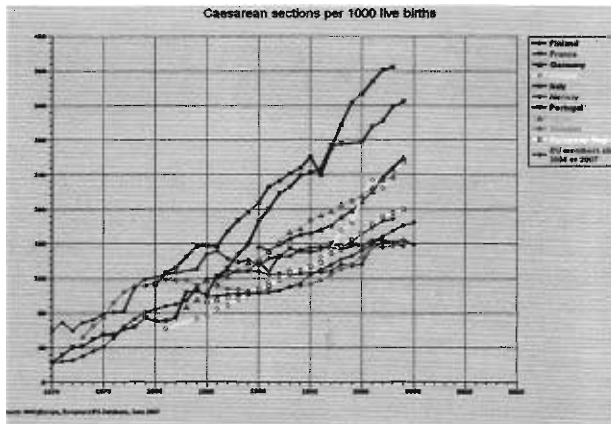


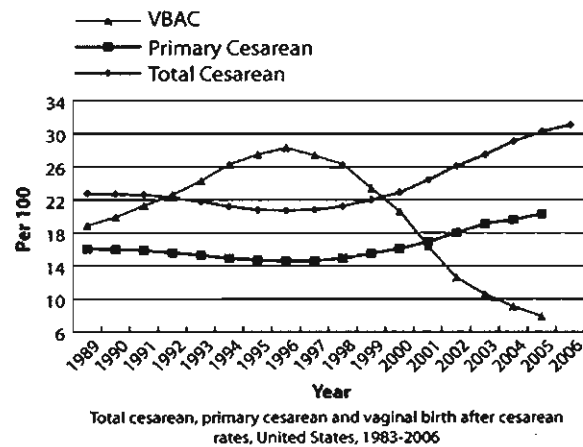
36. CESÁREA A DEMANDA: UN MITO CRECIENTE

Dr. Luis Cabero Roura

Se ha observado un gran incremento en el número de cesáreas realizadas desde los años setenta a la actualidad, en el gráfico podemos observar que el mayor porcentaje de aumento en cesáreas lo ostenta Italia seguida de Portugal, España, Alemania e Irlanda ostentan cifras similares, menores cifras ostentan Suecia, Finlandia y estados de la región europea.



En USA la tasa de cesáreas ha incrementado desde la década de los 70, y la tasa de partos vaginales después de la cesárea ha disminuido apreciablemente.



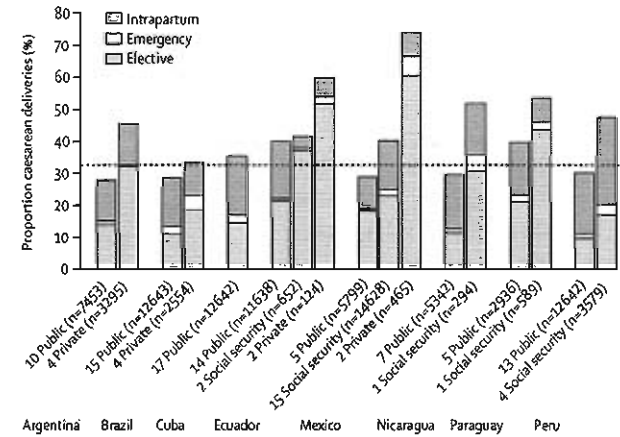
En los países latinoamericanos señalados en el gráfico se observa que en la mayoría predomina el número de cesáreas electivas.
Villar et al. Lancet 2006; 367:1819-1829

DEFINICIÓN

La cesárea a demanda es la que se realiza a petición de la mujer, en un embarazo con feto único y a término, sin indicación médica u obstétrica.

El balance considera los riesgos para la madre, médico

y el escenario en que se realiza.



PRINCIPALES RAZONES

- Madres: Es mejor para ellas mismas y para sus bebés (seguridad). Tiene el derecho a decidir
- Médicos: Fácil, segura, rápida y menos riesgos médico-legales
- Escenario: Trabajo programado
- Podemos fácilmente acordar que las cesáreas – o cualquier intervención médica – debe realizarse únicamente cuando existe una indicación.

El desacuerdo surge en la definición de indicación.

W. Benson Harer, 2002

DILEMAS

- Una paciente, tras su consentimiento informado conociendo los riesgos y beneficios de los tratamientos disponibles, su autonomía de elección es ética y legalmente reconocida en todas las situaciones excepto las situaciones obstétricas.
- Es una extraña paradoja de que una mujer puede decidir si se queda embarazada y si sigue o no su embarazo, pero luego se le niega la posibilidad de elegir, con conocimiento de causa, sobre su parto.

ESCENARIO

Mujer bien informada, con capacidad legal de decisión, que solicita, sin indicación clínica, finalizar su gestación mediante una cesárea antes del parto.

DECLARACIÓN DE PRINCIPIOS

- El indicador tasa de cesáreas, no es el paradigma de la buena práctica obstétrica ni perinatal.
AJOG (2006) 194, 932-6

The future of cesarean section

"...we have all regretted that we have not done a cesarean in certain cases, but I have yet to regret one that I have done."²³

Few obstetricians would disagree with this sentiment, expressed by a prominent New York obstetrician in 1920.

El futuro de la cesárea

“...todos hemos lamentado el no haber hecho una cesárea en ciertos casos, pero tengo todavía que lamentar una que haya hecho”. Pocos obstetras estarían en desacuerdo con esta afirmación; expresada por un eminente obstetra de Nueva York en 1920.

ARGUMENTOS A FAVOR

Por parte de la mujer:

- Derecho a elegir el tipo de parto.
- Comodidad y conveniencia socio-familiar o personal.
- Influencia de las modas sociales.
- Tocofofia:
 - Miedo al parto.
 - Experiencias previas negativas.
- Prevención de riesgos maternos y fetales.

Por parte del médico:

- Respeto a la decisión materna.
- Evitar problemas médico-legales.
- Evitar la crítica.
- Ausencia de tiempo.

Conveniencia y beneficio económico.

ANÁLISIS ÉTICO



PRINCIPIO DE AUTONOMÍA

El médico debe respetar la libertad de la mujer. El médico tiene la obligación de informar. Todo profesional está obligado al cumplimiento de los deberes de información y al respeto de las decisiones tomadas libre y voluntariamente por el paciente. Y el paciente tiene el derecho a conocer. Con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma.

DECISIÓN INFORMADA

- El médico debe proporcionar a la mujer la información adecuada sobre su estado y tratamiento.
- La mujer debe comprender la información que recibe. La mujer debe decidir voluntariamente si acepta o rechaza el tratamiento.

DECISIÓN O CONSENTIMIENTO

Consentir es permitir que se haga una cosa.

Decidir es tomar una resolución sobre algo dudoso.

CONCEPTO BÁSICO



Porcentaje de obstetras que reconocen el derecho de la mujer a solicitar una cesárea

España	15 %	Italia	55 %
Francia	19 %	Luxemburgo	57 %
Holanda	22 %	Alemania	75 %
Suecia	49 %	Reino Unido	79 %

Habiba M, Karimakis M, De Fre M, Marsal K, Bleker O, et al. Cesarean section on request: a comparison of obstetrical attitudes in eight European countries. *BJ Obstet Gynaecol* 2006;113:247-56.

PRINCIPIO DE BENEFICENCIA: HACER EL BIEN

PRINCIPIO DE NO MALEFICENCIA: NO DAÑAR

Estos principios obligan a:

- Tener una formación teórico practica actualizada.
- Desarrollar una medicina basada en pruebas.
- Evitar la iatrogenia por exceso de pruebas complementarias.
- Adoptar una actitud favorable a la buena relación médico-paciente, favoreciendo la comunicación.
- Colocar los intereses del paciente por encima de argumentos economicistas o de comodidad.

BENEFICENCIA Y CESÁREA ELECTIVA RIESGOS PARA LA MADRE:

Incrementa la mortalidad varias veces. Algunos reportes no diferencian entre cesárea electiva y no electiva. RCOG Press, 2001

Recientemente se ha informado de una menor mortalidad en los casos con cesárea electiva.

Yoles, 1998

Incrementa la morbilidad, incluyendo infecciones, hemorragias, lesiones viscerales, re-hospitalizaciones, y consecuencias de la formación de adherencias.
Mofmeyr, 2001

Aunque no se ha confirmado por estudios randomizados se ha visto un incremento de la depresión postpartum y un "feeling" negativo hacia la maternidad.
Lydon, 2000
Hannah, 1992

- Muchos reportes sobre mortalidad materna no informan de riesgo de muerte materna en embarazos subsecuentes.
Gilliam, 2002
- Aumentan los casos de rotura uterina, placenta previa, placenta accreta, abruptio placenta, y embarazo ectópico.
Hemminki, 1996
- En los últimos 50 años, la placenta ácreta se ha incrementado en 10-veces.

Relacionando la incidencia de placenta previa y desprendimiento de placenta en el embarazo posterior a un parto por cesárea, se encuentra que en pacientes que han tenido por primera vez una cesárea de un nacido vivo existe un riesgo 47% mayor de placenta previa y un riesgo 40% mayor de desprendimiento de placenta.

Yang, Q, Wen, SW, Oppenheimer, L, Chen, XK, Black, D, Gao, J & Walker, MC
Association of caesarean delivery for first birth with placenta praevia and placental abruption in second pregnancy.
BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology 2007; 114: 609-613.

La morbilidad respiratoria neonatal después de una cesárea electiva era mucho mayor que la encontrada en un parto espontaneo en las semanas 38 y 39 del embarazo, así como la morbilidad materna que fue mayor en pacientes con cesárea electiva en relación con el parto espontaneo.

Neonatal respiratory morbidity after elective cesarean section
Ariel Many; Limor Helpman; Yael Vilnai; Michael J. Kupferminc; Joseph B. Lessing, Shaul Dollberg The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, Volume 19, Issue 2 February 2006 , pages 75 - 78

- Conclusión: Una cesárea planificada duplicó la tasa de ingresos en la unidad de cuidados intensivos neonatales y el riesgo de trastornos pulmonares, en comparación con un parto vaginal planificado.

Copyright Clearance Center, Inc. 222 Rosewood Drive, Danvers, MA 01923. www.copyright.com
Copyright © 2007 by Elsevier Inc. All rights reserved.
0001-0868/07/\$ - see front matter © 2007 Elsevier Inc. All rights reserved.
DOI: 10.1016/j.annep.2007.05.001

RIESGOS PARA EL FETO

- Se incrementa la prematuridad yatrogénica, complicaciones de las amniocentesis, y las lesiones fetales.
Morrison, 1995
- El riesgo de prematuridad yatrogénica se reduce casi

totalmente si el parto ocurre en la 39 semana de gestación (0.4%).

- Parilla, 1993
- En embarazos posteriores se aumenta dos veces los fetos muertos anteparto.
- "El parto mediante cesárea en el primer embarazo puede aumentar el riesgo de una muerte fetal anteparto de causa no explicada en el segundo embarazo."
Smith, Lancet 2003

CONCLUSIONES

La cesárea sin complicaciones mantuvo un 69 por ciento mayor de riesgo de mortalidad neonatal de lo previsto para un parto vaginal y esto es importante dado el rápido aumento del número de cesáreas sin una indicación médica.

MacDorman et al. Birth. 2008 Mar;35(1):3-8

MORBILIDAD MATERNA DE LA CESÁREA

- INTRAOPERATORIAS

- Hemorrágicas
 - Desgarros uterinos
 - Desgarros vaginales
 - Lesión de vasos uterinos
 - Atonía uterina
 - Anomalías de placentación
 - Lesiones viscerales
 - Tracto urinario
 - Intestino

- POSTOPERATORIAS

- Infecciosas
 - Endometritis
 - Cicatriz y pared abdominal
 - Tracto urinario
- TEP
- Ileo

PRINCIPIO DE JUSTICIA

Dar a cada uno lo que le corresponde.

- La tasa de cesárea en la población general es improbable que se reduzca en el tiempo dado que muchos obstetras tienen sus propios hijos por cesárea

Table 1. Cesarean Section Rate in the in the General Population with Subgroups Who Have Varying of Education and among Physicians with Subgroups

Characteristics of Respondents	Rephes	No Children	Missing Data	N*	Cesarean Section	%
General population						
Total sample	1,167	88	74	1,005	124	12
Basic schooling	164	12	14	138	11	8
Basic + 1-2 yr	364	28	18	318	34	11
Full schooling	138	11	15	112	15	13
University < 4 yr	261	18	13	230	30	13
University > 4 yr	240	19	14	207	34	16*
Physicians						
Random sample	1,182	86	65	1,031	198	19
Not surgeons	948	61	46	837	154	18
Surgeons	531	49	26	456	117	26†
Obstetricians	206	15	2	189	51	27†

*p = 0.02 compared with those with basic schooling †p= 0.005 compared with random sample of physicians. ‡p = 0.02 compared random sample of physicians

El futuro de la cesárea

“...todos hemos lamentado el no haber hecho una cesárea en ciertos casos, pero tengo todavía que lamentar una que haya hecho”. Pocos obstetras estarían en desacuerdo con esta afirmación, expresada por un eminente obstetra de Nueva York en 1920.

ARGUMENTOS A FAVOR

Por parte de la mujer:

- Derecho a elegir el tipo de parto.
- Comodidad y conveniencia socio-familiar o personal.
- Influencia de las modas sociales.
- Tocofofia:
 - Miedo al parto.
 - Experiencias previas negativas.
- Prevención de riesgos maternos y fetales.

Por parte del médico:

- Respeto a la decisión materna.
- Evitar problemas médico-legales.
- Evitar la crítica.
- Ausencia de tiempo.

Conveniencia y beneficio económico.

ANÁLISIS ÉTICO



PRINCIPIO DE AUTONOMÍA

El médico debe respetar la libertad de la mujer. El médico tiene la obligación de informar. Todo profesional está obligado al cumplimiento de los deberes de información y al respeto de las decisiones tomadas libre y voluntariamente por el paciente. Y el paciente tiene el derecho a conocer. Con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma.

DECISIÓN INFORMADA

- El médico debe proporcionar a la mujer la información adecuada sobre su estado y tratamiento.
 - La mujer debe comprender la información que recibe.
- La mujer debe decidir voluntariamente si acepta o rechaza el tratamiento.

DECISIÓN O CONSENTIMIENTO

Consentir es permitir que se haga una cosa.

Decidir es tomar una resolución sobre algo dudoso.

CONCEPTO BÁSICO



Porcentaje de obstetras que reconocen el derecho de la mujer a solicitar una cesárea

España	15 %	Italia	55 %
Francia	19 %	Luxemburgo	57 %
Holanda	22 %	Alemania	75 %
Suecia	49 %	Reino Unido	79 %

Habibe M, Kaminski M, Do Fre M, Maroul K, Bleker D, et al. Cesarean section on request: a comparison of obstetrician's attitudes in eight European countries. *BJ Obstet Gynaecol.* 2006;113:647-56.

PRINCIPIO DE BENEFICENCIA: HACER EL BIEN

PRINCIPIO DE NO MALEFICENCIA: NO DAÑAR

Estos principios obligan a:

- Tener una formación teórico práctica actualizada.
- Desarrollar una medicina basada en pruebas.
- Evitar la iatrogenia por exceso de pruebas complementarias.
- Adoptar una actitud favorable a la buena relación médico-paciente, favoreciendo la comunicación.
- Colocar los intereses del paciente por encima de argumentos economicistas o de comodidad.

BENEFICENCIA Y CESÁREA ELECTIVA RIESGOS PARA LA MADRE:

Incrementa la mortalidad varias veces. Algunos reportes no diferencian entre cesárea electiva y no electiva. RCOG Press, 2001

Recientemente se ha informado de una menor mortalidad en los casos con cesárea electiva. Yoles, 1998

Incrementa la morbilidad, incluyendo infecciones, hemorragias, lesiones viscerales, re-hospitalizaciones, y consecuencias de la formación de adherencias.
Mofmeyr, 2001

Aunque no se ha confirmado por estudios randomizados se ha visto un incremento de la depresión postpartum y un "feeling" negativo hacia la maternidad.

Lydon, 2000
Hannah, 1992

- Muchos reportes sobre mortalidad materna no informan de riesgo de muerte materna en embarazos subsecuentes.

Gilliam, 2002

- Aumentan los casos de rotura uterina, placenta previa, placenta accreta, abruptio placenta, y embarazo ectópico.

Hemminki, 1996

- En los últimos 50 años, la placenta ácreta se ha incrementado en 10-veces.

Relacionando la incidencia de placenta previa y desprendimiento de placenta en el embarazo posterior a un parto por cesárea, se encuentra que en pacientes que han tenido por primera vez una cesárea de un nacido vivo existe un riesgo 47% mayor de placenta previa y un riesgo 40% mayor de desprendimiento de placenta.

Yang, Q, Wen, SW, Oppenheimer, L, Chen, XK, Black, D, Gao, J & Walker, MC

Association of caesarean delivery for first birth with placenta praevia and placental abruption in second pregnancy.
BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology 2007; 114: 609-613.

La morbilidad respiratoria neonatal después de una cesárea electiva era mucho mayor que la encontrada en un parto espontáneo en las semanas 38 y 39 del embarazo, así como la morbilidad materna que fue mayor en pacientes con cesárea electiva en relación con el parto espontáneo.

Neonatal respiratory morbidity after elective cesarean section
Ariel Many; Limor Helpman; Yael Vilnai; Michael J. Kupferminc; Joseph B. Lessing, Shaul Dollberg The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, Volume 19, Issue 2 February 2006, pages 75 - 78

* Conclusión: Una cesárea planificada duplicó la tasa de ingresos en la unidad de cuidados intensivos neonatales y el riesgo de trastornos pulmonares, en comparación con un parto vaginal planificado.

Printed on acid-free paper. All rights reserved. Copyright © 2006 by Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins. All rights reserved. Printed in the United States of America. ISBN 978-0-7817-7111-1. 10/06

RIESGOS PARA EL FETO

- Se incrementa la prematuridad yatrogénica, complicaciones de las amniocentesis, y las lesiones fetales.

Morrison, 1995

- El riesgo de prematuridad yatrogénica se reduce casi

totalmente si el parto ocurre en la 39 semana de gestación (0.4%).

Parilla, 1993

- En embarazos posteriores se aumenta dos veces los fetos muertos anteparto.

- "El parto mediante cesárea en el primer embarazo puede aumentar el riesgo de una muerte fetal anteparto de causa no explicada en el segundo embarazo."

Smith, Lancet 2003

CONCLUSIONES

La cesárea sin complicaciones mantuvo un 69 por ciento mayor de riesgo de mortalidad neonatal de lo previsto para un parto vaginal y esto es importante dado el rápido aumento del número de cesáreas sin una indicación médica.

MacDorman et al. Birth. 2008 Mar;35(1):3-8

MORBILIDAD MATERNA DE LA CESÁREA

- INTRAOPERATORIAS

- Hemorrágicas
 - Desgarros uterinos
 - Desgarros vaginales
 - Lesión de vasos uterinos
 - Atonía uterina
 - Anomalías de placentación
 - Lesiones viscerales
 - Tracto urinario
 - Intestino

- POSTOPERATORIAS

- Infecciosas
 - Endometritis
 - Cicatriz y pared abdominal
 - Tracto urinario
- TEP
- Ileo

PRINCIPIO DE JUSTICIA

Dar a cada uno lo que le corresponde.

- La tasa de cesárea en la población general es improbable que se reduzca en el tiempo dado que muchos obstetras tienen sus propios hijos por cesárea

Table 1. Cesarean Section Rate in the in the General Population with Subgroups Who Have Varying of Education and among Physicians with Subgroups

Characteristics of Respondents	Replies	No Children	Missing Data	N*	Cesarean Section	%
General population						
Total sample	1,167	88	74	1,005	124	12
Basic schooling	164	12	14	138	11	8
Basic + 1-2 yr	364	28	18	318	34	11
Full schooling	138	11	15	112	15	13
University < 4 yr	261	18	13	230	30	13
University > 4 yr	240	19	14	207	34	16*
Physicians						
Random sample	1,182	86	65	1,031	198	19
Not surgeons	948	61	46	837	154	18
Surgeons	531	49	26	456	117	26†
Obstetricians	206	15	2	189	51	27‡

*p < 0,02 compared with those with basic schooling †p = 0,005 compared with random sample of physicians. ‡p = 0.02 compared random sample of physicians

ATENCIÓN

Si la cesárea electiva se convierte en una opción muy aceptable, es posible que nunca se podrá deshacer esa práctica

- POR CADA 5% DE INCREMENTO EN LAS TASAS DE CESÁREAS ELECTIVAS USA Un total de 14 a 32 de más muertes maternas;
 - Un total de 5000 a 24,000 de más complicaciones quirúrgicas;
 - Un total de 4000 a 6000 de más infecciones postoperatorias;
 - Un total de 2200 de más reingresos postparto al hospital;
 - Un total de 200 a 300 adicionales de trombosis venosa;
 - Un total de 33.000 más de ingresos en la unidad de cuidados intensivos neonatales;
 - Un total de 8000 de más casos de complicaciones respiratorias neonatales;
 - Un total de 930.000 días más de hospitalización (para las madres);
 - Entre \$ 750 millones y US \$ 1,7 mil millones de más en gastos de atención médica;
 - Superiores tasas de ocupación hospitalaria;
 - Largos tiempos de espera para operaciones electivas de todo tipo, y
 - Potencial aumento general de los errores médicos relacionados con las tasas de ocupación más alta de hospital.

Editorial

- *La lucha contra una marea creciente no es fácil, pero los estudios como el de hoy en Lancet tienen un papel importante en el aumento de la evidencia disponible. Cuidado: las cesáreas, a menos que estén estrictamente indicadas, pueden ser perjudiciales para la salud de las madres y sus recién nacidos.*

The Lancet 2006; 367:1796-1797

A Critique of the Literature on Women's Request for Cesarean Section

Jenny Gamble, RM, PhD, Debra K. Creedy, RN, PhD(Psych), Chris McCourt, BA, PhD, Jane Weaver, RM, PhD, and Sarah Beake, RM, MA

Birth 34:4 Dec 2007

- El hecho de no medir el conocimiento de las mujeres sobre los riesgos y beneficios de las diversas opciones en cuestión señala la falta de conocimiento de la contribución de la mujer a la decisión de cesárea.
- Las mujeres que prefieren una cesárea en general están mal informadas sobre los riesgos y sobreestiman la seguridad de este procedimiento.
- A la luz de las pruebas disponibles sobre la morbilidad y la mortalidad asociadas a la cesárea, los médicos deben apoyar el parto vaginal normal para las mujeres.
- Ninguna mujer que eligió la opción "parto vaginal sin analgésicos" informó de que la razón principal para su elección fue que el médico se lo hubiera recomendado. Por contra, el 40 % de las mujeres que optaron por cesárea dieron como principal razón para su decisión el que fue recomendada por sus médicos
- Utilizando una regresión logística multifactorial, Hildingsson et al, informaron de tres factores relacionados con el deseo de una cesárea:
 - una cesárea anterior,
 - el miedo de dar a luz, y
 - una experiencia anterior negativa de nacimiento
- En estudios con Obstetras de Canadá, Estados Unidos, Reino Unido, Dinamarca, Finlandia, Israel, Irlanda, Bélgica y Noruega, Klein llegó a la conclusión de que en muchos países, el miedo de los obstetras al parto contribuye a la escalada de miedo a la tasa de cesárea
- Los proveedores de servicios deben necesariamente que considerar la formación continua y desarrollo profesional de los Obstetras y si estos tienen suficiente experiencia en el parto sin complicaciones o fisiológicas
- Posibles riesgos médicos que se deben enfatizar son la morbilidad respiratoria neonatal y los riesgos para futuros embarazos, como placentaciones anormales.

Fuglenes D, Øian P, Kristiansen IS. Obstetricians' choice of cesarean delivery in ambiguous cases: is it influenced by risk attitude or fear of complaints and litigation? Am J Obstet Gynecol 2009;200:48.e1-48.e8

La decisión de los obstetras en la elección de la cesárea en casos ambiguos: ¿es influenciada por la actitud de riesgo o el miedo a las denuncias y litigios?

- En conclusión, los resultados de este estudio indican que las opiniones de los obstetras sobre las solicitudes de cesárea en los casos ambiguos varían considerablemente.
- El riesgo percibido de las quejas y litigios por negligencia es un claro determinante de la elección de cesárea en todos los escenarios clínicos, mientras que no se observó un impacto sobre los riesgos de litigios.

ESTUDIOS DE COSTES

- Fungible sanitario y fármacos.
- Material común.
- Tiempos de personal enfermería y facultativos.
- Personal indirecto de soporte organizativo.

- Inventario, amortización pendiente.
- Servicios generales utilizados: mantenimiento, lavandería, alimentación, teléfono, etc.
- Suministros de agua, luz, gasoil, gases medicinales, etc.
- Estructura, independientes de la actividad de un servicio: Administración, Dirección, etc.

EL AHORRO DE 1% DE CESÁREAS

- SIGNIFICA un ahorro de:
 - En Vall d'Hebron: 9.000.000 Ptas (64.285 \$)
 - En Catalunya: 150.000.000 Ptas (1.071.428 \$)
 - En España: 900.000.000 Ptas (6.428.571 \$)

INFORME DEL RAPORT DE UK

- Los datos más fidedignos proceden de la Encuesta Confidencial de la Mortalidad Materna en UK.
- A pesar de que puedan haber habido intereses políticos (obstétricos) que promovieran la omisión de la información de la mortalidad materna con las cesáreas (raport del 1998), se pueden obtener datos ciertos que dicen:
 - Una cesárea electiva (no emergente) tiene 2•84 veces más de oportunidad de que la mujer muera en relación con el parto vaginal. Debido a que no es ético realizar un estudio randomizado, sin embargo datos basados en 153 929 cesáreas electivas en UK dan suficiente evidencia del aumento del riesgo de mortalidad materna entre las mujeres que eligen tal procedimiento

RECOMENDACIONES DEL RCOG

- 4.8 Cesárea a demanda
- La demanda materna per se no es indicación de cesárea puesto que se necesita explorar, discutir y documentar razones específicas para realizarla.
- Cuando una mujer demanda una cesárea en ausencia de una indicación identificable, deben discutirse y reportar la totalidad de riesgos y beneficios de la cesárea en relación con el parto vaginal.
- Cuando una mujer pide una cesárea debido a su miedo al parto, debe ofrecérsele consejo (incluso como terapia psicológica) que la ayude a controlar sus miedos de una manera positiva dado que esta estrategia reducirán tanto el dolor como la duración del parto.
- Un clínico a título individual tiene el derecho a declinar esta demanda de cesárea, en ausencia de indicación precisa. Sin embargo, la decisión de la mujer debe respetarse y debe ofrecérsele la oportunidad de una segunda opinión.

ASPECTOS ÉTICOS RELATIVOS A LA CESÁREA PRACTICADA POR RAZONES NO MÉDICAS

Los médicos tienen el deber profesional de abstenerse de realizar lo que pueda perjudicar a sus pacientes. También les cabe la obligación ética ante la sociedad de adjudicar

juiciosamente los recursos sanitarios a métodos y tratamientos para los que existan claras pruebas de que son netamente beneficiosos para la salud. Los médicos no están obligados a realizar intervenciones que no conllevan ventajas desde el punto de vista médico.

Cabe a los médicos la responsabilidad de informar y asesorar a las mujeres a estos Respetos.

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

DOCUMENTO BIOÉTICO DE LA SEGO

Creemos que los factores paramédicos son los más importantes en el incremento del número de aquellas cesáreas que aumentarían de manera injustificable el riesgo de invertir negativamente el cociente beneficio riesgo materno fetal.

IMPORTANTES ERRORES!!!

- El parto vaginal es peligroso
- Haciendo una cesárea se previenen las alteraciones posteriores del suelo pélvico
- La cesárea, especialmente la electiva, es segura

ARGUMENTOS EN CONTRA

- Mortalidad materna
- Morbilidad materna
- Inconvenientes sociales
- Repercusiones a largo plazo para la madre
- Riesgos fetales y neonatales
- Distorsión del proceso natural
- Aspectos financieros

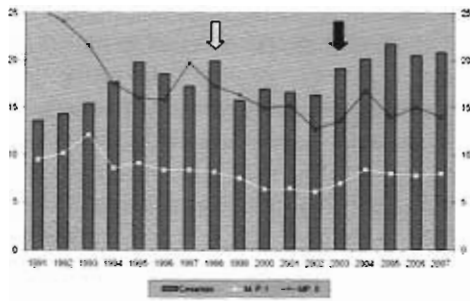
Turner C, Young J, Solomon M, Ludlow J, Benness C, Phipps H. Vaginal delivery compared with elective caesarean section: the views of pregnant women and clinicians. BJOG 2008;115:1494-1502

Conclusions Pregnant women were willing to accept significantly higher risks of potential complications of VD than clinicians involved in their care. Pregnant women's views were more closely aligned to midwives than to medical specialists.

CONCLUSIONES

Las mujeres embarazadas estuvieron significativamente más propensas a aceptar mayores riesgos de potenciales complicaciones del parto vaginal que los clínicos involucrados en su cuidado. Los puntos de vista de las mujeres estuvieron más cerca de las obstetrices que de los médicos especialistas.

Mortalidad perinatal y cesáreas



CONCLUSIÓN

- Usar el sentido común.
- Balance entre beneficios y riesgos.
- Utilizar más tiempo para educar e informar a las pacientes.
- Tener en cuenta la decisión de la paciente que es quien se opera ¿hasta dónde y en qué indicaciones?
- Identificar factores negativos para el parto vaginal (comités, protocolos, peer-tribunales):
 - nivel educacional.
 - predisposición para el parto.
 - status físico y psíquico.

37. ESTRATEGIAS PARA DISMINUIR EL NÚMERO DE CESÁREAS

Dr. Jack Ludmir

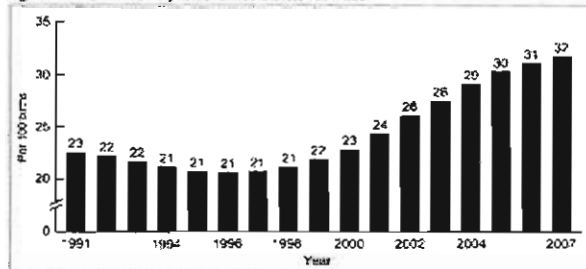
Los objetivos de la conferencia fueron los siguientes:

- Discutir la situación de la cesárea en EEUU y en el Perú
- Entender las razones para explicar el alza en la tasa de cesáreas
- Discutir las posibles estrategias para reducir la tasa de cesáreas

Las tasa de cesáreas en EEUU sigue subiendo año tras año, desde un 21% en 1998 hasta 32.9% en 2008.

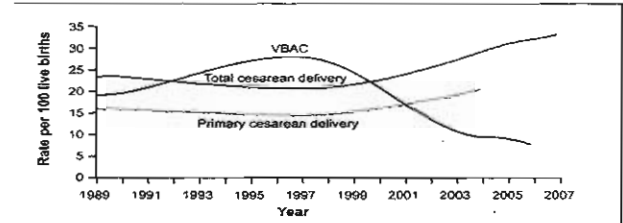
In 2007, the cesarean rate was the highest ever reported in the United States.

Figure 1. Cesarean delivery rates: United States, 1991-2007

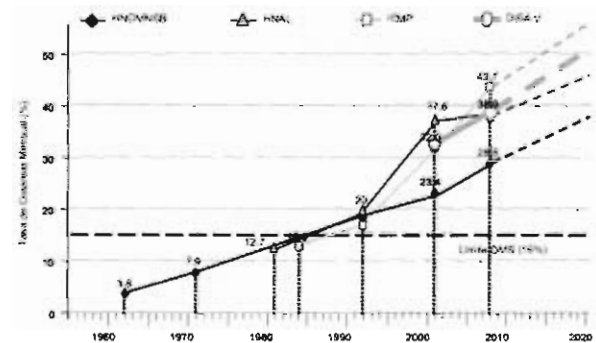


SOURCE: CDC/NCHS, National Vital Statistics System

Las razones en EEUU que explican esta situación son varias y complejas pero como se puede observar en esta gráfica del Centro Nacional de Estadísticas Vitales, ha habido un aumento en la tasa de cesáreas primarias, de cesáreas repetidas y una disminución en la tasa de parto vaginal en cesareada anterior.



Aunque la tasa ideal de cesárea todavía no ha sido determinada, la OMS en 1985 había dado como tasa ideal un 15%, desafortunadamente esta cifra no está basada en un estudio científico apropiado. En 1999, Belizan y otros en el British Medical Journal demuestran gran variación en la tasa de cesáreas entre países latinoamericanos, El Salvador con un numero de 14.8% y Chile de un 40% (1). En Lima-Perú, Quispe demuestra un aumento en la tasa de cesáreas en los últimos diez años, con gran variación entre diferentes instituciones y entre el sector público y privado (2)



Entre las múltiples razones para explicar el gran aumento en cesáreas se citan: Abandono del parto podálico, aumento en embarazos múltiples, poco uso del parto instrumentado, obesidad, macrosomia, cesareada anterior, monitoreo fetal, epidural, miedo al litigio, percepción que la cesárea electiva es de mayor beneficio para el bebe, deseo de la madre (cesárea en demanda), mayor remuneración por cesárea. Cabe recalcar que a pesar del aumento en cesáreas la tasa de parálisis cerebral sigue constante y que no hay evidencia que la cesárea protege contra este problema de desarrollo neurológico. Más aun, hay una asociación significativa entre cesareada anterior y un 40% más de riesgo de placenta previa y abrupcio en embarazo ulterior (3).

En Marzo de 2010 el Instituto Nacional de Salud en EEUU conviene un consenso de expertos para ver nuevas estra-

tegiás de cómo poder reducir la tasa de cesáreas. Entre las conclusiones del consenso se decide revisar las guías para poder tener un parto vaginal en cesareada anterior. Landon y otros en 2003, ya habían demostrado que parto vaginal en cesareada anterior es relativamente seguro en hospitales de tercer nivel, y que el riesgo de ruptura uterina en pacientes con cesárea segmentaria (Kerr) era muy pequeño de menos de 1%, y que el riesgo de injuria hipoxica isquémica en el feto es muy pequeño de menos de 1 en 2000⁽⁴⁾. Como resultado de esto en Agosto de 2010, el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos publica sus nuevas guías para parto vaginal en cesareada anterior que incluyen: 1) Liberalizar la posibilidad de tener un parto vaginal en cesareada anterior siempre y cuando la paciente entienda los riesgos. 2) No es necesario tener que estar en un hospital de tercer nivel. 3) es posible en cesareada anterior 2 veces. 4) No es importante ver el informe operatorio de la cesárea anterior.

Finalmente, aunque se sigue afirmando que la mujer Latina prefiere la comodidad de una cesárea, un estudio en Chile por Angeja demuestra enfáticamente que la mayoría de pacientes Chilenas (privadas o públicas) prefieren parto vaginal en un 78%⁽⁵⁾.

En conclusión, las posibles estrategias que podrían reducir la tasa de cesáreas en nuestro medio incluyen:

A) Educación, B) parto vaginal en cesareada anterior, C) Interpretación correcta del monitoreo electrónico, D) Cesárea solamente por razones obstétricas válidas. E) Cambiar el sistema de remuneración.

Referencias:

1. Belizan J et al. Rates and implications of cesarean sections in Latin America: ecological study. *BMJ*, 1999
2. Quispe AM. Cesarean section among seven public hospitals in Lima. *Rev Med Exp Salud Publica*, 2010
3. Yang Q et al. The association of placenta previa and placental abruption in following second pregnancies after previous cesarean delivery. *BJOG*, 2007
4. Landon MB et al. Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor in women with a prior cesarean section. *NEJM*, 2003
5. Angeja et al. What does the Chilean woman prefer, vaginal delivery or cesarean section? *SGI*, 2004

38. PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL (VIH): NUEVA TÉCNICA DE CESÁREA

Dr. José Calderón Yberico

RESUMEN

La transmisión vertical del VIH es la principal causa de infección del VIH en niños, la operación electiva de Cesárea en Gestantes que viven con el VIH es eficaz y está indicada. Varios estudios han demostrado que la cesárea puede reducir la transmisión vertical del VIH y de otras

infecciones, al evitar la exposición del feto a las secreciones del canal vaginal. No obstante, otros investigadores no han encontrado diferencias en la tasa de transmisión en relación con la vía del parto. En el Perú durante el 2008 el 68% (de 610,000 gestantes esperadas, fueron tamizadas para VIH 415,589) de las gestantes fueron tamizadas para VIH, de las que resultados reactivas el 65% recibieron ARV, el promedio de niños afectados por el VIH en un estudio retrospectivo durante el año 2006 - 2007 es del 10.30% con un 80% de cesáreas en dicho grupo.

Estos hallazgos están relacionados con el hecho de falta de cobertura de ARV y cesárea y, podría estar relacionada que durante la cesárea convencional el feto queda expuesto al contacto con la sangre materna proveniente del útero y de la pared abdominal. En la actualidad existen varias técnicas para reducir la exposición del recién nacido al sangrado y las secreciones maternas durante el acto quirúrgico que son poco conocidas por los ginecólogos que atienden a Gestantes con VIH. Este artículo trata de describir una técnica combinada, adaptada a nuestra realidad con un instrumento evaluador de la misma, que aporte a disminuir el riesgo de transmisión vertical frente al nuevo desafío que significa la infección por VIH en la salud reproductiva

INTRODUCCIÓN

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA DE LA CESÁREA

La técnica si bien es muy similar a la de una cesárea que se realiza a una gestante sin infección VIH, tiene como objetivo final y primordial el “evitar” la contaminación del recién nacido con la sangre y secreciones de la madre producida durante la intervención quirúrgica.

Es por ello que tienen que adecuarse algunos espacios muy importantes y aplicar las técnicas que se adecuen a la capacidad resolutoria del establecimiento, la siguiente técnica puede ser aplicada a toda forma de transmisión vertical hasta ahora conocidas (Hepatitis B, TORCH u otras).

Los principales espacios a considerar los podemos dividir en las siguientes etapas:

- a. **Prequirúrgica:** en la cual se considera el siguiente objetivo: Planificar la operación cesárea; se tiene que tomar en cuenta los siguientes aspectos:
 - Contar con el material quirúrgico adecuado (ropa descartable, campos operatorios adicionales, profilaxis antibiótica, separación del instrumental para pinzado del cordón, aspiración para el líquido amniótico, líquido estéril con solución aséptica para lavado de guantes, u otro material que considere necesario el cirujano).
 - Decidir qué pasos corresponden al cirujano principal y al ayudante durante el acto quirúrgico.
 - Uso de profilaxis antibiótica luego del pinzado del

cordón umbilical.

- Uso de bloqueadores de prolactina luego despinzado del cordón umbilical para evitar lactancia materna.

b. **Quirúrgica**, en la cual se consideran los siguientes objetivos:

- Minimizar el sangrado y las secreciones,
- Evitar la contaminación del recién nacido con sangrado y las secreciones.

Para ello es necesario tener en cuenta los siguientes procesos durante la:

1. **Apertura de planos**: se realiza la incisión de manera habitual pero un poco ampliada para comodidad de la extracción del recién nacido, para minimizar el sangrado puede utilizarse electro cauterio o la técnica convencional ligando los vasos y evitando pérdida sanguínea de los planos, tratar de realizar una apertura lo más "limpia" posible (ver figura 1 y 2).

Figura 1



Figura 2



2. **Apertura de cavidad**: se realiza de manera habitual,

tratando de separar los bordes de la pared y permitir un campo seco. Se cambian los campos operatorios y se cambian los guantes de los cirujanos y el instrumentista.

3. Realizar la **histerotomía**, con mucho cuidado el campo quirúrgico debe limpiarse y cambiar la lencería. Los cirujanos deben lavar sus guantes con una solución antiséptica o cambiarlos (ver Figura 3).

Figura 3



Histerotomía: se realiza una incisión segmentaria transversal aproximadamente en la porción media del segmento uterino, con sumo cuidado de no romper las membranas amnióticas. Con los dedos índices, el cirujano crea un espacio entre el endometrio y las membranas disecando la membranas en todo el campo necesario para la ampliación de la histerotomía (un radio de 10 cm aproximadamente). Se coloca una pinza de Allis en cada borde con sumo cuidado y se ejerce tracción hacia arriba con el fin de colocar una pinza de Crile o Bosseman a lo largo de la histerotomía a cortar en ambos lados del segmento dejando un espacio entre ellas para realizar el corte, se procede al corte entre ambas pinzas, se repite esta maniobra en el lado opuesto. Se realiza una histerotomía de 7 centímetros en promedio. Se procede a secar los bordes de la histerotomía. El cirujano se lava los guantes con una solución antiséptica.

4. **Prolusión de membranas**: El cirujano introduce la mano con cuidado de no romper la bolsa amniótica tratando de disecarla del endometrio para poder luego suavemente "presionar" el fondo uterino por la pared abdominal y que las membranas "protuyan" a través de la incisión hacia el exterior (ver figura), las membranas amnióticas deben de generar un campo estéril que aisle al recién nacido de la incisión quirúrgica (ver figura).



5. Aislamiento del campo quirúrgico para la extracción del recién nacido: Con las membranas protuidas se “limpia” y aísla el campo quirúrgico alrededor de ella, dejándola libre de sangrado y secreciones. Se cambia de guantes el cirujano y su ayudante. La instrumentista alista material estéril para el pinzado del cordón umbilical.



6. Extracción del feto: se realiza la amniotomía con sumo cuidado tratando de “drenar” el líquido amniótico de manera suave y permitiendo que el cirujano pueda introducir su mano “por dentro” de la membranas y elevar el polo expuesto del recién nacido y realizar la extracción. Es importante que el cirujano trate de no “apoyar” al recién nacido sobre el campo quirúrgico para evitar contaminaciones. El pinzado del cordón umbilical y el corte son rápidos siendo entregados al médico pediatra para su evaluación.



7. Extracción de placenta y cierre de cavidad: Se retiran las pinzas hemostáticas de la histerotomía y se procede a la extracción de la placenta y cierre de cavidades de manera habitual.



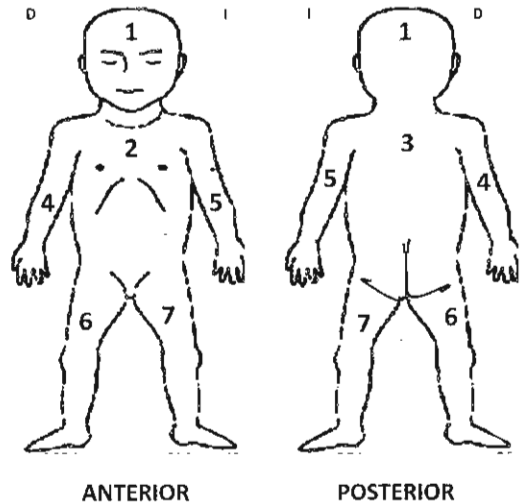
c. Postquirúrgica: en la cual se considera el siguiente objetivo:

- Evaluar el porcentaje corporal de contaminación del recién nacido con secreciones y manchas maternas.

- Baño inmediato del recién nacido para evitar permanencia de secreciones o sangre materna en el recién nacido.
- Preparar a la madre para evitar la lactancia materna.



El médico pediatra recibe al recién nacido y realiza los cuidados necesarios de acuerdo a su evaluación inicial, aplica el Test de evaluación de la técnica quirúrgica (Evaluación modificada J. Calderón C. Velásquez) que trata de evaluar el porcentaje de contaminación del recién nacido con secreciones y sangre materna.



Dibujar con un plumón la superficie con manchas de secreciones y/o sangre materna, ver porcentajes de segmentos corporales y aproximar el área % y transcribirla en el cuadro de porcentajes corporales, sumar los porcentajes y evaluar de acuerdo a la tabla de interpretación y evaluación de la Cesárea (valido para parto vaginal)

Luego de los cuidados básicos y ligadura del cordón umbilical realiza el baño del recién nacido.



Durante el post operatorio es necesario el vendaje de mamas y la Consejería para evitar la lactancia materna al recién nacido.

HOJA DE EVALUACIÓN DEL RECIÉN NACIDO EXPUESTO AL VIH

TIPO DE PARTO: CESAREA PARTO VAGINAL

1) PORCENTAJE DE LOS SEGMENTOS CORPORALES: Adaptado y modificado del Test de Lund y Browder para niños de menos de 1 año. (Dr. J Calderón, Dr. C. Velásquez).

SEGMENTO CORPORAL	PORCENTAJE % DEL CUERPO TOTAL	MANCHAS DE SANGRE Y/O SECRECIONES MATERNAS	OBSERVACIONES
1. Cabeza y cuello	18 %		
2. Tronco anterior	18 %		
3. Tronco posterior	18 %		
4. Extremidad superior derecha	9 %		
5. Extremidad superior izquierda	9 %		
6. Extremidad inferior derecha	15 %		
7. Extremidad inferior izquierda	15 %		
TOTAL	102 %		

1) INTERPRETACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA TÉCNICA DE LA CESARÍA (Adaptado Dr. J Calderón, Dr. C. Velásquez)

PORCENTAJE % TOTAL DE MANCHAS DE SANGRE Y/O SECRECIONES MATERNAS	EVALUACIÓN	OBSERVACIONES
Menos del 20 %	Excelente	
Entre 21 % a 30%	Buena	
Entre 31 % a 40%	Regular	
Más del 41 %	Mala	

El baño del recién nacido
El baño del recién nacido debe realizarse de manera inmediata luego de la atención básica preferiblemente en la sala de atención inmediata con una temperatura de la habitación que sea confortable (La temperatura del agua debe ser agradable al tacto de 32 a 34 °C), con agua y jabón dejándolo libre de cualquier secreción y/o sangre materna si lo hubiera. La bañerita no se debe llenar más de 10 - 15 cm de profundidad. Tras el baño, se seca con cuidado con una toalla que empape su delicada piel, sin restregarla para evitar la fricción que provocaría enrojecimientos superficiales y/o laceraciones.

DISCUSIÓN

La técnica descrita es muy similar a las desarrolladas en otros países, el objetivo de minimizar el sangrado y las secreciones el disminuir el contacto de estas con el recién nacido son las claves para una adecuada técnica quirúrgica.

El cumplimiento de los pasos descritos, no siempre pueden ser realizada debido a las condiciones de cada paciente (cesáreas previas, segmentos corporales uterinos gruesos, varices en segmentos, presentaciones fetales, consistencias de las membranas amnióticas, adherencias

u otras) y muchas veces no se puede realizar la protusión de membranas amnióticas y la técnica correcta. Estos hechos escapan de la habilidad del cirujano y son condiciones que no pueden controlarse.

La evaluación de la técnica operatoria mencionada realizada por el pediatra (ficha de segmentos corporales) es sólo para un entrenamiento de la técnica y no tiene sustento científico ni evidencia sobre el riesgo de contaminación en el recién nacido; por lo que carece de valor para fines médicos y legales.

CONCLUSIONES

- Si bien la técnica quirúrgica recomendada es la más adecuada para la atención de la gestante con VIH, ella puede adecuarse a las condiciones particulares de cada paciente.
- No siempre resulta aplicable en su totalidad la técnica descrita en las gestantes con VIH, pero resulta siempre una mejor alternativa que la técnica convencional de la cesárea utilizada.
- Se tienen que realizar adaptaciones de esta técnica en cada nivel de atención dependiendo de los recursos disponibles en cada establecimiento.
- El desarrollo de nuevas investigaciones relacionadas a estas u otras técnicas así como de instrumentos es una necesidad a implementar.

REFERENCIAS:

1. Monitoring the declaration of Commitment on HIV/AIDS: Guidelines on construction of core indicators. 2010 Reporting. UNAIDS.
2. Eficacia y seguridad del parto por cesárea para la prevención de la transmisión materno infantil del VIH-1 (Revisión Cochrane traducida) Read JS, Newell ML
3. Organización Panamericana de la Salud, Novedades del CLAP, Número 39 Abril 2004. Revista de novedades científicas. Guía de Prácticas Clínicas: Cesáreas Recomendaciones. Pág. 6 Cesárea electiva.
4. The European Collaborative Study. Cesarean section and risk of vertical transmission of HIV -1 infection. Lancet. 1994;343:1173-1180.
5. The International Perinatal HIV Group. The mode of delivery and the risk of vertical transmission of human immunodeficiency virus type 1. A meta analysis of 15 cohorts studies. N Engl J Med. 1999;340:977-987.
6. Organización Panamericana de la Salud, Novedades del CLAP, Número 39 Abril 2004. Revista de novedades científicas. Guía de Prácticas Clínicas: Cesáreas Recomendaciones. Pág. 6 Cesárea electiva.
7. Brocklehurst P. Intervenciones para la reducción del riesgo de transmisión vertical de la infección por VIH. En: Biblioteca Cochrane Plus 2006;3. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
8. Nair P, Alger L, Hines S, Seiden, Hebel R, Johnson JP. Maternal and neonatal characteristics associated with HIV infection in infants of seropositive women. J Acquir Immun Defic Syndr Hum Retrovirol. 1994;7:1064-1066.
9. Ministerio de Salud del Perú, Estrategia sanitaria nacional ITS VIH SIDA, hoja de monitoreo.
10. Estudio de evaluación de la intervenciones preventivas de la transmisión vertical del VIH, a través de cohortes de madres y su recién nacidos expuestos en siete hospitales de Lima Perú. B. Human, P.

Minaya

11. Benetucci J, Pesaresi M, Hermsid S, Terrones C. Cesárea hemostática. Procedimiento para disminuir la transmisión vertical en embarazadas VIH positivas. Rev Soc Obstet Ginecol B Ajres. 1998;77:14-23.
12. BENITEZ-GUERRA, Gidder, MEDINA MELEAN, Nora, LOMBARDI RAMÍREZ, Augusto et al. Cesárea hemostática: Una técnica quirúrgica para reducir la transmisión vertical del virus de inmunodeficiencia humana. RFM, dic. 2006, vol.29, no.2, p.133-136. ISSN 0798-0469.
13. J. Calderón, C Velázquez Instrumento de evaluación de la técnica de cesárea en gestantes VIH por pediatría a través de la capacitación en Servicios. Fondo Global Objetivo 3 Sexta Ronda Perú.
14. Dr. Antonio Mackenna Iñiguez Unidad de Medicina Reproductiva, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Clínica Las Condes. Infección por virus de inmunodeficiencia humana: un nuevo desafío para la medicina reproductiva: Vol. 14 N°4 Octubre 2003.

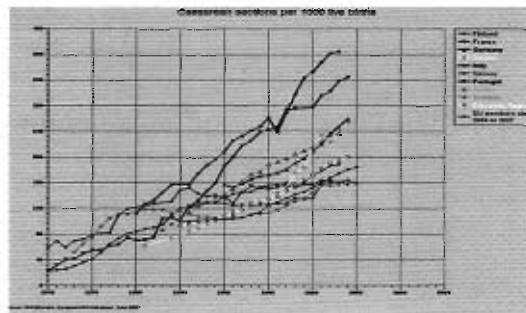
39. PAPEL DE LA TOCOCIRUGÍA EN PERINATOLOGÍA

Dr. Luis Cabero Roura

- Los procedimientos tocúrgicos “clásicos” han ido perdiendo predicamento en la práctica clínica habitual, conllevando una evolución en forma de espiral que hace que cuando menos se ejercita menos se sabe, y menos se puede aplicar por falta de conocimiento.



Todos hemos sido espectadores del incremento desmesurado de la realización de cesáreas, llegando en algunos casos a plantearse como alternativa “natural” del parto fisiológico, y en algunas ocasiones, la explicación a este hecho se basa en la falta de conocimiento y habilidad del todo necesaria, para la asistencia de manera correcta al proceso del parto.



Obstetricia

- Se ha llegado a un nivel de elementalidad tan intolerable que la obstetricia se reduce o bien a asistir un parto espontáneo o a realizar una cesárea.
- Este tipo de proceder ya está evidenciando sus consecuencias.

PARTO ESPONTÁNEO

CESÁREA

FUTURO

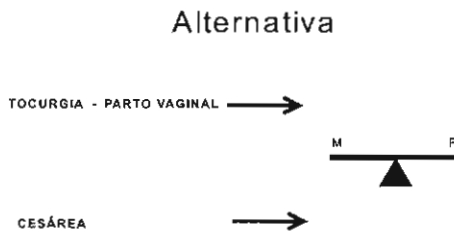
- El énfasis en la descripción de las maniobras y el análisis pormenorizado de los condicionantes, ha de permitir una reflexión y un bagaje que, con la tutoría correspondiente, brinden la oportunidad de adquirir las habilidades necesarias para poder aplicar esos conocimientos durante el proceso del embarazo o parto para el que han estado diseñadas.

INAUDITO

- Parte de la responsabilidad del abandono de la tocurgia, se debe al ejercicio de una medicina defensiva, provocado por la judicialización de la asistencia, y que tanto daño está haciendo en las tomas de decisiones.

TODO ESTA BIEN SI

- Somos capaces de obtener unos buenos resultados materno feto/neonatales, aplicando la tocurgia, frente a los resultados de la realización de las alternativas, es decir, la cesárea.?



LAS TÉCNICAS MÁS FRECUENTES

- Fórceps
- Vacuum (Ventosa)
- Espátulas de Thierry
- Gran extracción



Una instrumentación mal realizada



Mal resultado perinatal materno/fetal

TODA INSTRUMENTACION SE REALIZA POR QUE HAY UNA INDICACIÓN

El mejor instrumento es aquél en el que el obstetra tiene un mayor conocimiento y habilidad.

CONDICIONES

Similares para todos los procedimientos

1. Obstetra experimentado: conocer el instrumento y técnica
2. Descartar sospecha de desproporción pélvico-cefálica
3. Cefálica, presentación de vértice
4. Dilatación completa
5. Cabeza encajada
6. Bolsa rota
7. Vaciado recto-vesical
8. Analgesia adecuada
9. Infraestructura...posibilidad de cesárea inmediata
10. Consentimiento informado

INDICACIONES

Similares para todos los procedimientos

Interés fetal:

- sufrimiento fetal (RPBF)
- expulsivo prolongado
- abreviar el expulsivo
- extracción en cesárea (?)

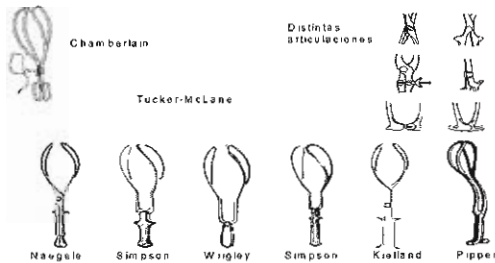
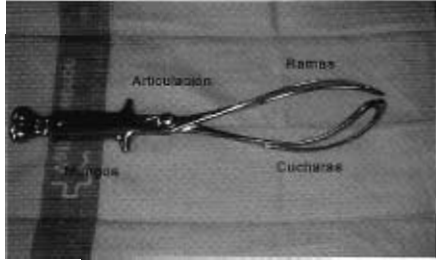
Interés materno:

- Enfermedades médicas: cardíacas, respiratorias, oftalmológicas...
- alivio de expulsivo: agotamiento, falta de colaboración
- analgesia excesiva
- cesárea anterior (?)

CONTRAINDICACIONES

- Ausencia de indicación.
- No dilatación completa
- No rotura de membranas
- Presentación de cara, frente y podálica
- Desproporción pélvico-cefálica... macrosomía
- Malformaciones cráneo-encefálicas
- Coagulopatías fetales.
- Prematuridad???
- Altura de la presentación

Fórceps de Naegle



FORCEPS

Acciones:

1. Hacer presa de la presentación.
2. Tracción.
3. Rotación.

Otras acciones son:

1. Corregir asinclitismo.
2. Flexión o extensión de la cabeza.

CLASIFICACIÓN

- Fórceps bajo: Cuando la cabeza se encuentra en el periné, con su diámetro sagital conjugado con el antero-posterior del estrecho inferior (en directa), o bien a esa misma altura y no se requiere hacer giros de más de 45°.
- Fórceps medio bajo: Cuando el occipucio rebasó las espinas ciáticas, pero no ha llegado al piso pélvico, o bien cuando ha llegado al piso pélvico y hay necesidad de efectuar una rotación de más de 45°.
- Fórceps medio: Cuando el producto está encajado y el occipucio está a nivel de las espinas ciáticas.
- Fórceps alto: Cuando la cabeza se encuentra abocada pero no se ha encajado, estando el occipucio por arriba de las espinas ciáticas, y el diámetro biparietal está por arriba del estrecho superior de la pelvis.

REQUISITOS PARA LA APLICACIÓN DEL FORCEPS

1. Presentación cefálica de vértice o de cara mentó anterior.
2. No exista desproporción céfalo-pélvica [hay que considerar el incremento en el diámetro biparietal por el grosor de las cucharas aplicadas (diámetro céfalo-ins-

3. Presentación encajada o descendida (inferior al III plano de Hodge)
4. Dilatación completa, e idealmente el cuello retraído.
5. Membranas rotas.
6. Diagnóstico exacto de la variedad de posición y del sinclitismo de la cabeza.
7. Evaluación de la arquitectura de la pelvis (tipo y tendencia).
8. Anestesia adecuada.
9. Posición de litotomía con el plano del periné por fuera del borde de la mesa de atención del parto.
10. Vejiga vacía.
11. Asepsia de la región perineal.
12. Obstetra entrenado.
13. Que existan elementos de soporte adecuado (personal y equipo).

TÉCNICA

Diagnóstico de la presentación y sondaje vesical

Nunca forzar

Se colocan las ramas por separado. Primero la izquierda, en las presentaciones izquierdas, o la derecha, las presentaciones derechas

La introducción siguiendo la mano guía, por el espacio Articulación de las cucharas, y comprobación de presa

Tracción delicada, con pujos y contracciones

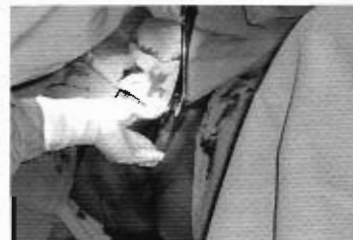
Dirección del canal del parto

Rotación espontánea o con el fórceps

Deflexión

Revisión del canal del parto

Colocación de rama derecha en OIDA (a)



Colocación de rama derecha en OIDA (b)



Colocación rama derecha en OIDA (c)



Extracción del feto



Extracción del feto



INDICACIONES MATERNAS

- Enfermedades maternas: cardíacas, pulmonares, oftálmicas...
- Agotamiento
- Falta de colaboración
- Analgesia excesiva

INDICACIONES FETALES

- Sufrimiento fetal (RPF)
- Distocia de rotación y/o descenso
- Expulsivo prolongado
- Cabeza última en podálica
- Extracción en cesárea

Las lesiones maternas pueden ser:

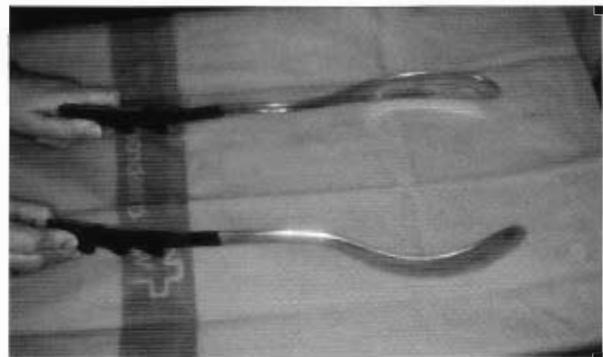
1. Prolongación de episiotomía.
2. Desgarros vaginales y hematomas.
3. Desgarros de fondo de saco vaginales.
4. Lesiones del esfínter anal.
5. Desgarros cervicales.
6. Ruptura uterina.
7. Paresia vesical e incontinencia urinaria.

Las lesiones fetales atribuibles al fórceps son

1. Marcas transitorias.
2. Erosiones de piel.
3. Hemorragias subconjuntival.
4. Hemorragia retineana.
5. Céfalohematomas.
6. Fracturas y hundimientos de huesos del cráneo.
7. Parálisis facial.
8. Parálisis de nervio frénico.

ESPÁTULAS

- Las espátulas son dos palancas independientes, delgadas y totalmente macizas, es decir, no fenestradas.



- Las ramas miden 40 cm. de longitud, de los cuales 16 corresponden a la espátula propiamente dicha, cuya anchura es de 5,5 cm. La longitud de las espátulas sobrepasa la longitud de los diámetros cefálicos fetales, lo cual facilita notablemente su manejo.
- La espátula propiamente dicha, a la que también se le denomina de forma más impropia cuchara, tiene una cara externa ligeramente convexa, otra interna levemente cóncava, un borde superior casi recto y otro inferior moderadamente curvo.

- La cuchara tiene una cara interna o fetal ligeramente cóncava. La cara externa o pelviana es sumamente convexa.
- El borde posterior es discretamente curvo, y el anterior es prácticamente recto, lo que hace que la curvatura pelviana es casi inexistente.

Los mangos miden 24 cm. de longitud. En su borde inferior poseen unas depresiones o muescas para facilitar el apoyo de los dedos.

Palanca de primer género

- El punto de apoyo son las paredes de la pelvis.
- La resistencia por la cara del feto.
- Y la potencia está en los mangos o empuñaduras de las espátulas sobre las que se hace la tracción.

Condiciones de su uso:

- Membranas rotas.
- Cuello totalmente dilatado.
- Vejiga vacía.
- Cabeza encajada.
- Ausencia de contraindicaciones.
 - Problemas de canal.
 - Infecciones activas.
 - Condiciones maternas (HIV).
- Analgo-anestesia pertinente.
- Otras.

PROCEDIMIENTO

- Con las espátulas siempre paralelas, cogidas independientemente con las manos del operador, en el momento de la contracción uterina se realiza una ligera tracción, combinada con una mínima separación de los mangos, proporcionando así un empuje a la presentación desde arriba y “eliminando” los obstáculos encontrados abajo.
- Cuanta más fuerza se hace, más se separan las espátulas del cráneo, por lo que no lo comprimen, sino que se separan de la cabeza dilatando el canal del parto. La dirección que se debe ejecutar en la tracción es la del eje pélvico. El operador nota que trabaja sobre un polo “libre” y no sobre una cabeza “aprisionada” entre las cucharas como ocurre con el fórceps, teniendo la sensación de que la cabeza cae en el periné no porque se la haya traccionado sino por haber movilizado los obstáculos del canal del parto.
- Si es necesaria, es aconsejable realizar la episiotomía cuando la cabeza se encuentre cerca del suelo perineal, muy distendido por las espátulas.

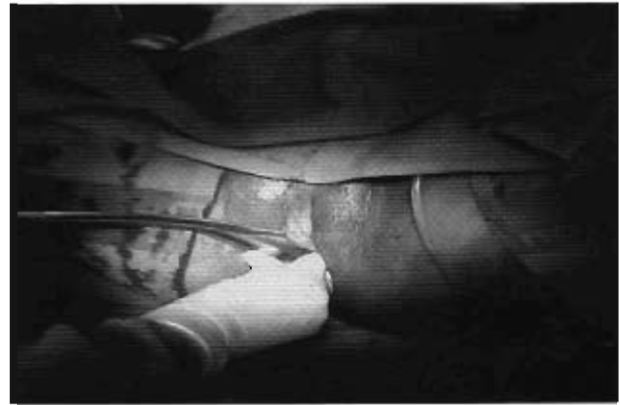


Figura 3. Colocación de la segunda cuchara

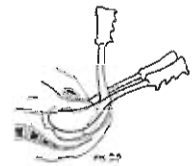


Figura 3. Aplicación de la primera cuchara



Figura 4. Tracción en palanca



Figura 5. Momentos posteriores



Figura 8. Maniobra del Tobogan



Diferencias con el fórceps:

- Las espátulas son dos palancas independientes, paralelas, delgadas y macizas. Los fórceps se articulan, se cruzan, son algo más gruesos y sus cucharas están fenestradas.
- La curvatura cefálica de las espátulas es mínima y contacta con la cara fetal sólo en su porción superior o distal. La del fórceps es mayor, estando diseñada así

para hacer presa en el cráneo y en la cara.

- Las espátulas actúan como palancas de primer género, mientras que el fórceps lo hace como palanca de tercer género, ya que en el momento de la tracción la potencia se sitúa entre la resistencia (cráneo y cara) y el punto de apoyo (articulación), por lo que se duplica la fuerza ejecutada. Por esta razón las extracciones algo difíciles pueden ser más lentas, pero probablemente más seguras, con las espátulas que con el fórceps.

La rotación y el descenso se realizan con el fórceps a expensas de una tracción, por lo que la cabeza tiene que hacerse solidaria con el instrumento. En dicha tracción se produce una tendencia lógica e indeseable a la deflexión. En el caso de las espátulas el descenso de la cabeza es libre, gracias a una propulsión desde arriba, “rebotando” la cabeza ayudada por la separación de los obstáculos que se lo impedían. Es decir, con el fórceps existe el principio de la solidaridad y con las espátulas el de movilidad, sin tendencia a la deflexión.



Su correcta aplicación implica los siguientes principios:

- La vejiga debe estar vacía.
- La única presa correcta es la transversa. No son permisibles tomas oblicuas ni antero posteriores. Es importante efectuar un diagnóstico posicional exacto.
- Una vez introducidas ambas ramas, deben mantenerse paralelas entre sí y con relación a la sutura sagital del feto. Cada empuñadura debe mantenerse con una mano del operador, sin hacer tracción jamás de ambas unidas entre sí, como es usual en el fórceps.
- La pérdida del paralelismo de las cucharas en el curso de la extracción debe hacer pensar en una aplicación defectuosa o en una dificultad a la progresión fetal.

PUNTOS FUERTES

- Instrumento útil.
- Experiencia del obstetra...docencia.
- Respetar condiciones.
- Infraestructura necesaria.
- Tracción y rotación.
- Complicaciones por mala técnica.

Vacuum extractor



Malmström



Silastic Kovayashi



Kivi Omnicup

ELEMENTOS BÁSICOS

CÚPULA O CAZOLETA

TOMA DE VACÍO

CORDONES DE TRACCIÓN

INSTRUMENTO DE ASPIRACIÓN O SUCCIÓN

TÉCNICA

- La copa debe colocarse tan cerca del occipucio como sea posible.
- El obstetra sujeta la cazoleta con una mano mientras con la otra separa los labios para abrir el introito vaginal.
- La inserción de la ventosa se hará por un costado de la misma, si es metálica, o de forma similar a un pesario si es flexible.
- Después, se realiza la adaptación de la cazoleta a la presentación fetal.
- Una vez aplicada la copa sobre la presentación, se debe comprobar que no hay atrapado ningún tejido blando materno.
- Aumentar la presión de vacío hasta el nivel necesario para la tracción, 0,7-0,8 Kg/cm².
- Antes de comenzar la tracción, es conveniente comprobar la correcta adhesión de la ventosa sobre la presentación realizando una “tracción de prueba”, ensayando con la misma fuerza que se va a ejercer.
- La tracción definitiva no debe realizarse hasta que se haya obtenido una presión óptima.



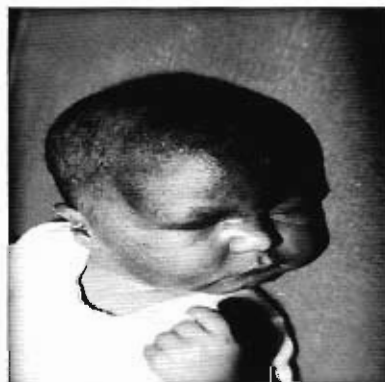
COMPLICACIONES MATERNAS

- Similares al parto vaginal espontáneo...no requiere espacio adicional.
- Sin lesiones en el canal del parto, esfínter anal o suelo pélvico.
- “Mala técnica”: desgarros vaginales o cervicales.
- Menores lesiones que en fórceps o en espátulas.

COMPLICACIONES FETALES

1. **Protuberancia serosanguinolenta (caput):** tejido subcutáneo, scalp...ansiedad materna
2. **Celalohematoma:** entre huesos del cráneo y periostio, reabsorción lenta
3. **Hematoma subaponeurótico:** entre la aponeurosis epicraneal y el periostio, gravedad.

4. Hemorragias intracraneales???... en partos espontáneos
5. Fracturas craneales???...en partos espontáneos
6. Hemorragias retinianas...poca importancia



PUNTOS FUERTES

1. Instrumento útil
2. Obstetra con experiencia, no técnica "sencilla y segura"
3. Infraestructura necesaria
4. Instrumento de tracción y flexión, no rotador
5. Complicaciones maternas y fetales, por mala técnica
6. Similares condiciones e indicaciones que otros instrumentos

PUNTOS CONTROVERTIDOS

1. Cazoleta metálica vs flexible vs kiwi
2. Sistemas de vacío
3. Altura de la presentación: "ventosa de prueba"
4. Dilatación: completa
5. Sufrimiento fetal
6. Consentimiento informado

¿Cuál es el mejor? El que el obstetra conozca y utilice mejor.

¿QUÉ RESULTADOS PUEDEN ESPERARSE?

Los resultados dependen:

- Conocimiento fisiología del mecanismo dl parto
- Conocimiento instrumento
- Habilidad en su uso
- Respeto a las condiciones de uso
- Infraestructura adecuada

VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE UN PARTO CON FÓRCEPS EN COMPARACIÓN CON LA EXTRACCIÓN CON VACUUM Y LA CESÁREA DE EMERGENCIA

VACUUM

Ventajas: Parto más fácil del feto en peligro, menor índice de fracaso, menor fracaso, menor necesidad para el uso secuencial de los instrumentos, menos casos de céfalo hematoma y hemorragia retiniana.

Desventajas: Analgesia materna más intensa, mayor trauma perineal, hematomas faciales y parálisis del nervio facial más comunes.

CESÁREA

Ventajas: Hemorragia obstétrica y admisión a cuidados intensivos neonatales menos común, menor estancia hospitalaria, menor número de reingresos, posterior parto vaginal espontaneo más probable.

Desventajas: Trauma al bebe más probable, trauma perineal, dispareunia e incontinencia más común
Patel RR et al BMJ VOLUME 328 29 MAY 2004

Vacuum extractor comparado con fórceps es:
Más probable que falle en alcanzar un parto vaginal

OR: 1.7; 95% CI 1.3-2.2

Más probable que se asocie a un cefalohematoma
OR: 2.4; 95% CI 1.7-3.4

Más probable que se asocie a hemorragia retiniana
OR: 2.0; 95% CI 1.3-3.0

Más probable que se asocie a preocupaciones maternas respecto al bebe
OR: 2.2; 95% CI 1.2-3.9

Menos probable que se asocie a trauma perineal y vaginal significativo
OR: 0.4; 95% CI 0.3-0.5

No es más probable que se asocie con parto por cesárea
OR: 0.6; 95% CI 0.5-1.0

No es más probable que se asocie a puntaje bajo de Apgar 5'
OR: 1.7; 95% CI 1.0-2.8

No es más probable que se asocie a necesidad de fototerapia
OR: 1.1 95% CI 0.7-1,8

¿QUÉ INSTRUMENTOS SE DEBERÍAN USAR PARA EL PARTO VAGINAL?

El operador debe seleccionar el instrumento más apropiado a las circunstancias clínicas y su nivel de habilidad.

CONCLUSIONES

El uso prudente del forceps de Kjelland's en un operador experimentado se asocia con muy bajas tasa de resultados adversos maternos y neonatales. El entrenamiento en esta importante técnica debe ser reconsiderado urgentemente antes de que se pierda para siempre.

Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2009 Oct;49(5):510-4.

40. PARTO VAGINAL DESPUÉS DE CESÁREA

Dra. Judith Toro Merlo

En 1916, Cragin, en Nueva York introdujo el concepto: "una vez cesárea, siempre cesárea", esta concepción se mantuvo durante muchos años, hasta que en la década de los 60, se comenzó a cuestionar esta conducta. En los años 80s el consenso INH planteó la conducta: Parto vaginal después de una cesárea, y en 1996 comenzó a disminuir esta práctica, contribuyendo al incremento de las tasas de cesárea.

Se señalan varios factores por los cuales en este momento ha disminuido la práctica de parto vaginal posterior a una

cesárea (PVPC).

Parto vaginal después de cesárea anterior		Riesgos
Factores		
Médicos	No-médicos	
Rotura uterina	Dificultad para implementar prueba de trabajo.	
	Problemas médico-legales.	
	Diferentes patrones de conducta.	

Nuestro objetivo en esta exposición es: Desarrollar recomendaciones para la atención de las pacientes con una cesárea anterior, a fin de disminuir la incidencia de cesáreas, los riesgos y las complicaciones que se puedan derivar de la seleccionada.

Recomendaciones

Es importante que se realice una selección de las pacientes para prueba de parto o cesárea electiva, lo cual debe comenzar desde el control prenatal; asimismo, es importante seleccionar el nivel de atención necesario para la atención de la embarazada, tomado en cuenta las posibles complicaciones que se pueden presentar, con una u otra forma de atención.

Control prenatal

Es importante durante esta etapa interrogar: Número y tipo de la cicatriz uterina y hacerlo constar en la historia clínica del embarazo actual. Si esta información no está disponible, el intento por localizar estos datos deberá constar en el registro clínico. En ocasiones, este dato es difícil de precisar, sin embargo, asumimos que es segmentaria, puesto que en la actualidad, las indicaciones para cesárea corporal (clásica) son muy pocas.

Una cesárea segmentaria transversa baja, no tiene contraindicaciones para prueba de parto, pero es preciso brindar información detallada sobre riesgos y beneficios de las alternativas atención del parto (prueba de parto o cesárea electiva).

El médico también debe prepararse y aceptar la existencia de esta conducta, de manera tal que pueda estimular la prueba de parto en las pacientes apropiadas. En última instancia, si la paciente no acepta someterse a una prueba de trabajo de parto, la preferencia de la paciente por una cesárea electiva repetida debe ser respetada.

Parto vaginal después de cesárea anterior – Control preparto

Ventajas:

Aumenta la proporción de mujeres que intentarán la prueba de parto reduciendo, en consecuencia, la morbilidad asociada a la cesárea electiva.

Participación activa de las usuarias en la toma de decisiones

La embarazada debe firmar el consentimiento informado, como evidencia que, conoce claramente los riesgos de los procedimientos a poner en práctica.

Ventajas: Previene acciones judiciales por pretendida mala praxis médica.

Riesgos de un parto vaginal:

- Dehiscencia-rotura uterina
- Histerectomía
- Aumento de morbimortalidad materna y perinatal

Contraindicación para parto vaginal

Incisión corporal anterior

Incisión en T o microcesárea previa

Intervenciones uterinas posteriores

Rotura uterina o dehiscencia anterior

Factores de riesgo para parto vaginal

- Sospecha de DFP en el embarazo actual
- Peso fetal estimado $\geq 4\ 000\ g$
- Antecedente de cesárea por DFP, falta de progresión
- Presentación podálica
- Evaluación ecográfica del segmento uterino inferior:
 - Tercer trimestre (sem. 36-38)
 - Medida $\leq 3,5\ mm$ riesgo de RU= 12 %
 - Especificidad 73 % y sensibilidad 88 %
 - Ausencia de rotura uterina medida $> 3,5\ mm$ (VPN) de 99,3 %

En las circunstancias anteriores se debe programar CESÁREA ELECTIVA al término del embarazo.

Si se desencadena el trabajo de parto antes de la fecha programada debe realizarse una CESÁREA DE EMERGENCIA.

Elementos indispensables

- Sala de partos y quirófano debidamente equipados.
- Servicio de hemoterapia con sangre compatible preparada.
- Cuidados neonatales intensivos a cargo de médico especialista.
- Anestesiólogo en la sala de partos desde que la paciente se encuentra en trabajo de parto.
- Disponibilidad de ayudantes tanto para operaciones obstétricas vaginales como para cesárea e histerectomía de urgencia.

USO DE UTEROTÓNICOS

- La conducción del trabajo de parto con oxitócicos no se encuentran contraindicadas.

Misoprostol: contraindicado.

- Ventaja: Aumenta la probabilidad de un parto vaginal exitoso reduciendo, en consecuencia, la mor-

bilidad asociada a la cesárea electiva.

ANALGESIA-ANESTESIA EPIDURAL CONTINUA

- No está contraindicada
- Ventaja: Aumenta la probabilidad de éxito de un parto vaginal.

Control exhaustivo de la FCF, consignándolo en la historia clínica.

Ventajas: diagnóstico precoz de SF como signo indirecto de rotura uterina durante el trabajo de parto.

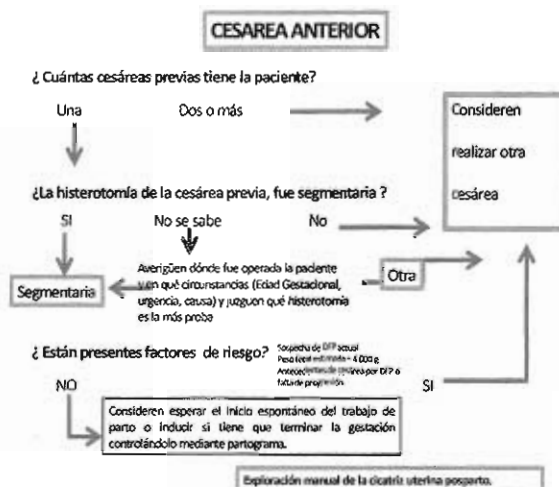
PARTO VAGINAL DESPUÉS DE CESÁREA ANTERIOR

ATENCIÓN POSPARTO

Exploración manual posparto de la cicatriz uterina.

En caso de hacerlo, se recomienda informar para su utilidad como "variable pronóstica" en un futuro parto.

FLUJOGRAMA DE DECISIÓN



En conclusión

- Los riesgos y beneficios de ambas conductas deben ser discutidas con la embarazada.
- Cuando los riesgos de ambas conductas son equivalentes la preferencia de la embarazada debe ser respetada.
- Son necesarias investigaciones clínicas aleatorizadas, controladas, en esta área, sobre todo aquellas que nos ayuden a determinar en forma precisa las repercusiones tanto maternas como fetales a corto y largo plazo.

41. LISTA DE CHEQUEO CIRUGÍA SEGURA

Dr. Álvaro César Santiváñez Pimentel

En el año 2006 en Cartagena de Indias, la OPS convocó

a una reunión que permitió definir los países que ingresarían en el estudio IBEAS: México, Costa Rica, Colombia, Perú y Argentina. El estudio IBEAS permitió establecer que en el Perú, contábamos con una prevalencia del 11.6% de eventos adversos entre los pacientes hospitalizados. La segunda causa de eventos adversos fueron aquellos relacionados con un procedimiento (28.9%); el cual incluye tanto a los procedimientos invasivos como a las cirugías. Asimismo, se estableció que el área hospitalaria con el mayor porcentaje de eventos adversos fue la atención en obstetricia (24.9%). Estos dos resultados nacionales, ponen en la agenda nacional de seguridad del paciente las intervenciones quirúrgicas en obstetricia.

En el mundo, 1 de 25 personas se opera, pero deja como saldo 7 millones de complicaciones y 1 millón de muertes. Esto lo convierte, en un problema de salud pública. Sin embargo, sobre este problema, hay una escasez de datos y estadísticas vitales. Muchas de estas complicaciones se evitarían solo siguiendo los estándares de monitorización.

Una de las estrategias que ha desarrollado la OMS para reducir las complicaciones quirúrgicas, es la creación de un listado de verificación que mejore los estándares de seguridad quirúrgica, para que se migre de hacer la mayor parte de las cosas correctamente, a la mayor parte de

pacientes, la mayor parte del tiempo hacia hacer todas las cosas correctas, a todos los pacientes, todo el tiempo.

En el año 2008, casi inmediatamente después del lanzamiento de esta iniciativa de la OMS, el Perú aprobó los criterios mínimos de la Lista de Chequeo de Cirugía Segura, la cual fue actualizada el 2010 mediante la aprobación de los criterios mínimos de la “Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía”. Este mismo año, el Gobierno Regional del Callao oficializo la “Guía Técnica de Implementación del Segundo Reto Mundial: Cirugía Segura Salva Vidas”. Esta guía, describe una propuesta de implementación de la lista de verificación quirúrgica, que complementa las normas ya aprobadas. En esta guía, el primer paso es el Planeamiento y la Organización, el segundo paso es la Implementación de la Lista de Verificación Quirúrgica, el tercer paso es Evaluar la Implementación y el último paso es Valorar la Sostenibilidad.

Diversas iniciativas han dado forma a la implementación de la LVQ, como el hospital Santa Rosa que genera reportes estadísticos trimestrales sobre indicadores de la cirugía o el hospital de emergencias pediátricas que tomo como tema de pasacalle la Cirugía Segura en el Aniversario Institucional o el hospital nacional Daniel Alcides Carrión, que ha diseñado un aplicativo para monitorizar la adherencia a la LVQ.