

Cesària electiva en gestants amb cesària prèvia

En gestants amb una cesària segmentària prèvia no es recomana realitzar una cesària electiva de manera rutinària.

Juliol 2023

- L'intent de part vaginal després de cesària és una opció segura i apropiada per a la majoria de dones amb una cesària segmentària prèvia i se'ls hauria d'oferir aquesta opció i donar assessorament al respecte.
- De manera excepcional, es recomanarà la realització de cesària electiva en aquells casos amb alt risc de ruptura uterina i quan existeixi una contraindicació per al part vaginal per un altre motiu.
- El part vaginal després de cesària és exitós en més del 70 % dels casos i pot arribar al 90 % en aquelles pacients amb un part vaginal previ.

Quina és la pràctica clínica de poc valor i per què?

Realitzar una cesària electiva en gestants amb cesària prèvia de manera rutinària sense donar l'opció d'intent de part vaginal amb l'objectiu d'evitar complicacions obstètriques. La cesària electiva no és una tècnica exempta de complicacions: hemorràgia, transfusions, infeccions, lesió d'òrgans veïns, histerectomia i les associades a l'anestèsia entre d'altres.¹⁻⁴

Segons l'evidència científica, el part vaginal és exitós fins al 72-75 % dels casos en pacients amb cesària prèvia, i en aquelles que presenten també un part vaginal previ es pot assolir un 85-91 % de parts vaginals.^{2,4}

La taxa d'èxit dependrà directament d'alguns factors obstètrics com poden ser haver tingut un part vaginal abans, la indicació de la cesària prèvia, l'inici de part espontani o la necessitat d'una inducció, l'Índex de Massa Corporal (IMC), l'edat materna i el pes en néixer, entre d'altres.^{1,2,4}

Què diu l'evidència sobre la pràctica clínica de poc valor?

Fins el dia d'avui existeixen molt pocs estudis aleatoritzats que comparin els resultats materns i neonatals entre l'intent de part vaginal després de cesària i la cesària electiva. Una revisió Cochrane del 2013 només va identificar-ne dos assajos clínics amb dades disponibles de només 22 dones que no van permetre la possibilitat d'estimar el risc relatiu dels esdeveniments d'interès.⁵ Així doncs, la revisió conclou que les fonts d'informació actuals es limiten a estudis de cohorts no aleatoritzats, principalment retrospectius.

Els estudis no aleatoritzats conclouen que el part vaginal després de cesària és una opció amb altes taxes d'èxit i una morbidimortalitat materna menor que en el cas de la cesària electiva.^{1,3,4,6} No obstant això, davant del fracàs de part i la realització d'una cesària urgent, aquesta implica més riscos que en el cas d'una cesària programada.^{1,2,6}

En aquest sentit, les principals guies de pràctica clínica internacionals consideren que l'intent de part vaginal després de cesària és una opció segura i apropiada per a la majoria de dones amb una cesària segmentària prèvia i se'ls hauria d'oferir aquesta opció i donar assessorament al respecte.¹⁻⁴

La probabilitat d'èxit de part vaginal després de cesària depèn d'una combinació de factors individuals.¹⁻³ Diferents investigadors han realitzat models de predicció d'èxit de part vaginal tenint en compte variables com edat materna, IMC, ètnia, indicació de la cesària prèvia i part vaginal previ.^{1,3,6} Un dels models més utilitzats és el desenvolupat per Grobman WA, el qual té en compte l'edat materna, l'alçada i el pes, els parts previs, la indicació de la cesària i si pren tractament antihipertensiu.^{7,8} Tenint en compte aquestes variables, existeixen calculadores de taxa d'èxit de part vaginal després de cesària prèvia, encara que aquestes calculadores no han estat validades de manera prospectiva per determinar si la seva utilització redueix en realitat la morbiditat materna, ni tampoc s'ha trobat cap estudi de validació de la calculadora al nostre context.^{8,9}

L'evidència suggereix que les dones amb més d'un 60-70% de probabilitat d'èxit al part vaginal després de cesària tenen menys morbiditat si fan l'intent de part vaginal que si escullen una cesària electiva.⁽¹⁾ Per aquest motiu, s'haurà d'informar adequadament sobre els riscos i els beneficis d'una opció i l'altra i incentivar la participació de la dona en la presa de decisions.^{4,10}

Quin és l'abast de la pràctica clínica de poc valor al nostre context?

A Catalunya durant l'any 2021 el percentatge de cesàries sobre el total de parts va ser del 26,9 %, segons dades del Departament de Salut.¹¹ Tot i que no es disposen de dades actuals en l'àmbit de tot Catalunya pel que fa al grup específic de dones amb cesària prèvia, per sis hospitals de l'Institut Català de la Salut (ICS) en 2021, la taxa de cesàries va ser del 56,72%.¹² La variabilitat entre aquests hospitals va des d'un 44,34 % l'hospital que menor taxa presenta fins a un 69,23 %.

Així mateix, en un estudi realitzat a Catalunya que inclou els naixements entre 2013 i 2017, la taxa de cesàries per aquest grup va ser del 54,73 %.¹³ En aquesta línia, en un altre estudi realitzat a l'Hospital Puerta del Hierro entre 2012 i 2015 la taxa de cesària electiva va ser del 45,5 % en dones amb cesària prèvia, fet que representava el 17,2 % de totes les cesàries realitzades.¹⁴ Els principals motius de la cesària electiva van ser un període intergenèsic de menys de 18 mesos (34,7 %), no desig matern (27,9 %), males condicions cervicals (13,6 %) i per patologia materna o obstètrica (12,9 %).

En aquest sentit, l'OMS (2015) va proposar que els sistemes de salut haurien d'adoptar la classificació de Robson com a un sistema per avaluar, monitorar i comparar les taxes de cesàries.¹⁵ Aquesta classifica les dones en deu grups diferents, tots mútuament excloents i totalment inclusius basats en característiques obstètriques. El grup 5 correspon a les pacients amb una o més cicatrius uterines prèvies. Per aquest grup en concret, l'OMS considera que una taxa entre 50-60 % de cesàries es consideraria apropiada sempre que els resultats materns i perinatals siguin bons.¹⁵

Quins esdeveniments adversos s'associen a la pràctica clínica de poc valor?

La cesària electiva, en comparació amb el part vaginal després de cesària, presenta més complicacions maternes. Amb la realització d'una cesària electiva hi ha més risc d'hemorràgia, d'infecció, de tromboembolisme, un període de recuperació i una estada hospitalària més llargues, així com major risc de taquipnea transitòria del nou-nat.^{1,2,4,6}

Altrament, en aquelles pacients que estiguin considerant futurs embarassos, la cesària electiva després d'una cesària prèvia augmenta el risc de complicacions maternes secundàries a cirurgies múltiples (histerectomia, lesió d'òrgans veïns, transfusió i placentació anòmala).^{1,4}

Per contra, la major part de morbiditat materna relacionada amb l'intent de part vaginal després de cesària es produeix quan no hi ha un part vaginal i és necessari realitzar una cesària urgent.^{1,14} En aquest sentit, el

risc més important associat a l'intent de part vaginal després de cesària és la ruptura uterina, que passa al voltant del 0,5 %.²⁻⁴

En conseqüència, el risc de morbiditat materna està íntimament relacionat amb la probabilitat de la dona d'aconseguir un part vaginal després de cesària.^{1,2} Per això, és important tenir en compte les condicions individuals de cada gestant.

Adicionalment, la inducció al part o l'ús d'oxitocina per accelerar el part presenten un major risc per ruptura uterina (de dos a tres vegades més de probabilitat), així com major risc d'una cesària no planificada (1,5 vegades superior), en comparació amb els parts que comencen de manera espontània.^{2,4}

Hi ha excepcions?

Tot i que de manera general no es recomana la realització d'una cesària electiva després de cesària prèvia, existeix consens internacional de les diferents organitzacions de la seva necessitat en certes circumstàncies.¹⁻⁴

Es beneficiaran d'una cesària electiva aquelles pacients amb alt risc de ruptura uterina: cicatriu prèvia no segmentària transversa (clàssica o en T), ruptura uterina prèvia o cirurgia uterina amb entrada a la cavitat extensa.¹⁻⁴

També estarà indicada la cesària electiva en aquelles gestants amb contraindicació absoluta de part vaginal (per exemple, en cas de placenta prèvia) o en aquelles dones que rebutgen un PVDC planificat.¹⁻⁴

D'altra banda, hi ha diverses situacions clíniques on de manera individual s'haurien de considerar els riscos i beneficis entre l'obstetra i la gestant, com per exemple són els casos de macrosomia, gestacions gemel·lars, presentacions de natges, interval intergenèsic <18 mesos, gestacions postterme, gestacions preterme o dones amb dues o més cesàries prèvies.²⁻⁴ Així mateix, a l'RRSS de Swift et al. es proposa que la mesura del gruix total del segment inferior uterí per ecografia menor a 2 mm pot servir per identificar dones amb un major risc de ruptura uterina i aquesta valoració pot servir com a eina a l'hora de prendre una decisió.¹⁶

En conclusió

A les gestants amb una cesària prèvia no se'ls recomana la realització d'una cesària electiva de manera rutinària, ja que aquesta presenta majors complicacions maternes que l'intent de part vaginal. Només recomanarem la realització de cesària electiva en casos concrets com quan, per exemple, existeixi un alt risc de ruptura uterina o existeixi contraindicació absoluta de part vaginal per un altre motiu.

Amb la col·laboració de

- Grup de Recerca en Atenció de la Salut Sexual i Reproductiva

Amb el suport de

- Associació Catalana de Llevadores

- Societat Catalana d'Obstetrícia i Ginecologia
- Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva (ASSIR) d'Atenció Primària

Fonts

1. The American College of Obstetrician and Gynecologists. Vaginal Birth After Cesarean Delivery. Practice Bulletin n. 205; February 2019. <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-bulletin/articles/2019/02/vaginal-birth-after-caesarean-delivery>.
2. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. Birth After Previous Caesarean Birth. (Green-top Guideline No. 45); October 2015. <https://www.rcog.org.uk/guidance/browse-all-guidance/green-top-guidelines/birth-after-previous-caesarean-birth-green-top-guideline-no-45/>.
3. Dy J, DeMeester S, Lipworth H, & Barrett, J. No. 382-Trial of Labour After Caesarean. J Obstet Gynaecol Can. 2019 Jul;41(7):992-1011. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31227063>
4. Ryan G, Duggan J, Finnegan C, Morrison JJ. National Clinical Practice Guideline: Vaginal Birth After Caesarean Section. Dublin (Ireland): National Women and Infants Health Programme and Infants Health Programme and The Institute of Obstetricians and Gynaecologists; 2023. <https://www.hse.ie/eng/about/who/acute-hospitals-division/woman-infants/clinical-guidelines/vaginal-birth-after-caesarean-section.pdf>.
5. Dodd JM, Crowther CA, Huertas E, Guise JM, Horey D. Planned elective repeat caesarean section versus planned vaginal birth for women with a previous caesarean birth. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Dec 10;(12):CD004224. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24323886>
6. Royal Australian & New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists (RANZCOG). Birth after previous caesarean section. Melbourne (Australia): RANZCOG; 2019. <https://ranzocog.edu.au/wp-content/uploads/2022/05/Birth-after-previous-caesarean-section.pdf>.
7. Grobman WA, Sandoval G, Rice MM, Bailit JL, Chauhan SP, Costantine MM, et al. Prediction of vaginal birth after cesarean delivery in term gestations: a calculator without race and ethnicity. Am J Obstet Gynecol. 2021;225(6):664.e1-664.e7. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34043983>
8. Maternal-Fetal Medicine Units (MFMU). Vaginal birth after cesarean. Rockville, MD (USA): Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development (NICHD). Version 2.1; updated July 2023. <https://mfmunetwork.bsc.gwu.edu/web/mfmunetwork/vaginal-birth-after-caesarean-calculator>.
9. Metz TD, Grobman W, Barss VA. Choosing the route of delivery after cesarean birth. UpToDate; (2023). <https://www.uptodate.com>
10. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Caesarean birth. London (United Kingdom): NICE guideline [NG192]; 2021. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng192>.
11. Aramburo A, Ayneto X, Ciruela P, Mendioroz J, Prats B, Vidal MJ. Indicadors de Salut Perinatal a Catalunya. Any 2021. Barcelona: Departament de Salut; 2023. https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/9637/indicadors_perinatal_catalunya_informe_complet_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y
12. Institut Català de la Salut (ICS). QC Compartit PADEICS Obstetrícia. Barcelona: ICS; 2023. <https://ics.gencat.cat/web/.content/Assistencia/Obstetra/122AD-QC-compartit-Obstetrícia.pdf>.

13. Carrillo-Aguirre, G, Dalmau-Bueno A, Campillo-Artero C, Garcia-Altes A. Caesarean section trends in Catalonia between 2013 and 2017 based on the Robson classification system: A cross-sectional study. PLoS One. 2020 Jun 16;15(6):e0234727. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32544171>
14. Galan-Salazar C, Mateos-López S, Martos-Cano A, Salcedo-Mariña A, Pérez-Medina T. Vía de parto tras una cesárea anterior. Prog Obstet Ginecol. 2017;60:438-43. https://sego.es/documentos/progresos/v60-2017/n5/05_via_de_parto_tras_cesarea_anterior.pdf
15. World Health Organization (WHO). Robson Classification: Implementation Manual. Geneva (Switzerland): WHO; 2017. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513197>.
16. Swift BE, Shah PS, Farine D. Sonographic lower uterine segment thickness after prior cesarean section to predict uterine rupture: A systematic review and meta-analysis. Acta Obstet Gynecol Scand. 2019 Jul;98(7):380-41. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30779345>

Enllaços d'interès

- American Academy of Family Physicians (AAFP). Clinical Practice Guideline: Planning for Labor and Vaginal Birth After Cesarean. Leawood, KS (USA): AAFP; 2019. <https://www.aafp.org/family-physician/patient-care/clinical-recommendations/all-clinical-recommendations/vaginal-birth-after-cesarean.html>.
- World Health Organization (WHO). WHO recommendations non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections. Geneva (Switzerland): WHO; 2018. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550338>.
- Wielgos M, Bomba-Opon D, Breborowicz GH, Czjakowski K, Debski R, Leszczynska-Gorzela B, et al.. Recommendations of the Polish Society of Gynecologists and Obstetricians regarding caesarean sections. Ginekol Pol. 2018;89(11):644-57. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30508218>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Intrapartum care for women with existing medical conditions or obstetric complications and their babies. London (United Kingdom): NICE guideline [NG121]; 2019. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng121>.
- The Royal College of Midwives. Midwifery care in labour guidance for all women in all settings. RCM Midwifery Blue Top Guidance No.1; 2018. <https://www.rcm.org.uk/news-views/news/rcm-launches-midwifery-care-in-labour-guidance/>.
- Secretaria de Salut Pública de Catalunya. Protocol d'atenció i acompanyament al naixement a Catalunya. Barcelona: Departament de Salut; 2020. http://salutpublica.gencat.cat/web/.coontent/minisite/aspcat/promocio_salut/embaras_part_puerperi/protocol-partipuerperi/protocol_part_i_puerperi.pdf
- Metz TD, Grobman W, Barss VA. Choosing the route of delivery after cesarean birth. UpToDate; 2023. <https://www.uptodate.com>

Recomanacions relacionades

- [Tactes vaginals durant el part](https://essencialsalut.gencat.cat/ca/details/Article/tactes-vaginals-part). 2023. Disponible a: <https://essencialsalut.gencat.cat/ca/details/Article/tactes-vaginals-part>

Recomanació **E**ssencial

- [Epidural i oxitocina en gestants de part](https://essencialsalut.gencat.cat/ca/detalls/Article/epidural_oxitocina_part). 2023. Disponible a:
https://essencialsalut.gencat.cat/ca/detalls/Article/epidural_oxitocina_part
- [Episiotomia i part vaginal](https://essencialsalut.gencat.cat/ca/detalls/Article/episiotomia_part_vaginal). 2021. Disponible a:
https://essencialsalut.gencat.cat/ca/detalls/Article/episiotomia_part_vaginal
- [Cesària electiva abans de la setmana 39](https://essencialsalut.gencat.cat/ca/detalls/Article/cesaria_electiva_setmana39). 2020. Disponible a:
https://essencialsalut.gencat.cat/ca/detalls/Article/cesaria_electiva_setmana39

Essencial és una iniciativa que identifica pràctiques clíniques de poc valor i promou recomanacions per tal d'evitar-ne la realització.

Aquesta fitxa és una recomanació per a l'ajuda a la presa de decisions en l'atenció sanitària. No és de compliment obligat ni substitueix el judici clínic del personal sanitari.

Si voleu rebre més informació sobre el projecte, podeu contactar amb: essencial.aquas@gencat.cat

Visita'ns al web essencialsalut.gencat.cat