

ID: 2105

POSTER CON DEFENSA

PARTO VAGINAL TRAS CESÁREA ANTERIOR

Autores:

I Puig Marzal (Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia), S Corbalan Biyang (Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia), R Oliva Sanchez (Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia), C De Paco Matallana (Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia), JL Delgado Marín (Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia), JJ Parrilla Paricio (Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia).

Institución:

Objetivos

Existen tres posibles resultados en cuanto a la vía de finalización del parto en las pacientes con cesárea previa: un inicio satisfactorio del trabajo de parto que finaliza en Parto Vaginal Tras Cesárea (PVTC); el inicio de trabajo de parto tras cesárea insatisfactorio, finalizando el mismo en cesárea (CUTC); y la cesárea electiva tras cesárea previa (CETC). Los beneficios del PVTC se relacionan estrechamente con el hecho de tener un parto vaginal, ya que este tiene menos morbilidad que las otras dos opciones (1). En el otro extremo tendríamos la cesárea intraparto tras cesárea anterior, las cesáreas por este motivo presentan tasas de mayor morbilidad materna y neonatal que los otros dos grupos (2).

En las últimas revisiones científicas, se ha publicado que las pacientes con las que se intenta Trabajo de Parto Tras Cesárea (TPTC) tienen aproximadamente un 75% de éxito (1). Las tasas varían entre instituciones e investigadores, y se modifican en función de factores anteparto, intraparto y factores no médicos. Las tasas mayores de éxito de obtienen (aproximadamente el 80%) en las mujeres que han tenido algún parto vaginal antes o tras la cesárea, que inician el parto espontáneamente o cuya indicación de la cesárea previa fue una alteración de la presentación fetal. Por el contrario, las mujeres que nunca han tenido un parto vaginal, que requieren que se les induzca el parto (especialmente con cérvix desfavorables), tienen cesárea previa por no progresión de parto o monitor no satisfactorio, tienen fetos macrosoma o post-término, presentan una menor probabilidad de que el intento de parto vaginal tras cesárea sea exitoso.

Los beneficios del PVTC provienen principalmente de que con ello se evitan los riesgos asociados a las cesáreas de repetición. Las ventajas a corto plazo del PVTC incluyen una menor estancia hospitalaria, menores complicaciones postparto, retorno más rápido a la actividad habitual de la paciente y menor morbilidad y mortalidad maternas. A largo plazo, las complicaciones que se asocian a la cesárea múltiple pueden ser evitadas (2).

Los beneficios de la CETC incluyen las comodidades de la programación de la misma, la posibilidad de la esterilización en un mismo tiempo quirúrgico y el evitar los riesgos asociados al CUTC (2).

El riesgo global de rotura uterina en mujeres con cesárea anterior es del 0.3% (2, 3, 4, 5). No hay actualmente ningún método adecuado que prediga la rotura. Algunos trabajos tienen en cuenta para la estimación del riesgo las condiciones fetales, del parto previo o el estado de la cicatriz previa para calcularlo, pero no hay estudios concluyentes. Parece claro que el riesgo es mayor en las pacientes que inician TPTC frente a las pacientes con CETC.

Basándonos en los datos disponibles, la estimación que parece más cercana a los resultados reales calcula un riesgo de 0.78% en el inicio de TPTC frente al 0.22% en las CETC (1,3).

En teoría, una herramienta segura de screening poblacional podría ayudar a identificar qué pacientes tiene más posibilidades de tener un PVTC exitoso. Las herramientas actuales usan una combinación de factores obstétricos, tales como las características demográficas de la madre (edad, raza, IMC; la indicación de la/s cesárea/s previa/s; el tipo y número de histerotomías realizadas; la existencia de partos vaginales anteriores, antes o tras la cesárea anterior; las condiciones cervicales (p ej, Test de Bishop en el momento del ingreso para inducción o por inicio espontáneo del parto) y las intervenciones durante el mismo (estimulación o inducción del parto).

En nuestro hospital se ofrece el parto a las pacientes el inicio de TVTC, siempre teniendo en cuenta las características intrínsecas de la paciente, su historial obstétrico, las características fetales y las condiciones cervicales. Así iniciamos TVTC espontáneo o inducido en muchas pacientes.

Por ello, el objetivo principal de este estudio es evaluar los resultados obstétricos y perinatales de las pacientes con cesárea previa en nuestro centro.

Material y método

El estudio ha sido diseñado de forma retrospectiva, seleccionando pacientes con fecha probable de parto entre el 01 de junio del 2011 y el 31 de diciembre de 2012. El total de partos reportados en ese periodo de tiempo es de 12250. De todos ellos hemos desechado 1054 por falta de datos (en su mayoría mujeres a las que se les realizaron controles en nuestro hospital pero no parieron en el mismo), quedando un total de 11143 para analizar. De la muestra obtenida se seleccionaron las pacientes con antecedentes de cesárea (una o más), y esta fue la población objetivo del estudio.

Para ello realizamos un estudio retrospectivo analizando la base de datos de partos de la Unidad de Medicina Materno-Fetal (View Point®, GE) y la Historia Clínica informática (Selene®, SIEMENS) del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia).

Las variables analizadas en nuestro estudio han sido:

- Mortalidad perinatal: considerando la misma como óbito anteparto > 37 semanas, fallecimiento intraparto o éxitus en la primera semana postparto.
- Semana gestacional en el momento del parto.
- Modo de inicio de parto: Inicio espontáneo, inducción, cesárea electiva programada y cesárea electiva no programada.
- Vía de finalización del parto: Eutócico, instrumentado, cesárea urgente o cesárea electiva.
- Peso del neonato.
- IMC y edad de las pacientes.
- Paridad previa.
- Complicaciones obstétricas maternas.

La datación de la gestación se realizó en función de la fecha de la última menstruación, siendo corregida con ecografía de primer trimestre cuando las diferencias eran superiores a 1 semana. Si la paciente carecía de ecografía de primer trimestre, la corrección de la fecha estimada de parto se realizaba cuando las medidas diferían más de 10 días con respecto a las esperadas por amenorrea.

En caso de producirse, se detalló el método de inducción y la indicación de la misma. De igual forma en caso de producirse la cesárea, urgente o electiva, se reseñó la indicación de la misma.

En nuestro hospital hemos excluido los casos de dehiscencia asintomática de la cicatriz de cesárea previa, seleccionando solamente las que presentaron rotura uterina.

Los resultados obtenidos han sido analizados estadísticamente con el programa SPSS 15 (IBM Statistics); al tratarse de variables cualitativas hemos utilizado como herramienta estadística la prueba de Ji-cuadrado, así como el cálculo de riesgos y de residuos tipificados codificados.

Resultados

Nuestra muestra estaba constituida por 11143 partos, con una edad media de las mujeres de 31 años (+/- 5.4), con un IMC medio de 24.9 (+/-4.5). El peso medio fetal al nacimiento en los partos revisados fue 3.331 gr (+/-1113).

El 49.85% (5547) de nuestras pacientes eran nulíparas. El porcentaje de mujeres con una cesárea anterior en nuestra población fue de un 9.3% (1033). El 1.2% (138) tenía cesárea iterativa.

Inicio del parto

En relación a las pacientes registradas con cesárea anterior (1033), el 63.6% (578) iniciaron el parto de forma espontánea, al 21% (191) se le indujo el parto (17.1% con dispositivo vaginal de liberación prolongada de dinoprostona, 156 pacientes; 2.9% con oxitocina, 35 pacientes), y al 15.4 % (140) se le programó una cesárea.

Estratificamos en función de la existencia de un partos vaginales previos, y si estos habían sido antes o después de la cesárea. De esta manera en el grupo sin partos previos, el 61.2% (469) inició periodo activo espontáneamente frente al 75.5% (74) de las pacientes con parto vaginal y cesárea posterior y el 77.8% (35) de las pacientes con cesárea anterior y último parto vaginal ($p < 0.05$). Ver Tabla 1.

Vía de finalización del parto

El 53.1% (484) tuvo un parto vaginal (eutócico 32.7%, o instrumentado 20.4%) y el 25.4% (232 pacientes) finalizó en cesárea urgente. El resto fueron cesáreas electivas, programadas o no.

Los motivos más frecuentes de indicación de cesárea urgente fueron parto estacionado (21.1%, 89) y riesgo de pérdida de bienestar fetal (13.5%, 57).

En cuanto a las cesáreas electivas, un gran porcentaje de las mismas, el 24.4% (103 pacientes) corresponden a pacientes que, por sus condiciones individuales fueron candidatas a cesárea programada. Estas pacientes están englobadas en el grupo "Caso especial consensuado", representando la mayoría del mismo. El segundo motivo de cesárea electiva más frecuente fue presentación podálica, con un 10.9% (46 pacientes).

En el estudio de los distintos subgrupos, en cuanto a la vía de finalización del parto, se objetivó que: el grupo con más partos vaginales fue el de pacientes con cesárea y parto vaginal posterior con un 86.7% (39 pacientes), el grupo de pacientes con parto vaginal y último parto cesárea tuvo un 63.6% (63) de PVTC, y por último, el grupo de pacientes con cesárea anterior nulíparas, que tuvo un 49.7% (382 pacientes) de PVTC, mostrando una tendencia mayor que los otros grupos a la CUTC ($p < 0.001$) (Tabla 2).

Observamos que el inicio espontáneo de parto se relacionaba con un aumento de posibilidades de PVTC exitoso. Por el contrario, si el inicio requería inducción, las probabilidades de cesárea aumentaban. El riesgo relativo de CUTC fue del 1.55 (1.1-2.2 $p < 0.05$) en las pacientes inducidas.

Resultados perinatales.

Registramos un 0.3% (3) de muertes fetales anteparto en fetos a término (>37 semanas), así como un 2.1% (19) de ingresos neonatales.

Los resultados en nuestra población sin cesáreas anteriores, son de un 0.6% (61) de mortalidad perinatal (fetos a término fallecidos anteparto 0.4%, intraparto 0.1% o en la primera semana de vida 0.1%), y un 2.3% (227) de ingresos neonatales.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la población sin cesáreas y la población con cesáreas previas en cuanto a ingresos neonatales ni mortalidad.

Tampoco se encontraron diferencias en cuanto a resultados perinatales en función de la forma de inicio del parto (inducido o espontáneo).

Sin embargo sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a IMC, edad y peso fetal al nacimiento entre las pacientes con cesárea anterior y las pacientes sin ella.

Roturas uterinas

Los casos de roturas uterinas registradas fueron 7 (0.063%), de un total de 11143 partos; en todos ellos las mujeres presentaban una cesárea anterior. De las 191 mujeres con cesárea anterior a las que se indujo el parto, ninguna tuvo rotura uterina. Los 7 casos se produjeron en mujeres que iniciaron periodo activo de parto de forma espontánea.

En 2 de los casos se tuvo que practicar una histerectomía obstétrica, ambos casos precisaron ingreso en neonatos del recién nacido; uno de ellos evolucionó de forma favorable mientras que el otro presenta una tetraparesia espástica y epilepsia residual secundarias a una encefalopatía hipóxico-isquémica.

Conclusiones

En nuestro hospital la tasa de global de cesáreas es del 19.5%, mientras que la tasa global española, según la última versión de los indicadores clave del SNS de 2012, es del 24.84% (7). Aunque este es un porcentaje bajo teniendo en cuenta que realizamos el estudio en un hospital de tercer nivel, estas pacientes y sus partos posteriores siguen suponiendo un reto para los profesionales obstétricos. En nuestra población un 10.5 % de las pacientes gestantes tiene al menos una cesárea previa.

Al observar los resultados obstétricos de estas pacientes en nuestra muestra, vimos que la mayoría de las mujeres con cesárea anterior, 53.1%, consiguen un parto vaginal tras la misma.

Estos datos mejoran si han tenido partos y si estos fueron la forma de finalización de la última gestación, siendo estas diferencias entre grupos significativas. Nuestros resultados coinciden con la literatura encontrada en cuanto a la tendencia de los distintos grupos, sin embargo, los resultados en cuanto a PVTC son algo menores a los encontrados en la misma (1). Tal vez se deba a las características de nuestro hospital, ya que recibimos un porcentaje de gestaciones complicadas y partos prematuros mayor.

No se encontraron diferencias estadísticas entre pacientes con cesárea anterior y pacientes sin cesáreas previas en cuanto a ingresos neonatales ni mortalidad perinatal, esto debe atribuirse al control estrecho intraparto de estas pacientes y la selección cuidadosa de las pacientes candidatas a PVTC.

El inicio inducido del parto aumentó el número de cesáreas urgentes, con un riesgo relativo para las mismas del 1.5 (1.1-2.2 $p < 0.05$). Sin embargo no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a resultados perinatales (ingresos en neonatos y mortalidad fetal) en función del inicio del parto. Estos resultados son especialmente importantes ya que la mayoría de nuestras inducciones se realiza con prostaglandinas. Observando los motivos de indicación de cesárea en estas pacientes vemos que el más frecuente es "Caso especial consensuado", con un 24.4%, este grupo incluye un gran número de pacientes, en las cuales, tras revisar el historial obstétrico y las condiciones fetales y maternas al final de la gestación, se consensuó con la paciente una cesárea electiva. Aunque este grupo pueda parecer grande, seleccionar las pacientes que no intentarán PVTC ayuda a mejorar los resultados obstétricos de las que sí lo hacen. Los siguientes motivos más frecuentes de CUTC fueron no progresión de parto y RPBF, lo que es acorde a la literatura revisada.

La incidencia de rotura uterina es una complicación infrecuente, que se da casi exclusivamente en pacientes con cesárea anterior, como corrobora nuestra muestra. La tasa de rotura uterina registrada fue del 0.063%, lo que coincide con la bibliografía revisada y en todos los casos el inicio del parto fue espontáneo. Por lo que centrándonos en los casos de inducciones en gestantes con una cesárea anterior, y a pesar del escaso número de roturas uterinas, nuestra experiencia parece sugerir que no aumenta la incidencia de este resultado adverso.

De estos datos podemos concluir que inducir el parto en mujeres con una cesárea anterior parece una práctica segura, con un mínimo riesgo de rotura uterina, y que con la adecuada información por parte del profesional a la gestante, se puede reducir la tasa de cesáreas electivas en este colectivo y mejorar los resultados obstétricos.

Bibliografía

1. Guise J-M, Vaginal Birth After Cesarean: New Insights. Evidence Report/Technology Assessment No.191. AHRQ Publication No. 10-E003. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD 2010.
2. McMahan MJ, Luther ER, Bowes WA Jr, Olshan AF Comparison of a trial of labor with an elective second cesarean section. N Engl J Med. 1996;335(10):689.
3. National Institutes of Health Consensus Development conference statement: vaginal birth after cesarean: new insights March 8-10, 2010. Obstet Gynecol. 2010;115(6):1279.
4. Landon MB Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. N Engl J Med. 2004;351(25):2581.
5. Guntiñas A.; Armijo O.; Labarta E.; Usandizaga R.; Magdaleno F.; Cabrillo E. "Rotura uterina y cesárea anterior. Revisión y casuística durante el período de 1999 a 2002 en el Hospital Universitario La Paz". Prog Obstet.Ginecol. 2004;47(2):69-76.

6. Uptodate. Choosing the route of delivery after cesarean birth. Jan 2013.

7. Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud.

http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/inclasSNS_DB.htm

	Inicio espontáneo	Inducción	Cesárea programada
Cesárea anterior sin partos previos	469(61.2%)	172(22.5%)	125(16.3%)
Parto vaginal y después cesárea.	74(75.5%)	12(12.2%)	12(12.2%)
Cesárea y después parto vaginal.	35(77.8%)	7(15.6%)	3(6.7%)
Total	578(63.6%)	191(21%)	140(15.4%)

Tabla 1. Modo de inicio del parto en función de la paridad previa

	Parto eutócico	Parto instrumentado	Cesárea Urgente	Cesárea electiva
Cesárea anterior sin partos previos	213(27.7%)	169(22%)	209(27.2%)	177(23%)
Parto vaginal y después cesárea.	51(51.5%)	12(12.1%)	21(21.2%)	15(15.2%)
Cesárea y después parto vaginal.	34(75.6%)	5(11.1%)	2(4.4%)	4(8.9%)
Total	298(32.7%)	186(20.4%)	232(25.4%)	196(21.5%)

Tabla 2. Vía de finalización del parto en función de la paridad previa.

	Sin cesáreas	Cesárea anterior	Nivel de significación estadística
IMC	24.7 +/- 4.5	26.3 +/- 4.9	P<0.001
Edad (años)	30.76 +/- 5.5	33.2 +/- 4.6	P<0.001
Peso fetal al nacimiento (gr)	3320 +/- 950	3435 +/- 1436	P<0.005

Tabla 3. Comparativa de las características basales de las pacientes sin cesáreas previas y las pacientes con cesárea anterior.