

## MEDICINA AL DIA

### PARTO VAGINAL EN PACIENTES CON UNA CESAREA ANTERIOR

Política Abierta en la Maternidad del Instituto Dominicano de Seguros Sociales en Santo Domingo.

\* Dr. José Garrido Calderón  
 \*\* Dra. Bélgica Beato  
 \*\*\* Dr. Luis Manuel Espaillat  
 + Dr. Dimas de Moya Espinal  
 ++ Dr. Guillermo Pimentel.

#### INTRODUCCION

Por decisión de la Dirección del Hospital de Maternidad del Instituto Dominicano de Seguros Sociales, previa discusión y aceptación en los organismos correspondientes del Hospital, se adoptó a partir del 1ero. de abril de 1984 como política asistencial abierta, hacer un intento de parto por vía vaginal a todas las pacientes que se le habían practicado una cesarea Kerr. Siendo la primera Institución en el país, que en forma abierta establece este tipo de práctica obstétrica.

Durante los primeros meses se notaba cierto rechazo del personal médico, así como muchos temores y angustias

\* Director del Hospital de Maternidad del I.D.S.S.

\*\* Médico Ayudante del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Maternidad del I.D.S.S.

\*\*\* Médico Gineco-Obstetra. Egresado del Hospital de Maternidad del I.D.S.S.

+ Jefe del Servicio de Obstetricia del Hospital de Maternidad del I.D.S.S.

++ Médico Ayudante del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Maternidad del I.D.S.S.

hasta que no se tenía el parto en una cesareada anterior, y comprobar al hacer la revisión de la cavidad, que la cicatriz estaba íntegra.

A medida que se obtuvieron buenos resultados estos temores y angustias fueron desapareciendo, hasta el nivel de que al año y medio de establecida la nueva política de atención obstétrica se observan las cesáreas anteriores en trabajo de parto exactamente igual que si no tuviera una cicatriz segmentaria.

Estudios realizados en instituciones reconocidas han señalado que el parto en cesáreas previas, lejos de constituir una situación de alta morbi-mortalidad tanto para el feto como para la madre, viene a ser una alternativa con la finalidad de disminuir el estado moribundo de la paciente, costos hospitalarios expresados en una menor estadía y convalecencia, estableciéndose así una política hospitalaria a seguir para derivar recursos en favor de otras áreas mas perentorias dadas las condiciones de subdesarrollo en que está situado nuestro país.<sup>1-2-3</sup>

Con el objetivo de conocer la realidad sobre el pronóstico, tanto materno como fetal, en casos de pacientes con antecedentes de una cesárea, que se someten a labor de parto en cuanto a morbi-mortalidad, decidimos realizar una investigación prospectiva en el hospital de Maternidad del Instituto Dominicano de Seguro Social de Santo Domingo, y tratar de demostrar que esta política pudiera ser una alternativa de manejo en instituciones que cumplan con los requisitos necesarios para dicha conducta.



## MATERIAL Y METODO

La investigación se llevó a cabo a partir de una población obstétrica en la Maternidad del IDSS, en un período de un año, comprendido entre el 1ro. de mayo de 1984 y el 30 de abril de 1985; dando inicio a una política institucional en relación a permitírsele el parto vaginal a todas aquellas pacientes que cursaban con una cesárea previa tipo segmentaria y cuando reunieran un conjunto de variables que serán expuestas mas adelante.

En el estudio se tomó todas aquellas pacientes que reunieran dichos requisitos, fuesen sometidas a labor de parto, fueran éstas de una manera inducidas, conducidas o espontáneas con la finalidad de obtener un parto vía vaginal y las que no, determinar las posibles causas además su morbilidad materno fetal y compararlas con el grupo que tuvo su parto vaginal.

Para esto, las pacientes debían reunir una serie de criterios para poder ser incluidas en dicho trabajo. Los criterios de inclusión fueron:

- 1.— Que la paciente tuviese una sola cesárea.
- 2.— Que la cirugía previa haya sido realizada por la técnica Kerr o segmentaria y la evolución de la misma cursara sin complicación.
- 3.— Que la edad gestacional del feto, estuviera comprendida entre las 37 – 42 semanas de gestación.
- 4.— Que el feto fuera único, longitudinal, cefálico, variedad de vértice y que no se considerara macrosómico, tanto por clínica como por sonografía.
- 5.— Que la paciente no cursara con una enfermedad o morbilidad sobreañadida a su embarazo.
- 6.— Que no hubieran condiciones obstétricas o fetales que contraindiquen el parto vaginal.
- 7.— Que la cirugía previa debía ser hecha en la institución, o de lo contrario, haberse confirmado con el centro que la ejecutó, fuese de tipo segmentaria y que no haya ocurrido morbilidad alguna.
- 8.— Que la paciente no tuviera ningún otro tipo de intervención quirúrgica en el útero por la razón que fuese.

Los partos espontáneos se acompañaron de episiotomía media lateral derecha, previa infiltración anestésica, si el mismo no tuviese analgesia obstétrica. La sutura se realizó con catgut 2-0.

El uso del forceps estuvo de acuerdo al criterio del médico, pero cuando se usó, fue el forceps bajo tipo Simpson con previo bloqueo peridural.

Para el presente estudio se revisaron estudios nacionales e internacionales apoyados en literatura de libros y revistas de publicaciones recientes.

Los datos obtenidos en la investigación, fueron analizados por métodos bioestadísticos, analizando factores indi-

viduales y variables cruzadas y fueron presentados en forma de cuadros.

## RESULTADOS

De 137 casos estudiados, 94 pacientes tuvieron parto vaginal. para constituir el 68.6% de dicha población y 43 casos tuvieron que ser reintervenidos para un 31.4% (ver cuadro 2).

La edad media de las pacientes fue de 27.2 años, con un rango de 17–36 años (ver cuadro 2).

Del total de casos 103 (75.1%) correspondió a aquellas pacientes a las cuales se le habían realizado la cesárea primaria en la Maternidad del IDSS, y 34 casos (24.8%) correspondió a aquellas realizadas fuera de dicha maternidad (ver cuadro 2).

En el 96.3% de los casos, el peso de los recién nacidos osciló entre 2,501 y 4,000 G., existiendo solo 5 casos (3.7%) de bajo peso. No hubo prematuros ni post-maturos (ver cuadro 2).

Cuadro I

### POBLACION DE ESTUDIO SEGUN FINALIZACION DEL EMBARAZO

Terminación	No. de casos	%
Parto	94	68.61
Cesárea	43	31.38
<b>TOTAL</b>	<b>137</b>	<b>100</b>

Cuadro II

### DATOS GENERALES

EDAD MEDIA	27.2 años: Rango (16–37)
LUGAR CESAREA ANTERIOR	MAT. IDSS 103 Casos (75.1%) OTROS 34 Casos (24.8%)
PESO DEL PRODUCTO	MENOR 2,500 G. 5 Casos (3.7%) MAYOR 4,000 G. 132 Casos (96.3%)
EDAD GESTACIONAL	RANGO 37–41 Semanas



Cuadro III

## DISTRIBUCION SEGUN ATENCION PRENATAL

Consultas Prenatales	Cesárea	%	Parto	%	Total No. casos	%
Ninguna	2	4.65	4	4.25	6	4.30
1 a 5	19	44.18	42	44.68	61	44.60
6 a 9	19	44.18	42	44.68	61	44.60
10 y más	3	6.97	6	6.38	9	6.50
<b>TOTAL</b>	<b>43</b>	<b>100</b>	<b>94</b>	<b>100</b>	<b>137</b>	<b>100</b>

El mayor porcentaje de atención prenatal estuvo comprendido entre aquellas pacientes que tuvieron un nivel de asistencia entre 1 y 9 consultas, correspondiendo esta cifra a un 89.0% del total de pacientes bajo estudio, siguiéndole 9 casos (6.5%) con más de 10 consultas y solamente 6 casos (4.3%) no tuvieron ninguna atención prenatal en la institución.

Observamos que el número de consultas prenatales no influyó la forma de terminación del embarazo, pues para distintas cantidades de consultas encontramos porcentajes similares de cesárea y partos (ver cuadro 3).

De las diferentes entidades morbidas que fueron motivo para la realización de la cesárea primaria, encontramos que, el mayor porcentaje estuvo consignado a la des-

Cuadro IV

## DISTRIBUCION SEGUN CAUSA CONDICIONO CESAREA PRIMARIA

Causas Cirugía Primaria	Cesárea	%	Parto	%	Total No. Casos	Total %
D C P	22	51.16	45	47.87	67	48.90
S F A	7	16.27	12	12.76	19	13.86
Trastornos Hipertensivos	5	11.62	7	7.44	12	8.75
Presentación Pélvica	3	6.97	9	9.57	12	8.75
D P P N I	—	—	6	6.38	6	4.37
Placenta previa	1	2.32	5	5.31	6	4.37
R P M	3	6.97	1	1.06	4	2.91
Gemelaridad	1	2.32	3	3.19	4	2.91
Embarazo Prolongado	—	—	2	2.12	2	1.45
Variedad cara	—	—	2	2.12	2	1.45
Colpoperino Plastia	—	—	1	1.06	1	0.70
Situación Transversa	1	2.32	1	1.06	2	1.45
<b>TOTAL</b>	<b>43</b>	<b>100</b>	<b>94</b>	<b>100</b>	<b>137</b>	<b>100</b>



proporción céfalo-pélvica (DCP) con un total de 67 casos, para un 48.9%; siguiéndole el sufrimiento fetal agudo (SFA) con 19 casos (13.8% y luego los trastornos hipertensivos y presentación pélvica, ambos con 12 casos, para un 8.7%. De las 67 pacientes que tenían como diagnóstico en su cirugía primaria DCP, 45 (67.1%) tuvieron su parto vaginal y 22 (32.9%) fueron operadas de nuevo (ver cuadro 4).

Al correlacionar la forma de trabajo de parto, encontramos que un total de 73 casos (53%) fueron conducidas durante su trabajo de parto, 59 casos (42%) fueron espontáneas, y solo 4.2% fue inducto-conducida (ver cuadro 5).

Cuando revisamos las causas que originaron una segunda intervención quirúrgica, encontramos que, al igual que en la causa primaria predominó la DCP con 28 casos para un 65.1% siguiéndole en orden frecuencia el SFA, con 5 casos, para un 11.6%, 4 casos en que no hubo progreso de labor de parto para un 9.3%, y luego otras causas tales como sufrimiento fetal crónico, con un caso, distocia de contrac-

ciones, 2 casos, distocia de partes blandas, 2 casos y prolapso del cordón, con 1 caso (ver cuadro 6).

Si comparamos las únicas 2 indicaciones quirúrgicas, que se repiten tanto en la cesárea primaria como secundaria, es decir, DCP y SFA, encontramos que en la primera hubo un incremento de un 16.2% en este diagnóstico prequirúrgico en la cesárea secundaria con relación a la primaria. Lo mismo sucedió con el SFA, que lo hizo en una proporción de 12.4%. De los 67 pacientes que tenían como diagnóstico en su cirugía primaria DCP, 45 (67.1%) tuvieron su parto vaginal y 22 (32.9%) fueron operadas de nuevo (ver cuadro 7).

La morbilidad materna expresada en las complicaciones, las dividimos en 2 grupos: las inherentes a las cesáreas secundarias y parto vaginal. El primer grupo representó un 20.9% en relación al segundo con un 17%, observándose un aumento en las cesáreas secundarias sobre aquellas que obtuvieron su parto vaginal. Solo 2 casos (1.4%) presentó de-

Cuadro V

## DISTRIBUCION SEGUN MECANISMO DE LA LABOR DE PARTO

Labor de Parto	Cesárea	%	Parto	%	Total No. casos	Total %
Conducción	26	60.46	47	50.00	73	53.00
Espontánea	16	37.20	43	45.75	59	42.80
Inducto-Cond.	1	2.32	4	4.25	5	4.20
TOTAL	43	100	94	100	137	100

Cuadro VI

## DISTRIBUCION SEGUN CASO CONDICIONO CESAREA SECUNDARIA

Causas de Cirugía Secundaria	No. de Casos	%
DCP	28	65.11
SFA	5	11.62
No progreso L.P.	4	9.30
SFC Agudizado	2	1.06
Distocia de Contracciones	2	2.12
Distocia de Partes Blandas	2	2.12
Prolapso del Cordón	1	1.06
TOTAL	43	100

hiscencia de histerorrafia. Los cuadros detallan cada complicación en cada grupo de estudio (ver cuadro 8).

Al observar el apgar obtenido de los recién nacidos, vemos que al primer minuto de vida, fue entre 7-10 en 97.8% de los nacidos, por parto vaginal, existiendo una ligera disminución en ese primer minuto en los nacidos por operación cesárea, en que solo el 90.6% obtuvo esa clasificación. Este descenso estuvo dado en parte por la aparición de 2 casos de recién nacidos que tuvieron apgar, entre 4-6 atribuidos a hipotensión materna por la anestesia (ver cuadro 9).

## COMENTARIO

Luego de haber presentado los resultados de nuestra investigación, procedemos a comentarlos e interpretarlos, para ir estableciendo diferencias y similitudes entre nuestro estudio y los resultados obtenidos por otros investigadores que han abordado el tema.



Cuadro VII

## CORRELACION ENTRE CAUSAS REPETITIVAS QUE ORIGINARON CESAREA PRIMARIA Y SECUNDARIA

Causa Cirugía Primaria	No. de Casos	%	Causa Cirugía Secundaria	No. de Casos	%	Increment. %
DCP	67	48.90	DCP	28	65.11	16.21
SFA	19	13.86	SFA	5	26.31	12.45

Cuadro VIII

## MORBILIDAD MATERNA EN PACIENTES CON CESAREA SECUNDARIA Y PARTO VAGINAL

CESAREAS (43 casos)		
MORBILIDAD	No. Casos	% Total
Dehiscencia Cicatriz Uterina	2	1.45
Desgarro Segmento	4	2.91
Endometritis	2	1.45
Pelvis-Peritonitis	1	0.72
TOTAL	9	6.52

\* No. total casos: 137 = 100%.

VAGINAL (94 casos)		
MORBILIDAD	No. Casos	% Total
Desgarro Cervical	8	5.83
Hipotonía (sangrado)	3	2.18
Desgarro 3er. grado	2	1.45
Desgarro Vaginal	2	1.45
Dehiscencia de Episiotomía	1	0.72
TOTAL	16	11.63

\* no. total casos: 137 = 100%.

Revisiones estadísticas, nos evidencian que entre un 60 y un 70% de las pacientes en que se intenta un parto después de una cesárea, se logra el mismo<sup>4</sup>.

Así, Rabaco y Col reportan que, de 4,214 casos que se intentó el parto vaginal, 2,141 lo obtuvieron, lo que representa el 66.7% y 1,071 (33.3%) necesitaron cesárea<sup>5</sup>.

Por otro lado, McGarry reporta en un total de 334 pacientes estudiadas con cesárea anterior, 242 (72.5%), partos por vía vaginal y 27.5% por cesárea<sup>6</sup>.

Del mismo modo, Del Corral con una población de estudio de 205 pacientes con cesárea anterior, 63 (30.7%) terminaron su embarazo por cesárea y 142 (69.2%) por su parto vaginal<sup>7</sup>.

Nuestros resultados se asemejan a los estudios anteriormente señalados, ya que arrojó un 68.6% de partos vaginales y 31.3% para cesáreas repetidas.

Lo recomendable en toda atención prenatal, además de su calidad, es su frecuencia; encontramos que el presente estudio se comportó acorde con lo universalmente establecido en cuanto a la atención prenatal y que la misma sirvió para un control adecuado del embarazo, aunque no constituyó un parámetro predictivo para la finalización del embarazo. Ese alto porcentaje de consultas prenatales, tiene su origen en parte a un nivel de conciencia educacional y ocupacional que goza esta población de pacientes aseguradas.

El motivo de la cirugía primaria no es determinante ni contraindica de modo alguno el someter a estas pacientes a un trabajo de parto. Esta afirmación tiene su justificación en estudios realizados por Rivas y Leich<sup>8</sup>, quienes demostraron que el 70% de las pacientes que iban a trabajo de parto después de una operación cesárea primaria por DCP, tuvieron su parto vaginal, coincidiendo prácticamente con nuestros resultados, donde obtuvimos un 67.1% (45 casos de 67) y solo 32.9% tuvo que ser reintervenido. Por otro lado, no hay relación de la cesárea secundaria, debido a que las causas que condicionan una en un momento determinado, no necesariamente están presentes en una segunda ocasión, tal como lo demuestran nuestros resultados. Algo que nos llamó la atención, fue la presentación de solo dos indi-



## Cuadro IX

## APGAR OBTENIDO EN LOS RECIEN NACIDOS

Minutos	Apgar	Cesárea	%	Parto	%	Total No. casos	Total %
1	0 - 3	—	—	—	—	—	—
	4 - 6	4	9.30	2	2.12	6	4.37
	7 - 10	39	90.69	92	97.87	131	95.62
TOTAL	—	43	100.	94	100.	137	100.
5	0 - 3	—	—	—	—	—	—
	4 - 6	—	—	—	—	—	—
	7 - 10	43	100.0	94	100.0	137	100.0
TOTAL	—	43	—	94	—	137	100.0

caciones quirúrgicas (DCP y SFA) y que al compararlas, encontramos que en la cesárea secundaria existe un moderado incremento de ellas, que pudiera tener su explicación en mayor cautela médica y quizás no tuvieron la magnitud o profundidad diagnóstica deseada.

El mecanismo de labor de parto tuvo como finalidad en todo caso, la regularización de su labor con oxitocina, de no regularizarse de manera espontánea. La razón de esto, viene dada por estudios de Gibbs<sup>9</sup>, que usó oxitocina en un 10% de un largo estudio de pacientes con cesárea anterior y aún aquellas que tenían como diagnóstico DCP, demostrando que esto no llevaba a un aumento en la morbi-mortalidad materno-fetal. Otro estudio en la Universidad de California<sup>10</sup>, demostró que el 41% de las pacientes con cesárea primaria, fue conducida sin evidencia de complicaciones.

Nuestros resultados revelan cifras tales, como un 53% de conducción y morbilidad prácticamente nula. Una situación que apoya lo anteriormente señalado, es que el tiempo de labor de parto se comportó como una paciente normal, es decir, sin el antecedente de una cesárea primaria. Ahora al finalizar nuestro estudio, se deduce que lo determinante no son las horas de labor de parto, ni el uso de oxitocina, sino más bien las condiciones cervicales previo al evento, ya que si observamos los porcentajes de partos y cesáreas encontrados entre las pacientes que se usó oxitocina y las que no se usó, vemos que no hubo diferencias estadísticamente significativas, ya que de 77 casos en que se usó oxitocina, 27 (35.0%) terminaron en cesárea y 50 casos (64.9%) nacieron por vía vaginal, y de 60 casos en los que no se usó oxitocina, 16 (26.6%) terminaron en cesáreas y 44 (73.3%) terminaron por vía vaginal.

La única morbilidad atribuible al intento de parto en cesárea anterior, lo constituyó la dehiscencia de histerorra-

fía, que se presentó en dos casos (1.4%) de los cuales uno fue extrahospitalario verificándose una incisión segmentaria alta. Las otras complicaciones tales como desgarro, endometritis, etc., son inherentes para cualquier paciente que se someta a parto o se le realice cesárea iterativa. Dicho porcentaje está en consonancia con otros trabajos que hablan de un 0.8 a 1.6%.

El Apgar como parámetro que muestra las condiciones en que nacieron los productos y que refleja índice de morbilidad, reflejó prácticamente una ausencia de ésta, expresado por un 97.8% de la población con apgar al minuto de 7-10 en los nacidos por parto vaginal, y 90.6% en los de cesáreas secundarias. A los 5 minutos el 100% estuvo entre 7-10. Ahora bien, la minoría de productos deprimido-moderado al primer minuto fue mayor en los casos de cesáreas (9.3%) que en los de partos (2.1%), aunque esta característica no se le puede atribuir al procedimiento en sí, sino a las causas que originaron la cesárea secundaria como serían SFA, prolapso del cordón, etc.

## RESUMEN

Fueron sometidas 137 pacientes con cesárea anterior a trabajo de parto, habiendo tenido su parto 94 pacientes, constituyendo el 86.6% de la población y 43 tuvieron que ser reintervenidas para un 31.4%. Este estudio se hizo durante un año, del 1 de abril de 1984 al 30 de marzo de 1985.

La desproporción céfalo-pérvica y el sufrimiento fetal agudo, fueron las dos causas más frecuentes de la indicación, tanto de primera como segunda cesárea.



## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Garrido, J.A.: Trabajo de Partos en Cesárea anterior, Ponencia en taller sobre Parto Vaginal en Cesárea anterior. AMD, Santo Domingo. Junio 85.
- 2.- McGarry A., J: The Management Of Patients Previously Delivered by Cesarean Section. J. Obstet. Gynecol. Brit. Comm. 76: 137, 1969.
- 3.- Rabaco J.: Indicaciones Actuales de la Operación Cesárea Gineco-Obstet., México, Vol. XIV, 281, 1959.
- 4.- Allahbadia, N.: Vaginal Delivery Following Cesarean Section Amj. Obstet. Ginecol., 72:252, 1976.
- 5.- Mejer, Paul R.: Porreco P. Richard: Trial Of Labor Following Cesarean Section: A Two Year Experience, A.M.J., Obster. Gynecol 144: 671, 1982.
- 6.- Gibbs, C.: Planned Vaginal Delivery Following Cesarean Section Clin, Obstet. Ginecol. 23:507, 1977.
- 7.- Del Corral, F.: Navarro H.: Ortiz, M.: Parto Vaginal Posterior a Cesárea. Rev. Colomo de Obst y Ginec.: 21, 37, 1970.
- 8.- Riva J.: and Leich J.: Vaginal Delivery after Cesarean Section Am. J. Obstet. Ginecol. 81:501, 1961.
- 9.- Giampietro, Alfonso: Algunas Consideraciones Sobre Operación Cesárea Homenaje al Profesor Luis Castelazo Ayala XXV Aniversario Profesional. Tomo I, Abril 1970, México, D.F.
- 10.- Donnelly J., P.; Franzoni k., T.; Vaginal Delivery Following Cesarean Section. Obstet Ginecol. 29: 871, 1967.