

RECOMENDACIONES SOBRE EL PARTO VAGINAL TRAS CESÁREA

| AUTORES | REVISORES | Fecha elaboración |
|--|--|-------------------|
| Hermosilla Román, Roberto (*) Rosado Bello, Silvia (**) Pilar Gómez Soto, Pilar (**) UGC Obstetricia y Ginecología. Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva. FEA (**), Residente (*). | Ernesto González Mesa Susana Ruiz Durán Antonio Ruano García | 12/05/23 |
| | | Fecha revisión |
| | | 4-12-2023 |

DEFINICIÓN

Las pacientes que se han sometido a un parto por cesárea anterior tienen la opción de someterse a una prueba de parto vaginal después de cesárea (PPVDC) o un parto por cesárea electiva programada (CEP) en un embarazo posterior. La PPVDC planificada puede resultar en parto vaginal (PPVDC exitosa) o parto por cesárea intraparto no planificada.

La toma de decisiones sobre el modo de parto debe tener en cuenta las preferencias personales de la paciente, el historial obstétrico, los datos sobre los riesgos y beneficios de PPVDC frente a CEP. Dos preocupaciones principales que tienen las pacientes al tomar esta decisión son la probabilidad de un PPVDC exitoso, que se puede estimar con una calculadora, y la posibilidad de rotura uterina, que es baja en pacientes con una incisión de histerotomía transversal baja previa.

“Siempre que no exista una contraindicación absoluta al parto vaginal, en una mujer con una cesárea anterior (CA) con incisión transversa baja, **se le debe de ofrecer una prueba de parto con la adecuada discusión de los riesgos/beneficios maternos y perinatales.** Es imprescindible el proceso de consentimiento informado con la adecuada documentación incluido en el plan de parto (II-2B)”.

CUESTIONES ÉTICAS Y LEGALES PLANTEADAS ANTE EL PARTO VAGINAL Y CESÁREA ANTERIOR VERSUS CESÁREA ELECTIVA PROGRAMADA

El derecho a la información sanitaria está regulado en el capítulo II de la Ley 41/2002, y en el capítulo IV en lo relativo al consentimiento informado, destacando que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia salvo en aquellos procedimientos que suponen riesgos e inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente, en cuyo caso será por escrito (art. 8.2)

El Consentimiento informado:

La ley obliga a utilizar el consentimiento informado en los siguientes supuestos:

Se prestará por escrito en los casos siguientes:

- Intervención quirúrgica.
- Procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente” (art. 8.2 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica

reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica).

Situaciones especiales:

Existen situaciones obstétricas especiales diferentes al parto normal. Estas situaciones son principalmente la inducción, el parto vaginal tras cesárea anterior y parto vaginal de nalgas.

Cada servicio debe disponer de un protocolo expreso para estos procesos:

En ninguno de ellos es preciso el consentimiento informado y sí es recomendable el documento informativo con valor de consentimiento informado.

Ante estas situaciones pueden ser válidas estas dos opciones:

- a) Aportar un documento informativo del proceso y posterior reflejo en la historia clínica que se le explica.
- b) Explicación verbal del proceso y reflejo en la historia clínica que se le explica.

Discusión del PVDC:

En base a la jurisprudencia de nuestros Tribunales, **“el parto constituye un proceso natural respecto del que el consentimiento informado no tiene sentido alguno pues la voluntad de la paciente en nada puede alterar los acontecimientos.** Dicho de otra manera, nuestros tribunales hoy en día consideran que la paciente no puede elegir la vía del parto. **NO SE ADMITE “EL PARTO A LA CARTA”**, ya que la cesárea no puede considerarse como una alternativa a la vía vaginal, correspondiendo única y exclusivamente al profesional médico la decisión de la vía de finalización.

El Tribunal Supremo tiene establecido, respecto a la cesárea, que: “(...) La cesárea no puede configurarse como una alternativa sobre la elección al parto vaginal para la madre, ya que la misma **supone un riesgo de intervención quirúrgica invasiva a considerar por los profesionales médicos en toda su extensión y con las variables que concurren.** Es el profesional médico el que ha de observar si concurren los presupuestos que determinan la ejecución de una cesárea.” (STS Sala C-A de 20 de noviembre de 2012, recurso 5637/2 011).

Por tanto, se considera que **no es preciso obtener el consentimiento informado por escrito salvo en aquellos casos en los que se vaya a realizar una cesárea** que, al ser una intervención quirúrgica, si requerirá del preceptivo consentimiento **salvo para el supuesto en el que ésta sea urgente**, lo que viene a entroncar con los requisitos establecidos en la Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación.

La **Sentencia de la Sección Cuarta del 21 de diciembre de 2012 (RJ 2013\1165)**: Analiza la problemática del consentimiento informado en los partos desde un doble prisma:

- Imposibilidad de elección y alternativas al parto natural.
- La necesidad de una información en el parto.

Las futuras madres pueden mostrar ciertas preferencias. Por ello, **ese acto de información y consentimiento previo ha de situarse respecto a las posibles complicaciones que pueden manifestarse durante el parto, que han de determinar por parte de los profesionales médicos asistentes la posibilidad de adopción de las decisiones médicas adecuadas y acordes.**

Conclusiones:

- 1.- El único procedimiento obstétrico que precisa consentimiento informado es la cesárea electiva.
- 2.- Es deseable tanto en el parto normal como en situaciones especiales como la inducción, parto vaginal tras cesárea anterior, versión cefálica externa y parto vaginal de nalgas **entregar un documento informativo específico con valor de consentimiento informado.**
- 3.- Hay que dejar documentado en la historia la constancia de la explicación oral.

La SEGO desde el año 2010 y más recientemente la Guía Australiana Queensland Clinical (2020), recomiendan el consentimiento informado preferentemente en un documento por escrito en el caso de intento de parto vaginal tras cesárea anterior. Otras como el RCOG recomienda un folleto informativo por escrito en el que se refleje la tasa de éxito en cada caso particular sin necesidad de firmar un consentimiento informado.

EPIDEMIOLOGIA

En España, los últimos datos muestran un gran porcentaje de partos por cesárea y, por lo tanto, es necesario encuadrar la información espaciotemporalmente y describir cómo se distribuye este fenómeno.

En España, se llevó a cabo un estudio donde el porcentaje de cesáreas entre los años 2010 y 2018 incluyendo un total de 3.863.363 partos fue del 26,9%. Se observa un ligero descenso en 2017 y 2018. Las cesáreas fueron más frecuentes en las mujeres mayores de 40 años.

Las mujeres con antecedentes de cesárea anterior deberán ser sometidas a una selección de la vía del parto para el próximo parto. Se deberá hacer una predicción objetiva y precisa sobre la tasa de éxito del parto vaginal después de una cesárea para ayudar a la mujer a reducir las complicaciones causadas por la cesárea, acortar el tiempo de permanencia en el hospital y planificar de manera efectiva los recursos médicos.

La tasa de éxito dependerá directamente de los factores obstétricos. En general, el parto resulta exitoso en el 72-76% de las mujeres con cesárea previa (nivel de evidencia IIa) y, aquellas con un parto vaginal en sus antecedentes, conseguirán incluso tasas de éxito del 87-90%.

RECOMENDACIONES

Es muy importante:

- La opinión de la mujer en seguimiento de su embarazo y en la planificación de su parto. No olvidar que la misión del obstetra es participar en la toma de decisiones teniendo en cuenta el principio de la beneficencia / no maleficencia / justicia, basada en la evidencia actual y teniendo en cuenta la decisión de la paciente. (Principio de Autonomía).
- LA ELECCIÓN DE LA VÍA DEL PARTO DEBERÍA SER INDIVIDUALIZADA CON UN BALANCE RIESGO / BENEFICIO en el que se incluya:
 - Información de antecedentes de CA debidamente documentada en la historia actual.
 - Información y posterior aceptación de la gestante en relación con:
 - 1.- Posibilidades de éxito individual en la PPVDC.
 - 2.- Seguridad materna/fetal/neonatal durante el proceso del PPVDC.
 - 3.- Consentimiento y/o Documento Informado verbal y escrito de la PPVDC.

ALENTAR HACIA LA PPVDC EN LAS SIGUIENTES SITUACIONES:

- Cuando la probabilidad **de éxito del parto vaginal sea superior al 70% (rango 60%-80%)** (<https://mfmunetwork.bsc.gwu.edu/web/mfmunetwork/vaginal-birth-after-cesarean-calculator>).
- Cuando el **riesgo de Rotura Uterina (RU) sea < 1% (0,4-0,7%)**.

Circunstancias favorecedoras del éxito del Parto Vaginal en CA (éxito ≥ 70%):

Ausencia de comorbilidad en el embarazo (médica/obstétrica).

Presencia de un parto vaginal previo (PVP) o posterior a la CA en una gestación a término en cefálica sin sospecha de macrosomía.

- Éxito sin PVP= 65%.
- Éxito con PVP= 83% y PPDCA exitoso=94% .
- El riesgo de RU sin PVP es del 0,5% - 1%.
- El riesgo de RU con PVP es del 0,2%.

La situación ideal sería una CA con incisión transversa baja e inicio de parto espontáneo tras un periodo intergenésico ≥ 18 meses y en ausencia de las circunstancias que indicaron la CA.

- La probabilidad de PPDCA exitosa se incrementa por 2,5 si se realiza la admisión con trabajo de parto ≥ 4 cm (IC 95% 2.38-2.67).
- Cuando el cérvix es favorable y se inicia el trabajo de parto de forma espontánea el éxito es del 74,6%.
- Si la indicación de la primera cesárea fue por nalgas el éxito PVDC es del 75% (IC95; 65%-80%).
- Si la indicación un RPBF, éxito del 60% (IC95%, 49%-69%).

NO ES RECOMENDABLE DAR UNA OPORTUNIDAD A UNA PPVDC:

1. Cuando exista una contraindicación absoluta a PPVDC.
 - Cesárea anterior clásica o "T" invertida.
 - Tres o más cesáreas anteriores.
 - Histerotomía anterior o miomectomía con entrada a la cavidad uterina.
 - Ruptura uterina anterior.
 - Existencia de una contraindicación para el parto vaginal (Placenta previa o presentación anómala).
 - Imposibilidad de realizar una Cesárea / Histerectomía Urgente.
2. Las posibilidades de **éxito del parto vaginal son inferior al inferior al 60%**.
3. Cuando el riesgo de rotura uterina está aumentado.

SITUACIONES ESPECIALES

El embarazo múltiple:

Las pacientes con embarazos gemelares y un parto por cesárea transversa anterior son candidatas para PPVDC si no tienen contraindicaciones para el parto vaginal. Si bien la mayoría de los estudios informan que las pacientes con una gestación gemelar tienen significativamente menos probabilidades de PPVDC exitoso, la tasa general de éxito y el riesgo de rotura uterina en esta población parece ser similar a la de las gestaciones únicas que se someten a PPVDC. La tasa de éxito combinada fue del 72,2 % (95 % IC 59,7-83,2) y la tasa de ruptura uterina fue 0,87% (95% IC 0,51-1,31).

Enfermedad asociada al embarazo:

En las gestaciones con diabetes gestacional (DG) la tasa de éxito de PPVDC es del 64,1% frente al 77,2% en gestantes sin diabetes gestacional ($p < 0,001$). Los estudios no pueden establecer conclusiones definitivas en cuanto a contraindicación del PVDC en la DG aunque la tasa de éxito del PVDC sea inferior (II-2B).

Edad Materna > 35 años:

Si la edad materna es mayor a los 40 años el éxito de PPVDC es < 50% (OR 0,53 IC95% 0,32-0,86).

Índice de masa corporal alto > 30:

Menor éxito de PPVDC cuando el IMC > 30 frente a IMC < 30 (OR 0,5, IC 95% 0,51-60).

Gestación Prolongada:

Éxito en gestaciones > 40 semanas del 65,6% frente 73,1% entre 37-40 semanas.

La RU a término es del 0,34% frente al 0,74% en postérmino.

La Gestación Prolongada no es una contraindicación para un PPVDC (II-2B).

Macrosomía:

Fetos con PFE mayor a 4000 gr el éxito es del 60% - 65% mayor riesgo de RU (RR de 2,3 (p < 0,001).

Recurrencia de la indicación de la CA:

El éxito representa el 54% (IC 95% 48-68).

Presencia de dos o más cesáreas anteriores:

La probabilidad de PVDC parece ser similar para pacientes con uno o dos partos por cesárea anteriores (65-85%) sin embargo, las pacientes con más de una cesárea previa pueden tener una tasa ligeramente mayor de rotura uterina.

En un metaanálisis de 2010 de cinco estudios de cohortes de ruptura uterina en pacientes con partos por cesárea anteriores, las que se sometieron a PPV después de una cesárea anterior tenían un riesgo significativamente menor de ruptura que las pacientes con dos cesáreas previas (0.72% versus 1.59%, cociente de probabilidades OR 0,42, IC 95% 0,29-0,60). Una PPV en mujeres con más de una CA es probable que tenga éxito, pero se asocia con un mayor riesgo de rotura uterina. (II-2B).

Necesidad de Inducción del parto con cuello desfavorable:

Más probabilidad si ha tenido PV previo. La inducción de CA tiene menor tasa de éxito (63%) frente al inicio espontáneo con 2-3 veces más riesgo de RU que en el inicio espontáneo.

Sutura en una capa:

Un estudio de cohorte retrospectivo de 7.683 pacientes que intentaron PPVDC no encontró asociación entre el cierre de una sola capa y la ruptura uterina en comparación con el cierre de doble capa (OR 1,17; IC 95% 0,78-1,76). Estos hallazgos son consistentes con un metaanálisis anterior (nueve estudios, 5810 participantes) que tampoco demostró asociación. Sin embargo, no parece tener el suficiente poder estadístico. Se necesitan datos de seguimiento a largo plazo de pacientes inscritos en ensayos aleatorios.

Periodo intergenésico < 18 meses:

Retrasar la concepción durante al menos 18 meses después de un parto por cesárea puede ser importante para permitir la cicatrización adecuada de la histerotomía entre las pacientes que planean un PPVDC; intervalos más cortos entre embarazos, más sorprendentemente <6 meses, se han asociado con un mayor riesgo de RU. El riesgo absoluto de rotura uterina con intervalos entre embarazos menor a 6 meses parece ser el doble, estando entre el 2 al 3%.

Presentación de nalgas:

Con independencia de si existe o no CA en la presentación de nalgas en gestaciones únicas a término está recomendada la CEP. El parto previo por cesárea transversal baja no es una contraindicación para la versión cefálica externa, pero la versión puede ser menos útil en esta población. En un metaanálisis de ocho estudios, la tasa de versión cefálica externa exitosa en personas con un parto por cesárea anterior fue del 74 %, que fue similar a aquellas sin un parto por cesárea anterior. Sin embargo, las

personas con antecedentes de parto por cesárea tenían menos probabilidades de tener finalmente un parto vaginal exitoso que aquellas sin antecedentes de cesárea.

| PROBABILIDAD DE EXITO Y COMPLICACIONES EN PPVDC ANTE SITUACIONES ESPECIALES | |
|---|---|
| Embarazo múltiple | -PPVC exitoso: 72,2 % (95 % IC 95% 59,7-83,2) -Tasa de ruptura uterina: 0,87% (95% IC 0,51-1,31) |
| Diabetes Gestacional | - PPVC exitoso con DG: 64,1% - PPVC exitoso sin DG 77,2% (P <0,001) |
| Edad Materna > 40años | - PPVC exitoso < 50% (OR 0,53; IC 95% 0,32-0,86). |
| Índice Masa Corporal | - IMC > 30 a la hora de tomar decisiones de vía del parto: Menor tasa éxito PPVDC (OR 0,5; IC 95% 0,51-60) |
| Gestaciones > 40 semanas | -PPVDC exitoso: 65,6 % -Tasa de ruptura uterina: 0,74% |
| Macrosomía > 4000g | -PPVC exitoso: 60 - 65 % - Aumento del RR de RU: 2,3 (p < 0,001) |
| Recurrencia de la indicación de la CA | -PPVDC exitoso: 54 % |
| ≥ 2CA | - PPVDC exitoso: 65-85% - ≥ 2CA Riesgo RU: 1.59% |
| Inducción del parto con cérvix desfavorable | - PPVDC exitoso: 63% - Mayor riesgo de RU que en parto de inicio espontáneo. |
| Sutura de 1 capa | - No parece aumentar el riesgo de RU |
| Periodo Intergenésico <18meses | - <6meses Riesgo RU (2-3%) |

CONDICIONES PARA REALIZAR UNA PPVDC

- **Conocimientos de los datos clínicos de la CA y del estado de la cicatriz anterior.**

- **Discusión con la gestante de los riesgos y beneficios de ambas alternativas (PPVDC Y CEP):**

- Las complicaciones de ambos procedimientos deben ser discutidos con la gestante y hacer una evaluación individualizada del riesgo tanto para la RU como del éxito del PVDC.
- Advertir que la necesidad de inducir el parto tiene un ligero aumento del riesgo de RU y menos probabilidad de éxito de lograr el parto vaginal.
- Hay que considerar en la repetición de la cesárea, los riesgos de placenta previa y ácreta así como de gestación ectópica.

- **Se entregará un documento informativo** individualizado a la gestante sobre las condiciones de su PPVDC donde queden debidamente cumplimentadas en la Historia Clínica:

- Documentación de la incisión uterina anterior.
- Indicación de la CA y la opinión del cirujano respecto a la evolución del parto anterior.
- Posibilidades de éxito-fracaso y riesgos-beneficios individualizados para esa paciente.

FACTORES PREDICTIVOS DE PVDC ÉXITOSO

| MAYOR PROBABILIDAD DE ÉXITO | MENOR PROPABILIDAD DE ÉXITO |
|--|--|
| Parto vaginal anterior a cesárea | Obesidad materna (IMC>30) Aumento de la ganancia de peso entre embarazos. Diabetes gestacional / Diabetes mellitus preconcepcional |
| Prueba de parto después de cesárea exitoso | Baja estatura materna |
| Inicio espontáneo del trabajo de parto | Inducción del parto |
| Cuello uterino favorable | Edad materna avanzada (> 40 años) |
| No repetir la misma indicación (Presentación de nalgas, placenta previa, disociación pélvico-cefálica, fracaso de inducción, no progresión del parto.) | Indicación recurrente (Presentación de nalgas, placenta previa, disociación pélvico cefálica, fracaso de inducción, no progresión del parto) |
| Parto prematuro | Edad gestacional ≥ 41 semanas |
| | Macrosomía (PFE >4000g) |
| | Periodo intergenésico corto (<18m) |
| | Etnia Latina o Africana |

INFORMACIÓN DE RIESGOS Y BENEFICIOS MATERNO-NEONATALES DEL PVDC VERSUS CEP

En términos de riesgo absoluto para la mujer que se somete PPVDC:

- 1/1000 PPVDC puede provocar la muerte neonatal o lesiones neurológicas significativas.
- 1/100 PPVDC dará lugar a la RU.
- 1/10 RU puede provocar la muerte neonatal o lesión neurológica.

Mortalidad y Morbilidad materna

- El riesgo de complicaciones mayores (histerectomía, rotura uterina y lesiones por la cirugía) casi se duplica en la PPVDC versus CEP.
- Las complicaciones como la fiebre puerperal, transfusión y la infección de la herida abdominal fueron comparables entre la PPVDC y la CEP.
- Si la PPVDC tiene éxito la lesión quirúrgica, la morbilidad febril, complicaciones tromboembólicas, pérdida de sangre, estancia hospitalaria y recuperación de la puérpera es más rápida que en la CEP.
- En la gestante con CA existe un riesgo mayor de embarazo ectópico, placenta previa y desprendimiento Placenta. Una repetición de la cesárea se asocia con un incremento en el riesgo de placenta previa y la placenta ácreta en posteriores embarazos.

- Mortalidad y Morbilidad Perinatal

- El riesgo global de muerte perinatal aumenta en las mujeres que intentan un PPVDC, estando directamente relacionado con la rotura uterina.
- Hay un mayor riesgo de sepsis neonatal en la PPVDC, sobre todo si hay un fracaso de esta y se requiere una cesárea.
- En cambio, los problemas respiratorios del recién nacido son mayores en la CE versus el PVDC.
-

| RESULTADO MATERNO | NÚMERO DE ESTUDIOS | FRECUENCIA DEL RESULTADO PPDC vs CEP | |
|---|--------------------|--------------------------------------|--------|
| Muerte materna | 12 | 0,004% | 0,013% |
| Rotura uterina | 8 | 0,47% | 0,026% |
| Histerectomía | 8 | 0,17% | 0,28% |
| Transfusión | 9 | 0,9% | 1,2% |
| Infección | 22 | 4,6% | 3,2% |
| Hemorragia | 6 | Datos insuficientes para evaluar | |
| Lesión quirúrgica | 4 | Datos insuficientes para evaluar | |
| Encefalopatía Hipóxico-Isquémica, Sepsis, Trauma por parto, resultados neurológicos a largo Plazo | | Datos insuficientes para evaluar | |

EVALUACIÓN DE LA SEGURIDAD Y RECURSOS

El éxito de la PPVDC nunca está garantizado. Existe poca evidencia sobre el momento exacto de realizar una cesárea y prevenir la RU.

Recomendación: (SOGC CLINICAL PRACTICE GUIDELINES Guidelines for Vaginal Birth After Previous Caesarean Birth)

- Una PPVDC segura se debe de realizar en un hospital donde una cesárea urgente se pueda realizar en tiempo adecuado **(II-2A)**.
- Cada hospital debe tener una protocolización clara respecto a la forma de actuación en estos casos de emergencia **(III-B)**.

MONITORIZACIÓN FETAL

Recomendación: La monitorización electrónica fetal debe de ser continua. **(II-2A)**.

VIGILANCIA MATERNA

En la PPVDC debe de existir un control del progreso y del trabajo del parto, con una persona dedicada en exclusiva al control de este.

EVALUACIÓN DEL RIESGO DE LA PRINCIPAL COMPLICACIÓN: ROTURA UTERINA (RU).

La RU es una complicación poco frecuente en la PPVDC, pero es la más grave.

- Su incidencia es del 0,69% de mujeres sometidas a una PPVDC, se incrementan cuando la incisión del segmento es clásica o T.
- Las mujeres con un tipo desconocido de incisión uterina, no es mayor el riesgo de RU.
- El riesgo de RU, la morbilidad materna y mortalidad o morbilidad severa perinatal es mayor en PPVDC vs CEP, aunque el riesgo absoluto sigue siendo muy bajo.
- Cuando existe una sospecha clínica de RU, generalmente se observan patrones anormales en la frecuencia cardíaca fetal, como desaceleraciones variables o bradicardia fetal. En tales casos, se recomienda realizar una cesárea de emergencia para reducir los riesgos tanto para la madre como para el feto.
- Las secuelas más graves de la RU son la muerte perinatal, la lesión cerebral hipóxica y la histerectomía.

Recomendación: Ante la sospecha diagnóstica de RU se requiere una atención y cirugía urgente para intentar disminuir la morbi-mortalidad materna y perinatal **(II-2A)**.

Factores de riesgo de RU:

- Tipo de cicatriz (trasversal baja vs segmentaria/clásica).
- Características de la historia obstétrica incluyendo número de cesáreas previas.
- Parto vaginal previo.
- Intervalo Inter-genésico.
- Técnica de cierre uterino.
- Inicio del parto inducido o estimulado con oxitocina.
- Empleo de oxitocina tras aplicación de PGE.
- Uso de PGE1.
- Uso de Oxitocina frente al no uso de oxitocina.
- Uso excesivo de oxitocina (empleo de > 20 mU/min).

INDUCCIÓN DEL PARTO

1.- Empleo de Oxitocina:

No se encuentra un aumento significativo de la RU, no obstante, hay que realizar una **vigilancia cuidadosa en el progreso del trabajo de parto** sobre todo en los casos de distocia en la indicación de la cesárea anterior, o presencia de algún factor de riesgo asociado a la RU.

2.- Inducción/Maduración del cuello uterino: La indicación para la inducción en las mujeres con CA e intento de una PPVDC debe de ser planificada y adecuadamente documentada por el mayor riesgo de RU. La gestante debe de estar debidamente informada a pesar del bajo riesgo de RU, sobre todo con el uso de prostaglandina E2, en comparación con el inicio espontáneo del parto.

Una inducción del parto en CA debe ser desaconsejada cuando existen múltiples factores de riesgo que predigan el fracaso del parto (IMC superior a 30, cuello uterino desfavorable, comorbilidades médicas).

RECOMENDACIONES EN LA INDUCCIÓN DEL PARTO

- La estimulación con oxitocina no está contraindicada en la CA **(II-2A)**.
- Inducción médica del parto con oxitocina puede ser asociada con un aumento del riesgo de RU y debe ser utilizar con cuidado después de un asesoramiento adecuado **(II-2B)**.
- Inducción médica del trabajo con la prostaglandina E2 (Dinoprostona) se asocia con un mayor riesgo de RU y no debe ser utilizada, salvo en raras circunstancias y tras un asesoramiento adecuado **(II-2B)**.
- La prostaglandina E1 (Misoprostol) está asociada con un alto riesgo de RU y no debe ser utilizada como método de inducción en gestantes con CA **(II-2A)**.
- Los métodos mecánicos pueden ser utilizados con seguridad para la maduración del cuello uterino en una mujer para la planificación de una PPVDC **(II-2A)**.

RECOMENDACIONES PARA LA GESTIÓN DE LAS MUJERES SOMETIDAS A UNA PPVDC

MANEJO DEL PARTO:

Las mujeres que intentan PPVDC deben de acudir pronto al Hospital ante el inicio del parto y RPM. Se les debe de practicar un RCTG continuo.

A pesar de la presencia de personal adecuado para realizar una cesárea de emergencia, la intervención rápida no siempre previene la lesión neurológica fetal o la muerte si la extracción del feto no se realiza antes de **18 minutos entre el inicio de la FCF alterada y el parto**. Si se prolongan las desaceleraciones

y son precedidas por desaceleraciones variables o tardías, la lesión fetal puede ocurrir a los 10 minutos desde el inicio de la desaceleración tardía.

No hay contraindicación para el uso de analgesia epidural. Por otra parte, el uso de la epidural no parece afectar las tasas de éxito. La analgesia epidural también puede enmascarar los signos y síntomas de ruptura uterina.

En cuanto a la segunda fase del parto cambia la actitud en gestantes con CA, considerándose periodo expulsivo prolongado:

- 2 horas en nulíparas sin epidural.
- 3 horas en nulíparas con epidural.
- 1 hora en multíparas sin epidural.
- 2 horas en multíparas con epidural.

| RIESGOS ASOCIADO A PPVDC | RIESGOS ASOCIADO A CEP |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - La ruptura uterina - La muerte y/o encefalopatía perinatal - La histerectomía - El aumento de la morbilidad materna con PPVDC: <ul style="list-style-type: none"> • Mayor necesidad de Transfusiones • Endometritis • Riesgo potencial de asfixia perinatal durante el parto (prolapso del cordón, DPPNI, RU) • Riesgo potencial de muerte fetal anteparto por encima de las 39 semanas | <ul style="list-style-type: none"> - El aumento de la morbilidad materna en comparación con la prueba exitosa de trabajo. - Aumento de la duración de la estancia y la recuperación. - Aumento de los riesgos para la placentación anormal y hemorragias con operaciones cesáreas sucesivas. |

CALCULADORAS DE TASA DE ÉXITO DE PPVDC

Tanto los médicos como los pacientes suelen desear información individualizada sobre la probabilidad de parto vaginal después de una cesárea y el equilibrio entre los riesgos de morbilidad materna y/o fetal con Intento de parto vaginal tras la cesárea en comparación con cesárea electiva programada. Para ello se han creado calculadoras para ayudar a los pacientes a comprender mejor sus posibilidades individuales de éxito.

Calculadora de la red MFMU:

El sitio web de MFMU proporciona una calculadora que predice la probabilidad de PPVDC según la información disponible en la primera visita prenatal. La calculadora incluye campos para la edad materna, la altura, el IMC previo al embarazo, antecedentes obstétricos (sin parto vaginal previo, parto vaginal previo antes de una cesárea, PVDC exitoso), motivo de la indicación de la cesárea anterior y tratamiento de la hipertensión (sí/no).

<https://mfmunetwork.bsc.gwu.edu/web/mfmunetwork/vaginal-birth-after-cesarean-calculator>

BIBLIOGRAFIA

- Bruno A, Allshouse A, Metz T. Trends in Attempted and Successful Trial of Labor After Cesarean Delivery in the United States From 2010 to 2020. *Obstet Gynecol* 2023; 141:173.
- National Institutes of Health Consensus Development Conference Panel. National Institutes of Health Consensus Development conference statement: vaginal birth after cesarean: new insights March 8-10, 2010. *Obstet Gynecol* 2010; 115:1279.
- Young CB, Liu S, Muraca GM, et al. Mode of delivery after a previous cesarean birth, and associated maternal and neonatal morbidity. *CMAJ* 2018; 190:E556.
- Torri D Metz, MD. Choosing the route of delivery after cesarean birth. In: UpToDate, William Grobman (Ed), UpToDate. (Accessed on May 18, 2023).
- Mark B Landon, MDHeather Frey, MD, MSCI. Uterine rupture: After previous cesarean birth. In: UpToDate, Vincenzo Berghella (Ed), UpToDate. (Accessed on May 19, 2023).
- William Grobman, MD, MSCI. Cervical ripening and induction of labor after a prior cesarean birth . In: UpToDate, Vincenzo Berghella (Ed), UpToDate. (Accessed on May 22, 2023).
- Torri D Metz, MD. Trial of labor after cesarean birth: Intrapartum managementIn: UpToDate, William Grobman (Ed), UpToDate. (Accessed on May 18, 2023).
- Patos por Cesárea en España (2010-2018) - repisalud.isciii.es. Available at: https://repisalud.isciii.es/bitstream/handle/20.500.12105/15955/PartosCesareaEspana%C3%B1a_2023.pdf?sequence=1 (Accessed: 22 May 2023).
- SOGC (Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada).CLINICAL PRACTICE GUIDELINES. Guidelines for Vaginal Birth After Previous Caesarean Birth. Practice Guideline No 147), February 2005