



Embarazo y útero cicatricial

H. Madar, S. Brun, F. Coatleven, P. Chabanier, H. Gomer, A. Nithart, M.-A. Coustel, C. Hocké, J.-L. Brun, J. Horovitz, D. Dallay, B. Merlot, L. Sentilhes

La principal causa de útero cicatricial es la cesárea (en más del 95% de los casos). En Francia, por ejemplo, cuando a las pacientes que tienen un útero cicatricial se les propone una prueba de trabajo de parto, el 75% da a luz por vía vaginal. El riesgo de ruptura uterina aumenta de forma significativa durante una prueba de trabajo de parto, en comparación con una cesárea programada. Sin embargo, un parto por vía vaginal en caso de útero cicatricial reduce los riesgos vinculados a las cesáreas múltiples, sobre todo en lo que se refiere a la morbilidad materna del acto quirúrgico a corto plazo y a las anomalías de inserción placentaria a largo plazo. Por esta razón, en caso de útero cicatricial es indispensable optar, de acuerdo con la paciente, por la solución más adecuada y con la mejor relación beneficios/riesgos, teniendo en cuenta situaciones clínicas particulares, maternas o fetales, que podrían influir en la decisión del modo de parto. La vía vaginal es la opción de preferencia en la gran mayoría de los casos, ya que pocas situaciones clínicas justifican por sí solas una cesárea programada. Tres factores pronósticos principales correlacionan fuertemente con el éxito de una prueba por vía vaginal tras una cesárea y, en ausencia de contraindicación, inducen a recomendar el nacimiento por vía vaginal: un antecedente de parto por vía vaginal, el inicio espontáneo del trabajo de parto y un cuello uterino considerado favorable al ingresar a la sala de trabajo de parto. Las dos posibilidades razonables de inducción (indicación médica) en caso de útero unicatricial, a pesar de un aumento moderado del riesgo de ruptura uterina, son el uso de oxitocina (cuello favorable) o el método mecánico con globo transcervical (cuello desfavorable). La cesárea programada por antecedente de cesárea sigue estando indicada de forma sistemática en caso de antecedente de cicatriz uterina corporal o de al menos tres cesáreas.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Útero cicatricial; Cesárea; Vía vaginal; Inducción; Ruptura uterina; Globo transcervical; Cicatriz uterina corporal

Plan

■ Introducción	2
■ Útero cicatricial: aspectos epidemiológicos	2
■ Beneficios y riesgos maternos del parto vaginal en comparación con la cesárea programada en caso de antecedente de cesárea	2
■ Beneficios y riesgos neonatales del intento de parto vaginal en comparación con la cesárea programada en caso de antecedente de cesárea	4
■ Argumentos obstétricos a favor o en contra del parto vaginal en caso de útero cicatricial	5
Factores pronósticos de éxito o de fracaso de un IPVDC	5
Escalas predictivas de éxito de un IPVDC	6
Lugar de la radiopelvimetría	6
Criterios de aceptación de la vía vaginal según las características de la cicatriz uterina	6

■ Situaciones clínicas particulares, maternas o fetales, que influyen en la elección del modo de parto en caso de antecedente de cesárea	7
Edad materna	7
Gran multiparidad	7
Diabetes	7
Obesidad	7
Útero bicatricial	8
Presentación pélvica	8
Embarazo gemelar	8
Macrosomía fetal	8
Embarazo prolongado	8
Parto prematuro	8
Retraso de crecimiento intrauterino	8
Antecedente de placenta previa	8
Interrupción médica del embarazo o muerte fetal in utero	9
■ Modo de inducción y conducta del trabajo de parto en caso de útero cicatricial	9

■ Recomendaciones de organización y de información en caso de propuesta de parto vaginal por útero cicatricial	10
■ Conducta anestésica en caso de antecedente de cesárea	11
■ Ruptura uterina: predicción, diagnóstico y tratamiento	11
■ En la práctica: principales directrices de tratamiento (modo de inducción y conducta del trabajo de parto) de una paciente con un útero cicatricial	13
■ Conclusión	14

Este artículo está basado esencialmente en las recomendaciones del Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF) de 2013 [1]. Al final se detallan las directrices y los principios de los autores para la atención médica de una paciente con útero cicatricial.

■ Introducción

El índice de partos por cesárea ha aumentado en todos los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. Este aumento de la prevalencia del útero cicatricial ha conducido a modificar las prácticas. Las recomendaciones del CNGOF elaboradas en 2013 sugieren regular las nuevas prácticas con ayuda de numerosos estudios de seguimiento prospectivo de cohortes de pacientes que vienen efectuándose desde 2007. Sin embargo, todavía no hay ningún estudio aleatorizado comparativo entre los efectos sobre la madre y el feto del parto por vía vaginal y la cesárea programada. Los riesgos obstétricos para la madre y su hijo, a corto y largo plazo en relación con la cicatriz uterina, no son iguales. Se analizarán a lo largo del artículo, en el que también se tratará de proponer los criterios admisibles para una prueba de parto vaginal después de cesárea (IPVDC). La organización de este texto es similar a la de las recomendaciones para la práctica clínica del CNGOF elaboradas en 2013. Vale la pena recordar que la decisión de la modalidad de parto supone la total conformidad de la paciente tras haber recibido una información adecuada, basada en los datos científicos más recientes, la experiencia del médico y el contexto obstétrico.

■ Útero cicatricial: aspectos epidemiológicos

Las dos causas de útero cicatricial son la cesárea (más del 95% de los casos) y las cicatrices miométricas posquirúrgicas (menos del 5%). En Francia, por ejemplo, el índice de cesárea ha pasado del 15,5% en 1995 (un umbral que la Organización Mundial de la Salud ha considerado durante mucho tiempo óptimo) al 20,8% en 2013 [2], un índice que se mantiene estable desde 2003. De forma paralela, la prevalencia del útero cicatricial ha aumentado del 8 al 11% en las parturientas en general y del 14 al 19% en las múltiples. Así, una múltipara con un antecedente de cesárea tiene 8-10 veces más probabilidades de volver a dar a luz por cesárea [3]. Las modalidades de parto de las mujeres con antecedente de cesárea no sólo son muy variables de un país a otro, sino también en un mismo país según el tipo de maternidad. En Francia, por ejemplo, el índice de IPVDC en caso de útero cicatricial es, respectivamente, del 49, 55 y 69% en función de que el centro de salud sea de tipo 1, 2 o 3. El índice respectivo de IPVDC global, sea cual sea el número de cesáreas anteriores, es del 42, 47 y 58% en relación con el tipo de maternidad [3]. Según la Enquête Nationale Périnatale (ENP) realizada en Francia en 2010, el 51% de las mujeres tiene el parto por cesárea antes del inicio del trabajo de parto. Entre las que han ini-

ciado el trabajo de parto, el 75% da a luz por vía vaginal (índice de éxito del IPVDC); en total, el 36,5% da a luz por vía vaginal. Entre las mujeres que tienen un útero multicicatricial, el 92% da a luz por cesárea antes del inicio del trabajo de parto y, si éste ya se ha iniciado, el 40% da a luz por vía vaginal [3].

Con el fin de proponer una conducta adaptada al contexto obstétrico, es fundamental conocer las consecuencias potenciales a corto y largo plazo de un útero cicatricial. El riesgo de ruptura uterina es la complicación aguda más temida por sus consecuencias perinatales y maternas, en algunos casos mortales. Excepcional en caso de útero sano, su incidencia global se estima en el 0,1-0,5% de las mujeres con antecedente de cesárea, sin tener en cuenta la vía del parto [3]. A largo plazo, la existencia de un útero cicatricial es un factor de riesgo de inserción placentaria anormal (placentas previa, accreta, increta y percreta) asociado a una morbilidad materna y neonatal nada desdeñable que puede comprometer el pronóstico vital. La incidencia de placenta previa en las mujeres con útero cicatricial se estima en el 1,2% (intervalo de confianza del 95% [IC 95%]: 0,8-1,5) [4]. Con relación a las mujeres sin antecedente de cesárea, el útero cicatricial es un factor de riesgo de placenta previa con cocientes de posibilidades de 1,5-3,9 según los estudios. Según la revisión sistemática de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) [4], el riesgo de placenta accreta en las mujeres con un antecedente de cesárea es del 0,3-0,6%. El aumento del riesgo resulta estadísticamente significativo a partir de dos cesáreas anteriores (riesgo absoluto de alrededor del 1,4%, cociente de posibilidades [OR] cercano a 8 en relación con las mujeres sin útero cicatricial). Además, la placenta accreta se asocia más a la placenta previa, una anomalía de inserción placentaria aumentada en caso de útero cicatricial. En las mujeres con útero cicatricial, el riesgo de histerectomía en un embarazo siguiente aumenta con el número de cicatrices uterinas (OR de 2,1 [IC 95%: 1,4-3,3] en caso de útero unicicatricial y hasta 7,1 [IC 95%: 3,7-13,7] en presencia de al menos dos cesáreas anteriores). La histerectomía está indicada en el 67% de los casos por una anomalía de inserción placentaria [5].

■ Beneficios y riesgos maternos del parto vaginal en comparación con la cesárea programada en caso de antecedente de cesárea

Como se destaca en las recomendaciones del CNGOF elaboradas en 2013, la mortalidad materna podría ser menor en caso de IPVDC, pero sigue siendo un hecho infrecuente sea cual sea el modo de parto. Este riesgo disminuye de forma estadísticamente significativa tras un IPVDC, en comparación con una cesárea programada después de cesárea (CPDC) en caso de parto a cualquier edad gestacional (3,8 y 13,4 cada 100.000 mujeres, respectivamente; $p = 0,02$) en el informe de la AHRQ [4]. Sin embargo, los numerosos sesgos en los estudios no permiten obtener una conclusión sólida. Los resultados de la revisión de la AHRQ en términos de morbilidad materna del IPVDC comparado con la CPDC se presentan en el Cuadro 1 [6].

El riesgo de ruptura uterina completa en las mujeres con un antecedente de cesárea es significativamente mayor en un IPVDC que en una CPDC: el 0,47 y el 0,026%, respectivamente, con un OR de 20,7 (IC 95%: 9,7-44) [4], pero estos resultados se han obtenido incluyendo úteros multicicatriciales. Si sólo se consideran las series que han incluido

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8777841>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8777841>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)