

CONSENSO DE OBSTETRICIA – FASGO:

Cesárea a demanda

Presidente: Dr. De Lucca, Alberto - SOGIBA
Coordinador: Dr. Ortiz, Augusto - Córdoba
Expertos: Dra. Amenabar, Sofía – Tucumán
Dr. Casavilla, Florencio -SOGIBA
Dr. Sebastiani, Mario - SOGIBA
Dr. Zanuttini, Edgar - Rosario

Resumen: *Se define como parto por cesárea a petición de la madre, a aquella operación cesárea que se realiza sin trabajo de parto iniciado y en ausencia de indicaciones maternas o fetales tradicionales.*

Planteo: *Las dificultades que plantea esta solicitud se ubican, por un lado, en los intereses de la medicina que suele utilizar estrategias basadas en los riesgos biológicos tanto maternos como fetales. Por otro lado hoy se suele aceptar e inclusive estimular la práctica de la autonomía por parte de los pacientes basada en un asesoramiento adecuado de manera tal que pueda ejercer adecuadamente sus aspiraciones autónomas.*

Riesgos: *Los riesgos potenciales de la cesárea por pedido materno comprenden:*

Internación materna más prolongada

Mayor riesgo de dificultad respiratoria para el neonato

Mayores riesgos de complicaciones en los embarazos posteriores: rotura uterina, trastornos adherenciales de la placenta e indicación de histerectomía por causas diversas.

Los beneficios potenciales (a corto plazo) de la cesárea a pedido programada en comparación con un parto vaginal programado (incluidas las mujeres que dan a luz por vía vaginal y los que requieren una cesárea durante el trabajo) son

Menor riesgo de hemorragia y transfusión

Menor número de complicaciones quirúrgicas

Disminución de la incontinencia urinaria durante el primer año después del parto.

Teniendo en cuenta el balance riesgo - beneficio, hay obstetras que consideran que se debe recomendar a los pacientes un plan para parto vaginal seguro y adecuado, en ausencia de indicaciones maternas o fetales

que justifiquen una operación cesárea. También están aquellos, obstetras, que consideran que la cesárea programada, electiva ofrece una alternativa segura para aquellas mujeres que desean tener uno o dos hijos, o frente a situaciones, tales como los embarazos provenientes de métodos de fertilización asistida, organización del centro quirúrgico o características propias de la madre y el feto.

La mayoría de los obstetras sugiere que de programarse una operación cesárea, a solicitud materna, no se debería realizar antes de una edad gestacional de 39 semanas, con datación confiable.

Dichas cesáreas no deben estar motivadas por la indisponibilidad de tratamiento eficaz del dolor. La mayoría de los obstetra, sin embargo, coinciden que la garantía de un tratamiento eficaz del dolor no es algo que se pueda garantizar en todos los niveles de atención de nuestro país.

Todos suelen coincidir que el parto por cesárea a petición materna no es recomendable, especialmente, para las pacientes que desean tener varios hijos, dado que los riesgos de placenta previa, acretismo e histerectomía grávido-puerperal aumentan con cada parto por cesárea.

Introducción

Decidir cuándo y cómo incorporar las preferencias del paciente en relación con el tipo de parto es un reto para los toco ginecólogos en práctica activa y para los sanitaristas y encargados de formular políticas obstétricas locales y nacionales. La obstetricia ha sido una especialidad en la que tradicionalmente se observaron los intereses de la madre y el feto. En la actualidad, en cambio, intervienen distintos intereses en el nacimiento, donde además de los intereses de la madre y el feto, se agregan los intereses económicos, de planificación institucional, de formación del recurso humano, de disponibilidad de recursos para poder asistir a las madres en distintos escenarios.

Una creciente atención a las potenciales secuelas del suelo pélvico vaginal post parto, sumado al temor de algunas pacientes a las complicaciones y dolores del parto han planteado la discusión de si el parto por cesárea sin indicaciones médicas tradicionales (maternas, fetales u ovulares) pueda ser preferido por las embarazadas y en consecuencia, apropiadamente dado a algunas pacientes.

Así presentado, el parto por cesárea a petición materna se define como el parto por cesárea primaria anteparto, realizado por pedido materno y en ausencia de indicaciones médicas maternas, fetales u ovulares.

Hoy, las tasas de parto por cesárea en el mundo occidental están en los más altos niveles de la historia, con más de 1,3 millones -32,9% de todos los nacimientos- de partos por cesárea realizados en USA, durante el año 2009 (1). Nuestras estadísticas vitales muestran cifras similares con diferencias marcadas entre el hospital público y las pertenecientes al sector de obras sociales y pre pagos. Estas diferencias se observan no sólo por los aspectos socio económicos sino también en los escenarios donde el parto se encuentra asistido por obstétricas o por obstetras con atención personalizada.

La incidencia de cesárea a demanda y su contribución al aumento general de la tasa de cesáreas no son bien conocidas pero se estima que el 2,5% de todos los nacimientos en los Estados Unidos son por cesárea a petición materna (2).

La operación cesárea a demanda no es una entidad clínica bien reconocida, y tampoco hay medios precisos para su detección en estudios de investigación o en registros institucionales.

Pocos estudios comparan directamente el tipo de parto previsto (es decir, el parto por cesárea a petición materna o parto vaginal planificado). No hay ningún ensayo clínico aleatorizado que haya comparado la cesárea con el intento de parto para embarazos con feto único en presentación cefálica.

La mayor parte del conocimiento actual se basa en los análisis indirectos que comparan los partos por cesárea electiva sin trabajo de parto (sin una indicación específica) en lugar de un parto por cesárea a petición materna con la combinación de los partos vaginales y cesáreas no planeadas y de emergencia (en vez de partos vaginales planificados).

En la Conferencia sobre Parto por cesárea a petición materna (NIH, EE.UU, 2006) se revisó la literatura disponible y las opiniones de expertos en la materia, concluyendo en que la información disponible al comparar los riesgos y beneficios del parto por cesárea a petición materna y el parto vaginal planificado no proporciona una base para recomendar a uno de los modos de la entrega (2).

Se identificó la mejor información disponible sobre los riesgos y beneficios de la cesárea por petición materna y el parto vaginal planificado a corto plazo y largo plazo (incluidas las mujeres que dan a luz por vía vaginal y los que requieren una cesárea durante el trabajo), tanto para la madre y su bebé. Como tal la información no es de calidad a la hora de tener que dar un consentimiento informado sobre ambas estrategias.

Beneficios y riesgos de cesárea por solicitud materna en comparación con el parto vaginal programado

Resultados maternos:

Los beneficios a corto plazo potenciales del parto vaginal planificado en comparación con el parto por cesárea planificada incluyen una menos prolongada internación de la madre, tasas de infección (endometritis, infecciones urinarias) más bajas, menos complicaciones anestésicas, y mayores tasas de inicio de la lactancia (2).

Sin embargo, a los 3 meses y 24 meses después del parto, las tasas de lactancia no muestran diferencias según tipo de parto (3-4).

Los beneficios a corto plazo potenciales de la cesárea programada en comparación con el parto vaginal planificado incluyen un menor riesgo de hemorragia posparto y transfusión, un menor número de complicaciones quirúrgicas, y una disminución de la incontinencia urinaria durante el primer año después del parto (2).

Asimismo, la desaparición o disminución de la cesárea de emergencia, que habitualmente acarrea una mayor morbilidad materna y un riesgo posible de trauma psíquico comprueba lo antedicho.

La incidencia de la incontinencia urinaria a los 2 años (3) y 5 años postparto (5) no mostró diferencias por tipo de parto.

El beneficio del parto planificado por cesárea se atenúa por la edad materna avanzada y el aumento del índice de masa corporal (5).

Los resultados maternos que no parecen favorecer a ningún tipo de nacimiento en especial son dolor postparto, dolor pélvico, la depresión post-parto, la fístula, la función ano rectal, la función sexual, el prolapso de órganos pélvicos, y la mortalidad materna. Las evidencias sobre trombo embolismo fueron contradictorias.

Los riesgos potenciales de la cesárea por petición materna son las mayores complicaciones en embarazos ulteriores: rotura uterina, placenta previa, placenta acreta en alguna de sus variantes, lesiones de vejiga, lesiones intestinales, y la indicación de una histerectomía.

Un estudio canadiense de mujeres primíparas y embarazo único mostró un aumento del riesgo de paro cardíaco postparto, hematoma de la herida, histerectomía, infección puerperal importante, complicaciones anestésicas, trombo embolismo venoso, y hemorragia que requirió histerectomía, en pacientes que tuvieron una cesárea primaria planificada (6). Estos también son factores que pueden estar influenciados por la paridad y el tamaño de la familia planificada.

Las cicatrices uterinas ponen a las mujeres en mayor riesgo de rotura uterina en embarazos posteriores.

Aunque el riesgo de histerectomía peri parto en nulíparas es similar para el parto por cesárea planificado y el parto vaginal planificado, hay un aumento significativo del riesgo de placenta previa, placenta acreta, placenta previa acreta, y la necesidad de histerectomía después de la segunda cesárea (tabla 1).

Tabla 1. Riesgo de Placenta Acreta e Histerectomía según número de cesáreas comparadas con la primer cesárea

Cesárea	Placenta Acreta [n (%)]	ORatio (95% CI)	Histerectomía [n (%)]	ORatio (95% CI)
Primera*	15 (0.2)	—	40 (0.7)	—
Segunda	49 (0.3)	1.3 (0.7–2.3)	67 (0.4)	0.7 (0.4–0.97)
Tercera	36 (0.6)	2.4 (1.3–4.3)	57 (0.9)	1.4 (0.9–2.1)
Cuarta	31 (2.1)	9.0 (4.8–16.7)	35 (2.4)	3.8 (2.4–6.0)
Quinta	6 (2.3)	9.8 (3.8–25.5)	9 (3.5)	5.6 (2.7–11.6)
Sexta ó más	6 (6.7)	29.8 (11.3–78.7)	8 (9.0)	15.2 (6.9–33.5)

*Cesárea Primaria.

Silver RM, Landon MB, Rouse DJ, Leveno KJ, Spong CY, et al. Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries. National Institute of Child Health and Human Development Maternal–Fetal Medicine Units Network. *Obstet Gynecol* 2006;107:1226–32.

Estas consideraciones ponen de relieve la necesidad de considerar en la consulta el número total de embarazos planeados por cada paciente durante su primer embarazo, si la misma solicita planificar una cesárea a pedido; el obstetra y la paciente tendrán en cuenta, además, que aproximadamente la mitad de los embarazos son no planeados. Otros riesgos atribuidos pero de difícil cuantificación son el posible aumento de los abortos espontáneos, embarazos sobre cicatriz de la cesárea, infertilidad y embarazos ectópicos. La mayoría de los autores y sociedades científicas aceptan que la evidencia es de leve a moderada para la mayoría de los parámetros analizados

Resultados neonatales

Al igual que para los resultados materno, la evidencia es limitada sobre el parto por cesárea a pedido materno y sus resultados neonatales; por lo tanto, se evalúan al respecto los trabajos sobre el parto por cesárea sin trabajo de parto.

El riesgo de morbilidad respiratoria (taquipnea transitoria del recién nacido, síndrome de dificultad respiratoria e hipertensión pulmonar persistente) es mayor para la cesárea electiva en comparación con el parto vaginal cuando el nacimiento es anterior a 39-40 semanas de gestación (7, 8).

Las publicaciones sobre cesárea electiva sin trabajo de parto también muestran una mayor tasa de complicaciones relacionadas con la prematuridad. Comprenden síntomas respiratorios, otros problemas de adaptación neonatal (como hipotermia e hipoglucemia), y admisiones en UTI neonatal, para los niños nacidos por cesárea antes de las 39 semanas de gestación (2).

Debido a estas posibles complicaciones, el parto por cesárea por demanda materna no se debe realizar antes de una edad gestacional de 39 semanas. Los beneficios neonatales potenciales del parto vaginal planificado incluyen un menor riesgo de problemas respiratorios, de prematuridad iatrogénica y menor duración de la internación hospitalaria. Los potenciales beneficios neonatales de la cesárea programada - aunque las diferencias de riesgo absoluto son pequeñas - incluyen una mortalidad fetal inferior, menor tasa de infección del recién nacido, menor riesgo de diagnóstico de hemorragia intracraneal, la asfixia neonatal y la encefalopatía, y un menor número de lesiones en el parto.

En los modelos epidemiológicos, el parto por cesárea a petición materna en las 40 semanas de gestación podría reducir la mortalidad fetal porque el parto vaginal planificado podría ocurrir en hasta 42 semanas de gestación. Las tasas de hemorragia intracraneal son similares para los partos vaginales espontáneos y partos por cesárea sin trabajo de parto, pero son más altos en los partos vaginales instrumentales y operaciones cesáreas con trabajo de parto (2).

También existe evidencia de calidad débil que indica un menor riesgo de encefalopatía neonatal y asfixia con la cesárea electiva sin trabajo de parto en comparación con los riesgos combinados de parto espontáneo vaginal, el parto vaginal instrumental, parto por cesárea de emergencia, y el parto por cesárea en trabajo de parto (9, 10).

La incidencia de lesión del plexo braquial es significativamente menor en el parto por cesárea que en el parto vaginal, con la mayor incidencia en el parto vaginal asistido con maniobras.

La incidencia de laceraciones fetales en el momento del parto por cesárea es menor en casos de cesárea electiva sin trabajo (0,8%) que en la cesárea no programada (1,4 a 1,5%) (11).

Los estudios sobre mortalidad neonatal y resultados neonatales a largo plazo todavía carecen de potencia y calidad estadísticas para evaluar el efecto de la vía de parto planificada. Hay que considerar en ese sentido, que a pesar del fuerte crecimiento de las tasas de cesárea en las últimas décadas, el número de neonatos con parálisis cerebral y otros trastornos neurológicos permaneció estable en dichos períodos.

Resumen del análisis actual:

Sólo cinco resultados perinatales tienen pruebas de calidad moderada con respecto a la vía parital (parto por cesárea programada vs. parto vaginal planificado) para embarazos con feto único término y con presentación de vértice:

- 1) Hemorragia materna
- 2) Longitud de la hospitalización materna
- 3) Morbilidad respiratoria neonatal
- 4) Placenta previa o acreta ulterior
- 5) Rotura uterina a posteriori

(Tabla 2).

Las evaluaciones publicadas de los resultados perinatales restantes se basan en evidencia débil ó limitada, basada en estudios observacionales ó en extrapolación de datos, lo que limita la confianza en los resultados.

Tabla 2. Resultados perinatales con evidencia de moderada calidad y planeamiento de la vía parital , con feto único de término y presentación de vértice	
A favor de Parto vaginal planificado	A favor de cesárea planificada
Días internación materna	Hemorragia materna
Morbilidad neonatal respiratoria	
Placenta previa o acreta subsecuente	
Rotura uterine subsecuente	
DNIH State-of-the-Science Conference Statement on cesarean delivery on maternal request. NIH Consens State Sci Statements 2006;23:1–29.	

Consejería

Cuando una mujer desea o solicita un parto por cesárea, su médico debe considerar sus factores de riesgo específicos tales como la edad, el índice de masa corporal, la precisión de la edad gestacional estimada, los planes reproductivos de la paciente y su contexto cultural. Las experiencias de vida críticas (por ejemplo, trauma, violencia o malos resultados obstétricos cercanos) y la ansiedad sobre el proceso del nacimiento pueden inducir su demanda y deberían analizarse en conjunto.

Si la principal preocupación fuese el miedo al dolor en el trabajo de parto y el parto, se deben ofrecer la educación prenatal en alguna de sus formas, apoyo emocional en el trabajo de parto y desde luego, la anestesia para el parto.

Se necesitan más investigaciones para proporcionar evidencias directas que faciliten la información al paciente. Esto comprendería encuestas sobre el parto por cesárea a petición materna, la modificación de los certificados de nacimiento y de la codificación institucional de internación y tratamiento para facilitar el seguimiento.

Asimismo, estudios prospectivos, estudios observacionales y estudios de factores de riesgo modificables para el parto por cesárea a petición materna versus parto vaginal planificado.

En resumen, los resultados perinatales a corto y largo plazo, tanto maternos como neonatales, necesitan mayor análisis de manera de configurar los grupos óptimos de pacientes para cada vía planificada.

Conclusiones y Recomendaciones

Los datos disponibles sobre el parto por cesárea por pedido materno en comparación con el parto vaginal programado son mínimos y en su mayoría basados en comparaciones indirectas.

Muchos interrogantes todavía aguardan respuesta ya que la mayoría de los estudios de resultados perinatales no ajustan adecuadamente los factores de confusión y, por lo tanto, deben interpretarse con cautela.

Aunque la realización de una cesárea a pedido materno en una paciente bien informada es **médica y éticamente aceptable**, los médicos, como defensores y promotores de la salud y el bienestar de sus pacientes en general, sin embargo y en ausencia de una indicación médica aceptada, deberían extremar el asesoramiento para que la decisión de las mujeres sea lo más autónoma posible. (no recomendar el parto por cesárea en forma rutinaria a todas las embarazadas.)

En efecto, si bien creemos que la evidencia y la opinión de los expertos actualmente apoyan la actitud médica de acceder al pedido de una paciente

informada, no parecería ser un escenario razonable el de aconsejar cesáreas electivas a todas las pacientes.

Recomendaciones

Ante una solicitud de parto por cesárea electiva, el obstetra, en su calidad de defensor de la salud de la paciente, debe ayudar y guiar a la embarazada a través de información médica detallada, hacia una decisión que respete tanto la autonomía de la paciente, como la obligación del médico para optimizar la salud de la madre y el recién nacido.

Teniendo en cuenta el balance de riesgos y beneficios asociados con la cesárea a demanda materna y con la intención de incorporar responsablemente la preferencia de las pacientes en la toma de decisiones médicas, esta Comisión ofrece las siguientes recomendaciones:

- El parto vaginal es seguro y apropiado en la mayoría de los casos y debería ser recomendado, en ausencia de indicaciones maternas o fetales para operación cesárea.
- En los casos en que esté prevista la cesárea por pedido materno se recomienda:
 - La cesárea por demanda materna no se debe realizar antes de una edad gestacional de 39 semanas.
 - La indicación de cesárea por petición materna no debe estar originada en la falta de disponibilidad de tratamiento eficaz del dolor.
 - El parto por cesárea a pedido materno en particular no se recomienda para las mujeres que desean tener varios hijos, dado que los riesgos de la placenta previa, acretismo, e histerectomía grávido-puerperal aumentan con cada parto por cesárea.
 - mientras no exista una normatización basada en evidencias, la tarea profesional deberá enmarcarse siempre con un consentimiento informado y firmado, claramente explícito y detallado.

Bibliografía

1. Martin JA, Hamilton BE, Ventura SJ, Osterman MJ, Wilson EC, Mathews TJ. Births: final data for 2010. Natl Vital Stat Rep 2012;61(1).



2. NIH State-of-the-Science Conference Statement on cesarean delivery on maternal request. *NIH Consens State Sci Statements* 2006;23:1–29.
3. Hannah ME, Whyte H, Hannah WJ, Hewson S, Amankwah K, Cheng M, et al. Maternal outcomes at 2 years after planned cesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: the international randomized Term Breech Trial. *Term Breech Trial Collaborative Group. Am J Obstet Gynecol* 2004;191:917–27
4. Hannah ME, Hannah WJ, Hodnett ED, Chalmers B, Kung R, Willan A, et al. Outcomes at 3 months after planned cesarean vs planned vaginal delivery for breech presentation at term: the international randomized Term Breech Trial. *Term Breech Trial 3-Month Follow-up Collaborative Group. JAMA* 2002;287:1822–31.
5. Rortveit G, Daltveit AK, Hannestad YS, Hunskaar S. Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. *Norwegian EPINCONT Study; N Engl J Med* 2003; 348:900–7.
6. Liu S, Liston RM, Joseph KS, Heaman M, et al. Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. *Maternal Health Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance System. CMAJ* 2007;176:455–60.
7. Zanardo V, Simbi AK, Franzoi M, et al. Neonatal respiratory morbidity risk and mode of delivery at term: influence of timing of elective caesarean delivery. *Acta Paediatr* 2004;93:643–7
8. Morrison JJ, Rennie JM, Milton PJ. Neonatal respiratory morbidity and mode of delivery at term: influence of timing of elective caesarean section. *Br J Obstet Gynaecol* 1995;102:101–6
9. Badawi N, Kurinczuk JJ, Keogh JM, Alessandri LM, O’Sullivan F, Burton PR, et al. Intrapartum risk factors for newborn encephalopathy: the Western Australian case-control study. *BMJ* 1998;317:1554–8.
10. Towner D, Castro MA, Eby-Wilkens E, Gilbert WM. Effect of mode of delivery in nulliparous women on neonatal intracranial injury. *N Engl J Med* 1999;341:1709–14
11. van Ham MA, van Dongen PW, Mulder J. Maternal consequences of caesarean section. A retrospective study of intraoperative and postoperative maternal complications of caesarean section during a 10-year period. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1997;74:1–6
12. Minkoff H, Chervenak FA. Elective primary cesarean delivery. *N Engl J Med* 2003;348:946–50.

13. Cesarean delivery on maternal request. ACOG Committee Opinion No. 559. American College of Obstetricians and Gynecologists April 2013
14. Patient choice cesarean delivery: ethical issues Robin B. Kalisha, Laurence B. McCulloughb and Frank A. Chervenak. Current Opinion in Obstetrics and Gynecology 2008, 20:116–119