ARTÍCULOS DE REVISIÓN

Incremento de la morbilidad y la mortalidad materna en la cesárea

Increase in maternal morbidity and mortality in cesarean section

Dra. Mª Francisca Hurtado Sánchez[1]
Dr. David Pérez Melero[2]
Dra. Laura Revelles Paniza[1]
Dr. Alberto Puertas Prieto[1]

Cómo citar este artículo:
Hurtado M. F., Pérez D., Revelles L., Puertas A.: Incremento de la morbilidad y la mortalidad materna en la cesárea. Rev. Latin. Perinat. (2021) 24:331

Fecha de recepción: 11 de agosto 2021
Fecha de aceptación: 23 de septiembre 2021

RESUMEN

La muerte materna es el fallecimiento de la mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación de la gestación, con independencia de la duración y localización del embarazo, debido a cualquier causa relacionada con la gestación o agravada por éste o su atención, pero no por causas accidentales. La hemorragia superior a 1000 ml o que precisa transfusión, afecta al 13% de las mujeres tras la cesárea, siendo 3 veces superior en esta cirugía que en el parto vaginal, sin embargo, la morbilidad materna severa asociada con cualquiera de las formas de nacimiento por vía natural es relativamente rara, por lo que se recomienda esta forma de resolución para concluir el embarazo en gestaciones de término, ya que la cesárea electiva tiene mayor riesgo y complicaciones hemorrágicas y de infecciones.

PALABRAS CLAVE: Mortalidad materna. Operación cesárea. Hemorragia post parto. Infección post parto.

ABSTRACT

Maternal death is the death of the woman while she is pregnant or within 42 days following the termination of the pregnancy, regardless of its duration and location, due to any cause related to the gestation or complicated by it or its attention, but not due to accidental causes. Bleeding greater than 1000 ml or transfusión requiring affects 13% of women after cesarean section, being 3 times higher in this surgery than in vaginal delivery. Severe maternal morbidity associated with any of the forms of vaginal birth, it is relatively rare, so it must be considered as the recommended route to conclude full-term gestations. Elective caesarean section has a higher risk of complications by bleeding and infection. KERWORDS: Maternal mortality. Caesarean section. Near miss. Post partum hemorrhage Post partum Infection.

INTRODUCCIÓN

El parto es la causa más frecuente de ingreso en los hospitales españoles y la cesárea se considera el procedimiento quirúrgico más realizado en el mundo en mujeres en edad reproductiva, así, las tasas de natalidad por cesárea continúan aumentando en todo el mundo, con cifras en 2016 de 24,5% en Europa occidental, 32% en América del Norte y 41% en América del Sur. (1). Posiblemente este incremento se deba a las ventajas y a la relativa seguridad que perciben, tanto pacientes como médicos, de la terminación del embarazo por cesárea respecto con el parto natural, lo que ha llevado a un cambio en la relación riesgo-beneficio percibida, acelerando así su aceptación por la población. La causa por la que se está produciendo mayor aumento es la cesárea a demanda, aquella sin una indicación médica que lo justifique.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece la tasa ideal de cesáreas en el 10%-15%, aunque Molina y cols (2) en un estudio de los estados miembros de la OMS que representan el 97,6% de todos los nacimientos vivos en el mundo, han demostrado que la tasa óptima de cesáreas debería ser inferior al 19,1%. Nuestro país, España, supera dichas recomendaciones ya que según los datos ofrecidos por el Instituto Nacional de Estadística (INE), llegó al 26,23% de cesáreas en 2018, es decir, de los 372.777 partos totales, 97.804 fueron por cesárea.

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Universidad de Granada.
1 Servicio de Ginecología y Obstetricia.
2 Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapia del Dolor
Granada. España

La mejora en la técnica quirúrgica y anestésica, la administración sistemática de antibióticos profilácticos, las medidas de asepsia y las transfusiones sanguíneas, son medidas que han convertido la cesárea en un procedimiento cada vez más seguro y a su vez ha permitido que se incremente la tasa de cesáreas a demanda, a pesar de que la mortalidad y la morbilidad relacionada con el nacimiento por vía quirúrgica sigue siendo superior a la del parto natural. Por lo tanto, a pesar de que la cesárea se considera una intervención segura, se debe tener presente que no se trata de un procedimiento inocuo y tiene un mayor número de complicaciones y más graves que el parto vaginal. A continuación, se detallan las complicaciones más habituales en las pacientes sometidas a cesárea.

MORTALIDAD MATERNA

La OMS define la muerte materna como la "muerte de la mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, con independencia de la duración y localización de la gestación, debido a cualquier causa relacionada con el embarazo o agravada por éste o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales". La muerte materna tardía amplía el periodo de inclusión entre el día 42 del parto y menos de un año después de la terminación de la gestación. Incluye por lo tanto aquellos fallecimientos en clara dependencia del estado grávido-puerperal.

Es difícil calcular de manera exacta el riesgo de muerte materna atribuible a la cesárea debido a limitaciones en el diseño de los estudios que lo analizan, a la falta de control de los factores de confusión y a la selección inapropiada de los grupos de comparación. Además, no siempre se diferencia entre los procedimientos electivos y de emergencia, ni se tienen en cuenta las condiciones obstétricas y médicas que hacen necesaria la cesárea y que en definitiva, podrían ser la causa subyacente de una mayor morbilidad y mortalidad. Lo que sí se sabe, es que el riesgo absoluto de muerte materna por cesárea es mayor en los países en vías de desarrollo que en los países desarrollados.

Se establece la mortalidad materna tras la cesárea en 6,1 por 100.000 procedimientos (3,4). El riesgo de mortalidad materna relacionado con la cesárea en comparación con el parto vaginal, tras excluir la morbilidad preexistente, es 3 veces mayor en caso de cesárea electiva y 5 veces mayor en cesáreas emergentes.

Gracias a los progresos en las técnicas anestésicas, quirúrgicas, a las de reposición de volemia y a la de profilaxis antibiótica eficaz, la cesárea es una intervención cada vez más segura y las complicaciones que derivaban con mayor frecuencia a la mortalidad materna (anestésicas, infecciones y hemorragias) son menos frecuentes.

En 2014 la OMS (5) publica un análisis sistemático sobre las causas globales de muerte materna y concluye, que la mayoría (73%) se deben a causas directas, mientras que el 27% restante se debe a causas indirectas. Las causas directas principales son hemorragia (27,1%), trastornos hipertensivos (14%), sepsis (10,7%), aborto (7,9%) y embolia (3,2%). En 2016, Esteves-Pereira y cols (6) publican un estudio sobre mortalidad materna tras cesárea en Brasil (país con una tasa de cesárea del 57% en el año 2014) y establecen que las principales causas de muerte materna son el trombo-embolismo (OR 3,5), la hemorragia postparto (OR 3) y las infecciones postparto (OR 1,2). Para los partos a término, el riesgo ajustado de muerte postparto fue 3,3 veces superior tras la cesárea respecto al parto vaginal.

Liu y cols (7) en un gran estudio poblacional canadiense con un total de 2.339.186 nacimientos, publican que la cesárea emergente incrementa el riesgo de muerte materna hasta 5 veces en comparación con el parto vaginal (9,7 vs 1,8 por 100.000 nacimientos respectivamente) y hasta 3 veces respecto a la cesárea programada. El OR ajustado de muerte materna para las cesáreas en trabajo de parto en comparación con cesáreas electivas fue de 1,4.

En la literatura (8) son mayo son mayoritarias voces que defienden que la mortalidad materna es mayor en las cesáreas programadas que en los partos vaginales, sin embargo, no todos los trabajos publicados coinciden con esta afirmación. Recientemente, en 2017, un estudio transversal realizado en China, (7) con 108.847 nacimientos (de los cuales 59.415 fueron por cesárea), no mostró diferencias en la frecuencia de muerte materna asociada con cesárea electiva "a demanda" en comparación con el parto vaginal. También es conocido que el riesgo de muerte materna durante el parto aumenta en las gestantes con antecedentes de cesárea, debido a un mayor riesgo de

rotura uterina y placentación anómala.

MORBILIDAD MATERNA

La OMS define la morbilidad materna como "cualquier afección de salud relacionada o agravada por el embarazo y el parto que causa un efecto negativo en el bienestar de la mujer". La incidencia de complicaciones maternas publicada en diferentes estudios varía según cómo se definan dichas complicaciones, el método de recopilación de datos y el período de seguimiento que se haga después de la cesárea (algunos estudios llegan a aportar cifras de un 90,5% de complicaciones tras la cesárea), pero la mayoría de los trabajos publicados (3,7,13) confirma que las cifras son superiores tras parto por cesárea. La mayoría coinciden en que la morbilidad materna es aproximadamente 4 veces superior en caso de cesárea comparado con el parto vaginal.

Se emplea el término SAMM (por sus siglas en inglés, Severe Acute Maternal Morbidity) como una medida indirecta de riesgo de muerte materna. Este término incluye la presencia de complicaciones graves, como la anemia grave que requiere histerectomía o transfusión sanguínea, la histerectomía, rotura uterina, complicaciones relacionadas con la anestesia, shock, paro cardíaco, fallo renal agudo, necesidad de ventilación mecánica o intubación, trombo-embolismo venoso, sepsis, complicaciones con la herida quirúrgica y hematomas.

Un estudio danés (9) con 371.000 gestantes encontró que la cesárea, tanto electiva como en trabajo de parto, se relacionaba con un riesgo 5 veces superior de padecer alguna de las complicaciones definidas como parte del SAMM. Los autores concluyen que el riesgo es menor en las cesáreas electivas respecto a las cesáreas urgentes. Liu y cols. (7) hallaron que las tasas de SAMM fueron mayores en el grupo de mujeres sometidas a cesárea electiva (2,7%) respecto al grupo de parto vaginal (0.9%), así, el grupo de cesárea electiva tuvo un riesgo postparto significativamente mayor de: Paro cardíaca (OR 5,1); Hematoma de la herida (OR 5,1). Histerectomía (OR 3,2). Infección puerperal mayor (OR 3). Complicaciones anestésicas (OR 2,3). Trombo-embolismo venoso (OR 2,2). Hemorragia que requiere histerectomía (OR 2,1).

Aunque las cifras pueden variar entre diferentes publicaciones, sí hay consenso en que la morbilidad asociada al parto por cesárea es mayor que en el parto vaginal. (9,12,19). Las complicaciones relacionadas con la cesárea pueden surgir durante la intervención (complicaciones anestésicas, síndrome de aspiración, embolia, complicaciones quirúrgicas como hemorragias, lesión de vejiga y uréter, etc) o en el postoperatorio (endometritis, infección de la herida quirúrgica, tromboflebitis, sepsis o peritonitis).

COMPLICACIONES HEMORRÁGICAS

Suponen la causa aislada más importante de mortalidad materna. Se estima que la hemorragia superior a 1000 ml o que precisa transfusión, afecta al 13% de las mujeres tras la cesárea, siendo 3 veces superior en la cesárea que en el parto vaginal. (10). Esto difiere de lo publicado por Allen y cols (11) y Burrows y cols (12), quienes encontraron mayor frecuencia de hemorragia tras el parto vaginal; su hallazgo fue inesperado y puede deberse a que como sabemos, la estimación visual de la pérdida hemática real es enormemente imprecisa y se ha calculado que subestima la pérdida real hasta un 50%.

La hemorragia severa, definida como la pérdida hemática superior a 1.500 ml, tiene incidencia de 0,8% en partos vaginales, 2,2% en cesáreas electivas y 3,4% en cesáreas de emergencia, superior incluso cuando la paciente presenta una cesárea previa, puesto que esta condición predispone a la placentación anómala y a la rotura uterina. Así, la cesárea anterior se asocia con un mayor riesgo de hemorragia en el siguiente parto, ya sea mediante cesárea o por parto vaginal.

Las complicaciones hemorrágicas intraoperatorias se pueden deber en parte a los procedimientos quirúrgicos (desgarro de la histerotomía, lesión vascular, etc), pero en la mayoría de los casos es por factores incontrolables como placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, coagulopatías, atonía uterina, retención placentaria, etc.

HISTERECTOMÍA POSTPARTO

La incidencia varía de 5 por 1.000 nacimientos, es mayor en casos por cesárea que en partos naturales. La cesárea previa es un factor de riesgo para la histerectomía postparto. (13,14). El incremento de las tasas de cesáreas ha llevado al aumento de los casos de acretísmo placentario, convirtiéndose en la causa más común de histerectomía postparto. Esta cirugía tiene un alto riesgo de complicaciones intraoperatorias y postoperatorias que incluye fiebre, coagulopatía,

ingresos en la UCI, insuficiencia renal aguda, CID, SDRA, lesión de órganos vecinos, transfusión, parada cardíaca, eventos tromboembólicos, sepsis, infecciones de heridas y muertes maternas. No se han observdo diferencias significativas en la frecuencia de complicaciones en las mujeres que se someten a una histerectomía total o subtotal.

COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LA TÉCNICA ANESTÉSICA

Las complicaciones relacionadas con la técnica anestésica han disminuido por la tendencia creciente del uso de analgesia regional respecto de la anestesia general. En la anestesia epidural las complicaciones maternas son por lo general escasas y leves. Entre ellas destacan la hipotensión, la cefalea post-punción dural, el bloqueo incompleto, la inyección intravascular, el hematoma y absceso epidural, la meningitis química, la anestesia espinal total, las complicaciones neurológicas o la pirexia materna. Menos frecuentes son cuadros graves como la parada cardiorrespiratoria o el síndrome de aspiración pulmonar del contenido gástrico. Estas complicaciones se dan casi invariablemente tras una cesárea con anestesia general.

COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS

Algunas series (7,12,22) establecen que las complicaciones intraoperatorias en la cesárea que incluyen el daño tisular que requiere sutura adicional, lesión intestinal / vesical o dificultades técnicas debidas a adherencias, representan el 8,1% de las operaciones. El riesgo se incrementa con el aumento de la dilatación cervical (19% con dilatación completa y 4% con cérvix cerrado). (10). La lesión de la vejiga (0,3%) es más frecuente en pacientes con una cesárea previa, en las cesáreas urgentes, durante una histerectomía postparto, en caso de cirugía pélvica previa o de cabeza profunda en la pelvis. Las lesiones ureterales son menos frecuentes (0,09%) y se suelen producir al reparar la prolongación de la histerotomía. Su diagnóstico suele ser tardío en la mayoría de los casos. Las lesiones de nervios o compresión de los mismos por el instrumental son poco frecuentes durante la cesárea. En general, se puede afirmar que las lesiones intraoperatorias son mayores en caso de cesárea de emergencia y cirujano sin experiencia.

ÍLEO PARALÍTICO

La incidencia de íleo o de obstrucción intestinal es poco frecuente. La incidencia de obstrucción intestinal por adherencias es de 0,5 por 1.000 cesáreas, inferior a la de otras cirugías ginecológicas, como histerectomías, que presentan una incidencia del 16 por 1.000, posiblemente por situarse la histerotomía en el segmento inferior.

COMPLICACIONES INFECCIOSAS

Son las complicaciones más frecuentes, ya que representan el 90% de todas las complicaciones asociadas a las cesáreas y la principal causa de morbilidad materna en relación a esta cirugía. La cesárea tiene 20 veces más riesgo de infección que el parto vaginal. Entre las complicaciones infecciosas postquirúrgicas se encuentran la endometritis, infecciones urinarias, infección de la herida quirúrgica, tromboflebitis pélvica séptica, fascitis necrotizante o la sepsis.

Se estima que la fiebre se registra en aproximadamente el 30% de las mujeres sometidas a cesárea, aunque la administración de antibióticos profilácticos reduce su incidencia al 15%. Una revisión Cochrane (15) publicada en 2014 que incluye 95 estudios con más de 15.000 mujeres, concluye que en comparación con placebo o ningún tratamiento, el uso de antibióticos profilácticos en mujeres sometidas a cesárea reduce la incidencia de infección de la herida quirúrgica (RR 0,40 82 estudios con 14.407 mujeres), endometritis (RR 0,38 en 83 estudios con 13.548 mujeres) y complicaciones infecciosas graves maternas (RR 0,31 en 32 estudios con 6.159 mujeres).

Cuando solo se analizan los estudios que incluyen mujeres sometidas a una cesárea electiva, se detecta reducción en la incidencia de infecciones de la herida (RR 0,62 en 17 estudios con 3.537 mujeres) y endometritis (RR 0,38 en15 estudios con 2.502 mujeres) con antibióticos profilácticos. En una revisión Cochrane previa (15), se detectaron complicaciones infecciosas graves (bacteriemia, shock séptico, tromboflebitis séptica, fascitis necrotizante y muerte atribuida a la infección) en el 1-2% de las cesáreas. Las cesáreas de emergencia eran un factor de riesgo (OR 5,53) para infecciones. Además, informan que las infecciones del tracto urinario ocurren en el 1,5% después del parto vaginal, 2,6% después de cesárea electiva y 3% después de cesárea de emergencia.
La neumonía también es más común en mujeres con parto por cesárea, con una incidencia del 0,1% después de parto vaginal, 0,5% después de cesárea electiva y 0,7% después cesárea de emergencia.

Respecto a la sepsis, se trata de una causa común de muerte materna, especialmente en entornos con pocos recursos. La sepsis postparto es 3,2 veces más frecuente después de los partos por cesárea. (10).

Además de factores de riesgo como el trabajo de parto ya iniciado (el de mayor relevancia) o urgencia de la intervención, las complicaciones infecciosas se relacionan con la rotura de membranas, el tiempo transcurrido con bolsa rota, el nivel socioeconómico, el número de tactos vaginales, la existencia de infección urinaria previa, la anemia o pérdida hemática importante, la obesidad (sobre todo en infecciones de pared), la Diabetes Mellitus, la anestesia epidural, la experiencia del cirujano y la técnica quirúrgica utilizada, la existencia de vaginosis bacteriana, etc.

En el caso de la endometritis existe riesgo 10 veces mayor en cesáreas respecto al parto vaginal. Su frecuencia es del 20% si no se usa profilaxis antibiótica y se reduce a un 5% si se usa. Esta entidad asocia una serie de complicaciones, como el íleo paralítico, obstrucción intestinal, necrosis del segmento uterino inferior, síndrome de shock séptico letal y shock tóxico estafilocócico o estreptocócico, tromboflebitis pélvica séptica, absceso pélvico y peritonitis. (8,10). Las infecciones del tracto urinario presentan frecuencia de 16%. Se relacionan con el sondaje vesical durante la cesárea y las primeras horas del postoperatorio.

La infección de la herida quirúrgica tiene frecuencia del 6% en casos de cesárea. La frecuencia se reduce a 2 % si se aplica profilaxis antibiótica perioperatoria. Son factores de riesgo: la cesárea urgente, la corioamnionitis, la obesidad, la diabetes mellitus, la malnutrición, la inmunosupresión, el tiempo quirúrgico aumentado, la pérdida hemática intensa y las exploraciones vaginales repetidas.

COMPLICACIONES TROMBOEMBÓLICAS

La cesárea se considera un factor de riesgo para eventos tromboembólicos. Esta cirugía tiene un riesgo 3,8 veces superior para tromboembolismo pulmonar y 5,8 veces para el accidente cerebrovascular, en comparación con el parto vaginal. (16). La tromboflebitis pélvica séptica tiene incidencia de 1:3.000 partos y es 11 veces mayor en la cesárea en comparación con el parto vaginal. (17). Actualmente, con la profilaxis tromboembólica en todas las pacientes que son sometidas a una cesárea, el riesgo de accidente tromboembólico ha disminuido. No obstante, sigue siendo una causa de mortalidad materna, a veces, difícil de prever.

EMBOLIA DE LÍQUIDO AMNIÓTICO

La embolia de líquido amniótico es una complicación rara y potencialmente mortal que puede ocurrir durante o inmediatamente después del parto. En 2016 se publicó un artículo (18), que revisa la evidencia actual sobre la embolia de líquido amniótico, enfocándose en epidemiología, patogénesis, presentación clínica, diagnóstico y tratamiento. Registra la embolia por líquido amniótico en 8 por cada 100.000 nacimientos, con mortalidad de 1,7 muertes por 100.000 partos en países desarrollados y 5,9 muertes por 100.000 partos en los países en vías de desarrollo, encontrándose entre las principales causas directas de muerte materna. Además, afirma que se observa deterioro neurológico persistente en 61% de las sobrevivientes. La rotura de las membranas predispone a la entrada de líquido amniótico en la circulación materna, lo que puede ocurrir fácilmente en la cesárea. Se ha encontrado asociación significativa entre embolia de líquido amniótico y la inducción de parto (OR 1.7), cesárea (OR 15), parto vaginal instrumental (OR 6,6) y traumatismo cervical / uterino (OR 7,4).

COMPLICACIONES A LARGO PLAZO (2,4,8,10)

Placenta Acreta: se ha vuelto más común durante los últimos años, probablemente debido a una mayor tasa de cesáreas. El riesgo aumenta progresivamente con el aumento del número de cesáreas anteriores. La incidencia de placenta acreta se estima en 5,8% en mujeres con una cesárea previa asociada a placenta previa. La incidencia de placenta acreta en mujeres con 4 o más cesáreas aumenta 28 veces y el riesgo de histerectomía aumenta 14 veces en comparación con el riesgo en la primera cesárea.

Placenta Previa: la cicatrización uterina tras cesárea ocasiona daño endometrial, miometrial y anomalías en los mecanismos de implantación, que predisponen a la inserción baja de la placenta. En el meta-análisis publicado por Keag (17) en 2018, la incidencia de placenta previa se calcula en 1,75% después de parto vaginal anterior en comparación con 6% después de una cesárea previa, con un riesgo aumentado 4 veces. Con 3 cesáreas anteriores el riesgo es 7 veces superior y con 4 o más cesáreas, el riesgo es 45 veces mayor. La presencia de placenta previa aumenta la

morbilidad y mortalidad feto-materna.

Desprendimiento de placenta: la placenta previa aumenta a su vez el riesgo de desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI). Las mujeres con cesárea anterior tienen mayor riesgo de DPPNI en el próximo embarazo, en comparación con las mujeres que tenían parto vaginal previo (RR 1,3, IC 95%) (19). Las mujeres con 2 cesáreas anteriores tienen un 30% más de riesgo de DPPNI en su próximo embarazo.

Rotura uterina: es una complicación grave que puede conducir a una morbilidad severa y ocasionalmente a la muerte fetal y materna. La incidencia general de rotura uterina se ha estimado en 0,2 por 1.000 partos. En las mujeres con cesárea anterior sometidas a prueba de parto vaginal la incidencia es de 2,1 por 1.000 partos, mientras que su incidencia es de sólo 0,3 por 1.000 partos en caso de cesárea electiva. Los factores de riesgo para la rotura uterina son: 2 o más cesáreas anteriores, cesárea en los últimos 12 meses o parto inducido. El riesgo de todos estos eventos adversos depende del intervalo de tiempo entre embarazos y es superior para un intervalo de menos de 6 meses. (8). La inducción del trabajo de parto, especialmente con prostaglandinas, aumenta el riesgo de rotura uterina, lo que causa una mortalidad mucho mayor en entornos de bajos recursos que en entornos de altos recursos.

Óbito fetal: la muerte fetal sin explicación es más común después de un parto por cesárea. En un meta-análisis (20) publicado en 2013, que incluyó 11 artículos, con un total de 1,961.829 embarazos y 7.308 eventos, entendidos como casos de muerte fetal anteparto o aborto, se concluyó que el riesgo de muerte fetal en embarazos posteriores aumenta en un 23% en mujeres con cesárea previa.

IMPACTO DE LA CESÁREA EN EL FUTURO OBSTÉTRICO-GINECOLÓGICO

La cesárea anterior supone mayor riesgo de rotura uterina o inserciones anómalas de la placenta, pero además, hay mayor riesgo de complicaciones importantes en futuras gestaciones. Se producirán con mayor frecuencia: a) Realización de nueva cesárea, por la aparición de un condicionante adicional en la nueva gestación o la presencia de una cicatriz uterina longitudinal media o 2 o más segmentarias transversas; b) Complicaciones intraoperatorias secundarias a las adherencias producidas por la intervención previa; c) También se relaciona con subfertilidad/ infertilidad: Un metanálisis (19) que incluye 11 estudios (3.692.014 mujeres) mostró asociación significativa entre el parto por cesárea y el aumento de las probabilidades de subfertilidad en comparación con el parto vaginal, con una OR 1,60. El futuro ginecológico de la mujer también se ve influenciado por: Síndromes adherenciales dolorosos. El aumento del riesgo quirúrgico puede verse condicionar la vía de acceso para una intervención quirúrgica.

El meta-análisis anteriormente citado (15) fue publicado en 2018 por Keag (19) y en él se analizan los riesgos y los beneficios de las terminaciones de embarazos mediante operación cesárea, para la madre y el niño, así como su repercusión en las siguientes gestaciones. Incluyó ensayos clínicos aleatorizados y estudios de cohortes prospectivos con más de 1.000 participantes, que evaluaban los resultados maternos y neonatales después del parto por cesárea o parto vaginal en gestaciones a término, con seguimiento mayor o igual a un año. Para el análisis de los resultados maternos se incluyó un ECA con 2.088 participantes y 23 estudios de cohortes prospectivos con un total de 3.849.075 participantes. Debemos considerar que el ECA incluyó partos vaginales y cesáreas en gestantes a término con presentaciones podálicas. Este trabajo valoró multitud de variables. Este ECA no demostró asociación estadísticamente significativa del parto por cesárea con incontinencia urinaria (OR 0,78) o incontinencia fecal (OR 3,07).

En comparación con las mujeres con parto vaginal previo, las que tienen cesárea anterior registran mayores probabilidades de aborto espontáneo (OR 1.17), embarazo ectópico (OR 1.21) y también, mayor riesgo de muerte fetal (OR 1,27). Las mujeres con cesárea previa tuvieron mayores probabilidades de histerectomía (OR 3,85) y hemorragia anteparto (OR 1.22). No hubo asociación estadísticamente significativa entre el modo de parto previo y el parto prematuro, feto pequeño para la edad gestacional, bajo peso al nacer (< 2.500 g) o muerte neonatal.

CONCLUSIONES

Gran parte de las mujeres que terminan el embarazo por cesárea presentarán algún tipo de complicación derivada de este proceso.

La evidencia con respecto a los resultados que la

cesárea tiene para las mujeres es compleja, variable, a menudo de baja calidad y conlleva dificultad para establecer la causalidad a largo plazo.

En ausencia de ensayos clínicos aleatorizados adecuados se debe tomar en consideración la evidencia arrojada por grandes estudios observacionales, trabajos que intentan de forma rigurosa minimizar la confusión por indicaciones clínicas, esto es, el eterno debate de si la morbilidad en cuestión de si se debe a la cesárea, o está en relación directa con la condición materno / fetal que llevó a realizarla.

Un ECA grande y potencialmente relevante, el Term Breech Trial, publicado por Hannah en el año 2000, no encontró diferencias significativas en las complicaciones maternas graves entre las cesáreas programadas y el parto vaginal planificado para la presentación de nalgas.

Se sugiere que la morbilidad materna severa asociada con cualquiera de las formas de parto es relativamente rara. Sin embargo, en comparación con el parto vaginal a término, la cesárea electiva tiene mayor riesgo.

La decisión de realizar una cesárea electiva a demanda en una gestante, debe basarse en los riesgos y potenciales beneficios de la intervención, deben ser informadas respecto a la morbilidad que conlleva a corto y a largo plazo, así como sobre las secuelas o repercusión en su futuro reproductivo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Betran AP, Ye J, Moller AB, Zhang J, Gulmezoglu AM, Torloni MR. The increasing trend in caesarean section rates: Global, regional and national estimates: 1990±2014. PLoS ONE. 2016; 11(2):e0148343.
2. Molina G, Weiser TG, Lipsitz SR, Esquivel MM, Uribe-Leitz T, Azad T, et al. Relationship Between cesarean delivery rate and maternal and neonatal mortality. JAMA. 2015;314(21):2263-70.
3. Deneux-Tharaux C, Carmona E, Marie-Hélene BC, Gérard B. Postpartum maternal mortality and cesarean delivery. Obstetrics & Gynecology. 2006;108(3):541-48.
4. Schutte JM, Steegers EA, Santema JG, Schuitemaker NEW, van Roosmalen J. Maternal deaths after elective cesarean section for breech presentation in the Netherlands. Acta Obstet Gynecol Scand. 2007;86:240-43.
5. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp O, Moller, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. Lancet. 2014;2(6):e323-33.
6. Esteves-Pereira AP, Deneux-Tharaux C, Nakamura-Pereira M, Saucedo M, Bouvier-Colle MH, Leal MdC. Caesarean Delivery and Postpartum Maternal Mortality: A Population-Based Case Control Study in Brazil. PLOS ONE. 2016;11(4):e0153396.
7. Liu S, Liston RM, Joseph KS, Heaman M, Sauve R, Kramer MS, et al. Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. CMAJ. 2007;176(4):455-60.
8. Sandall J, Tribe RM, Avery L, Mola G, Visser G, Homer C, et al. Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children. Lancet. 2018; 392:1349-57.
9. Zwart JJ, Richters JM, Ory F, de Vries JI, Bloemenkamp KW, van Roosmalen J. Severe maternal morbidity during pregnancy, delivery and puerperium in the Netherlands: a nationwide population-based study of 371,000 pregnancies. BJOG. 2008;115: 842–50.
10. Gupta M, Saini V. Caesarean Section: mortality and morbidity. JCDR. 2018; 12(9): QE01-QE06.
11. Allen VM, O'Conell CM, Liston RM, Baskett TF. Maternal morbidity associated with cesarean delivery without labor compared with spontaneous onset of labor at term. Obstet Gynecol.2003;102:477-82.
12. Burrows LJ, Meyn LA, Webber AM. Maternal morbidity associated with vaginal versus cesarean delivery. Obstet Gynecol.2004;103:907-12.
13. Knight M, Kurinczuk J, Spark P, Brocklehurst P. Cesarean delivery and peripartum hysterectomy; United Kingdom Obstetric Surveillance System Steering Committee. Obstet Gynecol. 2008;111(1):97-105.
14. Brien D, Babiker E, O'Sullivan O, Conroy R, McAuliffe F, Geary M, et al. Prediction of peripartum hysterectomy and end organ dysfunction in major obstetric haemorrhage. Eur J Obstet Reprod Biol. 2010;153(2):165-69.
15. Smaill FM, Grivell RM. Antibiotic prophylaxis versus no prophylaxis for preventing infection after cesarean section. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 10. Art. No.: CD007482. DOI: 10.1002/14651858.CD007482.pub3.
16. Ros HS, Lichtenstein P, Bellocco P, Petersson G, Cnattingius S. Pulmonary embolism and stroke in relation to pregnancy: How can high-risk women be

identified? Am J Obstet Gynecol. 2002;186(2):198-203.
17. Brown CE, Stettler RW, Twickler D, Cunningham FG. Puerperal septic pelvic thrombophlebitis: incidence and response to heparin therapy. Am J Obstet Gynecol. 1999;181(1):143-48.
18. Piva I, Scutiero G, Greco P. Amniotic fluid embolism: an update of the evidence. Med Toxicol Clin Forens Med. 2016; 2:02.
19. Keag OE, Norman JE, Stock SJ (2018) Long-term risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies: Systematic review and meta-analysis. PLoS Med 15(1): e1002494.
20. O'Neill SM, Kearney PM, Kenny LC, Khashan AS, Henriksen TB, Lutomski JE, et al. Cesarean delivery and subsequent stillbirth or miscarriage: Systematic review and meta-analysis. PLOS One. 2013;8(1):e54588.

DIRECCIÓN DE LOS AUTORES
Dra. Ma. Francisca Hurtado
franihurs@gmail.com
Granada. España