

NOVEDADES DESDE LA VERSION ANTERIOR

Última versión: noviembre 2011.

- Novedades en el control prenatal.
- Novedades en las contraindicaciones. Ventajas e inconvenientes.
- Novedades en la finalización de la gestación. Inducción del parto.
- Complicaciones.

ÍNDICE

1. Introducción.
2. Control prenatal.
3. Vía del parto.
4. Finalización de la gestación.
5. Complicaciones.
6. Control posparto.
7. Indicadores de evaluación.
8. Bibliografía.

1. INTRODUCCIÓN

La mayoría de las gestantes con una cesárea previa (cesárea segmentaria transversa) son candidatas y se les debe aconsejar y ofrecer el intento de un parto vaginal (grado de recomendación A). En torno al 60-80% de las mujeres que eligen un parto vaginal lo consiguen, llegando al 87-90% si ha habido un parto vaginal previo.

La existencia de una cesárea anterior implica mayor riesgo de complicaciones tanto maternas como fetales y es el principal factor de riesgo de rotura uterina. Sin embargo, la mayoría de los intentos de parto vaginal se resuelven con éxito, por lo que se considera un procedimiento seguro. Existen una serie de indicadores que ayudan a predecir el éxito del intento del parto vaginal tras cesárea anterior (tabla 1).

Indicadores de aumento del éxito	Indicadores de disminución del éxito
<ul style="list-style-type: none"> • <u>Parto vaginal previo.</u> • Intento de parto vaginal tras cesárea previa. • Inicio espontáneo del parto. • Bishop favorable al ingreso (>4). • Cesárea anterior por presentación no cefálica. • No patología materna. • Uso de epidural. • Raza caucásica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor edad materna. • IMC alto. • Peso RN > 4000 g. • EG > 40 SG. • Inicio del parto inducido. • Intervalo cesárea – IPV < 18 meses. • Raza afroamericana o hispánica. • Cesárea previa por DCP.

Tabla 1. Indicaciones de aumento y disminución del éxito de parto vaginal tras cesárea.

2. CONTROL PRENATAL

El control gestacional de una paciente con cesárea anterior debe seguir los controles habituales de cualquier gestante.

En el **primer trimestre** deben recogerse todos los datos epidemiológicos y obstétricos de la paciente, incluyendo:

- Edad gestacional de la cesárea previa.
- Fecha de la cesárea anterior.
- Tipo de cesárea.
- Indicación de la cesárea.
- Resultados perinatales.
- Complicaciones intra y postquirúrgicas.

A partir del **segundo trimestre**, se deberá valorar la localización de la placenta, ya que el antecedente de cesárea anterior es un factor de riesgo de alteraciones de la placentación como placenta previa y acretismo placentario. En caso de existencia de placenta previa se realizará una revisión intermedia en semana 28 de gestación.

En el **tercer trimestre**, en torno a la semana 32-36 de gestación (preferiblemente antes de semana 37) se debe informar adecuadamente a la gestante de los riesgos y beneficios del parto vaginal tras cesárea previa, así como de los riesgos y beneficios de una nueva cesárea. Será necesario la firma del consentimiento informado correspondiente y debe quedar registrado la decisión en la historia clínica de la paciente. En caso de presentaciones podálicas, se debe seguir la misma pauta de actuación que en mujeres sin cesárea previa. Por tanto, la versión cefálica externa no está contraindicada.

Las gestantes que, con seguimiento obstétrico en Hospital de Guadix, deseen parto vaginal deberán acudir a nuestro hospital (HU Materno-infantil Virgen de las Nieves) una vez se inicie espontáneamente el mismo o se les citará tanto en caso de inducción del parto como en caso de cesárea electiva.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Parto vaginal tras cesárea anterior

VÍA DE PARTO

Se recomienda la vía de parto vaginal a todas las gestantes con cesárea previa, una vez se hayan descartado las contraindicaciones para el mismo y se haya informado debidamente a esta sobre los principales riesgos y beneficios del parto vaginal después de una cesárea previa (tabla 2):

CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS	CONTRAINDICACIONES RELATIVAS
<ul style="list-style-type: none"> • Cesárea corporal o en T invertida o en J. • Histerotomía o miomectomía con entrada en cavidad uterina. • Rotura uterina previa. • Endometritis en cesárea anterior. • Dos o más cesáreas anteriores*. • Imposibilidad para asegurar un manejo adecuado. • Contraindicaciones parto vaginal por otra causa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestación múltiple*.

Tabla 2. Contraindicaciones de parto vaginal tras cesárea anterior.

*En gestantes con antecedente de dos cesáreas previas o gestación múltiple actual y cesárea anterior, se puede plantear la posibilidad de intento de parto vaginal, siempre que no presenten factores de riesgo añadidos y se haya informado correctamente de los riesgos y beneficios del mismo. **La elección de la vía de parto debe ser INDIVIDUALIZADA en estos casos.**

Ventajas e inconvenientes.

Con respecto a la cesárea electiva, el intento de parto vaginal actúa como factor protector frente a la muerte materna, asumiendo mayor riesgo de rotura uterina. En cuanto al riesgo perinatal, existe mayor riesgo asociado al parto vaginal, si bien el riesgo absoluto es muy bajo y generalmente está asociado a rotura uterina.

	Parto vaginal	Cesárea programada
Ventajas	-Mortalidad materna: 0,004%.	-Rotura uterina: 0,03%. -Mortalidad perinatal: 0,05%.
Inconvenientes	-Rotura uterina: 0,32-0,47%. -Mortalidad perinatal: 0,22-0,27%.	-Mortalidad materna: 0,013%. -Mayor riesgo de anomalías de placentación y lesiones quirúrgicas en futuros embarazos.

Tabla 3. Ventajas e inconvenientes (parto vaginal vs cesárea programada).

FINALIZACIÓN DE LA GESTACIÓN

Parto vaginal:

Toda gestante con cesárea anterior que ingrese para finalización del embarazo, debe aportar firmado el consentimiento informado de parto vaginal tras cesárea anterior. En caso contrario, se entregará en el momento del ingreso.

En aquellas gestaciones de bajo riesgo, se debe esperar el comienzo espontáneo del parto con control ambulatorio.

La inducción del parto del parto es posible en pacientes con cesárea anterior. El uso de oxitocina es el método más seguro (riesgo de rotura uterina de 1,1%). En caso de que sea necesario una previa maduración cervical, podrán utilizarse medidas mecánicas como el balón de Cook o la sonda de Foley. Con respecto al uso de las prostaglandinas, la dinoprostona puede emplearse para la inducción del parto aunque incrementa el riesgo de rotura uterina en torno a un 2%. El empleo de misoprostol en pacientes con cesárea anterior está contraindicado (Grado de recomendación A).

Control intraparto.

El parto tendrá lugar en un centro donde sea posible la realización de una cesárea urgente y con personal experimentado suficiente: obstetra, anestesista, pediatra, matrona y personal de quirófano.

El control clínico intraparto debe ser estricto:

- Monitorización fetal electrónica continua.
- Control de la dinámica uterina. No es necesario el uso del catéter de presión intrauterina, pero se podrá utilizar en caso de dinámica mal registrada o para un mejor manejo de la oxitocina. Se deben evitar las hiperdinamias puesto que pueden favorecer la rotura uterina.
- Pauta conservadora de oxitocina.
- Analgesia epidural. Mejora tasa de éxito (de 50% a 73%).
- Evitar un expulsivo prolongado (no más de 3 horas). Este disminuye significativamente la probabilidad de parto vaginal e incrementa el riesgo de rotura uterina.
- Ayuda instrumental si es necesario.
- Valoración clínica del sangrado postparto como signo guía de una posible rotura uterina.

Cesárea electiva:

Si la gestante no acepta un intento de parto vaginal, se programará la cesárea una vez cumplidas las 39 semanas de gestación (grado de recomendación A). A partir de esta semana se reduce la incidencia de morbilidad fetal.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Parto vaginal tras cesárea anterior

Consideraciones generales ante una cesárea electiva:

- Estudio preoperatorio.
- Firma del consentimiento informado.
- Realización de test de antígenos COVID-19 (el día previo a la intervención).
- Ingreso a las 8:00 am en la 3ª planta HMI. Deberá acudir en ayunas.
- Petición de pruebas cruzadas a través del Banco de sangre.
- Profilaxis antibiótica antequirófano: se administrará Cefazolina 2 g iv. En caso de alergia a b-lactámicos se administrará Clindamicina 900 mg + gentamicina 240 mg iv.
- Ofertar la posibilidad de esterilización tubárica bilateral en el mismo acto quirúrgico, en caso de deseos genésicos cumplidos.

3. COMPLICACIONES

El parto vaginal lleva consigo una menor morbilidad tanto materna como fetal:

- Evita cirugías de mayor complejidad asociadas a mayor tasa de complicaciones.
- Menor probabilidad de hemorragia que requiera transfusión, infecciones, complicaciones asociadas a la técnica anestésica o lesión de órganos vecinos (lesión vesical, intestinal)
- Favorece una estancia hospitalaria más corta y menor tiempo de recuperación materna.
- Evita complicaciones a largo plazo y en futuras gestaciones como anomalías en la placentación (placenta previa, acretismo placentario)

La principal complicación asociada al parto vaginal es la rotura uterina. Durante el parto, se debe asegurar una detección precoz de una rotura uterina y una rápida resolución.

Sospecharemos una rotura uterina en los siguientes casos:

- Dolor abdominal severo, especialmente si persiste tras la contracción.
- Sensibilidad severa en la región de la cicatriz previa.
- Sangrado vaginal anormal o hematuria.
- Ascenso de la presentación en la exploración vaginal.
- Cese brusco de la actividad uterina.
- Inicio de anomalías en el RCTG.
- Taquicardia materna, hipotensión y/o shock.

4. CONTROL POSPARTO

Durante el puerperio, se actuará según las guías habituales. No será necesario ningún control adicional.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Parto vaginal tras cesárea anterior

INDICADORES DE EVALUACION

Indicador	Fórmula	Fuente	Estándar
Cesárea tras intento de parto vaginal	% parto vaginal en gestantes con cesárea anterior	Audit, muestreo, Diraya	75%

5. BIBLIOGRAFÍA

- 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.
- Protocolo Práctica asistencial de la SEGO: Parto vaginal tras cesárea. Junio 2010. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.
- Vaginal birth after cesarean delivery. ACOG Practice Bulletin No. 205. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2019;133:e110–27.
- Protocolo Control gestacional en gestantes con cesárea anterior. Protocols Medicina Maternofetal. Hospital Clinic – Hospital Sant Joan de Déu – Universitat de Barcelona. Julio 2018.

Autores	Dra. Esquinas / Dr. Rivera		
Fecha elaboración	12/12/2023	Vigencia	12/12/2026