

MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNO-FETAL EN EL PARTO VAGINAL DE PACIENTES CON UNA CESAREA PREVIA

* Dr. Luis Armando Tactuck Brito
 * Dr. Eugenio B. Terrero L.
 * Dr. Cristian Guillermo Francisco
 ** Dr. Héctor M. Eusebio Polanco
 *** Dr. Luis Elpidio Félix Félix

INTRODUCCION

Aunque la Morbilidad y Mortalidad post-quirúrgica ha disminuido grandemente con el uso de los antibióticos y con mejores técnicas operatorias, la cesárea está lejos de ser un procedimiento inocuo, con grandes riesgos sobre el binomio materno fetal.¹⁻²

Los costos hospitalarios, la estadía y la convalecencia de las pacientes con cesáreas son mucho mayores si los comparamos a las que han tenido su parto por la vía vaginal, por lo que muchos autores se han planteado de que el aforismo de Craigen: "Una vez cesárea, siempre cesárea" debe ser modificado y permitir el parto vaginal en caso de que no exista recurrencia en la patología u otra indicación que la condicione.³⁻⁴⁻⁵ Este nuevo planteamiento ha ganado muchos adeptos a raíz del aumento de las indicaciones primarias.⁶

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Es necesario realizar cesárea a toda aquella paciente que ha sido sometida anteriormente a dicho procedimiento? ¿Cómo se comporta la Morbilidad y la Mortalidad en pacientes cesareadas con cesáreas previas, en relación a la Morbilidad y Mortalidad de pacientes con parto vaginal y con cesáreas previas?

OBJETIVOS:

Demostrar que el parto vaginal en pacientes con cesáreas previas tiene igual o menor riesgo que aquéllas que son sometidas a cesáreas iterativas.⁶

MARCO TEORICO:

Históricamente la cesárea se ha dividido en dos grandes períodos, siendo la época de la aparición de los antibióticos la barrera que los divide.

Así vemos que en su primera época (siglo XVIII y principios de XIX) la cesárea tenía un 100% de Mortalidad y sólo se realizaba cuando se agotaban todos los recursos para obtener un producto por la vía vaginal.

En 1877 Porro de Pavía en su afán de disminuir la mortalidad secundaria a peritonitis post-cesárea introdujo la extirpación del útero luego de obtener el feto. Más tarde, Samger en 1882 preservaba el útero haciendo uso de suturas. El mejor pronóstico de la cirugía abdominal se consiguió con Lister al introducir el método antiséptico que luego se sustituyó por la asepsia.

Actualmente, el uso de antibióticos, el mejor manejo de líquidos, la mayor seguridad anestésica y disponibilidad de transfusiones sanguíneas, han hecho de la cesárea, un procedimiento mayor con riesgos disminuidos a su mínima expresión, por lo que se han aumentado grandemente el índice de cesáreas con indicaciones primarias.

Siendo la ruptura uterina el más grave accidente obstétrico, los tocólogos por el temor de que esto ocurra en pacientes que tienen una cicatriz en su útero a consecuencia de una cesárea previa, u otra cirugía uterina que abarque el miometrio, han optado por realizar cesárea en toda aquella embarazada con este antecedente.

No obstante, en una amplia revisión de 10,000 pacientes portadoras de cesáreas previas, 6,623 de ellas tuvieron su parto por la vía vaginal con 1.1% de rupturas uterinas, y 3,377 fueron sometidas a cesárea iterativa. Sin embargo, hubo 37 y 0.7 menos muertes perinatales y maternas respectivamente en el primer grupo, con un costo de hospitalización mucho mayor en el segundo grupo, y finalmente concluyendo que la diferencia en la Morbilidad y Mortalidad en ambos grupos no fue significativa.⁶

Por otro lado, un estudio realizado en la Maternidad Concepción Palacios de Venezuela, con 515 pacientes embarazadas portadoras de cesáreas previas con un total de 1,203 embarazos de los cuales 241 abortaron, 542 tuvieron parto por la vía vaginal y 420 fueron sometidas a cesáreas iterativas. Se demostró que la Morbilidad y la Mortalidad materno fetal en ambas vías de desembrago fue similar.³

En estudio controlado en el Albert Einstein College of Medicine de Houston en 1979 se sometieron a estudio 226 pacientes embarazadas con cesáreas previas. A 145 se les permitieron trabajo de parto, y 81 se sometieron a cesáreas electivamente. En ninguno de los 2 grupos hubo rup-

* Residentes de 3er. año de Gineco-Obstetricia. Maternidad Ntra. Sra. de la Altagracia, Santo Domingo, D.N.

** Jefe de enseñanza e investigaciones. Maternidad Ntra. Sra. de la Altagracia. Santo Domingo, D.N.

*** Médico Epidemiólogo, Profesor de la Universidad Autónoma de Santo Domingo.

tura uterina ni diferencia significativa de la mortalidad materno fetal.⁵

Otros estudios favorecen el parto vaginal en pacientes con cesáreas previas con un mejor pronóstico en aquellas que han tenido historia de parto(s) antes y/o después de la cesárea; con presentación de vértice, encajada, con cervix blando, corto y parcialmente abierto. Con estas condiciones, previo a la ruptura artificial de las membranas, el parto se producía por la vía vaginal en un tiempo promedio de 3—6 horas. Cuando habiendo las condiciones antes mencionadas con una buena dinámica uterina con pobre progreso de la presentación, así como sufrimiento fetal y/o inminencia de ruptura uterina, la prueba de parto concluía sometiéndose a la intervención quirúrgica de inmediato.¹⁻⁷

Observaciones realizadas en pacientes con cesáreas previas que sometidas a trabajo de parto tuvieron ruptura uterina, la mayor incidencia ocurrió con dilatación cervical entre 5 y 10 centímetros, ocurriendo en un 66% cuando la dilatación fue completa. Es sabido que la aplicación de Forceps bajo contribuye a disminuir la duración del segundo período del parto, por ende podríamos extrapolar que disminuye las posibilidades de ruptura uterina; como lo demuestra Luis Reyes Ceja en su trabajo con 190 pacientes publicado en 1959.⁷ Sin embargo, otros autores consideran que la ruptura uterina secundaria a la aplicación de Forceps ocupa el primer lugar en pacientes con cesáreas previas.⁴

HIPOTESIS:

La atención del parto vaginal en pacientes con cesáreas previas, disminuye la Morbilidad y la Mortalidad Materno Fetal.

VARIABLES:

Las variables consignadas en el presente estudio fueron definidas aproximadamente y dio origen a la estructuración de un cuestionario de captación de datos.

METODOLOGIA:

El presente estudio fue comparativo (casos y controles), observacional y transversal acerca del parto vaginal con cesáreas previas, que se efectuó en el Hospital de Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia.

Se tomaron por conveniencia 100 pacientes con cesáreas previas, las cuales se dividieron en dos grupos de 50 pacientes cada uno.

El grupo B (casos) estuvo formado por las pacientes con cesáreas previas las cuales fueron sometidas a parto vaginal. Los criterios de inclusión de este grupo fueron los siguientes:

- 1.—Que se conociera la causa que condicionó la cesárea anterior.
- 2.—Que la paciente haya sido sometida a una sola cesárea.
- 3.—Que no estuviera presente la causa que condicionó la cesárea anterior.

4.—Que el embarazo estuviera comprendido entre la 37—42 semanas.

5.—Que la paciente no tuviera una enfermedad sistémica sobreañadida a su embarazo.

6.—Que tuviera antes del parto 10 gramos o más de hemoglobina.

7.—Que el producto fuera único, longitudinal, cefálico, variedad vértice y con un peso aproximado de 7 o menos libras.

8.—Que la cirugía previa haya sido por la técnica de Kerr y la evolución cursara sin complicaciones.

9.—Que no haya condiciones obstétricas o fetales que contraindiquen el parto vaginal.

10.—Que el trabajo de parto no se prolongará por más de 12 horas.

Los partos espontáneos fueron acompañados de episiotomía medio—lateral derecha y reparada en 3 planos con hilo absorbible catgut crómico No. 0. Anestesia local 10 cc de procaína al 2%.

Los partos operatorios (Forceps) se realizaron con bloqueo pudiendo bilateral 10 cc cada uno de procaína al 2% con episiotomía medio—lateral derecha y aplicación de Forceps bajo clásico tipo Simpson.

El grupo control A constituyó pacientes seleccionadas desde la consulta externa que fueron sometidas a cesáreas electivas, o que acudían al Hospital en trabajo de parto, teniendo como requisitos indispensables para considerarse muestra control los siguientes:

1.—Que tuvieran antes del procedimiento quirúrgico 10 gramos o más de hemoglobina.

2.—Que la paciente mantuviera membranas ovulares íntegras hasta el momento de la cirugía.

3.—Que no tuvieran enfermedad sistémica sobreañadida a su embarazo.

4.—Que el embarazo estuviera comprendido entre las 37 y 42 semanas de gestación.

5.—La técnica quirúrgica a utilizar fue de Laparotomía con incisión infraumbilical media e histerotomía segmentaria tipo Kerr, histerorrafia en dos planos con hilo absorbible catgut crómico No. 1, Peritóneos (vésico-uterino y parietal) con sutura absorbible catgut crómico No. 0. Aponeorosis de los rectos con hilo absorbible catgut crómico No. 1 punto 8 de guarismo. Piel con hilo no absorbible de seda No. 2-0.

6.—Que el producto fuera único, longitudinal, cefálico, variedad vértice y con un peso estimado clínicamente de 7 o menos libras. Fueron manejadas con Ampicilina 500 mg. cada 6 horas por 3 días.

Las pacientes fueron asistidas por los Médicos Ayudantes y/o residentes de 3er. año de la especialidad. En el puerperio a todas las pacientes se realizaron Hemogramas completos para comparar Hb, conteo de glóbulos blancos y diferencial.

RECURSOS:

El estudio se realizó en el Hospital de Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, de Santo Domingo, República Dominicana, por tres Médicos Residentes del 3er. año de la especialidad de Ginecología y Obstetricia de dicho hospital para optar por el título de la especialidad en cuestión. Fue supervisado por nuestro Jefe de Enseñanza e Investigaciones y un Médico Epidemiólogo docente de metodología, dependientes de la Universidad Autónoma de Santo Domingo. Los costos de materiales para la asistencia de las pacientes fueron aportados en su totalidad por el Hospital. El material para la recolección de datos se aportó por los residentes sustentantes.

MATERIAL, METODOS Y RESULTADOS

Se eligieron para el estudio 116 pacientes que tenían en común el antecedente de una cesárea previa que llenaba los requisitos expuestos en el protocolo. De ellos, 50 fueron sometidos a cesárea iterativa (grupo A) cuando alcanzaron edad gestacional entre 37 y 42 semanas, y 66 (grupo B) se seleccionaron como candidatas para permitirles el parto por la vía vaginal. En este último grupo se descartaron 16 pacientes que aún siendo elegidas para permitírseles el parto por las vías naturales, la evolución misma del trabajo de parto hacían correr mucho riesgo para continuar con el plan establecido. Las razones que primaron para que fueran apartadas del estudio se resumen en las siguientes: en 6 pacientes el trabajo de parto tuvo un patrón contractil muy irregular lo que hizo que se prolongara por más de 12 horas sin que la dilatación cervical sobrepasara los 4 centímetros. En 8 pacientes hubo ruptura de membranas ovulares que se prolongó por más de 12 horas sin que la solución del parto para esos momentos se consiguiera a breve plazo. En 2 pacientes apareció dolor en el área quirúrgica que clínicamente lucía como dehiscencia de histerorrafia; pero, que al momento de la intervención quirúrgica no apareció tal complicación.

De las 50 pacientes restantes que se sometieron a estudio, 15 concluyeron su parto con la aplicación de un forceps bajo de Simpson, y 35 se desembarazaron por la vía vaginal sin el concurso de tal instrumentación.

Al igual que lo esperado para las pacientes sin antecedentes de cesáreas el grupo de edad 20–24 años predominó tanto en la población de estudio como en la de control. Según se observa en el Cuadro No. 1 alrededor del 50% correspondían a esta categoría, coincidiendo con el período de mayor fertilidad en la vida reproductiva de la mujer.

La población que acude a nuestro Hospital ocupa los niveles más bajos de los estratos sociales, lo que va a la par con un escaso nivel cultural. Según podemos ver en el Cuadro No. 2, alrededor del 55% de los grupos estudiados había cursado una educación primaria y sólo el 8% había alcanzado la secundaria.

El antecedente de uno o más partos vaginales previos a

Cuadro No. 1
POBLACION ESTUDIADA
SEGUN EDAD (AÑOS)
MATERN. NTRA. SRA. DE LA ALTAGRACIA
1984

Grupos de Edades	Cesareadas	%	Vaginal	%
15–19	9	18	2	4
20–24	22	44	25	50
25–29	13	26	14	28
30–34	4	8	7	14
35 y más	2	4	2	4
TOTAL	50	100	50	100

Cuadro No. 2
POBLACION ESTUDIADA
SEGUN GRADO DE ESCOLARIDAD
MATERN. NTRA. SRA. DE LA ALTAGRACIA
1984

Escolaridad	Cesareadas	%	Vaginal	%
Analfabetas	10	20	4	8
Primaria	27	54	28	56
Intermedia	10	20	13	26
Secundaria	3	6	5	10
TOTAL	50	100	50	100

la cesárea primaria apareció en el 56% de las pacientes en estudio; en cambio, el 74% de las pacientes con cesáreas iterativas no tenían este antecedente, como se puede observar en el Cuadro No. 3.

Tanto para el grupo control como para la población en estudio el período intergenésico de 2 a 3 años apareció en alrededor del 54% de la totalidad de las pacientes (ver Cuadro No. 4).

Entre las indicaciones materno–fetales que originaron la cesárea primaria, la desproporción cefalo pélvica ocupó el lugar más preponderante ya que como se puede ver en el Cuadro No. 5 alcanzó el 54% de todas las indicaciones en mujeres que fueron sometidas a cesáreas iterativas y el 38% de las que se les permitieron el parto vaginal. En orden de

Cuadro No. 3
POBLACION ESTUDIADA
SEGUN EL NUMERO DE PARTOS

Partos	Cesareadas	%	Vaginal	%
0	37	74	22	44
I	10	20	14	28
II	2	4	8	16
III	—	—	4	8
IV y Más	1	2	2	4
TOTAL	50	100	50	100

Cuadro No. 4
POBLACION ESTUDIADA SEGUN
AÑOS TRANSCURRIDOS DE LA CESAREA

Años	Cesareadas	%	Vaginal	%
I	10	20	6	12
II	9	18	16	32
III	17	34	11	22
IV	3	6	9	18
V y Más	11	22	8	16
TOTAL	50	100	50	100

frecuencia en sentido descendente la presentación pélvica ocupó el segundo lugar en ambos grupos. Otras indicaciones fueron ruptura prematura de membranas, toxemia del embarazo, placenta previa y DPPNI. En el renglón de otros en el grupo A: En 2 no se conocía la causa, uno por embarazo prolongado, uno por esterilidad secundaria de 12 años y uno primigesta añosa. En este mismo renglón de las que tuvieron parto por la vía vaginal en 3 se desconocía la causa, uno por situación transversa y uno por una variedad de presentación de frente.

El grupo sanguíneo que con más frecuencia se presentó fue el "O" en alrededor de un 50%, le siguieron el "A", el "B" y por último el "AB" (Cuadro No. 6).

Hubo correlación en cuanto a la apreciación de la edad gestacional previo a la obtención del producto. No hubo casos de prematuridad ni de post-madurez. En 9 casos no se pudo determinar con exactitud la edad gestacional antes del parto, pero se aceptó que se trataban de pacientes que portaban un embarazo que correspondía al término. El 63% de los productos obtenidos en ambos grupos tenían edad gesta-

Cuadro No. 5
POBLACION ESTUDIADA
CAUSA QUE CONDICIONO CESAREA PREVIA

Causas	Cesareadas	%	Vaginal	%
DCP	27	54	19	38
P. Pélvica	9	18	10	20
R.P.M.	4	8	7	14
P. Previa	1	2	4	8
DPPNI	1	2	2	4
Toxemia	3	6	3	6
Otros	5	10	5	10
TOTAL	50	100	50	100

Cuadro No. 6
POBLACION ESTUDIADA
SEGUN GRUPO SANGUINEO

Grupos	Número	%
0	49	49
A	37	37
B	10	10
AB	4	4
TOTAL	100	100

Cuadro No. 7
POBLACION ESTUDIADA
SEGUN EDAD GESTACIONAL EN SEMANAS,
ANTES Y POST PARTO

Semanas de Gestación	Antes Parto	Post Parto
37	12	9
38	22	13
39	23	35
40	20	28
41	12	14
42	2	1
No Específico	9	—
TOTAL	100	100

Cuadro No. 8
POBLACION ESTUDIADA
DURACION EN HORAS/TRABAJO DEL PARTO
ANTES DE CIRUGIA

Horas	Número	Por Ciento
4 o Menos	9	18
5	7	14
6	12	24
7	9	18
8	2	4
9	3	6
10	6	12
11	2	4
12	—	—
TOTAL	50	100

cional post-natal de 39 a 40 semanas. Sólo se obtuvo uno con 42 semanas (ver Cuadro No. 7).

No todas las pacientes del grupo control (A) fueron sometidas a cesáreas repetidas de manera electiva. El 56% se intervinieron sin trabajo de parto o en las primeras 6 horas de iniciado el mismo y correspondieron a las pacientes hospitalizadas que estaban programadas para realizar el procedimiento de manera planificada, pero que iniciaban contracciones uterinas antes de que se llevara a cabo la ejecución

Cuadro No. 9
POBLACION ESTUDIADA
DURACION EN HORAS/TRABAJO DE PARTO
EN PACIENTES ASISTIDOS A PARTOS

Horas	Número	Por Ciento
4 o Menos	4	8
5	2	4
6	2	4
7	7	14
8	6	12
9	6	12
10	9	18
11	9	12
12	8	16
TOTAL	50	100

Cuadro No. 10
POBLACION ESTUDIADA
DILATACION CERVICAL EN CM
A SU INGRESO

Centímetros	Número	Por Ciento
2-4	28	56
5-7	18	36
8-10	4	8
TOTAL	50	100

Cuadro 11
POBLACION ESTUDIADA
RELACION DEL PESO (ESTIMADO)
DEL PRODUCTO ANTES Y EL PESO REAL
DESPUES DEL PARTO

Detalle	KILOGRAMOS				Total
	2.250/ 2700	2700/ 3100	3400/ 3600	3600/ 4000	
Antes Parto	23	26	1	—	50
Post Parto	16	20	11	3	50

de lo programado. En ninguna de estas pacientes la dilatación cervical sobrepasó los dos (2) centímetros.

El 44% restante fueron operadas en un período de tiempo que osciló entre las 6 y 12 horas, aunque sin un trabajo de parto establecido y correspondió a aquellas pacientes que se ingresaban por el servicio de emergencia y se operaban como tal pero que previamente se habían identificado en la consulta externa como pacientes controles (ver Cuadro No. 8).

En el grupo de estudio (B) el 16% de las pacientes tuvieron su parto en las primeras 6 horas de iniciado el trabajo de parto (ver Cuadro No. 9) y el 84% restante entre 7 y 12 horas.

El 18% del total se desembarazó a las 10 horas. Ninguna paciente sobrepasó las 12 horas aunque el 16% de ellas alcanzó esta duración. Casi la totalidad de las pacientes elegidas para terminar el embarazo por la vía vaginal acudieron al hospital en inicio o en trabajo de parto establecido. Así podemos observar en el Cuadro No. 10 que el 56% se ingresaron en una fase latente de trabajo de parto con una dilatación cervical de 2 a 4 centímetros y pobre patrón contráctil. Sólo el 8% tenía al momento de su admisión una dilatación cervical de 8-10 centímetros. En cuanto al peso esti-

mado del producto en este grupo hubo mayor margen de error en los de más peso; así vemos (Cuadro No. 11) que sólo un producto se estimó entre 3,100 y 3,600 gramos y para nuestra sorpresa se obtuvieron 11 neonatos (22%) en esta categoría. De igual manera, no se seleccionaron pacientes cuyos productos se estimaron pesaran más de 3,600 gramos; sin embargo 3 recién nacidos (6%) alcanzaron pesos entre 3,600 y 4,000 gramos. El 64% pesó al momento de nacer entre 2,500 y 3,100 gramos, peso que se le había estimado al 90% de los productos ante partum.

Ninguno de los productos obtenidos tanto del grupo control como de estudio tuvieron Apgar al minuto por debajo de 5. La totalidad alcanzó un apgar de 8 a 10 a los 5 minutos de vida extrauterina. El 28% de las pacientes que se sometieron a cesáreas iterativas tuvieron productos cuyo apgar al minuto fue de 5 a 7 y que se relacionó en su mayoría a problemas de hipotensión como resultados de la anestesia. El 40% de los recién nacidos obtenidos por la vía vaginal sin el concurso de la aplicación de forceps alcanzaron esta puntuación de Apgar.

Sin embargo el 26% de los neonatos obtenidos con aplicación de forceps bajo tuvieron esa misma puntuación. Hemos de señalar una vez más que todos alcanzaron apgar de 8 a 10 a los cinco minutos de vida (ver Cuadro No. 12).

Hubo una inversión de sexo en relación con el resto de la población no sometida a estudio. El 59% de los recién nacidos eran masculino y el 41% del sexo femenino.

Se observó una diferencia muy significativa en cuanto a la estadía intrahospitalaria entre ambos grupos. El 80% de las pacientes que tuvieron su parto por las vías naturales fueron dadas de alta en buenas condiciones en las primeras 24 horas y sólo un caso (2%) prolongó su hospitalización por más de 48 horas. El 18% abandonaron el hospital por orden médica a las 48 horas.

El promedio de hospitalización de este grupo fue de 1.2 días; por el contrario, las pacientes que fueron sometidas a cesáreas repetidas tuvieron un promedio de hospitali-

Cuadro No. 12
POBLACION ESTUDIADA
APGAR DE RECIEN NACIDOS

Minutos	Apgar	Cesáreas	Vaginal	Forceps
1	2-4	—		
	5-7	14	14	4
	8-10	36	21	11
5	2-4	—	—	
	5-7	—	—	
	8-10	50	35	15

Cuadro No. 13
POBLACION ESTUDIADA
RELACION DE SEXO DEL RECIEN NACIDO

Sexo	Cesareada	Vaginal	%
Masculino	30	29	59
Femenino	20	21	41
TOTAL	50	50	100

Cuadro No. 14
POBLACION ESTUDIADA
DIAS DE HOSPITALIZACION LUEGO PARTO

Días	Número	Por Ciento
1	40	80
2	9	18
3	1	2
TOTAL	50	100

Cuadro No. 15
POBLACION ESTUDIADA
DIAS DE HOSPITALIZACION LUEGO DE
CESAREAS

Días	Número	Por Ciento
3	10	20
4	20	40
5	10	20
6	3	6
7	3	6
8	2	4
9	—	—
10	—	—
11	1	2
12	—	—
13	1	2
TOTAL	50	100

zación de 4.78 días. El 80% de las pacientes fueron dadas de alta en buenas condiciones en un período comprendido entre 3 y 5 días. El 20% que permaneció más allá de este lapso de tiempo fueron las que se asociaron a morbilidad materna. (Ver Cuadro No. 15).

La morbilidad materna del grupo control se dividió en infecciosa y no infecciosa. La incidencia de la primera fue de 14% distribuida en 6% abscesos de pared y abdominal y 8% endometritis. La no infecciosa correspondió a un 6% ocupando un 4% a las hemorragias durante el acto quirúrgico (pared e histerotomía) y 2% a sección de ligamento redondo y arteria uterina (ver Cuadro No. 16).

En el grupo de estudio la morbilidad fue de 12% que al igual que en el grupo control se dividió en infecciosa y no infecciosa. En la primera clasificación el 6% se debieron a

infección de episiotomía (4%) y endometritis (2%). El 6% restante se distribuyó en 2% desgarro cervical, 2% desgarro de segundo grado y 2% desgarro de tercer grado. Este último a consecuencia de aplicación de forceps.

La diferencia en el sangrado en ambos grupos puede apreciarse por los valores de Hb control tomados a las 24 horas luego de la obtención del producto. Todas las pacientes tenían niveles de Hb mayor de 10 gramos (%) antes del parto o cesárea. El 26% de las pacientes del grupo de estudio tenían niveles de Hb menor de 10 gramos (%) a las 24 horas post-parto, en cambio en el grupo control el 56% de las pacientes alcanzaron estos bajos niveles (ver Cuadros 18 y 19).

Por esta misma razón, hubo una diferencia en la administración de transfusiones sanguíneas. En el grupo en estudio se transfundió una (1) paciente (2%) con una unidad de 500 cc. Por el contrario cinco (5) pacientes del grupo control fueron transfundidas con 7 unidades de 500 cc. (Ver cuadro).

Cuadro No. 16
POBLACION ESTUDIADA
MORBILIDAD MATERNA
EN PACIENTES CESAREADAS

Infecciones	Número	Por Ciento
Absceso de Pared	2	4
Absceso Abdominal	1	2
Endometritis	4	8
Hemorragias	2	4
Lesión	1	2
TOTAL	10	20

Cuadro No. 17
POBLACION ESTUDIADA
MORBILIDAD MATERNA EN PACIENTES
SOMETIDAS A PARTOS

Causas	Número	Por Ciento
Infección de Episiotomía	2	4
Desgarro Cervical	1	2
Desgarro II Grado	1	2
Desgarro III Grado	1	2
Endometritis	1	2
TOTAL	6	12

Cuadro No. 18
POBLACION ESTUDIADA
VALOR DE HEMOGLOBINA (GRAMOS)
ANTES Y DESPUES DE CESAREA

HbG %	Antes	%	Después	%
-10	—	—	28	56
10.1-11	10	20	4	8
11.1-12	17	34	16	32
12 y Más	23	46	2	4
TOTAL	50	100	50	100

Cuadro No. 19
POBLACION ESTUDIADA
VALOR DE HEMOGLOBINA EN GRAMOS
ANTES Y DESPUES DEL PARTO

HbG %	Antes	%	Después	%
Menos de 10	—	—	13	26
10.1-11	15	30	9	18
11.1-12	9	18	17	34
12 y Más	26	52	11	22
TOTAL	50	100	50	100

COMENTARIO

A pesar de que la cesárea es el procedimiento quirúrgico mayor que más se realiza universalmente, y de que haya disminuido enormemente la morbilidad y mortalidad, tanto materna como fetal gracias a los avances tecnológicos y al refinamiento de la técnica operatoria; no deja de ser un procedimiento que tenga implícito una serie de riesgos que son motivos de preocupación y que nos deben orientar a buscar medidas alternas para frenar el ritmo acelerado con que cada día se indican las operaciones cesáreas. Aún con la mayor asepsia posible y el uso de antibióticos profilácticos la infección será siempre una complicación temible que pudiera oscilar entre la simple supuración de un punto de sutura hasta la sepsis fulminante. Las hemorragias no dejan de ser relativamente frecuentes y temibles aún con la disposición de sangre, recurso éste con múltiples riesgos. Así podemos ver que la morbilidad infecciosa del grupo control fue de un 12% que no es nada despreciable si lo comparamos al 6% obtenido en el parto vaginal. Entre los factores que pudieran incidir en tan alta tasa de morbilidad podemos identificar el bajo nivel socio-económico cultural de nuestras pacientes, las condiciones ambientales hospitalarias poco favorables así como la técnica quirúrgica aún no del todo refinada de los residentes en formación.

La morbilidad infecciosa en las pacientes con cesáreas previas que se le permitió el parto vaginal fue el 50% en relación al grupo control. Esta marcada reducción de morbilidad podría encontrar su explicación en que el producto se obtiene por las vías naturales, la instrumentación e invasión de la cavidad uterina es poca, y la incisión perineal (episiotomía) permanece por menos tiempo y es más pequeña que la realizada para la obtención de un producto por vía de la cesárea. Si comparamos cualitativamente la morbilidad infecciosa en ambos grupos, vemos que las ocurridas en el grupo control tienen una severidad mucho mayor. Tenemos el caso de un absceso abdominal que pudo haber dado al traste con la vida de la paciente, situación ésta de más difícil instalación luego de un parto vaginal.

En cuanto a la morbilidad no infecciosa indudablemente que el sangrado en forma de hemorragia es más frecuente como se demuestra en el estudio. Vemos que el 8% del grupo control sufrió hemorragia considerable versus un 0% en el grupo de estudio. Las razones son obvias. En una cesárea la superficie sangrante y los vasos seccionados son mucho más grandes que en una episiotomía para parto vaginal, en donde no tenemos por ejemplo el riesgo que existe en la cesárea de lesionar o seccionar por completo la arteria o ramas de la arteria uterina.

A pesar de que en el estudio no se reportaron lesiones de vísceras huecas es un riesgo potencial siempre presente cuando se aborda la cavidad peritoneal, y que reviste cierta gravedad. Si esto ocurriera con un parto vaginal, las lesiones son cualitativamente menos graves como se pudo observar en un desgarramiento de tercer grado por aplicación de forceps que expuso la mucosa rectal hacia la cavidad vaginal.

No debemos olvidar que la anestesia empleada en ambos grupos difiere enormemente tanto en riesgos como en costos, y las repercusiones fetales del procedimiento anestésico inclinan la balanza desfavorablemente hacia la cesárea repetida. Pudimos observar que un porcentaje importante de recién nacidos bajo cesáreas iterativas y que estaban en perfecto estado previo a la cirugía nacieron con apgar de 5 a 7 en el primer minuto de vida extrauterina, lo que tendría su explicación en un síndrome hipotensivo ocasionado por la técnica anestésica regional en la mayoría de los casos.

Por otro lado, vemos la gran significancia que tiene la permanencia del paciente hospitalizado. A la que se le practica una operación cesárea los períodos de observación, de recuperación y de convalecencia son mucho más largos si los comparamos a las que tienen su parto vaginal. Esto se traduce en mayor medicación y día-cama ocupado con una sobrecarga hospitalaria aumentando los costos de mantenimiento los cuales van cada día en creciente aumento.

Si comparamos las ventajas y desventajas que ofrece el parto vaginal en pacientes con cesáreas previas, observamos que las primeras son múltiples, como se demuestra a lo largo del estudio, y entre las que podemos citar: menor costo intrahospitalario, menor período de convalecencia, menor período de separación de su ambiente hogareño, menor morbilidad materna y en cierto grado fetal. Sin embargo, la única dificultad que aparentemente tendría esta conducta sería el riesgo potencial de una ruptura uterina durante el trabajo de parto, complicación ésta de una gravedad incuestionable pero que con una vigilancia cercana del trabajo de parto y una buena selección del paciente, este riesgo se reduce a su mínima expresión, como lo demostró el estudio, ya que esta complicación no se presentó en ninguna de las pacientes que tuvieron su parto por la vía vaginal.

Por último nos queremos referir a la controversia que existe si las pacientes que fueron operadas primariamente con diagnóstico de desproporción céfalo pélvica son candidatas a permitírseles el parto vaginal. Como pudimos observar el 38% del grupo en estudio tenía antecedente de este diagnóstico. Esto podría tener una explicación en que el diagnóstico primario fuera errado, conociéndose con el nombre de desproporción céfalo pélvica relativa, ya que el diagnóstico no estaba amparado por pelvimetría radiológica. Solamente los casos en que la pelvis ósea tenga limitaciones evidentes, y/o que el peso estimado del producto sobrepasa las 7 libras, estarían exentas de permitírseles el parto por la vía vaginal, aun teniendo como antecedente una cesárea anterior indicada por desproporción céfalo pélvica.

CONCLUSIONES

Debido al gran volumen de mujeres con cesáreas previas que acuden a nuestro hospital, la muestra tomada no luce ser totalmente representativa. Sin embargo, los resultados obtenidos demuestran que real y efectivamente existe no sólo una disminución de la morbilidad tanto materna como fetal de las pacientes con cesáreas anteriores que se les per-

miten el parto por la vía vaginal y que son previamente seleccionadas; sino, que disminuye enormemente la estadía intrahospitalaria economizando recursos humanos y materiales que son necesarios utilizar si se manejan todas las pacientes de cesáreas previas siguiendo el aforismo de Craigen "Una vez cesárea siempre cesárea".

Consideramos que la problemática estudiada debe ser objeto de la creación de una línea de investigación y queremos aportar este estudio como un trabajo preliminar dejando una brecha abierta para evaluar la posibilidad de la creación de una unidad funcional sobre manejo de la paciente con cesárea previa encaminada a resolver el embarazo por la vía vaginal.

Tenemos la seguridad, ya que fuimos partícipes de ello, que el hospital posee la infraestructura necesaria para la creación de tal unidad la cual ayudaría a paliar la crisis económica por la que atraviesa, reflejo de la situación económica nacional, además de que también aportaría estadísticas en calidad y cantidad suficiente para representar nuestro país a nivel internacional.

RESUMEN

El presente estudio realizado fue comparativo (casos y controles), observacional y transversal acerca del parto vaginal con cesáreas previas, que se efectuó en el hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia durante el período Marzo—Junio de 1984.

El objetivo primordial fue demostrar que el parto vaginal en pacientes con cesáreas previas (grupo de estudio) tienen igual o menor riesgo, tanto materno como fetal, que aquellas que son sometidas a cesáreas iterativas (grupo control).

Se observó que la morbilidad materna encontrada en las cesáreas iterativas se redujo prácticamente al 50% en las que tuvieron su parto por la vía vaginal; y la morbilidad fetal no fue significativamente diferente; además, de que la estadía hospitalaria se cuadruplicó en las pacientes con cesáreas repetidas en relación al grupo en estudio.

Se concluyó con el estudio de que debe crearse una línea de investigación sobre la temática y crear una unidad departamental para resolver los casos de cesáreas previas elegidas, por la vía vaginal, lo que disminuiría los gastos hospitalarios y la morbilidad materno fetal.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Agüero, O. Aure M.: Suchent. J.: Embarazo y Parto Post-Cesárea. Gineco Obstetra Venezuela. Vol. XXXVII, 159, 1977.
- (2) Goldberg, J. Cohen W.: Friedrian. E. Cesarean Section Indication and the Risk of Respiratory Distress Syndrome. Obst. Gynecol. Vol. 57, 30 — 1981.
- (3) Lavin, J. Jr.: Vaginal Delivery After Cesarean Birth: Frequently asked questions: Symposium on Operative Obstetrics Clinics in Perinatology.
- (4) Mareano, H. León C.: Ruptura Uterina. Gineco Obstet. Venezuela. Vol. XXXIII. 351 — 1973.
- (5) Placek, P. Taffel, S.: Trends in Cesarean Section Rates for the United States. 1970-78 Operative Obst. and Anest. 433—1980.
- (6) Rabaco, J.: Indicaciones Actuales de la Operación Cesárea. Gineco-Obstet. México, Vol. XIV, 281 — 1959.
- (7) Reyes Ceja, Luis: La prueba de trabajo de parto en pacientes con Cesárea Anterior. Gineco-Obstet. México, XIV. 111 — 1959.
- (8) Rubin George, Peterson H., Rochat, Roger: Maternal Death after Cesarean Section in Georgia. A.M.J. Obstet. Gynecol. 681 — 1981.
- (9) Rodríguez S. Sangines. A., Miranda O. Okhuysen, Klans, Ahued, J.: Cesarea de Repetición. Ginecol. Obstet. México, Vol. 50, 153 — 1982.
- (10) Saldanal, L. Seholman H. Revss L.: Management of Pregnancy After Cesarean Section. A.M.J. Obstet. Gynecol. 557 — 1979.
- (11) Seltchik, J. Ramakrishns, V.: Cesarean Deliver in Multiparous Women for Facted Oxytocin Augment Labor: Route of Delivery in Subsequent Pregnancy. A.M.J. Obstet. Gynecol. 393 — 1982.
- (12) Shy, K. Jogerto, J. Karp, J.: Evaluation of Elective Repeat Cesarean Section as Standard of Care: An application of decision analysis, A.M.J. Obstet. Gynecol. Vol. 139, 123 — 1981.
- (13) Uzcateguel, D.; Toro, J. Corredor A. Montilla, L.: Parto Vaginal Post-Cesárea. Ginecología y Obstetricia Venezuela. Vol. 38, 32-34, 1978.