



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”

FRECUENCIA DE COMPLICACIONES MATERNO-NEONATALES DE LA CESÁREA REALIZADA
POR PETICIÓN MATERNA

TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

DRA. ELSIKA SANTOS HERNÁNDEZ

ASESORA

DRA MARTHA IVETTE MEJÍA CHÁVEZ



CIUDAD DE MÉXICO

TITULACIÓN OPORTUNA JUNIO 2019

GRADUACIÓN FEBERO 2020



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.

CARTA DE ACEPTACIÓN DEL TRABAJO DE TESIS

Por medio de la presenta informamos que la C. Elsika Santos Hernández residente de la especialidad de Ginecología y Obstetricia ha concluido la escritura de su tesis “Frecuencia de complicaciones materno-neonatales de la cesárea realizada por petición materna” con no. De registro del proyecto R-2018-3606-038 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 Chéquer

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 División de Investigación en Salud
Unidad Médica de Alta Especialidad
Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 “Luis Castelazo Ayala”
Instituto Mexicano del Seguro Social

Dra. Martha Ivette Mejía Chávez

Asesor de tesis
Médico adscrito Ginecología y Obstetricia
Unidad Médica de Alta Especialidad
Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 “Luis Castelazo Ayala”
Instituto Mexicano del Seguro Social

AGRADECIMIENTOS

A Dios por guiarme a lo largo de mi vida, por ser mi apoyo y darme la fortaleza en aquellos momentos de dificultad y debilidad, sobre todo permitirme lograr uno de mis anhelos más deseados.

A mis padres por ser los principales promotores de mis sueños, gracias a ellos por cada día confiar y creer en mí y en mis expectativas, gracias a mi madre por estar dispuesta a acompañarme cada larga noche de estudio a lo largo de mi vida, por su compañía cuidados y esfuerzo, gracias a mi padre por siempre desear lo mejor para mi vida, gracias por cada consejo y por cada una de sus palabras que me han guiado durante mi vida.

A mi hermano por ser siempre mi ejemplo a seguir, demostrarme que todos tus sueños se pueden lograr con dedicación, esfuerzo y perseverancia.

A mi asesora por compartir su conocimiento y sabiduría, por cada momento dedicado para aclarar mis dudas y por sus sugerencias, por la confianza y el apoyo en la realización de esta tesis.

ÍNDICE

Resumen.....	5
Marco teórico.....	7
Planteamiento del problema.....	10
Objetivos generales / especiales.....	11
Justificación.....	11
Tipo de estudio.....	12
Universo de trabajo.....	12
Obtención de la muestra.....	12
Criterios de selección (inclusión, exclusión y eliminación).....	12
Variables dependientes e independientes.....	13
Técnica y procedimientos de recolección de datos.....	15
Análisis estadísticos.....	15
Consideraciones éticas del estudio.....	16
Descripción del programa de trabajo.....	16
Resultados.....	17
Discusión.....	18
Conclusiones.....	20
Referencias bibliográficas.....	21
Anexos.....	23

RESUMEN

Antecedentes: La OMS no justifica una incidencia de cesárea mayor del 10 -15% a nivel global, sin embargo, se ha incrementado la frecuencia en las dos últimas décadas.

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. No están demostrados los beneficios del parto por cesárea para las mujeres o neonatos en quienes no esté justificado.

Objetivo: Conocer la frecuencia de complicaciones materno-neonatales de la cesárea a petición materna

Material y Métodos: Estudio clínico, retrospectivo, observacional y descriptivo, la información se obtendrá de los expedientes clínicos. Reportando con medidas de tendencia central.

Resultados: Las complicaciones maternas se presentó en un 32.17% y neonatales en un 11.8%. El promedio de edad con mayor número de complicaciones fue 28 años. La edad gestacional de 39 SDG. Las complicaciones maternas más frecuentes fueron: hemorragia obstétrica, anestesia fallida/punción lumbar y recuperación prolongada.

Las complicaciones fetales La complicación fetal más frecuente es el síndrome de adaptación pulmonar en el 47%, seguidas de Apgar bajo con 41.2% y traumas óseos con 11.8%.

Conclusiones: Las complicaciones neonatales, la morbilidad respiratoria sigue siendo la principal desventaja de un parto por cesárea. Respecto a las complicaciones maternas, la hemorragia obstétrica sigue siendo de las principales complicaciones encontradas en parto por cesárea.

Palabras clave: cesárea a petición materna, complicaciones materno-neonatales, hemorragia obstétrica, síndrome de adaptación pulmonar, parto por cesárea.

ABSTRACT

Background: The WHO does not justify an incidence of caesarean section greater than 10 -15% globally, however, the frequency has increased in the last two decades. As with any other surgery, cesarean delivery is associated with short and long-term risks that may persist for many years after the intervention. The benefits of cesarean delivery for women or neonates for whom it is not justified have not been demonstrated.

Objective: Frequency of maternal-neonatal complications of cesarean section at maternal request.

Material and Methods: Clinical, retrospective, observational and descriptive study, the information will be obtained from the clinical files. Reporting with measures of central tendency.

Results: Maternal complications occurred in 32.17% and neonatal complications in 11.8%. The average age with the highest number of complications was 28 years. The gestational age of 39 weeks. The most frequent maternal complications were: obstetric hemorrhage, failed anesthesia / lumbar puncture and prolonged recovery. Fetal complications, the most frequent fetal complication is the pulmonary adaptation syndrome in 47%, followed by Apgar low with 41.2% and bony traumas with 11.8%.

Conclusions: Neonatal complications, respiratory morbidity remains the main disadvantage of a cesarean delivery. Regarding maternal complications, obstetric hemorrhage continues to be one of the main complications found in cesarean delivery.

Keywords: cesarean section at maternal request, maternal-neonatal complications, obstetric hemorrhage, pulmonary adaptation syndrome, cesarean delivery.

MARCO TEÓRICO

La operación cesárea es el procedimiento quirúrgico mediante el cual el feto y los anexos ovulares son extraídos después de las 28 semanas de gestación a través de una incisión en el abdomen y en el útero.¹ Se define como parto por cesárea a petición de la madre (electiva), a aquella operación cesárea que se realiza porque la madre solicita en ausencia de indicaciones medica/ obstétrica para evitar el parto vaginal.²

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 emitida por un panel de expertos en salud reproductiva en una reunión organizada por la OMS en 1985. 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.³

Las estimaciones de la prevalencia del parto por cesárea por solicitud materna, oscilan del 1 al 18% en los partos por cesárea en todo el mundo, y <1 a 3% de todos los partos por cesárea en los Estados Unidos.^{2,4-6}

Durante los últimos 30 años, la realización de la operación cesárea ha tenido un aumento progresivo a nivel mundial. Solo en México, según la Encuesta Nacional de Salud 2000 y la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) el porcentaje total de nacimientos por cesárea reportados durante el periodo 2000-2012 ha aumentado del 30 % al 45 %, de estos, más de la mitad eran procedimientos programado y la mayoría eran innecesarios.^{4,6,7}

Al igual que con cualquier procedimiento médico, los riesgos y beneficios del parto por cesárea a petición de la madre deben equilibrarse con los riesgos y beneficios de un parto vaginal planificado. Los problemas específicos del paciente que pueden afectar la elección de la ruta de parto incluyen condiciones médicas comórbidas, índice de masa corporal, planes reproductivos futuros, experiencias previas de parto, resultado de procedimientos quirúrgicos previos y la filosofía personal de la mujer sobre el parto.²

Las razones para elegir la cesárea por solicitud incluyen:

- Conveniencia de la programación.
- Miedo al dolor, proceso y / o complicaciones del trabajo de parto y el parto vaginal.
- Preocupaciones sobre el daño fetal por parto vaginal.
- Preocupaciones sobre el traumatismo en el suelo pélvico por parto vaginal y parto, y el posterior desarrollo de síntomas asociados con el prolapso de órganos pélvicos.

- Preocupaciones sobre la necesidad y los riesgos de una cesárea de emergencia o un parto vaginal asistido por instrumentos.
- Necesidad de control.^{2,7,8}

Los riesgos potenciales de la cesárea a petición materna comprenden:

- Mayor estancia intrahospitalaria materna.
- Mayor riesgo de dificultad respiratoria para el neonato.
- Mayores riesgos de complicaciones en los embarazos posteriores: ruptura uterina, trastornos adherenciales de la placenta e indicación de histerectomía por causas diversas.^{8,9}

-Riesgos en futuros embarazos: las mujeres que consideran el parto por cesárea planeado deben conocer las consecuencias de esta decisión en futuros embarazos. Los riesgos y beneficios relativos cambian a medida que aumenta el número de partos por cesárea. El mayor riesgo de inserción placentaria anormal es una preocupación importante debido a la frecuencia de esta complicación y la posibilidad de hemorragia potencialmente mortal.^{2,9}

-Mayor riesgo de trastornos de la inserción placentaria: la placenta previa y la acreción aumentan significativamente en los embarazos después de una o más partos por cesárea y aumentan con el número de partos por cesárea anteriores, además, estas complicaciones pueden requerir una histerectomía por cesárea.²

-Mayor riesgo de ruptura uterina: la mayoría de las rupturas uterinas están relacionadas con una prueba de trabajo de parto después de una cesárea previa. La ruptura uterina puede requerir histerectomía y se asocia con mayor riesgo de morbilidad y mortalidad fetal y materna.^{2,9,10}

-Complicaciones anestésicas: debido la necesidad de anestesia a nivel quirúrgico, la cesárea programada se asocia a mayor tasa de anestesia regional fallida y la conversión a anestesia general que la anestesia regional para el parto vaginal planificado. La mortalidad materna puede ser mayor con la anestesia general, pero el riesgo absoluto es muy bajo.^{2,9,11}

-Período de recuperación más prolongado: el período de recuperación posparto es más prolongado después del parto por cesárea que después del parto vaginal, y la duración de la hospitalización después del parto también puede ser mayor después de la cesárea.^{2,9,11}

-Aumento de la morbilidad materna: la morbilidad materna puede ser mayor con el parto por cesárea planificado respecto al parto vaginal planificado. Riesgo posparto significativamente mayor de paro cardíaco, hematoma de la herida, histerectomía, infección puerperal, complicaciones anestésicas,

tromboembolismo venoso y hemorragia que requiere histerectomía, pero la tasa absoluta de estos eventos fue baja para ambos grupos.^{2,9-11}

-Complicaciones a largo plazo de la cirugía abdominal: la formación de adherencias es común después del parto por cesárea. El grado y la densidad de adherencias incrementan a mayor número de partos por cesárea: la prevalencia de adherencias es del 12 al 46% de las mujeres en su segunda cesárea y 26 al 75% de las mujeres en su tercera cesárea.^{2,11} Pueden aumentar el riesgo de lesión de vejiga o intestino durante la cirugía.

Las incisiones transabdominales tiene mayor riesgo de formación de hernia incisional.²

-Mayor riesgo de problemas respiratorios en la descendencia: los problemas respiratorios neonatales (p. Ej., Síndrome de dificultad respiratoria, taquipnea transitoria del recién nacido) son más comunes después de una cesárea programada que después del parto vaginal y pueden alargar la estancia hospitalaria del neonato.^{2, 8,10,12}

Los problemas respiratorios son más frecuentes después del parto por cesárea sin trabajo de parto porque los mecanismos para reabsorber el líquido pulmonar no se activan por completo y excepcionalmente, como resultado de la prematuridad iatrogénica. La hipótesis que sugiere que una baja exposición a la microbiota intestinal materna puede afectar la inmunidad mediada por células T. La dificultad respiratoria relacionada con la prematuridad se elimina virtualmente si el parto ocurre después de las 39.0 semanas de gestación. Por esta razón, el Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) recomienda que el parto por cesárea por solicitud materna se realice a las ≥ 39 semanas de gestación.^{2,8,9,13}

En las últimas décadas se ha observado que las mujeres deciden postergar el momento del embarazo por diferentes causas, ya sean profesionales, culturales o sociales. Este acontecimiento se presenta con más frecuencia en países desarrollados donde la mujer busca un mayor crecimiento económico, desarrollo profesional y estabilidad emocional antes de decidir un embarazo, lo cual ha llevado a tener un incremento en gestantes de edad avanzada. La edad materna avanzada fue definida en 1958 por la International Federation of Gynecology and Obstetrics como mujeres de 35 años de edad o mayores; sin embargo, con los cambios sociodemográficos antes mencionados en la actualidad algunos autores consideran edad materna avanzada a partir de los 40 años e incluso a partir de los 45 años de edad.¹⁴

Las complicaciones asociadas a la edad materna avanzada pueden dividirse en complicaciones maternas y complicaciones fetales. Dentro del primer grupo se incluye el exceso de peso adquirido, mortalidad materna, enfermedad hipertensiva del embarazo, diabetes gestacional, ruptura prematura

de membranas, aborto espontáneo, frecuencia más alta de cesárea, parto pretérmino y hemorragia obstétrica. Estas complicaciones a su vez incrementan el riesgo de complicaciones neonatales.¹⁴ Las complicaciones del recién nacido más comunes son el bajo peso al nacimiento, prematuridad, óbito, mayor riesgo de ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), síndrome de dificultad respiratoria, asfixia perinatal, Apgar menor de siete al minuto y a los cinco minutos y mortalidad neonatal.^{14,15}

Cuando se realizan cesáreas sin las indicaciones precisas los riesgos sobrepasan los beneficios, lo que genera diversas complicaciones para las mujeres sometidas a este procedimiento y costos adicionales para el sistema de salud.¹⁶

República Dominicana encabeza el conteo mundial de los países con mayor proporción de cesáreas (56.4%), en segundo lugar, Brasil con un 55.6%, México se sitúa en quinto lugar con una tasa de 42.2%.¹⁷

En México, las principales causas de muerte materna son los trastornos hipertensivos asociados al embarazo, parto y puerperio; hemorragia, trastornos tromboembólicos y sepsis. Controversialmente, las evidencias sustentadas con rigor metodológico establecen que el nacimiento por cesárea está asociado a complicaciones, entre las más frecuentes se encuentran las mismas causas de muerte señaladas, excepto por los trastornos hipertensivos, es decir: infecciones, hemorragia, fenómenos tromboembólicos y se agregan lesiones viscerales. Las complicaciones oscilan entre un 12 a 15%. La incidencia de morbilidad obstétrica severa oscila entre 0.05-1.09%; también se ha demostrado que la mortalidad materna posterior a cesárea es seis veces mayor que después de un nacimiento vía vaginal, aunque en cesárea electiva dicho incremento se reduce a la mitad. Así, las complicaciones transoperatorias y posquirúrgicas de la cesárea son potencialmente graves y aumentan tanto el riesgo de mortalidad materna, fetal y neonatal, como los días de estancia hospitalaria.¹⁸

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La cesárea, es el procedimiento quirúrgico más realizado en mujeres a nivel mundial, el aumento de la misma supone una interrelación entre los factores maternos, biológicos, obstétricos, sociales e institucionales. Sin embargo, no está demostrado los beneficios de la cesárea para las mujeres o neonatos en quienes el procedimiento no se encuentra indicado. Existe evidencia que este procedimiento compromete al feto y a la madre, más que un parto vaginal.

Como cualquier procedimiento quirúrgico, 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 un embarazo futuro.

Por lo anterior, en esta investigación se planea conocer la frecuencia y las principales complicaciones materno-neonatales, así poder impactar en los aspectos que disminuyan esta práctica quirúrgica.

OBJETIVOS GENERALES

Conocer la frecuencia de complicaciones maternas- neonatales de la cesárea realizada por petición materna.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Conocer la frecuencia de cesáreas realizada por petición materna
2. Conocer la frecuencia de complicaciones maternas durante el puerperio.
3. Conocer la frecuencia de complicaciones del recién nacido por cesárea realizada por petición materna.
4. Identificar las complicaciones más frecuentes maternas y fetales de la cesárea realizada por petición materna.

JUSTIFICACIÓN

Existe evidencia científica sobre el incremento paulatino en la práctica de cesárea en diversas partes del mundo, tanto en países en vías de desarrollo como en los desarrollados. Tal como lo reflejan las Estadísticas Sanitarias de la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre los años 2000 y 2012, con el aumento de cesárea asociado a su vez al aumento de morbilidad materno-fetal. En 1985 ésta propuso que del total de nacimientos, el porcentaje de cesáreas debería ser entre el 5-15%; en México en el 2009 la Secretaria de Salud (SS) informo un total de 2,188,592 nacimientos, de los cuales el 41% ocurrió por cesárea.

La causa de este fenómeno es multifactorial, entre las principales condiciones que han determinado el incremento de las cesáreas están los cambios demográficos y socioculturales, percepción de seguridad a este procedimiento y el aumento de la solicitud directa de las pacientes, entre otras. Sin embargo, no deja de ser una intervención de riesgos con motivo de preocupación, orientándonos a buscar diversas alternativas para frenar el ritmo acelerado de éstas; si bien las complicaciones derivadas de este procedimiento pueden ser infrecuentes, las repercusiones clínicas sobre la salud de la madre y el feto son importantes, dadas su alta tasa de morbilidad y mortalidad.

Por ello la importancia de conocer la frecuencia de complicaciones, que nos permitan establecer estrategias dirigidas a reducir la frecuencia de cesáreas, y por ende el impacto negativo en la salud materna y fetal, propiciando la atención de un parto seguro para la madre y recién nacido con mínima intervención y máxima satisfacción.

TIPO DE ESTUDIO

Tipo de investigación: retrospectivo, observacional y descriptivo.

UNIVERSO DE TRABAJO

Pacientes derechohabientes al IMSS atendidas en el HGO 4 "Luis Castelazo Ayala" con cesárea por petición materna en el periodo comprendido en enero del 2018 a junio de 2018, ingresadas al servicio de complicaciones de la segunda mitad del embarazo.

OBTENCIÓN DE LA MUESTRA

Se incluyeron todas las mujeres en quienes se realizó cesárea por petición materna en el periodo de enero del 2018 a junio de 2018 ingresadas al servicio de complicaciones de la segunda mitad del embarazo.

CRITERIOS DE SELECCIÓN (INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN)

Inclusión:

- Derechohabientes que ingresan a HGO 4 "Luis Castelazo Ayala" y que no desean parto vaginal
- Gestación única
- Pacientes con cesárea previa
- Embarazo mayor o igual a 38 SDG
- Ausencia de patología materna y/o fetal diagnosticada antes del inicio del trabajo de parto
- Historia clínica accesible y con información requerida completa
- Mujeres con embarazo de término que hayan recibido control prenatal en su unidad de adscripción

Exclusión:

- Paciente con óbito fetal
- Malformaciones fetales en el parto actual
- Alteraciones fetales como retraso en el crecimiento intrauterino
- Pacientes con más de dos cesárea
- Antecedente de cirugía uterina previa, no cesárea
- Embarazo actual múltiple
- Producto en presentación pélvica/cara
- Historia clínica no disponible y/o información requerida incompleta

- Mujeres embarazadas con enfermedades crónico-degenerativas o diagnosticadas durante el embarazo
- Alteraciones en la inserción placentaria
- Embarazos pretérmino

Eliminación:

- Pacientes en quienes no se obtenga información completa.
- Pacientes no derechohabientes

VARIABLES (INDEPENDIENTES, DEPENDIENTES)

Tipo	Variable	Definición operacional	Nivel de medición	Indicadores
Independiente	Cesárea electiva por petición materna	Vía de terminación abdominal del embarazo, por petición materna	Cualitativa	Si/No

Tipo	Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Nivel de medición	Indicadores
Dependiente	Complicaciones maternas	Complicaciones que ocurren durante o posterior al evento quirúrgico	Hemorragia obstétrica	Cualitativa Cuantitativa intervalo	Si/No En caso positivo Mayor 500 cc Mayor 1000 cc
			Histerectomía obstétrica	Cualitativa nominal	Si/No
			Tromboembolismo venoso	Cualitativa nominal	Si/No

			Infección puerperal	Cualitativa nominal	Si/No
			Hematoma de herida quirúrgica	Cualitativa nominal	Si/No
			Lesión vesical	Cualitativa nominal	Si/No
			Ruptura uterina	Cualitativa nominal	Si/No
			Muerte materna	Cualitativa nominal	Si/No
			Anestesia fallida	Cualitativa nominal	Si/No
			Recuperación prolongada	Cualitativa nominal	Si/No
	Complicaciones neonatales	Complicaciones del recién nacido ocurridas durante el evento quirúrgico	SAP	Cualitativa nominal	Si/No
			Taquipnea transitoria	Cualitativa nominal	Si/No
			Lesiones inadvertidas	Cualitativa nominal	Si/No
			Traumas óseos	Cualitativa nominal	Si/No

Otras variables

Gestas		Número de embarazos de una mujer	Cuantitativa nominal	Valor numérico
	Partos	Número de embarazos nacidos vivos o muertos por vía vaginal	Cuantitativa nominal	Valor numérico
	Abortos	Número de embarazos nacidos antes de las 20 semanas o menos de 500 gr	Cuantitativa nominal	Valor numérico
	Edad gestacional	Es la temporalidad de la gestación en semanas a partir del último ciclo menstrual o de ultrasonidos en caso de no contar con fecha de regla confiable.	Cuantitativa nominal	Semanas de gestación
	Edad materna	Edad referida por la paciente y expresada en la nota del expediente clínico.	Cuantitativa	Años

TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se revisarán todos los expedientes de las mujeres en quienes se realizó cesárea en el periodo de enero a junio de 2018. De estas, se seleccionarán aquellas en quienes se realizó cesárea por petición materna.

ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Los resultados se reportarán con medidas de tendencia central y dispersión, así como porcentajes utilizando hoja de cálculo y paquetería Excel®.

CONSIDERACIONES ÉTICAS DE ESTUDIO

1. El investigador garantiza que este estudio tiene apego a la legislación y reglamentación de la Ley General de salud en materia de Investigación para la Salud, lo que brinda mayor protección a los sujetos del estudio.

2. De acuerdo al artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, este proyecto está considerado como **investigación sin riesgo** ya que únicamente se consultarán registros del expediente clínico y electrónico.

3. Los procedimientos de este estudio se apegan a las normas éticas, al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Salud y se llevarán a cabo en plena conformidad con los siguientes principios de la “Declaración de Helsinki” (y sus enmiendas en Tokio, Venecia, Hong Kong y Sudáfrica) donde el investigador garantiza que:

- a. Se realizó una búsqueda minuciosa de la literatura científica sobre el tema a realizar.
- b. Este protocolo será sometido a evaluación y aprobado por el Comité Local de Investigación y el Comité de Ética en Investigación de la UMAE HGO 4 “Luis Castelazo Ayala” del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- c. Debido a que para el desarrollo de este proyecto únicamente se consultarán registros del expediente clínico y electrónico, y no se registrarán datos confidenciales que permitan la identificación de las participantes, no se requiere carta de consentimiento informado.
- d. Este protocolo será realizado por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un equipo de médicos clínicamente competentes y certificados en su especialidad.
- e. Este protocolo guardará la confidencialidad de las personas.

4. Se respetarán cabalmente los principios contenidos en el Código de Nuremberg y el Informe Belmont.

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE TRABAJO

Durante el primer mes reunión de investigadores para la realización del proyecto de investigación, posteriormente registro y aceptación, ya aceptado se inicia con la recolección de datos de acuerdo a los criterios establecidos y posteriormente se completa la recolección de datos y análisis estadísticos y finalmente conclusión de los resultados.

RESULTADOS

De 120 pacientes estudiadas, excluyendo 5 pacientes por edad gestacional de 36 semanas, así como expediente incompleto, se obtiene una muestra de 115 pacientes.

El promedio de edad de las pacientes con cesárea a petición materna fue de 28.6 año \pm 5.7.

Se puede observar que el promedio de semanas de gestación fue de 39.0 SDG \pm 0.8.

Se observó que la frecuencia general de complicaciones maternas sin importar grupo de edad se presenta en 32.2%.

Se dividió la muestra en 3 grupos de edad, en el cual se incluye un grupo especial considerado como edad materna de riesgo. Para el grupo de edad de 15-26 años la frecuencia de complicaciones maternas es de 31.8%, al igual que en el grupo de 27-35 años presentándose la frecuencia en 31.8%, mientras que en el grupo de pacientes de 36-49 años su frecuencia es del 40.0%. (Tabla 1)

Respecto a las complicaciones maternas, encontramos que la complicación más frecuente es la hemorragia obstétrica (sangrado > 500 cc) en 66.7%, y como segunda y tercera complicación materna se encuentra anestesia fallida/ punción lumbar, así como recuperación prolongada; mayor número de días de estancia hospitalaria con 11.9%. (Tabla 2)

Observamos que la frecuencia general de complicaciones fetales sin importar grupo de edad se presenta en 11.3%.

Divididos nuevamente por grupo etario, se observó que para el grupo de 15-26 años la frecuencia de complicaciones neonatales es de 9.1%, sin embargo en el grupo de edad de 27-35 años presentándose la frecuencia en 13.6%, mientras el grupo de pacientes de 36-49 años no presentaron complicaciones. (Tabla 3)

Respecto a las complicaciones fetales, se muestra que la complicación más frecuente es el síndrome de adaptación pulmonar con 47.0%, como segunda y tercera complicación neonatal; Apgar bajo recuperado en 41.2% y traumas óseos presentándose en 11.8% respectivamente. Sin presentarse otras complicaciones. (Tabla 4)

DISCUSIÓN

Durante las últimas décadas la atención del embarazo y el parto se ha institucionalizado y medicalizado de manera creciente. Sin duda, esto ha contribuido a disminuir algunas causas de morbilidad y mortalidad materna y perinatal; no obstante, también presenta dificultades, como es el incremento en las tasas de cesáreas, que a su vez ocasionan otros problemas de salud no menos importantes.

En las últimas décadas, en México se ha registrado un incremento de dicha práctica que supera el límite máximo recomendado por indicación médica. Este incremento no ha producido ningún beneficio global para el producto de la gestación o la madre, pero sí está vinculado con una mayor morbimortalidad para ambos.²

Al realizar este estudio, se identificaron las complicaciones maternas y neonatales de las pacientes con cesárea a petición materna. Se consideraron criterios de inclusión y de exclusión para delimitar adecuadamente la muestra y así poder analizar correctamente los resultados.

El promedio de edad en la que se presentan complicaciones materno-neonatales de las cesáreas realizadas a petición materna es a los 28.65 años, en cuanto a la edad gestacional al momento de la interrupción vía abdominal de la paciente el promedio se presentó a las 39 semanas de gestación.

Respecto a frecuencia en general sin considerar la edad de la paciente se presenta en 32.17% en el periodo establecido, cifra aumentada en comparación al porcentaje oscilante de las complicaciones que se presentan a la realización de cesárea por indicación o urgencia según la OMS.^{2,3,18}

Las complicaciones que se observaron en este estudio según el grupo de edad, se encontró que para el grupo de 15-26 años la frecuencia de complicaciones maternas es de 31.81%, al igual que en el grupo de 27-35 años presentándose la frecuencia en 31.81%. En el grupo de edad de pacientes de 36-49 años su frecuencia es del 40%. Observando que la mayor frecuencia de complicaciones se presentan en pacientes consideradas como edad materna de riesgo.¹⁴ Como se comenta en la literatura la edad mayor a 35 años, es de riesgo obstétrico, sin embargo presentándose tales complicaciones en mayor frecuencia durante la gestación como diabetes gestacional, parto pretérmino, ruptura de membranas; grupo de pacientes que no cumplen criterios de inclusión, pero complicaciones descritas como hemorragia obstétrica; es de las principales causas de complicaciones en grupo de cesáreas a petición materna y edad materna de riesgo.^{14,18}

Según el artículo de Martínez, operación cesárea, la causa más frecuente de hemorragia obstétrica es la atonía uterina, siendo menor en cesárea electiva que en cesárea de urgencia sin embargo para ese año siendo la segunda causa de muerte materna, por lo que tiene gran importancia dentro de

las complicaciones.¹⁸ En este estudio se encontró que las complicaciones maternas más frecuentes fueron: hemorragia obstétrica, anestesia fallida/ punción lumbar y recuperación prolongada, presentando la hemorragia obstétrica considerada según GPC prevención y manejo de la hemorragia postparto, una cuantificación de sangrado mayor a 500 cc; en 66.7% de las pacientes que presentaron complicaciones en el periodo establecido, coincidiendo con los datos reportados por el estudio realizado IMSS en el año 2010 previamente mencionado.^{9-11,18}

Las complicaciones neonatales según la literatura en nacimientos por cesárea ha disminuido la incidencia de asfixia perinatal, trauma al nacer y síndrome de aspiración de meconio, sin embargo si ha aumentado la del síndrome de dificultad respiratoria.⁸⁻¹⁰

Respecto a las complicaciones neonatales que se presentaron en este estudio por grupo de edad; En el primer grupo en donde se encuentran pacientes de 15-26 años la frecuencia de complicaciones neonatales es de 9.1%, sin embargo, en el grupo de edad de 27-36 años presentándose la frecuencia en 13.63%. En el grupo de edad de pacientes de 36-49 años la frecuencia es 0%. Sin embargo en nuestro estudio a pesar de lo que comenta la literatura sobre las principales complicaciones en recién nacidos hijos de madres con edad avanzada como dificultad respiratoria , asfixia perinatal y sepsis neonatal, no se identificaron estas complicaciones, encontrando en esta revisión que el grupo de 27-39 años de edad mayor frecuencia de complicaciones.

Se observó que la frecuencia general de complicaciones fetales sin importar grupo de edad se presentó en 11.3%.^{10-12,14}

Se observó que las complicaciones más frecuentes en este estudio fue el síndrome de adaptación pulmonar con 47%, segunda complicación más frecuente Apgar bajo en 41.2% y finalmente los traumas óseos presentándose en 11.8%. No encontrando algunas otras complicaciones, ni presentando ninguna muerte perinatal.^{13,14,16}

CONCLUSIÓN

De acuerdo a los resultados obtenidos, en nuestro medio hospitalario 1 de cada 3 pacientes que se exponen a la realización de cesárea a petición materna, presenta alguna complicación debido a esta intervención quirúrgica, predominando en las pacientes entre 15 a 35 años de edad y 1 de cada 10 presentará alguna complicación neonatal, presentando una tendencia mayor en aquellas mujeres 27-35 años.

Dentro de las complicaciones neonatales, la morbilidad respiratoria sigue siendo la principal dificultad neonatal que se presenta en la resolución de parto por cesárea.

Respecto a las complicaciones maternas, la hemorragia obstétrica sigue siendo la principal complicación que se presenta en parto por cesárea, así como las situaciones posteriores a la que nos lleva su resolución, (ligaduras compresivas, histerectomía, cirugía de control de daños) y por consiguiente mayor tiempo de estancia hospitalaria, necesidad de unidad de cuidados intensivos y tiempo de recuperación.

Del total de pacientes que culminaron su embarazo por parto por cesárea en el periodo establecido y en el universo de muestra estudiado, el 20 % del total se llevaron a cabo por petición materna, porcentaje aún mayor de lo que establece; según la OMS la cesárea por indicación que se estima como indispensable en 10-15% de los partos, disminuye los riesgos de salud materna y neonatal, sin embargo cuando las indicaciones no son precisas, como el caso de cesárea a petición materna, los riesgos sobrepasan los beneficios, por lo que genera diversas complicaciones en mujeres sometidas a procedimientos.

Sin embargo por la muestra de pacientes con la que se contó en este estudio, así como la imposibilidad de contar con un grupo de control (casos y controles), no fue posible realizar las pruebas estadísticas necesarias para poder concluir, si la cesárea electiva representa un factor de riesgo para presentar complicaciones materno-neonatales con respecto a otro tipo de finalización del embarazo.

La decisión final sobre la resolución del embarazo, debe ser un trabajo individualizado sobre los beneficios para la madre y su producto, además de que debe existir la información y acompañamiento a lo largo del control prenatal, que permita el convencimiento de la madre sobre los riesgos y complicaciones de un procedimiento quirúrgico conlleva.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Guía de Práctica Clínica para la Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea México: Instituto Mexicano de Seguro social; 2014. http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/048_GPC_Cesarea/IMS_S_048_08_EyR.pdf
- 2) Norwitz, ER. Cesarean delivery on maternal request, [UpToDate]. Recuperado 8 junio, 2019, de <https://www.uptodate.com/contents/cesarean-delivery-on-maternal-request>
- 3) OMS, HRP, Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea, Departamento de Salud Reproductiva e Investigación Organización Mundial de la Salud (2015), WHO/RHR/15.02
- 4) Castro R. Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. Rev Mex Sociol 2014;76(2):167-197.
- 5) Cópola F. Cesáreas en Uruguay. Rev Med Urug 2015;31(1):7-14.
- 6) OMS, Estadísticas sanitarias mundiales 2014, Organización Mundial de la Salud, Suiza, 2014, WHO/HIS/HSI/14.1
- 7) Vázquez PJC. Abuso de la operación cesárea y el principio de beneficencia. Rev latinoam bioet. 2015;16(1):60-71.
- 8) Jonguitud AA. Cesárea electiva: repercusión en la evolución respiratoria neonatal. Ginecol Obstet Mex 2011;79(4):206-213.
- 9) De Lucca A, Ortiz A, Amenabar S. Cesárea a demanda. Consenso de Obstetricia, FASGO 2014. http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso_Cesarea_a_Demanda.pdf
- 10) Vélez PE, Tovar GV, Méndez VF, et al. Incidencia, Indicaciones y Complicaciones de la Operación Cesárea en el Hospital de Ginecopediatría del IMSS de Hermosillo. Bol Clin Hosp Infant Edo Son 2012;29(2):58-64.
- 11) Schnapp SC, Sepúlveda SE, Robert SJA. Operación Cesárea. Rev Med Clin Condes 2014;25(6):987-992.

- 12) Sáenz CN, Santana SR, Torres L. Cesarean section and vaginal delivery in women with previous cesarean section: comparing maternal and neonatal outcomes. *Rev Per Ginecol Obstet.* 2010;56(3):232-237.
- 13) O'Donovan C, O'Donovan J. Why do women request an elective cesarean delivery for non-medical reasons? A systematic review of the qualitative literature. *Birth* 2018;45(2):109-119.
- 14) Macías VH LG, Monguel HA, Iglesias LJ, et al. Edad materna avanzada como factor de riesgo perinatal y del recién nacido. *Acta Medica Grupo Ángeles.* 2018;16(2):125-132.
- 15) Flores NG, González GN, Torrea NP. Morbilidad neonatal en un grupo de recién nacidos a término con Apgar bajo recuperado. *Pediatr Mex* 2012;14(3):113-116.
- 16) Suárez L, Campero L. Elevada recurrencia a las cesáreas: revertir la tendencia y mejorar la calidad en el parto. ENSANUT, 2012.
- 17) Betrán AP, Moller YJ, Zhang AB, et al. The increasing trend in caesarean section rates: global, regional and national estimates: 1990-2014. *PLOS ONE* 2016;11(2):1-12.
- 18) Martínez SGJ, Grimaldo VPM, Vázquez PGG, et al. Operación cesárea. Una visión histórica, epidemiológica y ética para disminuir su incidencia, *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2015;53(5):608-615.

ANEXOS Y FIGURAS

Hoja de captación

Datos generales:

Afiliación	
Edad	
Gestas	
Partos	
Abortos	
Cesáreas	
Edad gestacional	

Complicaciones maternas

Hemorragia obstétrica	
Histerectomía obstétrica	
Tromboembolismo venoso	
infección puerperal	
Hematoma de herida quirúrgica	
Lesión vesical	
Ruptura uterina	
Muerte materna	
Anestesia fallida	
Recuperación prolongada	

Complicaciones neonatales

Síndrome de adaptación pulmonar	
Taquipnea transitoria	
Lesiones advertidas	
Traumas óseos	

Tabla 1. Frecuencia de complicaciones maternas por grupo de edad

	Muestra	Casos	%
15-26 años	44	14	31.81
27-35 años	56	18	31.81
36-49 años	15	5	40

Tabla 2. Complicaciones maternas

	Casos	%
Hemorragia obstétrica	28	66.7
Histerectomía obstétrica	4	9.5
Tromboembolismo venoso	0	0
Infección puerperal	0	0
Hematoma herida quirúrgica	0	0
Lesión vesical	0	0
Ruptura uterina	0	0
Muerte materna	0	0
Anestesia fallida / punción	5	11.9
Recuperación prolongada	5	11.9

Tabla 3. Complicaciones neonatales por grupo de edad

	Muestra	Casos	%
15-26 años	44	4	9.1
27-35 años	56	9	13.63
36-49 años	15	0	0

Tabla 4. Complicaciones neonatales

	Casos	%
Síndrome de adaptación pulmonar	8	47%
Taquipnea transitoria	0	0
Lesiones inadvertidas	0	0
Traumas óseos	2	11.8%
Apgar bajo	7	41.2%