

SEGURIDAD EN EL USO DE UTEROTÓNICOS EN PARTO VAGINAL TRAS CESÁREA

QUIRÓS FERNÁNDEZ, SARA; CONDE GÁLVEZ, M^a ISABEL; CARRILLO VEGA, MARÍA ESTRELLA
MATRONAS DEL ÁREA SANITARIA NORTE DE MÁLAGA

INTRODUCCIÓN-OBJETIVOS

La práctica asistencial diaria demuestra que cada vez es más frecuente el parto vaginal tras una cesárea previa. La tasa de éxito en estos casos, oscila entre el 72-76%; y llega hasta el 87% si ha habido un parto vaginal previo. Aunque el útero tiene un mayor riesgo de rotura en una mujer que ha tenido una cesárea, en la mayoría de los casos, el parto vaginal es posible y seguro, tanto para la madre como para el feto. Es importante señalar que este riesgo está aumentado en determinadas situaciones clínicas, como el uso de fármacos uterotónicos en inducciones y conducciones del parto. Además, no existe unificación de criterios en cuanto a protocolos de actuación y guías de práctica clínica en el uso de estos fármacos. De forma que la asistencia clínica a mujeres con cesárea previa y que intentan un parto vaginal difiere según el ámbito territorial. El objetivo de esta revisión es analizar la seguridad en el uso de los diferentes fármacos uterotónicos para la consecución de un parto vaginal tras cesárea previa.

MÉTODO

Se realizó una revisión de la bibliografía en las bases de datos: COCHRANE, MEDLINE, PUB-MED. Se utilizaron palabras clave: "oxytocin", "previous cesarean section", "vbac" y "induction of labour". Se seleccionaron los artículos y se analizó la información contenida.



RESULTADOS. En mujeres con cesárea anterior:

- El riesgo de rotura uterina es mínimo en los casos de cesárea programada y partos espontáneos (inicio y terminación).
- El empleo de oxitocina y prostaglandinas E2 no está contraindicado en mujeres candidatas a parto vaginal.
- El uso de oxitocina y prostaglandinas E2 está asociado con mayor riesgo de rotura uterina.
- En caso de inducción o conducción del parto, la oxitocina es el uterotónico que menos aumenta el riesgo de rotura uterina.
- Se contraindica el uso de misoprostol por una elevada tasa de rotura uterina.
- La dosis máxima de oxitocina por encima de la cual el riesgo de rotura uterina es inaceptable es 20 mU/min.

CONCLUSIONES

Las mujeres candidatas a parto vaginal tras cesárea deben de ser informadas adecuadamente del aumento de los riesgos y los beneficios maternos que genera el parto vaginal.

El uterotónico más seguro, valorando los riesgos/beneficios, es la oxitocina; no obstante, se requiere un especial cuidado y atención en su administración por el riesgo aumentado de rotura uterina.

Son necesarios estudios específicos, que aporten evidencias concluyentes para la creación de protocolos y guías de práctica clínica que unifiquen criterios en el uso seguro de uterotónicos, mejorando así la atención sanitaria.

BIBLIOGRAFÍA:

Cahill AG, Waterman BM, Stamilio DM, et al. Higher maximum doses of oxytocin are associated with an unacceptably high risk for uterine rupture in patients attempting vaginal birth after cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2008;199:32.e1-32.e5

SEGO Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. *Guía Práctica de Asistencia al parto vaginal tras cesárea. Actualizada Junio 2010.*

NICE National Institute for Health and Clinical Excellence (2008) *Induction of Labour. CG 70-132. London*