

Evidencia Orientada al Paciente (EOP)

Parto vaginal luego de una cesárea

Resumen

En el marco de una alta tasa global de cesárea en el mundo y en Latinoamérica, el presente EOP se pregunta acerca de si es adecuado intentar un parto vaginal luego de haber tenido una cesárea previa, y en caso de ser así, cuál sería el intervalo intergestósico adecuado. Mediante una estrategia de búsqueda descripta en el texto, se selecciona la mejor evidencia hallada para intentar responder estas preguntas.

Kopitowski K. Parto vaginal luego de una cesárea. Evid. actual pract. ambul. 2005;8;26-27

Escenario clínico

Un médico de familia atiende a una mujer de 35 años. La mujer tuvo su primer hijo por cesárea doce meses atrás.

Está planeando nuevo embarazo y le pregunta si es riesgoso para ella o el futuro bebé intentar un parto vaginal. Además quiere saber si debe esperar más tiempo para iniciar la búsqueda del nuevo embarazo.

Al médico se plantean dos dudas.

Preguntas que generó el caso

1. En mujeres con cesárea previa (población) ¿realizar una prueba de parto (intervención) vs realizar cesárea electiva (comparación) aumenta la morbimortalidad materna y/o fetal?

El médico consideró que si la respuesta a esa pregunta era afirmativa, surgía una segunda pregunta:

2. En mujeres con cesárea previa, el intervalo entre gestaciones (exposición) es un factor de riesgo para dichas complicaciones?

El problema:

La tasa global de cesáreas ha ido en aumento dramáticamente en la Argentina. La actual ronda el 25%. En los EE.UU se ha observado un aumento desde 5% en los 70' a un 25% en 2002¹.

A pesar de los esfuerzos para disminuir el número de cesáreas, esto no ha podido lograrse.

EE.UU se había fijado como meta disminuir al 15% la tasa global de cesáreas y alcanzar un 35% de partos vaginales luego de una cesárea previa para el año 2000. Durante los últimos 25 años, debido al aumento en el número de cesáreas, las Guías de manejo clínico recomendaban intentar parto vaginal en mujeres con cesárea anterior. Con esta aproximación se logró aumentar el porcentaje de partos vaginales post cesárea del 3% en 1981 a 31% en 1998². Sin embargo, el temor acerca del aumento de la incidencia de ruptura uterina y el aumento de la morbilidad perinatal desafiaron la seguridad de este abordaje.

Este aspecto, sumado a presiones medico-legales y a la introducción de criterios más estrictos para intentar un parto vaginal luego de una cesárea lograron que declinara el porcentaje de partos a 12.7% en 2002³.

La magnitud del riesgo de ruptura uterina es muy incierta dada la heterogeneidad metodológica de los estudios publicados, las diferentes definiciones y la evaluación del resultado "ruptura uterina".⁴

Estrategia de búsqueda

Se realizó una búsqueda a través del buscador del FORO APS, empleando como palabra clave "cesárea". Se encontraron 17 artículos. Uno parecía muy apropiado para responder la primera pregunta.

Se completó la búsqueda a través de TripDatabase empleando como palabra clave "caesarean section". Se encontró un enlace en la sección "Query answering Services" apropiado para responder la

segunda pregunta. Se rescató una referencia bibliográfica citada en esta sección.

Finalmente a través de Pubmed y empleando filtros metodológicos para trabajos sobre pronóstico, limitando a publicaciones de menos de cinco años, se realizó una búsqueda con los términos "caesarean section vaginal delivery uterine rupture". Se halló una cita que se consideró relevante.

Resumen de la evidencia:

En el FORO APS se encontró el comentario de un trabajo discutido en ateneo bibliográfico.

Guise JM, McDonagh MS, Osterweil P, Nygren P, Chan BK, Helfand M. Systematic review of the incidence and consequences of uterine rupture in women with previous caesarean section. *BMJ*. 2004 Jul 3;329:19-25.

Del resumen de este trabajo se desprende que la incidencia de rotura uterina en el grupo que realizaba trabajo de parto fue de 3,8/1000. En el grupo cesárea electiva, fue de 1,1/1000, con diferencias estadísticamente significativas. Por lo tanto, el riesgo adicional de rotura uterina en el grupo que realizaba trabajo de parto con respecto al grupo cesárea, o riesgo atribuible al trabajo de parto, fue del 2,7/1000 (IC95% 0,7 a 4,7). De estos números se desprende que habría que indicarle cesárea a 370 (IC95% 213 a 1370) mujeres con cesárea previa, para prevenir una rotura uterina a causa del trabajo de parto.

El riesgo perinatal adicional por rotura uterina fue de 1,4/10000 (diferencia no significativa), y el riesgo adicional para histerectomía, de 3,4/10000 (tampoco fue significativa).

La utilización de ocitocina o prostaglandinas para la inducción del trabajo de parto aumentaron la incidencia de rotura uterina (duplicaron o cuadruplicaron el riesgo según los trabajos).

Como factores predictores de rotura uterina se destacan: la frecuencia cardíaca fetal (sensibilidad de 55-87%), el dolor y la ginecorragia.

De este estudio se puede concluir que, si bien una mujer con cesárea previa que intenta un parto vaginal a posteriori tiene mayor riesgo de sufrir una rotura uterina, este riesgo adicional es menor a lo que se suponía. También, contrariamente a lo que se creía, el riesgo de rotura uterina después de una cesárea tampoco se reduce a cero si en el próximo embarazo se le practica electivamente otra cesárea. Si bien los datos no son concluyentes, pareciera que la ocitocina sí aumenta el riesgo de rotura.

A pocos meses de publicado este estudio, el *New England Journal of Medicine* publicó otra investigación detectada a través de la estrategia de búsqueda en Pubmed.

Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ, et al. Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. *N Engl J Med*. 2004 Dec 16;351(25):2581-9.

El objetivo de este estudio fue evaluar el riesgo de complicaciones en la salud materna y fetal en mujeres que tenían cesárea previa y eran sometidas a prueba de parto vs aquellas que recibían cesárea electiva.

Las mujeres que se presentaron con trabajo de parto temprano y

luego recibieron cesárea se excluyeron del análisis debido a la dificultad para distinguir entre una falla de la prueba de parto o la elección planificada de operación cesárea.

Se realizó un estudio prospectivo de cuatro años de duración en 19 centros académicos.

Se intentó parto vaginal en 17898 mujeres y 15801 tuvieron cesárea electiva sin parto. La tasa de éxito de parto vaginal fue de 73.4% (es decir 13139 mujeres de las 17898). 124 mujeres con prueba de parto tuvieron ruptura uterina sintomática (0.7%). El empleo de ocitocina aumentó el riesgo de esta complicación. Ninguno de los recién nacidos del grupo cesárea electiva tuvo encefalopatía hipóxica mientras que 12 de los niños cuyas madres tuvieron parto presentaron dicha complicación ($p < 0.001$). Siete de estos doce casos acontecieron luego de ruptura uterina (riesgo absoluto 0.46 por 1000 mujeres a término que fueron a parto) incluyendo dos muertes neonatales. La tasa de endometritis fue superior en el grupo prueba de parto (2.9 vs 1.8%) así como la transfusión de sangre (1.7 vs 1%). La frecuencia de histerectomía o muerte materna no difirió entre grupos.

Los autores concluyeron que en mujeres con antecedentes de cesárea, una prueba de parto está asociada con un aumento de eventos adversos perinatales y maternos, aunque la magnitud del riesgo en términos absolutos es pequeña.

De la búsqueda realizada a través de TripDatabase se rescató la siguiente cita.

Bujold E, Mehta SH, Bujold C, Gauthier RJ. Interdelivery interval and uterine rupture. *Am J Obstet Gynecol.* 2002 Nov ; 187(5): 1199-202

El objetivo de este estudio fue medir el impacto del intervalo entre embarazos para ruptura uterina. Se diseñó una cohorte que evaluó a mujeres con cesárea transversa y sin parto vaginal previo que recibieron prueba de parto desde 1988 a 2000 en un centro terciario. La tasa de ruptura uterina fue medida para los siguientes intervalos entre nacimientos: menor o igual a 12 meses, 13 a 24 meses, 25 a 36 meses y más de 36 meses. Se realizó un análisis multivariable para ajustar por variables confundidoras*. De las 1527 mujeres que cumplieron con los criterios del estudio, la tasa de ruptura uterina fue 4.8% para pacientes con intervalo entre partos de

12 meses o menos, 2.7 % para pacientes con intervalo entre 13 y 24 meses, 0.9% para pacientes entre 25 y 36 meses de lapso entre partos, y 0.9% en los casos de más de 36 meses. El Odds Ratio* ajustado para ruptura uterina en mujeres con intervalo menor de 2 años fue de 2.65 (IC95% 1,08 a 6,46). Conclusión de los autores: un intervalo entre partos de 24 meses o menos se asocia con un riesgo 2 a 3 veces mayor si comparamos con un intervalo superior a 24 meses.

Comentario y recomendaciones:

El primer estudio resumido tiene fortalezas para destacar. Es prospectivo y multicéntrico. Ha incorporado más de 33.000 mujeres. Ha excluido a aquellas con clara indicación de cesárea electiva. La información fue recolectada por enfermeras entrenadas para tal fin. La recolección fue prospectiva con definiciones operativas claras. Otra fortaleza es que se incluyeron mujeres que, a priori, eran elegibles para las dos vías de finalización de su gestación. Debido a la naturaleza observacional del estudio, encontramos muchas diferencias entre los grupos comparados. Las mujeres que iban a parto vaginal habían tenido parto vaginal en el pasado más frecuentemente que las del grupo cesárea. También tenían bebés más pequeños y el 94% tenía una sola cesárea anterior. Si bien las diferencias entre grupos fueron manejadas en el análisis, la ocurrencia de sesgos no puede descartarse. A diferencia de estudios previos, el presente trabajo encontró mayor tasa de complicaciones maternas (endometritis y transfusión sanguínea) en el grupo parto vaginal.

Si bien el riesgo es bajo en términos absolutos, el mismo debe tenerse en cuenta a la hora de discutir las alternativas con las pacientes.

Algunas personas pueden considerar que la realización de 588 cesáreas para prevenir un evento adverso perinatal es un número razonable. Otros pueden pensar que los riesgos asociados a la prueba de parto son bajos y bien vale la pena intentar un parto vaginal.

Como sabemos, el peso que se asigna a los riesgos dependen de los valores de médicos y pacientes.

Si tomamos en consideración los resultados del segundo estudio, un intervalo intergenésico de al menos 24 meses es recomendable para minimizar los riesgos.

* ver glosario

Dra Karin Kopitowski [Unidad de Medicina Familiar y Preventiva Hospital Italiano de Buenos Aires]

Referencias

1. Hamilton BE, Martin JA, Sutton PD. Births: preliminary data for 2002. *Natl Vital Stat Rep* 2003;51:1-20.
2. Public Health Service. Healthy People 2000: national health promotion and disease prevention objectives: full report with commentary. Washington, D.C.: Government Printing Office, 1990:378. (DHHS publication no. (PHS) 91-50212.)
3. Department of Health and Human Services. Healthy People 2010: with understanding and improving health and objectives for improving health. 2nd ed. Washington, D.C.: Government Printing Office, November 2000:1-45.
4. Sachs BP, Kobelin C, Castro MA, Frigoletto F. The risks of lowering the cesarean-delivery rate. *N Engl J Med* 1999;340:54-57.



Gentileza Secretaría de Turismo de La Nación