

NACERLATINOAMERICANO
www.nacerlatinoamericano.org
www.nacerlatinoamericano.com

Pregunta: cesárea en el pretérmino y muy bajo peso.

CESAREA en la PREMATUREZ – Actualización junio 2008

INTRODUCCION

A pesar de la importante morbilidad y mortalidad del neonato de pretérmino, la mejor forma de nacer es aún incierta (1,2). No sólo incide el peso y la edad gestacional del feto, su estado de salud y vitalidad sino que muchas veces se presentan complicaciones obstétricas como ser la presentación podálica, la gestación múltiple u otras alteraciones del embarazo que dificultan la decisión sobre la mejor manera de ayudar al nacimiento. La cesárea en ciertos casos ha sido propuesta para reducir el daño (3); sin embargo en niños muy pequeños puede ser dificultosa y riesgosa (4). Pocos estudios clínicos randomizados y con pequeño número de casos, no han sido suficientes para dilucidar el interrogante. En 1995 (5) se encontró que las cesáreas en embarazos de menos de 36 semanas fue más del 11%.

INDICACIONES de la CESAREA

Un estudio de Schneider (6) define algunas conductas a tomar en las madres y recién nacidos de prematuros extremos, frente a sintomatología de una amenaza de parto. Después de las 22 semanas la madre debe ser internada en un centro de alta complejidad y al comenzar la 24 semana se debe administrar corticoides.

Entre las 24 y 25 semanas la sobrevivida es alrededor del 50% en centros de alta complejidad, pero los sobrevivientes son susceptibles de frecuentes y severas discapacidades. La cesárea podría estar indicada por deterioro de la salud fetal, pero los deseos de los padres juegan un fuerte rol en la decisión.

Más allá de las 25 semanas, la salud fetal pasa a ser prioritaria y el modo de nacimiento varía para cada caso individual. Si el parto comienza espontáneamente, la presentación es cefálica y hay una rápida dilatación del cuello uterino, se debe intentar el parto vaginal. Si el feto muestra signos de deterioro o hay complicaciones, la cesárea de emergencia es la indicación. Cuando la presentación es podálica o se trata de fetos múltiples, en general está indicada la cesárea, haya comenzado o no el trabajo de parto.

Otro estudio (7) analiza la morbi-mortalidad en embarazos de pretérmino y de bajo peso y evalúa los resultados, según el nacimiento haya sido por vía vaginal o abdominal. Se encontró que en fetos de menos de 1.500 g, con presentación cefálica no hubo diferencias en cuanto a mortalidad neonatal en nacimientos por vía vaginal o cesárea; en cambio si la presentación

Este documento es un instrumento de información, que no reemplaza al personal médico en el cuidado de la salud y no es responsable directa ni indirectamente del posible daño causado a terceros.

fuese podálica la cesárea tiene menos riesgo de hemorragia cerebral, menos acidemia y menos necesidad de intubación endotraqueal en los recién nacidos.

MODO DE NACIMIENTO y sus RESULTADOS

Un estudio clínico randomizado (8) analiza los resultados según la cesárea sea *ELECTIVA* (con intención de parto abdominal) y/o *SELECTIVA* (intención de parto vaginal). Se observa que en el grupo de Cesárea Electiva, disminuye la frecuencia de resultados adversos neonatales, pero incrementa la morbilidad materna severa. No es claro si la importancia del incremento del riesgo materno se compensa con los beneficios de los resultados feto-neonatales.

La revisión sistemática realizada por Lumley (9) incluyó 6 estudios clínicos randomizados que incluyeron 122 mujeres. Su objetivo fue evaluar, los resultados de la Cesárea Electiva versus el Manejo Expectante en niños muy pequeños. Los nacidos por Cesárea Electiva tuvieron menos dificultad respiratoria, menos convulsiones neonatales y menos mortalidad perinatal. Sin embargo, hubo mayor morbilidad materna severa. A pesar de ello, no hay evidencia para recomendar uno u otro procedimiento, pero a pesar de ello, en los prematuros muy pequeños la Cesárea Electiva ha sido el procedimiento más utilizado en los últimos 20 años. Nuevos estudios son necesarios para respaldar o no esa conducta.

Durante 6 años se recogió información sobre nacidos vivos entre 24 y 28 semanas de gestación (10). El Objetivo fue determinar la asociación entre el modo al nacer, mortalidad hospitalaria y morbi-mortalidad durante los primeros 2 años de vida. Sobrevivieron durante la internación 58,8% de los niños (172 de 326). Los factores asociados con la sobrevivida fueron el incremento de la edad gestacional, la ausencia de hipertensión materna, feto único y la administración de corticoides.

La sobrevivida en casos de nacidos por cesárea fue de 62,7% (32/51) y la de los nacidos por parto vaginal 50,9% (140/275), pero las diferencias no fueron significativas. A pesar de ello, los sobrevivientes nacidos por cesáreas requerían más frecuentemente ventilación mecánica, pero menos frecuente fue la hemorragia cerebrovascular. De los 172 sobrevivientes del hospital, 5 fallecieron en el domicilio y en el corto plazo se diagnosticaron 18 (11,1%) Parálisis Cerebrales y 2 sorderas. A los 2 años de vida se evaluaron 111 niños; de ellos 15 (13%) tenían discapacidades mayores, en 26 (23%) había sospecha de discapacidad y en 70 (63%) no tenían ningún tipo de discapacidad. No hubo asociación entre la forma de nacer y la frecuencia de discapacidad. Una pequeña evidencia en cuanto a morbi-mortalidad hubo a favor de los nacidos por cesárea en niños en el límite de la viabilidad, pero ello no es suficiente para recomendarla.

Una publicación reciente (11) tuvo como objetivo determinar si los nacidos por cesárea de niños de menos de 1.250g, tenían mejor desarrollo neurológico a los 2 años de edad. Fueron identificados 411 niños de los cuales 59 nacieron muertos, 14 fallecieron en sala de parto y 125 fueron

Este documento es un instrumento de información, que no reemplaza al personal médico en el cuidado de la salud y no es responsable directa ni indirectamente del posible daño causado a terceros.

referidos a otro hospital. En total fueron incluidos en el estudio 213 niños, 103 nacidos por vía vaginal y 110 por cesárea. La mortalidad neonatal de los nacidos por cesárea fue de 12,7% y la de los nacidos por vía vaginal 14,5% (no significativo).

A los 2 años de vida, la discapacidad neurológica en nacidos por cesárea fue de 46,8% y en los nacidos por vía vaginal 47,7% (no significativo). Tampoco hubo diferencias entre ambos grupos en cuanto a la severidad de la discapacidad neurológica. En general la gran proporción de discapacidad se encontró en los neonatos que pesaron al nacer menos de 750g. Tampoco hubo diferencias entre patologías tales como la hemorragia intraventricular, enterocolitis necrotizante y la bronco displasia pulmonar), por lo que sigue sin encontrarse una fuerte asociación para recomendar una determinada intervención.

Otro estudio (12) en menores de 26 semanas observa un incremento de nacimiento de cesárea en estos niños, pero la recomendación sigue siendo incierta.

TECNICA QUIRURGICA

La Cesárea Clásica es aquélla que se realiza en el cuerpo del útero (vertical alta) y llega hasta el segmento. Otra técnica es la de segmento corporal que toma la parte superior del segmento y la inferior del cuerpo del útero (vertical baja) y una tercera es la segmentaria transversal (incisión horizontal).

En el estudio de Lao (13) se compararon los resultados de la Cesárea Clásica con la Transversa Segmentaria en nacimientos entre 25 y 34 semanas de gestación. El estudio caso-control apareó los grupos en relación con la edad gestacional al nacer, tipo de anestesia y uso de tocolíticos previos. La pérdida de sangre fue significativamente mayor en el grupo de cesárea clásica que en la transversa segmentaria baja ($p < 0,05$), que para el caso de los nacimientos de pretérmino sería la de elección.

La mejoría en la sobrevida neonatal (14) está asociada principalmente al número de cesáreas realizadas en caso de prematuridad extrema. Pero, muchas de estas intervenciones pueden traer consecuencias para subsecuentes embarazos. El estudio abarcó 9 años y en ese período la frecuencia de cesáreas fue de 18%. La incisión clásica fue realizada en el 1% de todas las cesáreas, pero a las 24 semanas de gestación 20% fueron cesáreas clásicas y ella desciende al 5% a las 30 semanas y 1% a las 34.

ANESTESIA

Según algunos autores las mujeres con fetos de pretérmino requieren la misma dosis de anestesia que las de término (15).

Un estudio observacional de James (16) testea esta hipótesis en un grupo de embarazos de término (38-42 semanas) y otro de pretérmino (28-35 semanas). Usando una técnica combinada, espinal-extradural con 2,25 cc de 0,5% de bupivacaina hiperbárica en 21 de 25 mujeres de pretérmino (84%) el bloqueo sensorial para la cirugía no fue logrado y hubo que

Este documento es un instrumento de información, que no reemplaza al personal médico en el cuidado de la salud y no es responsable directa ni indirectamente del posible daño causado a terceros.

suplementar la anestesia local extradural. Esto no sucede en gestaciones cercanas a las 35 semanas donde aumenta la altura del bloqueo. En el grupo de término la anestesia fue adecuada con una sola dosis; el bloqueo a T4 se alcanzó en todos los casos. En el grupo de pretérmino el tiempo para llegar al bloqueo fue 3 veces mayor que en el término (15 minutos vs 5 minutos), pero con baja incidencia de hipotensión ($p = 0,0005$).

Otro estudio (17) comparó los resultados de los neonatos de 32 semanas o menos nacidos por cesárea. La depresión neonatal al minuto y 5to minuto en los casos en que se utilizó Anestesia General fue de 46% y 10% respectivamente; mientras en el grupo en que usó Anestesia Epidural fue de 22% y 3,8%. El estudio observa menos depresión neonatal en caso de anestesia Epidural.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Murphy DJ, Sellers S, MacKenzie IZ, Yudkin PL, Johnson A. Case-control study of antenatal and intrapartum risk factors for cerebral palsy in very preterm singleton babies. *Lancet* 1995;346:1449-54.
- 2) Badawi N. The international consensus statement on cerebral palsy causation. *Med J aust* 2000;172:199-200.
- 3) Lumley J, Lester A, Renou P, Wood C. A failed RCT to determine the best method of delivery for very low birth weight infants. *Control Clin Trials* 1985;6:120-7.
- 4) Confidential Enquiry into Stillbirth and Death in infancy. An enquiry into the quality of care and its effect on the survival of babies born at 27-28 weeks. Project 27/28. London:TSO;2003.
- 5) Statistics Division (SD2B). London: Department of Health, 1995.
- 6) Schneider H. Gentle obstetrical management for very early preterm deliveries. *Ginacol Geburtshilfliche Rundsch.* 2004 Jan;44(1):10-18.
- 7) Frauenklinik am Klinikum Ernst von Bergmann Potsdam. Effect of mode of delivery on early morbidity and mortality of premature infants (< or = 34 week of pregnancy). *Z Geburtshilfe Neonatol.* 1998 Jan-Feb;202(1):19-24.
- 8) Grant A, Penn ZJ, Steer PJ. Elective or selective caesarean delivery of the small baby? A systematic review of the controlled trials. *Br J Obstet Gynaecol.* 1996 Dec;103(12):1197-1200.
- 9) Lumley J. Method for delivery for the preterm infant. *BJOG.* 2003 Apr;110 Suppl 20:88-92.
- 10) Kitchen W, Ford GW, Doyle LW, Rickards AL, Lissenden JV, Pepperell RJ, Duke JE. Caesarean section or vaginal delivery at 24 to 28 weeks

Este documento es un instrumento de información, que no reemplaza al personal médico en el cuidado de la salud y no es responsable directa ni indirectamente del posible daño causado a terceros.

gestation: comparison of survival and neonatal and two year morbidity. *Obstet Gynecol.* 1985 Aug;66(2):149-57.

11) Haque KN, Hayes AM, Ahmed Z, Wilde R, Fong CY. Caesarean or vaginal delivery for preterm very low birth-weight (< or = 1.250g) infant: experience for a district general hospital in UK. *Arch Gynecol Obstet* 2008 Mar;277(3):207-12 Epub 2007 Aug 11.

12) Malloy MH, Doshi S. Caesarean section and the outcome of very preterm and very low birth-weight infants. *Clin Perinatol* 2008 Jun;35:421-35.

13) Lao TT, Halpern SH, Crosby ET, Huh C. Uterine incision and maternal blood loss in preterm caesarean section. *Arch Gynecol Obstet.* 1993;252(3):113-17.

14) Bethune M, Permezel M. The relationship between gestational age and the incidence of classical caesarean section. *Aust NZ J Obstet Gynaecol.* 1997 May;37(2):153-5.

15) Harigan P. The high risk parturient, prematurity, anesthetic management, caesarean delivery, regional anesthesia. In: Ostheimer GW, ed. *Manual of Obstetric Anesthesia*, 2an Edn. : Churchill Livingstone, 1992;243-244.

16) K.S.James, E. MacGrady and A Patrick. Combined spinal-extradural anaesthesia for preterm and term caesarean section: is there a difference in local anaesthetic. *British Journal of Anaesthesia* 1997;78:498-501.

17) Rolbin SH, Cohen MM, Levinton CM, Kelly EN, Farine D. The premature infant: anesthesia for caesarean delivery. *Anesth Analg.* 1994 May;78(5):912-17.

Este documento es un instrumento de información, que no reemplaza al personal médico en el cuidado de la salud y no es responsable directa ni indirectamente del posible daño causado a terceros.