

¿Podemos reducir el número de cesáreas?

Moderador
C. Foradada

Consorci Sanitari
Parc Taulí
Sabadell

Conducta en el parto de nalgas

E. Reus, M. Margarit, A. Rodríguez, JR. Méndez,
J. Viquer, M. García, O. Gracia
Hospital de Sant Boi

La presentación podálica, que se produce en un 3-4% de las gestaciones a término, es sin duda una de las principales indicaciones de cesárea, de forma única o en combinación con otras indicaciones.

El parto en presentaciones podálicas o de nalgas representan actuaciones de riesgo debido a que pueden producirse con mayor frecuencia alteraciones o lesiones de gravedad variable en el feto, relacionada con una mayor agresividad en las maniobras de ayuda en la extracción fetal, y que se pueden presentar tanto en el parto vaginal, como en la cesárea.

En el intento por racionalizar la creciente tasa de cesáreas que se está produciendo, no parece que ésta sea una de las indicaciones en las que sea posible disminuir el alto índice de abordaje abdominal que se produce. Al contrario, son exigibles la utilización de estrictos criterios de selección para permitir la vía vaginal en la asistencia del parto de nalgas.

Los principales factores que influyen en la elección de la vía de parto son la edad gestacional y el peso fetal estimado, ya que se han mostrado como los principales determinantes de la aparición de lesiones neonatales. No serían condicionantes la edad materna ni la paridad.

En gestaciones pretérmino se recomienda la cesárea electiva en fetos por debajo de las 32 semanas de gestación o con peso estimado menor de 1.500 g. Por encima de estos parámetros se considera la aplicación del mismo protocolo que en las gestaciones a término.

La publicación de los resultados del Term Breech Trial en octubre del 2000, modificó sensiblemente los criterios de asistencia al parto de nalgas en gestaciones a término, al presentar mejores resulta-

dos perinatales sin incremento de la morbilidad materna en el grupo de cesáreas electivas.

Se trata de un estudio multicéntrico de 121 hospitales en 26 países con 2088 gestantes con presentación podálica a término asignadas aleatoriamente a un grupo de cesárea electiva o de vía vaginal, realizado entre enero de 1997 y abril 2000. Se realizó un seguimiento de las madres y los neonatos 1,5, y 3 meses y dos años postparto. En este estudio se señalaron peores resultados perinatales en el grupo vaginal, respecto a los de la cesárea electiva. Lo realmente sorprendente fue la semejante tasa de morbilidad materna en ambos grupos (3,9% en el grupo de cesárea frente a 3,5 % en el vaginal).

La mejoría de los resultados perinatales fueron más evidentes en los países con baja mortalidad perinatal, como el nuestro. Se estima que se evita una muerte o grave lesión neonatal por cada 14 cesáreas realizadas.

Sin embargo, la valoración clínica del caso, la experiencia del obstetra, y la disponibilidad de la paciente, pueden permitir la evolución de un parto por vía vaginal, siempre que la progresión del mismo sea adecuada.

Según los protocolos de actuación de la SEGO (actualizados en octubre de 2001) se considera aceptable, el intento de parto de vía vaginal en presencia de las siguientes situaciones y siempre con el consentimiento expreso de la paciente:

- peso fetal estimado < 3.800-4.000 g,
- DBP < 96 mm,
- nalgas puras o completas,
- pelvis adecuada,
- cabeza flexionada o indiferente,
- ausencia de anomalías fetales,
- ausencia de contraindicación para el parto vaginal.

Son puntos controvertidos en la conducción del parto vaginal, la amniorrhexis artificial, el uso de oxitocina,

	Nalgas	Cesáreas	Vaginales
1997	14	11 (78,6%)	3 (21,4%)
1998	22	20 (90,9%)	2 (9,1%)
1999	11	7 (63,3%)	4 (36,6%)
2000	26	21 (80,7%)	5 (19,23%)
2001	13	13 (100%)	-
Total	85	72 (84%)	14 (16%)

	Nº partos	Cesáreas	Nalgas
1997	505	103 (20,3%)	10,67%
1998	477	101 (21,1%)	19,80%
1999	514	109 (21,2%)	6,42%
2000	611	163 (26%)	13,12%
2001	422*	95 (22,5%)	13,65%
Total	2.529	571 (22,5%)	12,6%

*3 meses obras en sala de partos

Tabla 1.
Porcentaje de cesáreas y partos vaginales en presentaciones podálicas (izda.)

Tabla 2.
Porcentaje del total de cesáreas por indicación de podálica (dcha.)

y la inducción del parto, aunque a priori no parecen haber problemas en la utilización de estos procedimientos.

Frente a la práctica de la cesárea de un forma casi electiva en la presentación de nalgas en la gestación a término con feto único, se ha propuesto la realización de versión externa, aunque actualmente este procedimiento se encuentra pendiente de valoración respecto a su eficacia y seguridad en un estudio multicéntrico).

Nuestra experiencia

Se realizó un estudio retrospectivo sobre la asistencia al parto vaginal en presentaciones podálicas a término en nuestro centro entre enero de 1997 y diciembre 2001.

Se realizaron 85 asistencias a presentaciones podálicas (3,36% del total). Un 84% (72) finalizaron mediante cesárea y un 16% (14) por vía vaginal (Tabla 1).

En la Tabla 2 se hallan desglosados el porcentaje del total de cesáreas realizadas en el servicio que tenían como indicación única o combinada la presentación podálica, y que correspondía a un 12,6% del global.

Conclusiones

En el intento de disminución de la elevada tasa de cesáreas no parece que la asistencia a la presentación podálica en gestaciones a término pueda ser uno de los factores en los que se pueda actuar. Al contrario, parece que en los últimos datos publicados avalan una mayor seguridad neonatal en la asistencia mediante cesárea sin un aumento significativo de la morbilidad materna.

La utilización de la versión externa para intentar convertir en presentaciones cefálicas las podálicas parece ser la única vía para disminuir la tasa de cesáreas,

siempre que este procedimiento demuestre su seguridad y eficacia.

Bibliografía

1. *Manual de Asistencia a la Patología Obstétrica*. Sección de Medicina Perinatal de la SEGO. Fabre E, ed. Zaragoza, 1997.
2. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnet ED, Saigal S, Wilan AR. Planned cesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. *Lancet* 2000;356: 1375-83.
3. SEGO: Documentos de Consenso. *Parto de nalgas*, 2001.

Conducta en los partos de gemelos

J. Grau, R. Rovira, D. Mataró

Hospital de Vic

Introducción

La incidencia del parto de gemelos es de 1%. La gestación de gemelos está considerada una gestación de alto riesgo, con una mortalidad cinco veces superior a las de las gestaciones únicas. La mayor morbilidad en las gestaciones de gemelos se debe sobre todo a una incidencia superior de prematuridad, retraso del crecimiento y malformaciones congénitas.

La mejora de la morbimortalidad perinatal debe ser el objetivo prioritario. La práctica de una cesárea sistemática no ha aportado mejoras en los resultados perinatales y sí un incremento en la morbimortalidad materna. En las gestaciones de gemelos, el diagnóstico de la corionicidad y amnionicidad en

el primer trimestre es muy importante, ya que la morbimortalidad está muy aumentada en el caso de gestación monocorial y monoamniótica. En un 20% de las gestaciones de gemelos diagnosticadas en el primer trimestre, el segundo gemelo desaparece durante el segundo trimestre, sin ninguna consecuencia en la evolución posterior del embarazo.

La adecuación de la práctica obstétrica en función de unos resultados globales maternos y perinatales requiere de una actuación reglada por parte de los servicios implicados en la asistencia (obstetricia, neonatología y anestesia) así como una evaluación continuada de los mismos.

Los conocimientos que tenemos sobre el curso del embarazo y el parto, en los diferentes tipos de gestación de gemelos, deben ser transmitidos a la gestante y a su pareja de forma comprensible, suficiente, adecuada y adaptada a sus niveles de comprensión. Hace algunos años, era suficiente que la gestante y su familia tuvieran la sensación de recibir atención médica, en la que se hacía todo lo posible por la mujer y el bebé. La situación actual es muy diferente. La gestante y su pareja esperan buenos resultados garantizados por los profesionales sanitarios, y su carencia se vive como un derecho de los individuos a exigir responsabilidades.

Por todo eso, cuando nos planteamos un objetivo médico como es la disminución de la tasa de cesáreas, necesariamente debemos tener en cuenta no sólo los conocimientos médicos con evidencia científica contrastada, sino también los recursos de los que disponemos (humanos, físicos, estructurales), así como el grado de convencimiento de los profesionales, las reglamentaciones legales y las expectativas de la gestante y su pareja.

Hoy en día, sólo con una fuerte motivación por parte de los profesionales al realizar una tarea que sirva para la mejora de la atención, será posible aplicar cambios en la práctica médica.

El incremento de la tasa de cesáreas en los últimos 20 años ha sido del 100% y obedece, en gran parte, a factores que no tienen que ser estrictamente de mejora en la atención pública.

Acciones para la mejora en la atención de los partos de gemelos

Las acciones de los obstetras para la mejora de la atención en los partos de gemelos las podemos agrupar en tres niveles: 1. Conocimientos, 2. Recursos y 3. Actitudes.

- Las estrategias del *conocimiento* consisten en la aplicación de determinadas acciones durante la gestación y el parto a partir del estado actual del saber.
- Las estrategias de *recursos* son aquellas en las que se contemplan los requerimientos humanos y de estructura, que actualmente se consideran necesarios para garantizar una calidad asistencial.
- Las estrategias en las *actitudes*, que hacen referencia a las conductas que fundamentan una cultura de evaluación y mejora continua, en el marco de una atención de consenso grupal.

Conocimientos

- Primer trimestre:
 - Diagnóstico ecográfico de la gestación de gemelos.
 - A las 12 semanas diagnóstico de la corionicidad y amnionicidad.
 - Información a la paciente:
 - características, tipo de gestación de gemelos y pronóstico.
 - Medidas dietéticas (suplementos de hierro y folatos).
 - Prevención de la prematuridad en reposo de 10 h. diarias.
 - Controles durante el embarazo en la consulta de alto riesgo.
- Segundo trimestre:
 - Controles ecográficos 20 y 26-28 semanas.
 - Diagnóstico de las malformaciones.
 - Detección del CIR (incluir estudio doppler fetal).
 - Detección del Síndrome de transfusión feto-fetal en las gestaciones monocoriónicas.
 - Medidas:
 - Reposo de 10 h. diarias y evitar trabajos pesados.
 - Ser liberal con el ingreso.
 - Control y tratamiento de la anemia.
 - En las gestaciones monocoriales y monoamnióticas, derivación al nivel III.
 - Detección de complicaciones a lo largo de la gestación y derivación a centros donde es posible la extracción fetal antes de término.
 - En el caso de muerte de un gemelo, derivación a centro de nivel III.
- Tercer trimestre
 - Controles ecográficos y estudio doppler a las 32, 34, 36 y 38 semanas.

Detección del CIR (curvas de crecimiento específicas) y del síndrome de transfusión feto-fetal.

Medidas:

- Baja laboral.
- Reposo de 12-14 h diarias
- Control de la anemia y del peso, dieta adecuada.

No parar el trabajo de parto, si éste se presenta a partir de las 34 semanas.

Derivación a un centro (si se hace necesaria la extracción del feto), cuando no se disponen los recursos adecuados para la atención de los bebés.

- Asistencia al parto: parece existir consenso en la indicación de una cesárea electiva cuando:
 - La presentación del primer gemelo es diferentes de la cefálica.
 - Gestaciones de más de dos gemelos.
 - Gemelos unidos.
 - Grandes prematuros.
 - En los mismos casos en que esté indicado en la gestación única.

En la gestante en trabajo de parto es muy importante conocer la estática fetal de ambos fetos y, una vez ha nacido el primer gemelo se debe volver a determinar la estática del segundo gemelo, ya que se pueden dar cambios de hasta un 20%.

Se deben monitorizar los dos fetos, la analgesia de elección es la epidural, la estimulación con oxitocina no está contraindicada, así como tampoco la rotura de membranas.

Si la presentación de los dos gemelos es de cabeza, se espera a hacer la amniorresis del segundo con la cabeza encajada. En el caso de que el segundo gemelo no esté de cabeza se puede proceder a la versión externa con control, a ser posible ecográfico y con la bolsa amniótica íntegra, o bien se puede esperar un parto vaginal de nalgas, estando siempre preparados para una versión interna y una gran extracción si es necesario y el feto no presenta signos de alteración del bienestar, ya que entonces es mejor optar por una cesárea. En el caso de que el segundo gemelo esté en situación transversa, se puede intentar una versión externa si el obstetra tiene entrenamiento, en caso contrario se debe practicar una cesárea. El intervalo entre el nacimiento del primer y el segundo bebé es preferible que sea inferior a 30 minutos, aunque la monitorización continua de la FCF y su normalidad puede hacer variar este tiempo. El riesgo de hemorragia en el puerperio inmediato aumenta, por atonía uterina, y es por eso que se recomienda el parto dirigido.

Puntos controvertidos: inducción de los gemelos

Conocemos que la mortalidad en la gestación de gemelos es menor en las semanas 37-38 y la incidencia de retraso en el crecimiento a partir de las 38 semanas es del 50%, así pues parece que en las gestaciones de gemelos la inducción se debería realizar a las 40 semanas, de la misma forma que en las gestaciones de feto único se realiza a las 42. La utilización de prostaglandinas intracervicales es una práctica controvertida por la posibilidad de hiperdinamia.

Recursos humanos y físicos

La asistencia a un parto de gemelos debería estar garantizada por la intervención de un obstetra experimentado con la colaboración de otro obstetra.

El cumplimiento de esta recomendación puede ser dificultoso a nivel de un hospital comarcal donde la mayoría de guardias son cubiertas por un solo obstetra; también se hace difícil mantener un entrenamiento en centros donde el número de partos es bajo, y además los obstetras más experimentados dejan de hacer guardias con el tiempo. Una solución es la de ser más liberales en las inducciones de los partos de gemelos, siempre que las condiciones del cuello uterino sean favorables, ya que durante el horario laborable es cuando se dispone del personal obstétrico adecuado. La presencia de un anestesista y de un neonatólogo se hace indispensable, así como un de un equipo de enfermería entrenado en la asistencia de bebés prematuros, ya que la mayor morbimortalidad se debe a la prematuridad. Se debe disponer en todo momento de un quirófano de urgencias libre, para la práctica de una cesárea urgente, registros cardiotocográficos que puedan controlar ambos fetos y la posibilidad de determinar el pH de calota. La disponibilidad de un ecógrafo en la sala de partos, para determinar la estática fetal en caso de duda, puede ser una herramienta de ayuda aunque no es imprescindible.

Actitudes

Son aplicables a todo tipo de asistencia obstétrica:

1. Existencia de un protocolo, adaptado a los recursos disponible, conocido por todo el equipo y que se consulte en el momento de la toma de decisiones en el Servicio.
2. Cultura de evaluación continuada, con sesiones periódicas donde se comentan todos los partos con los siguientes inputs: edad, paridad, antecedentes de interés, motivo de ingreso, duración de la dilatación, expulsivo, tipo de parto,

indicación de la tocurgia, datos del bebé, complicaciones y observaciones.

3. Separar los problemas de las personas. Los problemas son de todos, así como las soluciones.
4. Evaluación cuantitativa y cualitativa al cabo de seis-doce meses y comparación de nuestros resultados con los estándares reconocidos. Evaluación inmediata en caso de aparición de un hecho considerado indicador centinela.
5. Identificar problemas y tratarlos en las sesiones periódicas con la siguiente metodología: definición, evidencia científica, estado actual, valoración, propuestas de mejora y establecimiento de un calendario de aplicación con posterior evaluación.
6. Determinación periódica del grado de satisfacción de las gestantes atendidas, mediante "focus group". Valoración de los resultados por partes del Servicio.

Bibliografía recomendada

- Adams D. *Asistencia Obstétrica de la gestación gemelar. Clínicas obstétricas y ginecológicas*. McGraw-Hill Interamericana, 1990;1:53-61
- Borrás Ramirez RM. Anestesia a la cesaria. *Ginecologia Catalana* 1999;2:69-72.
- Cincotta R. *Conceptos actuales sobre el síndrome de transfusión intergemelar. Clínicas obstétricas y ginecológicas*. McGraw-Hill Interamericana, 1997;2:269-80
- D'Alton M. *Asistencia preparto de la gestación gemelar: ultrasonido. Clínicas obstétricas y ginecológicas*. McGraw-Hill Interamericana, 1990;1:43-52.
- Documentos de Consenso SEGO 1999. *Embarazo múltiple*. Ed. Meditex, 9-56.
- Flint Porter T. *Medicina basada en pruebas para hacer óptimos los resultados de la cesárea. Clínicas obstétricas y ginecológicas*. Mc Graw-Hill Interamericana, 1997;3:505-10.
- Gabriel R. *Mecanique et Techniques Obstetricales*. Ed Sauram, 1998;247-51.
- García Hernández JA. *Asistencia al embarazo y parto de la gestación gemelar*. Ed. Ino Reproducciones, 1997; 749-91.
- Vaast P, Lucot JP, Chauvet MP, Puech F. Grossesses multiples. Etude anatomoclinique et prise en charge. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Gynécologie/Obstétrique*, 2000;5-030-A-10:20p.
- Grau J, Rovira R. Tasa de cesáreas y su variabilidad en un servicio de obstetricia. *Rev Calidad Asistencial* 1999; 14(6):592.
- Rovira R. El consentiment informat en obstetricia. *Ginecologia Catalana* 1999;1:2-5.

Conducta ante una cesárea anterior

A. M. Espín, R. Velasco, N. Ros, S. Miguel, J. Sentis

Hospital Sant Pau i Santa Tecla, Tarragona

Conseguir disminuir la tasa de cesáreas, también depende evidentemente, del aumento de los partos por vía vaginal de las gestantes con antecedente de cesárea previa. En 1980, la *National Institutes of Health Consensus Development Conference on Cesarean Section* recomendó la prueba de parto en gestantes con antecedentes de cesárea anterior y desde entonces, múltiples estudios¹⁻³ han demostrado que el parto vaginal tras una cesárea previa, es un proceso seguro y recomendable, siguiendo unas pautas y precauciones que revisaremos a continuación⁴⁻⁷.

Factores de la historia obstétrica a considerar de una paciente con cesárea anterior

Indicación de la cesárea anterior: la desproporción cefalopélvica y el fallo inducción o dilatación, suelen tener menos posibilidades de parto vaginal, pero esto no contraindica una prueba de parto en estos casos⁸⁻¹⁰.

Dilatación alcanzada antes de realizar la cesárea anterior: llegar a 4 cm se considera, por algunos autores, como un factor positivo.

Técnica de apertura del útero en la cesárea anterior: marcar con el bisturí y abrir con el dedo supone una ventaja a la apertura instrumental con bisturí u otro tipo de instrumento. Y por supuesto, la incisión debe ser transversal en el segmento inferior uterino.

Técnica de la sutura de la histerotomía en la cesárea anterior: recomendable sutura con hilos simples, extramucosa, grosor 0-1 y de material reabsorbible.

Infección postquirúrgica de la cesárea anterior: endometritis.

Se ha asociado a una mala cicatrización la anemia y las carencias nutritivas en los países en desarrollo.

Número de cesáreas anteriores: aunque numerosos estudios no han encontrado un porcentaje mayor de rupturas uterinas en úteros multicatriciales que en úteros unicatriciales, la mayoría de autores optan por la cesárea iterativa después de varias cesáreas¹¹.

El antecedente de parto vaginal, contribuye al éxito de una nueva vía natural.

Inserción de la placenta en la gestación anterior: casos de placenta baja insertada anterior sobre segmento uterino.

Antecedente de legrado tras la cesárea: podría fragilizar la cicatriz uterina.

Intervalo entre gestaciones: un intervalo menor de 6 meses entre gestaciones se asocia a mayor posibilidad de fallo de sutura¹².

Factores de la gestación actual a tener en cuenta

- Localización placentaria
Sobre la cicatriz, podría erosionar y afinar la cicatriz.
- Sobredistensión uterina
Gestación gemelar: puede aceptarse la vía vaginal siempre que no exista una distensión excesiva y no se realicen maniobras endouterinas durante el parto. Aunque por lo general, se recomienda la cesárea iterativa¹³.
Macrosomía: varios autores observan que el parto vaginal es posible en aproximadamente el 60% de los casos de fetos con pesos mayores a 4.000 gr, sin incremento de la morbilidad materna o neonatal¹⁴.
- Pelvis materna
No se ha demostrado que en caso de pelvis límite, intentar una prueba de parto, resulte en un aumento de rupturas uterinas.
- Presentación no cefálica: En estos momentos, la presentación de nalgas es indicación de cesárea electiva por ella misma para muchos autores.

Indicaciones de cesárea electiva: contraindicaciones absolutas para la vía vaginal

- Incisiones uterinas verticales/corporales o en forma de T.
- Historia de rotura uterina previa.
- Placenta previa envolvente o de inserción baja anterior sobre la cicatriz.
- Desgarros extensos de la cicatriz en la cesárea anterior, sobre todo hacia el cuello.
- Desproporción fetopélvica "indiscutible".

- Detección por HSG a los seis meses de la cesárea de cicatrices defectuosas.
- Cesárea previa complicada con una endometritis probada.

Indicaciones relativas de cesárea electiva

- Dos o más cesáreas previas.
- Sobredistensión uterina: Gestación gemelar, hidramnios, macrosomía.
- Falta de información sobre la cicatriz.
- Presentaciones no cefálicas.
- Paciente desinformada y sin asesoramiento.

Medidas de control necesarias durante el trabajo de parto en paciente con cesárea anterior

Dado que son partos de riesgo, la monitorización^{15,16} debe ser constante, para la detección precoz de una ruptura uterina, y deben darse las condiciones adecuadas de personal cualificado e infraestructura, para poder actuar rápidamente con una laparotomía en caso necesario.

- Registro del ritmo cardíaco fetal debe ser permanente.
- Control continuo de las contracciones uterinas por tocografía externa o interna. Esta última, sobre todo se indica, si es necesario el uso de oxitocina, permitiendo utilizar dosis mínimas y eficaces; pero no es absolutamente necesaria.
- Realización de un partograma para poder evaluar las diferentes fases del trabajo de parto, la velocidad de la dilatación y del descenso de la presentación. La duración del trabajo de parto no debe exceder de la duración media admitida para una primípara.

Inducción de parto

En principio, el útero que puede soportar un trabajo de parto espontáneo, también puede tolerar una inducción de parto. Así, en pacientes seleccionadas con antecedente de cesárea anterior, sin contraindicación para la vía vaginal, y con una monitorización estricta, la inducción de parto es factible, consiguiendo una alta tasa de partos vaginales (70-80%).

El uso juicioso de oxitocina, no se asocia a un aumento de complicaciones en pacientes con cesárea

previa, como demuestran múltiples estudios al respecto¹⁷⁻²¹; pero todos destacan, que estos trabajos de parto necesitan "especial atención", monitorización continuada y profesionales con la formación adecuada para poder establecer un diagnóstico precoz de rotura uterina.

Un factor pronóstico importante en la inducción de parto es la puntuación Bishop al ingreso. Unas condiciones cervicales desfavorables nos llevarán a un trabajo de parto más prolongado y al uso de dosis mayores de oxitocina, con el consiguiente riesgo de hiperdinamia y de rotura uterina; por lo que parece razonable, la maduración cervical antes del inicio del parto en estos casos. Los estudios más numerosos sobre maduración cervical, se han realizado sobre la Prostaglandina E2, aplicada vía intracervical o vaginal²²⁻²⁵ y la mayoría concluyen que su utilización en estas pacientes, no se asocia a un incremento de la rotura uterina, a pesar de constatarse en algunos casos hiperdinamias, dado que las contracciones provocadas por las prostaglandinas son característicamente de corta duración y de baja amplitud.

Precauciones durante el expulsivo

Está indicado la utilización de fórceps o espátulas para abreviar el expulsivo en caso de cesárea previa; pero la realización de fórceps altos con rotación, en estas pacientes está contraindicado. Así también, quedan totalmente prohibidas maniobras endouterinas y la expresión excesiva del útero (Kristeller), que pueden contribuir a una rotura por agresión directa o por hiperdistensión del segmento inferior.

Tras el parto, es obligado realizar de forma sistemática, la revisión manual de la cicatriz previa uterina²⁶. Una ventana pequeña asintomática o un adelgazamiento extremo de la cicatriz, representan factores de riesgo para una rotura ulterior, lo que exige una histerografía, a partir de los 6 meses del parto, en busca de una fístula y contraindica, una nueva vía vaginal.

Según una revisión de Valero de 58 series publicadas con 21.676 pacientes con cesárea anterior en las que se intentó parto vaginal, la frecuencia media de la rotura uterina es del 0,4% (0-4,7%) y de 0,9% (0-5%) para las dehiscencias.

Anestesia peridural

En la mayoría de los trabajos de parto con útero cicatricial, la anestesia es necesaria para la realización de un fórceps con el fin de abreviar el expulsivo,

para el examen posterior de la cicatriz uterina o en caso de cesárea.

Durante muchos años se contraindicó la anestesia peridural, considerando que enmascaraba la clínica de dolor de la rotura uterina²⁷; pero sí se tienen en cuenta ciertas precauciones técnicas, como es limitar la analgesia a la 10ª metámera torácica para preservar la sensibilidad peritoneal, utilizar pequeñas dosis de anestésicos locales a bajas concentraciones (Bupivacaína) y evitar el uso de mórnicos; en caso de rotura uterina y a pesar de la epidural, aparece dolor abdominal por irritación peritoneal por la sufusión hemorrágica²⁸⁻³¹.

Experiencia en nuestro Servicio

Hemos revisado los 2 últimos años, 2000 y 2001, y de un total de 1.416 partos, 112 han sido pacientes con el antecedente de cesárea anterior, lo que representa un 7,9% del total de partos. De estos 112 partos, 53 han sido vaginales (47,3 %) (15 eutócicos [28,3%] y 38 instrumentados [71,7%]), y 59 casos han sido cesáreas (52,7%).

En 50 pacientes, la cesárea anterior había sido indicada por desproporción feto pélvica o inducción fallida, y los resultados en estas pacientes fueron de 34 cesáreas (68%) y 16 partos vaginales (32%). Sin embargo, aquellas que habían tenido un parto vaginal anterior, 10 casos, 7 fueron vaginales (70%) y 3 cesáreas (30%).

28 pacientes fueron sometidas a una inducción de parto (25%). La indicaciones más frecuentes fueron gestación prolongada (57,14%) y amniorraxis (28,5%). En 6 casos se utilizaron prostaglandinas E2 vía vaginal (21,4%) para mejorar las condiciones cervicales, y las 6 pacientes presentaron parto vaginal. Del total de inducciones obtuvimos 17 partos vaginales (60,7%) y 11 cesáreas (39,3%).

10 pacientes tenían 2 cesáreas previas y en todas ellas, se indicó cesárea electiva, alrededor de las 39 semanas.

La morbilidad materna fue de un 2,6%. Una paciente precisó una transfusión por anemia aguda tras un parto instrumental. Tuvimos un caso de dehiscencia (0,8%) de la cicatriz, asintomática, detectada al realizar una cesárea por desproporción fetopélvica tras una inducción por gestación prolongada a las 41 + 1 semanas; el feto pesó 4050 gr. y presentó un Apgar y pH de cordón correctos. Fue preciso realizar una histerectomía (0,8%) urgente por inversión uterina en el momento del alumbramiento, no reducible por

vía vaginal, a una paciente tras un parto con espátulas, que cursó con un postoperatorio sin complicaciones.

La morbilidad neonatal (0,89%) se redujo a un caso de sufrimiento fetal, en una paciente que inició trabajo de parto de forma espontánea, a las 41+5 semanas, y a la que se le practicó cesárea urgente por registro cardíaco fetal patológico, al ingreso en sala de partos. Los pH fueron de 7,14 y 7,06. El neonato fue derivado por el Servicio de Pediatría a la Unidad de Neonatología de nuestro centro de referencia.

Conclusiones

El parto vaginal es posible en los casos de cesárea anterior, sin un riesgo excesivo, siempre que se tomen las precauciones adecuadas de valoración de los antecedentes y la indicación actual.

El evitar la cesárea iterativa sistemática en los casos de cesárea anterior, contribuye a la disminución de la tasa de cesáreas.

Bibliografía

- Rageth JC. Delivery after previous cesarean: a risk evaluation. Swiss Working Group of Obstetric and Gynecologic Institutions. *Obstet Gynecol* 1999;93(3): 332-7
- Stepman CM. Vaginal birth after cesarean delivery: a group practice's approach to minimizing failed trial of labor. *Prim Care Update Ob Gyns* 1998;5(4):187-8.
- Appleton B. Vaginal birth after Caesarean section: an Australian multicentre study. VBAC Study Group. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2000;40(1):87-91.
- Saint-Hilaire P. Embarazo y cicatrices uerinas. *Encycl. Med Chir Obstetrique* 1992;5016-D-20:19p.
- Adjahoto EO. Factors predicting outcome of trial of labor after prior cesarean section in a developing country. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2001;30(2):174-9.
- Hibbard JU. Failed vaginal birth after a cesarean section: how risky is it? I. Maternal morbidity. *Am J Obstet Gynecol* 2001;184(7):1365-71.
- D'Orsi E. Factors associated with vaginal birth after cesarean in a maternity hospital of Rio de Janeiro. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2001;97(2):152-7.
- Shipp TD. Labor after previous cesarean: influence of prior indication and parity. *Obstet Gynecol* 2000;95(6 Pt 1):913-6.
- Bujold E. Should we allow a trial of labor after a previous cesarean for dystocia in the second stage of labor? *Obstet Gynecol* 2001;98(4):652-5.
- Schneider A. Prognostic factors in the indication for labor induction after previous delivery by cesarean section. *Zentralbl Gynakol* 1988;110(17):1086-91.
- Bretelle F. Vaginal birth following two previous casarean sections. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2001; 94(1):23-6.
- Exposito MA. Association of interpregnancy interval with uterine scar failure in labor: a case control study. *Am J Obstet Gynecol* 2000;183(5):1180-3.
- Myles T. Vaginal birth of twins after a previous Cesarean section. *J Matern Fetal Med* 2001;10(3):171-4.
- Zelop CM. Outcomes of trial of labor following previous cesarean delivery among women with fetuses weighing >4000 g. *Am J Obstet Gynecol* 2001;185(4):903-5.
- Naiden J. Using active management of labor and vaginal birth after previous cesarean delivery to lower cesarean delivery rates: a 10 year experience. *Am J Obstet Gynecol* 2001;184(7):1535-41.
- Yap OW. Maternal and neonatal outcomes after uterine rupture in labor. *Am J Obstet Gynecol* 2001;184(7): 1576-81.
- Stubbs TM. Oxitocin for labor induction. *Clin Obstet Gynecol* 2000;43(3):489-94.
- Lao TT. Labor induction for planned vaginal delivery in patients with previous cesarean section. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1987;66(5):413-6.
- Flamm BL. Oxytocin during labor after previous cesarean section: results of a multicenter study. *Obstet Gynecol* 1987;70(5):709-12.
- Cervical ripening and labor induction after previous cesarean delivery. *Clin Obstet Gynecol* 1995;38(2): 287-92.
- Adair CD. Labor induction in patients with previous cesarean section. *Am J Perinatal* 1995;12(6):450-4.
- Stone JL. Use of cervical prostaglandin E2 gel in patients with previous cesarean section. *Am J Perinatal* 1994;11(4):309-12.
- Williams MA. Preinduction prostaglandin E2 gel prior to induction of labor in women with a previous cesarean section. *Gynecol Obstet Invest* 1995;40(2):89-93.
- Flamm BL. Prostaglandin E2 for cervical ripening: a multicenter study of patients with prior cesarean delivery. *Am J Perinatal* 1997;14(3):157-60.
- Schneider KT. Labor induction with prostaglandin in post cesarean section status. *Zentralbl Gynakol* 1994; 116(8):461-7.
- Galbis M. *Rotura uterina*. Protocolo nº 36 de la SEGO.
- Knitz R. Concealed rupture of the uterus during continuous epidural anaesthesia. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 1980;40(7):652-3.
- Uppington J. Epidural analgesia and previous caesarean section. *Anaesthesia* 1983;38(4):336-41.

29. Camus M. Cicatricial uteri. Vaginal delivery under peridural analgesia. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1989;18(3):379-87.
30. Gentili M. A uterine rupture during peridural anesthesia. *Cah Anesthesiol* 1990;38(2):131-3.
31. Abraham R. Delay in the diagnosis of rupture of the uterus due to epidural anesthesia in labor. *Gynecol Obstet Invest* 1992;23(4):239-40.

¿La maduración y la inducción del parto modifican el número de cesáreas?

R. Rubio

Hospital de Sant Celoni

La inducción del parto, una de las técnicas más utilizadas en obstetricia, es un procedimiento dirigido a desencadenar contracciones uterinas por medios mecánicos, médicos o ambos, con la finalidad de que el parto sea por vía vaginal. Puede ser electiva, por conveniencia, o bien terapéutica en el caso de que el embarazo suponga un riesgo para la madre o el feto. Cuando se plantea la inducción del parto se debe informar a la madre con claridad sobre la naturaleza del método de inducción y de la conveniencia de llevarlo a cabo tanto para ella como para su hijo, intentando explicar los beneficios y los riesgos que comporta. La inducción del parto debe ser, en la medida en que sea posible, una experiencia grata, y la madre debe considerarla como una contribución positiva para asegurar su salud y la de su hijo.

La antes nombrada técnica alcanza en algunos casos tasas superiores al 20%. Fijar correctamente la indicación, escoger el momento y el método y, en general, establecer una precisa relación riesgo-beneficio hará que la tasa de cesárea se vea modificada. Se ha acordado que el Test de Bishop permite establecer, sobretudo en pacientes múltiples, un pronóstico bastante aproximado. Así, un Bishop mayor de 7 sitúa la cifra de éxitos entre el 95-99%: un test entre 4 y 6 lo sitúa entre el 80-85% y, si es menor de 3, en el 50-55%.

Métodos

Mecánicos

- Maniobra de Hamilton.

- Amniotomía.
- Dilatadores: Laminaria, Dilapan®, Sonda de Foley. (Cochrane Review 2001: Evidencia insuficiente para evaluar efectividad).
- Infusión salina extra-amniótica. (Cochrane Review 2001: no hay evidencia de su utilización).

Farmacológicos

- "Caulophyllum": Tratamiento homeopático para la inducción del parto. (Cochrane Review 2001: Datos insuficientes para extraer conclusiones).
- Relaxina.
- Mifepristona (RU-486).
- Gliceril Trinitrato.
- Prostaglandina E1: Misoprostol, su eficacia como madurador cervical e inductor del está bien definida pero aún debe establecerse su dosificación ideal.
- Prostaglandina E2: Dinoprostona.
- Oxitocina. Técnica de la infusión: 5 UI de oxitocina diluidas en 500 ml de suero fisiológico y siempre una bomba de infusión. Iniciar con 0,5-1 mU/min., incrementando de forma gradual 1-2 mU/min. Cada 15-30 minutos, hasta conseguir una dinámica adecuada, que en el 90% de los casos se consigue con dosis de 16 mU/min. o menos.
Pauta de alta dosis, la cual ha demostrado ser segura i efectiva: dosis inicial de 6-8 mU/min. Con incrementos de 6 mU/min. Cada 15-40 minutos.
Si tras 12 horas no se ha conseguido una dilatación de 2-3 cm., la mayoría de autores se inclinan por la práctica de una cesárea.

Las inducciones en pacientes múltiples tienen una tasa de cesárea inferior, independientemente de las condiciones cervicales al comienzo de la misma. Al contrario, las pacientes múltiples que son inducidas presentan entre un 40-60% más de riesgo de acabar en cesárea que las nulíparas que esperan que el parto se desencadene espontáneamente. El uso de métodos de maduración cervical puede reducir el intervalo entre la inducción y el parto pero, a pesar de eso, la tasa de cesárea continúa siendo elevada.

Protocolos

La elaboración de protocolos realmente mejora la práctica clínica cuando son introducidos y controlados en el seno de una evaluación rigurosa. (Figura 1).

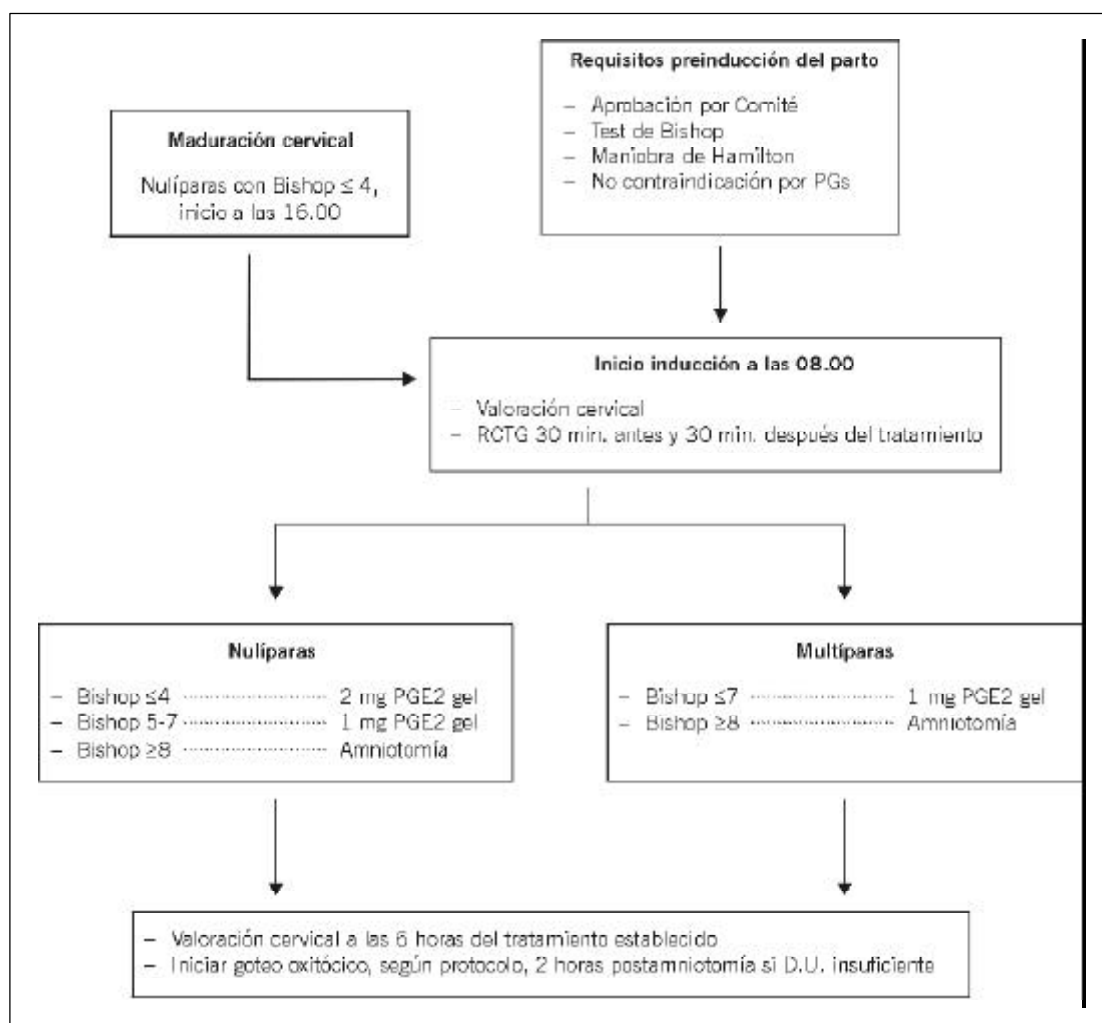


Figura 1.

Inducción fallida

La literatura revisada establece un mínimo de 12 horas de oxitocina tras la Amniotomía para definir el caso como "inducción fallida".

Los autores también insisten en el hecho de que se debe diferenciar la inducción fallida del parto del fallo en su progresión (vía vaginal).

Bibliografía recomendada

Labor induction. Ramsey PS, and cols. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2000;12(6):463-7.

Do practice guidelines guide practice? A prospective audit of induction of labor- three years experience. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000;79(12):1086-92.

Criteria for failed labor induction: prospective evaluation of a standardized protocol. *Obstet Gynecol* 2000;96(5Pt 1):671-7.

The Cochrane Library. *Issue 4*, 2001.

An appeal for a fair evaluation of the impact of elective induction of labor on population cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2000;182(6):1355-62.

Protocolos asistenciales y de procedimiento. SEGO (www.sego.es).

Presentación de nalgas: ¿cesárea? pero con versión cefálica externa previa

P. Cavallé Busquets¹⁻², J.M. Martín Vallejo¹,
B. Muñoz Abellana¹, O. Córdoba Cardona¹,
J. Bosch Domingo¹, J. Boj Borbones¹⁻²,
J. Aragonés Sanhahuja¹, J. Pascual Balsebre¹,
P. Cavallé Vallverdú¹⁻²

¹Servei Obstetrícia i Ginecologia.

Hospital Universitari Sant Joan. Reus (Tarragona)

²Departament Obstetrícia i Ginecologia.

Facultat de Medicina i Ciències de la Salut.

Universitat Rovira i Virgili. Reus (Tarragona)

Entre un 3-4% de las gestaciones llegan a término con el feto en presentación podálica. El estudio multicéntrico sobre el parto de nalgas a término, ha demostrado un incremento significativo de la morbimortalidad perinatal cuando el parto se desarrolla por vía vaginal¹. Esto comportará un incremento en el número de cesáreas que se realizarán, lo que supondrá un aumento tanto de la morbi-mortalidad materna² como del coste económico.

El reconsiderar la versión cefálica externa (VCE) como alternativa convirtiendo la presentación fetal en cefálica, aumentaría las posibilidades de un parto vaginal no complicado.

Repasamos la literatura existente sobre la VCE para valorar la seguridad, eficacia, e impacto de esta en el número de cesáreas.

La seguridad de la VCE ha sido un tema controvertido durante largo tiempo. Algunos trabajos asociaron la versión con muertes fetales debidas a abruptio placentae o problemas funiculares. En la revisión de Hofmeyr³ se encuentran 4 muertes fetales (1%) en mujeres sometidas a anestesia general y ningún caso cuando no se aplicó anestesia. En los estudios realizados a partir de 1980, la muerte fetal relacionada con la versión es muy infrecuente. La mayoría de trabajos encuentran que la VCE es una técnica segura tanto desde un punto de vista fetal como materno. El único estudio que relata dos muertes fetales, realizó las versiones a las 33 semanas y probablemente fueron secundarias a distress respiratorio⁴.

El uso de la monitorización fetal, ha puesto de manifiesto que la presencia de bradicardia o desaceleraciones durante o después del procedimiento son relativamente frecuentes. Estos cambios suelen ser transitorios, sin consecuencias en los resultados neonatales⁶.

Otro de los puntos referentes a la seguridad de la VCE es la transfusión fetomaterna. Diversos estudios refieren hemorragia feto-materna entre un 3-6% de los casos⁶.

Otra de las posibles complicaciones relacionadas con la VCE, son las derivadas del cordón umbilical con un riesgo menor al 1,5%, por el contrario, una vez corregida la presentación a cefálica disminuye el riesgo de prolapso funicular⁶.

Según los datos actuales, la VCE es una técnica segura (o al menos con un riesgo aceptable) cuando se practica en gestantes seleccionadas, con TNS y control ecográfico previo, RCTG después del procedimiento y el uso de gamma globulina antiD en las gestantes Rh negativas.

Aunque la incidencia de complicaciones mayores asociadas a la VCE es baja, existe un riesgo potencial, siendo recomendable realizar la VCE en un medio con posibilidad de practicar una cesárea urgente.

La técnica utilizada para la VCE es la descrita por Saling and Muller-Holve⁷, que consiste en desencajar las nalgas de la pelvis mediante presión abdominal con una mano, mientras que con la otra se presiona la cabeza hasta conseguir la versión en sentido ventral. Si en este sentido falla, se intenta la versión en sentido dorsal. La técnica puede ser realizada por una o dos personas. El intento de versión se abandonará si existe bradicardia fetal, dolor, o si no se consigue después de un breve periodo de tiempo.

Una revisión de 20 estudios indica que el porcentaje de éxitos tras versión cefálica externa varía de 35 al 86%, con una media del 58%^{3,7,9-11}. En nuestra casuística se ha conseguido la versión cefálica externa en 24/43 (55,8%) de los casos⁸.

Algunos factores se han relacionado con el porcentaje de éxito de la versión, siendo el más consistente la paridad. En la revisión de Zhang⁹, la proporción de versiones logradas varía en un rango del 26-62% en las nulíparas, frente al 52-95% de las multiparas. Otro de los factores influyentes es la edad gestacional, cuanto más precozmente se realiza el intento mayor es el porcentaje de versiones conseguidas. Morrison *et al.*¹⁰ encuentran un porcentaje del 74% entre las 37-39 semanas de gestación y un 46% entre las 40-43 semanas.

Sin embargo, no debe practicarse de la versión en gestaciones pretérmino por diversos motivos: en primer lugar debido a que antes de las 36 semanas la versión espontánea es posible; existe el riesgo de reversión siendo necesarios procedimientos adicio-

nales y, en tercer lugar, aumenta el riesgo de prematuridad por parto pretérmino o cesárea urgente. Otros factores como el volumen de líquido amniótico, posición fetal, peso materno y dilatación cervical, han sido relacionados de manera menos consistente.

En cuanto a la influencia del uso de un agente tocolítico en relación con el porcentaje de éxitos, existen trabajos publicados con ritodrine e.v. y con terbutalina subcutánea¹¹ donde se demuestran el aumento en las versiones conseguidas.

Las contraindicaciones para la VCE van dirigidas a minimizar el riesgo de efectos adversos, maximizando las probabilidades de éxito. Indicaciones para cesárea electiva, como la placenta previa y la desproporción pelvi-fetal, son contraindicación absoluta para la versión externa.

La VCE disminuye la incidencia de presentación de nalgas en el momento del parto y por tanto las complicaciones de su manejo. Teniendo en cuenta el alto porcentaje de cesáreas de la presentación de nalgas, el principal beneficio de la versión es la reducción de la morbi-mortalidad materna.

Se reducirán no sólo las complicaciones durante la gestación actual, sino también la necesidad potencial de repetir una nueva cesárea en futuros embarazos.

Actualmente quedan por aclarar algunas cuestiones referentes a la versión cefálica externa, como son la versión una vez iniciado el trabajo de parto y la indicación en pacientes con cesárea previa.

Existe la evidencia pues, de que la versión cefálica externa en las presentaciones de nalgas a término reducen los partos de nalgas en un 60%. No obstante, esta técnica está lejos de ser ofrecida de forma universal, en el estudio Cochrane, solo a un 20 % de las gestantes en presentación de nalgas se le ofreció esta posibilidad¹².

Nuestro objetivo es presentar la versión cefálica externa como una opción real para disminuir la frecuencia de la presentación de nalgas en el momento del parto.

Bibliografía

1. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR, for the Term Breech Trial Collaborative Group. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. *Lancet* 2000;356: 1375-83.
2. Hall MH, Bewley S. Maternal mortality and mode of delivery. *Lancet* 1999;354:776.
3. Hofmeyr GJ. Effect of external cephalic version in late pregnancy on breech presentation and cesarean section rate: A controlled trial. *Br J Obstet Gynaecol* 1983; 90:392-9.
4. Kasule J, Chimbira THK, Brown IM. Controlled trial of external cephalic version. *Br J Obstet Gynaecol* 1985; 92:14-8.
5. Editorial. How to manage term breech deliveries. Avoid vaginal breech deliveries but offer external cephalic version. *BMJ* 2001;323:244-5.
6. Robertson AW, Kopelman JN, Read JA, Duff P, Magelssen DJ, Dashow EE. External cephalic version at term: is a tocolytic necessary? *Obstet Gynecol* 1987;70:896-9(Level I).
7. Saling E, Muller-Holve W. External cephalic version under tocolysis. *J Perinat Med* 1975;3(2):115-22.
8. Cavallé Busquets P, Martín Vallejo JM, Muñoz Avellana B, Córdoba Cardona O, Bosch Domingo J, Boj Borbones J, Aragones Sanhahuja J, Pascual Balsebre JR, Cavallé Vallverdú P. Versión cefálica externa en el parto de nalgas. En prensa.
9. Zhang J, Bowes WA, Fortney JA. Efficacy of external cephalic versión: a review. *Obstet Gynecol* 1993; 82:306-12.
10. Morrison JC, Myatt RE, Martin JN, et al. External cephalic version of the breech presentation under tocolysis. *Am J Obstet Gynecol* 1986;154:900-3
11. Fernandez CO, Bloom SL, Smulian JC, Ananth CV, Wendell GD. A randomized placebo-controlled evaluation of terbutaline for external cephalic version. *Obstet Gynecol* 1997;90:775-9.
12. Hofmeyr GJ. External cephalic version facilitation for breech presentation at term. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;2:CD000184.
13. ACOG PRACTICE BULLETIN. External Cephalic Versión, 2000;13(February).