

CIMS

COALICION PARA MEJORAR LOS SERVICIOS DE MATERNIDAD

Los Riesgos del Nacimiento Por Cesárea Para La Madre y El Bebe

La coalición para mejorar los servicios de maternidad (CIMS) se encuentra en relación al dramático incremento y al sobre uso de la cesárea. Cada año desde 1983 no menos de una por cada cinco mujeres americanas han dado a luz por cirugía abdominal.^{22,34} Actualmente una de cada cuatro equivalente al 25% tiene una cesárea para el nacimiento de sus bebés²² y la incidencia para las madres primerizas puede convertirse hasta en una de cada tres.⁹ Los estudios muestran que la incidencia de cesárea pueden ser reducido a la mitad.¹¹ la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) recomienda no mas de 15% de incidencia de cesárea.³⁴ Con un millón de mujeres teniendo cesárea cada año, esto representa que 400,000 a 500,000 de estas fueron innecesarias.

Ninguna evidencia sostiene la idea de que las cesáreas son tan seguras como el parto vaginal tanto para la madre como para el bebe. Por lo tanto existe un incremento en el riesgo del nacimiento por cesárea, la salud y el bienestar de la madre en el posparto y de su bebe.

En lo referente a la cesárea electiva, el consenso de docenas de estudios evidencian que esas cesáreas electivas tienen un mayor riesgo para la madre y no es mas seguro para el bebe.^{24,27,28} Han aparecido últimamente estudios en oposición, pero tienen defectos graves y también han sido mal representados en la prensa.¹²

La cesárea cuenta con eventos inesperados, el riesgo de ciertas complicaciones incrementa con las cirugías acumulativas.. Los estudios también muestran que con una historia de cesáreas previas, de siete a diez mujeres o más que se les permite tener labor de parto sin restricciones darán a luz por vía vaginal, tal evento permite que no sean expuestas al peligro de la cesárea.¹³

Peligros de la Cesárea para la Madre

Las mujeres corren un riesgo de 5-7 veces mayor con una cesárea en comparación con un parto vaginal.^{14,29}

Las complicaciones durante y después de la cirugía incluyen: lesión a la vejiga, útero y vasos sanguíneos (2 por 100),³⁰ hemorragia (de una a seis mujeres requieren transfusión sanguínea),³⁰ accidentes anestésicos, coágulos en miembros inferiores(6-20 por mil),³⁰ embolismo pulmonar(1-2 por mil),³⁰ intestino paralizado(10 a 20/100 ligero,1/100 severo),³⁰ e infecciones (arriba de 50 veces mas común).¹

Una de diez mujeres reportan dificultades con actividades normales dos meses después del nacimiento²³ y una de cuatro reportan dolor en el sitio de la incisión como un problema mayor.⁹ Una de cada catorce aun reportan dolor en la incisión seis meses o mas después de nacimiento de sus bebés.⁹

Hay el doble de posibilidad de ser re-hospitalizado después de una cesárea que de un parto vaginal .¹⁸

Especialmente con cesáreas no planeadas, es mas fácil que las mujeres experimenten emociones negativas. Incluyendo baja de autoestima, sensación de haber fallado, perdida de control y desconcierto. Pueden desarrollar depresión posparto o síndrome de estrés postraumático.^{9,20,25,31} Algunas madres expresan sentimientos dominantes de temor o ansiedad acerca de su cesárea hasta durante los cinco años posteriores.¹⁶

Las mujeres con cesáreas están menos dispuestas para tomar la decisión de un nuevo embarazo.¹⁶

Como es de esperarse en todas las cirugías abdominales, las zonas de cicatrización interna pueden causar dolor pélvico, dolor a las relaciones sexuales y problemas intestinales.

.Las consecuencias reproductivas comparadas con el nacimiento vaginal incluyen incremento de la infertilidad,¹⁶ perdidas fetales,¹⁵ placenta previa (placenta que cubre el orificio interno del cervix)¹⁹ desprendimiento de placenta¹⁹ y partos

prematurus.⁸ Aun en mujeres que planean una segunda cesárea, la ruptura uterina ocurre con una frecuencia de 1 por 500 a razón de 1 por 10,000 en mujeres sin cicatriz previa.²⁷

Riesgos de la Cesárea Para el Bebe

Especialmente con las cesáreas programadas, algunos bebés serán extraídos inadvertidamente en forma prematura.¹ De cualquier manera los bebés nacen impropriadamente antes del momento de estar listos y pueden presentar problemas respiratorios o alimenticios.²¹

Uno o dos bebés por cien podrán ser lesionados por el bisturí durante la cirugía.³³

Estudios comparativos entre cesáreas programadas y cesáreas por motivos no inherentes al bebé con nacimientos por vía vaginal han encontrado que un 50% de los valores de Apgar son más bajos, requieren cinco veces más frecuentemente asistencia respiratoria, y cinco veces más frecuente son admitidos a cuidados intermedios o intensivos.⁴

Los niños que han nacido de una cesárea programada pueden desarrollar cuatro veces más hipertensión pulmonar persistente, comparados con bebés nacidos vaginalmente.¹⁷ La hipertensión pulmonar persistente es una amenaza para la vida.

Es más difícil para las madres formar vínculo con el bebé.^{20,25} Puede ser que las madres son menos propensas de abrazar o amamantar al bebé o de tener habitación compartida debido a las dificultades del cuidado para el infante por el proceso de recuperación de una cirugía mayor.

Los bebés tienen menos probabilidades de ser amamantados.⁹ Las consecuencias adversas para la salud por la alimentación con fórmula son numerosas y pueden ser severas. (Ver los datos de CIMS "Breastfeeding; It's Priceless /Lactación Materna...Sin Precio)

Riesgos de las Cesáreas Repetidas

- La cesárea electiva acarrea dos veces más el riesgo de muerte materna comparado con el parto vaginal.¹⁰
- El tejido cicatrizal antiguo incrementa la posibilidad de lesión quirúrgica.
- Una mujer por cada cien con historia de más de una cesárea, podría presentar un embarazo ectópico (el implante del embrión fuera del útero).¹⁵ La hemorragia asociada al embarazo ectópico es una de las causas más frecuentes de la muerte materna en los EU.⁷
- Comparando con mujeres sin cicatriz en el útero, las mujeres van a presentar el riesgo 4 veces mayor de desarrollar una placenta previa con una cesárea anterior, siete veces el riesgo con dos o tres cesáreas previas y 45 veces mayor con el antecedente de cuatro o más cesáreas previas.³ La placenta previa incrementa más del doble las posibilidades de que el bebé fallezca e incrementa la incidencia de parto prematuro a más de seis veces.⁸

Comparado con mujeres con partos previos y sin cesáreas previas, las mujeres con una cesárea previa o más tienen tres veces más riesgo de desarrollar desprendimiento de placenta.¹⁵ Con desprendimiento de placenta, 6 de cada cien bebés podrían morir y tres de cada diez podrían nacer tempranamente.¹⁹

La diferencia de una placenta acreta (placenta que crece dentro del músculo del útero) es que brinque de una en 1,000 con una cesárea previa a 1 por 100 con más de una cesárea previa.⁵ Casi todas las mujeres con esta complicación requerirán una histerectomía, cerca de la mitad presentarán una hemorragia masiva, y cerca de 1 a 11 bebés tienen el riesgo de morir lo mismo que las madres en proporción del 1 por 14.26 La incidencia de placenta acreta se ha incrementado 10 veces en los últimos 50 años y ahora ocurre en uno de cada 2500 nacimientos.²

Es más fácil que las mujeres que tienen cesáreas electivas repetidas presenten infección y hemorragia requiriendo transfusión.^{24,27,28}

La recuperación posparto después de las cesáreas repetidas es aun mas difícil cuando se encuentran el cuidado de otro u otro hijos mayores.

Para una copia complementaria de estos datos y sus referencias u otras publicaciones de la Coalición par Mejorar los Servicios de Maternidad, por favor visite el sitio de CIMS www.motherfriendly.org o llame al: 1-888-282-CIMS

References

1. ACOG. Evaluation of Cesaraan Delivery. Washington, DC: ACOG, 2000.
2. ACOG. Placenta accreta. Committee Opinion No. 266, Jan 2002.
3. Ananth CV, Smulian JC, and Vintzileos AM. The association of placenta previa with history of cesarean delivery and abortion: a meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol* 1997;177(5):1071-8.
4. Annibale DJ et al. Comparative neonatal morbidity of abdominal and vaginal deliveries after uncomplicated pregnancies. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1995;149(8):862-7.
5. Asakura H and Myers SA More than one previous cesarean delivery: a 5-year experience with 435 patients. *Obstet Gynecol* 1995;85(6):924-9.
6. Centers for Disease Control. Achievements in public health, 1900-1999: healthier mothers and babies. *MMWR* 1999; 48(38):849-58.
7. Centers for Disease Control. National Hospital Discharge Survey of the National Center for Health Statistics, Table 1, 1990.
8. Crane JM, van den Hof MC, Dodds L, Armson SA, Liston R. Neonatal outcomes with placenta previa. *Obstet Gynecol* 1999; 93(4):541-4.
9. Declercq ER, Sakala C. Carry MP. Listening to Mothers: Report of the First National U.S. Survey of Women's Childbearing Experiences. New York: Maternity Center Association, Oct 2002.
10. Enkin M et al. A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth. 3d ed. Oxford: Oxford University Press, 2000.
11. Goer H. Cesareans: Everything you need to know. <http://www.parentsplace.com/expert/birthguru/articles/O,10335,243386-241096,00.html>
12. Goer H. "Spin-doctoring" the research. *Birth* 2003;30(2):124-9.
13. Goer H. The Thinking Woman's Guide To a Better Birth. New York: Perigee Books, 1999. P 169.
14. Hall MH. Commentary: confidential enquiry into maternal death. *Br J ObstEt Gynaecol* 1990;97:752-3.
15. Hemminki E and Marilainen J. Long-term effects of cesarean sections: ectopic pregnancies and placental problems. *Am J Obstet Gynecol* 1996;174(5):1569-74.
16. Jolly J, Walker J, and Bhabra K. Subsequent obstetric performance related to primary mode of delivery. *Br J Obstet Gynaecol* 1999; 1 06(3):227-32.
17. Levine EM et al. Mode of delivery and risk of respiratory diseases in newborns. *Obstet Gynecol* 2001 ;97(3):439-42.
18. Lydon-Rochelle M et al. Association between method of delivery and maternal rehospitalization. *JAMA* 2000;283:2411-6.
19. Lydon-Rochelle M et al.. First-birth cesarean and placental abruption or previa at second birth. *Obstet Gynecol* 2001;97(5 pt 1):765-9.
20. Lydon-Rochelle MT, Holt VL, and Martin DP. Delivery method and self-reported postpartum general health status among primiparous women. *Paediatric Perinatal Epidemiology* 2001 ;15:232-40.
21. March of Dimes. MedicaJ references: preterm birth. http://www.marchofdimes.com/printableArticles/681_1157.asp?printable--true
22. Martin JA et al. Births: preliminary data for 2001. *Nat Vital Stat Rep* 2002;50(10):1-20.
23. Miovich SM et al. Major concerns of women after cesarean delivery. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1994;23(1):53-9.
24. Mozurkewich EL and Hutton EK. Elective repeat cesarean delivery versus trlal of labor: a meta-analysis of the literature from 1989 to 1999. *Am J Obstet Gynecol* 2000;183:1187-97.
25. Mutryn C. Psychosocial impact of cesarean section on the family: a literature review. *Soc Sci Med* 1993;37(10):1271-81.
26. O'Brien JM, Barton JR, and Donaldson ES. The management of placenta percreta: conservative and operative strategies. *Am J Obstet Gynecol* 1996;175(6):1632-8.
27. Rabeth JC, Juzj C, and Grossenbacher H. Delivery after previous cesarean: a risk evaluation. Swiss Working Group of Obstetric and Gynecologic Institutions. *Obstet Gynecol* 1999;93(3):332-7.
28. Roberts RG, Bell HS, Wall EM, et al. Trial of labor or repeated cesarean section: The woman's choice. *Arch Fam Med* 1997;6:120-125.
29. Schuitemaker N et al. Maternal mortality after cesarean in The Netherlands. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997;76(4):332-4. 30. Shearer EL. Cesaran section: medical benefrts and costs. *Soc Sci Med* 1993;37(10):1223-31.
30. Shearer EL. Cesarean seccion: medical benefits and costs. *Soc Sci Med* 1993;37(10):1223-31
31. Soet JE, Brack GA, and Dilorio C. Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth* 2003;30(1):36-46.
32. U.S. Department of Health and Human Services. Rates of cesarean delivery-United States, 1991. *MMWR*

1993;42(15):285-300.

33. van Ham MA, van Dongen PW, Mulder J. Maternal consequences of caesarean section. A retrospective study of intra-operative and postoperative maternal complications of cesarean section during a 10 year period. Eur J Obstet Gynecol Reprod Bio 1997;74(1):1-6.

34. World Health Organization. Appropriate technology for birth. Lancet 1985;2(8452):436-437.

CIMS P.O. Box 2346, Ponte Vedra, FL, 32004 USA (888) 282-CIMS www.motherfriendly.org