

PARTO VAGINAL TRAS CESÁSEA

Autora: Maria San Martín Bragado
Tutor: Julio Alberto Gobernado Tejedor



TRABAJO DE FIN DE GRADO
I PROMOCIÓN GRADO EN MEDICINA 2010-2016
UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

CURSO 2015/2016

ÍNDICE

1. Resumen	Pag 2
2. Abreviaturas.....	Pag 2
3. Introducción.....	Pag 2
4. Material y métodos.....	Pag 3
5. Resultados.....	Pag 4
○ Tabla 1.....	Pag 4
○ Figura 1.....	Pag 5
○ Figura 2.....	Pag 7
6. Discusión.....	Pag 8
7. Conclusiones.....	Pag 15
8. Anexo 1.....	Pag 16
9. Anexo 2.....	Pag 17
10. Bibliografía.....	Pag 18

Resumen:

Cuando una mujer ha sido sometida a una cesárea previa existen dos opciones para ella en el caso de que se quede embarazada: repetir cesárea o intentar un parto vaginal. A pesar de los riesgos, el parto vaginal después de una cesárea es una situación atractiva para muchas pacientes y dará lugar a un resultado exitoso en un alto porcentaje de casos. Se ha de tener en cuenta que la realización de una cesárea electiva no está exenta de riesgos.

ABREVIATURAS

- **CP:** cesárea previa
- **CE:** cesárea electiva
- **NCP:** No cesárea previa
- **PVDC:** Parto vaginal después de cesárea
- **PTP:** prueba de trabajo de parto
- **RN:** recién nacido
- **UCINN:** Unidad de cuidados intensivos neonatales

Introducción:

El parto mediante cesárea es cada vez más frecuente. El incremento del número de cesáreas condiciona la vía del parto en embarazos posteriores. El manejo óptimo de un parto en mujeres que han tenido una cesárea anterior es un tema debatido desde hace más de 100 años¹. Según el American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG): “la mayoría de las mujeres con una cesárea previa con una incisión transversal baja son candidatas y han de ser informadas de PVDC”²

En 1916 Craigin escribe "una vez cesárea, siempre cesárea", considerándose en ese momento una ley.³ Durante la década de los 80 se hicieron algunos estudios para demostrar que el parto vaginal es posible después de la cesárea y llegaron a la conclusión de que el riesgo era mínimo. Hoy en día, la conducta propiciada por las diferentes sociedades científicas es intentar una prueba de trabajo de parto después de una cesárea (PTP) con la que pueden dar a luz por vía vaginal. Esta prueba no es adecuada para todas las mujeres, será el facultativo el que llevará a cabo un análisis individual de cada paciente y en función de los protocolos de los servicios. Las mujeres que hayan tenido una cesárea previa con incisión transversal bajas serán buenas candidatas, aunque también hay que tener en cuenta otros factores como la edad de la madre, el peso fetal estimado, periodo intergenésico, entre otros.

Material y métodos:

Se realizó un estudio observacional descriptivo de los partos acontecidos en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid durante el periodo comprendido entre el 1 de enero y 31 de diciembre de 2015. Como grupo de estudio se incluyeron todos los partos de mujeres con antecedente de cesárea previa y como grupo control el resto de la muestra. Las variables analizadas fueron la edad de la paciente, nacionalidad, edad gestacional en el momento del parto, modo de inicio del parto, vía del parto, peso del recién nacido, pH de la arteria umbilical en el momento del parto y necesidad de ingreso del RN en la UCINN. Los datos se extrajeron del libro de registro y la base de datos del Partorio del Hospital.

Análisis de los datos.

Los datos fueron procesados mediante el paquete estadístico Statgraphics XVII (Statpoint technologies Inc; VA) licencia para la UVA.

Análisis descriptivo.

En las variables categóricas o cualitativas se utilizará la distribución de frecuencias. En las continuas se comprobará inicialmente la bondad de ajuste para la distribución normal mediante el test de Kolmogorov-Smirnov. En el caso de las variables con distribución normal, se utilizará la media con su intervalo de confianza al 95% y la desviación estándar. En el caso de las variables sin distribución normal, se empleará la mediana y el intervalo intercuartílico (P25-P75).

Estadística inferencial.

Para la comparación de variables categóricas se realizaron tablas de contingencia y se utilizarán los test de chi-cuadrado de Pearson o la prueba exacta de Fisher en los supuestos necesarios. Para la comparación entre dos grupos de variables continuas con una distribución normal, se ha usado el test de la T de Student para muestras independientes. En el caso que no siguiera distribución normal, se empleará el test de Mann-Whitney. La significación se considerará a nivel de $p < 0,05$.

Se solicitó aceptación por el Comité ético de Investigación Clínica del Área de Salud Valladolid-Este (CEIC-VA-ESTE-HUCV). Este trabajo fue aceptado por el comité.

Se solicitó también un cambio de nombre del trabajo al Vicedecanato, el cambio del nombre fue de "Actualización sobre la técnica a realizar en un parto posterior a una cesárea con especial interés en la rotura y dehiscencia uterina" por "Parto vaginal tras cesárea". (ANEXO 1)

Resultados

Durante el periodo de estudio, se produjeron 1293 partos, de las cuales 160 (12,5%) fueron mujeres con al menos una cesárea anterior.

La edad media del grupo de estudio fue significativamente superior (2 años). Este dato se explica debido a que todas las mujeres con cesárea anterior, por definición, ya tienen al menos un hijo, mientras que en el grupo control está compuesto en gran parte por primíparas con una edad inferior.

No hay diferencias estadísticamente significativas en relación con la nacionalidad o edad gestacional en el momento del parto. (Tabla 1)

Tabla 1. Tabla de resultados del estudio HUCV

Variable	Cesárea previa N=160	No cesárea previa N=1121	Valor de p
Edad (SD)	34.6 (5.2)	32.6 (5.9)	<0.001⁺
Extranjera (%)	24 (15%)	155 (13.8%)	0.689 [*]
Edad gestacional en días (SD)	275.1 (11.6)	275.4 (15.1)	0.073 ⁺
Parto prematuro <37 semanas (%)	9 (5.6%)	87 (7.8%)	0.334 [*]
Inicio del parto:			
- Espontáneo (%)	78 (48.8%)	694 (62.1%)	< 0.001[*]
- Inducido (%)	37 (23.1%)	353 (31.3%)	
- Cesárea electiva (%)	45 (28.1%)	71 (6.4%)	
Cesárea electiva por 2 cesáreas previas	6 (3.7%)		
Vías de parto			
- Vaginal	75 (46.9%)	865 (77.3%)	<0.001[*]
- Abdominal	85 (53.1%)	254 (22.7%)	
Tipo de parto vaginal			
- Eutócico	38 (50.7%)	635 (73.4%)	<0.001[*]
- Instrumentado	37 (49.3%)	230 (26.6%)	
Indicación de cesárea intraparto por RPBF	16 (43.2%)	73 (40.8%)	0.698 [*]
Peso RN en gramos (SD)	3220 (515.1)	3182 (1447.3)	0.112 ⁺
pH a. umbilical (SD)	7.28 (0.63)	7.29 (0.67)	0.053 ⁺
Ingreso en UCINN	6 (3.8%)	34 (3%)	0.626
Complicaciones:			
- Rotura uterina	1 (0.6%)		
- Dehiscencia uterina	1 (0.6%)		

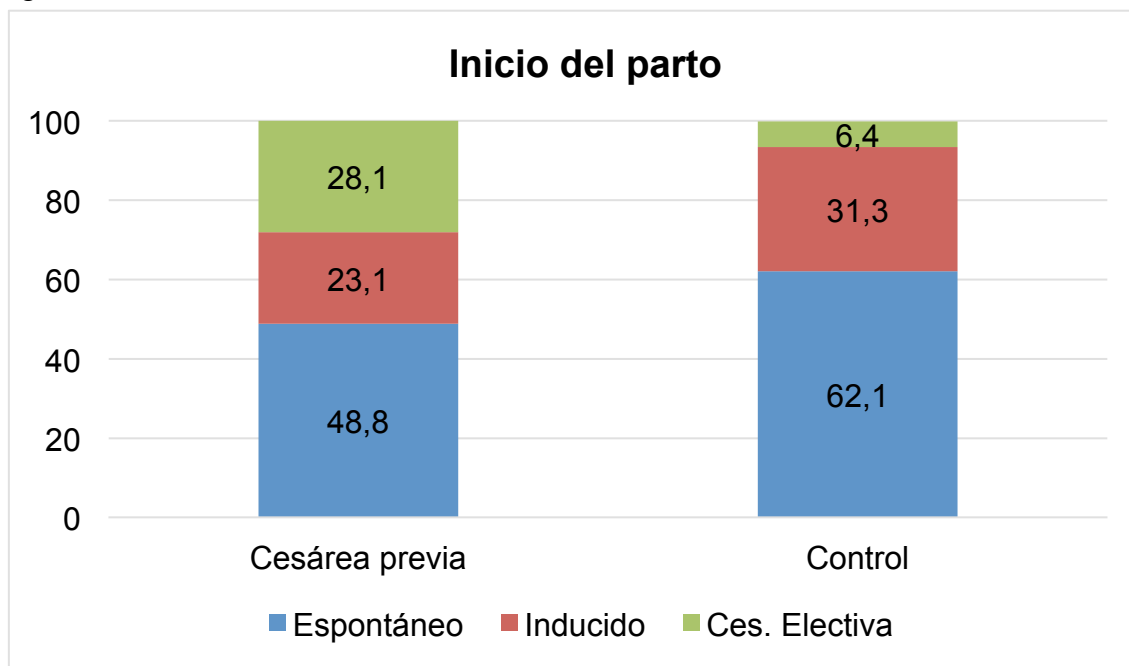
⁺U-Mann-Whitney; ^{*}Chi-cuadrado (Pearson)

De todas las variables tenidas en cuenta en este análisis las que nos indican un valor más reseñable y en los que vamos a hacer hincapié son tres: “Inicio del parto”, “Vía de parto” y “Tipo de parto vaginal”. A continuación desarrollaremos cada una de ellos:

Inicio del parto.

Dentro de esta variable se ha realizado una clasificación entre si es parto espontáneo, inducido o cesárea electiva, que nos arrojaran datos significativos sobre la diferencia en el inicio el parto.

Figura 1



Resultados con respecto al inicio del parto

Se observa un aumento de la cantidad de partos tanto espontáneos como inducidos en aquellas mujeres pertenecientes a nuestro grupo control (no CSP). Obtenemos un 48,8% vs 62,1% de partos espontáneos, lo que nos hace pensar que es más probable que una mujer del grupo control lleve a cabo un parto espontáneo. El parto inducido también aumenta porcentualmente (23,1% vs 31,3% en control).

En cambio cuando nos fijamos en la cantidad de cesáreas electivas que se llevan a cabo, vemos como aumenta en pacientes con CP. Observamos un aumento de la cantidad de cesáreas en mujeres con CP del 28,1% vs 6,4% en mujeres control. La razón por la que en el grupo de CP haya menos partos de inicio espontáneo y menos inducciones es porque hay más cesáreas electivas (determinadas por la indicación de la cesárea anterior y por las condiciones del embarazo actual: estimación del peso fetal, presentación podálica, etc...)

Todos estos datos recogidos son estadísticamente significativos con un $p < 0,001$.

Vías de parto:

Durante el periodo de estudio, 6 mujeres (3,7%) tenían como antecedente más de una cesárea previa. Estas pacientes fueron sometidas a una cesárea electiva programada sin esperar al inicio espontáneo del parto.

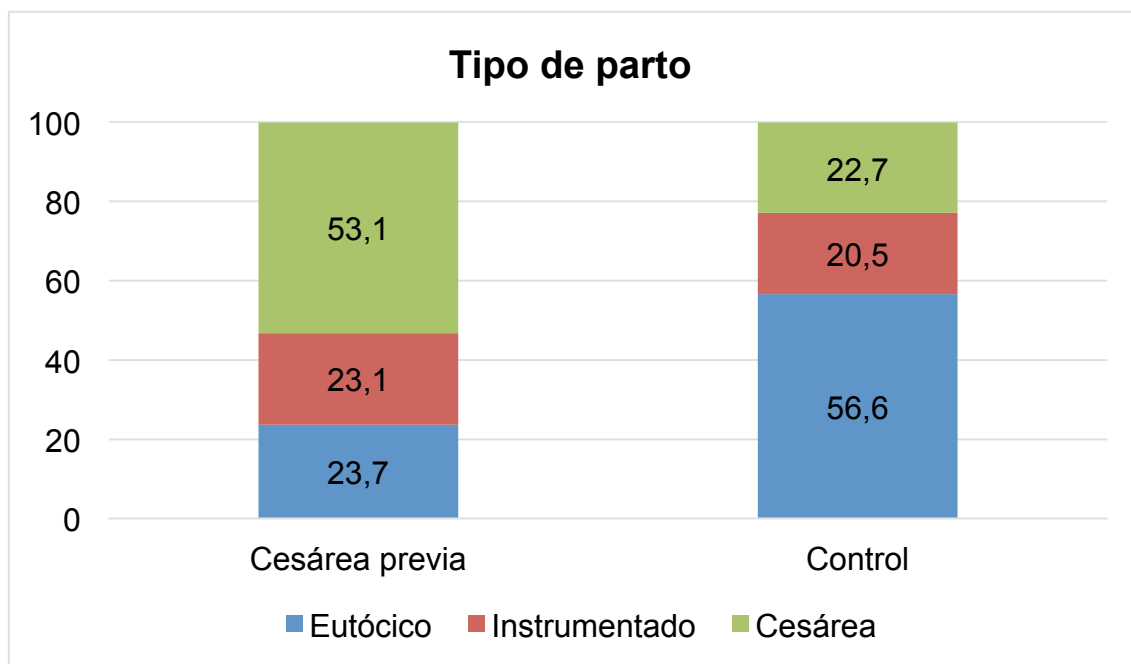
En esta variable se hace una diferenciación entre dos vías de parto: parto vaginal y parto abdominal. Partimos de la base de que en el HCUV se favorece a que los partos sean vaginales debido a las ventajas que tienen ya que no implican cirugía abdominal, la recuperación es más rápida, hay menos riesgos de infección y en el caso de que quieran tener más hijos puede ayudarles a evitar los problemas asociados a tener varios partos por cesárea. Como se puede ver el porcentaje de los partos vaginales en mujeres que no han tenido cesárea previa es mayor que las que han tenido CP, 77,3% vs 46,9% en mujeres con CP ($p < 0,001$). Pero en comparación con el abordaje abdominal entre mujeres con CP es menor el parto vaginal (53,1% abdominal vs 46,9% vaginal). La razón es que la causa por la que se hizo la cesárea anterior se puede volver a repetir (falta de progresión del parto, desproporción pélvico-cefálica) y que cuando hay una cicatriz uterina se aguanta menos y los partos vaginales se instrumentan más para prevenir los casos de rotura uterina.

Tipo de parto vaginal

Una vez elegido el parto vaginal en este trabajo se observó cuáles de ellos eran instrumentados y cuales eutócicos. Se observó un 56,6% de partos eutócicos en mujeres NCP frente a un 23,7% en mujeres sometidas a CP. En cuanto a los partos instrumentados vemos también un aumento significativo de estos en mujeres que se han sometido a una cesárea previa, observando un 23,1% en mujeres sometidas a cesárea previa frente a un 20,5 % en mujeres no sometidas a cesárea previa ($P < 0,001$).

De todos los datos obtenidos podemos apreciar finalmente que más de la mitad de las mujeres tienen un parto vaginal y que de estas la mitad tienen un parto eutócico que no necesita ninguna instrumentación.

Figura 2



Resultados con respecto al tipo de parto

El hecho de tener una cesárea anterior e intentar un parto vaginal no aumenta los riesgos para el feto o recién nacido. Esto se ve en que no existen diferencias significativas en:

- El porcentaje de indicación de cesárea por riesgo de pérdida de bienestar fetal.
- Los pH de la arteria umbilical (indicador del estado del RN en el momento del parto). La recogida de datos nos muestran unas diferencias estadísticamente significativas entre el pH de CP y NCP (7.28 vs 7.29).
- En el porcentaje de ingresos de los RN en la unidades de cuidados intensivos neonatales. No hubo diferencias significativas entre ambos grupos de mujeres (6 CP vs 34 NCP → 3,8% CP vs 3% NCP) con una p 0.626.
- En el peso del recién nacido tampoco hubo diferencias. Este dato indica que no tuvo influencia a la hora de determinar la vía del parto. El peso medio de los RN en mujeres con CP fue de 3220 (con un SD 515.1) vs peso medio de los RN en mujeres NCP que fue 3182 (con un SD 1447.3).

Con respecto a las complicaciones maternas (rotura uterina y dehiscencia de la cicatriz) solo hubo 1 caso (0,6%).

DISCUSIÓN

Debido al aumento de la incidencia de CE primaria por diferentes causas , ha incrementado la proporción de mujeres embarazadas que reciben cuidados antenatales con historia de CE.

La tasa de cesáreas en los países de altos ingresos es cada vez mayor. Se ha visto un incremento del 23.7% de todos los nacimientos en Reino Unido, 26% en Irlanda (OECD Health Data 2011)⁴ y 32.8% en EEUU. En Suramérica ha aumentado en un 50% en países como Brasil, Chile, Paraguay o Argentina. La existencia de una cesárea previa es el 28% de los nacimientos en el Reino Unido (RCOG)⁵ y el 32,8% de los nacimientos en los Estados Unidos (CDC 2010).⁶

Es muy importante la adecuada información por parte de los facultativos a las embarazadas con cesárea previa de los riesgos y beneficios del parto vaginal, así como los riesgos y beneficios de llevar a cabo una nueva cesárea. ^{1,5,7}.

Se debe ofrecer la opción de parto por vía vaginal siempre y cuando no haya contraindicaciones.⁷

El consentimiento informado se ha convertido en un pilar importante en el plan de parto de estas mujeres. ^{5,8}

En la guía práctica de asistencia de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia actualizada en junio de 2010, se recoge que entre un 72-76% de los partos por vía vaginal tras cesárea tienen éxito. ^{5,7,8,9}

Hay un importante incremento en las mujeres que eligen PVDC (28% al 82%) así como los éxitos (49% al 87%).¹ En un estudio que examinó a 1776 mujeres a sometidas PTP después de cesárea, se encuentra con un éxito del 74%. Otro estudio canadiense aportó resultados similares tasa de éxito del 76.6%.⁸

Con los datos de nuestro estudio observamos un porcentaje del 46,9% de elección de partos por vía vaginal tras cesárea previa. Datos inferiores a los registrados en la revisión bibliográfica.

El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) recomienda someter los casos con cesárea previa a intento de parto vaginal, salvo que exista alguna de las siguientes circunstancias: ^{2,5,7,8}

1. Que persista la indicación anterior.
2. Que la cesárea fuese clásica, en "T invertida" o desconocida
3. Que el feto pese 4.000 gramos o más.
4. Que haya alguna contraindicación para el parto vaginal.
5. Que no se pueda monitorizar el parto.
6. La falta de un anestesiólogo y un neonatólogo.
7. Histerectomía o miomectomía interior en la cavidad uterina.
8. Ruptura uterina previa.
9. Malpresentación o placenta previa que contraindique.
10. La mujer se niega a PTP y decide una intervención con cesárea.

Riesgos y beneficios de PVDC y CE:

El riesgo más alto de morbilidad, tanto neonatal como materna, es la rotura uterina.⁶

En términos absolutos de riesgo, una mujer sometida a PTP, 1 de cada 100 supondrá una rotura uterina y 1 de cada 10 roturas uterinas derivará en afectación neurológica o muerte perinatal. Es decir 1 de cada 1000 recién nacidos sufrirán alguna de estas dos complicaciones.

El riesgo absoluto de rotura uterina con CS es de 1 cada 4000 (0.026 %, IC 95% 0.009-0.082 %)¹

Respecto a la rotura uterina (definida como una separación completa del miometro con o sin salida de partes fetales dentro de la cavidad maternal)⁵ se ha demostrado que saber cual ha sido la incisión de la cesárea previa ayuda a calcular el posible riesgo. Ya que la histerotomía que haya sido segmentaria transversa hay que ofrecer una prueba de parto vaginal, hay menos riesgo de rotura.^{7,8}

La mayoría de las incisiones desconocidas son transversas bajas (92%) que suponen un bajo riesgo de rotura.⁷

Las mujeres con este tipo de incisión que se someten a un PTP tienen una tasa de éxito del 60-70% con una rotura uterina predicha de 0.7% ^{1,5}

La muerte materna es una consecuencia rara en ambos procedimientos, los datos obtenidos muestran un aumento del riesgo en pacientes sometidas a CE. (3.8/100.000 PTP vs 13.4/100.000 CS; RR: 0.33, IC 95% 0.13-0.88).¹

En 1996 McMahon et al. publicó un artículo sobre la mortalidad materna, comparando la elección de cesárea con intento de parto vaginal tras cesárea en Nueva Escocia desde 1986 hasta 1992.

Muestra de 3249 mujeres con intento vaginal frente a 2889 mujeres con CS, el riesgo de mayores complicaciones (tales como, histerectomía, rotura uterina, and intervención quirúrgica) se duplicaba (1.6% vs. 0.8%) en el intento vaginal (OR, 1.8; 95% CI, 1.1–3.0). (Data from: McMahon MJ, Luthier ER, Bowes WA, Olshan AF. Comparison of a trial of labor with an elective second Cesarean section. N Engl J Med 1996;335:689–95)⁵

En un metaanálisis publicado en Junio de 2010¹⁰ se muestra un riesgo de rotura uterina del 0.47% frente a un 0.03 % para la cesárea previa. Nuestro estudio muestra un riesgo de rotura uterina del 0,6%, como podemos observar bastante similar con el resultado obtenido en los estudios revisados de la bibliografía. No hay datos que muestren diferencias significativas en relación con la histerectomía, hemorragia, transfusión o infección.

Se observa mayor mortalidad materna tras CS. Nivel de evidencia Ila, con valores absolutos muy pequeños (0.013 % vs 0.004 %, p=0.027)^{1,6}

Características para incrementar la probabilidad de un PVDC satisfactorio:¹

- Que haya tenido un parto vaginal satisfactorio antes o después de su cesárea
- Presentación espontánea de actividad de parto antes de 40 semanas de gestación con un feto de talla apropiada.
- Que haya tenido una cesárea anterior por razones como: malpresentación u otra indicación sin indicaciones de que vuelva a ocurrir.

Predictores de PVDC satisfactorio incluyen no recurrencia de cesárea debido a que esta se deba a malpresentación fetal (odds ratio [OR], 1.9; IC 95% 1.0–3.7) o hipertensión gestacional (OR, 2.3; 95% CI, 1.0–5.8), y un parto vaginal satisfactorio previo (OR, 1.8; 95% CI, 1.1–3.1),²² con una tasa de éxito del 82%.⁸

Riesgos maternos entre PVDC y CE ¹⁰

	N de estudios/pacientes	Frecuencia de resultados	
		PVDC	CE
Muerte materna	12/402,883	0.004 %	0.013 %
Rotura Uetrina	8/63,4999	0.47 %	0.026 %
Histerotomía	8/402,059	0.17 %	0.28 %
Hemorragia	6/47,754	Datos insuficientes para evaluar	Ídem
Transfusión	9/401,754	0.9 %	1.2 %
Infección	22/354,060	4.6 %	3.2 %
Dehiscencia quirúrgica	4/53,282	Datos insuficientes para evaluar	Ídem

A medida que aumenta el número de cesáreas aumentan los riesgos de acretismo placentario y lesiones quirúrgicas (NE= IIa)⁵

The United States National Institute of Child Health and Human Development (NICHD) determinó los riesgos estimados de la base de datos de revisiones previas:^{1,7}

- En un hipotético caso de 100.000 mujeres en edad gestacional sometidas PTP, habría 468 casos de rotura uterina, 4 muertes maternas y 133 muertes perinatales.

- En un hipotético caso de 100.000 mujeres en edad gestacional sometidas CE habría 26 casos de roturas uterinas, 13 muertes maternas y 50 muertes perinatales.

Riesgos recién nacido

Existe un riesgo significativamente bajo asociado a parto vaginal de mortalidad perinatal de 0.13 % vs 0.05 %, asociado a CE [P = 0.002 (NE = IIa)]. Riesgo de muerte neonatal de 0.11 % vs 0.06 %.¹

El riesgo está relacionado con la rotura uterina, ya que las acidosis metabólicas neonatales severas pueden estar presentes en el 33% de las roturas uterinas a término (NE = IIa)^{5,7}

Encefalopatía hipóxico-isquémica. El NICHD estudió a 33000 mujeres con cesárea anterior, observó que la incidencia de encefalopatía hipóxico-isquémica a término fue de 46/100000 TOLAC comparado con 0 en ERCD.¹

Según la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, no existe suficiente evidencia. Esto se debe a que la afectación-parálisis cerebral es una complicación poco frecuente y que tan solo un pequeño porcentaje se debe a los efectos del parto, se necesitan estudios de mayores dimensiones para un adecuado análisis.⁵

Problemas respiratorios: No hay suficiente evidencia para determinar complicaciones como: distrés respiratorio, trauma neonatal o encefalopatía h-e entre el PVDC y CE.¹⁰

PLANIFICACIÓN DEL PARTO VAGINAL TRAS CESÁREA

Una vez que la mujer decide intentar llevar a cabo el parto vaginal hay que tomar una serie de medidas para reducir los riesgos de las complicaciones ya citadas.

Un punto muy importante es el de la localización donde de vaya a llevar a cabo la intervención, ya que el mejor lugar (NE = IIa) es en un centro donde sea

posible realizar una cesárea urgente y donde estén a nuestra disposición obstetras, anestesistas, pediatra y personal de quirófano.^{5,7}

Control del parto:

- Atención continuada del parto para poder detectar, si es que lo hay, una rotura uterina lo más precozmente posible.^{5,7}
- EL proceso prolongado del parto está asociado a un mayor riesgo de rotura uterina.^{5,8}
- La anestesia epidural no está contraindicada en PVDC^{3,5} El estudio de NICHD muestra una tasa de éxito mayor en mujeres que reciben anestesia epidural frente a mujeres que no la reciben (73,4% vs 50,4%) (NE = IIa)⁵
- Se recomienda la monitorización fetal electrónica continua en la duración del PVDC planificado. Una cardiotocografía anormal (CTG) puede darnos un diagnóstico de rotura uterina, ya que es un signo muy frecuente. Lo encontramos en el 55-87 % de los casos.⁵ No hay referencias sobre si es mejor monitorización interno o externa.¹
- Algunos de los posibles signos diagnósticos de una rotura uterina:
 - CTG anormal
 - Dolores abdominales (especialmente si persisten durante las contracciones)
 - Sangrado vaginal anormal o hematuria
 - Taquicardia, hipotensión o shock materno

Inducción del parto:

Tanto el uso de oxitocina como prostaglandinas puede asociarse a riesgo de rotura uterina.^{5,7} Dos estudios con 20000 casos recientemente publicados concluyen que la inducción al parto de la gestante conlleva un riesgo relativo de rotura uterina de entre 5 y 15 veces en función del fármaco utilizado.¹¹

En 2003 Delaney and Young llevó a cabo el examen de 3746 mujeres con cesárea previa que se iban a someter a intento de parto vaginal. Encontraron que la inducción del parto podría relacionarse con una hemorragia postparto precoz (7.3% vs. 5.0%: OR, 1.66; 95% CI, 1.18–2.32, parto por cesárea

(37.5% vs. 24.2%: OR, 1.84; 95% CI, 1.51–2.25), y introducción del niño en cuidados intensivos (13.3% vs. 9.4%: OR, 1.69; 95% CI, 1.25–2.29).

Si que encontraron relación con la rotura uterina pero esta no resultó estadísticamente significativa (0.7% vs. 0.3%, $P = 0.128$).⁸

En otro estudio retrospectivo que abarcaba 560 mujeres, el riesgo de rotura uterina por inducción del parto con oxitocina fue del 2%, con prostaglandina fue del 2.9%, y con ambas del 4.5%.⁸

Se considera la inducción de oxitocina la forma más segura.⁶ Se recomienda no aumentar las dosis de oxitocina más de 20mU/min.¹

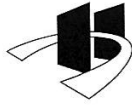
En el estudio NICHD, se comparó el riesgo de rotura uterina en pacientes inducidas con el uso de prostaglandina contra las que no estaban inducidas con PG (140/10.000 vs 89/10.000; $p = 0,22$) resultando no estadísticamente significativo.⁵

Tres estudios reportaron el incremento del riesgo para rotura uterina (OR: 2.3-14; porcentaje de rotura uterina 0,9% -1,9%) [12,13,14], mientras que otros dos no encontraron incremento del riesgo [15,16]¹

CONCLUSIONES

1. El hecho de haberse sometido con anterioridad a una cesárea no es indicativo de la realización de otra cesárea en embarazos posteriores. Se ha visto una tasa de éxito del 46,9% de las pacientes con CP, incluyendo en este porcentaje todos los partos vaginales ya sean inducidos, espontáneos, instrumentados o eutócicos.
2. Repetir una cesárea no está exenta de riesgos. Con respecto a las complicaciones que más se ven en estas pacientes, rotura uterina y dehiscencia de la cicatriz anterior, observamos tan solo 1 caso de cada una, lo cual es el 0,6% de incidencia en nuestro estudio. Similar a los resultados encontrados en la bibliografía.
3. Con respecto a los riesgos en el RN, tales como pH umbilical, peso RN al nacer, ingreso UCINN, etc... , no encontramos datos estadísticamente significativos. Sin ningún caso de muerte del RN. Tanto en los casos revisados como en nuestro estudio.
4. El consentimiento informado debe ser entregado a todas las pacientes, siendo ellas conscientes de los riesgos y beneficios que implican cada uno de los procedimientos.

ANEXO 1:



COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA ÁREA DE SALUD VALLADOLID – ESTE (CEIC-VA-ESTE-HCUV)

Valladolid a 19 de Mayo de 2016

En la reunión del CEIC ÁREA DE SALUD VALLADOLID – ESTE del 19 de Mayo de 2016, se procedió a la evaluación de los aspectos éticos del siguiente proyecto de investigación.

PI 16-437 TFG	ACTUALIZACIÓN SOBRE LA TÉCNICA A REALIZAR EN UN PARTO POSTERIOR A UNA CESÁREA CON ESPECIAL INTERÉS EN ROTURA Y DEHISCENCIA UTERINA	I.P.: JULIO GOBERNADO EQUIPO: MARIA SAN MARTIN BRAGADO GINECOLOGÍA RECIBIDO: 11-05-2016
-------------------------	--	--

A continuación les señalo los acuerdos tomados por el CEIC ÁREA DE SALUD VALLADOLID – ESTE en relación a dicho Proyecto de Investigación:

Considerando que el Proyecto contempla los Convenios y Normas establecidos en la legislación española en el ámbito de la investigación biomédica, la protección de datos de carácter personal y la bioética, se hace constar el **informe favorable** y la **aceptación** del Comité Ético de Investigación Clínica del Área de Salud Valladolid Este para que sea llevado a efecto dicho Proyecto de Investigación.

Un cordial saludo.



F. Javier Álvarez

Dr. F. Javier Álvarez.
CEIC Área de Salud Valladolid Este –
Hospital Clínico Universitario de Valladolid
Farmacología
Facultad de Medicina,
Universidad de Valladolid,
c/ Ramón y Cajal 7,
47005 Valladolid
alvarez@med.uva.es,
jalvarezgo@saludcastillayleon.es
tel.: 983 423077

ANEXO 2:

Adjunto el consentimiento informado del HCUV para la asistencia al parto vaginal con cesárea previa:

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ASISTENCIA AL PARTO VAGINAL CON CESÁREA PREVIA

Nº Historia:

Doña:deaños de edad
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS)

Con domicilio en y DNI Nº.....

Don/Doña:deaños de edad
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS)

Con domicilio en y DNI Nº.....

En calidad de de Doña:
(REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O ALLEGADO) (NOMBRE Y DOS APELLIDOS DE LA PACIENTE)

DECLARO

Que el DOCTOR/A.....
(NOMBRE Y DOS APELLIDOS DEL FACULTATIVO QUE PROPORCIONA LA INFORMACIÓN)

Me ha informado de que existe la posibilidad de un parto por vía vaginal, a pesar del hecho de haber sido sometida con anterioridad a una cesárea previa:

1. Después de una cesárea, el parto vaginal puede tomarse en consideración en algunos casos, a juicio de mi tocólogo, sobre todo si la causa de la cesárea anterior no persiste actualmente.

En mi caso, la indicación que condicionó la primera cesárea fue

2. **No es aconsejable** un parto por vía vaginal con cesárea previa, en caso de embarazo múltiple, presentación fetal anormal, patología fetal, o persistencia de la circunstancia que indicó la primera cesárea o siempre que haya dudas sobre la condición de la cicatriz de la cesárea anterior.

3. En el caso de una cesárea previa, debido a la cicatriz del útero, existe el **riesgo** de una dehiscencia y/o rotura uterina debido a la presencia de un tejido cicatricial. Su frecuencia se estima aproximadamente en 1 caso de cada 100. Los síntomas de dicha rotura pueden ser de aparición dudosa y difícil valoración y quedar enmascarados por diversas circunstancias (anestesia y medicaciones). En otras ocasiones dicha rotura puede ser de presentación aparatosa y muy rápida, con repercusiones muy graves para la madre y el niño.

4. **Anestesia:** El tipo de anestesia si fuera necesaria médicamente o en caso de administrarse anestesia epidural será valorada por el equipo de anestesia, habiendo sido informada que la analgesia no epidural puede enmascarar los síntomas de rotura uterina.

5. Si se produjese una rotura uterina entre los riesgos que asumo y acepto, se incluyen hasta la muerte del feto y la probable extirpación urgente del útero con sus consecuencias y riesgos propios de la operación, entre ellas la imposibilidad de futuras gestaciones y pérdida de la menstruación, hemorragia interna con shock hipovolémico y trastornos de la coagulación, necesidad urgente de transfusión, infecciones y lesiones de órganos pélvicos.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y **me ha aclarado** todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, **puedo revocar** el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy **satisfecha** con la información recibida y que **comprendo** el alcance y los riesgos de la propuesta de asistencia al parto vaginal con cesárea previa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vaginal birth after cesarean delivery (VBAC). *Uptodate.com* 2016. Available at: <http://www.uptodate.com/contents/vaginal-birth-after-cesarean-delivery-vbac-beyond-the-basics>.
2. American College of Obstetrician and Gynecologist (ACOG). Vaginal birth after two or more previous cesarean sections. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 156: 565-66.
3. Craig EB: El conservadurismo en obstetricia. *NY Med J* 1916; 104: 1-3
4. OECD (2011), Health at a Glance 2011: OECD Indicators, OECD Publishing. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en
5. Royal College Of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) (2007) Birth after caesarean birth: Green-top guideline no 45. London: RCOG Press.
6. Dodd JM, Crowther CA, Grivell RM, Deussen AR. Elective repeat caesarean section versus induction of labour for women with a previous caesarean birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Dec 19;12:CD004906. Doi: 10.1002/14651858.CD004906.pub4
7. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Parto Vaginal tras Cesárea. *ProgObstetGinecol*. Vol 53. Núm 12 Diciembre 2010
8. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC). Guidelines for vaginal birth after previous cesarean birth: No. 155. *J Obstet Gynaecol Can*. 2005; 27 : 164-7
9. Vaginal birth after previous cesarean delivery. *Practical Bulletin* nº 54. ACOG. 2004
10. Guise JM, Denman MA, EMeis C, et al. Vaginal birth after cesarean. New insights on Maternal and neonatal outcomes. *Obstet Gynecol* 2010; 115:1267
11. Lydon-Rochelle M, Holt VL, Easterling TR, Martin DP. Risk of uterine rupture during labor among women with prior cesarean delivery. *N Engl J Med*. 2001; 345: 3-8.
12. Zelop CM, Shipp TD, Repke JT, et al. Uterine rupture during induced or augmented labor in gravid women with one prior cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 181:882.

13. Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ, et al. Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. *N Engl J Med* 2004; 351:2581.
14. Dekker GA, Chan A, Luke CG, et al. Risk of uterine rupture in Australian women attempting vaginal birth after one prior cesarean section: a retrospective population-based cohort study. *BJOG* 2010; 117:1358.
15. Macones GA, Peipert J, Nelson DB, et al. Maternal complications with vaginal birth after cesarean delivery: a multicenter study. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 193:1656.
16. Flamm BL, Goings JR, Fuelberth NJ, et al. Oxytocin during labor after previous cesarean section: results of a multicenter study. *Obstet Gynecol* 1987; 70:709.