

2019

CONSENSO

## **PARTO VAGINAL DESPUÉS DE UNA CESÁREA**

*Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires*

**CONSENSO**

**PARTO VAGINAL DESPUÉS DE UNA CESÁREA**

**Año 2019**

**Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires  
(SOGIBA)**



## **PARTICIPANTES**

<b>Coordinador:</b>	Dr. Almada, Rubén <sup>(1)</sup>
<b>Expertos:</b>	Dr. Aguilera, Enrique <sup>(2)</sup>
	Dra. Campos Flores, Jessica <sup>(3)</sup>
	Dr. Fiameni, Facundo <sup>(4)</sup>
	Dr. Luca, Rubén <sup>(5)</sup>
	Dr. Mezzabotta, Leonardo <sup>(6)</sup>
	Dr. Presta, Edgardo <sup>(7)</sup>

- (1) Subdirector Médico - Hospital Materno Infantil Ramón Sardá.  
Docente Adjunto de Obstetricia - USAL
- (2) Jefe de División a/c Tocoginecología - Hospital General de Agudos José M. Penna
- (3) Jefa de División Urgencias - Hospital Materno Infantil Ramón Sardá.  
Docente Adscripta Obstetricia - UBA
- (4) Médico de Planta Obstetricia - Hospital General de Agudos J. M. Ramos Mejía.  
Médico de Planta y Guardia - Hospital Alemán.  
Docente Adscripto Obstetricia - UBA
- (5) Jefe de División Obstetricia - Hospital Donación Francisco Santojanni.  
Docente Adscripto Obstetricia - UBA
- (6) Jefe de Unidad Obstetricia - Hospital General de Agudos Cosme Argerich.  
Jefe del Servicio de Obstetricia - Sanatorio de los Arcos.  
Docente Adscripto Obstetricia - UBA
- (7) Jefe de Unidad Internación Obstetricia - Hospital Materno Infantil Ramón Sardá.  
Médico Legista.

Los médicos especialistas que participamos  
en la elaboración de este consenso declaramos  
NO tener conflictos de intereses financieros y/o científicos.

Para la confección del presente consenso  
se realizaron búsquedas bibliográficas de las últimas publicaciones,  
se consideraron las guías, normas de seguimiento y/o protocolos  
de las sociedades científicas más importantes de la especialidad,  
como así también, se tomaron en cuenta los aportes  
que surgieron de su presentación en el contexto del  
**XXXVII Congreso Internacional de Obstetricia y Ginecología - SOGIBA 2019.**

# ÍNDICE

	<b>Página</b>
ÍNDICE	4
GLOSARIO y ABREVIATURAS	6
1. INTRODUCCIÓN	8
2. CONDICIONES GENERALES	10
2.1. Puntaje de FLAMM	11
2.2. FACTORES QUE INFLUYEN NEGATIVAMENTE EN EL ÉXITO DEL PVDC	12
2.3. CONTRAINDICACIONES	12
2.4. FACTORES QUE POTENCIALMENTE INCREMENTAN EL RIESGO DE ROTURA UTERINA	13
3. BENEFICIOS	14
3.1. BENEFICIOS MATERNOS DEL PVDC	14
3.2. BENEFICIOS PERINATALES DEL PVDC	15
3.3. BENEFICIOS DE LA CESÁREA ELECTIVA	15
4. CONSIDERACIONES ESPECIALES	16
5. RIESGOS Y COMPLICACIONES	19
5.1. PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO	20
6. ASISTENCIA DEL NACIMIENTO	22
6.1. DEL LUGAR DE NACIMIENTO (Requerimientos obstétricos y neonatales)	22

6.2. DE LA ASISTENCIA DEL TRABAJO DE PARTO	23
6.3. DE LA CONDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO	23
6.4. DE LA INDUCCIÓN AL TRABAJO DE PARTO	24
6.5. DEL MONITOREO FETAL	25
6.6. SIGNOS CLÍNICOS DE SOSPECHA DE ROTURA UTERINA	26
6.7. REVISIÓN DE LA CICATRIZ DE LA CESÁREA ANTERIOR	27
7. ANEXO. CONSENTIMIENTO INFORMADO	28
7. BIBLIOGRAFÍA	32

## **GLOSARIO y ABREVIATURAS**

- **ACOG. The American College of Obstetricians and gynecologists.** Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos. EEUU.
- **Cesárea Anterior (CA):** Paciente con un nacimiento previo a través de una operación cesárea.
- **Cesárea Iterativa (CI):** Aquella cesárea que debe repetirse, ya sea por persistencia de la indicación anterior o por aparición de una nueva, distinta de la que motivó la intervención o intervenciones anteriores.
- **Cesárea de Urgencia (CU):** Nacimiento que se produce por cesárea cuando ésta no fue programada o electiva, siendo por causas maternas o fetales.
- **EMA. Edad Materna Avanzada.** La tendencia internacional es considerar edad avanzada después de los 40 años.
- **FCF.** Frecuencia Cardíaca Fetal.
- **IMC.** Índice de Masa Corporal.
- **Macrosomía fetal.** Peso fetal  $\geq$  4000 gr.
- **NICE. The National Institute for Health and Care Excellence.** Instituto Nacional de Salud y Cuidados de Excelencia. Reino Unido.
- **NICHD. National Institute of Child Health and Human Development.** Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano

- **Nacimiento por cesárea de repetición electiva o cesárea electiva (CE):** Nacimiento por cesárea planificada en una mujer que ha tenido uno o más nacimientos por cesáreas anteriores. El nacimiento puede o no ser programado.
- **Parto Vaginal (PV):** Nacimiento de un feto viable a través de la vagina.
- **Parto vaginal después de un nacimiento por cesárea (PVDC):** Parto vaginal después de una prueba de parto exitosa.
- **Periodo Intergenésico.** Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se considera periodo intergenésico aquel que se encuentra entre la fecha del último evento obstétrico y el inicio (fecha de última menstruación - FUM) del siguiente embarazo. El evento obstétrico puede ser un aborto o nacimiento (vaginal o por cesárea).
- **Prueba de parto (PP):** Intento planificado de trabajo de parto en una embarazada con feto viable.
- **Prueba de parto después de una cesárea (PPDC):** Intento planificado de trabajo de parto en una mujer que ha tenido un nacimiento previo por cesárea.
- **Prueba de parto exitosa (PPE):** Parto vaginal posterior a un nacimiento por cesárea.
- **Prueba de parto fallida (PPF):** Nacimiento por cesárea en una mujer que ha tenido una prueba de parto y no se ha concretado, finalizando en una cesárea intraparto.
- **RCOG. Royal College of Obstetricians and gynaecologists.** Real Colegio de Obstetras y Ginecólogos. Reino Unido.
- **SEGO. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.**



# 1. INTRODUCCIÓN

El PVDC hace referencia al nacimiento por vía vaginal en una mujer que ha tenido un nacimiento previo por medio de una cesárea.

Debemos recordar que tener una cesárea previa es la principal indicación para la realización de una nueva cesárea. Esta afirmación está presente en la mayoría de las estadísticas publicadas. También, es nuestra obligación mencionar que el 70% de las cesáreas se realiza en nulíparas, hecho que compromete el futuro obstétrico de esas mujeres. Por lo tanto, el principal objetivo para mejorar el número de partos vaginales debería ser la reducción del porcentaje de primeras cesáreas que no tienen una indicación absoluta y estrictamente médica.

En el transcurso de los años, hemos observado en nuestro país que la tasa de PVDC ha disminuido. Esto se debe a múltiples factores, médicos y no médicos. Entre los factores médicos se encuentran la preocupación de una rotura uterina en aquellas pacientes que intentan una prueba de parto, una prueba de parto fallida, una cesárea de urgencia, etc. Entre los factores no médicos se agrupan, el constante aumento de los reclamos judiciales por praxis médica, que el nacimiento se lleve a cabo en establecimientos de salud que no cuentan con los recursos apropiados, etc. Pero estos son sólo algunos de los factores que influyen esta disminución.

El objetivo de este consenso es proporcionar a los obstetras, efectores de salud, embarazadas y al público en general un informe basado en la evaluación de la mejor evidencia disponible hasta el momento sobre el PVDC. Este informe no pretende ser una directiva de tratamiento sino una orientación en el accionar del obstetra.

También, intenta ayudar a aquellas mujeres, con una incisión uterina segmentaria transversal previa, a tomar la mejor decisión después de recibir información adecuada sobre los riesgos y beneficios de la realización, tanto de una prueba de parto como de una cesárea electiva.

Al tomar, en conjunto con la paciente, la decisión de realizar una cesárea electiva o intentar un parto vaginal, se debe confeccionar el consentimiento informado y escrito sobre las probables complicaciones de la intervención a realizar.

Los profesionales de la salud debemos tener en cuenta que la información debe ser brindada de tal manera que, quien la reciba, comprenda dicho asesoramiento de forma inequívoca; así mismo, siempre que sea posible, se debe respetar la preferencia de la paciente.

## 2. CONDICIONES GENERALES

Cuando estamos frente a una embarazada con una CA nos encontramos ante una disyuntiva respecto de la vía de nacimiento

- INTENTAR UN PARTO VAGINAL
- REALIZAR UNA CESÁREA ITERATIVA

ACOG recomienda la prueba de parto en pacientes con una CA, debido a que el porcentaje de éxito en lograr un PV fluctúa entre 60 y 80 %.

Algunos autores han intentado establecer los factores asociados a un PV exitoso después de una CA, dentro de los que se encuentran el propio antecedente de parto vaginal, etnia, edad materna, inicio espontáneo del trabajo de parto y peso fetal. Otros sugieren factores asociados al fracaso de la prueba de parto, como son, principalmente el periodo intergenésico corto y las comorbilidades maternas.

El éxito del PVDC depende de características demográficas y obstétricas.

En un estudio comparativo de varias Guías de Práctica Clínica sobre PVDC, se recomienda la implementación de un asesoramiento por parte de un profesional experto respecto de los pasos a seguir. Además, promueve una decisión compartida médico-paciente, haciendo constar claramente los beneficios y riesgos tanto del PVDC como de una nueva CE.

La mayor parte de las Guías aprueba la planificación del PVDC para un gran porcentaje de mujeres que presenten un embarazo único con feto en presentación cefálica, de 37 semanas de gestación o más, con una cesárea anterior segmentaria, con o sin historia de un parto vaginal previo.

El desarrollo de puntajes que combinan estos factores permite seleccionar a las pacientes con mayores posibilidades de lograr un PVDC.

Eden y colabs, publicaron una revisión de 11 estudios y concluyeron que el puntaje validado de Flamm, tiene una predicción de éxito de

- 49 % con puntajes de 0 – 2
- 88 % con puntajes de 6 – 7
- 95 % con puntajes de 8 – 10

Bruce Flamm, publicó en 1997 una investigación donde desarrolló un sistema de puntuación para predecir la probabilidad de PV en pacientes sometidas a una PPDC utilizando factores conocidos al momento del ingreso al hospital. Ese puntaje se describe a continuación.

<b>2.1. Puntaje de FLAMM</b>	
<b>Características</b>	<b>Puntaje</b>
• Edad materna <40 años	2
• Antecedente de parto vaginal	
▪ Antes y después de la cesárea	4
▪ Después de la cesárea	2
▪ Antes de la cesárea	1
▪ Sin parto vaginal previo	0
• Cesárea previa NO motivada por falta de progresión	1
• Borramiento cervical al ingreso	
▪ >75%	2
▪ 25-75%	1
▪ <25%	0
• Dilatación cervical al ingreso $\geq 4$ cm	1

**Por lo tanto**

**A MAYOR PUNTUACIÓN ⇒ MAYOR PROBABILIDAD DE ÉXITO**

## **2.2. FACTORES QUE INFLUYEN NEGATIVAMENTE EN EL ÉXITO DE UN PVDC**

- Edad Materna avanzada
- Peso Materno Incrementado (según IMC)
- No tener PV previos a la CE
- Peso fetal excesivo o macrosomía fetal
- Indicación de cesárea previa por alteración de la segunda fase del Trabajo de Parto.

El RCOG en el año 2015 especifica que la mayoría de las mujeres con embarazo único, presentación cefálica, edad gestacional  $\geq 37$  semanas, son apropiadas para un PVDC, con o sin historia de PV. **G de R: B**

Recomienda además que, la consejería sobre el tipo de nacimiento debiera ser brindada por un especialista controlando que no haya contraindicaciones.

## **2.3. CONTRAINDICACIONES**

- Antecedente de Rotura Uterina
- Antecedente de cesárea NO segmentaria (incisión uterina corporal o clásica, ampliación en "T" invertida)
- Cirugía uterina previa con entrada en cavidad endometrial (miomectomía) o exéresis de mioma  $>5$  cm.
- Otras contraindicaciones absolutas para PV (placenta previa, presentación no cefálica, etc.)

#### **2.4. FACTORES QUE POTENCIALMENTE INCREMENTAN EL RIESGO DE ROTURA UTERINA**

- Periodo Intergenésico Corto (<1 año)
- Embarazo Prolongado
- Edad materna >40 años
- Obesidad
- Puntuación de Bishop desfavorable
- Macrosomía Fetal

### 3. BENEFICIOS

Las pacientes deben ser informadas sobre los beneficios que presenta el PVDC pues se asocia a una menor tasa de complicaciones que la CE, por lo que cada centro debería determinar su propia tasa para poder brindar a la paciente una adecuada información acerca de las probabilidades de éxito de dicha conducta.

Según el NICE dicha tasa es del 72-75%, y sube al 85-90% si tuvo previamente un parto vaginal.

La mayoría de los beneficios del PVDC tiene relación con eludir los perjuicios de la cesárea; de igual forma, la mayoría de los perjuicios que se presenta al asumir esa conducta, surge cuando la PPF conduce a una CU.

Se debe tener en cuenta que los riesgos y beneficios del PVDC respecto de la CE pueden contraponerse, ya sea que se considere a la madre o al feto.

La información brindada debe incluir:

- a. Capacidad para realizar una cesárea de urgencia o emergencia.
- b. Probabilidad de éxito de una prueba de parto.
- c. Conocimiento de ventajas y desventajas de ambas conductas.
- d. Preferencias personales, planes futuros, experiencias previas.

#### 3.1. BENEFICIOS MATERNOS DEL PVDC

Si bien la Mortalidad Materna es mayor en el PVDC que en la CE, su valor absoluto sigue siendo extremadamente bajo por lo que el PVDC es una práctica segura. (13/100.000 vs 4/100.000) (RR: 1.96; IC 95%: 1.76-2.19)

En relación a la Morbilidad Materna Severa, no existen diferencias entre ambos grupos (infecciones, transfusiones, hemorragias, etc.). El mayor riesgo de histerectomía vinculado a la rotura uterina en el PVDC se equipara con el mayor riesgo de histerectomía en futuros embarazos vinculados a trastornos adherenciales placentarios (placenta previa, acretismo placentario) y a las complicaciones quirúrgicas de la CI.

Aunque el riesgo relativo de rotura uterina es entre 7 y 10 veces mayor en el PVDC que en la CE, su valor absoluto es bajo (1/200, 0.5%) y se relaciona en forma directa con la adecuada selección de las pacientes para el PVDC y el correcto manejo del trabajo de parto.

El parto vaginal reduce la hospitalización materna, permite una mejor recuperación posparto y se asocia a un mayor nivel de satisfacción. Por otro lado, para el Sistema de Salud permite reducir los costos.

### **3.2. BENEFICIOS PERINATALES DEL PVDC**

El riesgo de Muerte Perinatal asociado al parto es extremadamente bajo (4/10.000) y comparable con dicho riesgo en mujeres nulíparas con trabajo de parto de inicio espontáneo. Si bien la Mortalidad Perinatal es mayor en el PVDC que en la CE, el valor absoluto sigue siendo muy bajo (0.13% vs 0.05%)

El riesgo de Morbilidad Respiratoria Neonatal (taquipnea transitoria, síndrome de distress respiratorio) e ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales es menor en el PVDC. Este riesgo disminuye con la edad gestacional siendo, a partir de las 39 semanas, la mitad que en la CE.

El vínculo precoz madre-hijo en el PVDC es inmediato, lo que beneficia además la lactancia materna.

### **3.3. BENEFICIOS DE LA CESÁREA ELECTIVA**

Entre las ventajas señaladas para la cesárea electiva se encuentran:

- a. Planificación de la fecha de nacimiento
- b. Posibilidad de realizar ligadura tubaria intracesárea
- c. Evitar el temor a una cesárea de emergencia
- d. Evitar el dolor asociado al parto.



## 4. CONSIDERACIONES ESPECIALES

En este apartado, se ponen a consideración casos especiales para saber que conducta adoptar en una embarazada con CA.

- **Embarazo pretérmino.**

Las embarazadas con edad gestacional inferior a 37 semanas que se someten a una PPDC, no muestran diferencias significativas en las tasas de éxito cuando se las compara con embarazadas de término (72.8 vs 73.3). La tasa de rotura uterina es menor en este grupo de prematuros comparado con los embarazos de término (0.34 vs 0.74%,  $p = 0.03$ ) y con similares resultados perinatales. El estudio NICHD refiere estas proporciones y recomienda la PPDC.

**N de E: IIa. G de R: B.**

- **Embarazo gemelar.**

En este grupo se observa que la tasa de rotura uterina es similar a la de la gestación única. En presentaciones cefálica/cefálica se podría intentar una PPDC pero este consenso **NO LO RECOMIENDA.**

**N de E: IIb. G de R: C.**

- **Macrosomía Fetal.**

La sospecha de macrosomía fetal (peso fetal estimado  $\geq 4000$  gr) no contraindica el intento de un PVDC, aunque estas pacientes presentan un mayor riesgo de sufrir una rotura uterina (3.6%). De acuerdo a esto, se deben considerar los antecedentes obstétricos, semiología obstétrica y el peso fetal estimado para una correcta evaluación del riesgo de PVDC.

- **Diabetes Gestacional.**

La diabetes gestacional disminuye la tasa de parto por vía vaginal tras una cesárea previa. Sin embargo, las morbilidades materna y fetal son comparables a menos que se trate de un feto macrosómico.

**N de E: III. G de R: D.**

- **Feto en Presentación Pelviana.**

Actualmente se recomienda en estos casos concluir el embarazo por una vía alta (CE). **N de E: IIb. G de R: C.**

- **Embarazo en vías de prolongación.**

El riesgo de muerte intrauterina después de las 39 semanas en mujeres con CA es de 11/10.000 vs 5/10.000 frente a aquellas con ausencia de CA. Por lo que, la recomendación entonces es no superar las 40 semanas de gestación.

**N de E: IIb. G de R: B.**

- **Edad Materna Avanzada.**

La EMA es un factor de riesgo independiente de rotura uterina o de muerte intrauterina. El embarazo a edad tardía presenta mayor riesgo de morbimortalidad materna y perinatal, ya que se asocia a complicaciones de patologías preexistentes y propias de la gestación. Se deberán considerar entonces otros factores para determinar una PPDC.

**N de E: IIb. G de R: D.**

- **Período intergenésico corto.**

La mayoría de la bibliografía consultada recomienda como mínimo un período de 18 meses para intentar una PPDC.

**N de E: IIb. G de R: B.**

- **Analgesia epidural.**

La analgesia epidural NO está contraindicada. Debe considerarse que puede prolongar la segunda fase del trabajo de parto. Si el grado de analgesia es muy marcado podría enmascarar el dolor de la rotura uterina por lo que la utilización de medicación analgésica debe ser mínima y progresiva.

**N de E: IIa. G de R: B.**

- **Obesidad Materna.**

Las distintas bibliografías consultadas reflejan que aquella paciente con un IMC >25 y una CA tiene 2,1 veces más posibilidades de finalizar nuevamente en una cesárea por diferentes factores. Por lo que se recomienda informar claramente a la paciente sus probabilidades de un PVDC además de las complicaciones de una CE en pacientes obesas y consensuar la vía de nacimiento en base a ello. **N de E: IIa. G de R: C.**

- **Embarazo con 2 cesáreas anteriores.**

Con respecto a este grupo de pacientes, Bretelle F y cols. presentaron en el año 2000 en Francia, 94 pacientes de las cuales 63 tuvieron en parto vaginal (65,6%). Lo que algunos destacan es el inicio espontáneo del trabajo de parto.

El protocolo de Guía Clínica de PVDC de Medicina Fetal Barcelona, dice que el antecedente de 2 cesáreas anteriores es un factor de riesgo para rotura uterina, pero no supone una contraindicación absoluta para la PPDC. No obstante ello **este consenso NO LO RECOMIENDA.** **N de E: IIa. G de R: C.**

## 5. RIESGOS Y COMPLICACIONES

Durante el control prenatal de una paciente con una CA es relevante una anamnesis detallada de los antecedentes obstétricos, incluyendo la edad gestacional a la que se realizó la cesárea previa, la indicación de la misma, el tipo de histerotomía practicada, el intervalo intergenésico, las complicaciones intra y/o poscesárea y los resultados perinatales obtenidos.

Respecto a la planificación de la vía de nacimiento, se brindará a la pareja información pormenorizada sobre los riesgos y beneficios que conllevan tanto un nacimiento por vía vaginal como, así también, la repetición de una cesárea.

El parto vaginal se caracteriza por menores tasas de morbilidad materna y perinatal en comparación con la repetición de la cesárea. Sin embargo, el riesgo de rotura uterina, de parto instrumental y de lesiones vulvoperineales es mayor en los nacimientos vaginales.

**EL PARTO VAGINAL  
PRESENTA MENOS MORBIMORTALIDAD  
MATERNA Y PERINATAL  
QUE LA CESÁREA ITERATIVA**

## 5.1. PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO

- **Antecedente de una CA.**

La **histerotomía segmentaria transversa** representa una opción segura para aquellas pacientes que deseen realizar una PPDC. La tasa estimada de rotura uterina es de 0.4 a 0.7%. Por otra parte, en pacientes con antecedente de **histerotomía longitudinal tipo Kronig-Opitz**, el riesgo de rotura uterina es mayor (1 a 2%).

- **Antecedente de CA con histerotomía de tipo desconocido.**

Generalmente la mayoría de las pacientes que presenta una operación cesárea es a través de una histerotomía segmentaria transversa, lo que permite la PPDC. Esta afirmación está basada en dos estudios (Landon et al. 2004 y Smith et al. 2015) que informaron que las mujeres con antecedente de histerotomía de tipo desconocido tienen una similar tasa de rotura uterina comparadas con las que tienen una histerotomía transversal segmentaria.

- **Intervalo intergenésico breve.**

Se considera un factor de riesgo para rotura uterina. Para The Royal College of Obstetricians & Gynecologists es de 12 meses y para la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia es de 18 meses. Un periodo menor de 6 meses es el de mayor riesgo.

Este consenso **aconseja que el intervalo intergenésico NO sea inferior a 18 meses.**

- **Edad materna avanzada.**

Constituye un factor de riesgo independiente para muerte intrauterina, recomendándose la finalización del embarazo entre las 39 y 40 semanas.

- **Obesidad.**

El IMC elevado es inversamente proporcional a la probabilidad de lograr un PVDC. Sin embargo, no se considera una contraindicación. **N de E: II-2.**

- **Medición del segmento inferior por ultrasonografía.**

La ausencia de acuerdo en los puntos de corte, vías de abordaje y técnicas de medición hacen que la utilización de la ultrasonográfica en la evaluación del segmento uterino inferior para predicción de riesgo de rotura uterina no sea una técnica recomendada de implementación rutinaria.

## 6. ASISTENCIA DEL NACIMIENTO

Durante el control prenatal de una mujer con una cesárea previa debe brindarse asesoramiento específico sobre la vía de nacimiento, realizándolo preferentemente antes de las 37 semanas de gestación y, asegurándose, su registro en la ficha de seguimiento o historia clínica prenatal.

Intentar un parto vaginal en una mujer con cesárea previa es apropiado y, además, recomendable, pero siempre que se haya descartado la existencia de contraindicaciones para el nacimiento por vía vaginal.

En caso de no haberse confeccionado el consentimiento informado anticipadamente se realizará al momento del ingreso de la paciente a la institución elegida.

Si una mujer con CA solicita durante el control prenatal una CE y acude en trabajo de parto, puede consensuarse con ella la conducta a seguir en función de las condiciones obstétricas presentes al ingreso.

### 6.1. DEL LUGAR DE NACIMIENTO: Requerimientos obstétricos y neonatales

Se recomienda que la asistencia de las mujeres que intentan una PPDC deba ser en una institución con capacidad para realizar una cesárea de emergencia y resucitación neonatal inmediata.

Cuando estas condiciones no están aseguradas estas pacientes deben derivarse a un centro asistencial con la capacidad de resolver dicha eventualidad. Por lo tanto, **NO SE RECOMIENDA EL PARTO DOMICILIARIO.**

**EL PARTO VAGINAL DESPUÉS DE UNA CESÁREA  
DEBE LLEVARSE A CABO EN UNA INSTITUCIÓN  
CAPACITADA PARA RESOLVER EVENTUALES COMPLICACIONES.**

**NO DEBE INTENTARSE UN PARTO DOMICILIARIO**

## **6.2. DE LA ASISTENCIA DEL TRABAJO DE PARTO**

El control del TdeP debe realizarse con una asistencia profesional continua y especializada para detectar rápidamente una RU. **G de R: B.**

La progresión del TdeP debe registrarse de manera frecuente en búsqueda de una prolongación del mismo, ya que se asocia a mayor riesgo de RU.

Está recomendado el registro de la monitorización fetal electrónica continua, ya que el signo más frecuente de RU es el registro cardíaco fetal NO tranquilizador (55-87% de los casos). **N de E: IIb. G de R: B.**

## **6.3. DE LA CONDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO**

Es de suma importancia el control de la dinámica uterina evitando la polisistolia, ya que constituye un factor de riesgo de RU.

Ante la presencia de un periodo expulsivo prolongado debemos tener en cuenta que disminuye en forma significativa la posibilidad de un parto vaginal y se incrementa el riesgo de RU, por lo que el periodo expulsivo no deberá extenderse más allá de 3 horas.

La presencia de una CA no modificará la asistencia del parto y del alumbramiento, ni en la forma ni en su indicación.



**SE DEBE EVITAR**  
**LA POLISISTOLIA Y EL PERIODO EXPULSIVO PROLONGADO**  
**YA QUE INCREMENTAN**  
**LA PROBABILIDAD DE ROTURA UTERINA**

Si es necesario realizar un parto instrumentado las indicaciones serán las mismas que para aquellas pacientes que no presentan una cicatriz uterina previa.

En caso de retención placentaria se deberá tener en cuenta la posibilidad de un acretismo placentario.

- a) **Conducción con oxitocina.** Su administración no está contraindicada en la mujer con CA, ya que no se asocia a mayor frecuencia de RU.

**N de E: IIb. G de R: B.**

- b) **Analgesia Peridural.** La analgesia peridural no está contraindicada en un PVDC, pero debe tenerse presente la posibilidad de que enmascare el diagnóstico de RU al disminuir el dolor del TdeP.

**N de E: IIa. G de R: B.**

#### **6.4. DE LA INDUCCIÓN AL TRABAJO DE PARTO**

La inducción al trabajo de parto en una embarazada con CA debe tener una indicación precisa, clara y haber sido consensuada (consentimiento y aceptación) con la paciente, ya que múltiples estudios dieron como resultados un aumento del riesgo de rotura uterina (2 a 3 veces mayor) asociado a cualquier método de inducción.

**N de E: II-2.**

- a) **Con oxitocina.** Puede asociarse a mayor riesgo de rotura uterina, debiéndose realizar con cuidado después de una clara información a la paciente. La inducción con oxitocina es más segura que con prostaglandinas.

**G de R: B.**

b) **Con prostaglandinas.**

1. **PgE2 (Dinoprostona).** Su empleo en maduración cervical se asocia a mayor riesgo de rotura uterina. **Este consenso NO RECOMIENDA SU UTILIZACIÓN.**

**N de E: IIa. G de R: B.**

2. **PgE1 (Misoprostol).** La inducción con misoprostol está asociada con un riesgo de rotura uterina muy elevado (hasta un 18%), por lo que **NO debe practicarse en mujeres con CA.**

**N de E: IIb. G de R: B.**

- c) **Con sonda Foley.** La maduración cervical con sonda Foley puede realizarse con seguridad en mujeres con CA.

**N de E: IIb.**

**ESTÁ CONTRAINDICADO EL USO DE  
PROSTAGLANDINA E1 (MISOPROSTOL)  
YA QUE SE ASOCIA A  
ALTO RIESGO DE ROTURA UTERINA.**

## 6.5. DEL MONITOREO FETAL

La cardiotocografía electrónica continua es el método de control de elección en embarazadas con CA.

El trazado de la dinámica uterina permite observar, de manera clara, la frecuencia con la que se suceden las contracciones y, además, su relación con la FCF.

La presencia de una polisistolia y/o una FCF no tranquilizadora debe suponer la probabilidad inminente de una RU, debiendo realizarse una CU.

## 6.6. SIGNOS CLÍNICOS DE SOSPECHA DE ROTURA UTERINA

El 48% de las dehiscencias de la CA es asintomática, presentándose sólo en el 10 % de los casos la tríada característica de dolor, sangrado y alteración de la FCF.

Ante la presencia o sospecha de RU la extracción fetal no debería demorarse más allá de los 18 minutos.

Las características clínicas asociadas a la rotura de la cicatriz uterina anterior incluyen:

- Monitoreo fetal anormal
- Dolor abdominal intenso, especialmente si persiste entre las contracciones
- Dolor en cicatriz de comienzo brusco
- Sangrado vaginal anormal
- Hematuria
- Cese de la contractilidad uterina previamente eficiente.
- Taquicardia materna, hipotensión, desmayo o shock
- Pérdida del plano de la presentación fetal
- Cambio notorio del contorno abdominal
- Pérdida del foco de auscultación de la frecuencia cardíaca fetal

**ANTE LA SOSPECHA DE ROTURA UTERINA  
PROCEDA A REALIZAR UNA CESÁREA DE URGENCIA  
CON LA INTENCIÓN DE EXTRAER AL FETO  
EN MENOS DE 18 MINUTOS.**

## 6.7. REVISIÓN DE LA CICATRIZ DE LA CESÁREA ANTERIOR

No es necesario realizar la revisión (examen digital o manual) de la cicatriz uterina previa en forma rutinaria, siendo recomendable el examen sólo ante la sospecha de RU. **G de R: C.**

Los motivos por los que no se recomienda la revisión rutinaria de la cicatriz son la falta de sensibilidad de la técnica, la probable iatrogenia y a que la conducta a adoptar no variará tras el diagnóstico de rotura uterina asintomática.

## **7. ANEXO**

# **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

## CONSENTIMIENTO INFORMADO ESPECÍFICO PARA LA ASISTENCIA DEL PARTO VAGINAL EN MUJERES CON UNA CESÁREA PREVIA.

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido de la paciente: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido del médico/a informante: \_\_\_\_\_

MN: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_

declaro que el Dr/a \_\_\_\_\_

**me ha informado que es posible, debido a mis condiciones actuales y antecedentes obstétricos intentar un parto por vía vaginal, a pesar de que en un embarazo anterior se me practicó una cesárea.**

En algunos casos, después de una cesárea, puede considerarse la opción del parto vaginal siempre que no persista la causa que determinó la cesárea anterior, con una tasa de éxito que se encuentra entre el 60 y el 80%. **Si las condiciones están dadas optar por un parto vaginal es la elección.**

**No es aconsejable intentar un parto vaginal en 2 o más cesáreas previas, en cirugía uterina previa (ejemplo: miomectomía) que se haya abierto la cavidad del útero o cirugía por corrección de malformaciones uterinas, presentación fetal anómala (posición anormal del feto dentro del útero), algunas patologías fetales, embarazo múltiple, cesárea previa con desgarro uterino o apertura del cuerpo del útero o en "T" invertida, persistencia de la misma causa que originó la cesárea previa, tiempo inferior a 18 meses desde la cesárea anterior, macrosomía fetal (peso fetal  $\geq$  4000 gr) y, por**

supuesto, en aquellos casos con contraindicación absoluta de parto vaginal (ejemplo: placenta previa oclusiva, rotura uterina previa).

Debido a la presencia de una cicatriz uterina, producto de la cesárea anterior, **existe mayor riesgo de dehiscencia** (separación y abertura de los tejidos suturados en una cirugía) **o rotura uterina**. Ese riesgo es, aproximadamente, del 0.5% de los trabajos de parto con cesárea previa (**5 cada 1000 pacientes**), pudiendo tener repercusiones maternas (sangrado, transfusión sanguínea, extirpación del útero hasta la muerte materna) y fetales (compromiso de la vitalidad fetal hasta la muerte fetal). La dehiscencia no suele ser una complicación grave.

Se obtienen mejores resultados cuando el trabajo de parto se inicia de forma espontánea, aunque posteriormente haya que estimular las contracciones con oxitocina.

**Se me aclaró que la prueba de parto se realizará en una institución que se encuentra preparada y con los recursos necesarios para realizar una cesárea de urgencia si fuera necesario.**

El trabajo de parto será controlado con un aparato que registra las contracciones uterinas y los latidos cardíacos del bebé, con lo que podrían detectarse los signos de una rotura uterina.

**Se me podrá realizar una analgesia del parto a cargo del anestesiólogo**, ya que no existe contraindicación para ello (anestesia epidural).

También se me explicó que, **si no quiero intentar un parto vaginal, puedo optar por una cesárea electiva**. En ese caso, al tener una cesárea anterior, existe mayor riesgo de sangrado, de lesiones de órganos y/o de estructuras abdominales o pelvianas, aumentando la posibilidad de morbilidad neonatal (es decir, del recién nacido), principalmente desde el punto de vista respiratorio.

Además, **conviene aclarar que la cesárea tiene muchas más probabilidades de presentar complicaciones maternas que el parto vaginal** (infección, hemorragia, hematomas, probabilidad futura de rotura uterina o acretismo placentario, cicatrización viciosa, recuperación más lenta), como así también cuatro veces más mortalidad materna.

Por todo lo arriba expresado, **dejo constancia que he comprendido las explicaciones que se me han dado en un lenguaje claro y sencillo; además, se me ha permitido**

**realizar todas las preguntas que creí conveniente y aclarado todas las dudas que he planteado.**

**Por otro lado, se me expresó claramente que puedo revocar (anular) este consentimiento que estoy dando, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna otra explicación.**

**Manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida, que comprendo los riesgos y beneficios de intentar un parto vaginal con una cesárea previa, por lo que CONSIENTO que se intente un parto vaginal aunque se me ha ofrecido realizar una cesárea programada.**

Firma y Aclaración de la paciente: \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido del médico/a asistente: \_\_\_\_\_

MN: \_\_\_\_\_

Firma y Aclaración: \_\_\_\_\_



## 8. BIBLIOGRAFÍA

- Carroll CS Sr, Magann EF, Chauhan SP, Klausner CK, Morrison JC. Vaginal birth after cesarean section versus elective repeat cesarean delivery: weight-based outcomes. *Am J Obstet Gynecol* 2003;188:1516–20; discussion 1520–2.
- Committee on Practice Bulletins-Obstetrics, Society for Maternal-Fetal Medicine. Practice Bulletin No. 169: Multifetal Gestations: Twin, Triplet, and Higher-Order Multifetal Pregnancies. *Obstet Gynecol* 2016; 128:e131. Reaffirmed 2019.
- Eden KB, Denman MA, Emeis CL, McDonagh MS, Fu R, Janik RK, et al. Trial of labor and vaginal delivery rates in women with a prior cesarean. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2012; 41: 583 – 98
- Flamm, B. Vaginal Birth after Cesarean; a prenatal scoring tool. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 90 (6) 907 – 10
- Flamm BL, Goings JR, Fuelberth NJ, Fischermann E, Jones C, Hersh E. Oxytocin during labor after previous cesarean section: results of a multicenter study. *Obstet Gynecol* 1987;70:709–12.
- Gimovsky ML, Bayer-Zwirello LA, Plevyak M. Fetal heart rate monitoring case book. Amnioinfusion with uterine dehiscence and fetal distress. *J Perinatol* 1997; 17:83.
- González Vanegas O, Rodríguez García I, Arévalo Reyes E. Parto después de cesárea. UGC Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario San Cecilio. Granada. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Santa Cristina. Madrid. (2018)
- Guise JM, Eden K, Emeis C, et al. Vaginal birth after cesarean: new insights. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)* 2010 Mar;(191):1-397.
- Guías de Práctica Clínica del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá.
- Hibbard JU, Gilbert S, Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ, Spong CY, et al. Trial of labor or repeat cesarean delivery in women with morbid obesity and previous cesarean delivery. National Institute of Child Health and Human Development Maternal–Fetal Medicine Units Network. *Obstet Gynecol* 2006;108:125–33.

- Horenstein JM, Phelan JP. Previous cesarean section: the risks and benefits of oxytocin usage in a trial of labor. *Am J Obstet Gynecol* 1985;151:564–9.
- Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ, Spong CY, Leindecker S, Varner MW, et al. Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. National Institute of Child Health and Human Development Maternal–Fetal Medicine Units Network. *N Engl J Med* 2004;351:2581–9.
- Macones GA, Peipert J, Nelson DB, Odibo A, Stevens EJ, Stamilio DM, et al. Maternal complications with vaginal birth after cesarean delivery: a multicenter study. *Am J Obstet Gynecol* 2005;193:1656–62.
- Protocolo: Control Gestacional en Gestantes con Cesárea Anterior. Hospital Clínic. Hospital Sant Joan de Déu. Universitat de Barcelona.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. *Birth After Previous Caesarean Birth*. Green-top Guideline No. 45. London: RCOG; October 2015.
- Sabol B, Denman MA, Guise JM. Vaginal birth after cesarean: an effective method to reduce cesarean. *Clin Obstet Gynecol* 2015; 58:309.
- SEGO. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.
- Sepúlveda – Mendoza, D y cols: “Factores Asociados con éxito en el parto de mujeres con antecedente de cesárea”. *Gynecol Obstet México*. 2015, 83: 743-749
- Smith D, Stringer E, Vladutiu CJ, et al. Risk of uterine rupture among women attempting vaginal birth after cesarean with an unknown uterine scar. *Am J Obstet Gynecol* 2015 Jul;213(1):80.e1-80.e5. doi: 10.1016/j.ajog.2015.01.056. Epub 2015 Feb 4.
- The American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice Bulletin No. 184: Vaginal Birth After Cesarean Delivery. *Obstet Gynecol*. 2017; 130: e217–e233.
- Tsakiridis et al. “Vaginal Birth After Previous Cesarean Birth: A Comparison of 3 National Guidelines” *Obstetrical and Gynecologist Survey*. Vol 73 n° 9. 2018

- Zelop CM, Shipp TD, Repke JT, Cohen A, Caughey AB, Lieberman E. Uterine rupture during induced or augmented labor in gravid women with one prior cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* 1999;181:882–6.