

Frecuencia, indicaciones y conocimiento de embarazadas sobre la cesárea: el caso de un hospital de la ciudad de Mérida, Yucatán

Josué Daín Rosado-Gorocica ¹, Simón Montoya-López ², Karla Rossanet Dzul-Rosado ³, Jorge E. Zavala-Castro ³, Fernando I. Puerto ³

¹ Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Yucatán, Mérida, México. ² Hospital General Regional Número 12 "Lic. Benito Juárez García", Mérida, México. ³ Centro de Investigaciones Regionales "Dr. Hideyo Noguchi", Universidad Autónoma de Yucatán. Mérida, México

RESUMEN

Introducción. La cesárea es la cirugía más practicada en Latinoamérica. La OMS en 1985 publicó que ningún país debe tener más de un 10-15% de nacimientos por cesáreas. En la última encuesta de ENSANUT 2012, México presenta 45.2% de cesáreas. En Yucatán en 2008, la intervención quirúrgica más veces realizada fue la cesárea con 31.4%.

Objetivo. El objetivo de este trabajo fue conocer la frecuencia, las indicaciones y el conocimiento que tienen las mujeres embarazadas sobre la cesárea, así como sus complicaciones inmediatas y mediatas en un hospital de la ciudad de Mérida, Yucatán, México.

Materiales y Métodos. Del 30 de julio de 2012 al 30 de enero de 2013, se seleccionaron a 200 mujeres que fueron sometidas a cesárea durante el período mencionado, quienes fueron elegidas al azar. A cada una se le aplicó una encuesta y se tomaron sus datos generales.

Resultados. De 2,148 mujeres embarazadas, a 1,126 (52.5%) se les realizó cesárea; de éstas, se seleccionaron 200 pacientes. El 42.5% fueron primigestas; 88 (44%) fueron intervenidas por cesárea previa. En 113 (56.5%) el rango de edad fue de 21 a 30 años. Sólo 3 (1.5%) pacientes fueron intervenidas antes de los 16 años y 22 (11%) fueron madres añosas. En el período de estudio,

se encontró un total de 45 indicaciones diferentes de cesárea.

Conclusiones. Se encontró un porcentaje de 52.5% de cesáreas. Esta cifra supera lo recomendado por la OMS y NOM-007-SSA2-1993, para la atención del embarazo, del parto, del puerperio y del recién nacido. Otros estados no superan el 50% como en nuestro estudio. Las indicaciones médicas para llevarlas a cabo fueron 45 indicaciones distintas. El estudio encontró falta de unificación de criterios diagnósticos.

Palabras clave: cesárea, indicaciones, cesárea previa

ABSTRACT

Frequency, indicators and pregnant women's knowledge of caesarean sections performed in a hospital in the city of Merida, Yucatan

Introduction. Caesarean sections, also known as C-sections, are the most frequently performed surgery in Latin America. In 1985, the WHO reported that no country should have more than 10-15% of births by C-sections. In the last ENSANUT 2012 survey, Mexico recorded the highest annual C-section rates (42.5%) in Latin America. In Yucatan during 2008 C-sections were the most common surgery (31.4%).

Autor para correspondencia Fernando I. Puerto, Centro de Investigaciones Regionales "Dr. Hideyo Noguchi", Universidad Autónoma de Yucatán. Mérida, Yucatán, México. E-mail: pmanzano@uady.mx

Recibido: el 7 de junio de 2013 **Aceptado para publicación:** el 15 de agosto de 2013

Este artículo está disponible en <http://www.revbiomed.uady.mx/pdf/rb132437.pdf>

Rosado-Gorocica et al.

Objective. The objective of this study was to determine the frequency, indications, and pregnant women's knowledge about the C-section procedure, as well as the long-term and short-term complications associated to this surgery by evaluating results from a hospital in Merida, Yucatan, Mexico.

Materials and Methods. The study surveyed the records of 2,148 pregnant women treated at the hospital between July 30th 2012 and January 30th 2013. We randomly selected 200 women from the subset of women who gave birth by C-section during that period. General data was collected for each of the selected women, including interviews where the women answered survey questions.

Results. From a total of 2,148 pregnant women, 1,126 had C-sections (52.5%). Of the 200 randomly selected C-section patients, 42.5% were primiparous ("para 1"), and 88 (44%) had a prior C-section delivery. 113 (56.5%) of the patients were between 21 to 30 years of age. Only 3 (1.5%) had C-sections before 16 years of age, and 22 (11%) were older women. A total of 45 different clinical indicators were used by physicians to decide whether a C-section was needed.

Conclusions. During the study period, C-section rates were 52.5% of the total of births at the hospital, which greatly exceeded the 10%-15% WHO and the NOM-007-SSA2-1993 guidelines for care during pregnancy, delivery, post-partum and new born care. In other Mexican states the C-section rate does not exceed 50%, which is significantly different from this study's findings. Due to the wide variety of 45 different clinical indicators used, this study also found a lack of standardization in the medical criteria used by physicians to diagnose the need for C-section deliveries.

Key words: Caesarean, indications, previous caesarean

INTRODUCCIÓN

La cesárea se define como la intervención

quirúrgica que tiene como objetivo extraer el producto de la concepción y sus anexos, a través de incisión en la pared abdominal y la uterina (1,2).

La cesárea es la cirugía más practicada en Latinoamérica; si bien ha sido imprescindible para disminuir la mortalidad materna y neonatal, cada año aumenta la prevalencia (3). Este aumento ha sido llamado por algunos medios de comunicación populares y médicos como "La Epidemia de Cesáreas" (4,5). La Organización Mundial de la Salud (OMS) realizó una encuesta global de 2004 a 2008 en la que participaron un total de 24 países de América, África y Asia. La tasa global de cesárea fue de 25.7% (6), un 10.7% mayor que lo propuesto por la misma OMS en 1985 en su publicación *Appropriate technology for birth*, en la que menciona: "No puede justificarse que ningún país tenga más de un 10-15% de nacimientos por cesáreas" (7).

En 23 de los 24 países, la proporción global de mujeres con parto por cesárea sin indicación médica varió de 0.01 a 2.10% (6). Sin embargo, la tasa de cesárea en América Latina reportada en la encuesta realizada de 2004-2005 por la OMS es de 35.4% con un rango de 24-43%. Con las mayores tasas de parto por cesárea en los hospitales privados 51%, con un rango de 43-57% (8).

En México, las cifras son mucho más altas; desde 1991, la cifra de cesáreas se sitúa en un 24% para el sector público y se tiene una cifra del año 1994 de 38% de cesáreas en el sector privado (9). De 1991 al 2000 se analizaron las cesáreas en nuestro país; los resultados demuestran que el porcentaje de cesáreas se incrementó a un ritmo ligeramente superior de 1% anual para el sector público, mientras que para el sector privado el promedio de incremento fue mayor que 2% por año (10). En los últimos datos disponibles del sector público, se registró un 36.9% de nacimientos por cesárea en el año 2006, mientras que la información de instituciones privadas para el 2007, sitúa esos nacimientos en el 68.7% (11,12). Las instituciones de seguridad social presentaron en 1999 una tasa de 38.2% (9) y en 2004 la cifra fue 43.5% (13).

Frecuencia de cesáreas en Hospital de Mérida, México

En la última encuesta de ENSANUT 2012, México presentó el 45.2% de cesáreas (14). En Yucatán en 2008, la intervención quirúrgica que más veces se realizó fue la cesárea, con un 30.7% (15).

Debido a este aumento, se han llevado a cabo diversos estudios con el fin de encontrar a qué se debe el incremento; Campero y colaboradores (16) concluyeron que el aumento en la incidencia de cesárea está asociado con factores no clínicos, como el tamaño del hospital y la falta de instrucción de la paciente durante el trabajo de parto.

El objetivo de este trabajo fue conocer la frecuencia y las indicaciones de las cesáreas y detectar el conocimiento que tienen las mujeres embarazadas sobre la cesárea y las causas de una cirugía de este tipo, así como sus complicaciones inmediatas y mediatas en un hospital de la ciudad de Mérida, Yucatán, México.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se trató de un estudio transversal. El estudio se llevó a cabo en el Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital General Regional Número 12 "Lic. Benito Juárez" (HGR #12) del IMSS, en Mérida, Yucatán, hospital de segundo nivel; en su servicio de tococirugía cuenta con nueve camas y se cuenta con dos quirófanos destinados a Gineco-obstetricia. El servicio es atendido por médicos obstetras y residentes de la especialización de primero a tercer año. En él se resuelven aproximadamente 2,200 embarazos al año vía cesárea.

El universo estuvo constituido por 1,126 pacientes embarazadas que fueron sometidas a cesárea durante el periodo comprendido del 30 de julio de 2012 al 30 de enero de 2013. De estas pacientes se seleccionaron 200, las cuales fueron tomadas al azar, con un nivel de confianza de 98% y un error esperado de 7.5 (18).

Procedimiento. Una vez analizado y aprobado el proyecto ante el comité local de investigación del HGR # 12, se procedió con la aplicación de

encuestas a las pacientes seleccionadas.

Para aplicar dichas encuestas primero se les invitó a participar en el estudio, ellas aprobaron verbalmente y por escrito su participación. Una vez autorizada la participación, se les aplicó dicha encuesta con respecto a la cirugía a la cual fueron sometidas. El cuestionario constó de 10 preguntas, la encuesta se aplicó en las siguientes 48 horas de la cesárea. Las preguntas fueron las siguientes: 1. ¿Sabe usted que existen determinadas indicaciones para realizar una operación cesárea? 2. ¿Conoce alguna de las indicaciones para realizar esta operación, distinta a la que le indicaron a usted? 3. ¿Sabe usted cuál fue la indicación para que se le realizara su cesárea? 4. ¿Sabe usted que se pueden presentar ciertas complicaciones en la operación cesárea? 5. ¿Conoce alguna complicación de esta operación? 6. ¿Le informaron si usted o el producto (recién nacido) tuvo alguna complicación? 7. ¿Sabe usted cuánto es el tiempo de recuperación completa (iniciar sus actividades normales) después de una cesárea no complicada. 8. ¿Qué es más rápido, el periodo de recuperación de una cesárea no complicada o el periodo de recuperación de un parto vaginal no complicado? 9. ¿Sabe usted al cuánto tiempo se retiran los puntos después de la operación cesárea? 10. ¿Conoce usted o ha oído hablar de alguna técnica quirúrgica (forma en la que se realiza la operación) para realizar la cesárea?

Después de obtener las encuestas, se revisó en el expediente para obtener la indicación de cesárea, tanto de nota prequirúrgica como de hoja quirúrgica. También el expediente fue revisado. Se obtuvo la información de qué complicación inmediata o mediata pudo haber cursado la paciente.

Los datos obtenidos del cuestionario aplicado y la revisión del expediente fueron analizados con ayuda del programa de cómputo Microsoft Excel 2010 para la elaboración del análisis, calculando medidas de tendencia central.



Figura 1. Obsérvese que 42.5% de las pacientes con cesárea fueron primigestas y 36.5% secundigestas. De allí, cae dramáticamente la curva a 13% tercigestas o más

RESULTADOS

Durante el periodo del estudio se atendieron a 2,148 pacientes embarazadas, de las cuales 1,126 (52.5%) fueron sometidas a cesárea.

De las 200 pacientes estudiadas, 85 (42.5%) fueron primigestas, lo cual se representa en la **Figura 1**.

De las 200 pacientes estudiadas, 88 (44%) fueron intervenidas por cesárea previa, en un rango de edad de 21-25 años.

Con respecto a la intervención actual, 113 (56.5%) de las pacientes se hallaron en un rango de 21-30 años. Solo 3 (1.5%) pacientes fueron intervenidas antes de los 16 años y 22 (11%) fueron madres añosas. La media de la intervención actual fue a los 26 años (**Figura 2**).

En el período de estudio se encontró un total de 45 indicaciones diferentes de cesárea, las cuales se presentan en el **Cuadro 1**. La principal indicación según la causa fueron las indicaciones maternas, las cuales comprendieron un total de 75 (37.5%) de la muestra estudiada, 59 (29.5%) fueron por causas mixtas, 47 (23.5%) por causa fetal y solo 19 (9.5%) por causa ovular.

En el **Cuadro 2**, se especifican las principales indicaciones maternas y el porcentaje de cada tipo de indicación.

La principal indicación fetal fue la baja

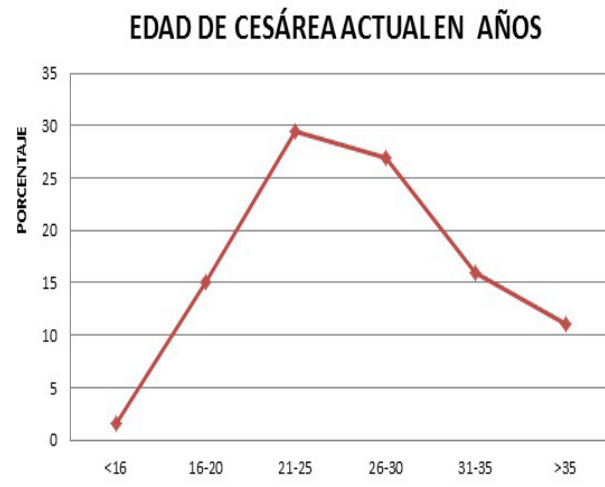


Figura 2. Frecuencia de cesáreas de acuerdo con la edad de las pacientes. El mayor pico se obtuvo en el rango de edad de 21-25 años con 29.5%, seguido del rango de 26-30 años con 27%; posteriormente, hay un descenso conforme aumenta la edad de la paciente en primigestas, y el 36.5% secundigestas. De allí cae dramáticamente la curva a 13% tercigestas o más

Cuadro 1

Indicaciones distintas para la cesárea; entre las más relevantes se encontró dengue, sin condiciones cervicales y acinlitismo expulsivo

ACINCLITISMO EXPULSIVO	INDUCTOCONDUCCIÓN FALLIDA
ANTECEDENTE DE MIOMECTOMIA	MIOCARDIOPATIA DILATADA MATERNA
BAJA RESERVA FETAL	OCCIPITOPOSTERIOR DE RECHO PERSISTENTE
BRADICARDIA FETAL	OCCIPITO TRANSVERSO PERSISTENTE
CESÁREA ITERATIVA	OLIGOHIDRAMNOS SEVERO
CESÁREA PREVIA	OLIGOHIDRAMNOS MODERADO
CONDILOMATOSIS VAGINAL	PLACENTA PREVIA TOTAL
CORIOAMNIONITIS	POLIPO CERVICAL
DENGUE	PERIODO INTERGÉNESICO CORTO
DESPRENDIMIENTO DE PLACENTA	PREMATURO/INDUCTOCONDUCCIÓN FALLIDA
NORMOINERTA	PRODUCTO PÉLVICO
DES PROPORCIÓN CEFALOPÉLVICA ADQUIRIDA	PRECLAMPSIA SEVERA
DES PROPORCIÓN CEFALOPÉLVICA POR MACROSOMIA	PRECLAMPSIA LEVE
DES PROPORCIÓN CEFALOPÉLVICA POR PELVIS MATERNA	PRODUCTO TRANSVERSO
DIABETES MELLITUS GESTACIONAL B	RETRABA DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO
DISTOCIA DE OBTURACIÓN	RUP TURA PREMATURA DE MEMBRANAS
DISTOCIA DE PRESENTACIÓN	SIN CONDICIONES CERVICALES
DOBLE CIRCULAR DE CORDÓN	SUFRIMIENTO FETAL AGUDO
ECLAMPSIA	TRABAJO DE PARTO PROLONGADO
EMBARAZO GEMELAR	TROMBOCITOPENIA GESTACIONAL
EMBARAZO GEMELAR CON UN PRODUCTO	OBITADO
EMBARAZO PROLONGADO	TAQUICARDIA FETAL PERSISTENTE
HIPERTENSIÓN GESTACIONAL	VIRUS DE PAPILOMA HUMANO
HIPOMOTILIDAD FETAL	

Frecuencia de cesáreas en Hospital de Mérida, México

Cuadro 2

Principales causas maternas para indicación de cesárea. La principal indicación fue cesárea previa, seguida de DCP a expensas de pelvis. En este estudio, ceárea previa comprendió período inter-genésico corto y cesárea iterativa. Las principales patologías por las cuales se indicó cesárea fueron cardiopatía materna y Diabetes Mellitus tipo II. Entre las otras indicaciones, inducto-conducción fallida, sin condiciones cervicales y condilomatosis vaginal

Indicaciones maternas	Número	Porcentaje
Cesárea previa	29	14.5
DCP sin producto macrosómico	24	12.0
Patología materna	10	5.0
distocia de contracción	5	2.5
Otra	7	3.5

reserva fetal en 13 (6.5%) pacientes, seguida de producto pélvico con un total de 12 (6%) y las demás causas fueron menos del 3%.

La principal causa mixta de indicación de cesárea encontrada en la población estudiada fue preeclampsia severa en 19 (9.5%). Así como por ruptura prematura de membranas y complicaciones durante el parto, ambas patologías en 13 (6.5%). Las dos indicaciones ovulares fueron el oligohidramnios en 18 (9%) y placenta previa en un solo caso.

De la muestra estudiada solo 15 (7.5%) pacientes tuvieron complicaciones, tanto transoperatorias como en el posquirúrgico mediato. De estas, el mayor porcentaje correspondió a las postoperatorias; se incluye una complicación en la categoría independiente, debido a que dicha complicación no es propia de la cesárea. En nuestro estudio, se obtuvo un producto prematuro de 35 semanas de gestación, de una cesárea programada por producto transversal. La principal complicación presentada fue la hipotonía uterina transitoria. De las 15 pacientes que presentaron complicaciones, 4 de ellas (26.7%) presentaron el diagnóstico mencionado anteriormente.

En relación con el producto obtenido por vía abdominal, el 99.5% se obtuvo vivo; uno nació muerto, debido a embarazo gemelar con un óbito. El Apgar que predominó en los neonatos a los 5 minutos fue de 9 puntos en 192 recién nacidos

(96%); solo un neonato (0.5%) tuvo puntuación de 1, el cual fue producto inmaduro, secundario a un preeclampsia severa.

En este estudio, se realizó una encuesta a cada una de las pacientes que fue sometida a cesárea, donde se le interrogó acerca de su cesárea actual.

Un total de 189 (94.5%) pacientes sabían que hay determinadas indicaciones para la realización de cesárea, que no a todas las embarazadas se les debe practicar cesárea y que se debe de intentar el parto vía vaginal.

Del total de las pacientes, 198 (99%) conocían el motivo de su cirugía; sin embargo, de ese porcentaje solo 134 pacientes (67%) coincidió su respuesta con la principal indicación de su cesárea.

Al cuestionar a la paciente si conocía alguna otra indicación de cesárea distinta por la cual fue intervenida, 152 (76%) refirieron conocer otra indicación.

Solo 15 (7.5%) pacientes no sabían que se podrían presentar complicaciones de la cesárea. Sin embargo, de las 185 pacientes (92.5%) que afirmaron saber de estos problemas, solo 124 (62%) conocían alguna complicación. La principal y más mencionada por las pacientes fueron las asociadas a la anestesia.

Al cuestionar si posterior a la cesárea se le había informado si el producto o la misma paciente había presentado alguna complicación, un total de 147 (73.5%) de las púerperas respondió que se les había informado. En las 53 (26.5%) restantes, la respuesta fue negativa.

Solo 96 (48%) pacientes conocían cuál es el tiempo de recuperación completa para reiniciar sus actividades normales después de la cesárea. Sin embargo, en 27 (27.5%) de las 96 pacientes que respondieron verbalmente que sí acerca del tiempo de recuperación su respuesta fue correcta.

Cuando se cuestionó sobre qué recuperación es más rápida, la del parto o de la cesárea, 192 (96%) pacientes consideraron que había una recuperación más rápida en el parto vaginal.

Rosado-Gorocica *et al.*

Al cuestionar sobre si conocían el tiempo de retiro de puntos, 160 (80%) aseveraron conocer el tiempo necesario; de estas, solamente 152 pacientes tuvieron una respuesta correcta según la literatura.

DISCUSIÓN

Se trató de un estudio transversal que se realizó en el servicio de Gineco-obstetricia del HGR #12 del IMSS, Mérida, Yucatán, durante el periodo comprendido del 30 de julio de 2012 al 30 de enero de 2013.

Se dio resolución a 2,148 embarazos, de los cuales 1,126 (52.42%) fueron por medio de cesárea.

El 52.42% de cesáreas del total de nacimientos es una cifra similar a la que el mismo nosocomio reportó en 2012, que fue de 53.3%. Ambas cifras superan lo recomendado por la OMS (15%) y la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, para la atención del embarazo, del parto, del puerperio y del recién nacido (20%) (6,21).

Estudios similares en otros estados del país han demostrado un porcentaje elevado; sin embargo, no supera el 50% como en nuestro estudio (18,19). Si se compara con la tasa global de cesáreas en México en 2012 de 45.2%, el Hospital en cuestión se encuentra 7 puntos porcentuales por arriba de lo reportado a nivel nacional (14).

Sería deseable realizar más estudios que comparen a todas las instituciones en nuestro Estado, en cuanto a la tasa de cesáreas, para poder conocer la tasa real. Sin embargo, se debe mencionar que el último reporte de 2009 arroja una tasa de 53.7% en nuestro estado para el sector público (15).

La frecuencia con la que se realizan las cesáreas en nuestro país es tan polémica y controvertida como son las indicaciones médicas para llevarlas a cabo. Encontramos 45 indicaciones distintas de cesárea, número igual al encontrado por Muñoz-Enciso *et al.* (18).

Cabe mencionar que muchas de las

indicaciones encontradas en nuestro estudio no fueron posibles de encontrar en la nomenclatura de la literatura médica como indicación de cesárea, tal es el caso de “trabajo de parto prolongado”, “acinclitismo expulsivo”, “probable dengue”, “sin condiciones cervicales”.

Es de llamar la atención la falta de unificación de criterios en cuanto a las indicaciones fetales, ya que se encontraron entre tales indicaciones para cesárea “bradicardia fetal persistente, hipomotilidad fetal, taquicardia fetal persistente, baja reserva fetal”, las cuales no son diagnósticos, sino estados del feto que se deben incluir como parte del sufrimiento fetal. En otro estudio se encontró la misma problemática (29).

La principal indicación de cesárea encontrada fue la cesárea previa, seguida de la desproporción céfalo-pélvica a expensas de pelvis materna; lo hallado concuerda con la literatura revisada, donde entre las principales indicaciones se encuentran las anteriores y, como tercera causa, sufrimiento fetal agudo (17-19,20). El presente estudio concuerda con las dos primeras indicaciones; sin embargo, la tercera causa de frecuencia de cesárea fue la preeclampsia, la cual presenta un bajo porcentaje en los otros estudios. Se observó que hubo dos casos de preeclampsia leve en pacientes primigestas a quienes se realizó cesárea, justificando el alto riesgo de desarrollar preeclampsia severa. La preeclampsia severa no contaba con proteinuria ni elevación de enzimas hepáticas o ácido úrico. Por lo cual, hay que documentar sólidamente este diagnóstico y los criterios utilizados por los obstetras en nuestro medio para indicarla en un alto porcentaje.

El 42.5% de las pacientes en este estudio que fueron sometidas a cesárea fueron primigestas. Al realizar la comparación de otros estudios en México con nuestro trabajo, se encuentra el mismo porcentaje de primigestas que son sometidas a cesárea (17-19). Esto genera una situación preocupante, debido a que la principal indicación de cesárea en este hospital fue la cesárea previa. En la actualidad, muy pocos obstetras brindan la

Frecuencia de cesáreas en Hospital de Mérida, México

oportunidad de intentar trabajo de parto en una paciente con cesárea previa a pesar de que hayan pasado más de 24 meses.

Al iniciar el estudio se planteó, que, quizá, la edad de las pacientes podría jugar un papel importante en el incremento de las cesáreas, conjeturando que cada vez es mayor el número de pacientes menores de 16 años y madres añosas que se embarazan, pues este grupo es más vulnerable para resolución vía abdominal (22, 23). Sin embargo, nuestros resultados permiten descartar dicha conjetura. El mayor porcentaje de pacientes sometidas a cesárea se encontró entre 21-25 años, las que contaban con antecedente de cesárea previa, la edad de la primera cesárea también predominó en este rango. De las cesáreas actuales, se halló que solo a 1.5% de pacientes se les realizó cesárea antes de los 16 años y 11% fueron madres añosas. Se encontró que 87.5% de las pacientes tenían entre 16 y 35 años; considerando la edad apta para embarazo, era esperable una menor proporción de cesáreas en el rango de 21-25 años, ya que es la edad recomendada para el embarazo; pero se obtuvo la incidencia más alta. Los resultados arrojados coinciden con la literatura revisada en nuestro país, así como en Latinoamérica (18,19,22,24).

Parte de la preocupación del incremento de las cesáreas es que no es un procedimiento inocuo; como todo procedimiento invasivo conlleva riesgos tanto para la madre como para el producto. Los resultados obtenidos muestran que solamente se reportaron 7.5% de complicaciones, englobadas tanto en transoperatorias como postoperatorias, siendo estas últimas las frecuentes. Sin embargo, la de mayor incidencia fue la hipotonía uterina transitoria con un 26.7% (complicación transoperatoria). El porcentaje de complicaciones es similar a lo encontrado en otros estudios (17,19).

Hay que mencionar que fueron 5 indicaciones de cesárea en las que se especificó que la desproporción céfalo-pélvica era por producto macrosómico; sin embargo, ninguno de los productos obtenidos de estas cesáreas fue

superior a 4,000 g. Habrá que evaluar la forma en que los obstetras determinan el peso del recién nacido, ya que, en algunas notas pre-quirúrgicas de estas cesáreas, se mencionó que utilizaron la fórmula de Johnson-Toshach para determinar el peso del producto; esta tiene mayor sensibilidad y valor predictivo positivo para la detección de recién nacidos de peso normal que para los neonatos con alto o bajo peso. Hay que tomar en cuenta que la altura de fondo uterino se puede ver alterada por la cantidad de líquido amniótico (25).

El Apgar a los 5 minutos que presentó mayor frecuencia fue la calificación de 9 puntos en 96%. Debido a que se registró únicamente el Apgar a los 5 minutos, no es posible evaluar en este estudio ni inferir si realmente existió sufrimiento fetal en las pacientes a quienes se dio dicha indicación. Se recomienda en estudios futuros registrar calificación Apgar tanto al minuto como a los 5 minutos postparto.

Uno de los objetivos del estudio era cuestionar a las pacientes sobre la intervención a la que fueron sometidas, con el fin de saber qué tanto conocen sobre el procedimiento. Se les realizó preguntas generales de cesárea así como preguntas sobre su actual intervención. El cuestionario realizado se toma como piloto, debido a que no se encontró literatura anterior.

El cuestionario permitió conocer que 94.5% de las pacientes sabe que existen indicaciones para llevar a cabo una cesárea, que no a todas las pacientes embarazadas se les dará resolución vía abdominal. Un 99% de las pacientes conocía el motivo de su operación; sin embargo, solo 67% de ellas coincidió con la indicación médica principal. Lo anterior nos permite confirmar que a la mayoría de pacientes se les informa sobre el motivo de su cesárea, pero no todas entienden el motivo de esta indicación.

Las indicaciones de cesárea más conocidas por las pacientes son la preeclampsia o “presión alta” como ellas refieren, seguida de la “mala posición del bebé” y el que “están estrechas”.

Rosado-Gorocica et al.

Este conocimiento resulta relevante, porque la preeclampsia/eclampsia es una patología que causa mortalidad materna en nuestro estado y país (26). Esto nos sugiere que hay un gran avance en nuestro medio en la promoción de vigilancia de la presión arterial durante el embarazo, así como el conocimiento que las pacientes tienen sobre ella, además de que muchas veces es una urgencia quirúrgica.

Solo un 7.5% respondió no conocer o saber que hay complicaciones de la cesárea. Pero 124 de las que sabían de problemas en la cesárea, solo mencionaron que la anestesia puede causar problemas. Lo anterior nos demuestra que la mayor parte de las pacientes que son sometidas a cesárea están conscientes que pueden presentar alguna complicación, pero no todas conocen qué complicaciones se pueden presentar. Esto debería ser un indicador para que las complicaciones postquirúrgicas de la cesárea sean socializadas a la población femenina embarazada desde la consulta prenatal.

Al cuestionar a las pacientes si se les había informado sobre la existencia de complicaciones o no durante el procedimiento quirúrgico tanto de ellas como del producto, el 73.5 % respondió que el médico les había informado y el 26.5% restante mencionó que no les informaron. Esto nos hace suponer que no todos los médicos dan informes a la paciente después del evento quirúrgico. Consideramos que el 100% de las pacientes deben ser informadas sobre su situación posquirúrgica. Es de llamar la atención que la mayoría de las pacientes desconocen cuánto es el tiempo de recuperación completa de la cesárea. Este cuestionamiento resulta muy importante, ya que no hay un adecuado cuidado del puerperio quirúrgico, lo cual muchas veces lleva a la presencia de complicaciones tardías. Se recomienda realizar estudios posteriores que incluyan complicaciones tardías para determinar la incidencia de éstas.

A las pacientes de este estudio se les cuestionó si consideraban más rápida la recuperación de la cesárea o la de un parto vaginal;

el 96% de las pacientes respondió parto vaginal. En muchos países, hay la tendencia actual de realizar cesáreas por deseo materno, porque supone menor dolor y una mejor recuperación, lo cual aún no es considerado por nuestras pacientes.

El principal objetivo de este estudio fue conocer las principales indicaciones y complicaciones y lo que saben las futuras madres sobre la cesárea en el Hospital. Pero durante el estudio se encontró una gama diversa de indicaciones, falta de unificación de criterios diagnósticos, cesáreas programadas con productos prematuros, medicina defensiva o “preventiva” interviniendo preeclampsia leve así como hipertensión gestacional. Además, el Hospital se encuentra por encima de la tasa nacional; por lo anterior, habría que hacer un trabajo más extenso en todos los hospitales y dar instrucciones precisas por parte de las autoridades del sector salud, para disminuir la frecuencia de las cesáreas en nuestro estado y también en México.

REFERENCIAS

1. **Cunningham GF, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap L, Wenstrom KD.** *Obstetricia de Williams.* 22ª edición. China: Mc Graw Hill. 2006. p. 588-94.
2. **Arencibia JR.** Operación Cesárea: recuento histórico. *Rev salud pública.* 2002 mayo; 4(2):170-85.
3. **Lincona T.** Causas de Cesárea en el Hospital Santa Bárbara Integrado. *Rev Fac Cienc Méd.* 2009 enero-junio; 6(1): 35-9.
4. **DESDElared.** Se abusa en México de las cesáreas. *Desdelared.* 2009. (Disponible en: <http://www.desdelared.com.mx/2009/notas/09.en.12-cesareas.html> Consultado el 13 de diciembre del 2011)
5. **Román J.** México duplica estándar de nacimientos por cesárea recomendado por la OMS. *La Jornada.* 2008. (Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2008/05/09/index.php?section=sociedad&article=050n1soc> Consultado el 13 de diciembre del 2011)
6. **Souza JP, Gülmezoglu AM, Lumbiganon P, Laopaiboon M, Carroli G, Fawole, et al.** Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. *BMC Medicine.* 2010 november; 8:71.
7. **World Health Organization.** Appropriate technology for birth. *Lancet.* 1985; 2:436-7.
8. **Betrán AP, Gülmezoglu AM, Robson M, Merialdi M, Souza JP, Wojdyla D, et al.** WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health in Latin America: classifying caesarean sections. *Reprod Health.* 2009 october; 6(18) 1-18.

Frecuencia de cesáreas en Hospital de Mérida, México

9. **Garrido-Latorre F, Puentes-Rosas E.** Síntesis Ejecutiva. Nacimientos por cesárea en México. Secretaría de Salud. 2000 (Disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/publicaciones/cesareas.pdf>). (Consultado el 15 enero 2012)
10. **Puentes-Rosas E, Gómez-Dantés O, Garrido-Latorre F.** Las cesáreas en México: tendencias, niveles y factores asociados. *Salud Pública Mex.* 2004 enero-febrero; 46(1):16-22.
11. **Dirección General de Información en salud.** Estadísticas por tema. Nacimientos. SINAIS. 2011. (Disponible en: <http://www.sinais.salud.gob.mx/nacimientos/index.html> Consultado el 17 de Enero 2012)
12. **Dirección General de Información en salud.** Estadísticas por tema. Medicina privada. SINAIS. 2011. (Disponible en: <http://www.sinais.salud.gob.mx/medicinaprivada/index.html> (Consultado el 17 de Enero 2012)
13. **Fernández-Cantón S.** Evaluación del desempeño de las instituciones de salud. México, 2004. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2006 septiembre-octubre; 44 (5): 481-8.
14. **Gutiérrez JP, Rivera-Domarco J, Shama-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, et al.** Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. México: Instituto Nacional de Salud Pública de México. (Disponible: <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>) (Consultado 8 de enero 2012)
15. **Gobierno del estado de Yucatán.** Estadísticas. Servicios de salud de Yucatán. 2011. (Disponible en: <http://www.salud.yucatan.gob.mx/content/category/13/40/96/> Consultado 17 de enero del 2012)
16. **Campero L, Hernández B, Leyva A, Estrada F, Osborne J, Morales S.** Tendencias de cesáreas en relación con factores no clínicos en un Centro de Educación para el Parto en la Ciudad de México. *Salud Pública Méx.* 2007 marzo-abril; 49(2):118-25.
17. **Pavón P, Gogeoascoechea M, Ramírez M, Landa V.** Frecuencia e indicaciones de la operación cesárea en el Hospital Escuela de la Universidad Veracruzana. *Rev Med UV.* 2002 julio-diciembre; 2(2): 13-8.
18. **Muñoz-Enciso J, Rosales-Aujang E, Domínguez-Ponce G, Serrano-Díaz C.** Operación cesárea: ¿indicación justificante o preocupación justificada? *Ginecol Obstet Mex.* 2011 febrero; 79(2):67-74.
19. **Estrada-Aguilar CG, Hernández-Carranza R, Gómez-Alonso C, Negrete-Paz M.** Incidencia de cesáreas en un hospital general de zona. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2012 septiembre-octubre; 50(5): 517-22.
20. **Lepore G, Sampor V, Storni M, Pardo P.** Incidencia y principales indicaciones de cesárea. *Rev de Posgr Vía Cáted de Medicin.* 2005 febrero; 150(10):9-12.
21. **Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993,** Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. México: Secretaría de Salud; 1993. (Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html>) (Consultado 22 Febrero 2012)
22. **Salinas-Avalos R, Zunino-Pradier F, Locatelli V, Itatí-Abreo G.** Vías de terminación de embarazo adolescente versus Embarazo adulto. *Rev Posgr Vía Cáted Medicin.* 2009 marzo;191(3): 12-16.
23. **Valls-Hernández M; Safora-Enriquez O; Rodríguez-Izquierdo A, López-Rivas J.** Comportamiento del embarazo en mujeres mayores de 40 años. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 2009 enero-marzo; 35(1):1-9.
24. **Brooks-Frazier H, Lezama-Rios S.** Epidemiología de las cesáreas en el Instituto Hondureño de Seguridad Social. *Rev Med Post UNAH* 2001 enero-abril; 6(1):74-7.
25. **Tamayo-Gutiérrez J, Sereno-Coló JA, Huape-Arreola M.** Comparación entre cesárea Misgav-Ladach y cesárea tradicional. *Ginecol Obstet Mex* 2008; 76(2):75-80.
26. **Dirección General de Información en salud.** Estadísticas por tema. Muertes maternas. SINAIS.2011(Disponible en: <http://www.sinais.salud.gob.mx/muertesmaternas/index.html> Consultado el 24 de Febrero del 2013)