Pregunta: ¿Cuál es el riesgo de morbilidad materna severa o extrema en relación al tipo de nacimiento?.

Actualizado Agosto 2008

Haroldo Capurro

**MORBILIDAD MATERNA SEVERA Y TIPO DE NACIMIENTO
(cesárea versus parto vaginal)**

ANTECEDENTES

La mortalidad materna es un buen indicador para medir el cuidado de la madre durante el embarazo, parto y puerperio, pero es un evento infrecuente por lo que se hace difícil monitorear la calidad de la atención, en relación con los resultados.

Una alternativa válida es medir la morbilidad severa (MMS) o extrema. El problema es que no existe una definición uniforme, por lo que los criterios propuestos por Say (1) pueden ser útiles y clarificantes. Los CRITERIOS son:

Relacionados con la enfermedad específica (hipertensión arterial hemorragia, sepsis) (0,80%-8,23%).

Relacionados con falla sistémica (Síndrome HELLP, shock) (0,38%-1,09%).

Relacionados con el manejo (internación en Unidad de Terapia Intensiva, histerectomía post-parto o cesárea, transfusión) (0,01%-2,99%).

Entre paréntesis se muestran los rangos de prevalencia de MMS para cada uno de los grupos, en los diferentes grupos estudios analizados.

La admisión en unidades de cuidado intensivo puede ser un buen criterio para uniformizar la definición de morbilidad materna extrema o severa, pero son muy diferentes entre distintas instituciones y países, por lo que poco contribuyen en homogeneizar la definición.

TIPO de NACIMIENTO y MORBILIDAD SEVERA

Un estudio realizado en Finlandia (2) abarcó 110.717 nacimientos con feto único y fueron analizados sus resultados en los siguientes grupos: vaginales espontáneos y vaginales instrumentales (VI), cesárea electiva (CE) y cesárea intraparto (CIP).

Las medidas para diagnosticar MMS fueron: el tromboembolismo venoso, la embolia de líquido amniótico, la infección puerperal severa, severa hemorragia, ruptura uterina, intervenciones quirúrgicas post-nacimiento y obstrucción intestinal.

La MMS fue significativamente más frecuente en las cesáreas que en los partos vaginales ($p < 0,001$) y más frecuente en cesáreas no electiva que

Este documento es un instrumento de información, que no reemplaza al personal médico en el cuidado de la salud y no es responsable directa ni indirectamente del posible daño causado a terceros

intraparto ($p < 0,001$). En 5 años 1997-2002 la MMS se incrementó en total de 5,9 a 7,6 por cada 1.000 nacimientos ($p < 0,001$). El incremento se observó en todos los grupos analizados (Tabla I).

Nacimientos	1997 (x 1.000)	2002 (x 1.000)	
Vaginal espontáneo	4,0	5,2	P = 0,005
Cesárea Electiva	9,9	12,1	P = 0,164
Cesárea Intraparto	19,6	27,2	P = 0,09
TOTAL	5,9	7,6	P < 0,001

La MMS se incrementó tanto en los partos vaginales como en las cesáreas entre 1997 y 2002, pero las cesáreas amenazaban más la vida de la madre que el parto vaginal.

En Canadá (3) se compararon en mujeres sanas con nacimiento a término los resultados de las cesáreas planificadas (N = 46.766) y los partos vaginales planificados (N = 2.292.420). La frecuencia de MMS en el grupo de cesáreas, fue de 27,3 por 1.000 mientras que en el grupo de partos vaginales 9 por 1.000 (OR = 3,1 IC95% 3,0-3,3). La histerectomía fue el 3 veces más en caso de cesárea (OR = 3,2 IC95% 2,2-4,8), las complicaciones anestésicas (OR = 2,3 IC95% 2,0-2,6), la infección puerperal severa (OR = 3,0 IC95% 2,7-3,4), el hematoma de la herida (OR = 5,1 IC95% 4,6-5,5), la falla cardíaca (OR = 5,1 IC95% 4,1-6,3), la hemorragia que requiere histerectomía (OR = 2,1 IC95% 1,2-3,8) son complicaciones que generan significativamente más del doble de MMS en caso de la cesárea que en el parto vaginal. No se encontraron diferencias en la falla renal aguda, en la necesidad de intubación ni en el shock obstétrico. En mujeres sanas es evidente el mayor riesgo de las cesáreas que el parto vaginal.

Estudios realizados en Estados Unidos (4 Lydon) se evaluó la rehospitalización (antes de los 60 días desde el nacimiento) y su asociación con la cesárea y el parto vaginal instrumental y comparando sus resultados con el parto vaginal espontáneo, en mujeres nulíparas con feto único y sin patología previa. De un total de 256.795 parturientas el 1,2% fueron rehospitalizadas. Las madres cesareadas sufrieron significativa mayor hospitalización que las que tuvieron parto vaginal espontáneo (RR = 1,8 IC95% 1,6-1,9) y sus causas fueron la infección intrauterina, infección de la herida, problemas cardiopulmonares y tromboembolismo. El grupo de mujeres que tuvieron parto vaginal instrumental también tuvieron mayor frecuencia de hospitalización (RR = 1,3 IC95% 1,2-1,4) y las causas más frecuentes fueron la hemorragia postparto y la injuria pélvica en relación al grupo que tuvieron parto vaginal espontáneo. Con el mismo objetivo, Allen (5) estudia la morbilidad de la cesárea electiva (sin trabajo de parto) en comparación con el parto vaginal espontáneo en embarazos de término. El grupo al que se le realizó cesárea tuvo mayor frecuencia de fiebre puerperal (RR = 2,2 IC95% 1,1-4,5) pero menos probabilidad de hemorragia temprana post-parto (RR = 0,6 IC95% 0,4-0,9).

Burrows (6) divide la población en 6 grupos en nacimientos de término en relación con el tipo de nacimiento. El parto vaginal espontáneo actuó como referencia. El parto vaginal instrumental y las cesáreas primera o repetida sin o con trabajo de parto fueron los grupos analizados. De 32.834 madres, 22.270 tuvieron partos espontáneos. Las laceraciones de III y IV grado fueron más frecuentes en el parto vaginal instrumental (22,3%) comparado con el vaginal espontáneo (7,8%). La Endometritis fue 21 veces más frecuente en la primer cesárea con trabajo de parto previo y 10 veces más en la sin trabajo de parto que el parto vaginal espontáneo. El riesgo de transfusiones fue 4 veces mayor en la primera cesárea con trabajo de parto en comparación con la referencia. El riesgo de neumonía es 9 veces mayor y el riesgo de trombosis venosa profunda 2 veces más que el en el grupo con trabajo de parto espontáneo.

CONCLUSION

La información es contundente; las mujeres a las que se realizan cesárea ya sea electiva o intraparto tienen mayor posibilidad de tener complicaciones y muchas de ellas, generan morbilidad extrema en comparación con el grupo que tuvieron partos vaginales. El incremento de la solicitud de cesárea a pedido por parte de la paciente, es un aspecto que los profesionales deben considerar con estricta responsabilidad.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Say L, Pattinson RC, Gulmezoglu AM. WHO systematic review of maternal morbidity and mortality: the prevalence of severe acute maternal morbidity (near miss). *Reprod. Health.* 2004 Aug 17(12):3. say@who.int .
- 2) Pallasmaa N, Ekblad U, Gissler M. Severe maternal morbidity and the mode of delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2008;87(6):662-8.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez>
- 3) Lui S, Liston MR, Joseph KS, Heaman M, Sauve R, Kramer MS: Maternal Health study Group of the Canadian Perinatal Surveillance System. Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned caesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. *CMAJ* 2007 Feb 13;176(4):455-60.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17296957?ordinalpos=4&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum
- 4) Lydon-Rochelle M, Holt VL, Martin DP, Easterling TR. Association between method of delivery and maternal rehospitalization. *JAMA* 2000 May 10;283(18):2411-6.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10815084?ordinalpos=2&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum
- 5) Allen VM, O'Connell CM, Liston RM, Basket TF. Maternal morbidity associated with caesarean delivery without labor compared with spontaneous onset of labour at term. *Obstet Gynecol.* 2003 Sep;102(3):477-82.

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12962927?ordinalpos=3&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum

6) Burrows LJ, Meyn LA, Weber AM. Maternal morbidity associated with vaginal versus caesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2004. Sep;104(3):633.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15121564?ordinalpos=3&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum