

II Jornada de Salud Perinatal de Galicia

Santiago de Compostela, 30 de Octubre de 2008



Racionalización de la tasa de cesáreas

Luis Fdez.-Llebrez del Rey
Hospital de Cruces. Bilbao

Tasas de cesáreas

¿Existe una cifra “adecuada” de cesáreas?

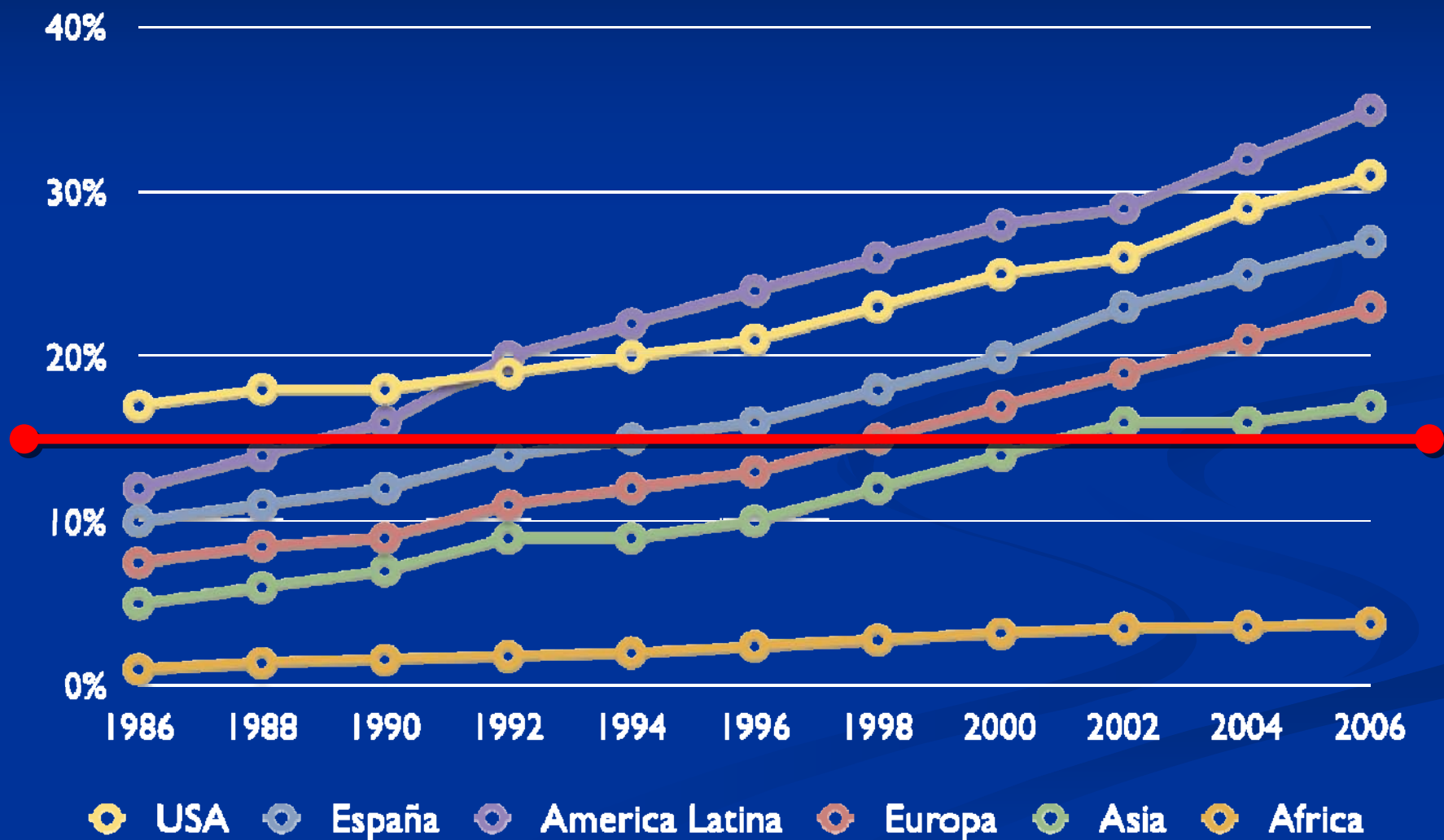
¿Están bien indicadas todas las cesáreas?

Indicadores de calidad

Tasa total de cesáreas

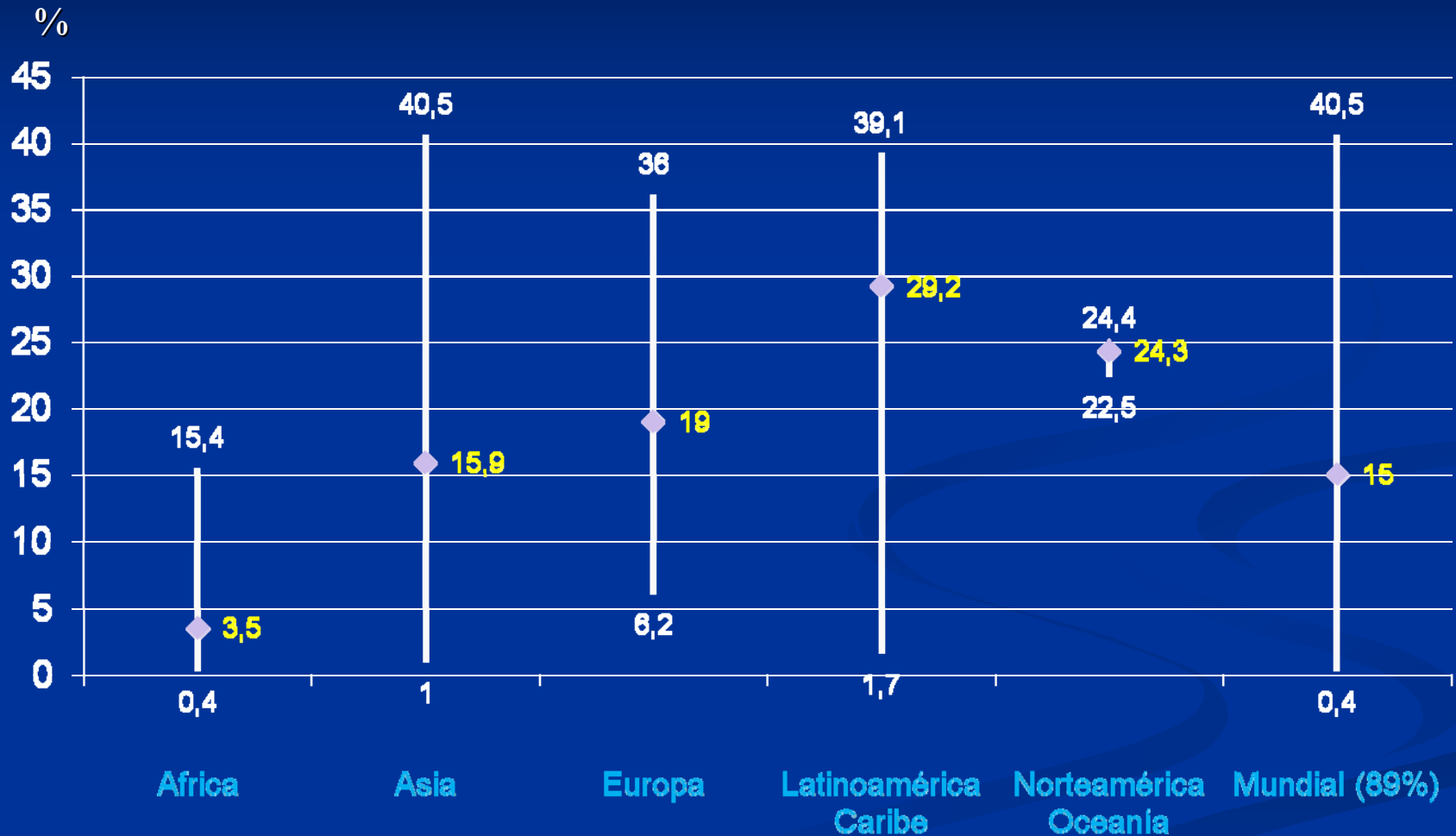
INSALUD	17,6%
ICS	17%
SEGO	15%
ASGO	15%
OMS	15%

Tasa de cesáreas



Tasa internacional de cesáreas

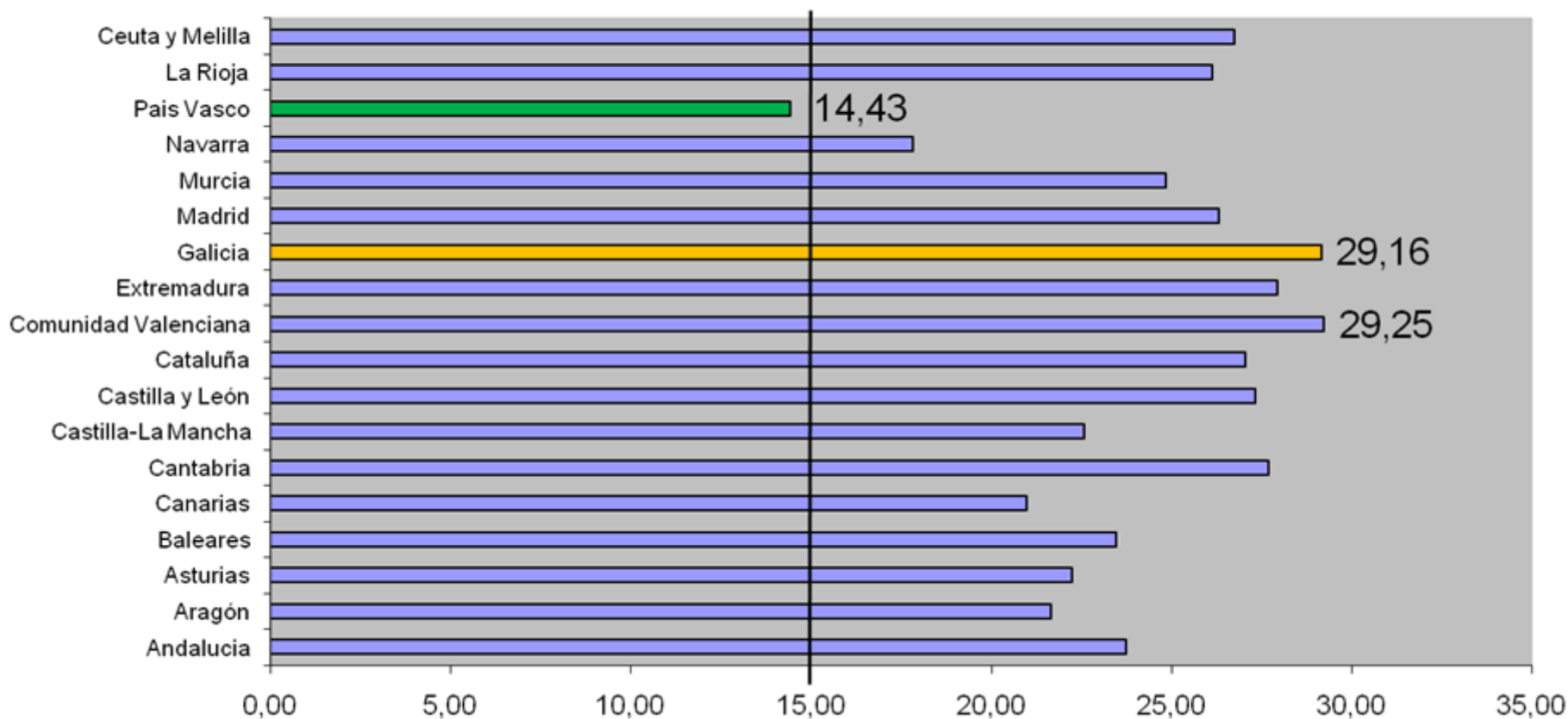
2005



Betrán AP, Meriardi M, Lauer JA, Bing-Shun W, Thomas J, Van Look P, Wagner M. Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. Paediatr Perinat Epidemiol. 2007 Mar;21(2):98-113.

Tasa de cesáreas por CCAA

2005



Tasa de cesáreas

Indicadores clave del Sistema Nacional de salud	2000	2007
Porcentaje de cesáreas respecto al total de partos	21,69	25,18
Porcentaje de cesáreas respecto al total de partos (Hospitales SNS)	19,36	22,26
Porcentaje de cesáreas respecto al total de partos (Hospitales Privados)	28,35	36,44



Objetivos 2010

American Collage of Obstetricians and Gynecologists Task Force on Cesarean Delivery Rates

- Una tasa de cesáreas del 15,5% en mujeres nulíparas de 37 semanas o más con embarazos únicos en presentación cefálica

Hospital de Cruces

8,1 %

- Una tasa de parto vaginal después de cesárea del 37% en mujeres con embarazos únicos de 37 semanas o más con presentación cefálica y una cesárea segmentaria previa.

Hospital de Cruces

66,4 %

Tasa de cesáreas

Hospital de Cruces

Año 2007

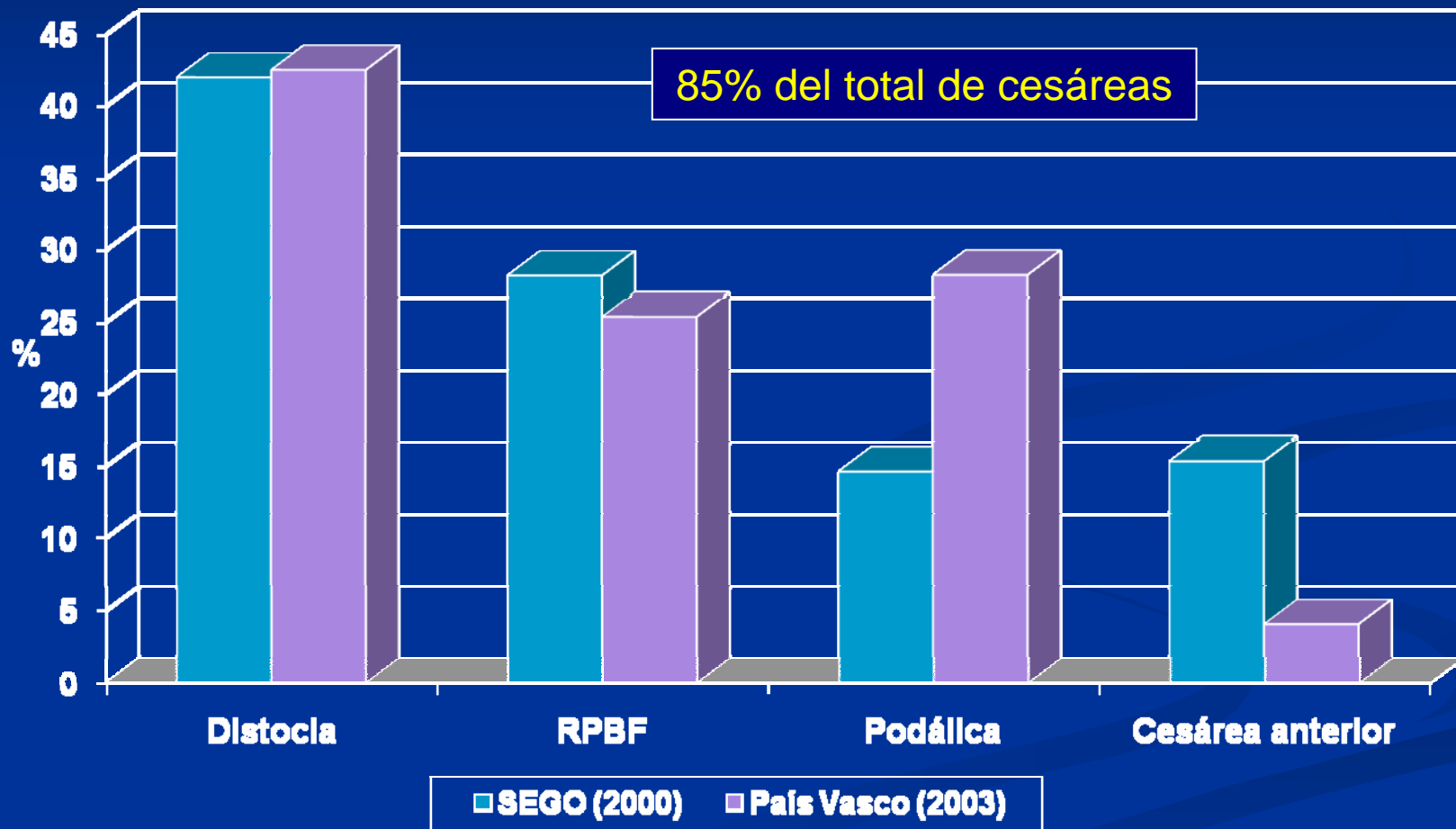


11,7 %



**ESTRATEGIAS PARA
RACIONALIZAR LA TASA
DE CESÁREAS**

Indicaciones de las cesáreas



Distocia

Trabajo de parto difícil

- Detención de la dilatación
- Distocia de dilatación
- Distocia no progresiva
- Desproporción céfalo-pélvica
- Expulsivo detenido
- Fracaso de parto de prueba
- No progresión del parto
- No descenso de la presentación
- Parto estacionado
- Fracaso de inducción

Definiciones

Las definiciones de las etapas del parto deben ser claras, a fin de garantizar que tanto las mujeres como los profesionales tienen una comprensión compartida de los conceptos, que les permita comunicarse de una manera efectiva.

Distocia

1. Trastornos de la fase latente: son los que se presentan con dilataciones < 4 cm.
2. Trastornos de la dilatación (distocia de dilatación): son los que se presentan con dilataciones ≥ 4 cm. y hasta 10 cm.
Corresponden a la fase activa del parto.
3. Trastornos del periodo expulsivo (distocia de descenso): son los que se presentan una vez alcanzada la dilatación completa (10 cm.).

Inducción

La inducción incrementa el riesgo de cesárea

Nivel de evidencia 2b

Vahratian A, Zhang J, Troendle JF, Sciscione AC, Hoffman MK. Labor progression and risk of cesarean delivery in electively induced nulliparas. *Obstet Gynecol.* 2005 Apr;105(4):698-704.

2002-2007	Tasa de cesáreas
Partos inducidos	14,21%
Partos no inducidos	10,7%

Inducción

La inducción electiva en la macrosomía fetal no disminuye la tasa de cesáreas

Nivel de evidencia 1a

Chauhan SP, Grobman WA, Gherman RA, Chauhan VB, Chang G, Magann EF, Hendrix NW. Suspicion and treatment of the macrosomic fetus: a review. Am J Obstet Gynecol. 2005 Aug;193(2):332-46.Review.

Inducción

La utilización de prostaglandinas reduce la tasa de cesáreas

Nivel de evidencia 1a

Inducción

Fracaso de inducción: tras un mínimo de 12-18 horas de iniciada la inducción no se alcanzan la fase activa (4 cm.)

Distocia de dilatación

Un partograma con una línea de acción de 4 horas se asocia con una reducción de la tasa de cesáreas y de partos de duración superior a 18 horas, más partos espontáneos en cefálica y menos muertes fetales intraparto.

Nivel de evidencia 1b

Distocia de dilatación

El diagnóstico de distocia de dilatación implica una velocidad de dilatación inferior a 2 cm en 4 horas.

Distocia de descenso

Duración del periodo expulsivo

■ ACOG / NICE

- Con anestesia epidural
 - 3 horas en nulíparas
 - 2 horas en multíparas
- Sin anestesia epidural
 - 2 horas en nulíparas
 - 1 horas en multíparas

■ Menticoglou

- Incluso cuando se prolongó hasta 6 horas o más, no guardó relación con la salud del neonato

Predictores de distocia

La pelvimetría no es un predictor adecuado de distocia. Las mujeres a las que se les practica una pelvimetría tienen mayor probabilidad de tener una cesárea.

Nivel de evidencia 1a

Predictores de distocia

La obesidad y ganancia excesiva de peso incrementan significativamente el número de cesáreas.

Nivel de evidencia 2b

Chu SY, Kim SY, Schmid CH, Dietz PM, Callaghan WM, Lau J, Curtis KM. Maternal obesity and risk of cesarean delivery: a meta-analysis. *Obes Rev.* 2007 Sep;8(5):385-94. Review.

Acceso a una segunda opinión

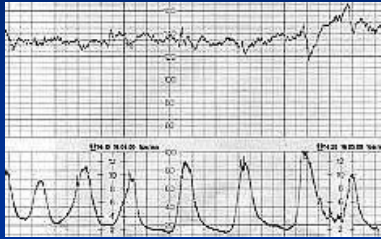
La exigencia de una segunda opinión para la indicación de una cesárea se asocia con una pequeña pero significativa reducción en la tasa de cesáreas.

La segunda opinión se refiere a la necesidad de acuerdo con otro facultativo, generalmente de mayor experiencia, antes de tomar la decisión de practicar una cesárea

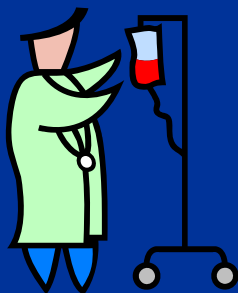
Nivel de evidencia 1b

Althabe F, Belizán JM, Villar J, Alexander S, Bergel E, Ramos S, Romero M, Donner A, Lindmark G, Langer A, Farnot U, Cecatti JG, Carroli G, Kestler E; Latin American Caesarean Section Study Group. Mandatory second opinion to reduce rates of unnecessary caesarean sections in Latin America: a cluster randomised controlled trial. Lancet. 2004 Jun 12;363(9425):1934-40.

Riesgo de pérdida de bienestar fetal



pH fetal



- ⇒ Escasa fiabilidad para detectar asfixia
- ⇒ Muchos falsos positivos
- ⇒ Incrementa el número de cesáreas (la)
- ⇒ Evita intervenciones innecesarias
- ⇒ La correlación entre las cifras del pH y el estado clínico del neonato tiene limitaciones
- ⇒ Permite mejorar la condición fetal en un 70% de los casos
- ⇒ Puede permitir la continuidad del parto y llegar al expulsivo por vía vaginal

Interpretación de la CTG

Clasificación de los criterios de interpretación de los registros de la FCF

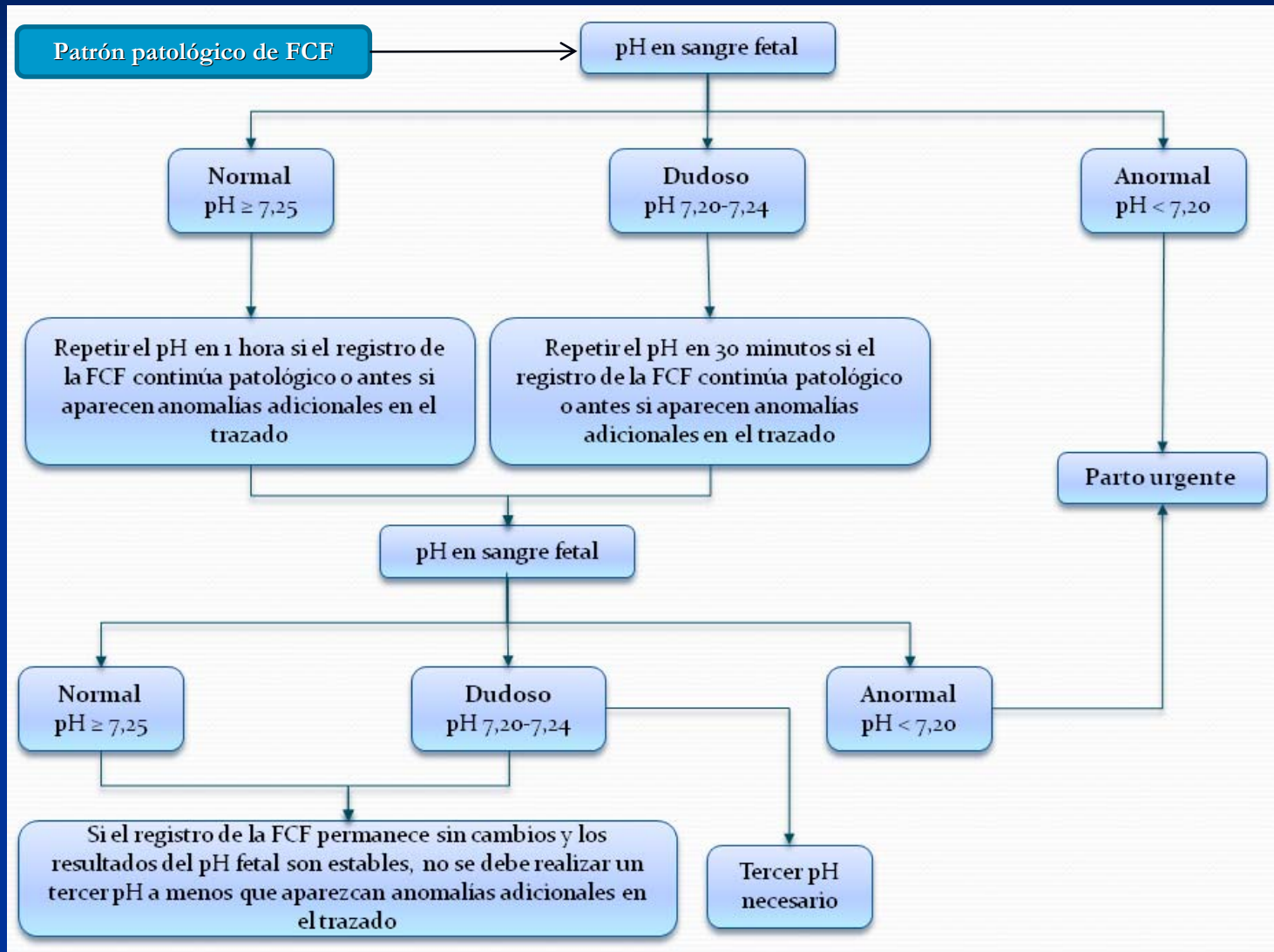
Característica	FCF basal (l/m)	Variabilidad (l/m)	Deceleraciones	Aceleraciones
Tranquilizadora	120-160	≥ 5	Ninguna	Presentes
No tranquilizadora	100-119 161-180	< 5 durante 40-90 minutos	Deceleraciones variables típicas en más del 50% de las contracciones durante más de 90 minutos Deceleración prolongada única de hasta 3 minutos	La ausencia de aceleraciones transitorias en un registro por otra parte normal tiene un significado incierto
Anormal	< 100 > 180 Patrón sinusoidal ↑ 10 minutos	< 5 durante más de 90 minutos	Deceleraciones variables atípicas en más del 50% de las contracciones o deceleraciones tardías, ambas durante más de 30 minutos Deceleración prolongada única de > 3 minutos	

Clasificación de los registros de FCF

Definición de registro normal, sospechoso y patológico

Categoría	Definición
Normal	Registro de la FCF con los 4 criterios de lectura clasificados como tranquilizadores
Sospechoso	Registro de la FCF con 1 criterio clasificado como no tranquilizador y el resto tranquilizadores
Patológico	Registro de la FCF con 2 o más criterios no tranquilizadores o 1 o más clasificado como anormal

Equilibrio ácido-base fetal



Presentación podálica



Term Breech Trial

Revisión sistemática

Nivel de evidencia 1a

Una política de cesáreas sistemática es claramente mejor que un intento de parto vaginal en caso de presentación de nalgas a término

Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. Term Breech Trial Collaborative Group. Lancet. 2000 Oct 21;356(9239):1375-83.

Term Breech Trial

Consecuencias

Una encuesta realizada en el año 2003 en más de 80 centros de 23 países, concluye que el 92.5% de los centros encuestados ha abandonado la práctica del parto vaginal de nalgas en favor de la cesárea.

Presentación podálica

Glezerman M. Five years to the term breech trial: the rise and fall of a randomized controlled trial. Am J Obstet Gynecol. 2006 Jan;194(1):20-5.



Las recomendaciones originales del Term Breech Trial deben ser retiradas

Presentación podálica

Goffinet F, Carayol M, Foidart JM, Alexander S, Uzan S, Subtil D, Breart G; PREMODA Study Group. Is planned vaginal delivery for breech presentation at term still an option? Results of an observational prospective survey in France and Belgium. Am J Obstet Gynecol. 2006 Apr;194(4):1002-11.



En lugares donde la práctica del parto vaginal de nalgas es una práctica habitual y donde existen estrictos criterios de selección y conducción del parto, el parto vaginal de un feto a término en presentación podálica es una opción segura.

Presentación podálica


ACOG Committee on Obstetric Practice. ACOG Committee Opinion No. 340. Mode of term singleton breech delivery. Obstet Gynecol. 2006 Jul;108(1):235-7.



El parto vaginal de un feto a término en presentación podálica constituye una opción razonable en un hospital que posea protocolos específicos tanto para la selección de las candidatas como para el manejo del parto.

Presentación podálica

Kotaska A. Combating coercion: Breech birth, parturient choice, and the evolution of evidenced-based maternity care. Birth 24:2 June 2007.



Si en una unidad no se puede ofertar el parto de nalgas por vía vaginal, las mujeres que deseen optar por esta vía deberían ser referidas a un centro en donde esta opción esté disponible.

Presentación podálica

Hospital de Cruces

2007

Número de presentaciones
podálicas en gestaciones
simples

→ 299

Tasa de partos vaginales

→ 31%

Reducción de la tasa global
de cesáreas

→ 1%

Presentación podálica

Versión cefálica externa

La versión cefálica a término reduce las probabilidades de nacimientos en presentación podálica y las cesáreas.

Nivel de evidencia 1a

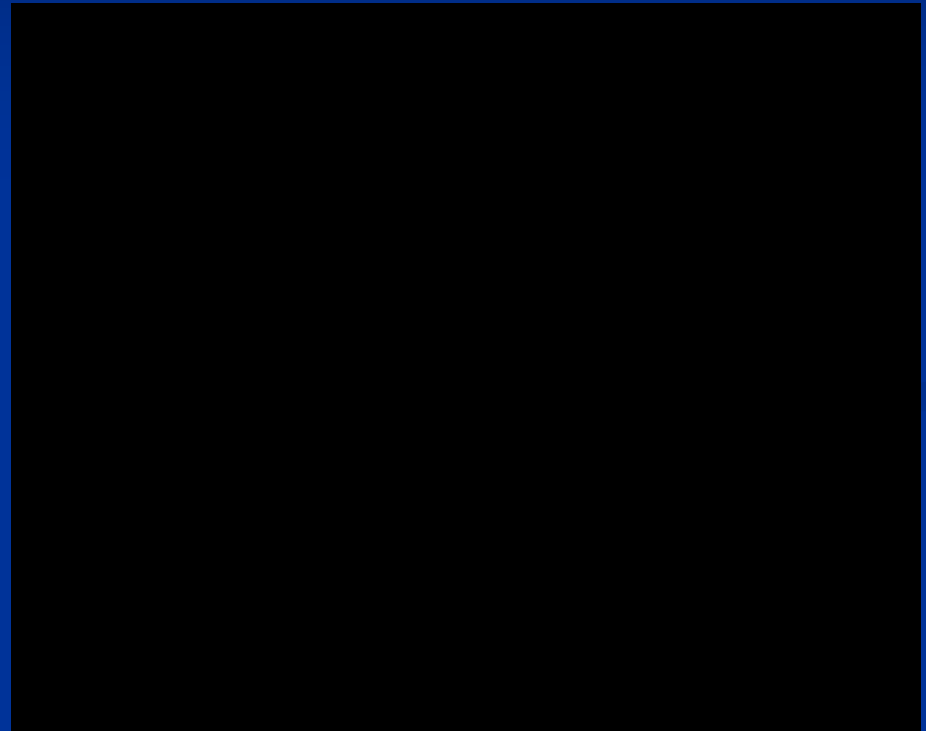
Hutton EK, Hofmeyr GJ Versión cefálica externa para la presentación podálica antes del término. *The Cochrane Library*, 2007 Issue 4.

700 Versiones

54% éxitos

Reducción de la tasa global de cesáreas

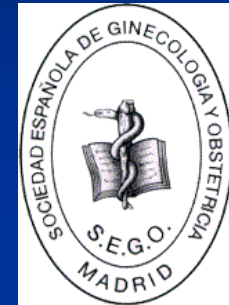
1,4%



Cesárea anterior

Un incremento en el porcentaje de mujeres que tienen una cesárea previa tendrá como resultado un incremento desproporcionado de la tasa general de cesáreas

Cesárea anterior



El parto vaginal después de una cesárea es un método seguro y práctico para reducir la tasa global de cesáreas



Debe ofrecerse una prueba de trabajo de parto a casi todas las mujeres con cesárea previa e incisión transversal baja, dado que la mayor parte de ellas son candidatas a un parto vaginal

Cesárea anterior

- No hay evidencia de que la indicación de la cesárea primaria sirva para predecir el éxito de un parto vaginal posterior. Nivel de evidencia 2b

- La inducción médica del parto es controvertida, aunque no está formalmente contraindicada.

Nivel de evidencia 2b

- La inducción con misoprostol no se recomienda.

Nivel de evidencia 2a

Cesárea anterior

- La prueba de parto no está contraindicada en:
 - Gestación múltiple
 - Diabetes mellitus
 - Sospecha de macrosomía fetal
 - Embarazo prolongado

Nivel de evidencia 2b

SOGC clinical practice guidelines. Guidelines for vaginal birth after previous caesarean birth. Number 155 (Replaces guideline Number 147), February 2005.

- CIR
- Presentación podálica

Cesárea anterior

Hospital de Cruces

2007

Número de cesáreas previas

346

Tasa de partos vaginales

65,6%

Reducción de la tasa global
de cesáreas

3,4%

Otras situaciones

Gemelares

La cesárea para el nacimiento de un segundo gemelo que no está en presentación cefálica se asocia con una mayor morbilidad febril materna sin mejoras en el resultado neonatal hasta el momento. No se debe adoptar esta política excepto dentro del contexto de ensayos controlados adicionales.



Nivel de evidencia 1b

Otras situaciones

Gemelares

Con criterios adecuados para seleccionar la vía del parto, un protocolo para el manejo del parto y un equipo experimentado de obstetra, matrona y anestesista, el intento de parto vaginal para los embarazos gemelares con el primer feto en podálica es una opción razonable.

Nivel de evidencia 2b



Otras situaciones

Gestación triple

La evidencia actual, aunque escasa, sugiere que los resultados de las gestaciones triples son mejores con el parto vaginal que con la cesárea.

Nivel de evidencia 2b

Wildschut HIJ, van Roosmalen J, van Leeuwen E, Keirse MJNC. Planned abdominal compared with planned vaginal birth in triplet pregnancies. *Br J Obstet Gynaecol* 1995;102:292–6.

El parto vaginal en las gestaciones triples es una opción razonable en centros con suficientes número de partos triples.



Alran S, Sibony O, Luton D, Touitou S, Fourchette V, Féraud O, Oury JF, Blot P. Maternal and neonatal outcome of 93 consecutive triplet pregnancies with 71% vaginal delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2004 Jun;83(6):554-9.

Otras situaciones

CIR

No existen pruebas suficientes para evaluar el uso de una política de cesárea electiva para el parto de bebés pequeños. En los casos de CIR debe demorarse el nacimiento siempre que sea posible.



Nivel de evidencia 1a

Grant A, Glazener CMA. Cesárea electiva versus abordaje expectante para el parto de un bebé pequeño (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Otras situaciones

Prematuridad

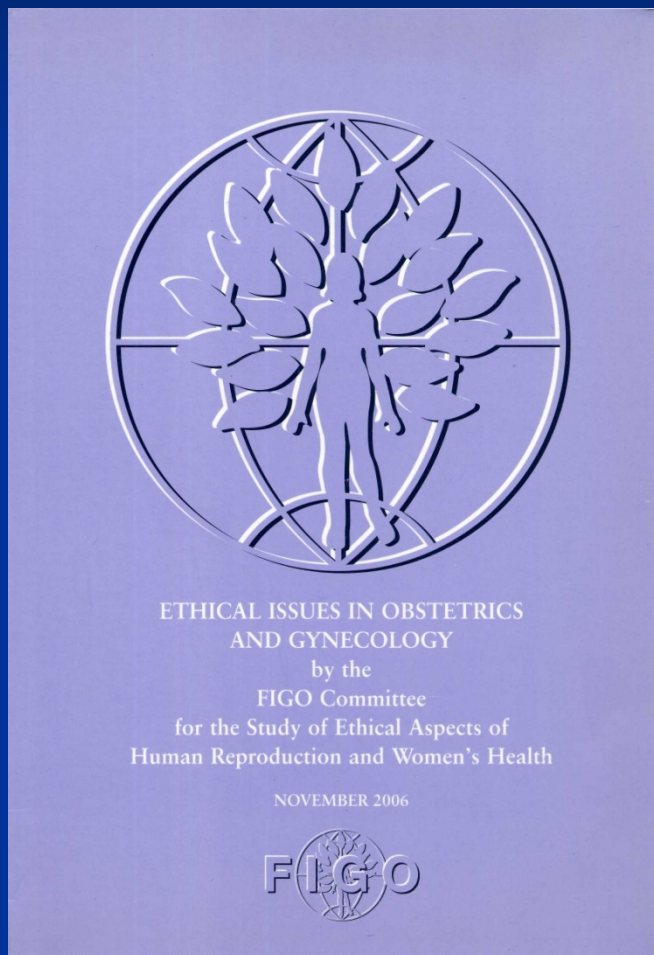
La prematuridad se asocia con una frecuencia alta de morbilidad y mortalidad perinatales, sin embargo la evidencia es insuficiente para asegurar que los resultados puedan ser mejorados con la cesárea programada.



Nivel de evidencia 1a

Grant A, Glazener CMA. Cesárea electiva versus abordaje expectante para el parto de un bebé pequeño (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Cesárea por razones no médicas



“Por el momento, como no existen pruebas de que se obtengan unas ventajas netas, la intervención cesárea por razones de naturaleza no médica no se justifica éticamente.”

Cesárea por razones no médicas

En mujeres de bajo riesgo, la cesárea electiva se asocia a una tasa 2,4 veces mayor de mortalidad neonatal en comparación con el parto vaginal.

Nivel de evidencia 2b

MacDorman MF, Declercq E, Menacker F, Malloy MH. Neonatal mortality for primary cesarean and vaginal births to low-risk women: application of an "intention-to-treat" model. *Birth*. 2008 Mar;35(1):3-8.

El riesgo de mortalidad materna postparto es 3,6 veces mayor después de una cesárea que de un parto vaginal.

Nivel de evidencia 2b

Deneux-Tharaux C, Carmona E, Bouvier-Colle MH, Bréart G. Postpartum maternal mortality and cesarean delivery. *Obstet Gynecol*. 2006 Sep;108(3 Pt 1):541-8.

El riesgo de morbilidad materna severa asociado a la cesárea electiva es superior al del parto vaginal.

Nivel de evidencia 2b

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. *CMAJ*. 2007 Feb 13;176(4):455-60.

Recomendaciones para un uso racional de la cesárea



1. Evitar los ingresos de parto en la fase latente del mismo.
2. Limitar la inducción del parto a los casos estrictamente indicados, evitando las inducciones por conveniencia.
3. No inducir el parto por sospecha de macrosomía fetal.
4. Utilizar la maduración cervical con prostaglandinas antes de iniciar la inducción en pacientes con Bishop desfavorable.
5. En ausencia de complicaciones, la duración de la fase latente en la inducción no debería ser inferior a 12-18 horas. No debe incluirse el tiempo de maduración en caso de que se empleen prostaglandinas.
6. Monitorización interna de la dinámica uterina para confirmar la adecuación de la misma en todos aquellos casos de distocia de dilatación o descenso.

Recomendaciones para un uso racional de la cesárea



7. Utilización de oxitocina en los casos de hipodinamia.
8. No realizar el diagnóstico de detención secundaria de la dilatación en la fase activa del parto (dilatación ≥ 4 cm.) hasta que ésta permanezca invariable durante al menos 4 horas.
9. No practicar radiopelvimetría para establecer el diagnóstico de desproporción pélvico-cefálica.
10. No realizar diagnóstico de desproporción pélvico-cefálica antes de la dilatación completa.
11. En ausencia de evidencia de compromiso fetal, no se recomienda la práctica de una cesárea por distocia de descenso o desproporción cefalo-pélvica si la duración del periodo expulsivo no ha superado al menos las 3 horas en nulíparas y 2 horas en multíparas.
12. Antes de tomar la decisión de practicar una cesárea se recomienda recabar una segunda opinión.

Recomendaciones para un uso racional de la cesárea



13. Cuando exista sospecha de acidosis fetal por un patrón anormal de frecuencia cardíaca fetal, antes de practicar una cesárea debería practicarse una microtoma de sangre fetal si es técnicamente posible y no hay contraindicaciones.
14. Intentar recuperar la situación fetal intraútero en todos los casos de pH prepatológico y en aquellos patológicos que se considere factible.
15. Intentar la versión cefálica externa en todas las presentaciones podálicas en las que no está contraindicada
16. Se recomienda el intento de parto vaginal para aquellas presentaciones podálicas que cumplan los criterios recogidos en el protocolo del centro.
17. En el caso de seguir las recomendaciones del Term Breech Trial, no extrapolar la conducta a las gestaciones pretérmino, múltiples, o con trabajo de parto ya iniciado.

Recomendaciones para un uso racional de la cesárea



18. No establecer la indicación de cesárea en gestaciones gemelares con primer feto en cefálica.
19. Valorar la posibilidad de parto vaginal en las gestaciones gemelares en donde el primer gemelo está en podálica.
20. No está justificada la cesárea electiva ni para todos los pretérminos ni para todos los CIR.
21. La indicación de la cesárea primaria no predice el éxito o el fracaso de un parto vaginal posterior.
22. Debe ofrecerse una prueba de trabajo de parto a casi todas las mujeres con cesárea previa e incisión transversal baja.
23. La inducción médica del parto tanto si se realiza con oxitocina como con prostaglandina E2 (dinoprostona) no está formalmente contraindicada. Se recomienda el empleo de dispositivos de liberación controlada (Propess®).

Recomendaciones para un uso racional de la cesárea



24. Ni la gestación múltiple, ni la diabetes mellitus ni la sospecha de macrosomía fetal ni el embarazo prolongado constituyen contraindicaciones para la prueba de parto tras una cesárea previa.
25. No se deben practicar cesáreas por razones de naturaleza no médica.

“Si seguimos haciendo lo que habitualmente hacemos, seguiremos obteniendo lo mismo”

Stephen R. Covey



GRACIAS POR SU ATENCIÓN

Llebrez 200