una médica residente de medicina familiar, los contenidos abordados en dicha sesión se señalan a continuación:

Sesión educativa sobre trabajo de parto a primigestas

Sesión: el trabajo de parto

Objetivo: al finalizar la sesión las pacientes serán capaces de reconocer el trabajo de parto, sus fases, duración y las características de cada una de estas, así como las ventajas del parto vaginal y los datos de alarma obstétrica.

Contenido a abordar:

1. ¿Cómo se desarrolla el trabajo de parto y qué debes hacer como madre?
- 1.1 Definición de parto
- 1.2 Etapas del trabajo de parto
- 1.3 Ventajas del parto natural vs cesárea innecesaria
- 1.4 Datos de alarma obstétrica
- 1.5 ¿Cómo afrontar el trabajo de parto?

Estrategia de enseñanza-aprendizaje:

Inicio.

1. Presentación de la ponente
2. Explicar el tema a tratar y el objetivo de la sesión
3. Entrega de tríptico

Desarrollo. Como parte de la estrategia educativa se utilizó la enseñanza expositiva con el uso de un tríptico y rotafolios, por medio de los cuales se transmitió a la paciente los conceptos de forma verbal y visual sobre el trabajo de parto.

El tema fue explicado por el expositor, utilizando lenguaje claro y de fácil entendimiento para la paciente, haciendo énfasis en los puntos principales que reafirmaran las ideas importantes.

Al final de cada subtema se aclararon dudas que hayan surgido del mismo.

Cierre. Compartir experiencia.

Recursos:

1. Tríptico
2. Rotafolios
3. Fotos
4. Folleto

Evaluación. En nuestro caso, no se aplicarán instrumentos de evaluación, únicamente se aclararán las dudas durante la exposición del tema.

Tiempo. Veinte minutos.

A todas las participantes (grupo control e intervención) se les aplicó una encuesta para la recolección de datos socio-demográficos, se revisaron los registros de tococirugía para conocer la forma en que culminó el embarazo.

Los datos obtenidos fueron procesados mediante el programa SPSS v. 20. Se obtuvieron frecuencias y porcentajes. Se calculó riesgo relativo (RR) para establecer asociación y prueba de χ^2 para diferencia de proporciones, intervalos de confianza a 95% y un valor $p < 0.05$ fueron considerados estadísticamente significativos.

Resultados

92% de las participantes se ubica entre 18 y 30 años de edad ($n = 158$); 81% estudió bachillerato o grados superiores ($n = 140$); 85% manifestó estar casada o en unión libre ($n = 105$); 44% y 85% de las participantes acudió a más de cinco consultas prenatales ($n = 147$), tabla 1.

Para determinar el desenlace del embarazo se revisaron los datos registrados en las libretas de registro de tococirugía. Dichos datos fueron recabados solo para 86% de las pacientes ($n = 148$); 14% no tuvo registro de desenlace del embarazo al interior del hospital (porcentaje de pérdidas en el seguimiento). La incidencia de parto vaginal fue de 68% ($n = 100$); la cesárea se realizó en 32% ($n = 48$).

El grupo control, constituido por 86 participantes, tuvo pérdidas de seguimiento de 16% ($n = 14$), por lo tanto se evaluaron 72 pacientes, de las cuales 64% tuvo parto vaginal ($n = 46$) y 36% tuvo cesárea ($n = 26$).

El grupo intervención constituido por 86 participantes, tuvo pérdidas de 12% en el seguimiento ($n = 10$), por lo tanto, se evaluaron 76 pacientes, de estas, 71% tuvo parto vaginal ($n = 54$) y 29% terminó en cesárea ($n = 22$). El número de embarazos que culminó en cesárea fue inferior en el grupo intervención, sin embargo no se encontró significancia estadística en comparación con el grupo control ($p = 0.36$).

Se realizó un análisis bivariado en relación con el tipo de parto. Las pacientes con edad de 25 años o más tienen una mayor probabilidad de concluir su embarazo por cesárea (RR: 1.803), comparado con las mujeres que tienen entre 18 a 24 años. Al hacer un análisis de los factores estudiados, incluyendo la intervención educativa, no se encontró asociación estadísticamente significativa que avalara su efectividad (tabla 2). El análisis multivariado no fue estadísticamente significativo.

Tabla 1. Datos sociodemográficos de las pacientes primigestas

Variable		Total (172)		Control n=86		Intervención n=86	
		Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Edad	18-20 años	58	33.7	24	27.9	34	39.5
	21-30 años	100	58.2	55	64.0	45	52.4
	31-35 años	14	8.1	7	8.1	7	8.1
Escolaridad	Analfabeta	1	0.6	0	0	1	1.1
	Primaria	5	2.9	2	2.3	3	3.5
	Secundaria	26	15.1	12	14.0	14	16.3
	Bachillerato	86	50	45	52.3	41	47.7
	Licenciatura	54	31.4	27	31.4	27	31.4
Estado civil	Soltera	23	13.4	14	16.3	9	10.5
	Casada	105	61	52	60.5	53	61.6
	Unión libre	44	25.6	20	23.2	24	27.9
Ocupación	Estudiante	29	16.9	19	22.1	10	11.6
	Empleada	77	44.8	42	48.8	35	40.7
	Ama de casa	66	38.4	25	29.1	41	47.7
Consultas prenatales	< 5 consultas	25	14.5	13	15.1	12	14.0
	5-10 consultas	133	77.3	65	75.6	68	79.0
	> 10 consultas	14	8.2	8	9.3	6	7.0

Discusión

En el ámbito mundial se efectúan aproximadamente dieciocho millones de cesáreas cada año, de las cuales, la mitad se consideran innecesarias y ocasionan un costo excesivo de aproximadamente cinco veces más de lo esperado.⁴ En el presente estudio se encontró una frecuencia del evento de 32%, lo cual rebasa el doble de lo recomendado por la OMS (15%), por lo tanto, se puede considerar que la mitad de cesáreas en mujeres primigestas realizadas en el hospital son innecesarias, lo que genera costos excesivos en la institución y, probablemente, complicaciones inmediatas o tardías inherentes a este procedimiento.

Se ha reportado que en México la resolución del parto en mujeres de 20 a 49 años de edad por cesárea es de aproximadamente 46%, esto supera el límite máximo recomendado por la NOM-007,

la cual indica 20%.⁵ Respecto a la población derechohabiente del IMSS e IMSS oportunidades, el comportamiento fue similar, reportando un índice de cesáreas de 44%.⁶ A nivel nacional, se reporta un índice mayor de cesáreas comparado a lo encontrado en el presente estudio, esto probablemente se deba al mayor rango de edad en la población estudiada y a la participación de mujeres tanto primíparas como múltiparas.

En el estado de Guerrero, la distribución de embarazos resueltos fue de 69% para parto vaginal y 31% para cesárea.⁶ Porcentajes muy similares a los que se encontraron en el presente estudio.

Soto y cols.³ reportaron una intervención educativa de ocho sesiones, y señalaron una disminución en la incidencia de cesáreas de 20%, resultados que contrastan con el presente estudio, en el que se obtuvo una reducción de 7%; aunque no fue estadísticamente

significativa, esto muy probablemente se debe al número de sesiones educativas que se realizaron. Es importante mencionar que uno de los sesgos durante la realización del estudio fue la pérdida en el seguimiento de 14% de las pacientes, lo que probablemente influyó para no alcanzar significancia estadística.

Campero y cols.¹⁰ reportaron una incidencia global de cesárea de 32.8% y no encontraron una relación significativa entre el tipo de parto y la asistencia a los cursos de entrenamiento (≤ 10 visitas vs > 10 visitas). Comparado con el presente estudio, los resultados son muy similares en la incidencia global de cesáreas, la cual fue de 32.4%, sin asociación entre la intervención educativa y el desenlace del embarazo; sin embargo se debe proceder con cautela al comparar esos resultados, ya que en el estudio de Campero y cols. no hubo un grupo control con el cual se mi-

Tabla 2. Características sociodemográficas en relación con el tipo de parto

	Categorías	Tipo de parto		Riesgo relativo	I.C. 95% Miettinen
		cesárea	vaginal		
Grupo	Control	26	46	1.247	0.782-1.992
	Intervención	22	54		
Edad	25-35 años	20	22	1.803	1.151-2.824
	18-24 años	28	78		
Escolaridad	Analfabeta - básica	6	22	0.612	0.289-1.296
	Media superior - superior	42	78		
Estado civil	Soltera, viuda, divorciada	6	13	0.970	0.478-1.967
	Casada, en unión libre	42	87		
Ocupación	Trabajadora	22	42	1.111	0.697-1.769
	Estudiante, ama de casa.	26	58		
Inicio de vida sexual	< 18 años	18	36	1.044	0.647-1.686
	≥ 18 años	30	64		
Consultas prenatales	< 5	8	11	1.358	0.755-2.442
	≥ 5	40	89		
Turno de atención del parto	Nocturno	20	39	1.077	0.673-1.724
	Matutino, vespertino	28	61		
Día de atención del parto	Lunes a viernes	16	30	1.109	0.680-1.808
	Sábado y domingo	32	70		

diera la eficacia de la educación prenatal, considerando además el tipo de población estudiada, la cual probablemente se atendió en el medio privado, hecho que aumenta considerablemente la realización de cesáreas.

Cantone y cols.¹¹ realizaron otro estudio para evaluar si la participación en clases prenatales durante el embarazo reducía la tasa de cesáreas en el sur de Italia; encontrándose una asociación moderada entre la participación en dichas clases y la reducción de la cesárea de 49% a 39%. Comparado con el presente estudio, se observa un índice de cesáreas más alto en dicha población, sin embargo, se logró una reducción de alrededor de 10% de las cesáreas; en este

caso debemos considerar que las clases prenatales no fueron iguales para todas las pacientes, por lo que es probable que las diferentes clases tengan un nivel diferente de eficacia.

En la literatura médica se reporta que el riesgo de tener una operación cesárea aumenta significativamente con la edad de la mujer.^{6,8,9} En el presente estudio se encontró asociación estadísticamente significativa en las pacientes con edad de 25 años o más, las cuales tuvieron mayor probabilidad de concluir su embarazo por cesárea (RR: 1.803) comparado con las mujeres que tienen entre 18 a 24 años.

Un aspecto importante a resaltar es que los médicos familiares, en conjunto

con los ginecobstetras, deben promover el parto eutócico, aun con cesáreas previas, si el intervalo intergenésico supera los dieciocho meses y la incisión fue transversal baja, en mujeres que se encuentren cursando un embarazo único en presentación cefálica.¹²⁻¹⁶ Lo anterior, además de favorecer al binomio madre-recién nacido puede generar una reducción importante en gastos al sistema de salud. Dado este contexto, se debe trabajar con los usos y costumbres en el ámbito médico de forma inicial y posteriormente con la comunidad.¹⁷⁻²⁰

En el presente estudio se reconoce como principal limitación el número y tiempo de sesiones impartidas, las cuales, aunadas a la falta de registro del

desenlace en algunos casos, pudo influir en la determinación de la efectividad de la intervención.

Conclusiones

Se encontró una incidencia hospitalaria de cesáreas de 32%, esta fue menor a la reportada en el ámbito nacional y similar a lo reportado para el estado de Guerrero. El grupo de embarazadas que recibió la intervención educativa presentó una menor frecuencia de cesáreas, comparado con el grupo que no fue intervenido, aunque esta diferencia no alcanzó significancia estadística.

El riesgo de tener una operación cesárea aumenta con la edad de la mujer, este factor fue estadísticamente significativo.

Es necesario implementar estudios de intervención en los que participe el área de psicología para mejorar la confianza y empoderamiento de las mujeres embarazadas para afrontar el parto eutócico.

Referencias

1. Consejo de Salubridad General. Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazadas de bajo riesgo. México: CENETEC;2014.
2. Innovación E. Social y política. Guía de Práctica Clínica Sobre La Atención Al Parto Normal. Plan de Calidad Para El Sistema Nacional de Salud Del Ministerio de Sanidad Y Política Social. España. 2010;11.
3. Soto C, Teuber H, Cabrera C, et al. Educación prenatal y su relación con el tipo de parto: una vía hacia el parto natural. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2006;71(2):98-103.
4. Gutiérrez JP, Rivera Dommarco J, Shamah Levy T, et al. Encuesta nacional de salud y nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública. 2012;1(1.48).
5. NOM, Norma Oficial Mexicana. SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. México. 1994;7.
6. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Por Entidad Federativa, Guerrero. Cuernavaca, México; Instituto Nacional de Salud Pública, 2013.
7. García Vázquez I, Moncayo Cuagliotti SE, Sánchez Trocino B. El parto en México, reflexiones para su atención integral. *Concyteg.* 2012;7(84):811-844.
8. Suárez López L, Campero L, De la Vara Salazar E, et al. Características sociodemográficas y reproductivas asociadas con el aumento de cesáreas en México. *Salud Pública de México.* 2013;55:225-234.
9. Pita Fernández S. Unidad de epidemiología clínica y bioestadística. Complejo hospitalario universitario de A Coruña. *Cad Aten Primaria.* 1996;3:138-14.
10. Campero L, Hernández B, Leyva A, Estrada F, Osborne J, Morales S. Tendencias de cesáreas en relación con factores no clínicos en un centro de educación para el parto en la Ciudad de México. *Salud Pública México.* 2007;49(2):118-125.
11. Cantone D, Pelullo CP, Cancellieri M, Attena F. Can antenatal classes reduce the rate of cesarean section in southern Italy?. *Women and birth.* 2017;30(2):83-88.
12. Salazar GM, Genaro Martínez G. Criterios para el manejo de cesárea de urgencia. *Revista Mexicana de Anestesiología.* 2013;36(1):159-162.
13. Ceriani J, Mariani G, Pardo A, 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.
14. Nisenblat V, Barak S, Ohel G, Gonen R. Maternal complications associated with multiples cesarean deliveries. *Obstetrics & Gynecology.* 2006;108(1):21-26.
15. Anaya Prado R, Madrigal Flores S, Reveles Vázquez JA, Ramírez Barba ÉJ, Frías Terrones G, Godínez Rubí JM. Morbilidad materna asociada a operación cesárea. *Cirugía y cirujanos.* 2008;76(6):467-472.
16. Vélez Pérez E, Tovar Guzmán VJ, Méndez Velardw 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. *Boletín Clínico Hospital Infantil del Estado de Sonora.* 2012;29(1):58-64.
17. García Benítez CQ, López Rioja MJ, Monzalbo Núñez DE. Parto después de cesárea ¿una opción segura?. *Ginecología y Obstetricia de México.* 2015;83(2):69-87.
18. Guía de Práctica Clínica. Parto después de una cesárea. México: Secretaría de Salud, 2013.
19. Guía de Práctica Clínica. Para La Reducción de La Frecuencia de Operación Cesárea. México: Instituto Mexicano de Seguro social; 2014.
20. MacDorman MF, Declercq E, Menacker F, Malloy MH. Infant and neonatal mortality for primary cesarean and vaginal births to women with "no indicated risk," United States, 1998-2001 birth cohorts. *Birth.* 2006;33(3):175-182.