



El parto vaginal después de una cesárea Declaración de Política Oficial

La tasa de partos por cesárea en Puerto Rico ha aumentado desde la década de 1970, cuando era alrededor de 5%, a 47.7% en 2004. Esta tasa es probablemente la más alta del mundo. Este aumento desenfrenado en los partos por cesárea ha provocado que un número cada vez mayor de mujeres en nuestro país queden embarazadas luego de haber tenido un parto anterior por cesárea. Estas madres reciben a menudo información equivocada en cuanto a la mejor ruta para el nacimiento de su próximo bebé. Luego de estudiada la evidencia científica disponible la Fundación Puertorriqueña para la Protección de la Maternidad y la Niñez emite este documento, que constituye su política oficial en cuanto al parto después de una cesárea previa.

El viejo paradigma de “una vez cesárea, siempre cesárea” sostenido en algunos países, incluido el nuestro, por casi 70 años, comenzó a cambiar en la década de 1970. La evidencia acumulada en varias series grandes de casos llevó a organizaciones como el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) y los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos a aceptar la opción de un parto vaginal luego de un parto anterior por cesárea. Luego de varias décadas la evidencia ha continuado acumulándose a favor del parto vaginal. El ACOG establece que la preponderancia de la evidencia sugiere que la mayoría de las madres que han tenido una cesárea previa, con incisión transversa en el segmento inferior del útero, y que no tienen contraindicaciones para un parto vaginal, son candidatas para una prueba de parto vaginal.

La mayoría de las series publicadas de casos de pruebas de parto luego de una cesárea previa indican que de 60-80% de estas madres logran un parto vaginal exitoso. La primera conclusión es, por lo tanto, que a una madre candidata a un parto vaginal después de una cesárea, se le debe informar esta evidencia disponible y honrar su derecho a escoger la opción de un parto vaginal. Debe informársele también de los riesgos comparativos de ambas opciones, de una manera científica, sin componentes dramáticos o subjetivos que coarten la capacidad de la madre para tomar una decisión inteligente y otorgar un consentimiento informado. En primera instancia debe saber que el riesgo de mortalidad materna es de 5-7 veces mayor en una cesárea que en un parto vaginal. Debe saber que existe un riesgo de que la cicatriz de la cesárea anterior en el útero se abra durante un parto. La mayor parte de las veces que esto ocurre (alrededor de 1% de los casos seleccionados) la separación de los bordes de la herida del útero no provoca daño ni a ella ni a su bebé. El riesgo de daño catastrófico a la/al bebé es alrededor de 1 en 900 casos. En los casos de cesáreas electivas repetidas, múltiples estudios de miles de casos han demostrado que la

cesárea electiva repetida es más riesgosa para la madre y no es más segura para su bebé.

La cesárea repetida ofrece a la madre muchas complicaciones potenciales. Además del riesgo aumentado de mortalidad materna en comparación con un parto vaginal, la cesárea electiva repetida aumenta el riesgo de embarazo ectópico en el futuro. Esta complicación, en que el embarazo se implanta fuera del útero, puede provocar hemorragias internas que constituyen una de las causas de muerte materna. La mujer con una cesárea previa tiene un riesgo 4 veces mayor de tener una placenta previa que la mujer que no ha tenido cesárea. La madre que ha tenido dos a tres cesáreas tiene un riesgo 7 veces mayor, y a la que tiene cuatro o más cesáreas el riesgo le aumenta a 45 veces. La complicación de placenta previa duplica el riesgo de muerte para la/el bebé, y aumenta 6 veces el riesgo de parto pre-término.

Las madres que han sufrido una o más cesáreas tienen 3 veces el riesgo de un desprendimiento prematuro de la placenta. Esta complicación tiene una mortalidad perinatal de 6%, y un riesgo de parto pre-término de 30%.

La complicación de placenta acreta, en que la placenta penetra profundamente en la pared del útero o lo atraviesa por completo, aumenta significativamente con la cesárea repetida. De ocurrir esta complicación, casi siempre es necesario remover el útero, y hay una mortalidad materna de 7%, y una mortalidad perinatal de 9%. La incidencia de esta complicación ha aumentado dramáticamente según han ido aumentando las cesáreas.

Para la/el bebé la cesárea electiva repetida conlleva riesgos también. Hay mayor evidencia de prematuridad, en casos en que el/la médico/a se equivoca calculando la duración del embarazo y extrae a la/al bebé del útero antes de lo debido. Aún en los nacidos “a término”, pero antes de 39 semanas completadas, hay más riesgo de dificultades y complicaciones respiratorias en el neonato. Hay 50% más puntuaciones bajas de Apgar (la evaluación que se hace al bebé al nacer), 5 veces más riesgo de requerir asistencia respiratoria, y 5 veces más riesgo de tener que admitir a la/al bebé a cuidado intermedio o intensivo. Las madres de cesárea pueden tener más dificultad para establecer relación de apego con su bebé por las dificultades inherentes a la cirugía mayor que es una cesárea. Esto incluye una probabilidad menor de que se logre el comienzo exitoso de la lactancia, sobre todo por las barreras hospitalarias.

A estos riesgos deben añadirse las complicaciones potenciales de un proceso de cirugía mayor, como una cesárea. Hay riesgos de problemas con la anestesia, infecciones, sangramiento y necesidad de transfusiones de sangre, fenómenos tromboembólicos en el periodo posparto, así como un riesgo de 1-2% de que el bebé sufra una laceración con el bisturí del obstetra.

Por todas estas y otras razones, la Fundación Puertorriqueña para la Protección de la Maternidad y la Niñez:

1. Afirma el derecho de toda madre embarazada de recibir información basada en evidencia científica sobre las opciones para el nacimiento de un/a bebé luego de una cesárea anterior.
2. Recomienda que esta información debe ofrecerse de forma ecuánime, racional, y sin comentarios alarmantes que constituyan una coerción a la libertad decisional de la madre.
3. Reconoce y afirma el derecho ético y legal de la mujer a que se honre la decisión que ésta tome, una vez apoderada para otorgar su consentimiento informado, en cuanto a la ruta elegida para el nacimiento de su próximo bebé.
4. Recomienda a las madres con cesárea previa que planifiquen su próximo embarazo y discutan estos temas con su proveedor/a de servicios a la maternidad incluso antes de comenzar el embarazo. Esta previsión le permite el marco de tiempo necesario de tener la madre que conseguir un/a proveedor/a alterno/a para su próximo embarazo.
5. Urge a la comunidad de proveedores/as de servicios al embarazo y al parto, incluyendo los servicios hospitalarios, a que se mantengan actualizados/as en la evidencia científica que apoya el parto vaginal después de una cesárea, y que atiendan este tema con el rigor científico debido.

REFERENCIAS

1. American College of Obstetricians and Gynecologists. Evaluation of Cesarean Delivery. ACOG: Washington DC. 2000.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists. Placenta accreta. Committee Opinion #266. ACOG: Washington, DC. Jan. 2002.
3. American College of Obstetricians and Gynecologists. Vaginal Birth After Previous Cesarean Delivery. Practice Bulletin #54. ACOG, Washington DC. July 2004.
4. Ananth CV, Smulian JC, Vintzileos AM. The association of placenta previa with history of cesarean delivery and abortion: a meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol* 1997;177(5):1071-8.
5. Annibale DJ et al. Comparative neonatal morbidity of abdominal and vaginal deliveries after uncomplicated pregnancies. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1995;149(8):862-7.
6. Asakura H, Myers SA. More than one previous cesarean delivery: a 5 year experience with 435 patients. *Obstet Gynecol* 1995;85(6):924-9.
7. Centers for Disease Control and Prevention. National Hospital Discharge Survey of the National Center for Health Statistics, Table 1, 1990.
8. Chauhan SP, Martin JN Jr, Henrichs CE, Morrison JC, Magann EF. Maternal and perinatal complications with uterine rupture in 142, 075 patients who attempted vaginal birth after cesarean delivery: a review of the literature. *Am J Obstet Gynecol* 2003;189:408-17.
9. Crane JM, van den Hof MC, Dodds L, Armson BA, Liston R. Neonatal outcomes with placenta previa. *Obstet Gynecol* 1999;93(4):541-4.
10. Declercq ER, Sakala C, Corry MP. Listening to Mothers: Report of the First National U.S. Survey of Women's Childbearing Experiences. New York: Maternity Center Association, Oct. 2002.
11. Enkin M et al. A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth. 3d ed. Oxford: Oxford University Press. 2000.
12. Flamm BL. Vaginal birth after cesarean section. In: Flamm BL, Quilligan EJ, editors. Cesarean section: guidelines for appropriate utilization. New York (NY):Springer-Verlag; 1995. p. 51-64.
13. Gregory KD, Korst LM, Cane P, Platt LD, Kahn K. Vaginal birth after cesarean and uterine rupture rates in California. *Obstet Gynecol* 1999;94:985-9.
14. Hal MH. Commentary: confidential enquiry into maternal death. *Br J Obstet Gynaecol* 1990;97:752-3.
15. Hemminki E, Merilainen J. Long-term effects of cesarean section: ectopic pregnancies and placental problems. *Am J Obstet Gynecol* 1996;174(5):1569-74.
16. Hibbard JU, Ismail MA, Wang Y, Te C, Karrison T, Ismail MA. Failed vaginal birth after a cesarean section: how risky is it? I. Maternal morbidity. *Am J Obstet Gynecol* 2001;184:1365-71.
17. Lydon-Rochelle M et al. First-birth cesarean and placental abruption or previa at second birth. *Obstet Gynecol* 2001;97(5 Pt 1):765-9.
18. Lydon-Rochelle MT, Holt VL, Martin DP. Delivery method and self-reported postpartum general health status among primiparous women. *Paediatric Perinatal Epidemiology* 2001;15:232-40.
19. March of Dimes. Medical References: preterm birth. http://www.marchofdimes.com/printableArticles/81_1157.asp?printable=true
20. Mozurkewich EL, Hutton EK. Elective repeat cesarean delivery versus trial of labor: a meta-analysis of the literature from 1989 to 1999. *Am J Obstet Gynecol* 2000;183:1187-97.
21. Mutryn C. Psychosocial impact of cesarean section on the family; a literature review. *Soc Sci Med* 1993;37(10):1271-81.
22. O'Brien JM, Barton JR, Donaldson ES. The management of placenta percreta: conservative and operative strategies. *Am J Obstet Gynecol* 1996;175(6):1632-8.
23. Paré E, Quiñones J, Macones G. Vaginal birth after caesarean section versus elective repeat caesarean section: assessment of maternal downstream health outcomes. *BJOG* 2006; 113:75-85.
24. Rageth JC, Juzi C, Grossenbacher H. Delivery after previous cesarean: a risk evaluation. Swiss Working Group of Obstetric and Gynecologic Institutions. *Obstet Gynecol* 1999;93(3):332-7.
25. Roberts RG, Bell HS, Wall EM, et al. Trial of labor or repeated cesarean section: The woman's choice. *Arch Fam Med* 1997;6:120-125.
26. Schuitemaker N et al. Maternal mortality after cesarean in the Netherlands. *Acta Obstet Gynaecol Scand* 1997;76(4):332-4.

Este documento fue aprobado por la Junta de Directores de PROMANI en febrero de 2007.

Para mayor información sobre el parto vaginal después de una cesárea y/o copia de este documento contactar a: PROMANI - Fundación Puertorriqueña Para la Protección de la Maternidad y la Niñez, Suite 304 PO Box 71325, San Juan, PR 00936, Fax: 787-756-8051 Email: info@promani.org
También puede acceder a nuestra página de internet: www.promani.org

©PROMANI 2007 otorga permiso para reproducir libremente en su totalidad o parcialmente este documento con atribución completa.