

El aumento de las tasas de cesáreas es perjudicial para las madres y los bebés.

ICAN (www.ican-online.org) destaca los quince estudios científicos del 2006 que deberían servir para mantener a las madres lejos de los quirófanos

1. Mortalidad infantil y neonatal en cesáreas y partos vaginales en mujeres primíparas sin indicadores de riesgo. Realizado en Estados Unidos, estudio de cohortes de partos entre 1998 y 2001. (Infant and Neonatal Mortality for Primary Cesárea and Vaginal Births to Women with "No Indicated Risk," United States, 1998–2001 Birth Cohorts .MacDorman, et al., Birth: Issues in Perinatal Care; Volume 33; Page 175; September 2006)

* Diseño del estudio: Los investigadores compararon los resultados de las cesáreas frente a los partos vaginales en las mujeres que no tenían ningún factor de riesgo previo de complicaciones médicas.

* Conclusión: El riesgo de la muerte para los bebés nacidos por cesárea fue casi tres veces mayor que el de los bebés nacidos vaginalmente.

2. Complicaciones maternas asociadas a las cesáreas múltiples (Maternal Complications Associated With Multiple Cesárea Deliveries. Nisenblat, et al., Obstetrics and Gynecology; Volume 108; Page 21; 2006)

* Diseño del estudio: Los autores examinaron las consecuencias para la salud materna de tener múltiples cesáreas.

* Conclusión: Las cesáreas múltiples se asocian a una cirugía más difícil y con una mayor pérdida de sangre comparadas con una segunda cesárea programada. El riesgo de complicaciones importantes aumenta con el número de cesáreas.

3. Cesárea anterior y riesgo de placenta previa y desprendimiento de placenta (Previous Cesárea Delivery and Risks of Placenta Previa and Placental Abruption. Getahun, et al., Obstetrics and Gynecology; Volume 107, No. 4, April 2006)

* Diseño del estudio: Los autores examinaron el riesgo de placenta previa y de la abrupción (desprendimiento) placentaria en mujeres con antecedentes de cesárea. Tanto la cesárea previa como el desprendimiento son causas importantes de lesiones y muertes en el parto.

* Conclusión: Tener antecedentes de cesárea incrementa las posibilidades de que una mujer tenga placenta previa y desprendimiento de placenta, y cada cesárea adicional incrementa el riesgo aún más. Las mujeres que sólo han tenido partos vaginales o que sólo tienen una cesárea casi no tienen ese riesgo.

4. Tasas de cesáreas y resultados de los embarazos: el estudio global de la OMS sobre la salud materna y perinatal en América Latina (Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin

America. Villar, et al., The Lancet, June 3 2006; 367(9525):1819-29)

* Diseño del estudio: los autores analizaron 97,095 partos en ocho países de Latinoamérica buscando las asociaciones entre el parto por cesárea y el resultado del embarazo.

* Conclusiones: las tasas de cesáreas se asociaron positivamente con lesiones graves y muerte de las madres, incluso después de corregir los factores de riesgo, y de muerte para los bebés.

5. Riesgo de rotura uterina durante la prueba de parto en mujeres con una o varias cesáreas anteriores. (Risk of uterine rupture with a trial of labor in women with multiple and single prior cesárea delivery. Landon, et al., Obstetrics and Gynecology July 2006; 108:2-3,12-20)

* Diseño del estudio: los autores analizaron si el riesgo de rotura uterina es mayor en mujeres con varias cesáreas.

* Conclusión: el tener múltiples cesáreas no incrementa el riesgo de rotura uterina y los autores señalan que el parto vaginal después de cesárea debería ser una opción para estas mujeres.

6. PVDC versus cesárea programada electiva: evaluación de la salud materna global (Vaginal birth after caesarean section versus elective repeat caesarean section: assessment of maternal downstream health outcomes. Pare, et al., British Journal of Obstetrics and Gynecology; Volume 113; Page 75; Jan 2006)

* Diseño: los investigadores compararon las tasas de histerectomía en las mujeres que tenían un parto después de una cesárea anterior y estaban planeando tener más hijos.

* Conclusiones: una política de cesáreas electivas repetidas se asoció con una tasa acumulada mayor de histerectomías, casi el doble.

7. Prueba de parto o cesárea electiva en mujeres con obesidad mórbida y cesárea anterior (Trial of Labor or Repeat Cesárea Delivery in Women With Morbid Obesity and Previous Cesárea Delivery. Hibbard, et al., Obstetrics and Gynecology; Volume 108, Page 125, July 2006.)

* Diseño del estudio: los investigadores compararon los partos de mujeres con una cesárea anterior en relación con el índice de masa corporal materno.

* Conclusión: Las mujeres con obesidad mórbida y sus bebés tenían un riesgo mayor de lesiones cuando su hijo nace por cesárea repetida.

8. PVDC en California. Antes y después del cambio de los protocolos clínicos. (Vaginal Birth After Cesárea in California: Before and After a Change in Guidelines Zweifel, et al., Annals of Family Medicine, May/June 2006;4(3):228-234)

* Diseño del estudio: los investigadores analizaron si los protocolos más restrictivos con el PVDC elaborados por la ACOG y implementado por los profesionales y los hospitales han mejorado la salud de madres y bebés

* Conclusión: los investigadores encontraron que los protocolos más estrictos impuestos en las mujeres con una cesárea anterior y en aquellas que buscaban un PVDC no se han traducido en una mejora de salud de madres o de niños.

9. Rotura uterina y parto con una cesárea anterior inferior transversa (Uterine rupture and labor after a previous low transverse caesarean section. Turner, et al., British Journal of Obstetrics and Gynecology June 2006; 113:729–732)

* Diseño del estudio: los autores revisaron los partos de 4,021 mujeres que tenían una cesárea anterior previa y los 9 casos de rotura uterina completa que sucedieron en el parto.

* Conclusión: la prueba de parto en mujeres con una cesárea anterior transversal inferior se asocia con una alta tasa de partos vaginales (78%) y una tasa baja de rotura uterina (0,22%)

10. Variaciones geográficas en el uso adecuado del parto por cesárea (Geographic Variation in the Appropriate Use of Cesárea Delivery. Baicker, et al., Health Affairs 25 (2006): w355–w367; August 2006)

* Diseño del estudio: los autores examinan si el incremento del uso de cesáreas refleja un uso médico inadecuado de esta cirugía.

* Conclusión: los autores hallaron que las tasas de cesáreas variaban ampliamente y que las tasas altas de cesáreas solo eran parcialmente debidas a necesidad médica y estaban muy influidas por factores no médicos como el miedo a las demandas. Las tasas altas de cesáreas se correlacionan con un detrimento del valor médico para los pacientes y no significan una mejoría en absoluto de la salud de madres y niños.

11. Perfiles de riesgo materno y la tasa de cesáreas primarias en los Estados Unidos. (Maternal Risk Profiles and the Primary Cesárea Rate in the United States, 1991-2002. Declerq, et al., American Journal of Public Health; May 2006)

* Diseño del estudio: los investigadores examinaron los factores de riesgo médico de las madres y los compararon con las tasas de cesáreas.

* Conclusión: la creciente tasa de cesáreas no está siendo debida a un incremento en los factores de riesgo de las madres.

12. Fisiología del líquido fetal pulmonar: limpieza y efecto del parto. Physiology of Fetal Lung Fluid: Clearance and the Effect of Labor (Jain, et al., Seminars in Perinatology 2006)

* Diseño del estudio: Este artículo examina cómo el trabajo de parto o la carencia del mismo puede afectar la capacidad del bebé de respirar tras el parto.

* Conclusión: El trabajo de parto y el parto vaginal preparan los pulmones de un bebé para la respiración. Incluso para los bebés maduros, nacer por cesárea priva al bebé de los cambios hormonales importantes que ocurren antes de y durante el parto, y aumentan el riesgo del tener dificultades respiratorias y de muerte para el bebé.

13. Factores que influyen la composición microbiana intestinal en la infancia temprana (Factors Influencing the Composition of the Intestinal Microbiota in Early Infancy Penders, et al., Pediatrics, Volume 118, Number 2, August 2006)

- * Diseño del estudio: Los investigadores examinaron la cantidad de bacterias sanas y patológicas en los intestinos de recién nacidos y lo compararon con el tipo de parto.
- * Conclusión: Las bacterias en el intestino afectan la salud total y el sistema inmune de los bebés. Los bebés nacidos por cesárea tenían recuentos mayores de bacterias patógenas y recuentos más bajos de bacterias beneficiosas, y los bebés nacidos vaginalmente en casa tenían los recuentos más altos de bacterias sanas y recuentos más bajos de bacterias patógenas

14. Cinco años desde el ensayo de nalgas a término: la subida y la caída de un ensayo controlado seleccionado al azar. (Five years to the term breech trial: The rise and fall of a randomized controlled trial Glezerman, Obstetrics and Gynecology; Volume 194; Page 20; January 2006).

- * Diseño del estudio: El autor examina la metodología del ensayo bien conocido de nalgas a término de Hannah y cita las inconsistencias.
- * Conclusión: La mayoría de los casos de la muerte y de morbilidad neonatal en el ensayo de nalgas a término no se pueden atribuir al modo de parto. Por otra parte, el análisis del resultado después de 2 años no ha demostrado ninguna diferencia entre los partos vaginales y abdominales de los bebés de nalgas. El autor concluye que la “sabiduría convencional” de cesárea para los partos de nalgas debe ser retirada.

15. ¿El parto vaginal sigue siendo una opción en los partos de nalgas a término? Resultado de un estudio observacional prospectivo en Francia y Bélgica. (Is planned vaginal delivery for breech presentation at term still an option? Results of an observational prospective survey in France and Belgium Goffinet, et al., Obstetrics and Gynecology Volume 194, Issue 4 , April 2006, Pages 1002-1011)

- * Diseño del estudio: Los investigadores compararon resultados entre las cesáreas programadas y los partos vaginales planeados por nalgas en 8.105 mujeres en Francia y Bélgica.
- * Conclusión: De las que planearon un parto vaginal, un 71% tuvieron éxito y no hubo diferencias significativas en los resultados entre los partos vaginales y las cesáreas.