

GUIA CLINICA INDICACIONES DE CESAREA

Esta guía representa la visión de Clínica Santa María respecto a las indicaciones de cesárea, obtenida a través de la revisión de la evidencia científica disponible en la literatura nacional e internacional. Esta guía debe ser considerada en la práctica clínica de los médicos gineco – obstetras ya sean ellos médicos staff o médicos externos certificados para atender pacientes en la institución. Este documento, sin embargo, no reemplaza la responsabilidad individual del médico, para tomar una decisión clínica adecuada a las circunstancias en una determinada paciente, consultada con esta o con su representante legal.

Esta guía fue revisada y concensuada por los médicos gineco – obstetras del staff de Clínica Santa María en reunión Clínica efectuada el 24 de septiembre de 2008.

DECISION DE CESAREA

- Cuando se considera la decisión de una operación cesárea, debe discutirse con la paciente los riesgos y beneficios de esta, comparados con el parto por vía vaginal.
- La solicitud materna de cesárea no es por si sola una indicación, las razones específicas deben ser discutidas y registradas en la ficha clínica.
- El riesgo de morbilidad respiratoria esta aumentado en el recién nacido cuyo parto ocurre por cesárea sin mediar un trabajo de parto antes de las 39 semanas. Por esta razón, la cesárea electiva no debe ser planificada como de rutina antes de esta edad gestacional.

DISMINUIR LA PROBABILIDAD DE CESAREA

- A las mujeres con presentación podálica no complicada, debemos ofrecerle la posibilidad de una versión externa a las 36 semanas de gestación. Deben excluirse las mujeres en trabajo de parto, las mujeres con cicatriz uterina, aquellos embarazos con compromiso fetal y las que presenten membranas rotas.
- A las mujeres con embarazos fisiológicos se les debe recomendar inducción del trabajo de parto alrededor de las 41 semanas de gestación, ya que esto reduce el riesgo de mortalidad perinatal y la probabilidad de cesárea.
- Debe usarse un parto grama para monitoreo del trabajo de parto espontáneo, ya que esto disminuye la probabilidad de cesárea.
- El monitoreo electrónico esta asociado con una mayor probabilidad de cesárea. Cuando se contempla la posibilidad de cesárea por un patrón cardio-fetal alterado, con sospecha de acidosis fetal, debiera recomendarse estudio de sangre fetal, siempre y cuando se den las condiciones para esto.

La siguiente guía esta basada en la evidencia disponible. Las recomendaciones están reforzadas por un grado de fuerza (A, B, C, D y BP (**Buena Práctica**)). Ver esquema.

GRADO DE RECOMENDACIÓN	BASE DE LA EVIDENCIA
A	- Categoría I
B	- Categoría II , o - Extrapolación de categoría I
C	- Categoría III , o - Extrapolación de categoría I o II .
D	- Categoría IV , o - Extrapolación de categorías I , II o III
BP	- Visión del grupo de revisión

CATEGORIA DE LA EVIDENCIA	FUENTE DE LA EVIDENCIA
I	- I a : meta análisis de estudios randomizados controlados, o - I b : a lo menos un estudio controlado randomizado.
II	- II a : a lo menos un estudio controlado no randomizado, o - II b : a lo menos un estudio cuasi experimental.
III	- Estudios descriptivos no experimentales: comparativos, descriptivos o caso – control.
IV	- Reportes de Comités de expertos u opiniones de una autoridad en el tema.

Adaptado de Eccles M, Mason J (2001). How to develop cost – conscious guidelines. Health Technology Assessment 5 (16)

1.- PROCEDIMIENTO. CESAREA

1.1.- Tiempos

1.1.1.- El riesgo de morbilidad respiratoria esta aumentado en niños nacidos por cesárea antes del trabajo de parto, pero este riesgo disminuye significativamente después de las 39 semanas. Por lo tanto, las cesáreas electivas no deben realizarse de rutina antes de las 39 semanas de gestación.

B

1.1.2.- La cesárea de emergencia por compromiso fetal o materno debe realizarse lo más rápido posible. Un intervalo menor de 30 minutos entre la decisión de cesárea y el parto es considerado un estándar para auditar la capacidad de respuesta de una maternidad frente a la emergencia.

C

1.2. – Exámenes pre operatorios.

1.2.1.- Medición de hemoglobina. Aunque la perdida de mas de 1000 cc. de sangre es poco frecuente (ocurre hasta en un 8% de los casos), es un riesgo potencial grave.

C

1.2.2.- Las mujeres sometidas a cesárea por Hemorragia ante parto, Desprendimiento placentario, Rotura uterina y Placenta previa, tiene un mayor riesgo de perdidas excesivas de sangre. Debe existir la posibilidad de transfusión en el pabellón.

C

1.3.- **Manejo de la vía urinaria.** Las mujeres con anestesia regional requieren de un catéter urinario, como prevención de la sobre distensión vesical.

BP

1.4.- Anestesia en cesárea.

1.4.1- La paciente debe estar informada del tipo de anestesia y del manejo analgésico post cesárea.

BP

1.4.2.- Se debe preferir la anestesia regional a la general, ya que es más segura y resulta en una menor morbilidad materna y neonatal. Esto incluye a las mujeres con mayor riesgo de sangrado, como por ejemplo las mujeres portadoras de placenta previa.

A

1.4.3.- Las mujeres que son sometidas a anestesia regional, deben recibir un a pre carga de volumen con soluciones cristaloides o coloides, fenil epinefrina o efedrina como prevención de la hipotensión arterial.

A

1.5.- CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CESAREA.

1.5.1.- En toda cesárea electiva, debe existir un Consentimiento informado, firmado por la paciente y el médico/matrona tratante.

C

1.5.2.- El rehusar la indicación de cesárea es una opción de la mujer.

D

1.5.3.- Cuando se indica una cesárea debe haber una discusión con la mujer sobre los riesgos y beneficios de esta, al compararlos con el parto vaginal en el caso específico de ella.

BP

1.5.4.- Al tomar la decisión de cesárea debe quedar claramente especificado en el registro clínico, los diagnósticos y situaciones que llevaron a esta.

BP

2.- CAUSAS DE CESAREA ELECTIVA

2.1.- **Presentación podálica.**

En los casos de feto único en podálica no complicada, debiera indicarse versión externa alrededor de las 36 semanas. La excepción la constituyen las mujeres en trabajo de parto, antecedentes de cicatriz o de malformación uterina, compromiso de la unidad feto placentaria, membranas rotas o hemorragia.

A

Cuando la versión externa esta contraindicada o esta ha sido frustra o, el operador no tiene experiencia, debe planificarse una cesárea para reducir la morbi mortalidad.

A

2.2.- **Embarazo múltiple.**

De todas maneras, en los embarazos gemelares no complicados a término, donde el primer gemelo esta en presentación cefálica, la morbimortalidad perinatal esta aumentada para el segundo gemelo. Sin embargo el efecto de una cesárea electiva en mejorar el resultado para el segundo gemelo es incierto, por lo que no debe recomendarse esta de rutina.

C

Cuando el primer gemelo no esta en presentación cefálica, el efecto positivo de la cesárea no esta demostrado, pero la práctica clínica actual es optar por la cesárea.

BP

La cesárea electiva en el embarazo gemelar no debe realizarse antes de las 38 semanas de gestación, dado el mayor riesgo de problemas respiratorios de los recién nacidos.

B

2.3.- Embarazo de pretérmino y cesárea.

El parto de pretérmino esta asociado con una mayor morbilidad y mortalidad neonatal. Sin embargo, el impacto de la cesárea en mejorar estos resultados es incierto, por lo que no debe recomendarse esta vía de parto en forma rutinaria, exepcto en el contexto de protocolos de investigación.

C

2.4.- Pequeños para la edad gestacional y cesárea.

Estos recién nacidos tienen un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad neonatal. Sin embargo, el efecto de la cesárea electiva en disminuir estos riesgos no es claro, por lo que esta no debe ser una recomendación de rutina.

C

2.5.- Placenta previa.

Las mujeres embarazadas, cuyas placentas cubran total o parcialmente el orificio cervical interno del cuello uterino (grados 3 y 4) deben ser sometidas a cesárea electiva.

D

2.6.- Desproporción céfalo – pélvica y cesárea electiva.

La pelvimetría no sirve como predictor de falla del progreso del trabajo de parto. No debe usarse para decidir una cesárea electiva.

A

La estatura materna, la estimación de peso fetal clínica o ecográfica no es predictor de desproporción céfalo pélvica.

B

2.7.- Transmisión madre – hijo de infecciones maternas.

Las mujeres VIH positivas deben someterse a cesárea electiva, ya que esto reduce el riesgo de infección del recién nacido.

A

La transmisión madre – hijo de la Hepatitis B se reduce si el recién nacido recibe inmunoglobulina y es vacunado. La cesárea no ha demostrado disminuir el riesgo de transmisión de este virus.

B

Las mujeres infectadas con Hepatitis C no deben someterse a cesárea electiva, ya que esta no reduce el riesgo de transmisión.

C

Las mujeres co – infectadas con VIH y Hepatitis C, deben someterse a cesárea electiva, ya que esto reduce el riesgo de transmisión de ambos virus.

C

A las mujeres con infección primaria por Virus Herpes Simple en el tercer trimestre se les debe ofrecer una cesárea electiva ya que esto reduce el riesgo de infección neonatal

C

Las mujeres con una infección por Virus Herpes Simple recurrente en el momento del parto deben ser informadas de que la cesárea no ha demostrado beneficio en disminuir el riesgo de transmisión.

C

2.8.- Solicitud materna de cesárea.

La solicitud materna no es por si sola indicación de cesárea. Cuando una mujer la solicita en ausencia de una indicación médica, se debe discutir y registrar los riesgos y beneficios de la cesárea frente al parto vaginal.

BP

El médico tiene el derecho a negarse a la solicitud materna en ausencia de una razón identificable. Sin embargo en el afán de respetar la decisión materna debe derivarse a una segunda opinión.

BP

3.- PARA DISMINUIR EL RIESGO DE CESAREA:

Las siguientes intervenciones durante el trabajo de parto han demostrado ser capaces de disminuir el riesgo de cesárea:

3.1.- Las mujeres con embarazos fisiológicos deben someterse a inducción después de las 41 semanas en caso de no iniciar trabajo de parto espontáneo.

A

3.2.- El uso de un partograma para monitorizar el curso de un trabajo de parto ha demostrado ser útil en disminuir la tasa de cesáreas.

A

3.3.- El monitoreo fetal electrónico esta asociado a una mayor tasa de cesárea. Cuando es la cesárea vía de parto recomendada por un patrón de actividad cardiaca fetal anormal, con sospecha de acidosis fetal, debiera considerarse la muestra de sangre fetal, siempre que esto sea posible y no haya contraindicaciones.

B

3.4.- Las siguientes medidas no aumentan ni disminuyen la posibilidad de cesárea:

- Caminar durante el trabajo de parto.
- Posición no supina.
- Inmersión en agua.
- Analgesia peridural

A

3.5.- Las mujeres deben estar informadas que las terapias complementarias usadas durante el trabajo de parto (acupuntura, aromaterapia, hipnosis, herboterapia, homeopatía y medicina china) no han sido suficientemente evaluadas para concluir sobre su beneficio o no sobre el riesgo de cesárea

D

Autor de la Guía clínica: Dr. Iván Rojas

Guía revisada en Reunión Clínica del Servicio de Obstetricia, Ginecología y Neonatología de Clínica Santa María en septiembre de 2008.
