



## ***Prevención de la cesárea en primerizas***

Recomendaciones publicadas recientemente que pueden ayudarle en la discusión con su doctor o partera

Muchas familias embarazadas están preocupadas con las altas tasas de cesárea. Y en realidad tienen motivo para estarlo. En los Estados Unidos, una de cada tres mujeres (32.8%) tiene parto por cesárea, no obstante, a pesar del alto aumento en los índices de cesárea, los resultados para las mujeres y los bebés no han mejorado. La Organización Mundial de la Salud recomienda una tasa de cesárea entre el 5 y el 15 por ciento, recomendación basada en las estadísticas que sugieren que índices mayores del 15% pueden causar más daño que beneficios. Las cesáreas pueden salvar vidas cuando son necesarias, pero cuando son realizadas sin justificación médica, los riesgos son mayores que los beneficios.

Con el propósito de disminuir los altos índices de cesáreas en los Estados Unidos, la Asociación Americana de Obstetras y Ginecólogos (American College of Obstetricians and Gynecologists, ACOG) y la Sociedad de Medicina Materno Infantil (Society for Maternal-Fetal Medicine, SMFM), publicaron pautas para la “Buena prevención de la cesárea en primerizas” en febrero del 2014. Estas innovadoras pautas recomiendan hacer cambios en muchos elementos que son estándar en el cuidado materno, y tienen el potencial de mejorar dramáticamente la calidad y la experiencia del cuidado materno en la ciudad de Nueva York y en los Estados Unidos.

Choices in Childbirth (CiC) es una organización sin fines de lucro de apoyo al consumidor enfocada en asegurar un cuidado materno seguro, saludable y respetuoso en la ciudad de Nueva York. CiC ha creado un resumen de las principales recomendaciones hechas por ACOG y SMFM para que sean discutidas con su doctor o partera. **Pregúntele a su doctor o partera, así como al hospital o al centro de partos, cómo están respondiendo a estas recomendaciones.**

Los detalles técnicos del estudio y las citas estadísticas pueden ser leídas en el informe completo, que está disponible en:

[http://www.acog.org/Resources\\_And\\_Publications/Obstetric\\_Care\\_Consensus\\_Series/Safe\\_Prevention\\_of\\_the\\_Primary\\_Cesarean\\_Delivery](http://www.acog.org/Resources_And_Publications/Obstetric_Care_Consensus_Series/Safe_Prevention_of_the_Primary_Cesarean_Delivery). Choices in Childbirth también ha desarrollado un resumen de política que aborda estas recomendaciones en mayor detalle. Para obtener una copia debe enviar un correo a [info@choicesinchildbirth.org](mailto:info@choicesinchildbirth.org).

### **Recomendaciones de ACOG y SMFM para la buena prevención de la cesárea en primerizas**

#### **Las mujeres pueden necesitar más tiempo de trabajo de parto**

##### Primera etapa del trabajo de parto (fase de dilatación)

El trabajo de parto lento pero que está progresando no debe ser considerado como un indicio de que se necesita una cesárea. La etapa activa del trabajo de parto empieza a los 6 cm de dilatación, no a los 4 cm. Por lo tanto, los horarios forzados aplicados a la etapa activa del trabajo de parto no deben ser considerados hasta que la mujer haya tenido suficiente tiempo.

“El trabajo de parto toma más tiempo de lo que pensábamos”, aseguró el Dr. Aaron Caughey, coautor de las nuevas recomendaciones. Actualmente, la mayoría de los doctores se basan en información de 1950 para determinar si el trabajo de parto es lento o se ha detenido, sin embargo las estadísticas recientes sugieren que se debe permitir una dilatación “substancialmente más lenta” y periodos más largos para pujar. En la actualidad, cuando una mujer está dilatada 4 cm se considera que está

empezando la etapa activa de la primera fase del parto. A partir de ese momento la expectativa es que la mujer va a dilatar de acuerdo a cierto ritmo. Si el parto no progresa de acuerdo a las expectativas, frecuentemente se considera que el trabajo de parto se ha detenido. Medicamentos para apresurar el parto o una cesárea pueden venir a continuación. No obstante, hoy en día, las estadísticas citadas por ACOG y SMFM sugieren que la etapa activa del parto se debe considerar a partir de los 6 cm de dilatación, debido a que la dilatación de los 4 a los 6 cm parece ser significativamente más lenta de lo que se creía anteriormente, tanto para partos primerizos como para partos subsiguientes.

#### Segunda etapa del trabajo de parto (fase de pujar)

No debe haber ningún límite de tiempo específico para la etapa de pujar en el parto. No hay tiempo límite que deba ser consideración para una cesárea.

- Si la madre y el bebé están bien, se debe considerar normal pujar por lo menos por 3 horas para partos primerizos, y por lo menos por dos horas para segundos bebés o partos subsiguientes.
- El uso de epidural añade por lo menos una hora a estos tiempos sugeridos. Se debe considerar normal pujar por lo menos 4 horas para partos primerizos y por lo menos 3 horas para segundos bebés o partos subsiguientes.

Los partos vaginales asistidos con fórceps y ventosa por médicos con experiencia, son seguros y una alternativa al parto por cesárea aceptada, siempre y cuando el bebé y la mamá estén bien.

#### Inducción del parto

Antes de las 41 semanas de embarazo no se recomienda el uso de medicamentos para inducir el parto, a menos de que haya una razón médica. Las cesáreas pueden evitarse cuando el parto es inducido con medicamentos si se le permite a la mujer hacer trabajo de parto por un periodo más largo, antes de considerar una inducción como fallida y recomendar una cesárea.

#### **Las variaciones en el ritmo cardiaco del bebé no siempre son peligrosas**

Las variaciones en el ritmo cardiaco del bebé pueden ser normales o temporales. Cuando parece que el ritmo cardiaco del bebé puede ser anormal o “indeterminado”, se deben tomar medidas para tratar de mejorar el ritmo cardiaco antes de recomendar una cesárea. Estas medidas pueden incluir cambiar la posición del cuerpo de la madre, estimular el cuero cabelludo del bebé, o introducir solución salina estéril en el útero para mejorar el entorno del bebé.

#### **Posición de nalgas del bebé**

Se recomienda tratar de rotar la posición del bebé antes de que empiece el trabajo de parto (versión cefálica externa). La versión tiene una tasa de éxito significativamente alta.

#### **Los gemelos no siempre necesitan una cesárea**

Se debe fomentar planear un parto vaginal si el primer gemelo está con la cabeza hacia abajo.

#### **Tener un bebé “grande” es rara vez una razón para tener una cesárea**

La sospecha de un bebé grande no debe ser una indicación para cesárea a menos de que se crea que el bebé pesa 11 libras o más, en el caso de mujeres que no sufren de diabetes. O 9.9 libras si la mujer tiene diabetes. Los exámenes de ultrasonido en las últimas semanas de embarazo no son un método confiable para predecir el tamaño del bebé.

### **Otras estrategias para reducir las probabilidades de cesárea**

#### **El apoyo de una doula reduce la tasa de cesáreas**

Las recomendaciones de ACOG y SMFM sugieren que el apoyo continuo durante el trabajo de parto, tal como el apoyo proporcionado por doulas, es una de las maneras más efectivas de disminuir las tasas de cesáreas y mejorar la satisfacción de las pacientes. La declaración de ACOG y SMFM afirma que el apoyo de doulas está probablemente infrautilizado.

#### **Modelo de cuidado basado en la partería**

Las recomendaciones de ACOG y SMFM no incluyen la partería. Sin embargo, Choices in Childbirth cree importante mencionar que el modelo de cuidado basado en la partería comúnmente emplea y recomienda muchas de las sugerencias mencionadas, incluyendo el apoyo a partos más largos, la versión para rotar al bebé cuando está en posición de nalgas, y el apoyo continuo durante el parto y el nacimiento. Un modelo de cuidado basado en la partería considera el embarazo y el parto como un evento normal y saludable, y da prioridad a la protección, el apoyo y la mejoría del proceso normal fisiológico del parto y el nacimiento.