

GUIA CLINICA PARTO VAGINAL DESPUES DE UNA CESAREA (PVDC)

RECOMENDACIONES

1. No existiendo contraindicaciones, en una mujer con una cicatriz segmentaria transversa debe considerarse el someterla a una Prueba de trabajo de parto, previa información de los riesgos y beneficios maternos y perinatales. **(II – 2 B)**
2. Debe existir un documento firmado por la paciente tanto para una Prueba de trabajo de parto como para una cesárea electiva a las 40 semanas o mas.
3. La institución se compromete a tener un pabellón disponible al igual que soporte médico obstétrico, pediátrico y anestesiológico, siempre y cuando la paciente o el médico tratante lo soliciten con antelación.
4. En el caso de una Prueba de trabajo de parto después de una cesárea un intervalo de 30 minutos se considera adecuado en el escenario de una laparotomía de urgencia **(III C)**.
5. Es recomendable el monitoreo electrónico fetal continuo durante la Prueba de trabajo de parto después de una cesárea. **(II – 2 A)**.
6. El uso de la oxitocina para acelerar el trabajo de parto no esta contraindicada **(II – 2 A)**.
7. La inducción del trabajo de parto con oxitocina puede estar asociada con un mayor riesgo de rotura uterina, por lo que su uso debe ser cuidadoso e informado a la paciente **(II – 2B)**.
8. La inducción del trabajo de parto con prostaglandina E2 esta asociada con un mayor riesgo de rotura uterina por lo que no debe indicarse **(II – 2B)**.
9. La prostaglandina E1 (misoprostol) esta asociada a un mayor riesgo de rotura uterina. No debe utilizarse con este fin **(II – 2 A)**.
10. La Prueba de trabajo de parto en una mujer con más de una cesárea previa puede ser exitosa pero esta asociada con un riesgo mayor de rotura uterina **(II – 2 B)**.
11. El embarazo múltiple no es una contraindicación para una Prueba de trabajo de parto **(II – 2 B)**.
12. La sospecha de macrosomía fetal no es una contraindicación para una prueba de trabajo de parto en una mujer con una cicatriz de cesárea previa **(II – 2 B)**.
13. Las mujeres con una cesárea previa antes de 18 a 24 meses de intervalo deben estar advertidas de que existe un mayor riesgo de rotura uterina **(II – 2 B)**.
14. El embarazo mayor a 40 semanas de gestación no es una contraindicación para una Prueba de trabajo de parto **(II – 2 B)**.

Este documento revisa las contraindicaciones para una Prueba de Trabajo de parto (PTP) y los riesgos maternos y fetales después de un parto por cesárea y hace recomendaciones para un parto vaginal seguro en esta situación.

En Clínica Santa María el porcentaje de cesáreas del grupo médico Staff durante el año 2008 fue de un 35.5%. La causa más frecuente de cesárea en esta institución durante este periodo fue el antecedente de cesárea(s) previa(s). El porcentaje de cesáreas en el grupo de mujeres con una cesárea anterior durante este mismo periodo fue de 91.8%, lo cual es excesivo cuando se compara con la experiencia internacional reflejada en la literatura médica.

Una Prueba de Trabajo de Parto (PTP) debe ser considerada en mujeres que tienen el antecedente de una cicatriz de cesárea previa (1 – 3). En ciertas situaciones una PTP estará contraindicada (4) y por lo tanto se aconsejara una segunda cesárea, pero en la mayoría de los casos se puede obtener un parto vaginal exitoso (5 – 7).

La data para respaldar esta recomendación es limitada por 2 factores: primero, no hay protocolos randomizados de PTP vs. Cesárea electiva; segundo, los resultados adversos maternos o perinatales son raros, necesitándose grandes estudios poblacionales para observar diferencias significativas en los resultados maternos y/o perinatales (3,8).

El nivel de evidencia y calidad de estas recomendaciones se han determinado usando los criterios descritos por la Canadian Task Force on the Periodic Health Examination (9):

Nivel de resultados	Clasificación de la recomendación
I: Evidencia basada en a lo menos un protocolo controlado y randomizado.	A. Evidencia buena que respalda la recomendación.
II – 1: Basada en protocolos bien diseñados, sin randomización.	B. La evidencia existente es regular para respaldar la recomendación.
II – 2: Estudios de cohorte (prospectivos o retrospectivos) o estudios de casos – control, preferentemente multicéntricos.	C. La evidencia existente es pobre para respaldar la recomendación, pero pueden haber recomendaciones anexas.
II - 3: Evidencia obtenida al comparar tiempo o lugares.	D. La evidencia es definitivamente pobre
III: Opiniones de autoridades basada en la experiencia clínica, estudios descriptivos o informes de comités de expertos.	E. Hay buena evidencia para contraindicar la condición.

Prueba de Trabajo de parto (PTP) versus cesárea electiva repetida.

El rango de éxito de la PTP después de una cesárea varía entre un 50% y un 85% (4, 6, 10 – 14). Los elementos predictores de éxito para PVDC incluyen indicaciones no recurrentes de cesárea como por ejemplo las distocias de presentación, el síndrome hipertensivo del embarazo, y el antecedente de un parto vaginal previo (15). Cuando la cesárea previa fue por una distocia del Trabajo de parto, falla en el progreso, o desproporción céfalo pelviana, algunos estudios reportan rangos de éxito similares (16, 17), mientras que otros reportan rangos de éxito (PVDC) menores que lo esperado (6, 11, 15, 18).

Contraindicaciones para PVDC:

1. Cesárea corporal previa (4,5).
2. Antecedentes de histerotomía o miomectomía que comprometió la cavidad uterina (4,12).
3. Antecedentes de rotura uterina (4,12).
4. Contraindicación de Trabajo de parto, como por ejemplo placenta previa o distocia de presentación (4).
5. Negativa de la mujer a una prueba de Trabajo de parto y solicitud explícita de una cesárea electiva (4,12).

Si no existen contraindicaciones, una mujer con el antecedente de una cesárea segmentaria transversa debiera ser sometida a una Prueba de trabajo de parto.

Las siguientes consideraciones deben tomarse en la planificación de una prueba de trabajo de parto:

1a. - Documentación de la cicatriz uterina previa

Es ideal contar con el antecedente exacto de la cicatriz previa. (4) si no se dispone del registro, el antecedente del tipo de cicatriz debe considerarse desconocido. Si dados los antecedentes indirectos obtenidos, lo más probable sea que corresponde a una cicatriz previa segmentaria, debe recomendarse una Prueba de trabajo de parto.

1b.- Recursos hospitalarios.

Clínica Santa María debe contar con todo lo necesario para satisfacer una emergencia quirúrgica intraparto. Esto implica pabellón disponible, anestesiólogo, obstetra y neonatólogo.

1c.- Monitoreo materno

La paciente en una Prueba de trabajo de parto debe estar acompañada siempre por la matrona tratante. El progreso del trabajo de parto debe ser evaluado periódicamente ya que la prolongación o distocias de este están asociadas a un mayor riesgo de rotura uterina (12, 19, 20) La anestesia de conducción epidural no esta contraindicada (12, 21)

1d.- Monitoreo fetal

Se recomienda el monitoreo fetal continuo (12, 22) El primer signo de rotura uterina es un trazado cardíaco fetal no reactivo (22). Esto puede ser de inicio brusco y no asociado a las contracciones (23).

1e.- Evaluación manual de la cicatriz previa en el post parto.

No es necesaria la exploración digital de rutina, exepcto cuando hay signos de sospecha de rotura uterina (24).

Rotura uterina

Esta es la complicación mas seria de una Prueba de trabajo de parto. Se define como la separación completa del miometrio con o sin salida de partes fetales a la cavidad peritoneal, requiriendo de una cesárea de emergencia o de una laparotomía post parto (12, 25). Es una complicación poco común, pero esta asociada con una morbi mortalidad materna y perinatal significativa (7, 26). El signo mas común de rotura uterina es el monitoreo fetal no reactivo (27, 28, 29). Otros signos clínicos incluyen el cese de las contracciones, elevación de la presentación fetal, dolor abdominal, sangrado vaginal, hematuria o inestabilidad hemodinámica materna (30, 31)

El antecedente del tipo y localización de la cicatriz previa ayuda a determinar el riesgo de rotura uterina. La incidencia de esta es de 0.2 a 1.5% en mujeres con cicatriz

segmentaria transversa (27, 30, 32, 33, 34) y de 1 a 1.6% en mujeres con una cicatriz segmentaria vertical (35, 36, 37, 38). En los casos de cicatriz previa clásica o en "T", el riesgo de rotura uterina es de 4 a 9%, por lo que la prueba de trabajo de parto esta contraindicada en estos casos (12, 30). Shimonovitz et al. encontró que el riesgo de rotura uterina después de 0, 1, 2 y 3 partos después de una cesárea es de 1.6%, 0.3%, 0.2% y 0.35% respectivamente, indicando que el riesgo disminuye después de un primer parto vaginal (39).

En 1991 Rosen et al. publicaron un meta análisis comparando Prueba de trabajo de parto después de una cesárea y cesárea electiva por esta causa (40). El promedio de rotura uterina fue similar en ambos grupos: PTP 0.18% y cesárea electiva 0.19% (P = 0.5). No hubo diferencias en mortalidad materna (0.028% v/s 0.024%) ni en mortalidad perinatal (0.3% v/s 0.4%).

El año 2000 Mozurkewich y Hutton publicaron un meta – análisis de 15 estudios comparando prueba de trabajo de parto con cesárea electiva en mujeres con el antecedente de una cesárea previa (41) Hubo un mayor índice de rotura uterina (0.39% v/s 0.16%; OR, 2.1; 95% CI, 1.45 – 3.05) y de mortalidad perinatal (0.58% v/s 0.28%; OR, 1.71; 95% CI, 1.28 – 2.28) en el grupo de mujeres sometidas a prueba de trabajo de parto comparado con el grupo de mujeres sometidas a cesárea electiva (41).

En el año 2002 Keiser y Baskett revisaron la incidencia y consecuencias de la rotura uterina en Nueva Escocia (42). El 0.39% de las mujeres sometidas a Prueba de trabajo de parto presentó rotura uterina. Todas fueron a laparotomía y no hubo muertes maternas. La mortalidad perinatal fue de 0.02% y la asfixia severa de 0.13% (42).

También en el año 2002 Bujold y Gauthier revisaron los factores de riesgo para morbilidad neonatal asociada esta a la rotura uterina (1.03%) (43). El 0.4% de los neonatos tuvo un pH < 7 (acidosis metabólica severa), el diagnóstico de Encefalopatía hipóxico isquémica estuvo en el 0.13% y la muerte ocurrió en el 0.04% (43). La presencia de extrusión de placenta o partes fetales se asoció con acidosis metabólica severa (P < 0.001). Otros variables estudiadas como inducción, peso de nacimiento y uso de anestesia peridural no demostraron asociación con rotura uterina. (43).

En el año 2003 Chauhan et al. publicaron un porcentaje de rotura uterina de 0.62% en mujeres sometidas a Prueba de trabajo de parto (44). En este estudio el índice de acidosis neonatal fue de 0.15% y el de muerte perinatal de 0.04% (44). La oxitocina estuvo involucrada en el 43% de las roturas uterinas de esta serie.

La data anterior indica que el riesgo relativo de rotura uterina, morbilidad materna y morbi mortalidad perinatal es mayor en las mujeres con antecedente de una cicatriz de cesárea previa, sometidas a una Prueba de trabajo de parto, comparado con el grupo de mujeres sometidas a una cesárea electiva, pero el riesgo absoluto de estas complicaciones es muy bajo.

El tratamiento de la rotura uterina es la laparotomía de urgencia. Una vez extraído el feto, debe controlarse el sangrado materno, siendo la histerectomía una de las alternativas.

Aunque el riesgo de rotura uterina estaría aumentado en aquellas situaciones clínicas de trabajo de parto prolongado con aceleración oxitócica (45), Phelan et al., examinando retrospectivamente los patrones de actividad uterina antes de la rotura, no pudieron relacionar esta con la frecuencia o intensidad de las contracciones (23).

Aceleración del trabajo de parto con Oxitocina

No hay evidencia en la literatura de un mayor riesgo de rotura uterina, morbilidad materna o mobimortalidad perinatal producto del uso de la aceleración con Oxitocina (46, 47, 48)

Se requiere una cuidadosa vigilancia de la progresión del trabajo de parto, especialmente cuando hay sospecha de otra distocia (12, 22).

Con relación a otros agentes aceleradores del trabajo de parto en este tipo de pacientes, tales como las prostaglandinas, los estudios son insuficientes para recomendar su uso.

Inducción del trabajo de parto

Ravasia et al. En el año 2000 concluyen: No hay mayor riesgo de rotura uterina en mujeres sometidas a inducción con amniotomía, oxitocina o uso de sonda Foley, pero el riesgo es significativamente mayor cuando se usó prostaglandina E2 ($P = 0.004$) (49).

También en el año 2000, Sanchez Ramos et al. publicaron un meta – análisis evaluando el uso de prostaglandina E2 en este tipo de pacientes. Concluye que este fármaco es efectivo y no está asociado a un mayor riesgo de rotura uterina al compararlo con el inicio espontáneo del trabajo de parto (50)

Delaney y Young el año 2003 publican que el trabajo de parto inducido estaba asociado a un riesgo mayor de hemorragia post parto comparado con el inicio de parto espontáneo (7.3% v/s 5.0%: OR, 1.66 95% CI, 1.18 – 2.32), mayor riesgo de cesárea (37.5% v/s 24.2%: OR, 1.84; 95% CI, 1.25 – 2.25) y mayor posibilidad de ingreso del recién nacido a una unidad intensiva (13.35 v/s 9.4% OR; 1.69; 95% CI, 1.25 – 2.29). Con relación a la rotura uterina hubo una tendencia a ser mayor en el grupo de inducción pero no encontraron diferencias estadísticamente significativas (0.7% v/s 0.3%, $P = 0.128$) (51).

El estudio mas grande publicado corresponde a Lyndon – Rochelle et al., revisaron retrospectivamente la incidencia de rotura uterina en 20.095 mujeres con el antecedente de cesárea previa. Esta ocurrió en el 0.16% de las mujeres sometidas a una segunda cesárea en forma electiva, en el 0.52% de aquellas que iniciaron un trabajo de parto espontáneo (RR 3.2; 95% CI, 1.8 – 6.0), en el 0.77% de los casos en que se indujo sin prostaglandinas (RR, 4.9, 95% CI, 2.4 – 9.7) y en el 2.45% de las mujeres inducidas con prostaglandinas (RR, 15.6; 95% CI, 8.1 – 30.0) (52).

Al igual que para cualquier inducción, esta indicación en mujeres con el antecedente de una cesárea previa debe ser cuidadosamente evaluada. El riesgo absoluto de rotura uterina es muy bajo, pero los riesgos relativos, en especial con el uso de prostaglandinas, son mayores al compararlos con el inicio espontáneo del trabajo de parto.

Misoprostol

Este fármaco ha demostrado ser un agente efectivo y de bajo costo para la maduración cervical y la inducción del trabajo de parto (53). En el grupo de mujeres con el antecedente de una cesárea previa, existen en la literatura, pequeñas series que demuestran un riesgo que oscila entre un 0% y un 11.7% de rotura uterina con el uso del Misoprostol como inductor del trabajo de parto (29, 54 – 57). Los números de pacientes evaluadas en estos estudios son pequeños, razón por la cual no se pueden sacar conclusiones, por lo que mientras no existan estudios randomizados al respecto, no se puede recomendar el uso de Misoprostol para maduración del cuello uterino o inducción del trabajo de parto en mujeres con el antecedente de una cicatriz uterina previa.

Otras circunstancias

Antecedentes de más de una cesárea segmentaria previa

Diversos autores han evaluado el índice de éxito de parto vaginal y el riesgo de rotura uterina en mujeres con el antecedente de más de una cicatriz de cesárea anterior

(58 – 64). El parto vaginal ocurre entre el 62% y el 89% y la rotura uterina entre el 0% y el 3.7%.

Embarazo múltiple

Siete estudios han evaluado el parto vaginal de un embarazo múltiple después de una cesárea (65 – 71). Todos ellos apoyan la prueba de trabajo de parto después de una cesárea como segura y efectiva, con índices de éxito de 69% a 84%, sin aumento de la morbilidad o mortalidad materna y/o fetal. Estos estudios evalúan una cantidad pequeña de casos, por lo que se requieren estudios con muchas más pacientes para detectar los resultados infrecuentes tales como la rotura uterina y la mortalidad perinatal.

Presentación podálica

Hannah et al., en su protocolo multicéntrico demostraron que la cesárea electiva esta asociada con mejores resultados perinatales y neonatales en la presentación podálica de término (72).

Macrosomía

Zelop et al., demostraron un éxito de 60% de partos vaginales en mujeres con el antecedente de una cesárea anterior, con recién nacidos con pesos mayores a los 4000 grs., sin aumento en la morbilidad materna o fetal y sin aumento del riesgo de rotura uterina (73). Estos datos apoyan a aquellos previamente publicados por Flamm y Goings, con un 58% de éxito (74) y Phelan et al., con un 67% de éxito (75).

De acuerdo a estos resultados, la macrosomía no es una contraindicación para una Prueba de trabajo de parto en una mujer con una cicatriz de cesárea previa, aunque si esta asociada a una menor posibilidad de éxito.

Intervalo ínter genésico

Cuatro publicaciones han evaluado la relación entre el periodo ínter genésico y el índice de partos vaginales después de una cesárea previa y la rotura uterina (76 – 79). Esposito et al: mayor riesgo de rotura uterina en el periodo ínter genésico corto (< 15 meses entre partos) comparados al grupo control (17.4% v/s 4.7%, P = 0.05). Shipp et al: compararon periodos de <18 meses entre partos y > de 18 meses. El riesgo de rotura uterina se triplico en el grupo de pacientes con el intervalo mas corto (2.25% v/s 1.05%: OR, 3.0; 95% CI, 1.2 – 7.2). Huang et al: No observaron diferencias en el porcentaje de partos vaginales entre periodos ínter genésicos mayores o menores a los 19 meses (79% v/s 85.5%, P = 0.12). Estos autores si observaron diferencias significativas en partos vaginales cuando las mujeres fueron sometidas a inducción versus inicio espontáneo del trabajo de parto (14.3% v/s 86.1%, P <0.01). Este estudio no mostró diferencias en el riesgo de rotura uterina.

En el año 2002, Bujold et al, publicaron un estudio observacional. Los índices de rotura uterina fueron los siguientes: <12 meses, 4.8%; entre 13 y 24 meses, 2.7%; 25 – 36 meses, 0.9% y >36 meses, 0.9%. El OR para rotura uterina en una mujer con el antecedente de una cesárea previa en un periodo < 24 meses fue de 2.65 (95% CI, 1.08 – 6.46).

Postdatismo

Tres estudios han evaluado la Prueba de trabajo de parto después de una cesárea y la prolongación del embarazo. No se demostró diferencias significativas en el parto vaginal ni en el riesgo de rotura uterina al comparar los embarazos < 40 semanas con los > 40 semanas (80 – 82).

Otros factores

Con respecto a la obesidad materna, antecedentes de endometritis en el parto previo, tipos de material de sutura, malformaciones müllerianas y edad materna no hay evidencia que permita conclusiones definitivas con relación a la vía de parto en las mujeres con el antecedente de una cesárea previa

Autor de la Guía clínica: Dr. Iván Rojas

Guía revisada en Reunión Clínica del Servicio de Obstetricia, Ginecología y Neonatología de Clínica Santa María en septiembre de 2008.