

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Cesárea: beneficios y riesgos

Paola Morales Gómez,* José Alberto Hernández Martínez,** Jasibe García Rojas,** Esmeralda Islas López*

Resumen

Introducción. La frecuencia de los nacimientos vía abdominal se ha incrementado en el mundo, México no ha sido la excepción; sin embargo, esta práctica ha traído nuevos problemas de salud tanto maternos como fetales. **Objetivo.** Comunicar las condiciones que se han asociado a la práctica de la cesárea. **Conclusión.** Al practicarse las cesáreas deberán valorarse los riesgos y los beneficios, se recomienda utilizar guías académicas, por ejemplo, las del Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia en particular para confirmar la edad gestacional y/o la madurez pulmonar antes de realizar una cesárea electiva.

Palabras clave. Cesárea. Patología neonatal.

Abstract

Introduction. Cesarean delivery rates in the world are increasing, Mexico has not been excluded, but the practice has brought new problems of maternal and fetal health. **Objective.** Provide the conditions that are associated with the practice of cesarean section. **Conclusion.** Cesarean delivery must be achieved by taking into account the risks and benefits, it is advisable to use the academic guides, like the American College of Gynecology and Obstetrics, in particular to confirm the gestational age and lung maturity before performing an elective cesarean.

Key words. Cesarean delivery. Neonatal pathology.

INTRODUCCIÓN

La cesárea es el método para la extracción del feto a través del corte de la pared uterina (histerotomía) y de la pared abdominal (laparotomía).

Originalmente fue diseñada como un procedimiento para extracción del feto en casos de urgencia, debido al aumento en la seguridad de los procedimientos quirúrgicos actualmente ha llegado a ser una técnica electiva para el nacimiento.

La frecuencia de nacimientos vía abdominal ha ido en aumento, en el 2005 en Estados Unidos se reportó un incremento de 0.9% anual (2005-2006). Este incremento se debe en su mayoría por petición de las pacientes, a pesar de no existir indicación médica para la misma.^{1,2}

En el 2003 en nuestro país se reportó que 37.8% de los nacimientos fueron obtenidos vía abdominal, el doble de lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud (15%), actualmente el porcentaje de cesáreas se calcula en algunas instituciones privadas hasta en un 80 a 90%, mientras que en las instituciones del sector salud hasta 46%.³

Las razones maternas para solicitar la realización de cesáreas son: miedo al parto, al dolor, lesión perianal, conveniencia, estrés, ansiedad, miedo a las exploraciones vaginales, entre otras.⁴ Sin embargo, los riesgos y beneficios de la interrupción del embarazo vía abdominal deben de ser considerados al momento de decidir el procedimiento.^{2,4}

Es un hecho que su empleo ha ido en aumento, lo que ha traído consigo nuevos problemas de salud materno-fetal.

Se ha expresado que la cesárea puede tener un impacto negativo sobre la unión de la madre con el bebé y el inicio temprano de la lactancia materna sin embargo los estudios han reportado una media de duración de la lactancia de ocho meses en ambos grupos.

CONDICIONES ASOCIADAS A LA CESÁREA

La morbimortalidad neonatal incrementa en 1.5% en los RN (recién nacidos) obtenidos vía abdominal, lo que indica una relación directa entre la vía de nacimiento y la

* Médico Residente de Neonatología, Hospital Médica Sur, México, D.F.

** Jefe del Servicio de Neonatología, Hospital Médica Sur, México, D.F.

*** Médico Adscrito al Servicio de Neonatología, Hospital Médica Sur.

patología neonatal; sin embargo, esta cifra no es totalmente confiable debido a que incluye embarazos de alto riesgo.¹ La muerte neonatal es inversamente proporcional a la edad gestacional; es por ello que la cesárea electiva es un procedimiento el cual se debe valorar a partir de la 37 semana de gestación, ya que se ha observado que es a partir de esa edad donde la morbimortalidad disminuye.^{1,2}

El síndrome de Dificultad Respiratoria, la adaptación pulmonar prolongada y la hipertensión arterial pulmonar tienen mayor prevalencia en los recién nacidos obtenidos vía cesárea, con un riesgo siete veces más que los recién nacidos obtenidos por parto. Esto puede deberse a una prematuridad iatrogénica y, por consiguiente, déficit en el factor surfactante. El riesgo disminuye cuando el nacimiento ocurre después de la semana 37, en caso de existir indicación de cesárea antes de esta edad gestacional se deberá inducir maduración pulmonar con esteroides.¹

La hemorragia intracraneal se ha observado con mayor frecuencia en los RN obtenidos vía parto que en la cesárea programada, esto relacionado con las anomalías que se presentan durante el trabajo de parto, en el parto instrumentado y en la cesárea indicada por anomalías en el trabajo de parto. El estudio de Towner y cols. reportaron una mayor prevalencia de convulsiones y depresión del sistema nervioso central (SCN) en los RN con peso entre 2,500 y 4,000 g nacidos por cesárea sin trabajo de parto comparado con los bebés que nacen en forma espontánea, aunque la diferencia sólo fue significativa para la depresión del SNC.¹

La distocia de hombros y su consecuente lesión del plexo braquial es una complicación que puede observarse con mayor frecuencia en los RN obtenidos por parto vs. cesárea (0.08 vs. 0.03%). Siendo ésta una lesión que en algunos casos es prevenible al detectarse factores de riesgo como obesidad, diabetes materna y macrosomía fetal donde los estudios han demostrado un efecto benéfico de la cesárea profiláctica.¹

Las laceraciones fetales son más frecuentes en las cesáreas, se presentan de 0.1 a 3.1% teniendo mayor prevalencia en aquellas no programadas o de urgencias, donde el porcentaje aumenta al 5.3%. Este riesgo se incrementa aún más en las presentaciones anormales y ruptura de membranas. La mayoría de lesiones son leves; sin embargo, se han reportado lesiones moderadas a severas que requieren de manejo por cirugía plástica.¹

El impacto que tiene el nacimiento vía abdominal sobre la transmisión de agentes infecciosos es importante; se ha considerado indicación tanto absoluta

como relativa dependiendo del microorganismo involucrado.⁴

Infección por virus del herpes simple (VHS)

La enfermedad neonatal por VHS ocurre aproximadamente en uno de cada 3,200 nacimientos, esta infección resulta en una enfermedad grave, de ahí la urgencia de identificarla y prevenirla en la mujer embarazada. La prevención para la transmisión de VHS en neonatos consiste en realizar cesárea en aquellas mujeres con lesiones ulcerativas genitales típicas de VHS presentes durante el trabajo de parto y en aquellas con historia de VHS y que presentan síntomas sugestivos de recurrencia. Brown y col. reportaron una reducción de la transmisión neonatal de VHS en un estudio prospectivo de más de 58,000 mujeres embarazadas con cultivos positivos para VHS. Desarrollando infección 1% de los nacidos por cesárea vs. 7.7% de los nacidos por parto.⁴

Virus de la inmunodeficiencia humana tipo 1 (VIH): El virus de inmunodeficiencia humana es transmitido de manera vertical, aproximadamente 750,000 casos por año; esta transmisión aumenta al ser adquirida la enfermedad durante el tercer trimestre. De no otorgar las intervenciones para reducir el riesgo de la transmisión de la enfermedad (profilaxis con antirretrovirales: durante el periodo prenatal intraparto y neonatal, cesárea electiva) la frecuencia aumenta en 15-30%.⁴

Virus de la hepatitis C

La transmisión de virus de hepatitis C de una madre infectada puede ocurrir *in útero* o intraparto, existen evidencias en donde se demuestra que un alto porcentaje de niños infectados presentaban PCR positiva en los primeros tres días de vida, lo cual indica la transmisión de la enfermedad *in útero*. Por ello, aunque no existe una indicación absoluta para esta vía de nacimiento, se sugiere el beneficio de la cesárea, ya que el riesgo real de transmisión de enfermedad disminuye en 5%.⁴

Virus de la hepatitis B

Es un virus comúnmente transmitido vía perinatal en un estudio de Taiwán sugiere que la cesárea combinada con inmunización contra hepatitis B previene la transmisión a hijos de madres con VHB crónica.⁴

Otra consideración de importancia es el riesgo de sepsis neonatal. El estreptococo del grupo B es la causa más

Cuadro 1. Riesgos y beneficios de la interrupción del embarazo vía abdominal.

	Aumenta	Disminuye
Madre	<ul style="list-style-type: none"> • Estancia intrahospitalaria. • Hemorragias. • Alteraciones placentarias: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Placenta acreta. ◦ Placenta previa. • Ruptura uterina. • Riesgo de aborto por cicatrices uterinas. 	
Recién nacido	<ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones pulmonares: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Taquipnea transitoria. ◦ Síndrome de dificultad respiratoria. ◦ Hipertensión pulmonar. ◦ Síndrome de adaptación pulmonar. • Laceraciones fetales. • Riesgo de ruptura de: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Mielomeningocele. ◦ Gastrosquisis/onfalocele. • Aumento en ingresos a terapia intensiva. • Incidencia de nacimientos pretérmino. • Mortalidad neonatal 1.5 más frecuente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hemorragia intracraneal. • Lesiones del plexo braquial. • Distocia de hombros. • Infección por VHS. • Infección por VPH. • Infección por VIH. • Infección por VHB y VHC. • Encefalopatía neonatal. • Asfixia neonatal. • Enterocolitis necrozante.

frecuente. Del 1-2% de los niños nacidos por parto desarrollan sepsis temprana.⁴

Asimismo, existe una relación sobre el impacto de la cesárea con la mortalidad infantil en partos pretérmino.⁵ Hay una clara ventaja en cuanto a la sobrevida y las complicaciones; sin embargo, la decisión debe basarse al considerar el binomio madre-hijo. A las 25 semanas de gestación la mortalidad infantil es de 41% si la vía de nacimiento es por vía vaginal y de 12% si es por vía abdominal en los primeros seis días de nacidos. Posteriormente de los siete a 68 días la mortalidad por parto es aún mayor presentándose hasta en 62%. La sobrevida neonatal es de 75% en los nacidos por cesárea. Se ha observado también disminución de asfixia y enterocolitis necrozante en bebés obtenidos por cesárea entre las 22 a 25 semanas.⁵

La indicación de cesárea por presencia de anomalías fetales reduce el riesgo de trauma al nacimiento (como distocia o exposición de tejidos), sugiriendo que el principal beneficio es sobre la mortalidad, más que sobre la morbilidad.¹

En el caso del mielomeningocele con un saco mayor o igual a 6 cm, deberá ser indicativo de nacimiento por cesárea para prevenir la ruptura del saco y de este modo disminuir el riesgo de infecciones. Ante la hidrocefalia fetal con macrocefalia y asociada con otras anomalías con pobre pronóstico puede realizarse cefalocentesis y parto vaginal. Fetus con ventriculomegalia sin macrocefalia pueden obtenerse vía vaginal. Hidrocefalia con presencia

de macrocefalia deben ser obtenidos vía abdominal para reducir el riesgo de distocia.² En presencia de un teratoma sacrococcígeo está indicado un nacimiento abdominal atraumático debido al riesgo de hemorragia del tumor.²

En defectos de la pared abdominal tales como gastrosquisis y onfalocele el modo óptimo de nacimiento ha sido debatido ampliamente algunos estudios refieren beneficios con la cesárea, algunos otros con el parto, esto en relación a sobrevivencia, morbilidad, infecciones, días de nutrición parenteral, días de estancia intrahospitalaria, morbilidad respiratoria, etc. Un metaanálisis de 15 estudios observacionales determina que no existe diferencia entre el modo de nacimiento y la incidencia de las complicaciones mencionadas, sin embargo, en defectos grandes con exposición de hígado el beneficio de la cesárea es indiscutible.²

En algunas otras anomalías fetales como hernia diafragmática, displasias esqueléticas, hidrops, hidronefrosis, anomalías cardíacas, etc. No hay estudios que determinen los beneficios de la cesárea, por lo que futuras investigaciones incluyendo estudios prospectivos, aleatorizados y controlados deberán llevarse a cabo para determinar su beneficio^{2,6} (Cuadro 1).

CONCLUSIONES

El procedimiento de la cesárea ha cambiado de 60 años hasta la actualidad porque ha aumentado su frecuencia, esto se debe a varios factores que han surgido en la prác-

tica obstétrica actual. Sin embargo, ha traído otras condiciones asociadas que se ven tanto en la madre como en el paciente recién nacido y que son de suma importancia conocer.

Al practicarse las cesáreas deberán valorarse los riesgos y los beneficios que este procedimiento conlleva, se recomienda confirmar la edad gestacional y/o la madurez pulmonar antes de realizar una cesárea electiva.

REFERENCIAS

1. Signore C, Klebanoff M. Neonatal morbidity and mortality after elective cesarean delivery. *Clin Perinatol* 2008; 35: 361-71.
2. Lee MY, D'Alton ME. Cesarean delivery on maternal request: The impact on the mother and newborn. *Clin Perinatol* 2008; 35: 505-18.
3. Ahued AJR, Fernández del Castillo C. Operatorio Obstétrico. En: Obstetricia y ginecología aplicadas. 2a Ed. Editorial Manual Moderno; 2007, p. 125-38.
4. Sharma D, Spearman P. The impact of cesarean delivery on transmission of infectious agents to the neonate. *Clin Perinatol* 2008; 35: 407-20.
5. Malloy MH, Doshi SD. Cesarean section and the outcome of very preterm and very low birthweight infants. *Clinics in perinatology* 2008; 35: 421-35.
6. Hamrick SE. Cesarean delivery and its impact on the anomalous infant. *Clin perinatol* 35; 2008: 395-406.

Correspondencia:

Dra. Paola Morales Gómez
Correo electrónico: paomg@yahoo.com