PROGRESOS DE
Obstetricia y Ginecología
Revista Oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia
ARÁN



Prog Obstet Ginecol. 2017;60(5):438-443

Trabajo Original

Vía de parto tras una cesárea anterior

Labor after an anterior cesarean section

Claudia Galán Salazar, Silvia Mateos López, Ángeles Martos Cano, Ángel Salcedo Mariña y Tirso Pérez Medina

Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda. Madrid

Resumen

Objetivo: describir la vía de parto en mujeres con una cesárea anterior. En el caso de la cesárea electiva se describen las causas y en aquellas que intentaron parto vaginal, los factores relacionados con la tasa de éxito o fracaso del mismo. También se estudia la incidencia de complicaciones relacionadas.

Material y métodos: estudio de cohortes retrospectivo y descriptivo que incluye a 638 mujeres con antecedente de una cesárea anterior y gestación a término cuya finalización del embarazo tuvo lugar en el Hospital Universitario Puerta de Hierro entre enero de 2012 y enero de 2015.

Resultados: de las 638 mujeres seleccionadas, 352 deciden intentar parto vaginal (54,5%), mientras que las 286 restantes (45,5%) optan por una cesárea electiva programada. La tasa de éxito del PVDC es del 81,8%. Se registran porcentajes mayores de éxito en mujeres con partos vaginales previos y con inicio del trabajo de parto espontáneo. Las indicaciones de cesárea electiva más frecuentes son la cesárea anterior practicada hace menos de 18 meses y el no deseo de parto vaginal. Hubo 7 casos de rotura uterina.

Conclusiones: dada la alta tasa de éxito de la vía de parto en mujeres con una cesárea anterior., se debe ofrecer este como primera opción siempre que no haya condiciones que la contraindiquen, así como informar a la mujer para que la elección se base en la evidencia científica, haciendo hincapié en los riesgos y beneficios tanto de la vía vaginal como de la repetición de la cesárea.

Palabras clave:

Parto vaginal después de cesárea. Cesárea electiva. Rotura uterina.

Abstract

Objective: Describe the delivery in women with a previous caesarean section. In the case of the caesarean section the causes are described, and in those who tried the vaginal delivery, some factors related to the success or failure rates of it are reflected. Also, the incidence of the related complications is studied.

Material and Methods: Retrospective and descriptive study of cohorts that include women with previous caesarean section, which conclusion of the pregnancy was in the Puerta de Hierro University Hospital between January 2012 and January 2015.

Results: 54,5% decide to try vaginal delivery, while the rest are programmed caesarean sections. The success rate for PVDC is 81,8%. Higher success percentages are registered in women with previous vaginal deliveries, and with the initial work of spontaneous delivery. The most frequent indications of iterative caesarean section are the caesarean sections practiced less than 18 months before, and the wish to not have a vaginal delivery. There were 7 cases of uterine rupture.

Conclusions: Provided the high rate of success on vaginal birth after an anterior cesarean section it must be offered as a first option as long as there is not a condition that contraindicates it, as well as educating and informing the woman so the choice is based on a scientific evidence, and is ethic and fair with her and the sanitary service.

Key words:

Vaginal birth after cesarean section. Elective cesarean section. Uterine rupture.

Recibido: 01/07/2017
Aceptado: 11/07/2017

Galán Salazar C, Mateos S, Martos Cano Á, Salcedo Á, Pérez Medina T. Vía de parto tras una cesárea anterior. Prog Obstet Ginecol. 2017;60(5):438-443

Correspondencia:
Tirso Pérez-Medina.
Hospital Universitario Puerta de Hierro.
C/ Manuel de Falla, 2.
28223 Madrid
e-mail: tperezm@sego.es

INTRODUCCIÓN

En 1916 el obstetra americano Cragin sentenciaba "una vez cesárea, siempre cesárea". Sin embargo, en aquella época la cesárea se realizaba a nivel corporal, no existían los antibióticos ni las transfusiones y la morbimortalidad materno-fetal y las complicaciones posteriores a una rotura uterina eran elevadas (1).

Tras varios estudios realizados en los años 80, se concluyó que es posible la vía vaginal tras una cesárea previa y que el riesgo es mínimo siempre que las características del embarazo y de la mujer lo permitan. Por ello, a lo largo de los años, la tendencia es la de intentar disminuir la tasa de cesáreas cuando sea posible (2), ya que esta entraña múltiples posibles complicaciones propias de una cirugía mayor: hemorragia, infecciones, daño de los órganos vecinos y las asociadas a la anestesia (3). En cambio, en el caso de la vía vaginal, se favorece una estancia hospitalaria corta, menor pérdida sanguínea y menos infecciones y fenómenos tromboembólicos (4).

Al hablar del caso concreto de la cesárea versus parto vaginal en mujeres con cesárea previa habrá otros factores, además de los mencionados anteriormente, que influyan en la morbimortalidad. Así, en el caso materno, esta es menor en el parto que en la cesárea iterativa. Sin embargo, es mayor cuando fracasa el intento de parto y se debe realizar una cesárea de urgencia. Por ello, existen guías y recomendaciones que ayudan a predecir la tasa de éxito y qué mujeres son subsidiarias de parto vaginal y cuáles de cesárea (5).

La tasa de éxito dependerá directamente de los factores obstétricos que aparecen en la figura 1 (6,7). En general, el parto resulta exitoso en el 72-76% de las mujeres con cesárea previa (nivel de evidencia IIa) y, aquellas con un parto vaginal en sus antecedentes, conseguirán incluso tasas de éxito del 87-90% (8). Además, el antecedente de parto disminuirá el riesgo de rotura uterina (9,10).

Indicación de cesárea previa	
Distocia	63,5
RPBF	72,6
Presentación anómala	83,8
Antecedente de parto vaginal	
Sí	86,6
No	64,4
Comienzo del parto	
Espontáneo	80,6
Inducido	67,4
Dilatación cervical	
< 4 cm	66,8
> 4 cm	83,8
Edad gestacional	
37-41 SG	75
> 41 SG	64,8

Figura 1. Porcentaje de éxito de parto vaginal tras cesárea previa según la indicación inicial (6,7).

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) recomienda la vía de parto en mujeres con una cesárea anterior (PVDC) a todas las gestantes con cesárea previa, una vez se hayan descartado las contraindicaciones y se haya informado debidamente a esta sobre los riesgos y beneficios del parto vaginal después de cesárea así como los riesgos de una cesárea electiva tras una cesárea anterior (11).

Las contraindicaciones del PVDC quedan reflejadas en la figura 2. Con respecto al embarazo gemelar, la diabetes gestacional, la macrosomía o la presentación podálica, la SEGO establece que no son causa de contraindicación del PVDC, aunque debido a la escasez de información se debe actuar con prudencia e individualizar cada caso (nivel de recomendación C) (11).

Cesárea corporal o en T invertida
Histerotomía o miomectomía previa con entrada en la cavidad uterina
Rotura uterina previa
Contraindicación para parto vaginal
Tres o mas cesáreas previas

Figura 2. Contraindicaciones para intentar PVDC (SEGO, 2010).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de cohortes retrospectivo en el que se estudian los casos de mujeres cuya finalización del embarazo se dio en el Hospital Universitario Puerta de Hierro entre enero de 2012 y enero de 2015. Los criterios de inclusión eran antecedente de una cesárea y que sean embarazos a término. Son un total de 638 casos de los 10.081 nacimientos que hubo entre las fechas mencionadas.

La información utilizada fue recogida de historias clínicas electrónicas a través de la base de datos Selene.

Se realiza un estudio descriptivo de los datos obtenidos con respecto al total de nacimientos entre enero de 2012 y enero de 2015, para después hacer una descripción de la distribución de los casos dentro de la propia cohorte.

OBJETIVOS

El objetivo principal de este proyecto es describir la incidencia de cada una de las dos opciones posibles a la hora de finalizar el embarazo en mujeres con el antecedente de una cesárea anterior: cesárea electiva o PVDC. Además, el estudio se centra en conocer las causas que motivaron la cesárea electiva, así como la incidencia de complicaciones relacionadas con el trabajo de parto en estas mujeres.

RESULTADOS

Los casos estudiados representan el 6,4% del total de nacimientos que hubo entre enero de 2012 y enero de 2015 en este hospital. Del total de cesáreas realizadas en ese intervalo de tiempo, el 17,2% corresponde a mujeres que están incluidas en este estudio.

De los 638 casos que conforman este estudio, 352 intentaron parto vaginal, lo que corresponde a un 54,5%. El 45,5% restante (286 casos) corresponde a aquellos que fueron cesárea electiva. Por tanto, el número de casos que intentaron parto vaginal supera a los de cesárea programada. Sin embargo, el total de cesáreas supera los partos vaginales, debido a las cesáreas practicadas de urgencia, constituyendo un 55,4%.

Si tomamos como total los casos que intentaron parto vaginal, el 81,8% correspondería al éxito y el 18,2% al fracaso en el trabajo de parto.

La distribución de los casos de acuerdo a la finalización del embarazo queda reflejada en la figura 3.

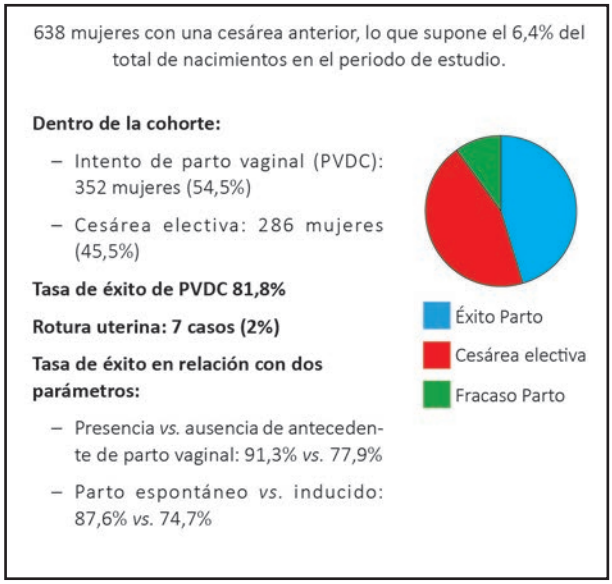


Figura 3. Distribución de la cohorte según la finalización del embarazo.

Centrándonos en las mujeres que intentaron parto vaginal, se describen los siguientes parámetros: parto vaginal previo y trabajo de parto espontáneo o inducido.

Las mujeres que tenían un parto vaginal previo consiguieron el éxito en el PVDC en el 91,3% de los casos y el 8,7% restante fracasó. Aquellas que no contaban con un parto vaginal entre sus antecedentes tuvieron una tasa de éxito menor (77,9%). Tal y como queda recogido en la literatura, el éxito en el trabajo de parto vaginal después de cesárea alcanza cifras mayores si se trata de una mujer que ha tenido un parto vaginal previo.

En cuanto al parto espontáneo versus inducido, se observa un mayor porcentaje de partos espontáneos asociados al éxito del trabajo de parto que en aquellos casos en que se realizó inducción (87,6% *vs.* 74,7%). Como ocurre en el caso anterior, estos resultados se alinean con la literatura disponible: la inducción disminuye la probabilidad de éxito del parto vaginal (12).

Dentro de la cesárea electiva, el grupo mayoritario corresponde a casos en los que el período transcurrido desde la cesárea anterior era menor de 18 meses (34,7%). La SEGO establece un intervalo mínimo de 18 meses, pues por debajo de ese período el riesgo de rotura uterina es elevado (11). Este grupo va seguido en frecuencia por el de las pacientes que no desearon parto vaginal, 87 pacientes, sin que existiese indicación médica que respaldase la cirugía (27,9%). A continuación le siguen los casos en que el obstetra diagnosticó cérvix desfavorable (13,6%) y aquellos en que había alguna circunstancia patológica (12,9%), bien por antecedente de la madre, del feto o por patología propia del embarazo, como la placenta previa o una preeclampsia. Un 4,4% fue por presentación no cefálica y un 2% por un peso fetal estimado de más de 4.000 gr. En un 1,4%, la causa de la cesárea no quedaba especificada en la historia clínica. En la figura 4 podemos ver las causas mencionadas como responsables de las cesáreas.

En cuanto a las complicaciones relacionadas con el trabajo de parto, hubo siete casos de rotura uterina (2%), acabando uno de ellos en histerectomía obstétrica (Tabla I).

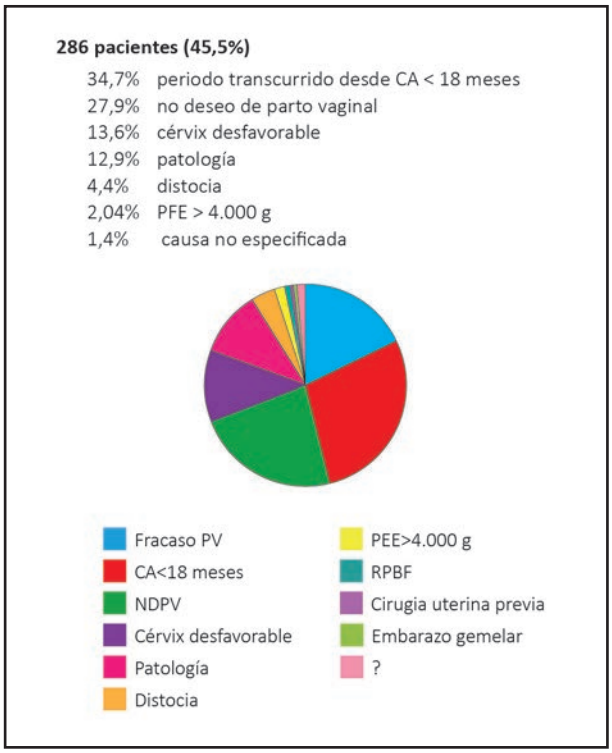


Figura 4. Motivos para repetir la cesárea en el grupo de cesárea electiva.

Tabla I.
Roturas uterinas en PVDC

	Causa de la cesarea anterior	Causa de la cesarea actual	Complicaciones intracesarea
1	RPBF	NPP	Sin interés
2	DPC	DPC	Sin interés
3	Preeclampsia	RPBF	Apertura Vesical
4	Fracaso de inducción	NPP	Sin interés
5	Distocia de rotación	RPBF	Sin interés
6	RPBF	Parto con espátulas	Rotura completa
7	Fracaso de inducción	Fracaso de inducción (GCP)	Sin interés

DISCUSIÓN

La causa más frecuente de cesárea es su repetición a causa de una cesárea anterior (13). Sin embargo, no todas estas cesáreas electivas tienen una indicación médica, como ocurre en el caso de las mujeres que no desean parto vaginal y que, en este proyecto, constituyen la segunda causa de cesárea.

Por ello, cabe hablar de las cesáreas en general, ya que el aumento en la frecuencia de la primera cesárea conlleva un potencial aumento del grupo más numeroso: aquellas que se repiten.

La declaración de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre tasas de cesárea señala: "la cesárea, cuando está justificada desde el punto de vista médico, es eficaz para prevenir la morbimortalidad materna y perinatal (14). Sin embargo, no están demostrados los beneficios del parto por cesárea para las mujeres o los neonatos en quienes este procedimiento resulta innecesario. Como en cualquier otra cirugía, la cesárea está asociada a riesgos a corto y a largo plazo que pueden perdurar por muchos años después de la intervención y afectar a la salud de la mujer, y del neonato, así como a cualquier embarazo futuro" (15-17).

En los últimos años, tanto los gobiernos como los profesionales sanitarios han manifestado su preocupación por el aumento en la cantidad de cesáreas y las posibles consecuencias negativas que esto puede tener sobre la salud maternoinfantil (18-21). Asimismo, se debe hacer referencia al costo, pues es un factor de peso en el acceso equitativo a la atención materna y neonatal (22,23).

En 2014, la OMS realizó un estudio ecológico mundial en el que concluía que una tasa de hasta el 10% supone una reducción de la mortalidad materna y neonatal a medida que aumenta el número de cesáreas. Pero, a medida que la tasa de cesáreas aumenta por el encima del 10% hasta el 30%, no se observa ningún efecto sobre la mortalidad. La OMS reconoce la limitación más importante de los estudios ecológicos que existen y es que analizan la mortalidad, que es un resultado poco frecuente, sobre todo en países desarrollados. Por ello, señala la necesidad de realizar estudios que utilicen indicadores como la morbilidad y los aspectos psicológicos y sociales que se relacionan con la modalidad del parto, ya que podrán ayudar a establecer recomendaciones más realistas sobre la tasa ideal de cesáreas. En cualquier caso, la OMS aclara que debe hacerse siempre todo lo posible por practicar cesáreas a mujeres que lo necesiten en lugar de llegar a una tasa concreta (24).

Otros autores y asociaciones coinciden con la OMS en que una tasa de cesáreas no revela nada sino está ajustada a distintos riesgos y factores. Y añaden que el objetivo debe estar, más que en determinar una tasa y alcanzarla, en reducir el uso inapropiado de ciertos procedimientos, dando orientación y apoyo en la toma de decisiones de acuerdo al riesgo/beneficio a través de guías y protocolos basados en la evidencia científica (25).

A pesar de las limitaciones referidas a la tasa de cesáreas, es un hecho que a lo largo de los años ha aumentado. Tiene un componente multifactorial, como por ejemplo, el cambio en las características sociodemográficas tales como la tasa de obesidad, la diabetes, la edad de maternidad y con ella la de embarazos múltiples; factores que propician la incidencia de esta intervención.

Existen considerables variaciones en la tasa de cesáreas entre comunidades autónomas españolas, así como entre hospitales públicos y privados, que solo se pueden explicar por un uso inapropiado de la misma. No obstante, en España, así como en otros países, existe un factor muy importante que contribuye a este aumento: la ley contempla el derecho de la mujer a decidir una cesárea después de una cesárea anterior, a pesar de que no exista una condición médica que lo indique (26). Esto se correspondería con el 27,9% del total de cesáreas practicadas en las mujeres que conforman este proyecto. Estos factores médico-legales han llevado a la práctica de una medicina defensiva por una presión creciente de la sociedad hacia el obstetra y que, para algunos autores, es uno de los factores más importantes que contribuyen al aumento de la tasa de cesáreas. Esto último queda respaldado en España por la Ley de Autonomía del Paciente (Ley 41/2002), según la cual "toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez

que, recibida la información disponible, haya valorado las opciones propias del caso" (27). Esto se traduce en que la mujer es libre de elegir una cesárea de repetición o un PVDC, siempre que no exista contraindicación pero no necesariamente debe de haber una indicación médica que justifique su decisión. En nuestro estudio, esta ha sido la causa para repetir la cesárea en 87 casos (27,9%).

Sin embargo, países como Holanda permiten que la mujer decida y, aun así, registran elevados índices de PVDC. Un estudio basado en entrevistas a obstetras y matronas de países con tasas altas de PVDC, entre ellos Holanda, arroja algunas claves que podrían ser aplicadas a ese porcentaje de mujeres con el fin de reducir la práctica innecesaria de cesáreas. Estas claves se basan principalmente en medidas de comunicación que garanticen el trabajo en equipo del personal sanitario y una relación de confianza con la mujer embarazada. A modo de ejemplo, algunas de estas medidas son (28):

- Protocolo de actuación consensuado y coordinado para pacientes con cesárea anterior.
- Identificar a las mujeres con miedo al parto vaginal así como la causa de este, para poder ofrecer una información adecuada que alivie y dé seguridad.
- Dar información a las mujeres a las que se les acaba de practicar su primera cesárea, aclarándoles el motivo de esta y adelantando ya la posibilidad futura de un PVDC (si no hay contraindicación).
- Ofrecer a la mujer información basada en la evidencia, no solo de los riesgos potenciales del PVDC, sino de los riesgos de la cesárea, así como de los aspectos positivos del PVDC.
- En la información ofrecida en la actual "Guía de práctica clínica" de la SEGO, que data de 2010, se hace hincapié en las complicaciones que pueden derivarse del intento de parto vaginal tras una cesárea anterior, sin reflejar de forma fehaciente los riesgos inherentes a una segunda intervención, lo que orienta a las pacientes a la opción de cesárea electiva. Tampoco se explica claramente las posibilidades reales de tener un parto vaginal exitoso y de las ventajas obtenidas en este caso.
- Dada la alta tasa de parto vaginal en mujeres con una cesárea anterior, creemos que es imperativo que las guías de asistencia práctica de nuestra sociedad reflejen este hecho, pasando a denominarse "Vía de parto tras cesárea anterior" y explicando de igual manera las dos opciones a las pacientes, junto con sus riesgos y beneficios.

CONCLUSIÓN

El PVDC es una opción con una alta tasa de éxito y una morbimortalidad materna menor que en el caso de cesárea electiva. No obstante, ante el fracaso de parto se debe realizar una cesárea urgente que conlleva más riesgos que una cesárea programada. Por ello, el médico debe seleccionar los casos de acuerdo a la evidencia disponible, de modo que la elección de las distintas alternativas sea la más beneficiosa para el bienestar maternofetal.

Asimismo, es importante analizar las causas de cesáreas en general, puesto que de este número dependen las cesáreas electivas, y más que buscar una tasa ideal de cesáreas, el objetivo debe estar en ceñirse a la evidencia científica para garantizar un acceso ético y equitativo al sistema sanitario.

Por último, cabe resaltar el valor de la comunicación entre el personal sanitario y la mujer embarazada, puesto que el primero tiene en su mano la información basada en la evidencia y la capacidad de dar seguridad y empoderar a la mujer. Sin embargo, no debemos olvidar la necesidad de realizar estudios que arrojen medidas estadísticamente significativas para poder mejorar y estandarizar el manejo de estas pacientes en todo el mundo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cragin B. Conservatism in obstetrics. NY Med J 1916;104:1-3.
2. Ricci P, Perucca E, Altamirano R. Nacimiento por parto vaginal después de una cesárea. Prueba de trabajo de parto versus cesárea electiva a repetición. Rotura uterina, una complicación posible. Rev Chil Obstet Ginecol 2003;68:523-8.
3. Cunningham F, Kenneth J, Steven L, et al. Antecedente de cesárea. En: Williams, editor. Obstetricia. México: McGraw Hill;2006.
4. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Vaginal Birth After Cesarean Delivery-Deciding on a Trial of Labor After Cesarean Delivery, Agosto 2011.
5. Quesnel GBC, López-Rioja MJ, Monzalbo-Núñez DE. Parto después de cesárea ¿una opción segura? Ginecol Obstet Mex 2015;83:69-87.
6. Welischar J, Quirk J. Trial of labor after cesarean delivery. En: UpToDate, Lockwood, C (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2014.
7. Landon M, Leindecker S, Spong C, et al. The MFMU cesarean registry: Factors affecting the success of trial labor after previous cesarean delivery? Am J Obstet Gynecol 2005;193:1016-23.
8. National Institute of Health Consensus Development Conferences Statement. Vaginal birth after cesarean: new insights. Obstet Gynecol 2010;115:1279-95.
9. Cahill A, Stamilio D, Odibo A, et al. Is vaginal birth after cesarean (VBAC) or elective repeat cesarean safer in women with a prior vaginal delivery? Obstet Gynecol 2006;195:1143-7.
10. Srinivas S, Stamilio D, Stevens E, et al. Predicting failure of a vaginal birth attempt after cesarean delivery. Obstet Gynecol 2007;109:800-5.
11. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Parto vaginal tras cesárea. Madrid: SEGO; 2010. Protocolos asistenciales en Obstetricia.
12. Crispín Milart P, Frías Aldeguer L, Adiego Burgos B, Gozalo Marcos N, Cerdeira San Miguel D, Albi González M. Parto vaginal tras cesárea. Tasas de éxito y factores relacionados. En: 31 Congreso Nacional SEGO. Sevilla; Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia; 2011.
13. Cheng Y, Eden K, Marshall P, Pereira L, Caughey A, Guise J-M. Delivery after prior caesarean: maternal morbidity and mortality. ClinPerinatol 2011;38(2):297-309.
14. Ye J, Betran AP, Vela MG, Souza JP, Zhang J. Searching for the Optimal Rate of Medically Necessary Cesarean Delivery. Birth 2014;41(3):237-43.
15. Lumbiganon P, Laopaiboon M, Gulmezoglu AM, Souza JP, Taneepanichskul S, Ruyan P, et al. Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007-08. Lancet 2010;375:490-9.
16. Tilden EL, Cheyney M, Guise JM, Emeis C, Lapidus J, Biel FM, Wiedrick J, Snowden JM. Vaginal birth after cesarean: neonatal outcomes and

United States birth setting. Am J Obstet Gynecol 2017;403:e1-8.
17. Souza JP, Gulmezoglu A, Lumbiganon P, Laopaiboon M, Carroli G, Fawole B, et al. Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. BMC medicine 2010;8:71.
18. Victora CG, Barros FC. Beware: unnecessary caesarean sections may be hazardous. Lancet 2006;367(9525):1796-7.
19. Steer PJ, Modi N. Elective caesarean sections: risks to the infant. Lancet 2009;374(9691):675-6.
20. Caesarean section: the first cut isn't the deepest. Lancet 2010;375(9719):956.
21. Mi J, Liu F. Rate of caesarean section is alarming in China. Lancet 2014;383:1463-4.
22. Gibbons L, Belizan JM, Lauer JA, Betran AP, Merialdi M, Althabe F. Inequities in the use of cesarean section deliveries in the world. Am J Obstet Gynecol 2012;206:331 e1-19.
23. Organización Mundial de la Salud. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Departamento de Salud Reproductiva e Investigación. Ginebra: OMS; 2015.
24. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC). Guidelines for vaginal birth after previous cesarean birth. J Obstet Gynaecol Can 2005;27:164-74.
25. Son M, Roy A, Grobman WA. Attempted operative vaginal delivery vs repeat cesarean in the second stage among women undergoing a trial of labor after cesarean delivery. Am J Obstet Gynecol 2017;407:e1-5
26. Wing D. Induction of labor. En: UpToDate, Lockwood, CJ (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2014
27. Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Ley 41/2002 de 14 de Noviembre. Boletín Oficial del Estado, nº 274, (15/11/2002).
28. Lundgren I, Smith V, Nilsson C, Vehvilainen-Julkunen K, Nicoletti J, Devane D, et al. Clinician-centred interventions to increase vaginal birth after caesarean section (VBAC): a systematic review. BMC Pregnancy Childbirth 2015;15:16.