

# PARTO VAGINAL EN PACIENTES CON UNA CESÁREA PREVIA

Joaquín Guillermo Gómez Dávila\*

## PANORAMA GENERAL

En el mundo hay un incremento importante en el número de nacimientos por cesárea, por ejemplo en el Reino Unido se pasó del 9% en 1980 al 21% en el 2001 y en Estados Unidos del 5% en 1970 al 26% en el 2002. En América Latina la situación es peor, con un 50% de partos por cesárea en la práctica privada de países como Chile, Argentina, Brazil y Paraguay.<sup>1</sup> En Colombia la situación es similar con frecuencias del 36 al 68% en hospitales de Bogotá y del 50% al 60% en las clínicas privadas de la ciudad de Medellín.<sup>2</sup>

---

\* *Profesor y Coordinador  
Grupo de Medicina Fetal  
Departamento de Obstetricia y Ginecología  
Facultad de Medicina*

El incremento en el número de cesáreas en las últimas décadas se explica por la aparente seguridad del procedimiento, las presiones medicolegales, económicas y de disponibilidad de tiempo de los profesionales, por los diagnósticos no conformados de desproporción cefalopélvica y de sufrimiento fetal, el uso de la monitoría electrónica fetal, por la falta de entrenamiento del personal en la atención de partos instrumentados, por el diagnóstico frecuente de inducción fallida, el empleo sistemático de la analgesia epidural y en la preferencia de las pacientes entre otras razones.<sup>1,2</sup>

## MORTALIDAD SEGÚN VÍA DEL PARTO

La operación cesárea se asocia con mayor probabilidad de muerte materna que el parto vaginal. Por ejemplo la tasa de mortalidad quirúrgica general, en Suecia, es de 0,4 por 1.000, mientras que por la operación cesárea es de 4,4. En Holanda, la razón de mortalidad por parto vaginal es de 4 por 100.000 y de 53 por la operación cesárea, lo que nos permite concluir que existe un riesgo entre 6 y 7 veces mayor de morir por una operación cesárea que por un parto vaginal.<sup>2</sup> Sin embargo es válido suponer que este riesgo sea superior en nuestro medio, pues los datos anteriores provienen de sistemas de salud más eficientes y desarrollados, donde las cifras de mortalidad materna son muy inferior a la nuestra.

## MORBILIDAD ASOCIADA A LA CESÁREA

Después de un parto por cesárea existen mayores riesgos de las siguientes complicaciones: infecciones del 8 al 27% (urinaria,

endometrial, de la herida quirúrgica y de la cavidad abdominal), transfusiones sanguíneas del 1 al 6%, lesiones vesicales, ureterales y rectales del 0,4%, desgarro de vasos uterinos del 0,5%, embolismo pulmonar del 0,1 al 0,2% y trombosis venosa profunda del 0,6 al 0,8%. Además la recuperación es más lenta, aumenta la posibilidad de cesáreas iterativas, síndrome adherencial, complicaciones pos transfusión, dehiscencia de la sutura de la herida quirúrgica, dolor pos operatorio, mayor sangrado y neumonía por aspiración.<sup>2</sup>

Otro riesgo importante es la placenta previa con un riesgo relativo de 2,65 (IC 95% 1,71-4,11) después de dos cesáreas y de 4,40 (IC 95% 1,37-14,20) luego de 3 o más cesáreas. En números absolutos la posibilidad de una placenta previa luego de partos vaginales es de 0,26% y luego de 4 o más cesáreas es del 10%.<sup>2</sup>

El acretismo placentario también se incrementa del 2%, si los partos anteriores han sido vaginales, hasta el 39% si hay el antecedente de 2 o más cesáreas previas. Igualmente el riesgo de acretismo asociado a la placenta previa se incrementa: después de una cesárea el riesgo relativo es de 4,45 (IC 95% 2,09-9,50) y después de 2 o más cesáreas es de 11,32 (IC 95% 9,59-22,92). Si la placenta previa involucra la cicatriz de la cesárea, el riesgo de acretismo pasa del 3,7% al 16% en mujeres menores de 35 años y en mayores pasa del 5,7% al 38,5% respectivamente, confirmando que la edad es un factor de riesgo para acretismo en mujeres con placenta previa y que la cesárea es otro factor de riesgo independiente.<sup>2</sup>

Además existen dificultades técnicas debidas a adherencias por cirugías múltiples, que ponen en riesgo la vida de las pacientes, principalmente en los países subdesarrollados.

## LAPROPUESTA

En vista de los riesgos enunciados anteriormente, y que según el American College of Obstetricians and Gynecologists, en los Estados Unidos, las mujeres primíparas, con fetos de término y en cefálica y las mujeres con una cesárea previa dan cuenta de dos terceras partes de todas las cesáreas y de éstas el 50% son debidas al antecedente de una cesárea previa, se convocaron paneles de expertos para estudiar la problemática y una de las recomendaciones sugeridas fue intentar el parto vaginal en mujeres con una cesárea previa.<sup>3</sup>

Por años el trabajo de parto luego de una cesárea se consideró peligroso y muchos clínicos recomendaban que luego de una cesárea, todos los partos debían ser por cesárea, sin embargo otros autores han cuestionado la necesidad de una cesárea electiva después de una cesárea previa y recomiendan como una estrategia segura permitir el trabajo de parto en muchos casos.

En 1980 el Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos convocó un panel de expertos que concluyó que el parto vaginal después de una cesárea segmentaria era una opción segura y aceptable y en 1985 Canadá recomendó que el parto vaginal después de una cesárea segmentaria debía ser ofrecido a mujeres con fetos únicos en cefálica y sin indicaciones absolutas de cesárea.

Estos esfuerzos por reducir el número de cesáreas incrementaron y en los Estados Unidos el número de partos luego de una cesárea pasó del 3% en 1981 al 31% en 1998, sin embargo, incrementos aparentes en los casos de ruptura uterina y de la morbilidad para la madre y el feto y de las presiones medicolegales han llevado a una disminución de los partos después de cesárea al 12,7% en el año 2002.<sup>4</sup>

## **PARTO VAGINAL DESPUÉS DE CESÁREA**

El éxito de un parto vaginal luego de una cesárea se estima entre el 56 y 80%.<sup>3</sup> El Royal Collage of Obstetricians and Gynecologists informó en el 2001 que el 33% de las mujeres con una cesárea previa logran tener un parto vaginal, con una gran variación entre los hospitales del 6% y el 64%.<sup>1</sup> Las pacientes en trabajo de parto que requieren una cesárea de urgencia, por ejemplo por un sufrimiento fetal agudo o por no progreso del trabajo de parto, tiene una mayor probabilidad de complicaciones como infección, sangrado y la necesidad de transfusión y trombosis venosa profunda, comparadas con las que logran un parto vaginal o un parto por cesárea electiva.<sup>1</sup>

A pesar de que el riesgo de ruptura uterina parece ser bajo, la morbilidad materna y perinatal, asociada con esta complicación, puede ser potencialmente catastrófica. Estos hechos sumados a los potenciales riesgos de un parto vaginal (desgarros, relajación del piso pélvico, incontinencia de flatos y fecal y fístulas, entre otras), han llevado a reabrir la polémica sobre el papel del parto vaginal después de cesárea.

### **LA EVIDENCIA**

En este artículo me propongo revisar la mejor evidencia disponible con respecto al parto vaginal después de una cesárea.

La mejor evidencia para responder a la pregunta si ¿se debe permitir el parto vaginal luego de una cesárea? proviene de investigaciones aleatorizadas, donde los grupos de comparación, en este caso las pa-

cientes que se someten una nueva cesárea electiva y las que se someten a trabajo de parto, son similares en todos los aspectos, excepto por la intervención que se quiere investigar.

Desafortunadamente en este caso no existen trabajos de investigación con estas características y toda la evidencia disponible proviene de trabajos observacionales donde los sesgos (errores sistemáticos) nos pueden llevar a sacar conclusiones no válidas, por tal motivo todo lo expresado en este artículo se debe tomar con precaución y no constituyen una verdad absoluta.

## LOS RESULTADOS

Existen cinco meta-análisis de estudios de cohortes que abordan el tema y que están publicados en la revisión sistemática de la colaboración Chocrane denominada "Planned elective repeat caesarean section versus planned vaginal birth for women with a previous caesarean birth<sup>12</sup>".

El primer meta-análisis realizado en los Estados Unidos entre el año 1982 y 1989 muestra que el número de partos vaginales varía del 85% cuando la cesárea se realizó por presentación podálica, al 67% cuando la causa fue la falta de progreso del trabajo de parto, la desproporción cefalopélvica o una distocia. Las mujeres que habían tenido partos vaginales previos a la cesárea tuvieron parto vaginal en el 85% de los casos.

La morbilidad febril de las pacientes fue menor entre la mujeres que tuvieron parto vaginal (9,6% vs 17,3%) con un OR de 0,5 (IC95% 0,5-0,6), el riesgo de un Apgar bajo a los 5 minutos fue mayor (2,4% vs 1,6) con un OR de 2,1 (IC95% 1,2-3,6), no hubo diferencias en

cuanto a ruptura uterina (1,8% vs 1,9%) OR de 0,8 (IC95% 0,6-1,2) o muerte perinatal (0,3% vs 0,4%) OR 0,8 (IC95% 0,3-2,1).

En la mujeres que el trabajo de parto no fue exitoso y terminaron en cesárea el riesgo de morbilidad febril fue sustancialmente alta comparada con las que tuvieron cesárea electiva (27,1% vs 17,3%) OR 2,0 (IC95% 1,7-2,5), así como ruptura de la cicatriz (3,3% vs 1,9%) OR 2,8 (IC95% 1,4-5,4) y el uso de oxitocina no mostró un incremento en la incidencia de ruptura uterina comparado con las pacientes de cesárea electiva (2,3% vs 1,5%) OR 1,2 (IC95% 0,7-2,1) y los autores concluyeron que más mujeres se deben exponer a trabajo de parto luego de una cesárea previa.<sup>5,6</sup>

El segundo meta-análisis incluyó estudios con pacientes del sub Sahara africano, publicados después de 1970 y concluyeron que el 69% de las pacientes lograban tener un parto vaginal y que el riesgo de ruptura uterina era del 2,1%. Los autores concluyen que la tasa de éxito y de morbilidad son similares a la de los países desarrollados.<sup>7</sup>

El tercer estudio incluye artículos publicados entre el año 1989 y 1999 para un total de 15 artículos y 47.682 pacientes. Hubo 3 muertes maternas en mujeres con trabajo de parto que requirieron cesárea urgente.

Los resultados al comparar las mujeres que fueron sometidas a trabajo de parto versus las que se les realizó cesárea electiva, son los siguientes: hubo un incremento en las tasas de ruptura uterina (0,39% vs 0,16%) OR 2,1, IC95% 1,45-3,05, de muerte fetal y neonatal (0,58% vs 0,34%), OR de 1,71 (IC95% 1,28-2,28), puntaje de Apgar bajo a los 5 minutos (2,2% vs 0,9%) OR de 2,24, IC 95% 1,29-3,88.

Una reducción en la morbilidad materna febril (4,3% vs 5,4%) OR de 0,7, IC 95% 0,64-0,77, menos necesidad de transfusiones sanguíneas (1,1% vs 1,7%) OR de 0,57, IC 95% 0,42-0,76 y disminución en la necesidad de histerectomías (0,2% vs 0,4%) OR de 0,39, IC 95% 0,27-0,57. Los autores concluyen que ambas opciones, cesárea electiva o trabajo de parto, son razonables para mujeres con cesárea previa.<sup>8</sup>

El cuarto meta-análisis incluyó 180 estudios realizados desde 1980, pero la calidad de los mismos fue deficiente y no calcularon la magnitud de los riesgos debido a la variabilidad de las definiciones en los diferentes estudios.

Hubo un incremento en la infección en las pacientes sometidas a cesárea electiva y de muerte perinatal y ruptura uterina sintomática en la paciente que se planeó un parto vaginal. No hubo diferencias en el riesgo de dehiscencias sintomáticas de la cicatriz uterina, de ruptura uterina o muerte materna. Los autores resaltan la urgente necesidad de llevar a cabo trabajos de buena calidad metodológica para dar respuesta a estos interrogantes.<sup>9</sup>

El último meta-análisis solo incluyó estudios verdaderamente prospectivos de mujeres con una cesárea previa y que fueran candidatas para parto vaginal en la próxima gestación, solo encontraron 2 estudios con 449 pacientes y los autores concluyen que no existe suficiente información de buena calidad para dar una recomendación confiable a las mujeres y sus médicos.<sup>1</sup>

En la revisión sistemática de la colaboración Chocrane, los autores concluyen que tanto la cesárea electiva o el parto vaginal, después

de una cesárea tienen beneficios y peligros, pero la evidencia proviene de estudios no aleatorizados, lo que puede conducir a conclusiones equivocadas e insisten en la necesidad de trabajos aleatorizados para poder sacar conclusiones más sólidas.<sup>1</sup>

## CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta que un 10 a 40% de las mujeres que intentan un parto vaginal después de una cesárea, terminan en una nueva cesárea, que puede existir dificultades técnicas debido las adherencias después de una primera cesárea, el aumento en el riesgo de ruptura uterina, la necesidad de transfusiones sanguíneas y la eventualidad de una histerectomía, la recomendación es que en ningún caso se debe intentar dar trabajo de parto en una paciente precesareada en los primeros niveles de atención.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Dodd JM, Crowther CA, Huertas E, Guise JM, Horey D. Planned elective repeat caesarean section versus planned vaginal birth for women with a previous cesarean birth (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2004. Oxford: Update Software.
2. Gómez Palacino JA, Cobo Cobo E, Rueda Sáenz R. Estado actual de la operación cesárea. Controversias en ginecología y obstetricia 2001;8:80-92.

3. McMahon MJ, Luther ER, Bowes WA, Losan AF. Comparacion of a trial of labor with elective second cesarean section. *The New England Journal of Medicine* 1996;5:689-695.
4. Landon MB, et al. maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. *The New England Journal of Medicine* 2004;351:2581-2589.
5. Rosen MG, Dickinson JC. Vaginal birth after cesarean: a meta-analysis of indicators for success. *Obstetrics & Gynecology* 1990;76(5 Pt 1):865-9.
6. Rosen MG, Dickinson JC, Westhoff CL. Vaginal birth after cesarean: a meta-analysis of morbidity and mortality. *Obstetrics & Gynecology* 1991;77(3):465-70.
7. Boulvain M, Fraser WD, Brisson-Carroll G, Faron G, Wollast E. Trial of labour after caesarean section in sub-Saharan Africa: a meta-analysis. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1997;104:1385-90.
8. Mozurkewich EL, Hutton EK. Elective repeat cesarean delivery versus trial of labor: a meta-analysis of the literature from 1989 to 1999. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2000;183:1187-97.
9. Guise JM, McDonagh M, Hashima J, Kraemer DF, Eden KB, Berlin M et al. Vaginal birth after cesarean (VBAC). Evidence Report/Technology Assessment: Number 71. Agency for Healthcare Research and Quality 2003.