



clínica e investigación en ginecología y obstetricia

www.elsevier.es/gine



ORIGINAL

Cesárea anterior por desproporción pelvi-fetal y gestación cronológicamente prolongada

E. Mazarico*, J. Sabrià, S. Cabré y J.M. Lailla

Unidad de Obstetricia y Ginecología, Hospital San Joan de Déu, Esplugues, Barcelona, España

Recibido el 5 de junio de 2009; aceptado el 15 de julio de 2009

Disponible en Internet el 1 de noviembre de 2009

PALABRAS CLAVE

Cesárea anterior;
Desproporción
pelvi-fetal;
Gestación
cronológicamente
prolongada;
Inducción de parto

KEYWORDS

Prior cesarean
section;
Fetopelvic

Resumen

Objetivos: Valoración de la vía y el modo de finalización de la segunda gestación en pacientes con cesárea anterior (CA) por desproporción pelvi-fetal (DPF).

Material y métodos: Hemos revisado 102 pacientes con CA y gestación superior a 40 semanas, en las que se realiza inducción de parto (54 casos) o cesárea electiva (48 casos) y 98 pacientes con CA por DPF que inician trabajo de parto espontáneamente.

Resultados: Gestación cronológicamente prolongada (GCP) con CA por DPF: el 51% de los casos finaliza la gestación con cesárea electiva y el 49% con inducción de parto. De éstos, el 65% acaba con cesárea durante el trabajo de parto y el 35% con parto vaginal.

Inducción según motivo de CA: CA por DPF, el 35% acaba en parto vaginal versus el 65%, que acaba en cesárea durante trabajo de parto. En CA por inducción fallida, el 45 versus el 55%. En CA por presentación de nalgas, el 28 versus el 72%. En CA por riesgo de pérdida de bienestar fetal, el 66% versus el 33%, y en CA por otras causas, el 62 versus el 38%. Estas diferencias son estadísticamente significativas.

De las CA por DPF que inician trabajo de parto espontáneamente, el 36% acaba en cesárea y el 64% en parto vaginal. En estos resultados hay diferencias significativas con inducciones por GCP en CA con DPF.

La edad gestacional media del inicio de parto espontáneo es de 39,63 semanas, concentrándose el 81% del total entre 39–41 semanas.

Conclusiones: Consideramos indicado conducta expectante en gestantes con CA por DPF hasta la semana 41 y, en este momento, decidir cesárea electiva o inducción de parto.

© 2009 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Prior cesarean section due to fetopelvic disproportion and prolonged pregnancy

Abstract

Objectives: To evaluate the route and mode of delivery in second pregnancies in patients with a prior cesarean section (PCS) due to fetopelvic disproportion (FPD).

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: emazarico@hsjdbcn.org (E. Mazarico).

disproportion;
Prolonged pregnancy;
Labor induction

Material and methods: We reviewed 102 patients with a PCS and pregnancy over 40 weeks, in which labor was induced (54 patients) or elective cesarean was performed (48 patients) and 98 patients with PCS due to FPD who started labor spontaneously.

Results: Among women with prolonged pregnancy and PCS due to FPD, elective cesarean section was performed in 51% and labor was induced in 49%. Of these, cesarean section was performed during labor in 65% and delivery was through the vaginal route in 35%. Among women with labor induction, the results, depending on the cause of the PCS, were as follows: in women with PCS due to FPD, 35% delivered through the vaginal route versus 65% who underwent cesarean section during labor; in PCS due to failed induction, 45% versus 55%; in PCS because of breech presentation, 28% vs 72%; in PCS because of non-reassuring fetal heart rate, 66% versus 33%; and in PC because of other causes, 62% versus 38%. These differences were statistically significant. In women with PCS due to FPD who started labor spontaneously, 36% underwent cesarean section and 64% had a vaginal birth. Significant differences were found with labor induction because of prolonged pregnancy with PCS due to FPD. The mean gestational age at onset of spontaneous labor was 39.63 weeks, with 81% of the total starting at 39–41 weeks.

Conclusions: We recommend expectant management in patients with PCS because of FPD until 41 weeks, after which time, the decision to induce labor or perform an elective cesarean section should be made.

© 2009 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La inducción de parto en mujeres con una cesárea anterior (CA) es un tema que genera grandes discusiones entre los expertos, y una falta de consenso, más aun cuando el motivo de la CA se atribuye a una desproporción pelvi-fetal (DPF) y la gestación se prolonga cronológicamente.

Sopesar los riesgos de una posible dehiscencia o rotura uterina que, aunque muy ligeramente, están aumentados en una inducción de parto con una CA frente a los riesgos aumentados de una cesárea (tromboembolismo, transfusión sanguínea, infección, endometritis, complicaciones respiratorias en el neonato) no es siempre tarea fácil para el obstetra en la gran mayoría de las situaciones¹⁻³.

Los objetivos que nos hemos planteado en la siguiente revisión han sido analizar los resultados de las inducciones de parto en gestaciones cronológicamente prolongadas (GCP) con CA por (DPF) o inducción fallida (IF); comparar estos resultados con inducciones de parto en GCP con CA por otras causas; comparar las complicaciones entre cesáreas electivas y cesáreas en trabajo de parto en GCP con CA por (DPF) o IF, y comparar los resultados entre inducciones de parto en GCP con CA por (DPF) y aquellas gestaciones con CA por (DPF) que inician trabajo de parto espontáneamente.

Material y métodos

Hemos revisado 102 pacientes con una CA por diferentes causas y gestación superior a 40 semanas, cuya gestación ha sido controlada y finalizada en nuestro centro (Hospital San Joan de Déu, Esplugues, Barcelona, España) en el período de enero de 2006 a diciembre de 2008. De éstas, se ha realizado inducción de parto en 54 casos y cesárea electiva en los 48 casos restantes.

Asimismo, hemos revisado otras 98 pacientes con una CA por (DPF) que inician trabajo de parto espontáneamente, en

el mismo período de tiempo y cuya gestación también ha sido controlada y finalizada en nuestro centro.

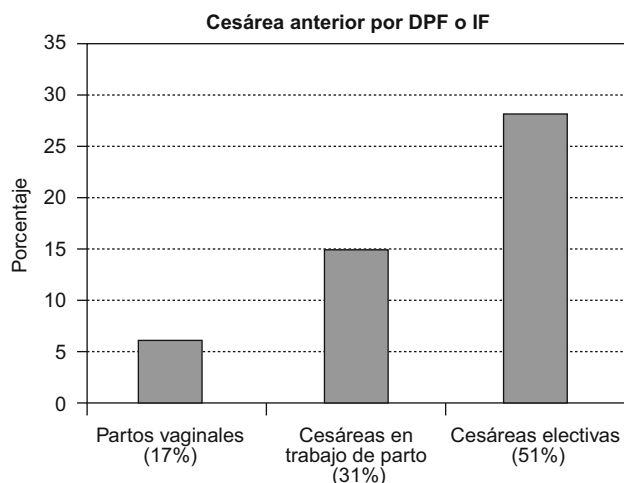
Criterios de exclusión han sido gestación gemelar, parto vaginal previo, pérdida de control durante la gestación o finalización de la gestación fuera de nuestro centro.

Variables estudiadas: edad de la paciente, motivo de la CA y peso del primer recién nacido, valoración de las condiciones cervicales mediante la puntuación del test de Bishop antes de iniciar la inducción de parto, efectividad de la maduración cervical, horas de inducción de parto, tipo de parto, motivo de la cesárea, peso del segundo recién nacido, puntuación del test de Apgar a los 1 y 5 min de vida del recién nacido, pH arterial del recién nacido, complicaciones maternas y/o del recién nacido, edad gestacional en el momento del inicio de parto.

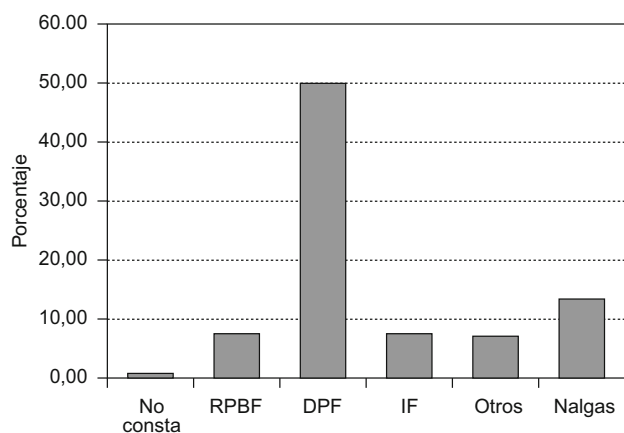
La maduración cervical se ha realizado con prostaglandinas E₂ cervicales, y su efectividad ha sido valorada según si se han producido cambios entre las condiciones cervicales anteriores y posteriores a la colocación de las prostaglandinas cervicales. Como complicaciones maternas se han considerado aquellas que han ocurrido durante el ingreso de la paciente en nuestro centro, y aquellas diagnosticadas en nuestro Servicio de Urgencias en los 30 días siguientes al alta hospitalaria. Como complicaciones del recién nacido, se han considerado aquellas que han requerido un ingreso en la Unidad de Neonatología.

Resultados

De todas las GCP con CA, en 65 casos el motivo de la CA es por (DPF) o IF. De éstas, en el 52% de los casos se finaliza la gestación con cesárea electiva y en el 48% se realiza inducción de parto. De estas últimas, el 65% acaba con cesárea durante el trabajo de parto (lo que supone un 31% del total) y el 35% con parto vaginal (el 17% de total) (gráfica 1).



Gráfica 1 Resultados de la finalización de la gestación en gestaciones con cesárea anterior por desproporción pelvi-fetal o inducción fallida.

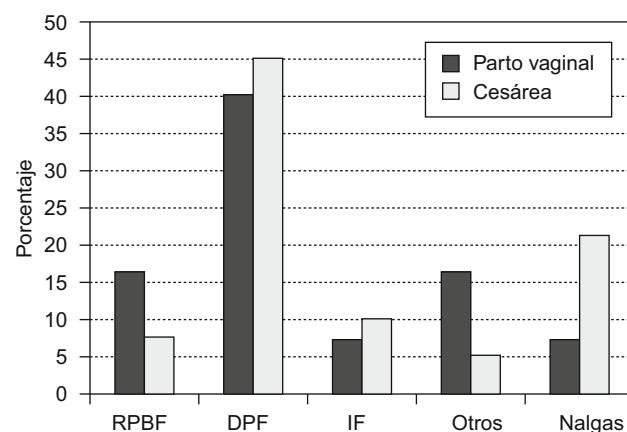


Gráfica 2 Motivo de la cesárea anterior.

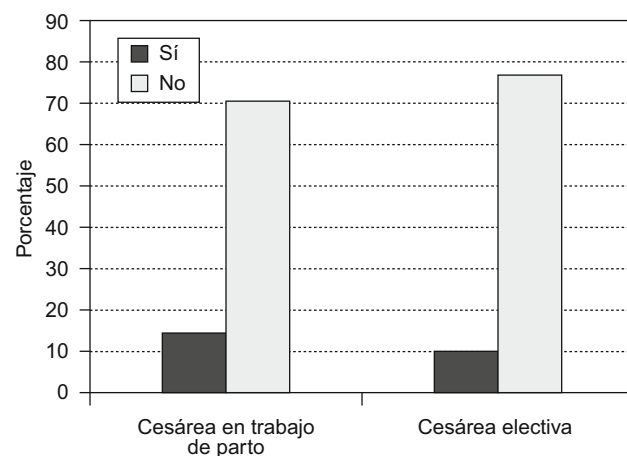
Hemos constatado que según el motivo de la CA (gráfica 2), el resultado de las inducciones de parto en las GCP ha presentado diferencias estadísticamente significativas: en los casos de CA por DFP, el 35% acaba en parto vaginal versus el 65%, que acaba en cesárea durante el trabajo de parto. En los casos de CA por IF, el 45 versus el 55%. De las CA por presentación de nalgas, el 28% acaba en parto vaginal versus el 72%, que acaba en cesárea durante el trabajo de parto. En las CA por riesgo de pérdida de bienestar fetal, el 66% acaba en parto vaginal versus el 33%, que acaba en cesárea, y finalmente, en las CA por otras causas, el 62% acaba en parto vaginal versus el 38%, que lo hace en cesárea. Estas diferencias son estadísticamente significativas ($p < 0,05$) (gráfica 3).

Comparando las complicaciones entre cesáreas electivas y cesáreas realizadas durante el trabajo de parto, hemos encontrado mayor número de complicaciones en las cesáreas durante el trabajo de parto, pero que no han resultado estadísticamente significativas ($p > 0,05$) (gráfica 4).

Del resto de las variables secundarias analizadas, hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas



Gráfica 3 Finalización de la gestación según motivo de la cesárea anterior.



Gráfica 4 Complicaciones en cesáreas en trabajo de parto y cesáreas electivas.

($p < 0,05$) en la diferencia de peso entre el primero y el segundo recién nacido, en el pH arterial del recién nacido, en la efectividad de la maduración cervical y en las horas de inducción entre las inducciones de las gestaciones con CA por (DPF) o IF que acaban en parto vaginal o cesárea durante el trabajo de parto. Asimismo, hemos encontrado diferencias pero no estadísticamente significativas ($p > 0,05$) en la puntuación del test de Bishop en el momento de la inducción y en la puntuación del test de Apgar del recién nacido a los 1 y 5 min de vida (tablas 1 y 2).

En referencia a las gestaciones con CA por (DPF) que inician trabajo de parto espontáneamente, el 36% de ellas acaba en cesárea y el 64% en parto vaginal. En estos resultados se hallan diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) si los comparamos con los resultados de las inducciones de parto por GCP con CA por (DPF) (tabla 3).

La edad gestacional media del inicio de parto espontáneo en las gestaciones con CA por (DPF) es de 39,63 semanas de gestación, concentrándose el 81% del total entre las 39-41 semanas (gráfica 5).

Tabla 1 Diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) en minutos de inducción, pH arterial y diferencia de peso entre los recién nacidos en inducciones de parto en gestaciones cronológicamente prolongadas con cesárea anterior por desproporción pelvi-fetal, entre las que terminan en parto vaginal y las que terminan en cesárea en trabajo de parto

		Prueba de muestras independientes								
		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medidas		Sig. (bilateral)	Diferencia de medidas	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
		F	Sig.	t	gl				Inferior	Superior
Apgar1	Se han asumido varianzas iguales	1,143	0,294	0,000	29,000	1,000	0,000	0,099	0,202	0,202
	No se han asumido varianzas iguales	–	–	0,000	19,000	1,000	0,000	0,073	–0,152	0,152
Apgar5	Se han asumido varianzas iguales	2,414	0,131	0,736	29,000	0,468	0,500	0,679	0,890	1,890
	No se han asumido varianzas iguales	–	–	1,000	19,000	0,330	0,500	0,500	–0,547	1,547
Pharterial	Se han asumido varianzas iguales	0,834	0,369	–2,274	29,000	0,031	–0,04559	0,02005	–0,0866	–0,00458
	No se han asumido varianzas iguales	–	–	–2,006	14,678	0,064	–0,04559	0,02273	–0,09414	0,00259
Deiferencia de peso	Se han asumido varianzas iguales	0,967	0,334	2,236	27,000	0,034	481,000	215,154	39,540	922,460
	No se han asumido varianzas iguales	–	–	2,867	26,767	0,008	481,000	167,770	136,624	825,376
Diferencia de peso en percentil	Se han asumido varianzas iguales	1,273	0,269	2,174	27,000	0,039	14,1693	6,5176	0,7963	27,5423
	No se han asumido varianzas iguales	–	–	2,916	26,781	0,007	14,1693	4,8595	4,1946	24,144
Bishop	Se han asumido varianzas iguales	0,869	0,359	1,689	27,000	0,103	1,086	0,643	–0,223	2,405
	No se han asumido varianzas iguales	–	–	1,598	17,728	0,128	1,086	0,679	–0,343	2,515
Minutos de inducción	Se han asumido varianzas iguales	1,426	0,244	–2,083	25,000	0,048	–1,722	0,827	3,424	–0,019
	No se han asumido varianzas iguales	–	–	–2,307	24,159	0,030	–1,722	0,746	3,261	–0,182

IC: intervalo de confianza

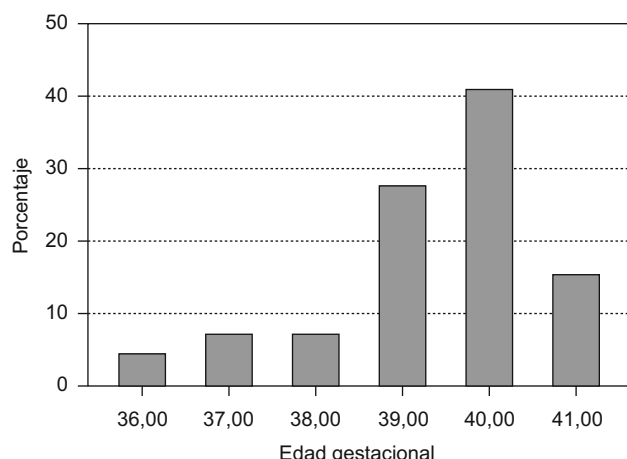
Diferencias no estadísticamente significativas ($p > 0,05$) en el test de Bishop y el test de Apgar a los 1 y 5 min.

Tabla 2 Diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) en la efectividad de la maduración cervical en inducciones de parto en gestaciones cronológicamente prolongadas con cesárea anterior por desproporción pelvi-fetal, entre las que terminan en parto vaginal y las que terminan en cesárea en trabajo de parto

Pruebas de chi-cuadrado	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,277	2	0,043
Razón de verosimilitudes	6,708	2	0,035
Asociación lineal por lineal	0,326	1	0,568
N.º de casos válidos	31		

Tabla 3 Diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) entre inducciones de parto e inicio de parto espontáneo en gestaciones cronológicamente prolongadas con cesárea anterior por desproporción pelvi-fetal, entre las que terminan en parto vaginal y las que terminan en cesárea en trabajo de parto

Pruebas de chi-cuadrado	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	67,260	3	0,000
Razón de verosimilitudes	77,352	3	0,000
Asociación lineal por lineal	47,272	1	0,000
N.º de casos válidos	149		



Gráfica 5 Edad gestacional de inicio de parto espontáneo en gestaciones con cesárea anterior por desproporción pelvi-fetal.

Discusión

El manejo de la finalización de aquellas gestaciones con CA es un tema muy controvertido y que genera grandes discusiones. Controversia que aumenta si el motivo de la CA es la (DPF).

Como queda reflejado en los resultados de los datos analizados, las probabilidades de finalizar la gestación, en el caso de una CA por (DPF), mediante parto vaginal, dependen en gran medida de si se inicia trabajo de parto espontáneamente o de si hemos de recurrir a una inducción de parto. Estos resultados corroboran los datos publicados en la literatura médica hasta el momento⁴⁻⁶.

Dado que la edad gestacional media de inicio de parto espontáneo en las gestaciones con CA es de 39,6 semanas y

que la mayoría (81%) se concentra en el rango de las 39–41 semanas, consideramos indicado realizar una conducta expectante, con controles periódicos de bienestar fetal según el protocolo de cada centro para GCP, hasta la semana 41 y, en este momento, decidir, según criterio clínico y la evidencia publicada⁷⁻⁹, si realizar una cesárea electiva o probar una inducción de parto.

Bibliografía

1. Guise JM, Berlin M, McDonagh M, Osterweil P, Chan B, Helfan M. Safety of vaginal birth after cesarean: A systematic review. *Obstet Gynecol.* 2004;103:420–9.
2. Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ, Spong CY, Leindecker S, Varner MW, et al. Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior caesarean delivery. *N Engl J Med.* 2004;351:2581–9.
3. McDonagh MS, Osterweil P, Guise JM. The benefits and risks of inducing labour in patients with prior caesarean delivery: A systematic review. *BJOG.* 2005;112:1007.
4. Landon MB, Leidecker S, Spong CY, Hauth JC, Bloom S, Varner NW, et al. The MFMU caesarean registry: Factors affecting the success of trial of labor after previous caesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;193:1016–23.
5. Bujold E, Blackwell SC, Hendler I, Berman S, Sorokin Y, Gauthier RJ. Modified Bishop's score and induction of labor in patients with a previous caesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2004;191:1644–1648.
6. Sorokim Y, Miodovnik M, Carpenter M, O'Sullivan M, Sibai B, Langer O, et al. Outcomes of induction of labor after one prior caesarean. *Obstet Gynecol.* 2007;109:262–9.
7. Lange AP, Secher NJ, Westergaard JG, Skovgard IB. Prelabour evaluation of inducibility. *Obstet Gynecol.* 1982;60:137–47.
8. Troyer LR, Parisi VM. Obstetric parameters affecting success in a trial of labor. *Am J Obstet Gynecol.* 1992;167:1099–104.
9. Pare E, Quinones JN, Macones GA. Vaginal birth after caesarean section versus elective repeat caesarean section. *BJOG.* 2006;109:262.