

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

HOSPITAL ÁNGELES LOMAS

ANÁLISIS DE CESÁREAS ELECTIVAS EN UNA INSTITUCIÓN PRIVADA

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

PRESENTA:

DR. GUSTAVO CRUZ ALARCÓN

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN

DR. SAMUEL KARCHMER KRIVITZKY

ASESOR DE TESIS:

DR. RODRIGO ZAMORA ESCUDERO

MÉXICO D.F. 2012



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.

Dr. Samuel Karchmer Krivitzky
Profesor titular del curso de Ginecología
y Obstetricia del Hospital Ángeles Lomas

Dr. Carlos Quesnel
Jefe del servicio de Ginecología y Obstetricia del
Hospital Ángeles Lomas

Dr. Manuel García Velasco
Jefe de Enseñanza Médica del Hospital Ángeles Lomas

ÍNDICE

RESUMEN -----	4
ABSTRACT -----	5
ANTECEDENTES -----	6
JUSTIFICACIÓN -----	16
OBJETIVOS -----	17
HIPÓTESIS -----	18
MATERIAL Y MÉTODO -----	18
Clasificación de la investigación	
Criterios de inclusión	
Criterios de exclusión	
Criterios de eliminación	
Metodología	
Variables	
ANÁLISIS ESTADÍSTICO -----	20
CONSIDERACIONES ÉTICAS -----	20
RESULTADOS -----	20
DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS -----	25
CONCLUSIONES -----	27
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	29

RESUMEN

ANTECEDENTES. En años recientes se ha puesto especial atención a aquellas cesáreas hechas sin una indicación médica u obstétrica clara, las llamadas “cesáreas electivas”. Una cesárea electiva en una paciente primigesta sana ha sido considerada inaceptable y no es éticamente justificable. Este punto de vista ha sido cuestionado y se ha dado énfasis a la decisión de la paciente sobre la vía de nacimiento.

OBJETIVO. Describir las características de las cesáreas electivas en una institución privada.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se realizó un estudio longitudinal, prospectivo, descriptivo, observacional, durante un periodo de 10 meses. Se incluyeron a las pacientes a quienes se les realizó cesárea sin una justificación médica.

RESULTADOS. Se obtuvieron 100 casos con una edad promedio de 31.9 años. 51% cursaban su segundo embarazo. Las principales indicaciones con que se justificó la cesárea fueron desproporción cefalo-pélvica (47%), cesárea previa (32%), cesárea electiva (aceptada desde un principio y asentada así en el expediente) (8%), estado hipertensivo del embarazo (4%), falta de progresión de trabajo de parto (4%), entre otras.

CONCLUSIONES. La palabra “electiva” no es específica y puede tener múltiples connotaciones. En muchas ocasiones, la decisión de realizar una cesárea se toma en el consultorio y para justificar los gastos médicos con alguna aseguradora, en el expediente se asienta una indicación que no es la real. También es frecuente que se indique una cesárea y que la paciente no cumpla los requisitos para dicha indicación.

Palabras clave: cesárea, electiva, petición materna

ABSTRACT

BACKGROUND. In recent years special attention has been made to those cesareans without a clear medical or obstetric indication, called "elective cesareans". A cesarean section in a healthy primigravida patient was considered unacceptable and is not ethically justifiable. This view has been challenged and has emphasized the decision of the patient on the delivery mode.

OBJECTIVE. Describe the characteristics of elective cesarean section in a private institution.

MATERIALS AND METHODS. We performed a longitudinal, prospective, descriptive, observational study over a period of 10 months. We included patients who underwent cesarean section without medical justification.

RESULTS. 100 cases were obtained with an average age of 31.9 years. 51% were enrolled in her second pregnancy. The main indications that justified cesarean sections were cephalo-pelvic disproportion (47%), previous cesarean section (32%), "pure" elective (8%), hypertensive status of pregnancy (4%), lack of progression of labor (4%), among others.

CONCLUSIONS. The word "elective" is not specific and can have multiple connotations. In many cases, the decision to perform a cesarean section is taken in the office and to justify medical expenses with an insurance company, the record settles an indication that it is not real. They also often indicate a cesarean and the patient is not eligible for this indication.

Keywords: caesarean section, elective, maternal request

ANTECEDENTES

INTRODUCCIÓN

La cesárea segura constituyó un importante avance en las alternativas de atención del parto. Hasta principios de los años sesenta, los incrementos que se presentaron en el uso de este procedimiento en los países desarrollados se asociaron con descensos en la mortalidad materna y neonatal. Cabe destacar que hasta esas fechas los porcentajes de cesáreas en estos países no superaban el 10%. A partir de los años setenta, sin embargo, las cesáreas se incrementaron de manera muy significativa sin que se produjeran mejoras adicionales en la mortalidad de las madres y sus fetos.¹

En años recientes ha habido muchos comentarios en la literatura obstétrica y neonatal sobre el incremento en las tasas de cesáreas. Se ha puesto especial atención a aquellas cesáreas hechas sin una indicación médica u obstétrica clara, las llamadas “cesáreas electivas”.²

"Electivo" es un adjetivo de uso común para describir varias intervenciones obstétricas. Más bien que el uso original previsto del término, su aplicación actual ha evolucionado hacia una connotación negativa que implica que la toma de decisiones para un procedimiento o tratamiento ha sido sin una justificación adecuada. Las limitaciones administrativas para describir los procedimientos, subóptima documentación de los médicos, y la falta de acuerdo en las definiciones, todo ello contribuye a la mala interpretación actual.³

DEFINICIÓN

La etimología del término "electivo" deriva del latín eligere "elegir o seleccionar". Eligere es a su vez deriva de la ex, que significa "fuera" y legere, que significa "para elegir, o leer." De acuerdo a diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, electivo se define como: “que se hace o se da por elección”, es decir, que permite una elección, opcional.⁴ En otras palabras: “beneficioso para el paciente, pero no es esencial para la supervivencia". Permitir una elección, sugiere una situación en la que el médico o el paciente (o ambos) tiene dos (o más) opciones de manejo para decidir,

pero no implica que uno tiene más valor o beneficio que el otro. Sin embargo, "beneficioso para el paciente pero no es esencial para supervivencia" implica el contexto en el que hay un cierto juicio de valor de las opciones. Aunque sutil, esta incompatibilidad inherente en la definición es el principal fuente de la confusión y la causa de la problemática cuestiones relacionadas con el uso del término en obstetricia.³

Documentación reciente muestra que las tasas de cesárea están en aumento, tanto para las mujeres que no han tenido cesárea anterior (primaria) y para las mujeres que han tenido una cesárea (repetición). De particular interés son las cesárea que son electivas. Estas cesáreas pueden incluir procedimientos médicos y obstétricos indicados que generalmente ocurren antes del parto. También pueden incluir procedimientos para los cuales no existe una clara indicación médica u obstétrica. Existe una preocupación cada vez mayor ya que existe una creciente tasa de estos últimos procedimientos. Estas cesáreas se conocen como "por petición materna" y se llevan a cabo por comodidad, preservación del piso pélvico, y la reducción de la morbilidad materno-neonatal.⁵

JUSTIFICACIONES DEL AUMENTO DE CESÁREAS ELECTIVAS

Hay evidencia creciente de que el concepto de daño permanente del piso pélvico después de un parto. Los estudios epidemiológicos muestran consistentemente asociación entre la paridad por un lado e incontinencia por estrés o prolapso de órganos pélvicos, por otro lado. La evidencia clínica hasta la fecha se basa principalmente en neurofisiológica. Los estudios implican daño del nervio pudendo y datos de imágenes de trauma del esfínter anal. Varios de los documentos han sido publicados investigando el efecto del parto sobre la movilidad del cuello vesical en relación con la sínfisis del pubis, asumiendo que es una medida de la integridad de las estructuras fasciales del compartimiento anterior. Sin embargo, los resultados hasta la fecha no son concluyentes. Todo esto ha generado una creciente tasa de cesáreas electivas o por petición materna.⁶

Las cesáreas primarias por petición materna generan controversia clínica y ética. Hasta el momento, la información sobre las tendencias en el uso de cesáreas electiva

por petición materna para apoyar o disipar las preocupaciones ha sido insuficiente. Esto es debido al hecho de que uno no puede fácilmente identificar las cesáreas electivas primarias de los datos hospitalarios, ya que los certificados de nacimiento y el registro de alta hospitalaria no mencionan si la cesárea fue electiva.⁵

A pesar del objetivo de reducir la tasa de cesáreas al 15% de todos los nacimientos, ha continuado aumentando. No hay estimaciones fiables de la proporción de cesárea por petición materna. La cesárea por petición materna ha atraído mayor interés y publicidad, una razón es que estudios recientes sugieren que puede reducir el riesgo de trastornos del piso pélvico, como incontinencia urinaria, prolapso de órganos pélvicos y la incontinencia fecal, en comparación con el parto vaginal (como se comentó en párrafos previos). La cesárea planificada también ofrece a las madres y los médicos la posibilidad de programar la fecha de nacimiento.⁷

La cesárea, al igual que cualquier cirugía mayor, está asociada con riesgos. Los riesgos como: reacciones adversas a la anestesia, sangrado, infección, lesión del tracto urinario, problemas respiratorios del recién nacido y laceraciones neonatales. Además, el tiempo de recuperación por lo general más largo que un parto vaginal.⁷

Organizaciones como la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), apoyan el parto y creen que la práctica de la cesárea por petición materna carece de justificación ética.⁸ Sin embargo, el Comité de Ética del American College of Obstetrician and Gynecologists (ACOG) determina que el médico está éticamente justificado en la realización de una cesárea por petición materna si cree que promueve la salud y el bienestar general de la mujer y su feto, pero se justifica por igual al negarse a realizar una si el médico cree que son perjudiciales para la mujer y su feto.⁹

EVIDENCIAS ACTUALES

Ha habido varios estudios tratando de describir los resultados de una cesárea electiva comparados con parto o con cesárea después de haber estado en trabajo de parto, sin embargo, no hay datos contundentes que apoyen o rechacen las cesáreas electivas. Lo anterior se puede resumir en el estudio hecho por Visco et. al.⁷ quienes publicaron los siguientes resultados:

<i>Resultado materno</i>	<i>Efecto</i>	<i>Nivel de evidencia</i>
Mortalidad materna	No evidencia de diferencia entre parto y cesárea	III
Infección	Menor riesgo con cesárea electiva que con parto o cesárea de emergencia	III
Complicaciones anestésicas	Menor riesgo con parto	III
Hemorragia	Menor riesgo con cesárea electiva que con parto	II
Histerectomía	No evidencia de diferencia	III
Tromboembolismo	No evidencia de diferencia	III
Complicaciones quirúrgicas	Menor riesgo con cesárea electiva. Menor riesgo de daño a piso pélvico con cesárea electiva	III
Lactancia	No evidencia de diferencia	III
Dolor postquirúrgico	No evidencia de diferencia	III
Depresión postparto	No evidencia de diferencia	III
Resultados psicológicos	Menor riesgo de experiencias negativas con cesárea electiva	III
Estancia intrahospitalaria	Mayor estancia con cesárea que con parto	II
Incontinencia urinaria	Menor riesgo con cesárea electiva	III
Función anorectal	Menor riesgo con cesárea electiva	III
Prolapso de órganos pélvicos	No evidencia	IV
Función sexual	No evidencia de diferencia	III
Fertilidad subsecuente	No evidencia de diferencia	IV
Ruptura uterina	No diferencia en ruptura asintomática. Riesgo ligeramente elevado con ruptura sintomática al tener parto después de cesárea que cesárea electiva de repetición	II
Placenta previa	Riesgo elevado con cesárea. Aumenta con el número de cesáreas	II
Muerte fetal	No hay evidencia de diferencia	IV

Fuente: Visco A, Viswanathan M, Lohr K, Wechter M, Gartlehner G, Wu J, et al. Cesarean delivery on maternal request. Maternal and neonatal outcomes. *Obstet Gynecol* 2006;108:1517-1529

Aunque el debate se ha centrado en el papel de la elección del paciente en la cesárea electiva antes del inicio del trabajo de parto, es sorprendente que los roles de las preferencias de las pacientes y los médicos que ofrecen la realización de una cesárea después del trabajo de parto se han descuidado. Ha surgido una entidad clínica llamada “*cesárea electiva intraparto*” en la cual, se inicia el trabajo de parto y durante

el mismo, se le da la opción a la paciente de continuar con trabajo de parto o realizar cesárea. Kalish et. al. publicó un estudio en donde hubo 2.650 nacimientos, entre ellos 936 por cesárea. De las cesáreas, 422 (45,1%) se realizaron en pacientes con trabajo de parto. La indicación para la cirugía fue de distocia en el 60%, estado fetal no tranquilizante en el 39%, y desprendimiento en el 1%. De las 422 cesáreas intraparto, al 13% de las pacientes se les ofreció cesárea antes de una clara indicación médica, y el 8,8% de pacientes solicitó cesárea en algún momento, mientras estaban en trabajo de parto. En general, 18,7% de las pacientes, solicitó o se les ofreció cesárea. Las razones para ofrecer cesárea fue una falta de progresión de trabajo de parto, bienestar materno o fetal y la sospecha de macrosomía. El agotamiento de la madre, el miedo a pujar, o preocupación sobre el estado fetal fueron las principales razones por las que las pacientes solicitaron cesárea.¹⁰

Este estudio cuantifica dos situaciones anteriormente indocumentadas que podrían estar influyendo en la tasa de cesáreas intraparto: las pacientes a quienes se les ofrece y las pacientes que solicitan cesárea, cuando no está claramente indicado (13% y el 8,8%, respectivamente).¹⁰

También se ha visto que influyen las características de los médicos como un factor determinante para ofrecer una cesárea intraparto. Los médicos con más edad, así como los que cuentan con alguna subespecialidad, son más propensos a ofrecer una cesárea intraparto. Una posible explicación para estos hallazgos es que estos médicos pueden tener más enseñanza ética a través de la educación o conferencias, que pueden aumentar la importancia de la autonomía de la paciente. Sin embargo, algunas pacientes están interesadas en jugar un mayor papel en su cuidado y pueden buscar los médicos que respondan a esta demanda.¹¹

Sabemos que las cesáreas en México se han incrementado considerablemente en los últimos 10 años, en particular en las instituciones de la seguridad social y en el sector privado; los niveles alcanzados superan con mucho el estándar fijado por la OMS. Este incremento está asociado con el nivel socioeconómico de las entidades federativas, y la oferta de servicios de especialidad también parece jugar un papel importante en el crecimiento explosivo de este procedimiento.¹

Se ha observado una relación directa entre el porcentaje de cesáreas y los niveles de ingreso de la población. La probabilidad de cesárea es mayor cuando un nacimiento se atiende en clínicas privadas y la madre pertenece a estratos de ingresos medios y altos. En esta relación influyen múltiples factores, pero destacan dentro de ellos los incentivos financieros, tanto para los proveedores directos del servicio como para los hospitales, y la preferencia que por razones de *estatus* o seguridad, entre otras, manifiestan las mujeres de las clases media y alta por este tipo de procedimiento. En México, Campero y colaboradores han sugerido que algunos gineco-obstetras, atraídos sobre todo por beneficios económicos y con argumentos de una mayor seguridad y menores efectos secundarios, han creado una demanda de cesáreas entre las mujeres de los grupos socioeconómicos más favorecidos.¹

Al igual que en otros ámbitos geográficos, en México la disponibilidad de especialistas está estrechamente ligada con la frecuencia de las cesáreas. Hay autores que sugieren que este hecho está relacionado con una creciente disponibilidad de mejor tecnología quirúrgica que los especialistas "no pueden dejar de utilizar", en contraste con los médicos generales y familiares, que no están capacitados para hacer uso de ella. Esta tecnología, además, es promocionada de manera muy agresiva por la industria.¹²

El perfil del especialista juega también un papel central. Muchos obstetras, formados en ambientes cada vez más intervencionistas, están mejor capacitados para atender partos quirúrgicos que para atender nacimientos que podrían efectuarse de manera segura por vía vaginal. Berkowitz y colaboradores también encontraron que los médicos jóvenes tienen mayor probabilidad de llevar a cabo una cesárea cuando enfrentan problemas de distocia que los médicos más experimentados.^{13,14}

COSTOS DE LA CESÁREA ELECTIVA

Las intervenciones quirúrgicas pueden tener un costo económico de un nivel aceptable entendiendo que existe un beneficio a la paciente o a la sociedad. La cuestión más importante en la comprensión de los costos económicos de la cesárea electiva es saber si existe cualquier beneficio que se acumule a la madre, al feto, o la sociedad. Si la cesárea electiva fuera completamente innecesaria (es decir, sin ningún

beneficio en absoluto), cualquier inversión de los recursos económicos sería aconsejable sólo si los costos fuesen menores. Por el otro lado, si las madres solicitan una cesárea electiva para reducir los riesgos, una inversión en la intervención puede ser útil si los costos son razonables en relación a la mejora de resultados.¹⁵

La elección de que tipo de costos incluir es una decisión crítica en los análisis económicos. Las categorías incluyen los costos directos, que se refieren a los costos que se pueden asignar a pacientes individualmente. Estos costos incluyen los gastos médicos directos, tales como: hospital, medicamentos, honorarios médicos, etc.; y los costos directos no médicos, tales como: costo de estacionamiento o comidas mientras reciben tratamiento médico, entre otros. Los gastos generales se refieren a los costos que son compartidos entre las pacientes, tales como la calefacción o los costos administrativos para el hospital. Los costos indirectos o de productividad son los relacionados con la disminución de ingresos o la contribución del trabajo por la paciente o la familia durante una enfermedad o como consecuencia de una enfermedad crónica. Debido a que la evaluación económica se utilizará para determinar la política de una comunidad, el enfoque ideal en el análisis económico es tomar un punto de vista de la sociedad en el que se intenta informar de todos los costos, independientemente de las partes involucradas. Los individuos con intereses particulares, como el gobierno o las aseguradoras, pueden tomar una perspectiva más restringida.¹⁵

Las estimaciones de costos para la cesárea y parto varían ampliamente entre los estudios que se han hecho. Por cesárea sin trabajo de parto, estimaciones de costos van desde \$918 a \$7814 USD (dólares americanos). En comparación con parto sin complicaciones o un parto exitoso después de una cesárea previa, la cesárea electiva es más cara en la mayoría los estudios reportados, con diferencias de costos que van desde \$139 a \$2294 USD. Tales diferencias probablemente incluyen las consecuencias financieras de la cesárea por solicitud materna, sin embargo, la comparación de la cesárea electiva con trabajo de parto no puede producir ahorros de costos, porque una parte de esos trabajos de parto fallidos conduce a un nacimiento por cesárea, lo que resulta en costos más elevados debido a una mayor duración de la estancia, con sus costos asociados incluyendo al personal. En los trabajos publicados

que informaron las estimaciones de costos de la cesárea con y sin trabajo de parto, estas últimas fueron siempre mayores.^{16,17}

En nuestro país, la información de costos sobre cesárea es limitada. No existen datos sobre costos de cesáreas electivas, ya que las instituciones de salud no apoyan dichas cesáreas. La mayoría de éstas se realizan en instituciones privadas, de las cuales los costos son muy variables, y los datos difíciles de obtener de forma confiable, ya que muchas veces no son reportadas como electivas.

Existen pocos datos sobre el costo de una operación cesárea. Al respecto, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), a través de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD's), realizó un análisis encontrando que las cesáreas incrementan el gasto por nacimiento en más de un 35%, y al extrapolar ese dato al total de pacientes estimado anualmente, se calculó un costo adicional aproximado de 1,020 millones de pesos al año.¹⁸

A pesar de las pruebas contradictorias, el aumento de los costos y los riesgos potenciales de la cesárea sin indicación médica, algunas mujeres todavía desean llevar a cabo el procedimiento debido a la ansiedad o el deseo de reducir algunos resultados maternos y neonatales. En términos económicos, estas mujeres podrían poner un valor más alto en los beneficios percibidos y un valor más bajo en los riesgos percibidos. Esta ponderación de las preferencias se puede cuantificar través de entrevistas con la paciente y se expresa como una "utilidad" o "disposición a pagar". Este tipo de preferencias podría ayudar a priorizar la política relativa a las intervenciones que ofrecer. Hasta la fecha, ningún estudio parece haber evaluado las preferencias de la madre para cesárea electiva de esta manera.^{19,20}

DEBATE DE LA CESÁREA ELECTIVA

Durante los últimos años, hemos visto un aumento constante de la tasa de cesárea, incluyendo las cesáreas electivas y las cesáreas por petición materna. Problemas médico-legales contribuido en gran medida a esta tendencia, pero sigue habiendo dudas sobre si ha mejorado los resultados perinatales. Muy poco se ha hecho para examinar o controlar las cesáreas realizadas por desproporción céfalo-pélvica o estado

fetal no tranquilizante. La inducción electiva del trabajo de parto, la falta de progresión y los trazos de la frecuencia cardíaca no reactivos, han contribuido al aumento de la tasa de cesáreas. Algunos médicos recurren a la cesárea sobre la base de evaluaciones subjetivas de que el éxito de la inducción es poco probable, o que las contracciones uterinas son adecuadas, lo que hace una prueba de estimulación con oxitocina innecesaria. El monitoreo electrónico fetal de embarazos de bajo riesgo en gran medida ha continuado sin cesar a pesar de altas tasas de falsos positivos.²¹

Sin embargo, lo más intrigante es el creciente interés en ofrecer una cesárea electiva a cualquier mujer que lo solicite. Los partidarios citan como justificación razones tales como los derechos de las pacientes, baja morbilidad y la supuesta prevención de trastornos de soporte de la pelvis atribuido a un parto vaginal. Con la creciente aceptación de más razones para evitar el parto vaginal, el entusiasmo es creciente tanto para cesárea electiva primaria y la cesárea electiva de repetición.²¹

El presunto riesgo aumentado de muerte materna con una cesárea electiva, ha sido tradicionalmente una razón de peso para rechazar una política de acceso universal al nacimiento por cesárea o cesárea por petición materna. Sin embargo, una buena evidencia se está acumulando de que esto ya no es así, la morbilidad materna y la mortalidad por cesárea electiva a término antes del comienzo del trabajo de parto parecen ser similares a los asociados con un nacimiento vía vaginal. Sin embargo, los riesgos maternos (en particular, la placenta previa, placenta acreta, y la ruptura uterina) en los siguientes embarazos en mujeres con cesáreas previas merecen un examen cuidadoso. Después de una cesárea el riesgo de placenta previa en el siguiente embarazo es entre 1% y 4%, y después hay un aumento lineal, de tal manera que después de cuatro cesáreas el riesgo de placenta previa en el siguiente embarazo se acerca a 10%. La placenta acreta está directamente relacionado tanto a la placenta previa como a la cesárea previa, y hasta 7% de las mujeres con placenta acreta mueren.²²

En mujeres con placenta previa, la tasa de placenta acreta se incrementa del 4% en aquellas que no tienen cesárea previa hasta 25% después de una cesárea, y hasta un 65% después de múltiples cesáreas. El riesgo de ruptura (no dehiscencia) de una cicatriz transversal uterina en una cesárea posterior es del 0,5% (una de 200) . Por otra

parte, algunas pacientes con ruptura uterina sintomática y dos tercios de las mujeres con placenta acreta requerirán cesárea-histerectomía.²³

Teniendo en cuenta la morbilidad, el debate sobre la cesárea electiva o por petición materna debe tener en cuenta toda la vida reproductiva de la mujer. Los futuros informes que describan la morbilidad y la mortalidad relacionada con la vía de nacimiento deben presentar datos que no eleven artificialmente estos parámetros ni reducir los riesgos asociados con la cesárea. Por lo tanto, deben separar las cesáreas electivas verdaderas de las demás, y también deben incluir a las mujeres que han sido objeto de múltiples cesáreas electivas en el denominador.²²

PREGUNTAS SIN RESPUESTA

Hay muchas preguntas sin respuesta con respecto a la cesárea electiva a término, y es importante tratar de responder antes de tomar parte al realizar un proceso de consentimiento informado. ¿Cómo debemos manejar la mujer que inicia trabajo de parto antes de las 39 semanas? ¿Hay un punto en el trabajo de parto (dilatación y descenso) en el que es demasiado tarde para que la cesárea sea en beneficio del piso pélvico? En términos de la fisiología anorrectal, el efecto protector de la cesárea se manifiesta sólo si se realiza antes de una dilatación cervical de 8 cm. ¿Hay un tamaño fetal o edad gestacional por debajo del cual el parto no es perjudicial para el piso pélvico? Al existir cada vez más mujeres obesas, ¿los riesgos de la cesárea electiva serán mayor de lo previsto? La obesidad es en sí misma es uno de los factores de riesgo para la incontinencia urinaria, que puede disminuir el valor del enfoque "preventivo" de la cesárea en esta población. ¿Cómo debemos analizar los aspectos económicos de la cesárea por petición materna? ¿Cómo podemos equilibrar el costo de una cesárea electiva con el de tratamientos para los trastornos del piso pélvico? La respuesta simple a estas preguntas es: se necesitan más estudios para poder validar, refutar y aumentar los datos actuales.^{22,24}

JUSTIFICACIÓN

La cesárea es una de las cirugías más realizadas en todo el mundo. En los últimos años ha habido un incremento notable en los nacimientos por esta vía, lo que representa mayores costos para los sistemas de salud, además de que hay muchos estudios que reportan mayor morbi-mortalidad materna y neonatal.

Ha llamado la atención la realización de cesáreas sin una justificación médica o cesáreas por petición materna. Esto ha traído un intenso debate entre los diferentes especialistas, ya que implica razones éticas y médicas. Por un lado esta la autonomía de la paciente a decidir sobre su propio tratamiento, el incremento en las demandas a los médicos, evidencia de menor lesión al piso pélvico comparado con parto, etc. Por otro lado esta el riesgo quirúrgico al que se somete una paciente, los datos controvertidos de mayor morbi-mortalidad materna y neonatal, así como el aumento en costos de tratamiento.

En varios estudios se ha demostrado que la cesárea electiva en pacientes sanas sin trabajo de parto no conlleva mayores riesgos y complicaciones comparada con un parto. En nuestro país no existen estudios de este tipo ya que en las instituciones de salud pública no esta acepado realizar cesárea de manera electiva. Donde se realizan son es instituciones privadas, las cuales no siempre reportan datos fidedignos.

OBJETIVOS

Objetivo principal:

- Describir las características de las cesáreas electivas en una institución privada.

Objetivos específicos:

- Establecer las indicaciones más usadas para realizar una cesárea electiva
- Determinar las complicaciones que se presenten en estas pacientes y sus recién nacidos
- Conocer las horas del día a las que se realizan más cesáreas electivas

HIPÓTESIS

Las cesáreas electivas en pacientes sanas con embarazos de término y sin trabajo de parto, no representan mayores complicaciones maternas o fetales comparados con un parto.

MATERIAL Y MÉTODOS

Clasificación de la investigación:

Se realizó un estudio longitudinal, prospectivo, descriptivo, observacional.

Criterios de inclusión:

Se incluyeron a las pacientes sanas con embarazo único, de término, a quienes se les realizó cesárea sin tener una justificación médica o cuyo médico tratante indicaba la cesárea por petición materna. Es importante hacer notar que el diagnóstico que está asentado en algunos expedientes es únicamente para justificar la realización de la cesárea y evitar problemas legales o para hacer válidos los seguros de gastos médicos, y no constituye en si la razón principal de la cesárea. En algunos casos, las pacientes no cumplieron con los requisitos para poder establecer un diagnóstico que justificara una cesárea (como falta de progresión de trabajo de parto o desproporción cefalopélvica) y se consideró como electiva.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que cumplieran con requisitos para indicar una cesárea.
- Pacientes con alguna patología obstétrica que requiriera cesárea de urgencia.
- Embarazos múltiples.

Criterios de eliminación:

- Expedientes incompletos.

METODOLOGÍA

Se hizo una revisión de expedientes clínicos y notas de ingreso de las pacientes que ingresaban al área de labor del Hospital Ángeles Lomas durante un periodo de diez meses (mayo 2011-febrero 2012). Se recabaron datos de todas las pacientes que cumplían con criterios de inclusión.

Se consideraron variables demográficas como: edad, paridad, antecedentes personales patológicos. Las variables quirúrgicas fueron: indicación de la cesárea asentada en el expediente, sangrado transquirúrgico, días de estancia intrahospitalaria, complicaciones quirúrgicas, hora de realización del procedimiento. También se analizaron variables relacionadas con el feto como: sexo, hora de nacimiento, puntaje de Apgar al minuto y a los 5 minutos de nacido, peso y complicaciones neonatales.

Los datos obtenidos se capturaron en una base de datos de Excel y se utilizaron fórmulas propias del programa para obtener promedios.

VARIABLES DEL ESTUDIO

Variable	Tipo de variable	Unidad de medición
Edad	Continua	Años
Paridad	Discontinua	Número
Semanas de gestación	Continua	Número
Enfermedades concomitantes	Ordinal	
Indicación de la cesárea	Ordinal	
Sangrado transquirúrgico	Continua	Mililitros
Complicaciones quirúrgicas	Ordinal	
Estancia intrahospitalaria	Continua	Días
Sexo del recién nacido	Ordinal	
Hora de nacimiento	Continua	Horas
Calificación de Apgar	Continua	Número
Peso	Continua	Miligramos
Complicaciones neonatales	Ordinal	
Estancia intrahospitalaria del recién nacido	Continua	Días

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

La recolección de datos se llevó a cabo en el programa Microsoft Excel. Se realizó un análisis cuantitativo y cualitativo de las variables del estudio. El primero será a través de estadística descriptiva. El segundo a través de codificación e interpretación de datos.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

No existen consideraciones éticas a analizar debido a que es un estudio descriptivo y observacional.

RESULTADOS

Se obtuvieron 100 casos de pacientes a quienes se realizó cesárea sin una justificación médica, con un rango de edad entre los 17 y los 41 años, con una edad promedio de 31.9 años. (Figura 1) Del total de pacientes, 29 cursaban su primer embarazo, 51 su segundo embarazo, 19 estaban en su tercera gesta y hubo 1 caso de gesta 5 con antecedente de 1 parto y 3 abortos. (Figura 2)

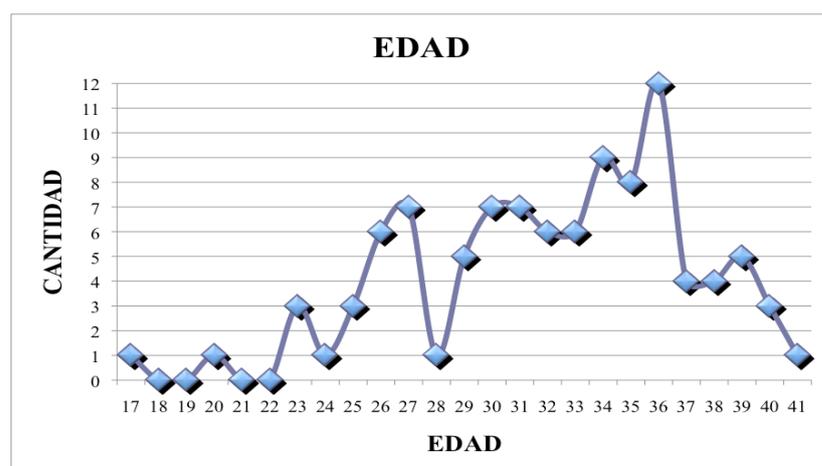


Figura 1. Edad de las pacientes



Figura 2. Número de embarazos

Las indicaciones con que se justificó la cesárea fueron desproporción cefalo-pélvica en el 47% de los casos, cesárea previa en 32%, cesárea electiva (aceptada desde un principio y asentada así en el expediente) en 8%, estado hipertensivo del embarazo 4%, falta de progresión de trabajo de parto 4%, cérvix desfavorable 1%, realización de OTB 1%, antecedente de trombosis venosa profunda 1%, ruptura prematura pretérmino de membranas (no comprobada) 1% y probable restricción del crecimiento intrauterino 1% (Figura 3). De las cesáreas por cesárea previa (32 casos), se investigó la indicación de la cesárea previa siendo la desproporción cefalo-pélvica la principal en el 31.2%, cesárea electiva o por petición materna en 28.1%, falta de progresión de trabajo de parto en 15.6%, preeclampsia en 9.3%, oligohidramnios en 3.1%, condilomas vulvares 3.1%, talasemia 3.1%, embarazo gemelar 3.1% y óbito en 3.1%. (Figura 4)

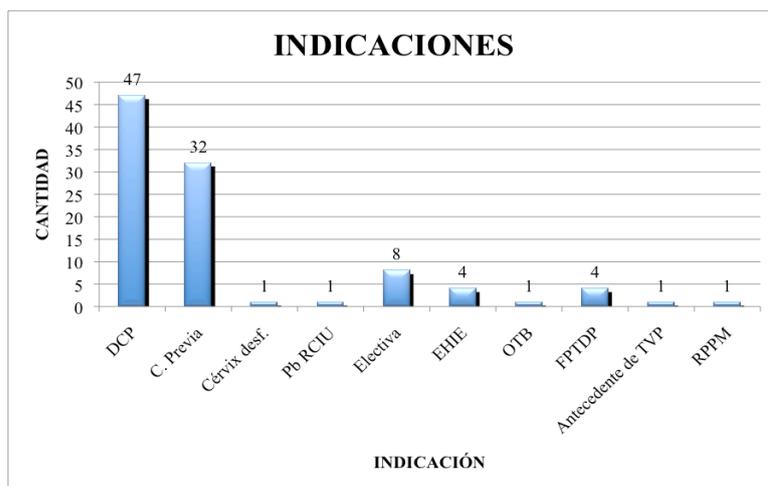


Figura 3. Indicación de la cesárea asentada en el expediente

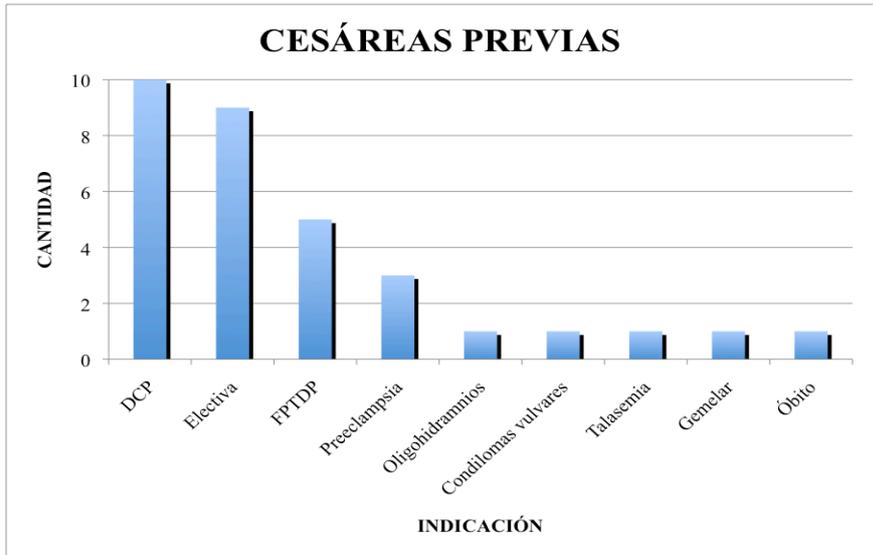


Figura 4. Indicación de la cesárea previa en las cesáreas indicadas por cesárea previa

La hora de nacimiento de la gran mayoría de estos casos comprende entre las 7 y las 10 AM (68%) (Figura 5). Hubo únicamente 2 casos de hemorragia obstétrica (sangrado mayor de 1000 ml) que no requirieron transfusiones ni mayor estancia hospitalaria. No se reportaron otro tipo de complicaciones quirúrgicas ni médicas. El sangrado transquirúrgico no fue considerable (a excepción de las 2 hemorragias obstétricas), sin embargo, llama la atención que sea muy parecido en la mayoría de las ocasiones. (Figura 6)

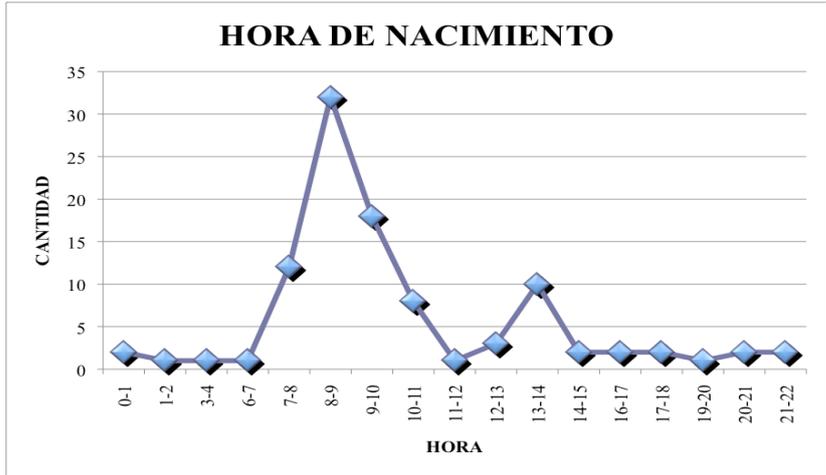


Figura 5. Hora de nacimiento

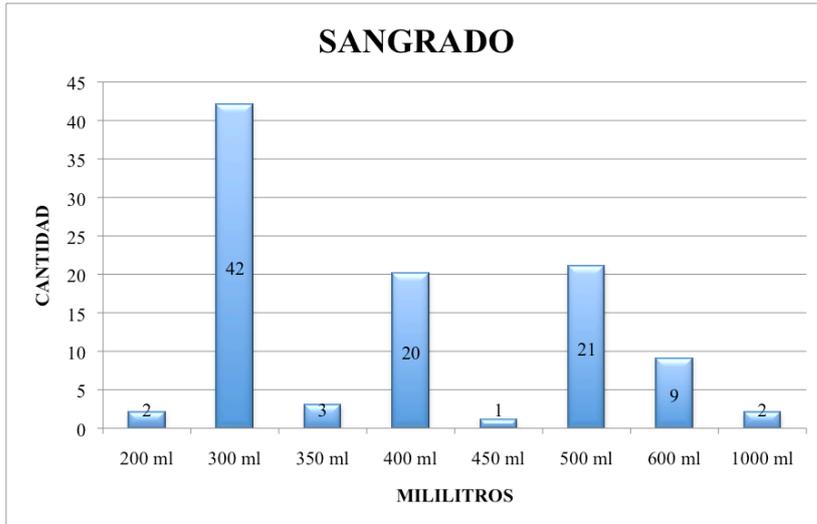


Figura 6. Sangrado transquirúrgico

Los recién nacidos tuvieron puntajes de Apgar al minuto entre 8 y 9 (99%) y a los 5 minutos entre 9 y 10 (99%) (Figuras 7 y 8). No hubo diferencia en cuanto al sexo de los recién nacidos (Figura 9). El peso promedio fue de 2593 g. (Figura 10). La estancia intrahospitalaria de madres y recién nacidos fue de 3 días en el 100% de los casos. (Figura 11)

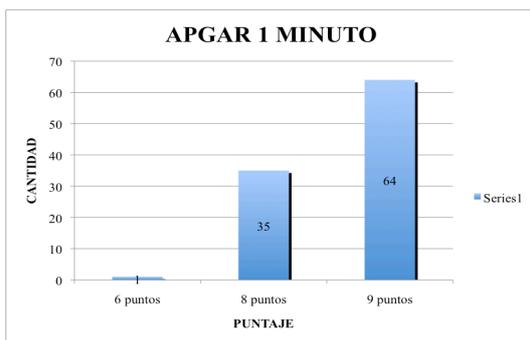


Figura 7. Apgar a 1 minuto

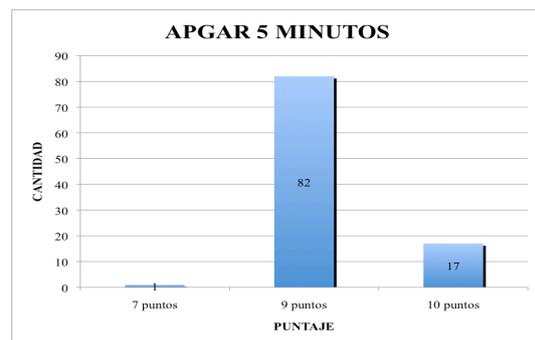


Figura 8. Apgar a los 5 minutos

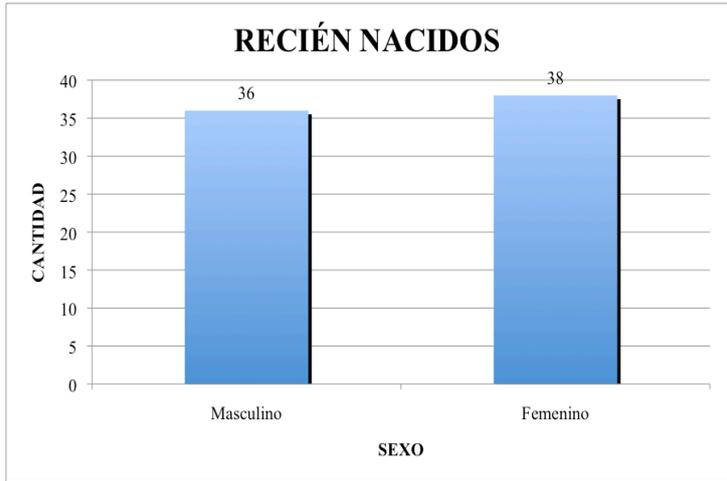


Figura 9. Sexo de los recién nacidos

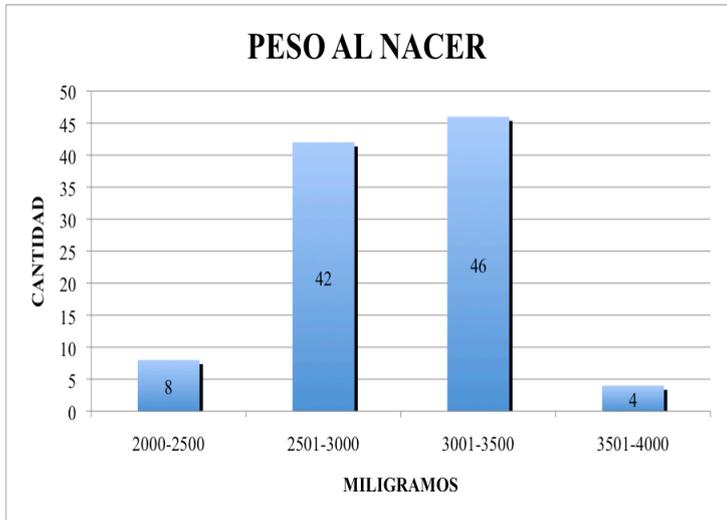


Figura 10. Peso al nacer



Figura 11. Días de estancia intrahospitalaria de la madre y del recién nacido

DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Aunque “permitir una opción” o “benéfico pero no esencial” parece justificar el término “electivo”, la palabra “electiva” no es específica para la ciencia y puede tener múltiples connotaciones. Usar y sobreusar la palabra “electiva” no comunica nada específico. Sabemos que existen múltiples puntos de vista acerca de una cesárea, y que el obstetra siempre vela por la mejor atención de sus pacientes. En muchas ocasiones, la decisión de realizar una cesárea se toma en el consultorio en conjunto con la paciente y para justificar los gastos médicos con alguna aseguradora, en el expediente se asienta una indicación que no es la real. También es frecuente que se indique una cesárea y que la paciente no cumpla los requisitos para dicha indicación como una desproporción cefalo-pélvica.

La principal indicación asentada en los expedientes fue desproporción cefalo-pélvica. Ninguna de estas pacientes cumplió con los requisitos para establecer el diagnóstico de desproporción cefalo-pélvica. Es importante hacer notar que en las cesáreas por cesárea previa, la indicación de la cesárea primaria también fue desproporción cefalo-pélvica.

Llama la atención también la hora de nacimiento, siendo principalmente entre las 7 y las 10 AM, teniendo otro pico a medio día. Un horario cómodo para el médico y la paciente.

Existe un aspecto muy delicado que ha cobrado mucha fuerza en los últimos años, y es el miedo a problemas legales. En ocasiones el obstetra prefiere realizar una operación cesárea programada, con todo preparado y evitar complicaciones que pudieran presentarse en un trabajo de parto como dolor, desgarros, puntajes de Apgar bajos, etc., que pudieran ser causa de demandas por parte de pacientes especiales.

También existen ocasiones en que, por cuestiones logísticas como distancias, fechas importantes, viajes, etc., ya sea por parte del médico o de la paciente, se programa una operación cesárea.

Tener antecedente de cesárea previa es un factor de riesgo para una nueva cesárea. Muchos médicos ponen en práctica el viejo dicho de “una vez cesárea, siempre cesárea”. En estos casos es importante conocer la indicación de la cesárea previa y hacer un balance junto con la situación actual para ver si realmente está justificada o no la cesárea, aun cuando la literatura médica no lo justifique.

En este estudio pudimos notar que en nuestra institución, la operación cesárea no es causa de mayores complicaciones maternas ni neonatales.

CONCLUSIONES

- La cesárea electiva cobra cada vez mayor importancia en un medio hospitalario privado.
- La cesárea por petición materna se presenta cada vez con mayor frecuencia, sin embargo, no siempre es reportado.
- Existe cierta presión social y por parte de la paciente para finalizar embarazos por medio de cesárea electiva, incluyendo argumentos como muchas veces con poco o nulo sustento científico.
- Los seguros de gastos médicos no cubren cesáreas electivas, por lo que en muchas ocasiones, los expedientes se “*maquillan*” con la única intención de que la paciente y el médico puedan recibir el pago correspondiente de la aseguradora.
- El miedo a demandas ha hecho que los médicos opten por realizar cesáreas electivas bajo un ambiente controlado para evitar complicaciones al feto y a la paciente.
- No existen mayores complicaciones quirúrgicas.
- El sangrado transquirúrgico estimado por procedimiento no representa una gran diferencia comparado con otro tipo de cesáreas.
- No existieron complicaciones neonatales.
- La hora de nacimiento representa una comodidad tanto para el médico y todo el personal de salud como para la paciente y sus familiares, ya que el médico planea la hora quirúrgica y la paciente planea su estrategia para ser hospitalizada y dejar en orden asuntos del trabajo, hogar, finanzas, etc. Además de que en las horas pico de nacimiento, existe mayor personal de salud (enfermeras, camilleros, residentes, etc.) disponible en el hospital.

- La cesárea electiva o por petición materna en pacientes sanas con embarazo de término, no representa mayor morbi-mortalidad neonatal en una institución como la nuestra.

BIBLIOGRAFÍA

1. Puentes-Rosas E, Gomez-Dantes O, Garrido-Latorre F. Las cesáreas en México: tendencias, niveles, y factores asociados. *Salud Pública Méx* 2004;46(1): 16-22
2. Williams H. The ethical debate of maternal Choice and autonomy in cesarean delivery. *Clin Perinatol* 2008;35:455-462
3. Berghella V, Blackwell S, Ramin S, Sibai B, Saade G. Use and misuse of the term “elective” in obstetrics. *Obstet Gynecol* 2011;117:372-376
4. Diccionario de la Real Academia Española. Consultado en www.rae.es
5. Meikle S, Steiner C, Zhang J, Lawrence W. A nacional estimate of the elective primary cesarean delivery rate. *Obstet Gynecol* 2005;105:751-756
6. Dietz H, Bennett M. The effect of childbirth on pelvic organ mobility. *Obstet Gynecol* 2003;102:223–228
7. Visco A, Viswanathan M, Lohr K, Wechter M, Gartlehner G, Wu J, et al. Cesarean delivery on maternal request. Maternal and neonatal outcomes. *Obstet Gynecol* 2006;108:1517-1529
8. Irion O, Hirsbrunner P, Morabia A. Planned vaginal delivery versus elective caesarean section: a study of 705 singleton term breech presentations. *Br J Obstet Gynaecol* 1998;105:710–717
9. Surgery and patient choice: the ethics of decision making. ACOG Committee Opinion 289. American College of Obstetricians and Gynecologists. 2003;102:1101-1106
10. Kalish R, McCullough L, Gupta M, Thaler H, Chervenak F. Intrapartum elective cesarean delivery: a previously unrecognized clinical entity. *Obstet Gynecol* 2004;103:1137-1141

11. Bost B. Cesarean delivery on demand: what will it cost? *Am J Obstet Gynecol* 2003;188:1418–1421
12. Groopman J. A knife in the back. *New Yorker* 2002; 8:66-73
13. Goyert G, Bottoms S, Treadwell M, Nehra P. The physician factor in caesarean birth rates. *N Engl J Med* 1989;320:706-709
14. Berkowitz GS, Fiarman GS, Mojica MA. The effect of physician characteristics on the caesarean birth rates. *Am J Obstet Gynecol* 1989;161:146-149
15. Zupancic J. The economics of elective cesarean section. *Clin Perinatol* 2008;35:591-599
16. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion No. 394, December 2007. Cesarean delivery on maternal request. *Obstet Gynecol* 2007;110:1501
17. Chung A, Macario A, El-Sayed Y, et al. Cost-effectiveness of a trial of labor after previous cesarean. *Obstet Gynecol* 2001;97:932–941
18. Instituto Mexicano del Seguro Social. Evaluación de los riesgos considerados en el programa de administración de riesgos institucionales. Octubre 2009
19. Petrou S, Henderson J. Preference-based approaches to measuring the benefits of perinatal care. *Birth* 2003;30:217–226
20. Henderson J, Petrou S. The economic case for planned cesarean section for breech presentation at term. *CMAJ* 2006;174:1118–1119
21. Scott J. Putting elective cesarean into perspective. *Obstet Gynecol* 2002;99:967-968

22. Nygaard I, Cruikshank D. Should all women be offered elective cesarean delivery? *Obstet Gynecol* 2003;102:217-219

23. Flamm B, Goings J, Yunbao L, Wolde-Tsadik G. Elective repeat cesarean delivery versus trial of labor: A prospective multicenter study. *Obstet Gynecol* 1994;83:927-931

24. Fynes M, Donnelly V, O'Connell P, O'Herlihy C. Cesarean delivery and anal sphincter injury. *Obstet Gynecol* 1998;92:496-500