

PARTO VAGINAL EN LA CESAREADA ANTERIOR

Dr. Manuel Acosta Chávez

INTRODUCCION

Agradezco al comité organizador de éste Congreso, que con la presentación de este trabajo traduce su reconocimiento al viejo Hospital de Maternidad de Lima, hoy Instituto Materno-Perinatal (IMAPE), institución que a pesar de sus limitaciones, por su excesivo quehacer en el campo materno-perinatal y por sus años, está considerada como la progenitora de la Gineco-Obstetricia en nuestro país y que hoy como siempre, sigue siendo la forjadora de nuevas generaciones de especialistas, merced a su doble función, asistencial y docente. Precisamente, en el IMAPE se inició el procedimiento de la cesárea, método que ha ido perfeccionándose a través de los años, merced a la contribución invalorable de ilustres gineco-obstetras que pasaron por él a través de los años.

Si bien, este procedimiento obstétrico, resulta ser la solución a los problemas difíciles del parto, su incremento acelerado, al igual que en otros centros, la ha convertido en un problema de preocupación actual, que merece revisión, evaluación y análisis, capaz de poder determinar hasta qué punto su incremento resulta ser el procedimiento más correcto. Es conocido que, en centros asistenciales como el nuestro, los recursos para la atención de la salud son siempre insuficientes, lo que nos obliga a adoptar conductas tendientes a racionalizarlas, pero sin perder de vista la calidad y la eficiencia que con ellos deben prestar.

- En los últimos 17 años, la cesárea también se incrementó en forma considerable en nuestro hospital, pasando del 6,3% al 15%.
- Anualmente se realizan más de 3 000 cesáreas.
- 2 020 gestantes pasan a incrementar el número de cesareadas anteriores primarias, aumentando el riesgo obstétrico y reproductivo.
- El 36,88% lo constituyen las cesareadas anteriores como indicación materna para la cesárea.
- La intervención cesárea en nuestra institución representa el 37% de toda la actividad operatoria.
- La atención a este grupo de gestantes, como es lógico, exige destinar gran parte del presupuesto hospitalario.

Lo expuesto, anteriormente, cataloga a la operación cesárea y a las gestantes cesareadas como un problema de

SALUD PUBLICA, que por su magnitud, frecuencia y daño deben merecer una atención preferencial, buscando metodologías que la afronten correctamente. Nuestra preocupación, ya expuesta, probablemente haya sido también la motivación de los diferentes centros asistenciales como el Instituto Nacional de Salud del Niño y Desarrollo Humano (EE.UU.), que desde 1980 viene revisando la temática de la cesárea y proponiendo soluciones a la misma, tratando de brindar un tratamiento óptimo para la gestante cesareada anterior.

Estas contribuciones han venido a superar las antiguas inhibiciones que por muchos años primaron en la atención del parto de la cesareada anterior, tales como:

- Si alguna vez cesárea siempre cesárea.
- La proscripción del uso de la oxitocina o la analgesia o anestesia.
- El temor a la ruptura uterina en el parto de la cesareada anterior, o
- La hospitalización temprana con el gasto que ella representa y el déficit de camas que origina.

A propósito de esta revisión e investigaciones, muchos trabajos en diferentes partes del mundo y aun en nuestro medio, ha enriquecido el mejor conocimiento y experiencia en el manejo de parto en la cesareada anterior.

Todos coinciden en señalar:

1. El parto vaginal en la cesareada anterior es el tratamiento óptimo que se le puede ofrecer a estas gestantes.
2. La inducción con oxitocina resulta ser la mejor y más inocua del tratamiento obstétrico.
3. La cesárea rara vez es indicación para una nueva cesárea.
4. La ruptura uterina no es más aquel accidente catastrófico que temíamos en el parto de la cesareada anterior; los pocos casos reportados son de tipo incompleta o dehiscencia, siendo su evolución favorable, no habiéndose encontrado casos de muerte por esta morbilidad.
5. Uso de la analgesia y anestesia regional.
6. Baja morbimortalidad materna-perinatal.
7. Parto vaginal luego de varias cesáreas y en embarazo prolongado.
8. Bajos costos.

MATERIAL Y METODOS

Vencidas las prohibiciones existentes y a la luz de experiencias, nuestra institución está empezando a reevaluar la atención de la cesareada anterior, cuyo trabajo preliminar ponemos hoy a vuestra consideración. Se hizo una selección de 300 casos, tomados al azar en gestantes cesareadas que tuvieron parto vaginal durante 1991, por ser este año el último en tener sus datos estadísticos procesados, trabajo que se realizó con la colaboración de los doctores V. Cruz y A. Calero.

En el año 1991 atendimos 21 646 partos, el 85% de ellos fueron vaginales y el 14,58% por cesárea, porcentaje que representa el índice de cesáreas en nuestro hospital. El número de gestantes cesareadas anteriores fue 2 144, de ellas, tuvieron parto vaginal 1 489 (69,44%) y 656 (30,56%) requirieron nueva cesárea. De los 1 489 partos vaginales en cesareadas anteriores, se seleccionaron 300 casos, estudiándose en ellos algunos factores concomitantes tales como:

- Edad
- Paridad
- Número de cesáreas anteriores
- Período intergenésico
- Indicación de la cesárea anterior
- Período del parto en que ingresó al hospital
- Tipo de parto
- Morbilidad materna
- Revisión endouterina de la cicatriz operatoria luego del parto
- Estancia hospitalaria
- APGAR y peso del recién nacido.

RESULTADOS

En la tabla 1 se aprecia que la edad de las pacientes cesareadas previamente de 21 a 25 años corresponde al 39,33% y de 26 a 30 años corresponde al segundo grupo etáreo en frecuencia con 29%. También se puede apreciar que el 60,67% de pacientes cesareadas que dan parto vaginal han tenido un solo hijo previamente, mientras que las multíparas en conjunto suman el 39,33%. Asimismo, permite observar la posibilidad que tiene una paciente cesareada una vez de dar parto vaginal, mientras que aquellas pacientes que tuvieron dos y tres cesáreas previas fue porque llegaron al hospital en periodo expulsivo y no se tuvo más alternativa que atender el parto por vía vaginal. Finalmente, la tabla 1 nos muestra además que la incidencia de partos en pacientes con periodo intergenésico menor de 24 meses es de 18,67% mientras que mayor de 48 meses es de 41,33%.

El sufrimiento fetal como en todas las casuísticas corresponde siempre al mayor porcentaje en cesáreas primarias, en este caso corresponde al 17,67%. Las alteraciones

TABLA 1. PARTO VAGINAL POSTERIOR A CESAREA. IMAPE 1991

Variable	n	%
Tipo de parto	2144	100,0
Vaginal	1489	69,44
Cesárea	655	30,56
Edad materna	300	100,0
15-20	38	12,67
21-25	118	39,33
26-30	87	29,00
31-35	35	11,67
36-40	22	7,33
Paridad*		
2	182	60,67
3-4	64	21,33
5-6	43	14,33
7-8	11	3,67
Cesáreas anteriores		
1	290	96,67
2	7	2,33
3	3	1,00
Período intergenésico		
<24 meses	56	18,67
25-36 meses	65	21,67
37-48 meses	55	18,33
>48 meses	124	41,33

*Incluye parto actual

en la situación fetal (transversa) y en la posición fetal (podálica) suman en conjunto un 25%. Asimismo la relación existente entre la pelvis materna y el tamaño fetal equivalen a un 16,67%. (Tabla 2).

Queremos resaltar que en el presente estudio hubo ausencia de ruptura uterina y dehiscencias de cicatriz anterior. Pero si queremos mencionar que ocurrieron dos casos de ruptura uterina dentro del grupo que no correspondió a la muestra seleccionada. En la tabla 3 confirmamos la forma de ingreso.

TABLA 2. MOTIVO DE CESAREA ANTERIOR

Diagnóstico	n	%
Sufrimiento fetal	53	17,67
Primigesta podálica	40	13,33
Feto en transversa	35	11,67
Incompatibilidad feto-pélvica	29	09,67
Pelvis estrecha	21	07,00
Placenta previa	21	07,00
D. P. P.	13	04,33
Embarazo gemelar	12	04,00
R. P. M.	11	03,67
Eclampsia	08	02,67
Cesareada anterior	07	02,33
Pre eclampsia	05	01,66
Embarazo prolongado	03	01,00
Prolapso de cordón	03	01,00
Se desconoce la causa	39	13,00
TOTAL	300	100,00

TABLA 3. DIAGNOSTICO DE INGRESO

Diagnóstico	n	%
No T. de P.	157	52,33
T. de P. - Fase latente	71	23,67
T. de P. - Fase activa	51	17,00
T. de P. - Expulsivo	21	07,00
Total	300	100,00

* T. de P. = Trabajo de parto.

La tabla 4 muestra que la mayor frecuencia de estancia hospitalaria es de 1 a 3 días con un 73% seguido de 4 a 6 días con un 23,33%. Así mismo muestra la culminación del parto y complicaciones de la madre.

La incidencia de asfixia severa fue de 3,33% falleciendo posteriormente más del 50% de ellos. El gran porcentaje (92%) de recién nacidos tuvieron un apgar entre 8 y 10.

La tabla 5 permite apreciar que el 47,67% de los recién nacidos tenían un peso de 3000 a 3499 g y el 23,33% un peso de 3500 a 3999 g. Es decir el 81,1% de recién nacidos por parto vaginal en cesareada anterior tenía un peso entre 3000 y 3999 g.

DISCUSION

Del análisis de nuestra casuística y de los trabajos existentes sobre Parto Vaginal en la cesareada anterior, podemos afirmar lo siguiente:

1. La operación cesárea, es un procedimiento obstétrico en aumento cuyas indicaciones deben ser detenidamente analizadas antes de ejecutarlas, y ellas deben tener validez retrospectiva actual y prospectiva.
2. Como resultado de este aumento, anualmente se incorporan al grupo de gestantes cesareadas, un número considerable, incrementando el alto riesgo obstétrico, cuya atención merece un cuidado especial y porcen-

TABLA 4. TIPO DE PARTO VAGINAL, COMPLICACIONES MATERNAS Y ESANCIA HOSPITALARIA

Variable	n	%
Tipo de parto vaginal		
Eutócico	290	96,7
Forcéps	3	1,0
Vacuum	7	2,3
Complicaciones maternas		
Infección	6	2,0
Hemorragia	2	0,7
Sin complicación	292	97,3
Estado de cicatriz anterior		
Sin revisión	210	70,0
Con revisión	90	30,0
Estancia hospitalaria		
1-3 días	219	73,0
4-6 días	70	23,3
7-9 días	8	2,7
> 10 días	3	1,0

TABLA 5. CONSIDERACIONES DEL RECIEN NACIDO

Características	n	%
Apgar del recién nacido		
0-3	1,0	
1-3	10*	3,3
4-7	11	3,7
8-10	276	92,0
Peso del recién nacido (g)		
<2500	27	9,0
2500 - 2999	56	18,7
3000 - 3499	143	47,7
3500 - 3999	70	23,3
>4000	4	1,3

* 6 fallecidos post parto, todos con peso <2500 g.

taje importante de los presupuestos hospitalarios.

3. Del análisis hecho a la atención del parto vaginal en gestantes cesareadas anterior, se desprende que resulta el procedimiento óptimo en su atención.
4. La morbimortalidad materna-perinatal en el parto vaginal de cesareada anterior no existe o es mínimo.
5. Que algunos procedimientos tales como:
 - La inducción del parto con oxitocina
 - Uso de analgesia o anestesia regional
 Pueden ser utilizados en la atención del parto vaginal de la cesareada anterior, siempre que se cumpla estrictamente las normas para cada caso.
6. Que el número de cesáreas previas, así como el embarazo prolongado no son factores limitantes para indicar el parto vaginal, siempre que se cumplan con los requisitos establecidos; sin embargo, ambos tópicos requieren aun de mayor estudio, experiencia y reevaluación.
7. Que la historia clínica y el control prenatal eficiente son los instrumentos fundamentales, en base a los cuales se permitirá la toma de decisiones para la culminación del parto en la gestante cesareada anterior, primando la calidad de atención y considerando también los costos.
8. Que debe propenderse el parto vaginal en gestantes cesareadas anteriores, en instituciones que dispongan de recursos adecuados: instalaciones y personal capacitado y concientizado, a fin de hacer uso eficiente y racional de los mismos.

El éxito del parto vaginal en la cesareada anterior, depende entre otros factores de:

- Tipo de institución
- Selección de la gestante
- Colaboración de la gestante
- Uso adecuado y estricto del partograma
- Personal capacitado y concientizado en la atención del parto vaginal en la gestante cesareada anterior.
- Cumplimiento estricto de las normas y procedimientos de atención en este tipo de pacientes.

La responsabilidad asistencial y docente de la atención gineco-obstétrica en nuestra institución, nos exige implementar metodologías actualizadas, acordes con la evolución del conocimiento; no pretendemos afirmar que la metodología sobre la atención del PARTO VAGINAL EN LA CESAREADA ANTERIOR, sea un tema agotado, por el contrario, reafirmamos que ella necesita nutrirse de más experiencias y contribuciones. La motivación de presentar nuestra pequeña experiencia, no busca sino despertar el entusiasmo e interés de nuestros colegas para enriquecerla, si la logramos habremos conseguido cumplir con la razón que tuvo el Comité Organizador de este Congreso para programar este tema y haber satisfecho grandemente nuestras expectativas.

CONCLUSIONES

- 1.- La frecuencia de cesáreas en el IMAPE es 14,58% y de éstas el 79,24% son primarias.
- 2.- La frecuencia de partos vaginales en cesareadas anteriores es de 69,44%.
- 3.- El 96,67% de partos vaginales posterior a cesárea son eutócicos y de 3,33% son instrumentados.
- 4.- El parto vaginal posterior a cesárea tiene una alta seguridad para la paciente, el recién nacido y el profesional, por su mínimo porcentaje de complicaciones y su corta estancia hospitalaria.
- 5.- Recomendar a las instituciones que siempre que exista condiciones (maternas, fetales, de infraestructura, equipos y capacitación profesional) se dé la posibilidad de un parto vaginal en pacientes con cesárea previa.
- 6.- Fomentar el alta precoz en las instituciones de salud.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- 1- ALCANTARA A R et al. Parto vaginal en cesareada anterior. Diagnóstico. 1986. 18(4): 101-5.
- 2- BEDOYA J L et al. A trial of labor cesarean setion in patients witch or without a prior vaginal delivery. Int. J Gynaecol Obstet. 1992. 39(4): 285-9.
- 3- BELITZKY R. Cesárea: La solución que se transformó en problema. Niños. 1989. 1(8): 21-4.
- 4- BLANCO JD et al. Prostaglandin E2 gel induction of patients with a prior low transverse cesarean section. Am J Perinatol. 1992. 9(2): 80-3.
- 5- CHATTOPADHYAY K et al .Vaginal birth after cesarean section: management debate. Int J Gynaecol Obstet. 1988. 26(2): 189-196.
- 6- CHI CH et al. Deliveries after cesarean birth in two Asian University Hospitals. Int J Gynaecol obstet. 1983. 21(1): 11-6.
- 7- DHALL K et al. Childbirth folowing cesarean section - Evaluation of a scoring system. Int. J. Gynaecol Obstet. 1987. 25(3): 199-205.
- 8- LOPEZ G J R et al. Roturas uterinas. Rev. de Obst y Gin. de Venezuela. 1984. 44(4): 283-91.
- 9- MOCK C N et al. Vaginal delivery after previous cesarean section in a rural West African hospital. Int J Gynaecol Obstet. 1991. 36(3): 187-193.
- 10- MOR-YOSEF S. et al. Vaginal delivery folwinig one previous cesarean birth: nation wide survery. Asia Oceanía J Obstet Gynaecol. 1990. 16(1): 33-7.
- 11- PAQUES E t al. Parto vaginal en cesárea anterior. Obstetricia y Ginecología Latino-Americanas. 1983. 41(5-6): 203-10.
- 12- PRITCHARD J et al. Obstetricia. 3er. Ed. Barcelona (España), Salvat Editores S.A. 1986.
- 13- TANG B L y TANG P L. Parto en la segundigesta cesareada anterior-Hospital Maternidad de Lima. Ginecología y Obstetricia. 1992. 38(12):33-40.
- 14- VAN ROOSMALEN J. Vaginal birth after cesarean section in rural Tanzania. Int. J. Gynaecol. Obstet. 1991. 34(3): 211-15.
- 15- YANQUE M R. Apuntes históricos de la cesárea en el Perú. Ginecología y Obstetricia 1992. 3B(12): 83-5.
- 16- FLAMANN BL, DUNNETT CH FISCHERMANN E, QUILLIGAN E. Parto Vaginal después de Operación Cesárea: uso de oxitocina y Anestesia Epidural con monitoreo interno tocodinámico y fetal. Am J. Obstetrics Gynecology. 1984. 148: 759 - 763.
- 17- VAN AMEROGNEN D. Parto Vaginal en pacientes con cesárea anterior. Una experiencia al alcance local. J Reprod. Med. 1989. 34(8) - 531-534.
- 18- FLAMANN BL, LIM OW, JONES C .Parto Vaginal luego de Cesárea Previa. Resultados de un Estudio Multicéntrico. Obstet Gynecol 1988. 158:1079-1083.
- 19- FLAMANN BL Parto Vaginal después de Cesárea: controversias antiguas y nuevas. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. 1985. Volumen IV 925-936.