

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

Guía de Referencia Rápida

SEDENA

SEMAR

Parto después de una Cesárea

GPC

Guía de Práctica Clínica

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: **IMSS-605-13**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



DIF
SISTEMA NACIONAL
PARA EL DESARROLLO
E IGUALDAD DE LA FAMILIA



Vivir Mejor

GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

**CIE-10: O34.2 Atención materna por cicatriz de cesárea previa
O75.7 Parto vaginal posterior a una cesárea previa
O82.0 Parto por cesárea electiva, Cesárea repetida SAI
CIE-9: 72.71 Parto con episiotomía, 73.59 Parto espontáneo y Parto
asistido manualmente,
74 Cesárea y extracción del feto, 74.1 Cesárea segmentaria inferior,
74.99 Otra cesárea de tipo no especificado.**

GPC

**Parto después de una cesárea
ISBN en trámite**

DEFINICIONES

Parto después de una cesárea: Se trata de la expulsión vía vaginal de un feto mayor a 20 semanas en mujeres que tienen el antecedente de operación cesárea.

Cesárea electiva de repetición: Es la que se programa para ser realizada en una fecha determinada por el antecedente de una operación cesárea y se lleva a cabo antes de que inicie el trabajo de parto.

Ruptura uterina: Pérdida de la solución de continuidad de las paredes uterinas, la cual puede ser parcial o total y constituye una catástrofe obstétrica.

Resultado perinatal adverso: Se refiere a las complicaciones maternas y neonatales que se relacionan con el periodo del nacimiento. Éstas incluyen Hemorragia obstétrica, acretismo placentario, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, presentación distinta a la cefálica, trabajo de parto prolongado, ruptura uterina, histerectomía, lesiones vasculares y a órganos pélvicos y muerte, en el caso de la madre, y en el feto incluyen trauma obstétrico, ingreso a la unidad de cuidados intensivos neonatales, datos de encefalopatía hipóxico-isquémica, óbito y muerte neonatal.

GENERALIDADES DEL PARTO VAGINAL DESPUÉS DE UNA CESÁREA

En caso de planear un parto vaginal después de una cesárea segmentaria transversa no complicada, las probabilidades de éxito oscilan entre 72 y 76%. El riesgo de ruptura uterina en el caso de mujeres que se encuentran en trabajo de parto después de una cesárea se encuentra entre 22 y 66 por cada 10,000 nacidos vivos. Ésta se puede presentar como asintomática o sintomática (**tabla I**). En mujeres con embarazo de término y antecedente de cesárea segmentaria transversa no complicada, las tasas de éxito de la prueba de parto disminuyen cuando está presente alguno de los siguientes factores: Inducción del parto, ausencia de antecedente de parto previo, IMC mayor a 30, cesárea previa por distocia, cursar más de 41 semanas de gestación, peso fetal mayor a 4000 grs, Dilatación cervical al ingreso menor a 4 cm., Edad materna avanzada, Feto masculino, Intervalo entre gestaciones menor a 2 años.

Cuando se da consejería a mujeres embarazadas con el antecedente de una cesárea segmentaria transversa no complicada, se deben de mencionar todos los factores que influyen tanto positiva como negativamente en el éxito de la prueba de parto (**tabla II**).

El manejo ante la resolución del embarazo de mujeres con antecedente de operación cesárea se muestra en el **diagrama 1**.

En mujeres sanas con embarazo de término, con antecedente de cesárea segmentaria transversa, y sin contraindicación obstétrica, se debe **ofrecer y promover una prueba de parto espontáneo en todos los casos**.

CONTRAINDICACIONES PARA LA PRUEBA DE PARTO DESPUÉS DE UNA CESÁREA

En mujeres embarazadas que cursan con embarazo de término y que tienen el antecedente de una cesárea clásica o corporal, el riesgo de ruptura uterina es de 200-900/10,000 (2-9%). El riesgo de ruptura uterina también se encuentra incrementado en otros casos como en mujeres con antecedente de cirugías uterinas y de ruptura uterina, por lo anterior en mujeres con embarazo de término y antecedente de una cesárea corporal (o clásica), incisión en T invertida, incisión segmentaria vertical, cirugía uterina, o ruptura uterina se recomienda programar cesárea electiva de repetición.

En los casos de mujeres con antecedente de una cesárea, en quienes se desconoce el tipo de incisión, se deberán tomar en cuenta los antecedentes que motivaron dicha cesárea para considerar la vía de resolución del embarazo: a) con antecedente de feto menor a 32 semanas, infección posterior a la cesárea o bien por placenta previa, manejar como si se hubiese hecho una incisión corporal, b) en caso de indicación por otras causas, manejar como si tuviera cicatriz uterina segmentaria transversa.

RIESGOS PARA LA MADRE

En mujeres con embarazo de término y antecedente de cesárea, que tienen la intención de optar por una cesárea de repetición se les debe informar que el riesgo de mortalidad materna es mayor que cuando se intenta una prueba de parto, que el riesgo de placenta previa, acretismo placentario, hemorragia obstétrica e histerectomía obstétrica, en embarazos subsecuentes, es mayor, así como lo es la estancia hospitalaria pero que tienen menor riesgo de ruptura uterina.

RIESGOS PARA EL FETO

A las mujeres con embarazo de término y antecedente de cesárea, que tienen la intención de optar por una prueba de parto, se les debe informar lo siguiente: El riesgo de mortalidad perinatal/neonatal es mayor y el riesgo de que el neonato desarrolle taquipnea transitoria del recién

nacido es menor, cuando se compara con la cesárea de repetición.

Por otro lado no existe suficiente evidencia que demuestre diferencias en cuanto a los riesgos para el neonato de presentar encefalopatía hipóxica-isquémica, sepsis, trauma e ingreso a la unidad de cuidados intensivos, cuando se compara la cesárea de repetición con el parto vaginal.

CONSIDERACIONES ESPECIALES

a) Nacimiento antes de las 37 semanas. En mujeres con embarazo menor a 37 semanas, con antecedente de cesárea, que se someten a prueba de parto:

- Las tasas de éxito no muestran diferencias significativas cuando se compara con las pacientes que cursan embarazos de término bajo las mismas circunstancias (72.8 Vs. 73.3%, NS).
- La tasa de ruptura uterina fue significativamente menor que en el grupo de las mujeres con embarazos a término (0.34 Vs. 0.74%, $p= 0.03$).

El resultado perinatal es similar cuando se compara con un grupo de mujeres que son sometidas a cesárea de repetición antes de las 37 semanas.

b) Inducción del aborto del segundo trimestre. En mujeres que cursan con embarazo del segundo trimestre, con antecedente de cesárea, que tienen indicada la inducción del aborto, el uso de prostaglandinas es adecuado, debiéndose informar de un riesgo de ruptura uterina menor a 0.3%.

c) Intervalo entre gestaciones. En mujeres con embarazo de término con un intervalo intergenésico mayor a 18 meses, se puede ofrecer una prueba de parto como alternativa a la resolución del embarazo.

d) Embarazo múltiple. En el grupo de mujeres con embarazo gemelar y antecedente de cesárea, las tasas de ruptura uterina asintomática son similares a las encontradas en embarazos únicos (90/10,000). Por lo anterior en el grupo de mujeres que cursan con embarazo gemelar, y tienen antecedente de cesárea, sin otra contraindicación, es factible ofrecer una prueba de parto.

e) Macrosomía Fetal. A las mujeres con embarazo de término, con antecedente de cesárea, con un peso fetal estimado mayor a 4000 gr, que intentan una prueba de parto, se les debe informar que la probabilidad de éxito es menor que con fetos con peso menor a 4000 gr y que el riesgo de ruptura uterina es mayor cuando no se tiene el antecedente de un parto previo.

INDUCCION DE TRABAJO DE PARTO EN PACIENTES CON CESAREA PREVIA

En mujeres que cursan con embarazo de término y antecedente de una cesárea, la inducción del parto tiene un mayor riesgo de ruptura uterina (5 a 15 veces más) y va en relación con el fármaco utilizado la tasa es de 1.1% con Oxitocina, 2% con análogos de prostaglandina E2 (Dinoprostona) y 6% con análogos de prostaglandina E1 (Misoprostol). Derivado de lo anterior, se recomienda que se informe que en mujeres que cursan con embarazo de término y antecedente de una cesárea, el usar prostaglandinas para la inducción del trabajo de parto conlleva un mayor riesgo de ruptura uterina y que dicha inducción cuando se lleva a cabo con oxitocina puede considerarse una alternativa más segura.

CONSIDERACIONES PARA LA ATENCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO Y EL PARTO

En mujeres que cursan con embarazo de término y antecedente de una cesárea, la prueba de parto

debe ser realizada en lugares con la infraestructura adecuada, es decir quirófano de emergencias (disponible en menos de 30 minutos), disponibilidad de hemoderivados y equipo humano para atender emergencias obstétricas (Anestesiólogo, Gineco-Obstetra, Pediatra, Enfermera). En el caso de mujeres que se encuentran en prueba de parto después de una cesárea se debe ofrecer analgesia peridural.

La prueba de parto después de una cesárea en mujeres que cursan con embarazo mayor a 40 semanas tiene el mismo riesgo de ruptura uterina y puede ser ofrecida de manera segura.

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Cuando en el primer nivel de atención se detecte que una paciente embarazada tenga el antecedente de una cesárea, deberá ser enviada al segundo nivel de atención para su seguimiento y manejo, preferentemente entre las semanas 34 y 36 de gestación.

Una vez que el embarazo haya sido resuelto, la paciente será contra-referida a primer nivel de atención.

INCAPACIDAD

En todos los casos se recomienda expedir la incapacidad prenatal a las 34 semanas de acuerdo con la normativa nacional vigente.

Signos y síntomas de ruptura uterina
Alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal.
Cese o incoordinación de la dinámica uterina aún con uso de Oxitocina.
Falta de progresión del trabajo de parto.
Sangrado vaginal anormal.
Hipertonía uterina.
Hematuria franca.
Hipersensibilidad suprapúbica súbita.
Dolor abdominal intenso y constante, el cual continúa entre contracciones.
Taquicardia materna, hipotensión o choque.
Dolor referido a hombro o dolor a nivel del tórax.
Dificultad respiratoria de inicio súbito.
Cambios en la morfología uterina.
Perdida de la altura de la presentación.

EVENTOS		RIESGO EN EL PARTO DESPUÉS DE UNA CESÁREA EN COMPARACIÓN CON LA CESÁREA ELECTIVA DE REPETICIÓN
MATERNOS	Muerte materna	Disminuido
	Ruptura uterina	Aumentado
	Histerectomía	Disminuido
	Hemorragia obstétrica	Aumentado
	Transfusión de hemoderivados	Aumentado
	Endometritis	Disminuido
	Trombo-embolismo	Disminuido
	Complicaciones anestésicas/operatorias	Disminuido
	Complicaciones en embarazos futuros	Disminuido
	Recuperación rápida	Aumentado
FETALES	Muerte perinatal	Aumentado
	Encefalopatía hipóxico-isquémica	Aumentado
	Distrés respiratorio	Disminuido

ALGORITMOS

ALGORITMO PARA EL MANEJO DE LA RESOLUCIÓN DEL EMBARAZO EN MUJERES CON ANTECEDENTE DE UNA CESÁREA.

