

Parto vaginal después de dos cesáreas; reporte de casos

Guzmán Guevara, F.M. Moreno Jiménez J.R. Martínez Zúñiga, G.L. Naitré, Guadalajara Jalisco



Congreso Mexicano de Obstetricia y Ginecología
Guadalajara, Jal., 6 al 10 de noviembre 2022

Por la Excelencia de la Salud Femenina

INTRODUCCIÓN

A pesar de la bibliografía existente sobre la seguridad del parto vaginal después de 2 cesáreas (PVD2C) y de su recomendación tanto en guías de práctica clínica internacionales⁽¹⁾ como nacionales⁽²⁾, persiste la creencia de la "cesárea iterativa" como única forma de nacimiento seguro para un bebé cuya madre ha tenido 2 cesáreas previas.

METODOLOGÍA

Se trata de un reporte de casos donde incluimos mujeres con antecedente de dos cesáreas que han solicitado voluntariamente una prueba de trabajo de parto en los últimos 8 años y que han logrado tener un parto vaginal. En todos los casos se llevó un control prenatal adecuado y se seleccionó a aquellas mujeres que no presentaban contraindicaciones para dicha prueba. Se siguieron las recomendaciones estándar de vigilancia intraparto, sobre todo aquellas recomendadas para PVDC a fin de disminuir riesgos de complicaciones maternas y fetales⁽³⁾.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 21 casos de PVD2C. Las características principales de estas mujeres se resumen en los cuadros 1 y 2. Cada una de las cesáreas previas tenían el antecedente de incisiones tipo Kerr, todos los embarazos llegaron a término y ninguno de los recién nacidos presentó macrosomía. En promedio el intervalo transcurrido entre la última cesárea y el parto fue de 57.8 meses DE +/- 38.7. Las causas de las cesáreas previas se presentan en la gráfica 1.

VARIABLES	MEDIA +/- DESVIACION ESTANDAR	RANGO
EDAD	33.2 +/- 4.1 años	24-40
PESO AL FINAL DEL EMBARAZO	71.1 +/- 8.9 kg	61-90.7
NUMERO DE EMBARAZO	3.6 +/- 0.8	3.0-5.0
TIEMPO DESDE LA ULTIMA CESAREA AL PARTO	57.8 +/- 38.7 meses	18-180
PESO AL NACER	3511 +/- 293 grs	2900-3900
EDAD GESTACIONAL	39.4 +/- 0.98 semanas	38-41.5

Cuadro 1: Características generales de las pacientes



Gráfica 1: Causas de las cesáreas previas

Cuadro 2: Resumen de resultados en el parto

VARIABLES	NO. DE PACIENTES	PORCENTAJE
MUJERES CON PARTOS PREVIOS	8	38%
2 CESAREAS PREVIAS	21	100%
ABORTOS	3	14%
INCISION TIPO KERR PREVIA	21	100%
USO DE MISOPROSTOL	0	0%
USO DE OXITOCINA	1	4%
USO DE EPIDURAL	7	33%
USO DE FORCEPS	1	4%
RUPTURA O DEHISCENCIA UTERINA	0	0%
COMPLICACIONES MATERNAS*	2	9%
COMPLICACIONES FETALES	0	0%
PARTO EN AGUA	6	28%
PARTO EN CASA	2	9%

*Complicaciones presentadas: una atonía uterina y un hematoma vulvar

Observamos que en la mayoría de los casos se redujeron las intervenciones al mínimo necesario para garantizar la seguridad del parto⁽⁴⁾ con porcentajes muy bajos de inductoconducción, uso de epidural y/o fórceps, dando como resultado que en ningún caso hubo ruptura o dehiscencia uterina. El 38% de las pacientes tenían el antecedente de haber tenido al menos un parto previo, lo cual sabemos aumenta las posibilidades de tener PVDC. Las complicaciones maternas reportadas son: un caso de atonía uterina revertida con tratamiento médico y un hematoma vulvar tratado con drenaje quirúrgico. El 28% fueron partos en agua incluyendo dos partos en casa.

DISCUSIÓN

Por los trabajos publicados⁽⁵⁾ sabemos que el porcentaje de éxito de un PVD2C es del 71.1% con una probabilidad de ruptura uterina tan baja como el 1.36%. También sabemos que este riesgo aumenta⁽⁶⁾ con el uso de oxitocina (OR 2.31 IC 1.35-4.05), inducción (OR 2.81 IC 1.56-5.22) y en intervalos menores a 18 meses entre ambos nacimientos⁽⁷⁾ (OR 3 IC 1.3-7.2), pero disminuye en mujeres con partos previos (OR 0.92 IC 0.86-0.98). La literatura no reporta aumento de riesgo para otras complicaciones maternas o fetales asociadas directamente con el PVD2C. En el marco del respeto a los derechos reproductivos de la mujer cada vez más mujeres desean experimentar un parto después de cesárea. Y aunque esta práctica continúa creciendo aún hay recelo por parte del obstetra a intentar una prueba de trabajo de parto en mujeres con 2 o más cesáreas previas. En nuestro grupo nos hemos apegado a la evidencia reportada y hemos obtenido los resultados anteriormente señalados. Al ser un trabajo descriptivo sabemos que tiene limitaciones estadísticas, pero su finalidad principal es sentar un precedente de esta práctica en nuestra región y país.

CONCLUSIONES

El parto vaginal después de 2 cesáreas cuenta con evidencia y recomendaciones internacionales suficientes para ser realizado con seguridad, aunque pocas o ninguna referencia a nivel nacional o local al respecto. Con este trabajo pretendemos dar a conocer nuestros resultados hasta el momento favorables para abrir camino a que cada vez más obstetras brinden esta opción y así reducir las tasas de cesáreas tan altas con sus múltiples complicaciones ya conocidas.

BIBLIOGRAFÍA

1. American College of Obstetricians and Gynecologists. Vaginal Birth After Previous Cesarean Delivery. Practice Bulletin Number 205. Washington, DC: ACOG; 2019 Feb.
2. Parto después de una cesárea. México: Secretaría de Salud; 2013
3. Torri D, Metz, et al. Validation of Vaginal Birth After Cesarean Delivery Prediction Model in Women With Two Prior Cesareans. *Obstet Gynecol.* 2015 April; 125(4): 948-952.
4. Maccones, George A. et al. Obstetric outcomes in women with two prior cesarean deliveries: Is vaginal birth after cesarean delivery a viable option? *American Journal of Obstetrics and Gynecology* (2005) 192, 1223-9
5. Tahseen S, Griffiths M. Vaginal birth after two caesarean sections (VBAC-2)—a systematic review with meta-analysis of success rate and adverse outcomes of VBAC-2 versus VBAC-1 and repeat (third) caesarean sections. *BJOG* 2010;117:5-19.
6. Landon, M B. et al. Risk of uterine rupture with a trial of labor in women with multiple and single prior cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2006;108:12-20.
7. Bujold, E. Gauthier, R J. Risk of Uterine Rupture Associated With an Interdelivery Interval Between 18 and 24 Months. *Obstet Gynecol* MAY 2010 VOL. 115, NO. 5: 1003-1006.