



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA NO. 4
“LUIS CASTELAZO AYALA”

TÍTULO

COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS DE LA CESÁREA POR PETICIÓN
EN MUJERES SANAS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

DRA. CLAUDIA STEPHANNY NAVARRO ROMERO

ASESOR:

DR. ARMANDO ALBERTO MORENO SANTILLÁN



CIUDAD DE MÉXICO

JULIO 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

Carta de aceptación del trabajo de tesis.....	3
Dedicatoria.....	4
Resumen.....	5
Introducción.....	7
Planteamiento del problema.....	15
Objetivo.....	16
Justificación.....	17
Material y métodos.....	18
Análisis estadístico.....	21
Especificación de variables.....	22
Cronograma.....	24
Consideraciones éticas.....	25
Consentimiento informado.....	26
Resultados.....	27
Discusión.....	31
Conclusiones.....	33
Referencias.....	34
Anexos.....	37

CARTA DE ACEPTACIÓN DEL TRABAJO DE TESIS

Por medio de la presente informamos que la **C. Claudia Stephanny Navarro Romero** residente de la especialidad de Ginecología y Obstetricia ha concluido la escritura de su tesis "**Complicaciones transoperatorias de la cesárea por petición materna en mujeres sanas**" con **No. de registro del proyecto R-2016-3606-10** por lo que otorgamos la autorización para la presentación y defensa de la misma.

Dr. Oscar Moreno Álvarez

Director General

Unidad Médica de Alta Especialidad

Hospital de Gineco Obstetricia No. 4, "Luis Castelazo Ayala"

Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Juan Carlos Martínez Chequer

Director de Educación e Investigación en Salud

Unidad Médica de Alta Especialidad

Hospital de Gineco Obstetricia No. 4, "Luis Castelazo Ayala"

Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Sebastián Carranza Lira

Jefe de la División de Investigación en Salud

Unidad Médica de Alta Especialidad

Hospital de Gineco Obstetricia No. 4, "Luis Castelazo Ayala"

Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Armando Alberto Moreno Santillán

Médico adscrito al servicio de complicaciones de Unidad de Tococirugía

Unidad Médica de Alta Especialidad

Hospital de Gineco Obstetricia No. 4, "Luis Castelazo Ayala" Instituto Mexicano del Seguro Social

DEDICATORIA

A mis padres Gloria y Roberto, por su apoyo incondicional, por su amor, por su esfuerzo y dedicación día con día, porque los logros obtenidos hasta hoy se los debo a ustedes.

A Paty, mi hermana, por sus consejos y apoyo en todo momento.

A Salim por ser una parte importante de mi carrera y de mi vida, por toda la ayuda que me has brindado.

A Victoria, porque a pesar de que ya no estás presente, se lo orgullosa que te sentías de mí, siempre dándome palabras de aliento, y sobre todo amor.

A mi asesor, Dr. Armando Moreno Santillán, por confiar en mí y por invertir su tiempo y su paciencia en la realización de este proyecto.

Al Dr. Sebastián Carranza Lira, Jefe de la División de Investigación en Salud, por el apoyo otorgado en el desarrollo y finalización del proyecto.

A todos mis maestros, muchas gracias!!!!

RESUMEN

Título. Complicaciones transoperatorias de la cesárea por petición materna en mujeres sanas

Antecedentes. La cesárea es la cirugía más frecuente realizada con aproximadamente 2 procedimientos cada minuto. La Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso como estándar para los nacimientos por cesárea la cifra de 15%. A pesar de esta recomendación, los nacimientos quirúrgicos se han incrementado de manera notable en los últimos años. Los riesgos potenciales de la cesárea por petición materna en embarazos posteriores incluyen: ruptura uterina, placenta previa, placenta acreta en alguna de sus variantes, lesiones de vejiga, lesiones intestinales, y la indicación de una histerectomía

Objetivo. Describir las principales complicaciones transoperatorias de la cesárea por petición en pacientes sanas.

Métodos y Pacientes. Mediante un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, se evaluaron mujeres con embarazo de término normoevolutivo, sin comorbilidades, que fueron intervenidas de cesárea por petición materna en el Hospital de Gineco Obstetricia No 4 "Luis Castelazo Ayala" del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Ciudad de México.

Resultados. Se revisaron un total de 127 casos de cesárea por petición materna, las principales complicaciones transoperatorias fueron atonía/hipotonía uterina (26.7%), desgarros de comisura de histerorrafia (3.9%) y hematoma de ligamento ancho (0.78%). En 23.6% de los casos el sangrado quirúrgico fue mayor de 1000 ml y en el 2.5% fue necesario realizar histerectomía obstétrica.

Conclusiones. La cesárea, al ser el procedimiento quirúrgico más realizado en el mundo en mujeres en edad reproductiva, puede tener complicaciones a corto y largo plazo. Sin embargo, debe considerarse el realizar este procedimiento y respetarse la decisión del mismo, atendiendo al principio de autonomía de la embarazada, explicándole de forma exhaustiva y clara los riesgos y posibles complicaciones de este procedimiento.

Palabras clave: Cesárea por petición materna, mujeres sanas, complicaciones transoperatorias.

ABSTRACT

Title. Transoperative complications of cesarean section by maternal request in healthy women

Background. Caesarean section is the most frequent surgery performed with approximately 2 procedures per minute. The World Health Organization (WHO) proposed as a standard for cesarean births the figure of 15%. Despite this recommendation, surgical births have increased significantly in recent years. The potential risks of cesarean section on maternal request in subsequent pregnancies include: uterine rupture, placenta previa, placenta accreta in any of its variants, bladder lesions, intestinal lesions, and indication of a hysterectomy

Objective. To describe the main transoperative complications of cesarean section on request in healthy patients.

Methods and Patients. An observational, descriptive and retrospective study evaluated women with normal term pregnancy, without comorbidities, who underwent cesarean delivery at the Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala" of the Instituto Mexicano del Seguro Social in Mexico City.

Results. A total of 127 cases of cesarean section were reviewed by maternal request. The main transoperative complications were atony / hypotonia (26.7%), commissure of hysterorrhaphy (3.9%) and ligament hematoma (0.78%). In 23.6% of the cases surgical bleeding was greater than 1000 ml and in 2.5% obstetric hysterectomy was necessary.

Conclusions. Cesarean section, being the most performed surgical procedure in the world in women of reproductive age, may have short- and long-term complications. However, it should be considered to carry out this procedure and respect the decision of the same, taking into account the principle of autonomy of the pregnant, explaining in a comprehensive and clear way the risks and possible complications of this procedure.

Key words. Cesarean section by maternal request, healthy women, transoperative complications.

INTRODUCCIÓN

Aspectos históricos

El nacimiento de un feto por el corte de la pared abdominal proviene de los verbos latinos *caedere* y *secare*, que significan cortar. En la Roma Imperial a los recién nacidos por esa vía se les llamaba *cesons* o *caesares*. Sin embargo, el verdadero origen de su nombre ha sido objeto de múltiples y discutibles versiones. La más popular se desprende del nacimiento de Julio César, quien según Plinio, vino al mundo y llevó su nombre por el útero escindido de su madre, *caesus*, que quiere decir cortado. Otro posible origen deriva de las leyes romanas de Numa Pompilio, soberano de Roma entre los años 672 y 715 a.C.; ley que imponía la extracción abdominal *post mortem* para salvar al feto. Sin embargo, en la época de Numa Pompilio no se consideraba humano al feto por nacer, y en el texto de esta menciona: “La *Lex Regia* prohíbe enterrar a una mujer, que ha muerto durante el embarazo, antes de extraerle el fruto por escisión del abdomen. ¹En la mitología griega se encuentran indicios de nacimientos por vía abdominal, por ejemplo Zeus, al matar a Sémele y sabiendo que ésta estaba embarazada de 6 meses, sacó a Dionisio del cuerpo sin vida de su madre y lo cosió a su pierna hasta que terminó de gestarse. Sin embargo, en ningún tratado antiguo de medicina griega se describe la técnica de la cesárea.² El primer caso de operación cesárea en una mujer viva, aceptado históricamente, ocurrió en el año de 1610, realizada en Alemania por los cirujanos Trautmann y Seest en la esposa de un tonelero, que al final de su embarazo fue gravemente herida por un arco que al saltar la alcanzó en el vientre, produciéndole una ruptura del útero. El niño logró sobrevivir, pero la madre falleció a los 25 días por sepsis.^{3,4}

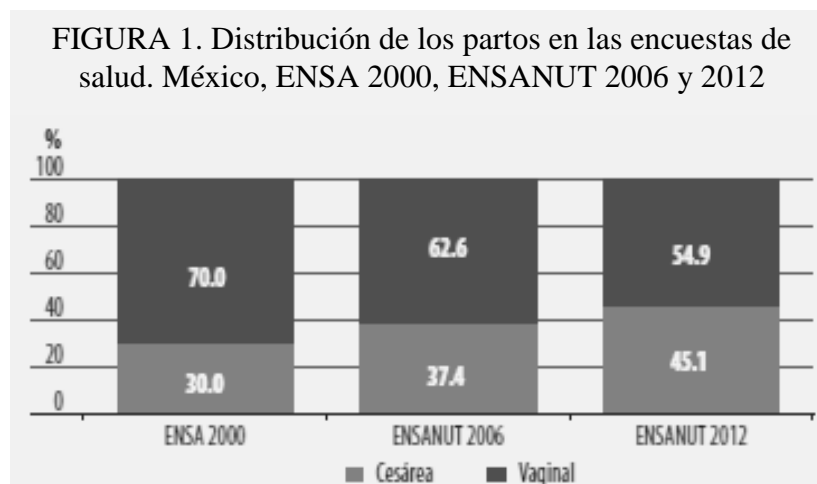
En la Nueva España se tomó la disposición en noviembre de 1772 para realizar la operación cesárea en las mujeres embarazadas inmediatamente después de la muerte, con el fin de extraer el feto, vivo o no, para proceder a su bautismo. La primera cesárea *post mortem* se realizó en el año de 1795 en Chiautla de la Sal.¹ A mediados del siglo XIX, con la evolución del material quirúrgico, de los conocimientos anatómicos y de la aparición de la asepsia y la anestesia, el cuerpo

médico volvió a considerar las posibilidades de mejorar el terrible pronóstico ligado a un nacimiento por vía abdominal.⁵ Considerando que las principales causas de mortalidad materna asociada a una operación cesárea eran la hemorragia y la infección, ambas de origen uterino, resultaba necesario excluir al útero, lo que marcó en 1876 una nueva era en la operación cesárea, cuando el cirujano italiano Edoardo Porro (1842-1902) describió la primera cesárea seguida de histerectomía subtotal con éxito para la madre y el niño.⁶ En 1907, Truzzi revisó 1097 intervenciones realizadas por Porro y constató una supervivencia materna del 75,2% y una supervivencia fetal del 78%. Esta búsqueda de perfeccionamiento de las técnicas de las cesáreas con el objetivo de disminuir al máximo la morbimortalidad feto materna fue el punto de partida de los adelantos que culminaron en la práctica actual de la cesárea.⁶ En México, no fue sino hasta septiembre de 1877 cuando se practicó la primera cesárea en una mujer viva. La cirugía fue realizada en Monterrey, Nuevo León, por J.B. Meras y J.H. Meras, en una mujer con exostosis del sacro y producto muerto sometido previamente a una craneotomía. La madre se restableció y caminó a los veinticinco días. El doctor Juan María Rodríguez (1828-1894) realizó en 1884 la primera operación de Porro, el niño sobrevivió pero la madre murió en el posoperatorio.¹

Perfil epidemiológico

La cesárea es la cirugía más frecuente realizada en los Estados Unidos, con aproximadamente 2 procedimientos cada minuto. A mediados de los años ochenta la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso como estándar para los nacimientos por cesárea la cifra de 15%. A pesar de esta recomendación, los nacimientos quirúrgicos se han incrementado de manera notable en los últimos años.⁷ En países europeos como Gran Bretaña se reporta una incidencia de 21%, en Estados Unidos 26% y en Australia del 23%. En algunos países latinoamericanos, como Chile, Argentina, Brasil, Paraguay y México rebasa el 50%.⁸ Las causas del aumento en la tasa de cesáreas es multifactorial pero existe una clara tendencia al incremento de primeras cesáreas junto a una disminución

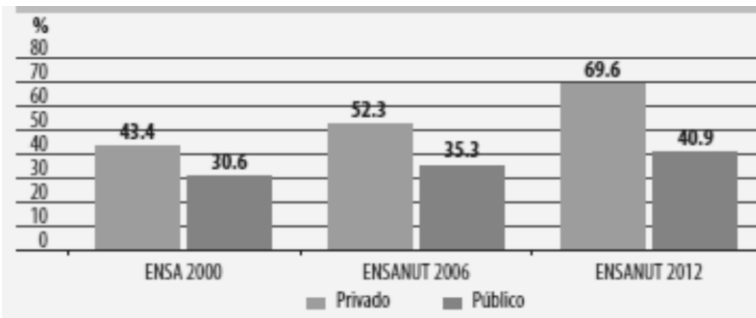
de partos vaginales post cesárea y una notoria disminución en la tasa de partos instrumentados.⁹ En las últimas décadas en México se ha registrado un incremento de dicha práctica que supera con mucho el límite máximo recomendado por indicación médica. Al analizar y comparar la práctica de cesáreas en los últimos años en México se identifica que, de acuerdo con lo reportado por las mujeres que participaron en la ENSA 2000, ENSANUT 2006 y 2012, ha habido un incremento de 50.3% de esta práctica en doce años ($p<0.001$), al pasar de 30.0 a 45.1% (figura 1).¹⁰



Encuesta Nacional de Salud. México 2012.

Por otro lado, la práctica de la cesárea por tipo de sector de realización (figura 2) también se incrementó de 2000 a 2012 ($p<0.01$) en 33.7% en el sector público (de 30.6 a 40.9%) y en 60.4% en el privado (de 43.4 a 69.6%), con lo que se amplía la brecha entre los sectores a través del tiempo.¹⁰

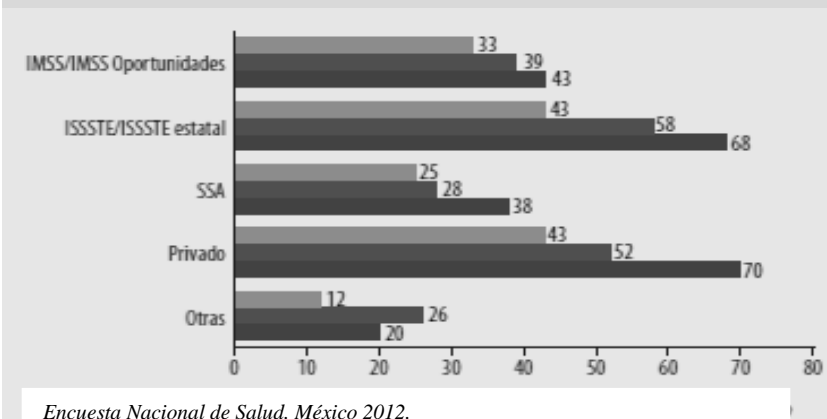
FIGURA 2. Cesáreas por sector público y privado reportadas en las encuestas de salud. México, ENSA 2000, ENSANUT 2006 y 2012



Encuesta Nacional de Salud. México 2012.

La información reportada por las mujeres de 2000 a 2012 sobre el lugar donde atendieron el parto de su último hijo nacido vivo, muestra un aumento en el número de cesáreas en todas las instituciones de salud, pero esto es más marcado para el ISSSTE/ISSSTE Estatal (43 y 68%, respectivamente) y el sector privado (hospitales, clínicas y consultorios) (43 y 70%, respectivamente) (figura 3). Adicionalmente, en 2012 la mayor proporción de cesáreas programadas se efectuaron en este último ámbito (39.6 vs. 15.6%).¹⁰

FIGURA 3. Cesárea en instituciones en las encuestas nacionales de salud. México, ENSA 2000, ENSANUT 2006 y



Encuesta Nacional de Salud. México 2012.

En México, los nacimientos por cesárea casi se han triplicado en los últimos 20 años, al pasar de 12.4 a 36.9 por ciento. Asimismo, las entidades federativas que presentan el mayor porcentaje de cesáreas en 2006 son Yucatán (43.7%), Colima (43.3%) y Baja California Sur (42.2%), mientras que en Chiapas (31.9%), Zacatecas (29.3%) y San Luis Potosí (27.7%) se tienen los más bajos en el país.¹¹

Indicaciones de la operación cesárea

La indicación para realizar una operación cesárea puede ser por causas: maternas, fetales o mixtas.¹²

Causas maternas.

- Distocia de partes óseas (desproporción cefalopélvica).
 - Estrechez pélvica.
 - Pelvis asimétrica o deformada.
 - Tumores óseos de la pelvis.
- Distocia de partes blandas.
 - Malformaciones congénitas.
 - Tumores del cuerpo o segmento uterino, cérvix, vagina y vulva que obstruyen el conducto del parto.
 - Cirugía previa del segmento y/o cuerpo uterino, incluyendo operaciones cesáreas previas.
 - Cirugía previa del cérvix, vagina y vulva que interfiere con el progreso adecuado del trabajo de parto.
- Distocia de la contracción.
- Hemorragia (placenta previa o desprendimiento prematuro de la placenta normo inserta).

A) Causas fetales

- Macrosomía fetal que condiciona desproporción cefalopélvica.
- Alteraciones de la situación, presentación o actitud fetal.
- Prolapso del cordón umbilical.

-
- Sufrimiento fetal.
 - Malformaciones fetales incompatibles con el parto.
 - Embarazo prolongado con contra indicación para parto vaginal.

 - Cesárea postmortem.

B) Causas mixtas

- Preeclampsia-eclampsia.
- Embarazo múltiple.
- Infección amniótica.
- Isoinmunización materno-fetal.

Parto versus cesárea

Los beneficios a corto plazo potenciales del parto vaginal en comparación con la cesárea electiva incluyen una estancia hospitalaria de la madre menos prolongada, tasas de infección (endometritis, infecciones urinarias) más bajas, menos complicaciones anestésicas, y mayores tasas de inicio de la lactancia.^{13,14}

La incidencia de la incontinencia urinaria a los 2 años y 5 años no mostró diferencias entre parto y cesárea.^{15,16} El beneficio del nacimiento por cesárea se atenúa por la edad materna avanzada y el aumento del índice de masa corporal.¹⁷

Los resultados maternos que no parecen favorecer a ningún tipo de nacimiento en especial son dolor postparto, dolor pélvico, la depresión post-parto, la fístula, la función ano rectal, la función sexual, el prolapso de órganos pélvicos, y la mortalidad materna.¹⁸ Los riesgos potenciales de la cesárea por petición materna en embarazos posteriores incluyen: ruptura uterina, placenta previa, placenta acreta en alguna de sus variantes, lesiones de vejiga, lesiones intestinales, y la indicación de una histerectomía (figura 4).¹⁸

FIGURA 4: Riesgo de placenta acreta e histerectomía según número de cesáreas comparada con la primera cesárea

Cesárea	Placenta Acreta (n° %)	Odds Ratio (IC 95%)	Histerectomía(n°%)	Odds Ratio (IC 95%)
Primera	15 (0.2)	-----	40 (0.7)	-----
Segunda	49 (0.3)	1.3 (0.7-2.3)	67 (0.4)	0.7(0.4-0.97)
Tercera	36 (0.6)	2.4(1.3-4.3)	57 (0.9)	1.4 (0.9-2.1)
Cuarta	31 (2.1)	9.0(4.8-16.7)	35 (2.4)	3.8 (2.4-6.0)
Quinta	6 (2.3)	9.8(3.8-25.5)	9 (3.5)	5.6 (2.7-11.6)
Sexta o más	6 (6.7)	29.8(11.3-78.7)	8 (9.0)	15.2 (6.9-33.5)

Cesarean Delivery on maternal Request. Committee opinión N° 559. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2013;121; 904-907.

Cesárea por petición

La cesárea por petición materna se define como el nacimiento vía cesárea por solicitud de la madre, en ausencia de indicaciones maternas o fetales.¹⁹ Según diversos reportes, en Europa, el porcentaje de pacientes que solicita la interrupción de la gestación va del 2 al 4%.²⁰⁻²² En los Estados Unidos de Norteamérica la incidencia representa el 2.5% del total de nacimientos.²³ La cesárea por petición materna no es reconocida como una entidad clínica, por lo tanto existen pocos estudios al respecto, sin embargo en el 2006 los Institutos de Salud de Estados Unidos (NIHS) realizaron una revisión sistemática donde concluyeron que al comparar los riesgos y beneficios de la cesárea por petición con el parto vaginal, no existe evidencia clara para recomendar una u otra vía de nacimiento.¹⁹

Sin lugar a dudas, la cesárea por petición materna, es uno de los temas más controvertidos en la práctica obstétrica contemporánea, pues la terminación del embarazo por vía quirúrgica sin indicaciones maternas o fetales implica un dilema médico y ético.^{19,20}

La literatura internacional ha reportado las principales complicaciones, *a posteriori*, asociadas a la cesárea por petición, como ruptura uterina, infecciones puerperales, placenta previa o placenta acreta, sin embargo, en la literatura nacional e internacional existe muy poca evidencia disponible sobre las complicaciones transoperatorias de las pacientes que se someten a este procedimiento, por lo que consideramos que el presente trabajo pone el dedo en el renglón de un párrafo controvertido y que no ha sido abordado por los obstetras de nuestros tiempos.

19,24,25

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las principales complicaciones transoperatorias de la cesárea por petición en pacientes sanas?

OBJETIVO

Describir las principales complicaciones transoperatorias de la cesárea por petición en pacientes sanas.

JUSTIFICACIÓN

La cesárea electiva o por petición materna es la realización de una cesárea sin una indicación obstétrica aceptada, es una de las primeras diez indicaciones de cesárea en el mundo, y es sin duda un tema de controversia en obstetricia, pues implica someter a la paciente a un riesgo quirúrgico sin una indicación médica absoluta, con los potenciales riesgos que este procedimiento implica, además de la elevación de los costos de atención hospitalaria. Es por esto que es importante conocer el aspecto situacional de la práctica de la cesárea por petición en nuestra unidad, en aras de poder informar a nuestras pacientes y colegas sobre las complicaciones de esta práctica quirúrgica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio.

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo.

Universo de trabajo.

Mujeres derechohabientes con embarazo de término normoevolutivo, sin comorbilidades, que fueron intervenidas de cesárea por petición materna en el Hospital de Gineco Obstetricia No 4 “Luis Castelazo Ayala” del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Ciudad de México.

Criterios de inclusión.

Mujeres sanas, sin comorbilidades añadidas y que cursaron con embarazo único normoevolutivo cuya finalización de este, haya sido vía cesárea por petición materna.

Criterios de no inclusión.

Mujeres con comorbilidades añadidas, que hayan cursado embarazo múltiple, que hayan presentado alguna patología durante el control prenatal normoevolutivo o que la causa de la cesárea fuera por alguna indicación obstétrica o fetal.

Criterios de exclusión.

Cuando no se completen los datos de la hoja de captura.

Procedimiento para la recolección de información.

Se captaron a todas las pacientes que fueron hospitalizadas de enero a diciembre del 2014 con diagnóstico de embarazo de término, normoevolutivo, que su vía de resolución correspondió por cesárea por petición y que cumplieron con los criterios de inclusión ya citados. En todas las pacientes se captó la información en la hoja de captura correspondiente (anexo 1).

Lugar del estudio.

Ciudad de México, Unidad Médica de Alta Especialidad; Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 Luis Castelazo Ayala.

Sistema de captación de la información

Se utilizó una hoja de captación de datos. Anexo 1

ANÁLISIS ESTADÍSTICO Y METODOLOGÍA

Se evaluó una cohorte de 127 pacientes atendidas en el servicio de complicaciones de segunda mitad del embarazo del Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 Luis Castelazo Ayala, que tuvieron la finalización de su gestación mediante petición materna, las cuales cumplieron con los criterios de inclusión y que carecieron de criterios de exclusión y no inclusión. Se realizó el análisis de la información de las principales complicaciones transoperatorias del grupo de estudio, utilizando medidas de tendencia central y dispersión, expresándolos mediante media y desviación estándar. Se presenta la información en tablas y gráficas.

Especificación, definición operacional y escala de medición de las variables.

Variable	Definición conceptual	Naturaleza	Escala de medición	Unidad de medición
Gestas	Número de embarazos en transcurso de su vida	Cuantitativa	Discreta	Valor numérico
Partos	Número de embarazos nacidos vivos o muertos por vía vaginal	Cuantitativa	Discreta	Valor numérico
Cesárea	Número de embarazos nacidos vivos o muertos por vía abdominal	Cuantitativa	Discreta	Valor numérico
Abortos	Número de embarazos nacidos antes de las 20 semanas o menos de 500 gr	Cuantitativa	Discreta	Valor numérico
Cesárea por petición materna	Procedimiento realizado por pedido materno y en ausencia de indicaciones médicas maternas, fetales u ovulares.	Cualitativa	Dicotómica	Si / No
Edad materna	Vocablo que permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.	Cuantitativa	Discreta	20 a 45 años
Edad gestacional	Es la temporalidad del desarrollo fetal, iniciando a partir del primer día del último ciclo menstrual. Se expresa en semanas y días completos	Cuantitativa	Continua	39-40 semanas

Recursos humanos

Investigadores.

Recursos materiales

Equipo de cómputo.

Recursos Financieros

Se utilizarán recursos de la UMAE

Factibilidad

El estudio es factible ya que la cesárea por petición es la cuarta causa de cesárea en el HGO No. 4 Luis Castelazo Ayala.

Difusión de resultados

Será motivo de tesis de posgrado y los resultados se publicarán en una revista indizada.

Cronograma del proyecto

Anexo 2

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio se realizó en mujeres puérperas postoperadas por cesárea electiva, por lo que no hubo intervenciones de riesgo, ni procedimientos adicionales a los de rutina durante la atención del puerperio. Por lo tanto, el presente protocolo se apega al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y a la Declaración de Helsinki.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Debido a las características del presente estudio que es observacional y no se aplicó ninguna maniobra de intervención, obteniéndose las variables a estudiar del expediente clínico, no se requiere hoja de consentimiento informado.

RESULTADOS

Se revisaron un total de 127 casos de cesárea por petición materna realizadas de enero a diciembre de 2014. Las variables generales correspondientes a la edad materna, semanas de gestación en el momento de la cesárea, así como los antecedentes personales y obstétricos de las pacientes se expresan en las tablas 1, 2 y 3, así como en el gráfico 1.

Tabla 1. Variables generales del grupo estudiado

Variable (n=127)	
Edad materna	28.6 ± 6.6
Semanas de gestación al momento del procedimiento	38.3 ± 2.2
Peso	76.1 ± 12.5
Talla	1.56 ± 0.05
Índice de masa corporal	30.8 ± 4.8

Los resultados se expresan en media y desviación estándar

Tabla 2. Antecedentes personales de las pacientes

Antecedente personal	
Tabaquismo	0%
Alcoholismo	0%
Diabetes mellitus tipo 2	3.3%
Hipertensión gestacional	4.9%
Hipotiroidismo	3.6%
Miomatosis uterina	2.3%

Los resultados se expresan en porcentaje

Tabla 3. Antecedentes obstétricos

Antecedente obstétrico (n=127)	
Gestas	2.1 ± 1.2
Partos	0.6 ± 0.8
Cesáreas	1.2 ± 0.5
Aborto	0.3 ± 0.6
Ectópicos	0

Tabla 3. Los resultados se expresan en media y desviación estándar

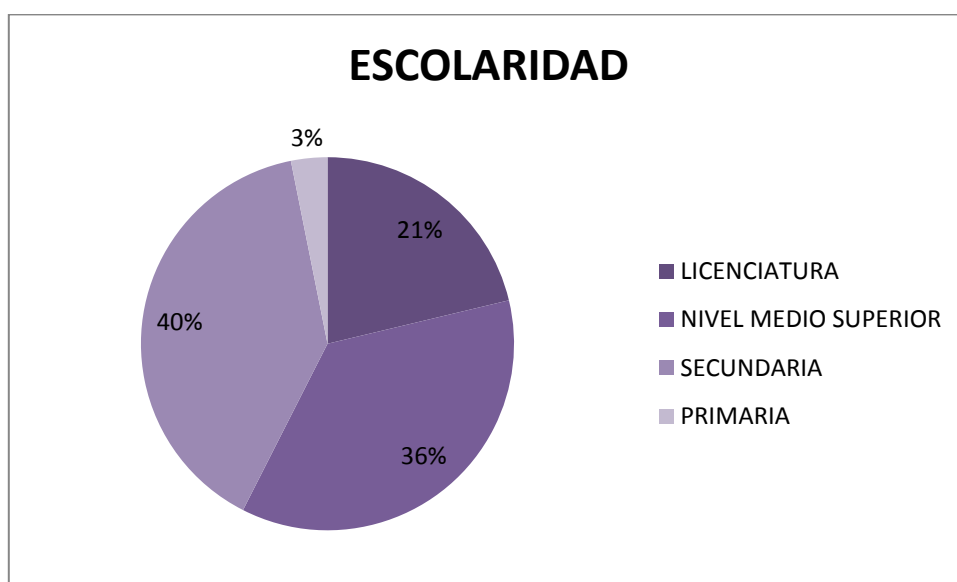
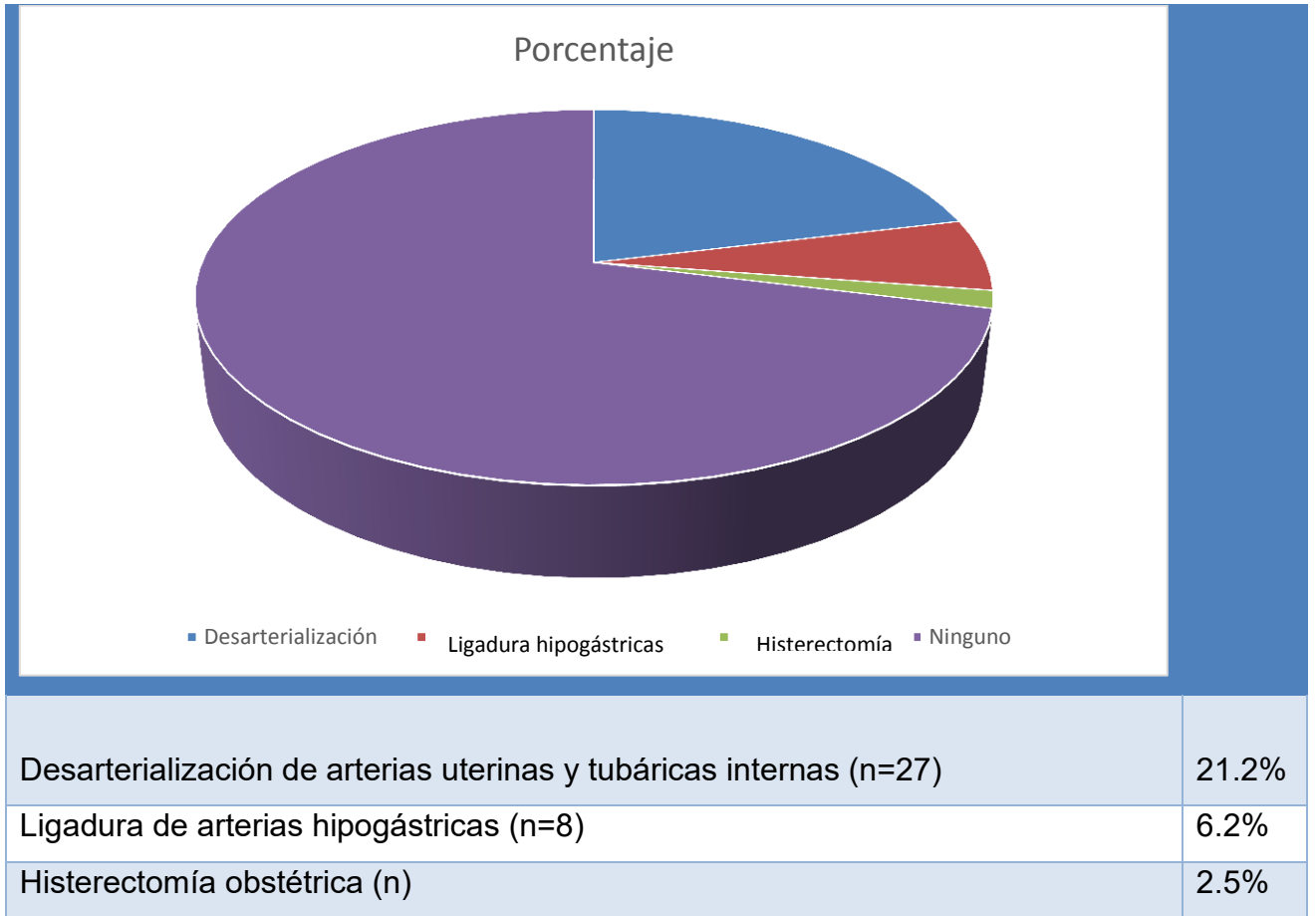


Gráfico 1. El nivel de escolaridad es representado en porcentaje

Del total de pacientes, solo 5 (3.9%) no tenían cesárea previa; el resto, (96.1%) no aceptaron el parto después de cesárea, por lo que fueron programadas para interrupción del embarazo vía abdominal.

En la tabla 4 se presentan los procedimientos quirúrgicos que se realizaron adicionales a la cesárea.

Tabla 4. Porcentaje de procedimientos obstétricos adicionales a la cesárea.



Los resultados se expresan en porcentaje

Respecto al sangrado transoperatorio llama la atención que en 30 pacientes (23.6%) el sangrado fue mayor de 1000 ml, pero solo cinco de ellas (3.9%) requirieron hemotransfusión.

El sangrado transoperatorio fue cuantificado en 778.7 ± 604.3 milímetros cúbicos.

Los hallazgos y complicaciones en el transoperatorio se presentan en la tabla 5.

Tabla 5. Hallazgos y complicaciones quirúrgicas.

Hallazgo	Casos (n)	
Atonía/hipotonía uterina	34	26.7%
Desgarro de comisura derecha de histerorrafia	3	2.3%
Desgarro de comisura derecha e izquierda de histerorrafia	2	1.6%
Hematoma de ligamento ancho derecho	1	0.78%
Punción advertida de duramadre	1	0.78%
Infiltración uterina del 30%	1	0.78%

Los hallazgos y complicaciones quirúrgicas se expresan en porcentaje

DISCUSIÓN

En el presente estudio realizado en el período comprendido de enero a diciembre del año 2014 en el hospital de Gineco Obstetricia Número 4 “Luis Castelazo Ayala”, observamos respecto a nuestras variables estudiadas que la media de edad en nuestra población fue de 28.6 ± 6.6 , lo que apoya el hecho de que la cesárea sea el procedimiento quirúrgico más realizado en el mundo en mujeres en edad reproductiva, según lo reportado en la estadística internacional⁷. En la revisión que se realizó de la literatura y según la encuesta nacional de salud de 2012 encontramos que los nacimientos vía cesárea fueron programados con una edad gestacional situada entre 37 y 40 semanas, lo cual correspondió con la edad media gestacional obtenida en nuestro análisis (38.3 ± 2.2)¹².

En nuestro estudio encontramos el reporte del índice de masa corporal promedio de 30.8; lo cual nos traduce de acuerdo a la clasificación de la OMS como Obesidad grado I, indicándonos esta variable como factor de riesgo para el desarrollo de comorbilidades dentro de las cuales destacan Diabetes mellitus tipo 2, enfermedades hipertensivas del embarazo, con su repercusión a nivel fetal como parto pretérmino, restricción del crecimiento intrauterino, macrosomía, incremento en el porcentaje de recién nacidos con malformaciones congénitas, y a largo plazo para el desarrollo de estas enfermedades crónico degenerativas. Esto nos permite reconocer un área de oportunidad para incidir en nuestras pacientes sobre sus adecuados hábitos higiénicos dietéticos.

En lo que respecto a los antecedentes obstétricos hemos podido identificar mediante la variable del número de gestas, que nuestra población estudiada ya contaba con el antecedente de una cesárea previa (1.2 ± 0.5) reconociendo así que otro factor materno es el miedo al dolor del trabajo de parto, pues se ha descrito que hasta una cuarta parte de las mujeres prefieren una cesárea en lugar de una resolución de la gestación vía vaginal.

Una variable que resulta importante de sobre manera es el grado de estudios educativos en nuestras pacientes, ya que el 40% de ellas, tienen un grado de escolaridad de nivel secundaria, pudiéndonos indicar que las pacientes no están

plenamente conscientes de los riesgos que implica una operación cesárea, por lo que una medida que pudiese tomarse sería la mejora en la comunicación efectiva médico paciente.

Como puede observarse en la tabla 4 en donde se presentan los procedimientos de intervención adicionales a la cesárea, que se realizaron en ese tiempo quirúrgico en caso de que hubiese complicación, prevalece la desarterialización de arterias uterinas y tubáricas internas hasta en un 21.2%, una técnica que no es realizada en todos los hospitales como parte del manejo de la hemorragia obstétrica, ya que requiere una mayor destreza quirúrgica. Siendo importante entonces, la promoción del adiestramiento de los médicos en la realización de la misma, antes de proceder a procedimientos más cruentos, como sería el caso de la histerectomía obstétrica.

Respecto al sangrado transoperatorio, llama la atención que en 30 pacientes (23.6%) el sangrado fue mayor de 1000 ml, pero solo cinco de ellas (3.9%) requirieron hemotransfusión.

Dentro de los hallazgos y complicaciones en el transoperatorio que se presentan en la tabla 5, destaca en un 26.7% de los casos, la atonía/hipotonía uterina que finalmente resulta en hemorragia obstétrica, y las complicaciones derivadas de esta como mayor posibilidad de infección y recuperación postquirúrgica.

Con respecto a los procedimientos quirúrgicos adicionales a la cesárea, encontramos que la histerectomía obstétrica se presentó en el 2.5% de los casos, lo cual corresponde con lo encontrado en el estudio de Gregory K et al ¹⁴ sobre el incremento de esta en la resolución del embarazo vía abdominal.

CONCLUSIONES

La cesárea es el procedimiento quirúrgico más realizado en el mundo en mujeres en edad reproductiva; y como tal puede tener complicaciones a corto y largo plazo, como las consecutivas a la anestesia, lesiones de vejiga, asas intestinales y vasos sanguíneos, procesos de infección, tromboembolia pulmonar y una mayor necesidad de estancia hospitalaria (cuando menos, el doble que la de un parto vaginal). Otro aspecto negativo de la cesárea, más aun en primíparas, es el incremento de cesáreas en el parto siguiente.

Sin embargo, debe considerarse el realizar este procedimiento y respetarse la decisión del mismo, atendiendo al principio de autonomía de la embarazada, pero el médico tiene la obligación de explicarle de forma exhaustiva y claramente a la pareja sobre las posibilidades de la vía de nacimiento, así como de los riesgos y posibles complicaciones de cada una de ellas en el corto, mediano y largo plazo las ventajas y los inconvenientes en su caso concreto.

Es necesario además, el establecimiento de criterios precisos para la indicación de una cesárea, así como determinar con claridad los beneficios y el riesgo de esta práctica que permitan tener un sustento más amplio que soporte su indicación como primera elección. Y en caso de que la opción elegida por la paciente sea la resolución del embarazo vía abdominal, se deberán minimizar los riesgos quirúrgicos, al realizar el procedimiento contando con la infraestructura necesaria, que permita responder de manera inmediata en el caso de una emergencia como el equipo quirúrgico experto, banco de sangre, insumos, terapéutica antibiótica, así como un manejo postoperatorio que reduzca el riesgo de complicaciones del acto quirúrgico.

REFERENCIAS

1. Villanueva L. Operación cesárea: una perspectiva integral. Rev Fac Med UNAM. 2004;7:2-6.
2. Weber V. Post mortem cesarean section: review of the literature and case reports. Am J Obstet Gynecol. 1971;6(7):158-165.
3. Todman D. A history of caesarean section: from ancient world to the modern era. Aust Obstet Gynaecol. 2007;47(3):357-361.
4. Lugones B. La cesárea en la historia. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2001;27(7):53-56.
5. Lurie S, Glezerman M. The history of cesarean technique. Am J Obstet Gynecol.2003:1803-1806.
6. Lee D, Lawrence L. Cesarean Delivery. Prim Care Clin. 2012;(4)145-165.
7. Guía de práctica clínica IMSS. Reducción de la frecuencia de Operación Cesárea. 2014.
8. MacDorman M, Declercq E, Menacker F. Recent Trends and Patterns in Cesarean and Vaginal Birth After Cesarean (VBAC) Deliveries in the United States. Clin Perinatol 2011;38:179-192
9. Encuesta Nacional de Salud. México. 2012
10. INEGI. Mujeres y Hombres en México 2009 Décimo tercera edición
11. Lineamiento Técnico para la Indicación y Práctica de la Operación Cesárea. Secretaria de Salud. México.2007
12. De la Fuente P, De la Fuente L. Cesárea a petición de la embarazada. Prog Obstet Ginecol. 2007;50:420-428.
13. ACOG Committe opinion N° 559. Cesarean Delivery on maternal Request. Obstet Gynecol 2013:121;904-907.
14. Gregory K, Jackson S, Korst L. Cesarean versus vaginal delivery. Am J Perinatol 2012:7-18.

-
15. Rortveit G, Daltveit AK, Hannestad YS, Hunskaar S. Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. Norwegian EPINCONT Study; N Engl J Med 2003;348:900-907.
 16. Kominiarek M, Vanveldhuisen P, Hibbard J. The maternal body mass index: a strong association with delivery route. Am J Obstet Gynecol 2010;203:1-7.
 17. Häger R, Daltveit A, Hofoss D. Complications of cesarean deliveries: Rates and risk factors. Am J Obstet Gynecol. 2004;190(6):428-434.
 18. Silver RM, Landon MB, Rouse DJ, Leveno KJ, Spong CY. Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries. National Institute of Child Health and Human Development Maternal–Fetal Medicine Units Network. Obstet Gynecol 2006;107:1226-1232.
 19. Cesarean delivery on maternal request. Committee Opinion No. 559. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2013;121;904–907.
 20. Husslein P. Elective cesarean section versus vaginal delivery: whither the end of traditional obstetrics? Arch Gynecol Obstet 2001;254(8):169-174.
 21. Towner D, Castro MA, Eby-Wilkens E, Gilbert WM. Effect of mode of delivery in nulliparous women on neonatal intracranial injury. N Engl J Med 1999;341:1709-1714.
 22. Tranquilli AL, Garzetti GG. A new ethical and clinical dilemma in obstetric practice: cesarean section on maternal request. Am J Obstet Gynecol 1997;177(3):245-455.
 23. Third Annual Report on “Patient-Choice” Cesarean Section Rates in the United States. Health Grades, a health care quality company. September 2005. Available at: <http://www.healthgrades.com/media/DMS/pdf/PatientChoiceStudy2005PressReleaseSept12.pdf> . Accessed July 15, 2009.
 24. NIH State-of-the-Science Conference Statement on cesarean delivery on maternal request. NIH Consens State Sci Statements 2006;23:1-29. Available at: <http://consensus.nih.gov/2006/cesareanstatement.pdf>. Retrieved November 7, 2012.

-
25. Dahlgren LS, Dadelszen PV, Chirstilaw J. Caesarean Section on Maternal Request: Risks and Benefits in Healthy Nulliparous Women and Their Infants. *J Obstet Gynaecol Can* 2009;31:808-817.
 26. Visco AG, Viswanathan M, Lohr KN, Wechter ME, Gartlehner G, Wu JM, et al. Cesarean delivery on maternal request- maternal and neonatal outcomes. *Obstet Gynecol* 2006;108:1517–1529.

ANEXO 1

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nombre: _____

Numero de Afiliación: _____

Edad: _____ Gesta: _____ Para: _____ Cesáreas: _____ Abortos: _____

Embarazo Múltiple: _____ Embarazo Ectópico: _____

Óbitos: _____ LUI: _____

Cirugías gineco obstétricas previas: _____

Tipo de cirugía: _____

Complicaciones durante el embarazo _____

Alcoholismo: _____

Tabaquismo: _____

Otros antecedentes: _____

Indicación de interrupción del embarazo actual: POR PETICIÓN MATERNA

Edad Gestacional al momento de la interrupción: _____

Complicaciones transoperatorias: _____

Tipo de cesárea realizada: _____

Indicación de histerectomía obstétrica _____

CARACTERÍSTICAS QUIRÚRGICAS

Sangrado: _____ Hallazgos: _____

Incidentes _____

Técnica realizada _____

ANEXO 2

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Mes	1	2	3	4	5	6	7
Actividad							
Registro del protocolo	■						
Análisis del comité		■					
Selección de pacientes Colección de información Captura de datos			■	■			
Análisis de resultados					■		
Formulación del reporte						■	
Publicación							■



Dirección de Prestaciones Médicas
 Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
 Coordinación de Investigación en Salud



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 3606 con número de registro 13 CI 09 010 173 ante COFEPRIS

HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA NUM. 4 LUIS CASTELAZO AYALA, D.F. 5JR.

FECHA 14/06/2016

DR. ARMANDO ALBERTO MORENO SANTILLAN

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

Complicaciones transoperatorias de la cesárea por petición materna en mujeres sanas

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2016-3606-10

ATENTAMENTE

DR.(A). OSCAR MORENO ALVAREZ

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3606

IMSS

SEGURIDAD Y SALUD PARA TODOS