

Estudios sobre rotura uterina y PVDC

· Un estudio americano realizó un seguimiento en diecinueve hospitales de cuarenta y seis mil mujeres embarazadas que tenían una cesárea previa entre los años 1990 y 2002. De estas 46.000, a 28.000 se les realizó una cesárea programada sin haberse puesto de parto, y 18.000 intentaron el parto vaginal después de cesárea. De estas últimas el 73% consiguieron el parto vaginal. Entre las 18.000 mujeres que intentaron el parto vaginal sólo hubo 128 casos de rotura uterina, es decir, menos de un 1%. (0,7%). El estudio concluye que el riesgo de que el bebé sufra lesiones debido al intento de parto es aproximadamente de 1 entre 2000 (1).

· El equipo de Lyndon-Rochelle (2001), estudió a 20.095 mujeres embarazadas que tenían una cesárea anterior, y que dieron a luz entre 1987 y 1996. En total hubo 11 roturas uterinas en las mujeres que tuvieron una cesárea repetida sin parto previo (0,16%), 56 entre las que se pusieron de parto espontáneamente (56 de 10789, es decir, un 0,52%) mientras en las que se indujo sin prostaglandinas fue 0.77% (15 de 1960) y con OG: 2.45% (9 de 366). En total el riesgo de rotura uterina entre las que intentaron el parto fue del 0,6% (80 de 13115). Además en dicho estudio observaron que la incisión vertical en el segmento inferior del útero no se asociaba con un riesgo mayor de rotura. La conclusión de este estudio fue que el riesgo de rotura uterina era mayor si se inducía el parto (2).

· Otro estudio revisó todos los estudios publicados en revistas médicas anglosajonas entre 1989 y 1999 (3) y seleccionaron los 15 estudios de mayor calidad sobre PVDC y rotura uterina. Analizaron las roturas uterinas, la mortalidad materna, fetal y neonatal, las puntuaciones de APGAR, transfusiones maternas e hysterectomías. Había 28.813 mujeres que intentaron PVDC y 20.746 de ellas lo lograron (72,3%). En el grupo que intentó un parto vaginal hubo un 0,4% de roturas uterinas (4 de cada 1000) y en el de cesáreas programadas un 0,2% (2 de 1000). En total se estima que entre 693 a 3332 mujeres necesitarían tener una cesárea programada para prevenir una sola muerte fetal o neonatal debida al intento de parto. Entre 347 y 809 mujeres necesitarían una cesárea programada para prevenir una sola rotura uterina. Los autores concluyen que el intento de parto vaginal puede producir un pequeño incremento en la tasa de rotura uterina y mortalidad fetal y neonatal frente a la cesárea programada, pero que este incremento se contrarresta con la disminución de la morbilidad materna en el intento de parto.

· Otro estudio publicado en 1999 (4) revisó los datos de las 536.785 mujeres que dieron a luz en California en el año 1995. Hubo un 20% de cesáreas (111.374). En el grupo había un 12,5% de mujeres con una o más cesáreas previas (66.856). De estas un 40,3% (26943 de 66,856) optaron por la cesárea programada, mientras un 59.7% (39,913 de 66,856) intentaron el parto. De las que lo intentaron, el 61,4% lo lograron. PVDC: 61.4% (24,024 de 66,856). La tasa total de roturas uterinas fue 0.07% (392 de 536,785) En el total de mujeres con cesárea previa el porcentaje de rotura uterina fue de 0.43% (288 de 66,856). Este estudio la tasa de rotura uterina en PVDC fue de 0,53% lo que corrobora la seguridad del PVDC en relación a la rotura uterina que se había señalado en estudios más pequeños”

· Rageth, en 1999, analiza los datos del 40% de partos en Suiza entre 1983 hasta 1996. Todas las participantes en el estudio tenían al menos un parto anterior Había un 11,37%

de mujeres con una cesárea anterior (29,046 de 255,453). De estas intentaron el parto un 60.64% (17,613 de 29,046). Mientras que el resto optaron por la cesárea programada 39.36% (11,433 de 29,046). En las cesáreas repetidas hubo 22 roturas uterinas de 11,433 (0,19%) en las que intentaron el parto hubo 70 de 17,613 (0,39%). Las mujeres que intentaron el parto PVDC tuvieron menos riesgo de tener una histerectomía (0.16% vs. 0.45%), fiebre (1.5% vs. 2.29%), tromboembolismos, (0.22% vs. 0.43%) Los autores concluyen que el intento de parto vaginal después de cesárea es seguro y debería ser recomendado en la mayoría de los casos. (5)

· Otro estudio reciente: el riesgo de muerte perinatal en PVDC es mayor que en un segundo parto vaginal pero es similar al de las primerizas (6) .Con los mismos datos los mismos autores publican otro estudio que señala que la cesárea anterior duplica el riesgo de tener una muerte fetal a término en el siguiente embarazo (7).

· Un estudio holandés publicado en la revista europea de obstetricia (7), investigó la seguridad de intentar el parto después de dos o tres cesáreas. Analizan la historia de mujeres con más de una cesárea previa que dan a luz en un intervalo de 10 años (1988-1997) en dos hospitales universitarios en Holanda. Hubo de las 246 mujeres con más de una cesárea previa, 187 que optaron por la cesárea programada (76%), 59 (24%) intentaron el parto, de estas 49 (83%) tuvieron un parto vaginal. Hubo tres roturas uterinas sin mortalidad materna ni perinatal relacionada, solo una de las tres roturas se produjo durante el intento de parto. La morbilidad maternas no difirió entre las que intentaron el parto y no parieron y las que programaron una cesárea. La mortalidad perinatal no varió por el modo de parto. Concluyen que la prueba de parto vaginal puede ser una opción segura en algunas mujeres después de dos y tres cesáreas (8).

EXTRAIDO DEL LIBRO "¿NACER POR CESÁREA?", I. OLZA Y E. LEBRERO, EDICIONES GRANICA Y EDICIONES NORMA

BIBLIOGRAFIA

1. Landon y col. Maternal and Perinatal Outcomes Associated with a Trial of Labor after Prior Cesarean Delivery. *New England Journal of Medicine*, Volume 351:2581-2589 December 16, 2004
2. Lyndon-Rochelle M, Holt VL, Easterling TR, Martin DP "Risk of Uterine Rupture During Labor Among Women With a Prior Cesarean Delivery" *NEJM* Vol. 345, 3-8 July 5, 2001.
3. Mozerkewich, EL and Hutton EK "Elective repeat cesarean delivery versus trial of labor: A meta-analysis of the literature from 1989 to 1999". *Am J Obstet Gynecol* Vol. 183, 1187-1197, Nov. 2000
4. Gregory KD, Korst, LM, Cane P, Platt, LD, Kahn, K. "Vaginal Birth After Cesarean and Uterine Rupture Rates in California" *Obstet & Gynecol* Vol.94, 985-989, Dec. 1999
5. Ragoth JC, Juzi C, Grossenbacher, H "Delivery After Previous Cesarean: A Risk Evaluation". *Obstet and Gynecol* 93: 332-337, March, 1999.

6. Smith GC, Pell JP, Cameron AD, Dobbie R. Risk of perinatal death associated with labor after previous cesarean delivery in uncomplicated term pregnancies. *JAMA*. 2002 May 22-29;287(20):2684-90
7. Smith PG, Pell JP, Dobbie R. *Lancet*. 2003 Nov 29;362(9398):1779-1784. Cesarean section and risk of unexplained stillbirth in subsequent pregnancy.
8. Spaans WA, van der Vliet LM, Roell-Schorer EA, Bleker OP, van Roosmalen J. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2003 Sep 10;110(1):16-9. Trial of labour after two or three previous caesarean sections.