

EXPERIENCIAS CON PARTOS VAGINALES LUEGO DE DOS OPERACIONES CESAREAS

Presentado en el Seminario Taller sobre Exceso de Cesáreas, Asociación Médica Dominicana
13/7/85

* Dr. Vinicio Calventi

Vamos a presentar unas experiencias que son resultados de trabajos que realizamos en la Maternidad Ntra. Sra. de la Altagracia que entendemos que en alguna medida, tal vez importante, puedan extrapolarse en relación con el resto del país.

Este trabajo está basado en una aplicación de criterios mucho más liberales que los que han sido tradicionales en la selección de los pacientes para partos vaginales.

Está basado este trabajo y tal vez ésta es su esencia misma, en una experiencia de que dos cesáreas previas, y no una, que es lo más aceptado, dos cesáreas previas, son compatibles con el parto vaginal; además entendemos que cuando se habla de prevención de la dehiscencia de la cicatriz uterina es aplicable por igual a pacientes con antecedentes de una cesárea o con antecedentes de dos cesáreas.

El escenario en que se produce este trabajo es la Maternidad Ntra. Sra. de la Altagracia, y recoge lo que ha sido su actividad desde el año 1980 hasta mayo 1985, o sea, un período de 5 años y 5 meses.

En el año 1969 el hospital de maternidad tenía un 5% de cesáreas; de 1969 a 1980 unas veces subiendo, otras veces bajando, llegamos al año 1980 con un 14 y un poquito más % de cesáreas; eso quiere decir que de 1969 a 1980 nuestra tasa de cesáreas aumentó en un 200% prácticamente; continuó subiendo y en el año 1981 alcanzó alrededor

de un 18% aproximadamente; después comenzó un leve descenso que aunque uno podría entusiasmarse pensando que va a presentar una tendencia y que se mantendrá, no puede afirmarse desde ya.

¿Cuál es la relación entre cesárea primaria y cesáreas iterativas en la Maternidad Ntra. Sra. de la Altagracia?

En el año 1983 las cesáreas iterativas representaron alrededor de un 56%, mientras que las cesáreas primarias representaron más o menos un 43%. De manera que era muy evidente que hacíamos más cesáreas iterativas que cesáreas primarias; sin embargo, esta situación se ha ido modificando, hasta el punto de que en las estadísticas más recientes que tenemos, que son las de los 5 primeros meses del año 1985, están prácticamente en la misma proporción, un 50% de iterativas y un 50% de primarias; tal vez esto puede justificar un poquito la esperanza de que las iterativas van a modificarse cada vez más y que no tendremos todos esos números tan elevados de cesáreas.

En el período de diciembre del 84 a mayo del 85, que es el período durante el cual se han hecho las observaciones que vamos a someter a la consideración de ustedes, las proporciones en que aparecieron las causas de cesáreas primarias en la Maternidad Ntra. Sra. de la Altagracia fueron éstas; en primer lugar la desproporción cefalopélvica con un 14%, en segundo lugar la ruptura prematura de membranas con 9.7% y en tercer lugar la toxemia del embarazo; en cuarto lugar la presentación pélvica y después hay un descenso importante que corresponde al sufrimiento fetal y a las hemorragias.

Una forma de ubicarnos en lo que han sido las tendencias en las indicaciones de las cesáreas, es ver un trabajo

(*) Médico Director Maternidad Ntra. Sra. de la Altagracia, Santo Domingo, R.D. Jefe de la cátedra de Gineco-Obstetricia Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD). Santo Domingo, R.D.

publicado en el Anuario de obstetricia y ginecología en el año 1984; un trabajo de McCarry; tenemos las cesáreas previas, justamente como lo que ha representado la causa principal del aumento de las cesáreas.

Lo que no se ha modificado mucho y ha seguido siendo lo que en realidad ha sido durante muchos años, son las distocias de presentación: desprendimiento, placenta previa, prolapsos del cordón, hipertensión crónica, problemas del cuello y cirugía uterina previa, se han quedado más o menos estáticos; uno puede presumir que con la eritroblastosis fetal en algunos años sucederá lo mismo que con la diabetes, donde vemos que ha disminuido la indicación de la cesárea, en razón de que ha pasado a ser una enfermedad muy bien manejada; se han definido mucho los criterios de su manejo en la paciente embarazada y ya no hay esa tendencia que hubo en los últimos años a operar de manera electiva a la paciente portadora de una diabetes.

Me hago eco de las afirmaciones del Dr. Garrido de que el parto vaginal luego de cesárea previa, no es cosa nueva, no es ni siquiera de estos tiempos; las primeras grandes experiencias con cesáreas previas que fueron seguidas de su parto vaginal se hicieron al comienzo del siglo, de manera que es una cosa muy vieja; pero al mismo tiempo, eso que pareció ser una actitud que podría encontrar muchos adeptos en un momento dado, casi se abandonó y triunfó de la manera más absoluta, ese criterio al cual se refería el Dr. Garrido, que ha gobernado la práctica obstétrica de las últimas décadas, de que una vez cesárea siempre una cesárea.

Tomando algunas estadísticas determinadoras se han publicado trabajos con cifras muy impresionantes: en los mismos Estados Unidos en este momento yo diría que como país no estaría tal vez en el 83% de los trabajos del 78, pero tampoco tan bajo como en los trabajos del Instituto Albert Einstein de 38.6% y en los Estados Unidos en este momento las cesáreas previas seguidas de parto andan alrededor de un 65%.

Hay una afirmación muy importante que se puede compartir o no; es posible que sea un poco polémica esta afirmación, en este mismo trabajo que comentábamos del Anuario de obstetricia y ginecología del 84, el trabajo de McCarry, donde el autor afirma que un 50% de las cesáreas primarias son innecesarias. Ninguno de nosotros está obligado a compartir ese criterio.

Ahora bien, si ese 50% de las cesáreas primarias es innecesario, nos ha tocado la gran desgracia de que las cesáreas innecesarias se han convertido en cesáreas necesarias, esas que se operan electivamente por el solo hecho de que hay el antecedente de una cesárea; de manera que fijense la importancia que tiene este aspecto.

¿En qué consistió este estudio nuestro? Vemos que con una sola cesárea, acudieron al hospital Maternidad Ntra. Sra. de la Altigracia en el período estudiado 519 pacientes, de éstas tuvieron su parto vaginal un 20.3%; este grupo con

el antecedente de una cesárea se denominó grupo A.

El otro grupo, con antecedentes de dos cesáreas, se denominó grupo B; acudieron con este antecedente 295 pacientes y 33 de ellas tuvieron partos vaginales para un 11.5%; si de todos modos viéramos esto a la luz del éxito que se tuvo en permitirles parto, diríamos que apenas dos pacientes fueron operadas con el antecedente de dos cesáreas, porque el trabajo de parto no evolucionó en forma tal que autorizara a continuar la empresa por la vía vaginal. Las 11 pacientes restantes que hacen el gran total de 150 pacientes fueron precisamente pacientes que comenzaron su trabajo de parto dentro del plan que se elaboró, pero que en un momento dado pasaron a ser operadas porque el curso clínico del parto no fue favorable.

Esto es importante que lo veamos porque plantea problemas muy serios en un país pobre como éste y en cualquier país subdesarrollado.

De los pacientes que fueron sometidos a parto vaginal un 18% fue atendido en esa cesárea previa en otras instituciones, muchas de éstas en la Maternidad del IDSS, pero la realidad es, que documentar de manera perfecta todo lo ocurrido en una cesárea previa en pacientes que acuden a nuestros hospitales es una empresa difícil; son atendidas en otras instituciones; los datos estadísticos son pobres, los expedientes son pobres, son pacientes que acuden a los hospitales con mucha frecuencia en trabajo de parto ya iniciado, de manera pues que en este trabajo ustedes verán que nosotros vamos a defender el criterio de que documentar todo lo concerniente a la cesárea previa, no puede aceptarse como un criterio válido por nuestras realidades socioeconómicas, asistenciales, estadísticas, etc.

¿En qué consistió el protocolo utilizado para este trabajo?

Las pacientes tenían que ser portadoras de embarazo a término, con no más de 2 cicatrices uterinas, en otras palabras, aquí no hay ningún paciente con 3 cesáreas, ni con más; un peso del producto clínicamente estimado que no fuera mayor de 8 1/2 libras, aceptando el riesgo que supone la extirpación quirúrgica del peso fetal, no ruptura de membranas sin trabajo de parto, no omitir que fuera un producto único en presentación de vértice, que la hemoglobina fuera de 10 G%; todo esto lo que se pretendía era definir una buena condición general en la paciente; no patología sobreañadida, un período intergenésico mayor de 15 meses, también se podría poner de otra manera diciendo no menor de 15 meses; que no existieran antecedentes de dehiscencia en otros partos vaginales que hubiera tenido, que no fueran grandes múltiparas o que tuvieran antecedentes de múltiples legados; pero se aceptó que pacientes que acudieran en períodos expulsivos con el antecedente de cesárea previa serían manejados como un parto vaginal cualquiera e incluidos en esta investigación.

El Dr. Garrido se refería a estos criterios del Colegio

Americano de Obstetras y Ginecólogos que son los más recientes; después de esto no ha surgido ninguna otra recomendación del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos y es importante que los mencionemos porque en varias cosas difieren con los criterios que hemos utilizado.

Está muy difundida en los obstetras la idea de que si una mujer ha tenido un parto vaginal, tiene esa historia en cualquier sitio, sea en la institución en que está siendo atendida o en otra; ese antecedente del parto vaginal post-cesárea sirve para probar que la paciente tiene una buena cicatriz uterina y que en consecuencia otros embarazos que surjan podrían terminar ya por la vía vaginal.

Nosotros entendemos que ésta es una idea muy expuesta a terminar en forma terrible.

En verdad el hecho de que una mujer haya tenido parto vaginal después de una cesárea, no puede ser tomado como una prueba de la buena calidad de la cicatriz y podría en otro parto producirse una dehiscencia de esa cicatriz uterina. Ahora, nosotros sí creemos que este antecedente de un parto posterior a una cesárea podría tener algo de positivo. ¿Qué?, crear las condiciones en los tejidos, en el cuello, propias de la multiparidad, que en sentido general entendemos propician, facilitan otro parto vaginal; de manera pues, que esto pretende ser la respuesta a preguntas que son la clave de esto. ¿Disminuye la posibilidad de dehiscencia en un nuevo parto vaginal? Nosotros creemos que no. ¿Aumenta la posibilidad de dehiscencia en un nuevo parto vaginal? No nos parece, tampoco. Ni una cosa ni la otra; solamente las condiciones propias de la multiparidad es lo que puede verse como positivo.

Veamos ahora la incidencia de los partos vaginales posteriores a las cesáreas y su distribución por grupos.

Veamos lo que ocurrió en el grupo A. En este grupo pacientes que terminaron con un parto vaginal representaron un 82.4%.

En el grupo B la totalidad de los casos terminó por vía vaginal.

En los casos que terminaron por la cesárea en el grupo A, hubo 1 cesárea. En el grupo B no hubo ninguna cesárea.

Este es un capítulo que lo hemos puesto aparte porque es el más importante.

Ocurrieron 2 casos de dehiscencia, ambos en el grupo A, ninguno en el grupo B, que era el grupo con 2 cesáreas previas; pero estas dos dehiscencias tienen características muy especiales.

El primer caso fue un hallazgo accidental post parto, al realizarse la exploración de la cavidad uterina que es sistemática y está incluida en el protocolo en todo caso de parto vaginal con antecedentes de cesárea; esto significa que en el trabajo de parto esta paciente no presentó la menor señal de dehiscencia, constituyó una sorpresa explorar rutinariamente la cavidad y encontrarse con ella.

En el segundo caso de dehiscencia que también ocurrió en el grupo A, la paciente había estado en trabajo de parto, su evolución fue tal que se llegó a la conclusión de que tenía una desproporción cefalopélvica; fue operada, y para sorpresa de quienes operaron, la paciente tenía una dehiscencia. De manera pues, que esta paciente tampoco presentó ninguna evidencia clínica de dehiscencia; éstos fueron los dos casos de dehiscencia en el grupo estudiado y representaron un 1.3% del total.

¿Qué es la prueba de parto en estos pacientes?

En el grupo A, la media en cuanto a duración del parto se refiere fue de 9.1 horas, en el grupo B con dos cesáreas una media de 9.8 horas. En este sentido vamos a decir que lo que se estableció en el protocolo fue una duración de 12 horas; por supuesto muchos casos quedaron por debajo, algunos quedaron un poco por encima de las 12 horas, lo que quiere decir que no se trataba de criterios dogmáticos, porque muchas pacientes llegadas las 12 horas no habían terminado, pero era evidente que su curso clínico presagiaba un final en un plazo más o menos breve, después de estas 12 horas. Lo importante es que ustedes pueden ver clínicamente que esto podría encajar dentro de lo que se llama el trabajo de parto más perfecto en una múltipara que no tenga ningún antecedente de cesárea.

Vamos a ver ahora la influencia del peso del producto en lo que se refiere al aumento del número de cesáreas, en pacientes que inician su trabajo de parto.

En la medida en que fueron disminuyendo los partos vaginales fueron aumentando las cesáreas, cosa que es obvia, pero fíjense entonces en lo importante de este dato. Cuando se trataba de peso que oscilaba entre 5 libras y 7.4 lbs. no hubo ninguna modificación y la proporción de cesáreas se mantenía sin alteración; pero en la medida en que comenzó a aumentar el peso aumentó el número de cesáreas. En lo que concierne a la condición, tanto fetal como del neonato, no hubo un solo caso que pudiera calificarse de malas condiciones. En ambos grupos, en el grupo A y en el grupo B el Apgar fue revelador de condiciones perfectas y, repito, no hubo ninguna sola instancia de sufrimiento fetal.

En cuanto a morbilidad en los partos vaginales de estos dos grupos, el grupo A con una sola cesárea y el grupo B con dos cesáreas; observen que lo único que constituyó morbilidad de importancia fueron estas dos dehiscencias un 1.3%, fue todo cuanto ocurrió en estas pacientes.

Nosotros escogimos una serie de condiciones que entendemos que son las que podrían acompañar en cuanto a morbilidad con más frecuencia en estos casos y no apareció ninguna de ellas.

Tratando de establecer un paralelo entre lo que era la evolución de un grupo y de otro, decidimos buscar condiciones asociadas a 100 pacientes que en ese mismo período habían sido objeto de una cesárea iterativa y que por supuesto no eran parte de estos dos grupos estudiados.

La morbilidad que tampoco se puede definir como particularmente significativa, fue representada con un absceso de pared en tres casos, hemorragias 1 caso y otras complicaciones, para un total de 8 situaciones en las cuales había morbilidad. Estadísticamente no pretendemos darle un gran valor a esto, pero de todos modos en los casos de partos vaginales no tuvimos ninguna morbilidad, excepto esos dos casos de dehiscencia.

Hemos seleccionado una serie de condiciones para comparar ambos casos.

Lo único que vamos a señalar aquí como de importancia es lo siguiente: estas dos pacientes, ambas habían tenido en un embarazo previo un parto vaginal, el antecedente de un parto vaginal post cesárea, o sea, lo que yo comentaba anteriormente de que después de una cesárea hubo un parto vaginal y esto puede crear un falso optimismo; sin embargo fíjense que estas dos dehiscencias se produjeron habiendo tenido las pacientes un parto vaginal, lo que por supuesto yo creo que debe sugerir que no se justifica todo ese entusiasmo porque exista ese tipo de antecedente.

En el cuadro clásico de la ruptura uterina primaria, no hablo de la dehiscencia de la cicatriz de una cesárea previa, sino ruptura uterina primaria; hay hipotensión súbita, sudoración, vómitos, taquicardia de 120, dolor, pérdida del conocimiento, sangrado, modificaciones del patrón contractil, señales de sufrimiento fetal; pero el que busque ese cuadro en una dehiscencia no lo va a encontrar, porque no existe y lo único que uno podría considerar como guía es algún dolor, que no tendrá nunca el carácter de dolor terrible y severo, de manera pues que es muy cierto lo que decía el Dr. Garrido: el diagnóstico de dehiscencia puede resultar tremenda empresa. Es un cuadro clínico muy discreto, que ni aun con una gran experiencia puede uno garantizar que lo va a detectar; sin embargo, tampoco podríamos colocarnos en el otro extremo, considerando que estamos desarmados totalmente para diagnosticar una dehiscencia; eso significa, lo vamos a decir ahora, que hay determinadas conductas que son absolutamente necesarias.

¿Cuál fue el fundamento de la prevención de la dehiscencia uterina?

Es la identificación de casos que no deben ser sometidos a pruebas de parto. Si uno seleccionó mal el paciente y lo incluyó en ese grupo, ya puede etiquetarse este paciente como candidata a dehiscencia, entonces hagamos prevención seleccionando correctamente.

Debe de abandonarse la maniobra o procedimientos que en condiciones normales expondrían a ruptura uterina; esto significa que algunos procedimientos que uno podría considerar para la solución de casos obstétricos difíciles sin el antecedente de cesárea, definitivamente son muy riesgosos en la paciente con antecedentes de cesárea y además la detección de las condiciones que aparecen intraparto y que requieren de cesárea inmediata, o sea, la paciente con

una falta de progreso, con una desproporción cefalopélvica, a la que se mantiene la oportunidad de un parto vaginal, porque usted no se da cuenta de que ya tiene una desproporción cefalopélvica y la deja que continúe ese trabajo de parto; ella no está progresando y usted la deja que continúe el trabajo de parto; prepárese porque ésta es la candidata de dehiscencia.

¿Cuáles son esos procedimientos que nosotros rechazamos por ser propiciadores de dehiscencias?

Los forceps difíciles, un forceps bajo, indicado, podría ser totalmente justificado y se acepta. Cuando yo digo indicado lo que quiero decir es que este protocolo no incluía el uso sistemático de forceps bajo de la paciente con antecedentes de cesárea, sino solamente forceps que tuvieron una indicación, pero que jamás cayeron en esta categoría de forceps difíciles.

Las rotaciones; el que está haciendo rotaciones en un paciente con antecedentes de cesárea sencillamente está jugando con candela y va a terminar con dehiscencias.

El uso de oxitoxina es un asunto polémico, hay quienes se atreven a usarla, no sienten el temor de que puede ser un detonante; pero nosotros nos mantenemos fieles a quienes excluyen el uso de oxitoxina en estos pacientes y finalmente la maniobra de Kristeler que no por ser común deja de ser tremendamente peligrosa en estos casos.

Creo que es imposible separar la discusión de los partos vaginales en cesareada anterior, de lo que eso significa en términos económicos.

Ya cada institución tendrá sus propios esquemas económicos como para saber lo que cuesta el procedimiento como tal, pero de todos modos en lo que se refiere a internamientos, digamos lo siguiente: todos los casos que terminaron por vía vaginal, parto vaginal, en nuestra institución, fueron dados de alta a las 24 horas. Esto es, fueron colocados dentro de las mismas políticas generales que se aplican a pacientes con partos totalmente normales y esto ocurrió en todos de manera que 139 pacientes con partos vaginales se pasaron 139 días en el hospital.

En lo que se refiere a las cesáreas, los internamientos fueron estimados en 4 días en cada caso de cesárea, esto nos dio un total de 417 días, estimados en base a lo que permaneció una paciente con un parto vaginal y lo que tenía que permanecer una paciente con una cesárea, esto es, 139 días vs 417 días; lo que esto significa en términos de costos para una institución es enorme; además de los costos del procedimiento propiamente dicho.

En síntesis, ¿cuáles son las recomendaciones tradicionales que nosotros no hemos seguido en este estudio?

La recomendación que se descarte el parto vaginal en portadoras de más de una cesárea, no la hemos seguido, porque hemos trabajado con pacientes con dos cesáreas.

Practicar cesárea nuevamente si hay antecedentes de desproporción cefalopélvica, placenta previa, etc., tampoco

hemos seguido esa recomendación, o sea, es cosa frecuente leer en los trabajos que se hacen, en los textos, que si la paciente fue operada de cesárea antes y si esa cesárea previa que ella tuvo, se hizo por una desproporción cefalopélvica, no se debe hacer o tratar de hacer un parto vaginal, sino que ella debe ser objeto de una nueva cesárea, nosotros rechazamos ese concepto, porque después de todo, la desproporción cefalopélvica es un hecho clínico que nadie lo hereda, uno puede tener una desproporción cefalopélvica ahora y después en los próximos 50 embarazos no tenerla, o no haberla tenido nunca en 5 embarazos y después tener una; entonces eso no se hereda, ni se reproduce sistemáticamente.

Requerir documentación escrita sobre la incisión anterior; esto es un eco de lo que comentábamos anteriormente; si uno mantiene esa política va a terminar con muy pocos casos de partos vaginales, de manera que nosotros no hemos considerado que es una cosa obligatoria documentar el tipo de incisión realizado; naturalmente hay un conjunto de datos que orientan muy adecuadamente; donde se hizo la cesárea, cuál pudo haber sido la indicación, eso orienta mucho.

Rechazamos el criterio de que no se debe intentar un parto vaginal si hay historia de post quirúrgico complicado en la cesárea previa. La complicación del post-quirúrgico puede ser fruto de tantas cosas, que yo creo que no justifica que uno esté atribuyendo debilidad de la herida, una cicatriz de mala calidad, una cicatriz frágil, por el hecho de que se hubiera producido una infección post-cesárea cuando ella fue operada anteriormente. Por eso no seguimos, como lo señalara el Dr. Garrido, el criterio de que nunca se debe pensar en cesárea después de una infección de herida; yo creo que ésa es una actitud muy conservadora.

Tampoco seguimos la recomendación de que se debe hacer sistemáticamente un forceps terminal en todas estas pacientes, por el temor de que justo en el momento del expulsivo explote la cicatriz.

En lo que todos estamos de acuerdo, pero hay que decirlo una y otra vez, es que donde existe el antecedente documentado de la cesárea clásica, nadie puede hablar de parto vaginal; en eso estamos todos de acuerdo.

Entonces nuestras conclusiones son:

El antecedente de cesárea no incapacita para parto vaginal; el riesgo de ruptura uterina es reducido a su mínima expresión en los dos grupos estudiados.

La morbilidad maternoperinatal no está influenciada por el parto vaginal en estas pacientes.

Siempre se debe recurrir a una cesárea en cualquier etapa del trabajo de parto si surge sospecha de dehiscencia. La

sospecha no siempre va a terminar con la confirmación, pero nadie debe sentirse apenado de haber cometido el error de decidir una cesárea pensando en una dehiscencia y después haber encontrado que todo estaba perfecto; si hay sospecha no se debe vacilar aunque finalmente resulte un útero intacto.

Es necesario poseer facilidades que permitan un rápido parto abdominal cuando las circunstancias así lo requieran; en otras palabras, no hablemos, porque no estamos locos, de que un subcentro sanitario que no tiene facilidades de ninguna especie, ni anestésicas, ni quirúrgicas, ni banco de sangre, puede embarcarse en esta empresa de hacer partos vaginales en cesareadas anteriores; se trata de una política que solamente pueden seguir instituciones que disponen de ese conjunto de facilidades que permiten intervenciones rápidamente.

La identificación de las causas que determinaron la cesárea anterior, o sea, las razones de la cesárea anterior, no son requisitos para la selección; si existen bien, si no existen, no es un requisito.

La selección adecuada y la vigilancia intraparto son los componentes fundamentales del éxito; es un parto que necesita vigilancia constante, permanente, de manera que cualquier cambio de conducta pueda adaptarse en base a esa vigilancia.

Una política de parto vaginal en cesareada puede reducir considerablemente los costos para los hospitales y para las pacientes.

En fin, rechazamos que una vez cesárea, siempre cesárea y yo creo que eso está probado hasta la saciedad; pero no caigamos en lo que sería el polo opuesto, que también tendría que calificarse como incorrecto, de creer que una vez cesárea siempre parto vaginal.

Esto no es otra cosa que una visión de una serie de realidades sobre la cesárea que pueden ser referidas a nivel nacional y que yo creo que deben verse estas observaciones solamente como una investigación en marcha; no definamos estas observaciones como de un peso cuantitativo tan apabullante como para que nos comprometamos todos a considerar que ya todo está aclarado y que de aquí en adelante es parto vaginal y nada más; no, éstos son estudios que deben ser ampliados, cada institución debe ir haciendo sus experiencias; es un asunto caliente en la práctica obstétrica, en el mundo, porque caliente está la preocupación por ese número tan elevado de cesáreas que se ha estado haciendo en los últimos tiempos; entonces se justifica que caliente esté, también, en pensar cómo reducir ese número de cesáreas.