

Conferencias

Medwave. Año X, No. 7, Julio 2010. Creative Commons, Open Access.

Cesárea electiva y parto vaginal después de una cesárea: guías clínicas

Expositor: Iván Rojas⁽¹⁾

Filiación:

⁽¹⁾Servicio de Obstetricia, Ginecología y Neonatología, Clínica Santa María, Santiago, Chile

doi: 10.5867/medwave.2010.07.4618

Ficha del Artículo

Citación: Rojas I. Cesárea electiva y parto vaginal después de una cesárea: guías clínicas. *Medwave* 2010 Jul;10(7). doi: 10.5867/medwave.2010.07.4618

Fecha de publicación: 1/7/2010

Resumen

Este texto completo es una transcripción editada de una conferencia dictada en el Curso Tópicos de Actualidad, Programa Educación Médica Continua 2009, organizado por los Departamentos de Ginecología y Obstetricia de las clínicas Santa María y Dávila. El curso se realizó los días 15 y 16 de agosto de 2009.

Categorías de la evidencia y grados de recomendación

Al abordar una guía clínica, es necesario repasar la categorización de la evidencia de la literatura que respalda una determinada recomendación. La categoría de la evidencia es entonces:

- Tipo I: evidencia proviene de metaanálisis de estudios aleatorios controlados o al menos un estudio aleatorio controlado.
- Tipo II: la evidencia proviene de al menos un estudio controlado no aleatorio (IIA), o al menos uno de tipo casi experimental (IIB).
- Tipo III: la evidencia proviene de estudios descriptivos no experimentales, tales como estudios comparativos, de correlación y estudios de casos y controles.
- Tipo IV: la evidencia de informes de comités de expertos, u opiniones y/o experiencia clínica de autoridades reconocidas.

El definir un trabajo de investigación como un protocolo aleatorio y controlado permite asegurar que el rango de error de esa conclusión es el menor posible; y en la medida que el trabajo pierda estas características existe un mayor riesgo de que la conclusión sea incorrecta. Mientras se aumenta en el número de categorías de evidencia provoca que una determinada recomendación sea menos definitiva y confiable.

Cuando la evidencia es categorizada de acuerdo a la metodología de trabajo que se use como referencia, se pueden emitir grados de recomendación, es decir, la fuerza con que se realiza una determinada

recomendación. Los grados de recomendación establecidos son:

A: evidencia de categoría I.

B: evidencia de categoría II, o recomendaciones extrapoladas de la evidencia categoría I.

C: evidencia de categoría III, o recomendaciones extrapoladas de evidencia categoría II.

D: evidencia de categoría IV o recomendaciones extrapoladas de evidencia categoría III.

GPP: la visión del grupo que confecciona la guía.

En consecuencia la recomendación que se define como una categoría A, establece que la recomendación se realice fuertemente, porque está respaldada por una metodología controlada y aleatoria cuya conclusión es muy poco probable que sea errónea y no existe otro mejor elemento que se entregue. En tanto, la recomendación de categoría D, se refiere a información que la literatura se recomienda, pero es susceptible de discusión, puesto que no existe respaldo suficiente.

Efectos de la cesárea comparados con el parto vaginal

El dolor perineal disminuye con la cesárea, lo cual es evidente y tiene una muy buena evidencia (riesgo relativo [RR] 0,3); en cambio, el dolor abdominal aumenta con la cesárea, lo que también es evidente, el cual posee un RR mayor (1,9). Con la cesárea además aumentan el daño vesical (RR: 36,6 y evidencia IB), el daño ureteral (RR: 25,2 y evidencia III); y la necesidad de otra cirugía (RR: 17,5 y evidencia IIB). Aún más, aumenta con la cesárea la posibilidad de histerectomía (RR: 95,5 y evidencia IIB); la

posibilidad de ingresar a la unidad de tratamientos intensivos (UTI) (RR: 9,0 y evidencia III), pero la evidencia en este punto no es categórica, porque las pacientes son ingresadas a UTI por una razón ajena y posterior a la cesárea, pues eran portadoras de síndrome *HELLP*. La enfermedad tromboembólica también aumenta con la cesárea (RR: 3,8 y evidencia IIB), al igual que la estadía hospitalaria y el reingreso a hospitalización (RR: 2,5 y evidencia IIB), y finalmente, asimismo ocurre con la muerte materna (RR: 4,9 y evidencia III). No obstante, no existen diferencias entre la cesárea y el parto en cuanto a desarrollo de hemorragias (RR: 0,8 y evidencia IA), desarrollo de infecciones (RR: 1,3 y evidencia IA), aunque sí para la gravedad de esta; ni para daño del tracto genital (RR: 1,2 y evidencia IA). (Tablas 1A, B y C).

A largo plazo, disminuyen con la cesárea la incontinencia urinaria (RR: 0,6 y evidencia IB), aunque el tiempo de evaluación son tres meses; y el prolapso, pero con una evidencia cuya recomendación es pobre y categoría discutible (RR: 0,6 y evidencia III). En contraposición, a largo plazo no existe diferencia en incontinencia fecal (RR: 0,5 y evidencia IB), en dolor lumbar (RR: 0,9 y evidencia IB), en la depresión postparto (RR: 0,9 y evidencia IB) ni en términos de dispareunia (RR: 0,9 y evidencia III) (Tablas 2A y B).

Se han observado implicancias para futuros embarazos con la cesárea, pues se ha encontrado que tras esta última aumentan la negativa a procrear más por parte de las mujeres (RR: 1,5 y evidencia IIB); el riesgo de placenta previa (RR: 1,6 y evidencia IIB); el riesgo de rotura uterina (RR: 42,2 y evidencia IIB); el riesgo de mortinato (RR: 1,6 y evidencia IIB), aseveración que se debe revisar, ya que muchas veces ocurre que los mortinatos son extraídos por cesárea; y la morbilidad respiratoria del recién nacido, la cual es habitualmente un distrés transitorio (RR: 6,8 y evidencia III) (Tabla 3).

Desde el punto de vista del recién nacido, no se producen diferencias respecto a mortalidad neonatal (RR: 1,1 y evidencia IIB), hemorragia intracraneana (RR: 1,4 y evidencia IIB), daño del plexo braquial (RR: 0,5 y evidencia III) ni en la parálisis cerebral.

Clasificación de cesárea según urgencia

Las cesáreas se clasifican en los siguientes grupos: **cesáreas de riesgo inmediato para la vida de la madre y/o del feto**, en donde el existe un doppler alterado con retraso del crecimiento en que se produce un desprendimiento placentario; **cesáreas con compromiso materno y/o fetal sin riesgo vital inmediato**, lo cual es característico de un doppler gravemente alterado en un retardo, en donde el feto se debe extraer en forma rápida, pero no se está frente a una emergencia, por lo que hay tiempo para la organización; **cesáreas sin compromiso materno y/o fetal, con necesidad de interrupción del embarazo**, en cuyo caso se cuenta con dos o tres días de plazo para realizar una cesárea; y los **partos según horario de interés del clínico o de la paciente**.

Cesárea electiva

Se refiere a la cesárea programada antes del inicio del trabajo de parto con una indicación clínica específica, cuyas indicaciones son:

Presentación podálica: se debe realizar versión externa a los embarazos únicos en podálica a las 36 semanas, a excepción de mujeres en trabajo de parto; portadoras de cicatriz o malformaciones uterinas; cuando existe algún compromiso de la unidad feto placentaria; membranas rotas o sangrado vaginal. Solo se procede a cesárea a las mujeres con embarazo único de término en podálica, en que la maniobra de versión externa este contraindicada o haya fallado, ya que esto reducirá la mortalidad perinatal y la morbilidad neonatal (recomendación A). No obstante, la presentación podálica es por sí sola una indicación de cesárea a las 38 semanas o más, por los riesgos que conlleva el practicar una versión externa.

Embarazo múltiple: en los embarazos gemelares no complicados a término, con el primer gemelo en posición cefálica, la morbilidad y mortalidad perinatal del segundo siempre está aumentada; sin embargo, la cesárea no ha demostrado mejorar el resultado para el segundo gemelo (recomendación C).

Cuando el primer gemelo no está en posición podálica, el efecto de la cesárea en mejorar el resultado es incierto, pero la cesárea electiva es la práctica habitual; sin embargo, se aceptará una interrupción electiva por cesárea con el primer gemelo en posición podálica (recomendación GPP).

La interrupción por cesárea electiva para los embarazos gemelares no complicados, se debe programar a las 38 semanas o más, ya que previo a este límite de tiempo existe un aumento de problemas respiratorios neonatales (recomendación B).

Embarazo de pretérmino: el parto de pretérmino está asociado a mayor morbilidad y mortalidad neonatal; no obstante, el impacto de la cesárea en mejorar estos resultados NO está demostrado. La cesárea electiva no debe ser un criterio de rutina, excepto en estudios de investigación clínicos (recomendación C).

Pequeños para la edad gestacional: preexiste un mayor riesgo en morbilidad y mortalidad en los recién nacidos pequeños para la edad gestacional; pero la cesárea no ha demostrado mejorar los resultados en el retardo del crecimiento y, por ende, no se debe realizar una cesárea de rutina si no está en el contexto de protocolos de investigación clínica que ayuden a responder la interrogante (recomendación C).

Placenta previa: mujeres con placenta previa parcial o total (grados 3 o 4) deben proceder a cesárea (recomendación D).

Desproporción cefalopelviana: es causa de cesárea electiva en aproximadamente el 20% de las mujeres

sometidas a cesárea en la clínica Santa María durante el año 2008. La pelvimetría no es útil para predecir una futura falla del progreso del trabajo de parto, por lo tanto, no es indicación de cesárea (recomendación A). Además, la estatura materna o la estimación del peso fetal, ya sea por clínica y/o con ecografías, no son buenos elementos predictores de desproporción cefalopelviana (recomendación B).

Transmisión de infecciones: toda mujer VIH positivo, con baja o alta carga viral, debe ser sometida a cesárea en forma electiva, pues así se reduce el riesgo de transmisión de la madre al hijo (recomendación A).

Las pacientes portadoras de hepatitis B no se someten a cesárea, puesto que la transmisión de la hepatitis se reduce si el recién nacido recibe inmunoglobulinas y vacuna, en cuyo caso la indicación de cesárea no tiene evidencia que demuestre un aporte en la disminución del riesgo de transmisión (recomendación B). En las mujeres infectadas con hepatitis C la cesárea no ha demostrado disminuir el riesgo de transmisión desde la madre al hijo (recomendación C). Las mujeres infectadas con hepatitis C y VIH tienen que ser intervenidas por cesárea, ya que disminuye el riesgo de transmisión de ambas infecciones (recomendación C).

En la mujer con una infección primaria por herpes simple en el tercer trimestre (primoinfección), se recomienda la cesárea por el riesgo de encefalitis (recomendación C). En la mujer con infección recurrente en el momento del parto, es discutible la cesárea, pues no existe evidencia en la disminución del riesgo de infección del recién nacido (recomendación C).

Cesárea por solicitud materna: la solicitud materna por sí sola no es una indicación de cesárea, en cuyo caso se deben registrar y discutir las indicaciones específicas (recomendación GPP). Frente a una solicitud materna de cesárea sin una razón identificada claramente, debe existir un consentimiento informado al respecto de riesgos y beneficios de la cesárea (recomendación GPP).

Cuando la solicitud de cesárea es por temor al parto vaginal, la mujer se deriva a terapia cognitiva conductual, con el objetivo de reducir el temor al dolor y acortar el trabajo de parto (recomendación A). Si la mujer insiste en su petición, el médico tiene el derecho a dar su negativa a la solicitud y derivar a la paciente a otra opinión (recomendación GPP).

Parto vaginal después de una cesárea

Prueba de trabajo de parto (PTP) versus cesárea electiva tras cesárea. El éxito de una PTP es de 50 a 85% de los casos.

En una revisión de 3.249 mujeres en PTP y 2.889 en cesáreas electivas, durante 1986 a 1992, se demostró que el riesgo de complicaciones graves (histerectomía, rotura uterina y daño visceral) se desarrollaron en menor proporción en una cesárea electiva que en PTP (0,8%

versus 1,6%, respectivamente). Las complicaciones menores (síndrome febril, infección de herida y transfusiones) fueron también comparables, por lo que al contrastar a aquellas que tuvieron parto vaginal con las que requirieron cesárea de urgencia, el riesgo fue mayor en las PTP fracasadas para el daño quirúrgico (3% contra 0,1%) y para el síndrome febril (8% versus 3,5 %) (1).

Un segundo estudio demostró que se produce un mayor número de complicaciones en las PTP fracasadas (2); mientras que otra revisión de 16.938 casos, informó que la cesárea previa está asociada a mayor riesgo de embarazo ectópico (RR: 1,28), de placenta previa (RR: 3,89) y de desprendimiento placentario (RR: 2,41) (3).

En 1999, tras una revisión de 17.613 casos de PTP y 11.433 casos de cesárea electiva. El riesgo relativo de histerectomía (RR: 0,36), fiebre (RR: 0,65) o tromboembolismo (0,52) fue menor en el grupo de PTP que en el de cesárea (4); lo que quiere decir que existe menos hemorragia y menor tiempo de hospitalización en las mujeres con parto después de una cesárea.

Por último, se lleva a cabo un metaanálisis de la literatura entre 1989 a 1999, que define que el riesgo de mortalidad perinatal global esta aumentado en las mujeres sometidas a PTP (Odds Ratio: 1,71) fundamentalmente asociado a la rotura uterina; mientras que el riesgo de problemas respiratorios en el recién nacido esta aumentado en la cesárea electiva en comparación al parto (6% versus 3% respectivamente) (5).

Contraindicaciones de prueba de trabajo de parto

No se debe realizar PTP a las pacientes con cicatrices corporales, con antecedentes de histerotomía o miomectomía que hayan comprometido la cavidad endometrial, a las pacientes con antecedente de una rotura uterina previa, que tengan placenta previa o una distocia de presentación, y la mujer que rechaza la PTP, aunque este último punto es conversable.

Monitorización de la prueba de trabajo de parto

Respecto a la monitorización materna, es necesario efectuar un control frecuente de la progresión del trabajo de parto, pues el trabajo de parto prolongado está asociado con mayor riesgo de rotura uterina, y no está contraindicada la anestesia de conducción. En este caso el monitoreo fetal se recomienda como continuo, porque el primer signo sugerente de rotura uterina es un trazado electrónico no reactivo, el cual es de inicio brusco. La exploración digital de rutina de la histerografía no es necesaria, salvo cuando hay fuerte sospecha de rotura (6).

Rotura uterina. Complicación infrecuente, asociada con una significativa morbilidad y mortalidad perinatal. El signo más frecuente y precoz de alerta es monitoreo fetal no reactivo. Otros signos clínicos más tardíos son el cese de las contracciones, el ascenso de la presentación, el dolor abdominal, el sangrado vaginal, hematuria y la inestabilidad hemodinámica materna.

En mujeres con PTP con una cicatriz segmentaria transversa, el riesgo de rotura uterina es entre 0,2 a 1,5%; el cual disminuye con cada parto posterior (7).

Aceleración oxitócica y PTP. Flamm demostró que no hubo mayor riesgo de rotura ni de morbilidad materna o perinatal con el uso aceleración oxitócica (8); Zelop por su parte encontró que, cuando se emplea oxitocina para acelerar, no existe mayor riesgo (9). Goetzl por su parte, evidenció que no hay asociación significativa (10); por ende, las mujeres en trabajo de parto con una cicatriz previa pueden utilizar tranquilamente oxitocina.

Inducción. Revasia, en su trabajo, demuestra que el riesgo de rotura no aumentó cuando la inducción fue con amniotomía u oxitocina; en cambio, este aumentó significativamente cuando la inducción fue con prostaglandina E (11). Así entonces, se puede inducir y acelerar con oxitocina, pero no con prostaglandina. Sin embargo, en paralelo, un metaanálisis rectifica que la inducción con prostaglandina E2 es efectiva y o tiene mayor riesgo de rotura. (12).

En el 2001, 20.095 casos fueron revisados, en donde la incidencia de rotura en cesárea electiva es de 0,16 %, en la inducción con oxitocina es de 0,77 % y en la inducción con prostaglandina es de 2,45 % (13). Otro trabajo estudió a 3.746 mujeres, que demostró que la inducción está asociada con un mayor riesgo de sangrado postparto (OR: 1,46) y a un mayor riesgo de cesárea (OR: 1,84), pero hubo una tendencia no significativa a un mayor riesgo de rotura (14).

En definitiva, la literatura disponible no es concluyente. Mientras no existan estudios aleatorios, el misoprostol no se debe utilizar.

Macrosomía. La probabilidad de parto vaginal en macrosomía (feto mayor a 4.000 grs) varía de un estudio a otro. Así por ejemplo, Phelan describe 67% de posibilidad de parto vaginal (15); por su parte, Flamm refiere 58 % (16); mientras que Zelop indica 60% de parto vaginal sobre los cuatro kilogramos en cicatriz previa (17).

La posibilidad de parto vaginal tras una cesárea disminuye a medida que aumenta el peso fetal, pero a la luz de la evidencia, más de la mitad logra un parto sobre los cuatro kilogramos (18).

Embarazo múltiple y parto vaginal. Se afirma que la prueba de trabajo de parto es factible, con un éxito que fluctúa entre 69 y 84%; por lo que no habría aumento en la morbilidad y mortalidad materna, pero se requieren mayores estudios, ya que los estudios que avalan tal información se limitan a unos pocos casos (232 pacientes).

Postdatismo. De los datos obtenidos de ciertos estudios, resultó que el parto vaginal tras una cesárea, después de las 40 semanas, ocurrió en 65 a 73% de los casos;

además de no existir diferencias significativas en términos de rotura uterina, ya sea en trabajo de parto espontáneo (1,0 versus 0,5%) o inducido (2,6 versus 2,1%).

Intervalo entre partos. Los datos demuestran que no se debe someter a una mujer a parto vaginal hasta un año y medio después de su cesárea anterior. Esposito refiere un aumento de riesgo de rotura uterina si el periodo interpartos es menor a 15 meses (19); por su parte, Shipp describe 2,25% de rotura uterina antes de los 18 meses versus el 1,05% que se produce después del mismo periodo interparto (20); mientras que Bujold expone que, a los 12 meses, el riesgo de rotura es de 4,8 %, entre 12 y 24 meses es de 2,7 %, y entre los 25 a 36 meses y más el riesgo disminuye hasta 0,9% (21). Por lo tanto, se debe pensar en parto siempre y cuando la mujer tenga a lo menos un año y medio entre cesárea y su eventual parto.

Recomendaciones según evidencia

- Sin existir contraindicaciones clásicas, una mujer con una cesárea segmentaria se puede someter a PTP (IIB).
- La atención debe ser en un centro que permita una cesárea inmediata (IIA).
- Se recomienda el monitoreo electrónico continuo durante el trabajo de parto (IIA).
- La aceleración oxitócica no está contraindicada en las mujeres sometidas a PTP (IIA).
- La inducción con oxitocina puede estar asociada con mayor riesgo de rotura uterina y debe ser utilizada con previo consentimiento (IIB).
- La prostaglandina E1 (misoprostol) no se debe usar por riesgo de rotura uterina (IIA).
- Los datos disponibles sugieren que una mujer con más de una cesárea previa puede tener una PTP exitosa, pero está asociado con un riesgo mayor de rotura uterina (IIB).
- El embarazo múltiple, la diabetes mellitus, la sospecha de macrosomía y el postdatismo no son contraindicaciones para PTP (IIB).
- El parto antes de los 18 a 24 meses tiene mayor riesgo de rotura uterina (IIB).
- No se justifica una cesárea electiva por cicatrices anteriores antes del término del embarazo (40 semanas) (IIB).

Referencias

1. McMahon MJ, Luther ER, Bowes WA Jr, Olshan AF. Comparison of a trial of labor with an elective second cesarean section. *N Engl J Med* 1996;335(10):689-95. [↑ | CrossRef | PubMed |](#)
2. Hibbard JU, Ismail MA, Wang Y, Te C, Karrison T, Ismail MA. Failed vaginal birth after a cesarean section: how risky is it? I. Maternal morbidity. *Am J Obstet Gynecol* 2001;184(7):1365-71; discussion 1371-3. [↑ | CrossRef | PubMed |](#)
3. Hemminki E, Meriläinen J. Long-term effects of cesarean sections: ectopic pregnancies and placental problems. *Am J Obstet Gynecol* 1996;174(5):1569-74. [↑ | CrossRef | PubMed |](#)

4. Rageth JC, Juzi C, Grossenbacher H. Delivery after previous cesarean: a risk evaluation. Swiss Working Group of Obstetric and Gynecologic Institutions. *Obstet Gynecol* 1999;93(3):332-7. [↑ | CrossRef | PubMed |](#)
5. Mozurkewich EL, Hutton EK. Elective repeat cesarean delivery versus trial of labor: a meta-analysis of the literature from 1989 to 1999. *Am J Obstet Gynecol* 2000;183(5):1187-97. [↑ | CrossRef | PubMed |](#)
6. Kaplan B, Royburt M, Peled Y, Hirsch M, Hod M, Ovadia Y, et al. Routine revision of uterine scar after prior cesarean section. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1994;73(6):473-5. [↑ | CrossRef | PubMed |](#)
7. Shimonovitz S, Botosneano A, Hochner-Celnikier D. Successful first vaginal birth after Cesarean section: a predictor of reduced risk for uterine rupture in subsequent deliveries. *Indian Med Assoc J* 2000;2:526-8. [↑](#)
8. Flamm BL, Goings JR, Fuelberth NJ, Fischermann E, Jones C, Hersh E. Oxytocin during labor after previous cesarean section: results of a multicenter study. *Obstet Gynecol*. 1987;70(5):709-12. [↑ | PubMed |](#)
9. Zelop CM, Shipp TD, Repke JT, Cohen A, Caughey AB, Lieberman E. Uterine rupture during induced or augmented labor in gravid women with one prior cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* 1999;181(4):882-6. [↑ | CrossRef | PubMed |](#)
10. Goetzl L, Shipp TD, Cohen A, Zelop CM, Repke JT, Lieberman E. Oxytocin dose and the risk of uterine rupture in trial of labor after cesarean. *Obstet Gynecol* 2001;97(3):381-4. [↑ | CrossRef | PubMed |](#)
11. Ravasia DJ, Wood SL, Pollard JK. Uterine rupture during induced trial of labor among women with previous cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 183(5):1176-9. [↑ | CrossRef | PubMed |](#)
12. Sanchez-Ramos L, Kaunitz AM. Misoprostol for cervical ripening and labor induction: a systematic review of the literature. *Clin Obstet Gynecol* 2000;43(3):475-88. [↑ | CrossRef | PubMed |](#)
13. Lydon-Rochelle M, Holt VL, Easterling TR, Martin DP. Risk of uterine rupture during labor among women with a prior cesarean delivery. *N Engl J Med* 2001;345(1):3-8. [↑ | CrossRef | PubMed |](#)
14. Delaney T, Young DC. Spontaneous versus induced labor after a previous cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2003;102(1):39-44. [↑ | CrossRef | PubMed |](#)
15. Phelan JP, Eglinton GS, Horenstein JM, Clark SL, Yeh S. Previous cesarean birth. Trial of labor in women with macrosomic infants. *J Reprod Med* 1984;29(1):36-40. [↑ | PubMed |](#)
16. Flamm BL, Goings JR. Vaginal birth after cesarean section: is suspected fetal macrosomia a contraindication? *Obstet Gynecol* 1989;74(5):694-7. [↑ | PubMed |](#)
17. Zelop CM, Shipp TD, Repke JT, Cohen A, Lieberman E. Outcomes of trial of labor following previous cesarean delivery among women with fetuses weighing >4000 g. *Am J Obstet Gynecol* 2001;185(4):903-5. [↑ | CrossRef | PubMed |](#)
18. Elkousy MA, Sammel M, Stevens E, Peipert JF, Macones G. The effect of birth weight on vaginal birth after cesarean delivery success rates. *Am J Obstet Gynecol* 2003;188(3):824-30. [↑ | CrossRef | PubMed |](#)
19. Esposito MA, Menihan CA, Malee MP. Association of interpregnancy interval with uterine scar failure in labor: a case-control study. *Am J Obstet Gynecol* 2000;183(5):1180-3. [↑ | CrossRef | PubMed |](#)
20. Shipp TD, Zelop CM, Repke JT, Cohen A, Lieberman E. Interdelivery interval and risk of symptomatic uterine rupture. *Obstet Gynecol* 2001;97(2):175-7. [↑ | CrossRef | PubMed |](#)
21. Bujold E, Mehta SH, Bujold C, Gauthier RJ. Interdelivery interval and uterine rupture. *Am J Obstet Gynecol* 2002;187(5):1199-202. [↑ | CrossRef | PubMed |](#)

Tablas y figuras


	Riesgo absoluto		RR (IC 95%)	Evidencia
	C	PV	C vs. PV	
 con la cesárea				
Dolor perineal	2%	5%	0.3 (0.2, 0.6)	Ib
 con la cesárea				
Dolor abdominal	9%	5%	1.9 (1.3, 2.8)	Ib
Daño vesical	0.1%	0.003%	36.6 (10.4, 128)	III
Daño ureteral	0.03%	0.001%	25.2 (2.6, 243)	III
Necesidad de otra cirugía	0.5%	0.03%	17.5 (9.4, 32.1)	IIb

Tabla 1A. Variables que aumentan con cesárea a corto plazo.


	Riesgo absoluto		RR (IC 95%)	Evidencia
	C	PV	C vs. PV	
 con la cesárea				
Histerectomía	0.8%	0.01%	95.5	IIb
Ingreso a UTI	0.9%	0.1%	9.0	III
Enfermedad Tromboembólica	Riesgo global	0.04 – 0.06%	3.8	IIb
Estadía	3 – 4 d	1 – 2 d		Ib
Reingreso	5.3%	2.2%	2.5	IIb
Muerte materna	8.2 x 100000	1.6 x 100000	4.9	III

Tabla 1B. Variables que aumentan con cesárea a corto plazo.

	Riesgo absoluto		RR (IC 95%)	Evidencia
	C	PV	C vs. PV	
Sin diferencias				
Hemorragia	0.5%	0.7%	0.8	Ia
Infección	6.4%	4.9%	1.3	Ia
Daño del t. genital	0.6%	0.8%	1.2	Ia

Tabla 1C. Variables sin diferencias a corto plazo.

	Riesgo absoluto		RR (IC 95%)	Evidencia
	C	PV	C vs. PV	
Efectos a largo plazo				
↓ con la cesárea				
I. de orina (3 meses)	4.5%	7.3%	0.6	Ib
Prolapso	Prevalencia global	5%	0.6	III

Tabla 2A. Disminución de variables a largo plazo tras cesárea.

	Riesgo absoluto		RR (IC 95%)	Evidencia
	C	PV	C vs. PV	
Efectos a largo plazo				
Sin diferencias				
In. Fecal	0.8%	1.5%	0.5	Ib
Dolor lumbar	11.3%	12.2%	0.9	Ib
Depresión post parto	10.1%	10.8%	0.9	Ib
Dispareunia	17.0%	18.1%	0.9	Ib

Tabla 2B. Variables sin diferencias a largo plazo tras cesárea.

	Riesgo absoluto		RR (IC 95%)	Evidencia
	C	PV	C vs. PV	
Implicancias para futuros embarazos				
↑ con la cesárea				
No desea mas hijos	42%	29%	1.5	IIb
Placenta previa	0.7%	0.2%	1.6	IIb
Rotura uterina	0.4%	0.01%	42.2	IIb
Mortinato	0.4%	0.2%	1.6	IIb
Riesgo absoluto				
RR (IC 95%)				
	C	PV	C vs. PV	Evidencia
↑ con la cesárea				
Morbilidad respiratoria	3.5%	0.5%	6.8	III

Tabla 3. Implicancia en embarazos futuros por cesárea.



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.