

**SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.
PROTOCOLOS DE PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS
EN OBSTETRICIA.**

PARTO VAGINAL TRAS CESÁREA (JUNIO 2002) 19

INTRODUCCIÓN

La cesárea es un procedimiento de cirugía mayor que conlleva unas tasas de morbimortalidad superior a las del parto vaginal. En general se admite que el parto vaginal después de una cesárea es un método seguro y práctico para reducir la tasa global de cesáreas. Por ello debe ofrecerse una prueba de trabajo de parto a casi todas las mujeres con cesárea previa e incisión transversal baja, dado que la mayor parte de ellas son candidatas a un parto vaginal.

Debido a los altos índices de cesárea que se observan en los últimos años, más de un tercio de las indicaciones actuales de parto abdominal son resultado directo de la cesárea anterior y junto con la distocia representan el 50% del incremento en las citadas tasas.

Los resultados señalan que entre el 60-80% de las pruebas de parto después de una cesárea concluyen en un parto vaginal satisfactorio, incluso en presencia de una indicación recurrente para la cesárea previa. En nuestro país, la SEGO establece como valor adecuado o “indicador de calidad asistencial” una tasa superior al 40% de partos vaginales en mujeres con cesárea previa.

El mayor riesgo del parto vaginal después de una cesárea es la rotura uterina. Esta complicación se produce en menos del 1% de los casos aunque comporta una morbilidad tanto materna como fetal del 10-25%.

Ni la cesárea iterativa ni la prueba de parto están exentas de riesgo. La morbilidad materna es siempre mayor cuando fracasa el intento de parto vaginal que en la cesárea electiva, pero siempre es menor en el parto vaginal que en la cesárea. Por tanto, aunque no existe un consenso generalizado, se requiere una adecuada selección de las pacientes candidatas para intentar una prueba de trabajo de parto vaginal.

CANDIDATAS PARA UNA PRUEBA DE TRABAJO DE PARTO.

1.CRITERIOS DE SELECCIÓN.

La mayoría de las pacientes con una incisión transversal baja previa, pero sin contraindicaciones para un parto vaginal, son candidatas a una prueba de trabajo de parto. Los criterios de selección incluyen:

- Una o dos cesáreas transversales bajas previas.
- Pelvis clínicamente adecuada sin desproporción pelvi-fetal.

- Ninguna otra cicatriz uterina con acceso a cavidad.
- Infraestructura adecuada para el control del parto y realización de una cesárea urgente si fuera preciso.

2. INDICACIONES AMPLIADAS

- **Sospecha de macrosomía.** El peso fetal estimado mayor de 4000 gramos no constituye en sí mismo una contraindicación para una prueba de parto, aunque las posibilidades de éxito se reducen conforme aumenta el peso.
- **Incisión vertical baja (segmentaria).** Aunque los datos son limitados y la distinción con incisiones clásicas (corporal) no siempre está clara en la descripción quirúrgica, la mayoría de los trabajos no evidencian un aumento del riesgo de rotura uterina.
- **Incisión de tipo desconocido.** Es razonable una prueba de parto siempre que la información aportada por la mujer revele una indicación de cesárea habitual (distocia). En estos casos, el porcentaje de complicaciones es de alrededor del 1%. Hay que sospechar y ser cautos en las incisiones en cesáreas indicadas por pretérmino (sobre todo si la presentación era podálica), situaciones transversas, placenta previa, etc...
- **Embarazo prolongado.** El manejo es similar al de las pacientes sin cesárea previa.
- **Embarazo gemelar.** La prueba de trabajo de parto sería apropiada siempre que la presentación del primer feto sea cefálica.
- **Presentación podálica.** Aunque no existen estudios randomizados, la versión externa no estaría contraindicada. Hasta la publicación de los resultados del Term Breech Trial, los escasos estudios retrospectivos indicaban que la prueba de trabajo de parto era eficaz y segura (ver el protocolo de atención al parto de nalgas y el procedimiento sobre la versión externa).
- **Tres o más cesáreas.** Aunque el riesgo de rotura está incrementado con cada incisión transversa baja, a las mujeres con dos cesáreas puede razonablemente ofrecérseles una prueba de parto siempre y cuando la paciente sea adecuada y correctamente informada y acepte los riesgos inherentes a tal decisión. Sin embargo, no se considera indicada en pacientes con tres o más cesáreas previas.

3. CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS

- Incisión uterina clásica previa o en "T".
- Complicaciones quirúrgicas en la cesárea previa tales como desgarros cervicales extensos.
- Cirugía uterina transfúndica.
- Cirugía uterina previa con acceso a cavidad.
- Rotura uterina previa.
- Complicaciones médicas u obstétricas que impidan el parto vaginal.
- Estrechez pélvica.
- Imposibilidad de realizar una cesárea urgente por falta de medios o personal.

Una combinación de factores que por separado pueden no ser una indicación de cesárea, en una paciente con cesárea previa pueden llevarnos a la conclusión de no intentar una prueba de parto y repetir la cesárea.

MANEJO INTRAPARTO

INDUCCIÓN AL PARTO

Aunque en general se admite que siempre es mejor el inicio espontáneo del parto, la inducción es un procedimiento válido siempre y cuando exista una indicación.

- **Gel de prostaglandinas E₂** . Es seguro y efectivo tanto cuando se aplica intracervicalmente como depositado en el fórnix posterior de la vagina. En el estudio más amplio publicado hasta la fecha, cuando se comparan las roturas uterinas entre pacientes con cesárea previa o sin ella, se describe un riesgo de rotura algo mayor (1.3 y 0.7% respectivamente) pero no significativo. De todas formas, los datos son confusos pues a menudo estas pacientes además de prostaglandinas para madurar el cuello, reciben posteriormente oxitócicos. Separando las variables, no parece que haya un riesgo significativamente mayor. En la actualidad, el uso de este tipo de preparados está siendo sustituido por los dispositivos vaginales de liberación controlada.
- **Dispositivo vaginal de liberación controlada de prostaglandina E₂**. Aunque no existen datos adecuados para su valoración, es probable que estos preparados por su especial forma de acción (liberación gradual) eviten los problemas que generan las prostaglandinas intracervicales.
- **Misoprostol**. Aunque puede haber variables que confundan, el riesgo de rotura uterina llega en algunas series a alcanzar valores inaceptables de hasta el 12%. Por ello, en la actualidad no se recomienda su uso para inducir el parto en mujeres con cicatrices uterinas.
- **Oxitocina**. Puede utilizarse tanto para la inducción como para la estimulación del trabajo de parto. Es un método seguro y eficaz, si bien se ha visto que presenta un incremento de 2,5 veces en el riesgo de rotura uterina. Sin embargo, no es fácil establecer la relación de este riesgo con el momento de inicio de la infusión, la dosis total empleada o la duración del tratamiento.

MEDIDAS GENERALES INTRAPARTO

Hay que considerar que **es un parto de riesgo** y que el manejo de estas pacientes con cesárea previa debe diferir poco del de cualquier otra mujer de parto.

Al ingreso es conveniente la canalización de una vena y la solicitud de un estudio analítico preoperatorio.

Respecto de la **monitorización del parto**, es conveniente la vigilancia electrónica fetal continua y el registro de la dinámica uterina mediante tocodinamometría externa o con presión interna si se utilizan oxitócicos (no sería imprescindible, aunque ayuda a ajustar las dosis de oxitocina).

La **estimulación con oxitocina** debe ser usada prudentemente, siendo conveniente el empleo de una bomba de infusión.

La **evolución del trabajo de parto** debe cumplir los mismos criterios de progreso adecuado de la dilatación establecidos para nulíparas, si no ha habido antes partos vaginales o multíparas si los ha habido.

La **anestesia epidural** es la técnica analgésica de elección. No enmascara los síntomas de la rotura uterina y las tasas de éxito de la prueba de parto vaginal son similares a cuando se emplean otras técnicas de analgesia.

No existe contraindicación para la **amnioinfusión**.

No existen características específicas o necesidad de usar estrategias diferentes en la asistencia al **período expulsivo**. Debe evitarse la maniobra de Kristeller y no parece que la instrumentalización sistemática del expulsivo aporte beneficios significativos.

El **examen digital de la cicatriz uterina posparto** no es necesario. Sólo se recomienda cuando tras el alumbramiento el sangrado sea persistente o haya clínica sugestiva de rotura uterina. No hay datos que sugieran que el resultado en una posterior gestación sea mejor si se repara quirúrgicamente la dehiscencia.

FACTORES DE RIESGO DE ROTURA UTERINA.

Es la complicación más grave resultante de una prueba de trabajo de parto. Su frecuencia global se estima en un 1% para la incisión segmentaria transversa.

Es preciso distinguirla de la dehiscencia de la cicatriz uterina, asintomática y descubierta la mayor parte de las veces en el momento de la laparotomía o por examen digital tras el parto vaginal.

1. HISTORIA OBSTÉTRICA PREVIA.

- **Tipo de cicatriz uterina previa.** El riesgo de rotura uterina depende del tipo y localización de la incisión previa. Se estima que el riesgo con incisión vertical ζ baja es del 0.8%. En las incisiones clásicas, el riesgo de rotura es del 12%. En casos en que se desconoce el tipo de incisión, dado que la mayoría de ellas son segmentarias transversas, el riesgo de rotura es de alrededor del 1%.
- **Tipo de sutura de la cicatriz uterina.** La sutura monocapa no aumenta el riesgo de rotura uterina en comparación con el cierre del útero en dos planos.
- **Número de cesáreas previas.** En general, se admite que cuantas más incisiones, mayor es el riesgo de rotura.
- **Partos vaginales previos.** El antecedente de un parto vaginal previo (tanto sea antes como después de la cesárea) es un factor que parece disminuir el riesgo de rotura uterina, así como mejorar las posibilidades de éxito de parto vaginal. En algunas series se han descrito índices de rotura uterina de tan sólo el 0.2%.

- **Intervalo entre partos.** Con intervalos de menos de 18 meses, el riesgo de rotura uterina se incrementa al 2.3%, independientemente de otras variables.
- **Fiebre posparto tras la cesárea.** Se asocia a cicatrices más anchas y en estudios retrospectivos se ha visto que se asociaba a un incremento de 3 veces el riesgo de rotura uterina.
- **Otros factores:**
 - La edad materna mayor de 30 años aumenta el riesgo en 2.7 veces.
 - Con anomalías uterinas, el riesgo de rotura aumenta hasta el 8%.

2. HISTORIA OBSTÉTRICA ACTUAL

Como se ha comentado anteriormente, la sospecha de macrosomía, el embarazo prolongado y los embarazos múltiples no se asocian a un incremento significativo del riesgo de rotura uterina.

Se ha especulado con la utilidad de la medición ecográfica del grosor del segmento uterino inferior a las 36-38 semanas para valorar el riesgo de rotura uterina. Cuando el grosor del segmento es mayor de 4.5 mm, el riesgo es nulo, mientras que cuando es menor de 2.6 mm el riesgo de rotura asciende al 9.8%. De cualquier forma, dado que tan sólo tiene un valor predictivo positivo del 4%, no es posible utilizar este parámetro como cribado de rotura uterina.

3. INDUCCIÓN Y/O ESTIMULACIÓN.

En un reciente estudio no se han encontrado diferencias en el porcentaje de roturas uterinas en mujeres que parieron espontáneamente comparadas con mujeres que recibieron prostaglandinas E₂ u oxitocina. Sin embargo, el misoprostol aumentó 7,5 veces el riesgo de rotura uterina.

Sin embargo, cuando se comparan los resultados con la cesárea electiva sin que se haya iniciado el trabajo de parto, el riesgo de rotura uterina es más alto entre aquellas cuyo parto es inducido e incluso entre aquellas mujeres con inicio espontáneo del parto. El parto inducido con prostaglandinas es el que conlleva un mayor riesgo, aunque este riesgo de rotura uterina varía en función del preparado empleado, la dosis y el grado de madurez cervical en el momento de su colocación. En contra de este estudio hay que señalar que es retrospectivo y que no analiza por separado los diferentes tipos de prostaglandinas. Además, por estar realizado antes de su comercialización, el análisis no incluye los nuevos preparados de liberación controlada.

A pesar de todo ello, como antes señalábamos, la inducción en una paciente con cesárea previa es un procedimiento válido siempre y cuando exista una indicación clara. De la revisión de la bibliografía se puede concluir que el aumento del riesgo de rotura uterina tras el uso de oxitocina o de prostaglandinas es pequeño. Cuando ocurre, la dehiscencia suele ser más frecuente en pacientes que han recibido más de un agente oxitócico. Por

eso es importante que el control y la vigilancia del parto se hagan de una forma adecuada.

4. CONCLUSIONES.

En resumen, se consideran factores que incrementan el riesgo de rotura la inducción del parto, el intervalo corto entre partos, la existencia de más de una cicatriz previa y la fiebre posparto previa. Sin embargo, la incisión vertical \downarrow en el segmento uterino inferior no aumenta el riesgo y el parto vaginal previo “protege” del riesgo de rotura uterina.

RIESGOS MÉDICOS Y LEGALES

¿CÓMO REDUCIR LOS RIESGOS MÉDICOS?

- Alerta a las incisiones clásicas previas. La rotura se suele producir antes del inicio del parto. Hay que tener en cuenta que los estudios sobre la incisión vertical baja son limitados (aunque no aumenta el riesgo) y que la distinción con las incisiones clásicas puede no estar clara. Con incisiones en “T” invertida, la prueba de parto está contraindicada.
- Con incisiones previas desconocidas, es posible intentar una prueba de parto (riesgo de rotura de alrededor del 1%). Si la mujer revela una indicación de cesárea habitual, casi con toda seguridad la incisión uterina habrá sido transversal baja.
- Cuidado con las placentas ácretas. La asociación de cesárea anterior con placenta previa supone un riesgo de un 30% de placenta ácreta (mayor si son dos las cesáreas previas). Se puede intentar su diagnóstico anteparto mediante ecografía y resonancia nuclear magnética.
- Evitar el misoprostol. La cesárea previa es claramente una contraindicación para su uso en la maduración cervical.
- Precaución en mujeres con más de una cesárea previa. El intento de parto vaginal es una opción razonable en el caso de dos cesáreas previas, pero no lo es con tres o más cesáreas anteriores.
- Prudencia con la maduración / inducción. Tanto la prostaglandina E₂ como la oxitocina se consideran métodos seguros. Sin embargo, deben ser usados con prudencia y cuando se empleen prostaglandinas para la maduración cervical u oxitocina para inducir o estimular el parto, se debe vigilar estrechamente tanto la dinámica uterina como las constantes y clínica materna y la FCF. La rotura puede ocurrir a pesar de una actividad uterina considerada aceptable para un parto espontáneo normal. Por ello, un catéter de presión intrauterina ayuda a ajustar las dosis. En pacientes con cesárea previa no se deben realizar maduraciones cervicales de forma ambulatoria.
- Estar atentos a:
 - Datos clínicos de rotura: los datos clásicos (dolor abdominal, hemorragia) no son determinantes. Se debe sospechar ante un sangrado vaginal importante o pérdida de altura en la presentación.
 - Datos cardiotocográficos: las deceleraciones variables prolongadas y severas son uno de los signos más específicos.

¿CÓMO DISMINUIR LOS RIESGOS LEGALES?

- Debe utilizarse siempre un documento de consentimiento informado.
- Decidir cuánta información hay que dar a la mujer es dificultoso. Debe hablarse de forma asequible sobre los riesgos significativos, los beneficios y las alternativas. Igualmente se debe informar sobre los riesgos que conlleva una cesárea iterativa.

RESPUESTA RÁPIDA A LAS COMPLICACIONES

- Cuanto más rápida sea la extracción fetal tras la alteración severa del cardiotocograma, menor es la morbilidad perinatal.
- No es recomendable intentar un parto vaginal después de una cesárea si no hay posibilidad de practicar una cesárea urgente por falta de cirujanos, anestesia o medios.

Los protocolos asistenciales en ginecología y obstetricia y los protocolos de procedimiento diagnósticos y terapéuticos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia pretenden contribuir al buen quehacer profesional de todos los ginecólogos, especialmente los más alejados de los grandes hospitales y clínicas universitarias. Presentan métodos y técnicas de atención clínica aceptadas y utilizadas por especialistas en cada tema. Estos protocolos no deben interpretarse de forma rígida ni excluyente, sino que deben servir de guía para la atención individualizada a las pacientes. No agotan todas las posibilidades ni pretenden sustituir a los protocolos ya existentes en Departamentos y Servicios Hospitalarios.

BIBLIOGRAFÍA

1. A guide to effective care in pregnancy and childbirth. Ekin M., Keirse MJNC, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E, Hofmeyr J. (eds). Third edition. Oxford University Press. New York, 2000.
2. ACOG. Vaginal birth after previous cesarean delivery. ACOG practice bulletin. Number 5, July 1999. *Int J Gynecol Obstet* 1999; 66: 197-204.
3. Chapman SJ, Owen J, Hauth JC. One versus two-layer closure of a low transverse cesarean: the next pregnancy. *Obstet Gynecol* 1997; 89:16-8.
4. Deborah A. Vaginal birth after cesarean section: selection and management. *C Obstet Gynecol* 1999; 4: 836-48
5. 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: 1180-3.
6. Flamm BL, Anton D, Goings JR, Newman J. Prostaglandin E₂ for cervical ripening: a multicenter study of patients with prior cesarean delivery. *Am J Perinatol* 1997; 14: 157-60.
7. Foradada C. Estrategias para la reducción de la tasa de cesáreas. En: Manual de asistencia al parto y puerperio patológicos. Fabre E (Ed). Cap 20. pp 357-85. 1999.

8. Goldberg AB, Greenberg MB, Darney PD. Misoprostol and pregnancy. *N Eng J Med* 2001; 344: 38-47.
9. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, William AR. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicenter trial. *Lancet* 2000; 356: 1375-83.
10. Kobelin CG. Intrapartum management of vaginal birth after cesarean section. *Clin Obstet Gynecol* 2001; 44: 588-93.
11. Leung AS, Farmer RM, Leung EK, Medearis AL, Paul RH. Risk factors associated with uterine rupture during trial of labor after cesarean delivery: a case-control study. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 168: 1358-63.
12. Leung AS, Leung EK, Paul R. Uterine rupture after previous cesarean delivery: maternal and fetal consequences. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 169: 945-50.
13. Lieberman E. Risk factors for uterine rupture during a trial of labor after cesarean section. *Clin Obstet Gynecol* 2001; 44: 609-21.
14. 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: 3-8.
15. Mastrobattista j. Vaginal birth after cesarean delivery. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1999; 2: 295-304.
16. McMahan MJ, Luther ER, Bowes Jr WA, Olshan AF. Comparison of a trial of labor with an elective second cesarean section. *N Engl J Med* 1996; 335: 689-95.
17. Miller DA, Díaz FG, Paul RH. Vaginal birth after cesarean: a 10-year experience. *Obstet Gynecol* 1994; 84: 255-8.
18. Rosen MG, Dickinson JC, Westhoff CL. Vaginal birth after cesarean: metaanalysis of morbidity and mortality. *Obstet. Gynecol* 1991; 77: 465-70.
19. Rozenberg P, Goffinet F, Phillippe HJ, Nisand I. Ultrasonographic measurement of lower uterine segment to assess risk of defects of scarred uterus. *Lancet* 1996; 347: 281-4.
20. Sánchez-Ramos L, Gaudier FL, Kaunitz AM. Cervical ripening and labor induction after previous cesarean delivery. *Clin Obstet Gynecol* 2000; 43: 513-23.
21. SEGO. Indicadores de calidad asistencial en ginecología y obstetricia. 1999.
22. Shipp T, Zelop CM, Repke, JT, Cohen A, Caughey AB, Lieberman E. Intrapartum uterine rupture and dehiscence in patients with prior lower uterine segment vertical and transverse incisions. *Obstet Gynecol* 1999; 94: 735-40.
23. Shipp T, Zelop CM, Repke, JT, Cohen A, Liberman E. Interdelivery interval and risk of symptomatic uterine rupture. *Obstet Gynecol* 2001; 97: 175-7.
24. Vaginal birth after cesarean. Institute for Clinical Systems Improvement. www.icsi.org. May 2001.
25. Zelop C, Shipp TA, Repke JT, Cohen A, Liberman E. Effect of previous vaginal delivery on the risk of uterine rupture during a subsequent trial of labor. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 183: 1184-6.
26. Zinberg S. Vaginal delivery after previous cesarean delivery: a continuing controversy. *Clin Obstet Gynecol* 2001; 44: 561-70.