

Prevención segura del parto por cesárea primario.

American College of Obstetricians and Gynecologists and Society for Maternal-Fetal Medicine.

Marzo 2014

Se presenta el resumen y los puntos salientes en idioma español, de esta guía de práctica clínica del Consenso de Atención Obstétrica de marzo 2014 publicada por el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos y la Sociedad de Medicina Materno-Fetal

Safe prevention of the primary cesarean delivery. Obstetric Care Consensus No. 1. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2014;123:693–711

Resumen y tablas:

En el año 2011, una de cada tres mujeres que dieron a luz en los Estados Unidos lo hicieron mediante un parto por cesárea. El parto por cesárea en ciertos casos puede ser crucial para garantizar la vida ya sea del feto, la madre, o ambos. Sin embargo, el rápido aumento de las tasas de nacimientos por cesárea entre 1996 y 2011 (ver figura), sin evidencia clara de la consiguiente disminución de la morbilidad o la mortalidad materna o neonatal, despierta significativamente la preocupación de que el parto por cesárea es utilizado en exceso.

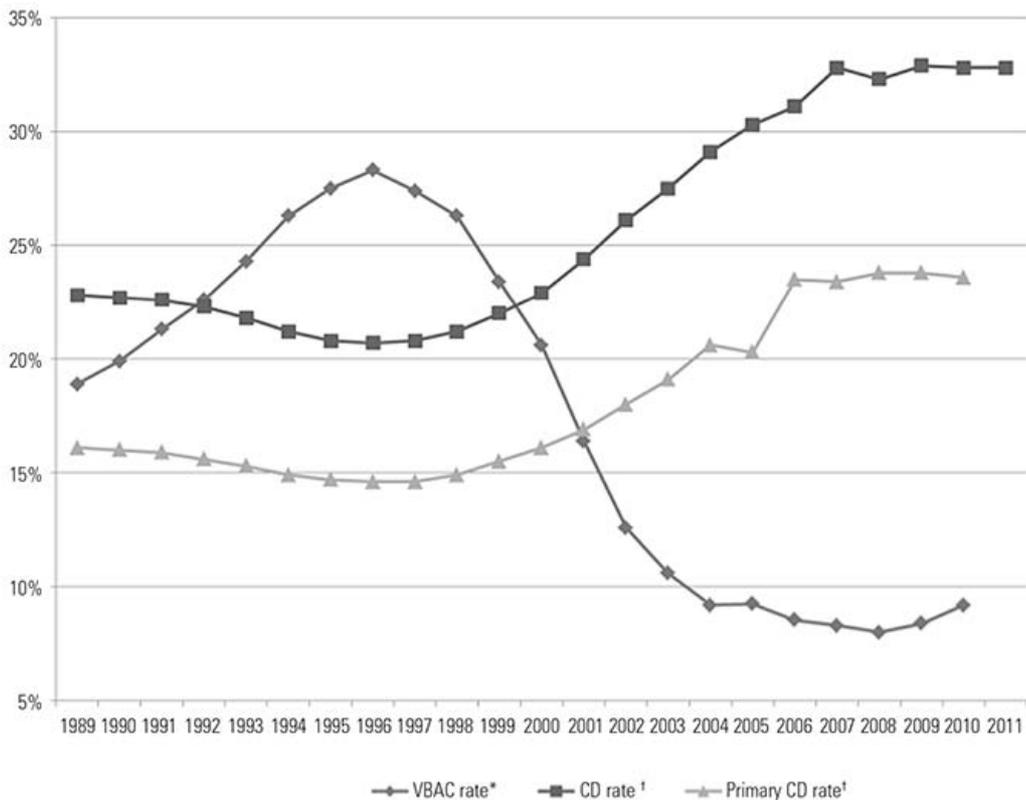


Fig. 1. U.S. delivery rates, 1989–2011. Data from National Vital Statistics. Abbreviations: CD, cesarean delivery; VBAC, vaginal birth after cesarean delivery. *Percent of women who have a vaginal birth after prior cesarean delivery. †Rate based on total number of deliveries. (Data from Martin JA, Hamilton BE, Ventura SJ, Osterman MJ, Mathews TJ. Births: final data for 2011. Natl Vital Stat Rep 2013;62(2):1–90.)

La variación en las tasas de partos por cesárea en nulíparas, embarazos a término, simples, y de presentación cefálica, también indican que los patrones de práctica clínica afectan al número de nacimientos por cesáreas realizados. Las indicaciones más comunes para el parto por cesárea primario incluyen, en orden de frecuencia, distocia del trabajo de parto, trazado del ritmo cardíaco fetal anormal o indeterminado (anteriormente, desalentador), mala presentación fetal, gestación múltiple, y la sospecha de macrosomía fetal. La reducción segura de la tasa de partos por cesárea primario requerirá diferentes enfoques de cada una de estas, así como otras, indicaciones ya que, como se observa en la tabla 1, no es una práctica exenta de riesgos cuando se compara con el parto vaginal.

Tabla 1. Riesgo de resultados adversos Maternos y Neonatales de acuerdo al tipo de parto

Resultado	Riesgo	
	<i>Parto vaginal</i>	<i>Parto por cesárea</i>
<i>Materno</i>		
Mortalidad y morbilidad grave global ^{*†}	8,6%	9,2%*
	0,9%	2,7% [†]
Mortalidad materna [‡]	3,6:100.000	13,3:100.000
Embolismo de líquido amniótico [§]	3,3–7,7:100.000	15,8:100.000
Laceración perineal de 3er o 4to grado	1,0–3,0%	ND (parto programado)
Anormalidades placentarias [¶]	Aumento con cesárea previa, y el riesgo sigue en aumento con cada cesárea subsecuente.	
Incontinencia urinaria [#]	Sin diferencia a los 2 años	
Depresión postparto	Sin diferencia	
<i>Neonatal</i>	<i>Parto vaginal</i>	<i>Parto por cesárea</i>
Laceración ^{**}	ND	1,0–2,0%
Morbilidad respiratoria ^{**}	< 1,0%	1,0–4,0% (sin trabajo de parto)
Distocia de hombro	1,0–2,0%	0%

Abreviaturas: IC, confidence intervalo de confianza; ND, no disponible

*La mortalidad y morbilidad grave global se define como uno o más de los siguientes: muerte, hemorragia post-parto, lesiones del tracto genital; disrupción de la herida, infección de la herida, o ambos; infección sistémica. Datos de Hofmeyr GJ, Barrett JF, Crowther CA. Planned caesarean section for women with a twin pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 12. Art. No.: CD006553. DOI: [10.1002/14651858.CD006553.pub2](http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD006553.pub2).

Disponible en: <http://www.femeba.org.ar>

†La mortalidad y morbilidad grave global se define como cualquiera de los siguientes: muerte, hemorragia que requiere la histerectomía o transfusión; ruptura uterina, complicaciones anestésicas, shock y paro cardíaco, insuficiencia renal aguda, ventilación asistida, evento tromboembólico venoso; infección grave; apertura intrahospitalaria de la herida, hematoma de la herida, o ambos. Datos de Liu S, Liston RM, Joseph KS, Heaman M, Sauve R, Kramer MS. Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. Maternal Health Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance System. [CMAJ 2007;176:455-60.](#)

‡Datos de Deneux-Tharoux C, Carmona E, Bouvier-Colle MH, Breart G. Postpartum maternal mortality and cesarean delivery. [Obstet Gynecol 2006;108:541-8.](#)

§ Datos de Abenhaim HA, Azoulay L, Kramer MS, Leduc L. Incidence and risk factors of amniotic fluid embolisms: a population-based study on 3 million births in the United States. [Am J Obstet Gynecol 2008;199:49.e1-49.e8.](#)

|| Datos de Hofmeyr GJ, Barrett JF, Crowther CA. Planned caesarean section for women with a twin pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 12. Art. No.: CD006553. DOI: [10.1002/14651858.CD006553.pub2.](#)

¶Silver RM, Landon MB, Rouse DJ, Leveno KJ, Spong CY, Thom EA, et al. Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries. National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. [Obstet Gynecol 2006;107:1226-32.](#)

Datos de Hannah ME, Whyte H, Hannah WJ, Hewson S, Amankwah K, Cheng M, et al. Maternal outcomes at 2 years after planned cesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: the international randomized Term Breech Trial. Term Breech Trial Collaborative Group. [Am J Obstet Gynecol 2004;191:917-27.](#)

** Datos de Gregory KD, Jackson S, Korst L, Fridman M. Cesarean versus vaginal delivery: whose risks? Whose benefits? [Am J Perinatol 2012;29:7-18.](#)

Así, para la reducción segura de la tasa de partos por cesárea, por ejemplo, puede ser necesario revisar la definición de la distocia, ya que datos recientes muestran que el trabajo de parto contemporáneo avanza a un ritmo considerablemente más lento que lo que se pensaba históricamente. Además, se ha visto que tanto introducir mejoras en la interpretación como en el manejo de la frecuencia cardíaca fetal estándar puede tener cierto efecto sobre las tasas. Aumentar el acceso de las parturientas a intervenciones no médicas durante el parto, como el trabajo continuo y apoyo del parto, también ha demostrado reducir las tasas de parto por cesárea.

La versión cefálica externa para la presentación podálica y una prueba de parto para las mujeres con embarazos gemelares, cuando el primer gemelo está en presentación cefálica son otros de los muchos ejemplos de intervenciones que pueden contribuir a un descenso seguro de la tasa de parto por cesárea primaria.

Recomendaciones completas del Consenso de Atención Obstétrica

Tabla 2. Recomendaciones para la prevención segura del parto por cesárea primario

Recomendaciones	Grado de Recomendaciones
------------------------	---------------------------------

Disponible en: <http://www.femeba.org.ar>

Primera etapa del trabajo de parto

Una fase latente prolongada (por ejemplo, más de 20 horas en las nulíparas y más de 14 horas en multíparas), no debería ser una indicación de parto por cesárea.

1B
Recomendación fuerte,
evidencia de calidad
moderada

Trabajo de parto lento pero progresivo en la primera etapa del parto no debe ser una indicación de parto por cesárea.

1B
Recomendación fuerte,
evidencia de calidad
moderada

Dilatación cervical de 6 cm se debe considerar el umbral de la fase activa de la mayoría de las mujeres en trabajo de parto. Por lo tanto, antes de que se alcance la dilatación de 6 cm, no deben aplicarse las normas de progreso fase activa.

1B
Recomendación fuerte,
evidencia de calidad
moderada

El parto por cesárea por detención fase activa en la primera etapa del parto debe reservarse para las mujeres en 6 cm o más de dilatación con membranas rotas que no pueden progresar a pesar de las 4 horas de la actividad uterina adecuada, o por lo menos 6 horas después de la administración de oxitocina con actividad uterina adecuada y ningún cambio cervical.

1B
Recomendación fuerte,
evidencia de calidad
moderada

Segunda etapa del trabajo de parto

No se ha identificado la duración máxima absoluta específico de tiempo invertido en la segunda etapa del trabajo de parto a partir del cual todas las mujeres deben someterse a parto quirúrgico.

1C
Recomendación fuerte,
evidencia de calidad
baja

Antes de diagnosticar detención del trabajo en la segunda etapa, si las condiciones materno-fetales lo permiten, intentar lo siguiente:

- Por lo menos 2 horas de pujo en las mujeres multíparas (1B)
- Por lo menos 3 horas de pujo en las mujeres nulíparas (1B)

1B
Recomendación fuerte,
evidencia de calidad
moderada

Duraciones más largas pueden ser apropiadas sobre una base individualizada (por ejemplo, con el uso de analgesia epidural o con mala posición del feto), siempre y cuando se está documentado el progreso. (1B)

El parto vaginal instrumental en la segunda etapa del parto realizado por médicos experimentados y bien entrenados, debe considerarse una alternativa segura y aceptable para el parto por cesárea. Debe alentarse a la formación y al mantenimiento continuo de las habilidades prácticas relacionadas con el parto vaginal operatorio.

1B
Recomendación fuerte,
evidencia de calidad
moderada

La rotación manual del occipucio fetal en el contexto de la mala posición fetal en la segunda etapa del trabajo de parto es una

1B
Recomendación fuerte,

intervención razonable a considerar antes de trasladarse a parto vaginal instrumentado o por cesárea. Con el fin de prevenir de manera segura los partos por cesárea en el contexto de mala posición, es importante evaluar la posición fetal en la segunda etapa del parto, sobre todo en el contexto de descenso fetal anormal.

evidencia de calidad moderada

Monitoreo de la frecuencia cardíaca fetal

La amniotomía para el manejo de las desaceleraciones variables repetitivas de la frecuencia cardíaca fetal, puede reducir en forma segura la tasa de partos por cesárea.

1^a
Recomendación fuerte,
evidencia de calidad elevada

La estimulación del cuero cabelludo puede ser utilizada como un medio para evaluar el estado ácido-base fetal cuando están presentes patrones cardíacos fetales (por ejemplo, la variabilidad mínima) anormales o indeterminados (antes, desalentadora) y es una alternativa segura a la cesárea en este contexto.

1C
Recomendación fuerte,
evidencia de calidad baja

Inducción del trabajo de parto

Antes de las 41 0/7 semanas de gestación, la inducción del trabajo de parto por lo general se debe realizar sobre la base de las indicaciones médicas maternas y fetales. Las inducciones en las 41 0/7 o más semanas de gestación, se deben realizar para reducir el riesgo de parto por cesárea y el riesgo de morbilidad y mortalidad perinatal.

1^a
Recomendación fuerte,
evidencia de calidad elevada

Deben utilizarse métodos de maduración cervical cuando se induce el parto en mujeres con un cuello uterino desfavorable.

1B
Recomendación fuerte,
evidencia de calidad moderada

Si el estado de la madre y del feto permite, se pueden evitar los partos por cesárea por fallo de la inducción del trabajo de parto en la fase latente permitiendo una mayor duración de la fase latente (hasta 24 horas o más) y lo cual requiere que se administre oxitocina durante por lo menos 12 a 18 horas después de la rotura de membranas antes de considerar que la inducción ha fracasado.

1B
Recomendación fuerte,
evidencia de calidad moderada

Mala presentación fetal

La presentación fetal debe ser evaluada y documentada a partir de la semana 36 0/7 de gestación para permitir que se ofrezca la versión cefálica externa.

1C
Recomendación fuerte,
evidencia de calidad baja

Sospecha de macrosomía fetal

El parto por cesárea para evitar un potencial trauma del nacimiento, debe limitarse a pesos fetales estimados de al menos 5,000 g en mujeres sin diabetes y al menos 4.500 g en mujeres con diabetes. La

2C
Recomendación débil,
evidencia de calidad baja

Disponible en: <http://www.femeba.org.ar>

prevalencia de peso al nacer de 5.000 g o más es rara, y debe informarse a los pacientes que las estimaciones del peso fetal, sobre todo al final de la gestación, son imprecisas.

Ganancia de peso materno excesivo

Las mujeres deben ser aconsejadas acerca de las directrices de peso maternos de la IOM en un intento de evitar el aumento de peso excesivo.

1B
Recomendación fuerte,
evidencia de calidad
moderada

Gestaciones gemelares

Los resultados perinatales en gestaciones gemelares en las que el primer gemelo está en presentación cefálica no se mejoran por cesárea. Así, las mujeres con embarazo gemelar y, presentaciones cefálicas / cefálicas o cefálicas / no cefálica deben ser aconsejadas para intentar el parto vaginal.

1B
Recomendación fuerte,
evidencia de calidad
moderada

Otras

Tanto individuos, organizaciones como órganos de gobierno, deben trabajar para garantizar que se lleven a cabo investigaciones que proporcionen una mejor base de conocimientos para orientar las decisiones con respecto a la cesárea y para fomentar cambios en las políticas que reducen de forma segura la tasa de partos por cesárea primaria.

1C
Recomendación fuerte,
evidencia de calidad
baja

Abreviación: IOM, Institute of Medicine.

Principales conclusiones y recomendaciones :

- El parto prolongado fase latente (> 20 horas en mujeres nulíparas, > 14 horas en multíparas) no es una indicación para la cesárea.
- La dilatación cervical de 6 cm se debe considerar el inicio del trabajo de parto activo . Anteriormente , el límite era de 4 cm.
- Antes del diagnóstico de detención del trabajo de parto, se debe permitir que las multíparas pujen durante 2 horas y a las mujeres nulíparas durante 3. Son admisibles duraciones más largas , en particular con anestesia epidural .
- El parto vaginal con fórceps o vacío en la segunda etapa es una alternativa a la cesárea , aunque los médicos necesitan más formación.

El trabajo completo

Disponible en: <http://www.femeba.org.ar>

**Safe prevention of the primary cesarean
delivery.** Obstetric Care Consensus No. 1.

American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol
2014;123:693–711

Enlace <http://bit.ly/N2GLDN>