

**PARTO VAGINAL EN CESAREA PREVIA.
ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE PACIENTES PORTADORAS DE UNA Y DOS CICATRICES
UTERINAS EN LA MATERNIDAD NUESTRA SEÑORA DE LA ALTAGRACIA**

* Dra. Paulette C. Edelstein
* Dra. Niurka Cuevas
** Dr. Luis Tactuck
*** Dr. Vinicio Calventi

INTRODUCCION

Abreviaturas:

RPM : Ruptura Prematura de Membranas

DCP : Desproporción Céfalo-Pélvica

La liberalización de la decisión quirúrgica en obstetricia (la cesárea) ha planteado en la última década una serie de cuestionamientos que cubren desde la preocupación para el bienestar materno-fetal hasta la investigación de sus costos.¹⁻⁸ Todos los estudios que se han realizado coinciden al observar que con el parto vaginal se advierte una franca disminución del riesgo materno.⁷⁻¹⁰ Existen además estudios que se plantean que si no hay recurrencia de la patología inicial o una nueva indicación de cirugía, se puede optar por parto vaginal también cuando la paciente es portadora de una cesárea previa.^{7,11-14}

Recurrir al parto vaginal en cesárea previa no es un hecho nuevo. Si tratamos de reafirmar los mismos argumentos de hace veinte años, ese estudio no tendría razón de ser. Pero el aumento de las cesáreas se hace sentir en los países subdesarrollados, donde la morbimortalidad relacionada con el procedimiento es devastadora para los pocos

recursos disponibles.^{6,15-16} El temor frente a la ruptura uterina induce a cierta ligereza en algunas decisiones quirúrgicas. Muchas de esas decisiones se toman con el argumento de que la escasez de recursos hace difícil enfrentar las consecuencias de una ruptura uterina. Pero no es menos cierto que el mismo procedimiento de cesárea a repetición, supuestamente preventivo, absorbe y consume un volumen considerable de recursos.¹⁷⁻²⁵

MATERIAL Y METODOS

Para el presente estudio se tomaron de manera prospectiva y en un período de seis meses (1 Dic. 85 al 1 mayo 86), una población total de 150 pacientes, dividiéndola en dos grupos: A, con 115 casos con el antecedente de una sola cesárea, y grupo B, con un total de 35 casos con el antecedente de dos cesáreas previas (Cuadro 1). Sometidas a la labor de parto espontáneo, fueron omitidas anestesia regional y la aplicación sistemática de forceps; las pacientes fueron preparadas para eventual cirugía. Los requisitos a cumplir fueron: embarazo a término, no más de dos cesáreas previas, producto menor de 8.5 lb. por estimación clínica, longitudinal, de vértice, sin otras compli-

Cuadro 1

	CESAREA PREVIA	No. DE PACIENTES
Grupo A	1	115
Grupo B	2	35

(*) Residentes de 3er. año de Ginecología y Obstetricia, Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, Santo Domingo, D.N.

(**) Médico ayudante Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, Santo Domingo, D.N.

(***) Médico director Maternidad Ntra. Sra. de la Altagracia. Director cátedra de ginecología y obstetricia, Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD).

Cuadro 2

PARTOS VAGINALES	No. DE PACIENTES	%
Grupo A	106	92.1
Grupo B	33	94.6

caciones sobreañadidas (RPM, infección amniótica u otra patología materna). Se excluyeron del estudio pacientes con antecedentes documentado de cesárea corpórea o ruptura uterina, paciente con período intergenésico menor de seis meses, con antecedentes de legrados o grandes múltiples. Se realizó cirugía frente a sospecha de dehiscencia de cicatriz anterior, cuando la labor de parto en fase activa se prolongó más de doce horas o cuando la curva apuntaba hacia un diagnóstico de DCP. No se usó oxitocina.

RESULTADOS

En el grupo A, de 115 pacientes con una cesárea se obtuvieron 106 partos vaginales representando ello un 20.3% de la población total, significando esto que una de cada cinco pacientes cesareadas anteriores no fue operada. En el grupo B, de 35 cesareadas dos veces, se obtuvieron 33 partos vaginales para un 11.5% de la población general que acudió al hospital con este antecedente. Fueron reintervenidas 9 pacientes del grupo A para un éxito de 92.1% y dos pacientes del grupo B para un éxito de 94.6% (cuadro 2). El porcentaje de cesárea para ambos grupos fue menor de 7.3%, menor que el porcentaje de partos abdominales para la institución en este período que alcanzó 14.2%. Se presentaron dos casos de dehiscencia, ambos en el grupo A. Ambas pacientes habían tenido ya

Cuadro 3

POBLACION ESTUDIADA MATERNIDAD NUESTRA SEÑORA DE LA ALTAGRACIA. 1 DIC. 1984-30 MAYO 1985 PORCENTAJE DE PARTO VAGINAL POR GRUPO SEGUN POBLACION TOTAL QUE ACUDIO CON DIAGNOSTICO DE CESAREA ANTERIOR

	No. CASOS	PARTO VAGINAL	%
Cesárea 1	519	106	20.3
Cesárea 2	295	33	11.5
Total	814	139	17.3

FUENTE: Datos procesados de investigación.

un parto vaginal postcesárea. El primer caso fue de una paciente en la cual después de haber tenido su parto vaginal, en la revisión rutinaria de cavidad se encontró una ventana de separación de la cicatriz anterior. En el segundo caso se trataba de una paciente en la cual se decidió reintervenir por cambios en la frecuencia cardíaca fetal, tratándose en esta oportunidad de un hallazgo quirúrgico. Ambos casos transcurrieron asintóticamente, el peritóneo cubría el área de separación y ambos fueron sujetos a reparación quirúrgica sin complicaciones, ambos madre y feto en condiciones satisfactorias. En términos de dehiscencia o fracasos el porcentaje fue de 1.7% para el grupo A y 0% para el grupo B, diferencia estadísticamente no significativa (series universales 0.5%-2.0%).

En el grupo de pacientes reintervenidas las indica-

Cuadro 4
DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES SEGUN GRUPO
Y SOLUCION FINAL

SOLUCION FINAL	GRUPO A	%	GRUPO B	%	TOTAL	%
Parto	106	92	33	94	139	92
Cesárea	9	8	2	6	11	8
Total	115	100	35	100	150	100

FUENTE: Datos procesados de investigación.

Cuadro 5
DESGLOSAMIENTO DE DEHISCENCIAS
POR CARACTERES ESPECIFICOS

	CASO No. 1	CASO No. 2
Grupo y edad	A-22 años	A-26 años
Detección	Postparto	Transquirúrgico
Solución	Parto	Cesárea
Indic. 1ra. cesárea	Pres. pélvica	Gemelaridad
Ant. parto vaginal	Postcesárea	Postcesárea
Control prenatal	Satisfactorio No. 7	No Satisfactorio No. 1
Duración labor parto	5 horas	7 horas
Peso producto	7 Lb. 12 Oz.	6 Lb. 14 Oz.
Hemoglobina	30%	36%

FUENTE: Directa.

Cuadro 6
COMPLICACIONES POSTQUIRURGICAS EN
100 PACIENTES CON CESAREAS ITERATIVAS
(GRUPO CONTROL)

COMPLICACION	COMPLICACION	No.
Absceso pared		3
Endometritis		4
Hemorragias		1
Total		8

FUENTE: Directa.

ciones de cirugía fueron falta de progreso en dilatación y descenso o desproporción cefalo-pélvica. Un 50% presentaron fase latente prolongada. Ninguna de las pacientes presentó complicaciones infecciosas o hemorrágicas, a pesar de que las series universales admiten que la morbilidad puede ser mayor en pacientes sometidas a labor. Este dato fue comparado con una incidencia de 8% de complicaciones postquirúrgicas en un grupo control de 100 cesáreas iterativas. Al analizar la curva de labor de parto

Cuadro 7
DURACION DE LA PRUEBA DE PARTO EN
HORAS EN PACIENTES CON SOLUCION
FINAL PARTO VAGINAL EN LA POBLACION
ESTUDIADA POR GRUPO

GRUPO	\bar{x}	DS
A	9.1	3.74
B	9.8	3.94

FUENTE: Datos procesados de investigación

de las pacientes en que se obtuvo parto vaginal, un 50% tuvo duración mayor de 8 horas, siendo las diferencias entre grupo A y B no significativas. El peso de los productos obtenidos fue subestimado en 7 casos que resultaron ser macrosómicos (mayor de 8.5 lb.), dos de ellos reintervenidos, demostrándose que al igual que en la población de pacientes no portadoras de cesáreas previas los productos mayores de 8.5 lb. tenían mayores dificultades para la obtención de un parto vaginal.

Las pacientes con parto vaginal fueron dadas de alta a las 24 horas ahorrándose un total de 471 días de internamiento.

Existen valores no calculables como, por ejemplo, la devolución a la sociedad de una madre lista para lactar a su niño. Poco calculable también es el aspecto emocional.

DISCUSION

Los servicios de salud de un país subdesarrollado como la R.D. cuentan con recursos muy limitados, siendo vital su distribución elocuente. Si bien una ruptura uterina no es un hecho deseable en ninguna institución, el riesgo es calculable y mayormente prevenible, y consideramos que no es saludable operar un sinnúmero de pacientes con las complicaciones que esas cirugías puedan traer para evitar una sola ruptura uterina.

A la luz de la actual experiencia se puede afirmar que para un parto vaginal igual es el pronóstico de riesgo para dos cicatrices como para una sola cicatriz uterina.

El factor cicatrización queda como interrogante mayor porque no estamos en condiciones de señalar todavía que exactamente es lo que le confiere a una cicatriz la calidad de resistente. Resulta que ambas dehiscencias se produjeron en pacientes que además tenían el antecedente de un parto vaginal posterior a su cesárea. En otro aspecto u orden de ideas establecimos que el antecedente de parto vaginal no se constituye en una garantía

para otro parto vaginal, sino que crea condiciones de multiparidad que aceptamos como factor favorable para el parto.

Respecto a la utilidad de información sobre el tipo de incisión previa: por las características especiales de nuestros fallos organizativos, por el bajo nivel socioeconómico de nuestras pacientes, por la falta de un sistema centralizado de salud, decidimos abandonar como requisito la identificación del tipo de incisión previa. Por supuesto no rechazamos el criterio de que casos donde fuera posible establecer el antecedente de cirugía corpórea (y en este estudio no hubo ninguno) decididamente debían ser objeto de una reintervención quedando descartados como candidatas a partos vaginales. Concluimos que independientemente de que se conociera el antecedente del tipo de incisión, el pronóstico de parto vaginal es el mejor en nuestra población de pacientes.

Si bien no estamos en capacidad de decidir y cuantificar el riesgo de la paciente sometida a prueba de labor, sí estamos en capacidad de identificar los casos que pudieran aparecer en el trabajo de parto y en que pueda anticiparse una ruptura uterina, y consideramos un éxito cuando esta identificación se haga oportunamente.

CONCLUSIONES

Las conclusiones del presente estudio fueron las siguientes:

1. El antecedente de dos cesáreas no incapacita a la mujer para un parto vaginal.

2. El riesgo de ruptura uterina o separación de herida previa está reducido a su mínima expresión en pacientes embarazadas con antecedentes de una o dos cesáreas y sometidas a trabajo de parto.

3. La morbimortalidad materno perinatal no está influenciada por el parto vaginal en pacientes con dos o una cesárea previa.

4. No constituye un requisito obligatorio disponer de información sobre el tipo de la incisión previa, pero siempre se deberá recurrir a una cesárea en cualquier etapa del trabajo de parto cuando surge la sospecha de una dehiscencia.

5. La identificación de las causas que determinaron la cesárea anterior no es un requisito para escoger una paciente candidata para parto vaginal.

6. La selección adecuada, la vigilancia intraparto, y la eliminación de procedimientos o maniobras riesgosas garantizan las mejores posibilidades de parto vaginal en pacientes con una o dos cesáreas previas.

7. La adopción de una política favorable para el parto vaginal en pacientes con antecedentes de cesáreas reduce apreciablemente los costos de la atención en ese tipo de paciente.

Las tasas elevadas de cesáreas con sus consiguientes perjuicios en la práctica obstétrica actual pueden ser modificadas mediante la adopción de una política que rechaza la recomendación tradicional "De una vez cesárea siempre cesárea", por una recomendación de parto en toda cesárea previa en que se cumplen requisitos determinados.

La atención del parto en la mujer con historia de una o más cesáreas demanda la disponibilidad permanente de recursos quirúrgicos, bancos de sangre, anestésicos y la identificación de los acontecimientos que pudieran aparecer en el trabajo de parto que se inicia bien y que pueda anticipar una ruptura uterina.

BIBLIOGRAFIA

1. Pearson. Cesarean section and perinatal mortality. *Am J. Obstet Gynecol*, 148:2, Pág. 155, 1984.
2. Lescie Iffy, Harold Kaminetzky. Principles and practice of obstetrics and perinatology. 1981 Vol. II, Pág. 1533.
3. Martiner G. Rosen. Cesarean section rate: What the task force found. *Contemporary Obgyn* 18:4, Pág. 27, 1981.
4. Chevernak y Col.: Is toutine cesarean section necessary for vertexbreech and vertextransverse twin-gestations. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 39:8, 1984.
5. Bergs y Col.: Differences in reported frecuencies of some obstetrical interventions in Europe. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 39:2, Pág. 27, 1984.
6. Tharkild F. Nielsen and Col.: Postoperative cesarean section morbidity: a prospective study. *Am J. Obstet Gynecol* 146:8, Pág. 911, 1983.
7. Tactuck Luis y Col.: Parto vaginal con cesárea previa. *Acta Médica Dominicana*, 1984.
8. Cordero y Col.: Perfil epidemiológico de la cesárea en MNSA. 1979.
9. Saldanal y Col.: Management of pregnancy after cesarean section. *Am J. Obstet Gynecol*, 557, 1979.
10. Harvey A. Gabert. Current status of cesarean births. *Obstetrics and Gynecology Annual*. 13 Pág. 71, 1984.
11. Leon Mann and Janice Gallant. Modern indications for cesarean section. *Am J. Obstet Gynecol* 135: 4 Pág. 437, 1979.
12. Pitkin Zlatnik. *Yearbook of Ob Gynecol*, Pág. 151-152. 1981.
13. Wallace y Col.: Extraperitoneal cesarean section: A surgical form of infection prophylaxis. *Am J. Obstet. Gynecol*, 148:2, Pág. 172. 1984.
14. Sabin y Col.: Vaginal delivery in patients with anterior cesarean section. *Obstet and Gynecological Survey* 37:7, Pág. 469. 1982.
15. Jams y Col.: Patient costs in prevention and treatment of post-cesarean section infection. *Am J. Obstet Gynecol*. 149:41, Pág. 363, 1984.

16. Richart R. Is there a scientific basis for repeat cesarean. *Contemporary ObGyn* 19:1, Pág. 161, 1982.
17. E. Quilligan, Frederick P. Zuspan. Douglas-Stromme, *Operative Obstetrics*, 4ta. edition, 1982. Pág. 599.
18. McLane CM. Delivery though natural passage following cesarean section. *Am J. Obstet. Gynecol* 20-650, 1930.
19. Prichard McDonald. *Williams Obstetrics*, 16th Ed. 1980, Pág. 1081.
20. Richard R. Is there a scientific basis for repeat cesarean. *Contemporary OBGYN* 19:1, Pág. 151, 1982.
21. Agüero. Embarazo y parto post-cesárea. *Gineco-Obstetricia de Venezuela* 37:159, 1977.
22. Reyes Sejas, Luis. La prueba de trabajo de parto en pacientes con cesárea anterior. *Gineco-Obstetricia de México*, 14:111, 1959.
23. Río de Loza, Jorge Kassem, Ruiz Velazco. Segunda cesárea de pacientes sometidas a trabajo de parto. *Ginecología y Obstetricia de México*, Pág. 30-33. Julio, 1971.
24. Rabaro. Indicaciones actuales de la operación cesárea. *Gineco-Obstetricia de México*, 14:281, 1979.
25. Murphy H. Delivery following cesarean section, *Ir. Med. J.* 69:533, 1976.