

Dr. Haroldo Capurro

Actualizado a MAYO 2009

Pregunta 1 – ¿Se debe abreviar instrumentalmente (fórceps o vacuum) el período expulsivo para evitar una posible ruptura de la cicatriz de la cesárea anterior?.

Pregunta 2 – ¿Está indicada la revisión sistemática en todos los casos del canal de parto para comprobar su integridad ?.

Estimado colega, es muy clara su reflexión de que el incremento de las cesáreas en el mundo puede deberse a muchas razones, pero el paradigma cesárea anterior es igual a otra cesárea se está revirtiendo. Es verdad que el parto después de una cesárea es de alto riesgo con elementos a favor o con sus contras. Sus preguntas son muy pertinentes y en el momento actual no hay estudios clínicos randomizados que puedan darle una respuesta que esté respaldada en una fuerte evidencia científica. Hemos seleccionado alguna bibliografía y hemos consultado personalmente al Dr Guillermo Carroli (gcarroli@crep.com.a) Director del Centro Rosarino de Estudios Perinatales (CREP) www.crep.com.ar Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y con 2 obstetras clínicos con experiencia en asistencia obstétrica.

CESAREA PREVIA y PARTO VAGINAL

1 - INTRODUCCION

La cesárea se ha incrementado en el mundo y en algunos países de Latino América ha llegado al 50% (1). Causas de tipo médico legal, utilización sistemática del monitoreo electrónico de la frecuencia cardíaca fetal, escaso entrenamiento en el manejo de la presentación podálica o la habitual planificación de que a toda cesárea debe ser seguida con otra cesárea, son algunos de los factores que se han asociado a este incremento.

Hoy, la mujer que tuvo una cesárea previa tiene 2 opciones para su próximo embarazo: planificar una cesárea electiva o planificar un parto vaginal y evaluar los beneficios y daños posibles para cada una de las opciones. Dodd (2) destaca la importancia de que la mujer esté bien informada de esta situación con el fin de tomar una decisión, pero además debe tener claro que en el momento actual la evidencia es insuficiente para brindarle una fuerte recomendación (3).

Las cesáreas repetidas, se asocian con un incremento de complicaciones como ser la hemorragia y necesidad de transfusiones,

1

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 dl posible daño causado a terceros.

daño en la vejiga, infección, trombosis venosas de miembros inferiores, incluyendo los problemas de la anestesia y la edad gestacional que nazca el neonato lo que contribuye a mayor incidencia de problemas respiratorios que incrementan la admisión a Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal.

La principal complicación del parto vaginal post-cesárea es la ruptura uterina, problemas en la dilatación del cervix, debilidad del piso pelviano que contribuye al prolapso y/o incontinencia y la posibilidad de necesitar una cesárea de emergencia con sus consecuencias adversas tanto maternas como feto neonatales.

2 - BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

a) Dodds y colaboradores (2) realizaron una revisión sistemática con el objetivo de balancear los beneficios y perjuicios de la cesárea planificada repetida y el parto vaginal después de una cesárea previa. No se encontraron estudios clínicos randomizados en esta revisión cuya actualización fue en julio del 2004. **Toda la información proviene de estudios no randomizados con sus potenciales sesgos, por lo que las conclusiones son limitadas y las recomendaciones hay que tomarlas con extrema cautela.**

b) Birgisdottir en Islandia (4) evaluó los tipos de nacimientos ocurridos después de una cesárea previa (CP). Se recolectaron 925 mujeres con CP y feto único. El ensayo de la prueba de parto fue realizado en 564 mujeres, de las cuales 346 (61%) fueron exitosas y el 39% nacieron por cesárea de emergencia.

Del total (N = 925) 346 nacieron por vía vaginal (37%), 341 por cesárea electiva (37%) y 238 (26%) por cesárea de emergencia.

La ruptura uterina ocurrió en 6 casos (5 en el grupo de cesárea de emergencia) y hubo una muerte fetal intraparto. El mayor riesgo se encontró en fetos con peso mayor a los 4 kg.

Los resultados indican que el nacimiento por vía vaginal después de una cesárea es una opción segura en caso de cesárea previa, pero la institución deberá disponer todos los recursos necesarios para el manejo de las emergencias.

c) En Inglaterra, Chilaka (5) tuvo como objetivo determinar los resultados de la inducción del parto luego de una cesárea previa. Se estudiaron 43.175 nacimientos de los cuales 8.761 (20%) fueron inducciones. De ellos el 57,6% fueron inducidos con prostaglandinas y de este grupo 138 tuvieron cesárea previa (8/138 fueron excluidos). De los 130 partos inducidos, el 50% terminaron en parto vaginal espontáneo, 11% en parto vaginal instrumental y 39% por cesárea. No hubo rupturas uterinas. **Se concluye que mujeres con cesárea anterior, inducidas con prostaglandinas el parto**

vaginal es seguro, pero debe ser administrada con cautela y controles exhaustivos.

d) Hassan (6) sugiere que la cesárea se ha incrementado por el temor a la ruptura uterina producida por el trabajo de parto en mujeres con cesárea anterior, por lo que en algún momento se aumentó la frecuencia de cesáreas repetidas. Estudió 2.652 pacientes de las cuales 297 (11%) tenían historia de cesárea previa.

De las 297 a 53 (17,8%) se le realizó una cesárea electiva. Del resto (N = 244), 165 (67,2%) tuvieron un parto vaginal espontáneo sin complicaciones, 7 (3,2%) nacieron con fórceps y a 11 (5,2%) con por vacuum y a 61 (24,4%) se les realizó una cesárea de emergencia.

El 83% de los pacientes tuvieron comienzo de parto espontáneo y 17% necesitaron usar prostaglandinas o incrementar la ocitocina.

Hubo 3 casos de dehiscencia de la cicatriz y 1 caso de ruptura uterina

En suma, las 2/3 partes de gestantes con cesárea previa (N = 165/244) pueden tener un nacimiento vaginal exitoso de terminación espontánea y sin complicaciones. Pero, siempre debe realizarse un exhaustivo control durante el trabajo de parto, para lograr satisfactorios resultados materno perinatales.

3 - OPINION de EXPERTOS

Dos ginecotocólogos coincidieron con la respuesta del Dr. Carroli sobre sus 2 preguntas:

Pregunta 1 - Se debe abreviar instrumentalmente (fórceps o vaccum) el período expulsivo para evitar una posible ruptura de la cicatriz de la cesárea anterior.

La respuesta es que **NO** está indicado abreviar el trabajo de parto rutinariamente mediante fórceps o vacuum. Podría corresponder en caso de una emergencia. **SI** está indicado si el período expulsivo es muy prolongado, agotamiento materno, feto macrosómico, sospecha de ruptura del segmento, hemorragia.

Pregunta 2 - Está indicada la revisión sistemática en todos los casos del canal de parto para comprobar su integridad.

La respuesta es que **NO** está indicada la revisión sistemática para comprobar la integridad del canal de parto. SI está indicado cuando hay dolor en la zona de la cicatriz, o hemorragia o si existen dudas sobre su integridad.

4 - BIBLIOGRAFIA

- 1) Belizán JM, Althabe F, Barros FC, Alexanders S. Rates and implication of caesarean section in Latin American: ecological study. *BMJ* 1999 Nov 27;319(7222):1397-400.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10574855?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum

- 2) Dodd JM, Crowther CA, Huertas E, Guise JM, Horey D. Planned Elective Repeat Caesarean Section versus Planned Vaginal Birth for Women with a Previous Caesarean Birth (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 4, 2008, Oxford: Updated Software. Last amendment was made 01 July 2004.*
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15495090?ordinalpos=22&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum

- 3) Eden KB, Hashima JN, Osterweil P, Nygren P, Guise JM. [Childbirth preferences after cesarean birth: a review of the evidence.](#) *Birth.* 2004 Mar;31(1):49-60. Review.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15015993?ordinalpos=2&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum

- 4) Birgisdottir BT, Hardardottir H, Bjarnadottir RI, Thorkelsson T. Vaginal birth after one previous caesarean section. *Laeknabladid.* 2008 Sep;94(9):591-7.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18784385?ordinalpos=2&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum

- 5) Chilaka VN, Cole MY, Habayeb OM, Konie JC. Risk of uterine rupture following induction of labour in women with a previous caesarean section in a large UK teaching hospital. *J Obstet Gynaecol.* 2004 Apr;24(3):264-5.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15203621?ordinalpos=2&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum

- 6) Hassan A. Trial of scar and vaginal birth after caesarean section. *J Ayub Med Coll Abbottabad.* 2005 Jan-Mar;17(1):57-61.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15929530?ordinalpos=20&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum