

## Cesàrea electiva en gestantes con cesàrea previa

**En gestantes con una cesàrea segmentaria previa no se recomienda realizar una cesàrea electiva de manera rutinaria.**

Julio 2023

- El intento de parto vaginal después de cesàrea es una opción segura y apropiada para la mayoría de mujeres con una cesàrea segmentaria previa y se les debería ofrecer esta opción y dar asesoramiento al respeto.
- De manera excepcional, se recomendará la realización de una cesàrea electiva en aquellos casos con alto riesgo de ruptura uterina y cuando exista una contraindicación para el parto vaginal por otro motivo.
- El parto vaginal después de cesàrea es exitoso en más del 70% de los casos y puede llegar al 90% en pacientes con un parto vaginal previo.

### ¿Cuál es la práctica clínica de poco valor y por qué?

Realizar una cesàrea electiva en gestantes con cesàrea previa de manera rutinaria sin dar la opción de intento de parto vaginal con el objetivo de evitar complicaciones obstétricas. La cesàrea electiva no es una técnica exenta de complicaciones: hemorragia, transfusiones, infecciones, lesión de órganos vecinos, histerectomía y las asociadas a la anestesia entre otras.<sup>1-4</sup>

Según la evidencia científica, el parto vaginal es exitoso hasta el 72-75 % de los casos en pacientes con cesàrea previa, y en aquellas que presentan también un parto vaginal previo se puede conseguir un 85-91 % de partos vaginales.<sup>2,4</sup>

La tasa de éxito dependerá directamente de algunos factores obstétricos como pueden ser haber tenido un parto vaginal anterior, la indicación de la cesàrea previa, el inicio de parto espontáneo o la necesidad de una inducción, el índice de masa corporal (IMC), la edad materna y el peso al nacer, entre otros.<sup>1,2,4</sup>

### ¿Qué dice la evidencia sobre la práctica clínica de poco valor?

Hasta el día de hoy existen muy pocos estudios aleatorizados que comparen los resultados maternos y neonatales entre el intento de parto vaginal después de cesàrea y la cesàrea electiva. Una revisión Cochrane del 2013 identificó solo dos ensayos clínicos con datos disponibles de tan solo 22 mujeres. Estos datos no permitieron la posibilidad de estimar el riesgo relativo de los eventos de interés.<sup>5</sup> Así pues, la revisión concluye que las fuentes de información actuales se limitan a estudios de cohortes no aleatorizados, principalmente retrospectivos.

Los estudios no aleatorizados concluyen que el parto vaginal después de cesàrea es una opción con altas tasas de éxito y una morbilidad materna menor que en el caso de la cesàrea electiva.<sup>1,3,4,6</sup> Sin

embargo, ante el fracaso de parto y la realización de una cesárea urgente, esta implica más riesgos que en el caso de una cesárea programada.<sup>1,2,6</sup>

En este sentido, las principales guías de práctica clínica internacionales consideran que el intento de parto vaginal después de cesárea es una opción segura y apropiada para la mayoría de mujeres con una cesárea segmentaria previa y se tendría que ofrecer esta opción y dar asesoramiento al respecto.<sup>1-4</sup>

La probabilidad de éxito de parto vaginal después de cesárea depende de una combinación de factores individuales.<sup>1-3</sup> Diferentes investigadores han realizado modelos de predicción de éxito de parto vaginal teniendo en cuenta variables como edad materna, IMC, grupo étnico, indicación de la cesárea previa y parto vaginal previo.<sup>1,3,6</sup> Uno de los modelos más utilizados es el desarrollado por Grobman WA, que tiene en cuenta la edad materna, la altura y el peso, los partos previos, la indicación de la cesárea y si recibe tratamiento hipotensor.<sup>7,8</sup> Teniendo en cuenta estas variables, existen calculadoras de tasa de éxito de parto vaginal después de cesárea previa, aunque estas calculadoras no han sido validadas de manera prospectiva para determinar si su utilización reduce en realidad la morbilidad materna, ni tampoco se ha encontrado ningún estudio de validación de la calculadora en nuestro contexto.<sup>8,9</sup>

La evidencia sugiere que las mujeres con más de un 60-70% de probabilidad de éxito de parto vaginal después de cesárea tienen menos morbilidad si hacen el intento de parto vaginal que si escogen una cesárea electiva.<sup>1</sup> Por este motivo, se tendrá que informar adecuadamente sobre los riesgos y los beneficios de una opción y la otra e incentivar la participación de la mujer en la toma de decisiones.<sup>4,10</sup>

## ¿Cuál es el alcance de la práctica clínica de poco valor en nuestro contexto?

En Cataluña, durante el año 2021, el porcentaje de cesáreas sobre el total de partos fue del 26,9 %, según datos del *Departament de Salut*.<sup>11</sup> A pesar de que no se disponen de datos actuales en el ámbito de toda Cataluña en cuanto al grupo específico de mujeres con cesárea previa, para seis hospitales del *Institut Català de la Salut* (ICS) en 2021, la tasa de cesáreas fue del 56,72 %.<sup>12</sup> La variabilidad entre estos hospitales fue desde un 44,34 % el hospital que menor tasa presenta hasta un 69,23 %.

Así mismo, en un estudio realizado en Cataluña que incluye los nacimientos entre 2013 y 2017, la tasa de cesáreas para este grupo fue del 54,73 %.<sup>13</sup> En esta línea, en otro estudio realizado en el Hospital Puerta del Hierro entre 2012 y 2015, la tasa de cesárea electiva fue del 45,5 % en mujeres con cesárea previa, hecho que representaba el 17,2 % de todas las cesáreas realizadas.<sup>14</sup> Los principales motivos de la cesárea electiva fueron un periodo intergenésico de menos de 18 meses (34,7 %), no deseo materno (27,9 %), malas condiciones cervicales (13,6 %) y por patología materna u obstétrica (12,9 %).

En este sentido, la OMS (2015) propuso que los sistemas de salud tendrían que adoptar la clasificación de Robson como un sistema para evaluar, monitorizar y comparar las tasas de cesáreas.<sup>15</sup> Esta clasifica las mujeres en diez grupos diferentes, todos mutuamente excluyentes y totalmente inclusivos basados en características obstétricas. El grupo 5 corresponde a las pacientes con una o más cicatrices uterinas previas. Para este grupo en concreto, la OMS considera que una tasa entre 50-60 % de cesáreas se consideraría apropiada siempre que los resultados maternos y perinatales sean buenos.<sup>15</sup>

## ¿Qué eventos adversos se asocian a la práctica clínica de poco valor?

La cesárea electiva, en comparación con el parto vaginal después de cesárea, presenta más complicaciones maternas. Con la realización de una cesárea electiva hay más riesgo de hemorragia, de infección, de tromboembolismo, un periodo de recuperación y una estancia hospitalaria más largas, así como mayor riesgo de taquipnea transitoria del neonato.<sup>1,2,4,6</sup>

De lo contrario, en aquellas pacientes que estén considerando futuros embarazos, la cesárea electiva después de una cesárea previa aumenta el riesgo de complicaciones maternas secundarias en cirugías múltiples (histerectomía, lesión de órganos vecinos, transfusión y placentación anómala).<sup>1,4</sup>

Por el contrario, la mayor parte de morbilidad materna relacionada con el intento de parto vaginal después de cesárea se produce cuando no hay un parto vaginal y es necesario realizar una cesárea urgente.<sup>1,14</sup> En este sentido, el riesgo más importante asociado al intento de parto vaginal después de cesárea es la ruptura uterina, que pasa alrededor del 0,5 %.<sup>2-4</sup>

En consecuencia, el riesgo de morbilidad materna está íntimamente relacionado con la probabilidad de la mujer de conseguir un parto vaginal después de cesárea.<sup>1,2</sup> Por eso, es importante tener en cuenta las condiciones individuales de cada gestante.

Adicionalmente, la inducción al parto o el uso de oxitocina para acelerar el parto presentan un mayor riesgo de rotura uterina (de dos a tres veces más de probabilidad), así como mayor riesgo de una cesárea no planificada (1,5 veces superior), en comparación con los partos que empiezan de manera espontánea.<sup>2,4</sup>

## ¿Hay excepciones?

A pesar de que de manera general no se recomienda la realización de una cesárea electiva después de cesárea previa, existe consenso internacional de las diferentes organizaciones de su necesidad en ciertas circunstancias.<sup>1-4</sup>

Se beneficiarán de una cesárea electiva aquellas pacientes con alto riesgo de rotura uterina: cicatriz previa no segmentaria transversa (clásica o en T), rotura uterina previa o cirugía uterina con entrada a la cavidad extensa.<sup>1-4</sup>

También estará indicada la cesárea electiva en aquellas gestantes con contraindicación absoluta de parto vaginal (por ejemplo, en caso de placenta previa) o en aquellas mujeres que rechazan un PVDC planificado.<sup>1-4</sup>

Por otro lado, hay varias situaciones clínicas dónde de manera individual se tendrían que considerar los riesgos y beneficios entre la obstetra y la gestante, como por ejemplo son los casos de macrosomía, gestaciones gemelares, presentaciones de nalgas, intervalo intergenésico <18 meses, gestaciones postérmino, gestaciones pretérmino o mujeres con dos o más cesáreas previas.<sup>2-4</sup> Así mismo, en la RRSS de Swift et al. se propone que la medida del grosor total del segmento inferior uterino por ecografía menor a 2 mm puede servir para identificar mujeres con un mayor riesgo de rotura uterina y esta valoración puede servir como herramienta en el momento de tomar una decisión.<sup>16</sup>

### En conclusión

**En gestantes con una cesárea previa no se recomienda la realización de una cesárea electiva de manera rutinaria, puesto que esta presenta mayores complicaciones maternas que el intento de parto vaginal. Solo se recomendará la realización de cesárea electiva en casos concretos como, por ejemplo, exista un alto riesgo de rotura uterina o exista contraindicación absoluta de parto vaginal por otro motivo.**

## Con la colaboración de

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

## Con el apoyo de

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

## Fuentes

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://ranzco.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 caesarean 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 caesarean. 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 caesarean 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](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://doi.org/10.1371/journal.pone.0234727>
  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](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>

## Enlaces de interés

- 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/aspacat/promocio\\_salut/embaras\\_part\\_puerperi/protocol-partipuerperi/protocol\\_part\\_i\\_puerperi.pdf](http://salutpublica.gencat.cat/web/.coontent/minisite/aspacat/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>

## Recomendaciones relacionadas

- [Tactos vaginales durante el parto](https://essencialsalut.gencat.cat/es/detalls/Article/tactes-vaginals-part). 2023. Disponible en:  
<https://essencialsalut.gencat.cat/es/detalls/Article/tactes-vaginals-part>
- [Epidural y oxitocina en gestantes de parto](https://essencialsalut.gencat.cat/es/detalls/Article/epidural_oxitocina_part). 2023. Disponible en:  
[https://essencialsalut.gencat.cat/es/detalls/Article/epidural\\_oxitocina\\_part](https://essencialsalut.gencat.cat/es/detalls/Article/epidural_oxitocina_part)
- [Episiotomía i parto vaginal](https://essencialsalut.gencat.cat/es/detalls/Article/episiotomia_part_vaginal). 2021. Disponible en:  
[https://essencialsalut.gencat.cat/es/detalls/Article/episiotomia\\_part\\_vaginal](https://essencialsalut.gencat.cat/es/detalls/Article/episiotomia_part_vaginal)
- [Cesària electiva abans de la setmana 39](https://essencialsalut.gencat.cat/es/detalls/Article/cesaria_electiva_setmana39). 2020. Disponible en:  
[https://essencialsalut.gencat.cat/es/detalls/Article/cesaria\\_electiva\\_setmana39](https://essencialsalut.gencat.cat/es/detalls/Article/cesaria_electiva_setmana39)

Essencial es una iniciativa que identifica prácticas clínicas de poco valor y promueve recomendaciones para evitar su realización. Esta ficha es una recomendación para la ayuda de la toma de decisiones en la atención sanitaria. No es de obligado cumplimiento, ni sustituye el juicio clínico del personal sanitario.

Si queréis recibir más información sobre el proyecto, podéis contactar con: [essencial.aquas@gencat.cat](mailto:essencial.aquas@gencat.cat)

Visítanos en la web [essencialsalut.gencat.cat](https://essencialsalut.gencat.cat)