

 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS	TITULO		 Dirección Médica
	Fecha: noviembre 2019		
	Edición: 03 (versión del documento) GPC		

INDICACIONES DE CESÁREA

HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

AUTORES Dr. Adánez, Dra. Escudero, Dra Navarro, Dra Vázquez	REVISORES Servicio de Obstetricia y Ginecología	AUTORIZADO Prof Ferrer.
Fecha: 05/11/2019	Fecha: 05/11/2019	Fecha 05/11/2019

La protocolización de las indicaciones de cesáreas basadas en la evidencia incluye la distocia, riesgo de pérdida de bienestar fetal (RPBF), cicatriz uterina previa, presentación de nalgas, embarazo múltiple, enfermedad materna y macrosomía.

Distocia

Inducción de parto

La indicación de la inducción se ajustará a la aplicación de los protocolos de las diferentes patologías. Incluye una fase de maduración cervical y otra de inducción con oxitocina. La realización de la fase de maduración se realizará en función del test de Bishop, paridad y de la urgencia de la indicación de la inducción.

Fase de maduración

Se aplicará siempre que el test de Bishop no sea superior a 8 en nulíparas y 6 en multíparas.

El sistema de maduración cervical recomendado es:

Tabla 1. Métodos de maduración cervical.

Indicación	Método
Bolsa rota	Dinoprostona 24 h
Bolsa íntegra y bishop <4	Balón intrauterino con 80 ml con peso de 250 mg 24 h
Bolsa íntegra y bishop ≥4	Dinoprostona 24 h
Bolsa íntegra bishop <4 en inducciones urgentes	Posibilidad de uso combinado (balón más dinoprostona u oxitocina)
Bolsa rota	Dinoprostona 24 h
Cesárea anterior y bolsa rota	Dinoprostona 24h
Cesárea anterior, bolsa íntegra y Bishop <4	Balón intrauterino con 80 ml con peso de 250 mg 24 h y posteriormente dinoprostona 24h

Se permite el uso secuencial o combinado de sistemas de maduración en función de la indicación de la inducción.

Los ciclos de dinoprostona serán completos, es decir, si se interrumpe un ciclo por extravío del dispositivo, se administrará otro hasta cumplir las 24 horas.

En inducciones que no tengan el antecedente de cesárea anterior y hayan fracasado otros métodos de maduración, se ofrecerá el uso de misoprostol en dosis de 25 ug cada 3 horas hasta un máximo de 5 dosis.

Fase de inducción con oxitocina

No se diagnosticará el fracaso de inducción hasta alcanzar la fase activa tras un periodo de 24 horas (1B).

Pragmáticamente, se define como la incapacidad de llegar a los 5 cm tras 15-24 horas de oxitocina y Amniorrhexis (5, 6, 7, 8). A las 15 horas se individualizará y se valorará continuar hasta las 24h en función de la progresión, altura de la presentación y paridad.

Parto de inicio espontáneo.

Fase de latencia lenta.

La fase de latencia comprende el periodo de dilatación hasta los seis cm.

Durante la fase de latencia la mujer recibirá el apoyo y la analgesia que precise (no farmacológica o farmacológica). Si aun así, precisara analgesia epidural, y requiriera oxitocina se establecen los siguientes criterios¹⁸:

- Una fase de latencia lenta pero progresiva no debe ser indicación de cesárea (grado de recomendación 1B).
- Antes de los 6 cm no se deben aplicar los criterios de fase activa de parto (I,B)

La admisión en UTPR de gestantes en fase de latencia precoz por requerimiento de analgesia epidural se puede asociar a una hipodinamia secundaria. En esta situación se aplicaran los criterios de inducción.

Detención de fase activa de parto.

El diagnóstico de detención de fase activa de parto e indicación de cesárea debe reunir las siguientes condiciones (grado de recomendación 1B):

- Presencia de al menos 6 cm de dilatación.
- Rotura de membranas.
- La dilatación permanece invariable durante cuatro horas con más de 3 contracciones en diez minutos mayores de 25 mm medidos por catéter intrauterino (1-2). Se requerirá estimulación con oxitocina durante seis horas si no se obtiene un patrón contráctil superior a 250 UM (3).

Detención de segundo estadio de parto.

Se considera prolongado tras tres horas en dilatación completa en nulíparas y dos en multíparas añadiendo una hora más en partos con analgesia epidural. (4).

Tabla 2. Criterios diagnósticos de fracaso de inducción y distocia que requieren cesárea

Fracaso de inducción	
Hasta los 5 cm	15-24 horas tras admon de oxitocina y amniorexis
Detención del primer estadio de parto	
Fase de latencia prolongada	No es indicación de cesárea
<6 cm que requiere oxitocina	Manejar como inducción
Fase activa de parto (≥ 6 cm)	Dilatación permanece invariable durante 4 horas con $>$ de 250 UM. Dilatación permanece invariable con <250 UM y tras 6 horas de oxitocina
Detención del segundo estadio de parto	
Nulipara con epidural	4 h
Nulípara sin epidural	3h
Múltipara con epidural	3h
Multipara sin epidural	2h

Riesgo de pérdida de bienestar fetal.

Ante un trazado cardiotocográfico poco tranquilizador se establece la estimulación del cuero cabelludo fetal que si va seguida de aceleración de la frecuencia cardíaca indica ausencia de acidosis (9). Como prueba de referencia se establece el ph en cuero cabelludo fetal y se aplican los criterios de Zallar y Quilligan(10) a) normal; por encima 7,25; b) de alerta (7,20-7,25); precisa posteriores determinaciones habitualmente dentro de los 30 minutos siguientes. y c) riesgo de pérdida de bienestar fetal ($<7,20$). Implica la extracción inmediata del feto. Se indicará la amnioinfusión cuando existan deceleraciones variables de repetición (ver protocolo de amnioinfusión).

Cesárea anterior

Hemos adoptado los siguientes criterios de selección para intento de parto vaginal:

- Cesáreas segmentaria transversa previa,.
- Pelvis clínicamente adecuada.
- Ninguna otra cicatriz uterina con acceso a cavidad, ni rotura uterina previa.

No se consideran contraindicación la macrosomía ni la gestación gemelar, siempre que el primer gemelo

esté en presentación cefálica.

Se acepta la inducción con oxitocina y con prostaglandinas en cuello desfavorable (11).

Parto tras dos cesáreas anteriores.

Se manejan de forma individualizada, incluyendo para la elección de la vía de parto los siguientes criterios:

- Historia clínica o anamnesis negativa para cesárea clásica corporal.
- Exploración obstétrica que incluya una pelvis clínicamente capaz, el encajamiento de la cabeza fetal y condiciones cervicales.
- Se fomentará el inicio espontáneo del parto hasta la 41 semana en la cual se programará para cesárea.
- Se podrá utilizar oxitocina en régimen de cesárea previa, si se observa hipodinamia secundaria a la analgesia epidural.

Miomectomía previa

El antecedente de miomectomía previa con entrada en cavidad uterina será evaluado de forma individual, valorando fundamentalmente la longitud de la incisión, orientación y localización

Presentación de nalgas.

La modificación de este protocolo incluye los siguientes criterios de selección parto de nalgas: edad gestacional ≥ 37 semanas, peso estimado entre 2500 y 3600 gramos, pelvimetría normal, cabeza fetal no hiperextendida, nalgas puras o completas, y presencia de obstetra experimentado (12,13). El manejo del parto difiere de la presentación cefálica y se aplican los siguientes criterios:

a) primer periodo de parto: se permite el uso de oxitocina y la amniorexis. Se considera parto lento si evoluciona a < 1 cm/hora.

b) durante el segundo periodo se permite una fase pasiva de 2 horas, y una fase activa de 1,5 horas en nulíparas y 1 hora en múltiparas. (13).

Se ofrece la versión cefálica externa entre la semana 36 y 37 siguiendo las recomendaciones de la ACOG (14).

Ver protocolo de parto de nalgas

Parto múltiple.

Como norma general se recomienda el intento de parto vaginal salvo cuando:

- a. el número de fetos sea superior a dos
- b. gemelos monoamnióticos.

Si se presentan en el hospital un embarazo múltiple en fase activa de parto se valorará de manera individual, permitiéndose el parto vaginal en los casos anteriores.

Macrosomía fetal

Se indica cesárea con peso fetal estimado superior a 5000 g en mujeres no diabéticas y con peso estimado superior a 4500 g en diabéticas (15).

Causa materna

Se consideran cesárea electiva la presencia de lesión herpética genital activa intraparto, y gestantes con RNA-VIH >1000 copias/ml (16,17).

Por otro lado la comisión de Perinatología evalúa la indicación de cesárea electiva por enfermedad materna individualizando cada caso.

Placenta de inserción baja

Todas las gestantes con inserción de tejido placentario a menos de 2 cm de OCI serán consideradas como partos de riesgo y manejadas como tales.

Placenta de inserción entre 11 y 20 mm. Estas pacientes serán candidatas a intento de parto vaginal.

Placenta de inserción entre 0 y 10 mm. Se manejarán de forma individualizada, incluyendo para la elección de la vía de parto el grado de distancia al OCI, la longitud cervical, y condiciones clínicas de la paciente. Si estos criterios no son favorables, se considerará a la cesárea como vía de elección.

Bibliografía

1. ACOG Practice Bulletin Number 49, December 2003: Dystocia and augmentation of labor. Obstet Gynecol 2003; 102; 1445-54.
2. SEGO. Grupo de Trabajo de la SEGO coordinado por Foradada Morillo. Barcelona 2002. Protocolo para la Racionalización de la Tasa de Cesáreas.
3. Rouse DJ. Et al "Active phase labor arrest: oxytocin augmentation for at least four hours". Obstet Gynecol 1994;83:937-40. (I)
4. Guía de Práctica Clínica del parto normal. Ministerio de Sanidad y Política Social 2010.
5. Xenakis EM., Piper JM., Conway DL, Langer D. Induction of labor in nineties: conquering the unfavorable cervix. Obstet Gynecol 1997; 90; 235-239.
6. Rouse, DJ; Owen, J; Hauth, JC. Criteria for Failed Induction: Prospective Evaluation of a Standardized Protocol. Obstet Gynecol 2000; 96; 671-677.
7. Grobman WA, Bailit J, Lai Y, et al. Defining failed induction of labor. Am J Obstet Gynecol 2018;218:122.e1-8
8. Lin,MG; Rouse, DJ. What is failed labor induction?. Clin Obstet Gynecol. 2006 Sept, 49 (3): 285-593.
9. Clark SL, Gimovsky ML,Miller FC: The scalp stimulation test: a clinical alternative to fetal scalp blood sampling. Am J Obstet Gynecol; 1984; 148 (3): 274-7
10. Zalar,RW; Quilligan,EJ. The influence of scalp sampling on the caesarean section rate for fetal distress. In: Intrapartum assessment. 19th ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1993, p. 411.
11. SEGO "Parto vaginal tras cesárea" Protocolos asistenciales 2010

12. ACOG. Mode of Term Singleton Breech Delivery. ACOG Committee Opinion No. 265. Obstet Gynecol 2001; 98; 1189-1190.
13. Alarab M, Regan C, O'Connell MP, Keane DP, O'Herlihy C, Foley ME. Singleton vaginal breech delivery at term: still a safe option. Obstet Gynecol, 2004 Mar; 103(3):407-12.
14. ACOG. External Cephalic Version. ACOG Practice Bulletin No 13; Obstet Gynecol 2000;
15. ACOG. Fetal macrosomia. ACOG Practice Bulletin. N 22. Obstet Gynecol 2000, vol 96, No 5
16. Roberts SW "No lesions no cesarean" Obstet Gynecol 1995;85:261
17. ACOG "Scheduld cesarean delivery and prevention of vertical transmission of HIV infection. Number 234, May 2000.
18. ACOG SMFS, Obstetrics care consensus. Safe Prevention of the Primary Cesarean Delivery. OBSTETRICS & GYNECOLOGY VOL. 123, NO. 3, MARCH 2014. P.693