



Ginecología y Obstetricia

© Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

Ginecol. obstet. 1995; 41 (1): 70-75

Parto vaginal posterior a cesárea

MANUEL ACOSTA*, [VICTOR CRUZ**](#), ALDO CALERO***.

Resumen

Objetivos. Evaluar la incidencia de partos vaginales en madres con cesárea anterior, con el fin de ver la repercusión en la morbimortalidad materno perinatal y en las características de la curva del parto, evaluar las complicaciones, el tiempo, de hospitalización y los costos. **Métodos.** Estudio retrospectivo realizado, en 21646 partos ocurridos durante el año 1991. Se evalúa una muestra de 300 pacientes seleccionadas al azar, considerando cada uno de los meses del año. **Resultados.** Admitió 2141 madres con cesárea anterior, de las cuales 1489 (69,4%) terminaron por vía vaginal y 652 (30,6%) por cesárea. De los 1489 partos vaginales, se seleccionó la muestra, observándose que el 98% terminaron en parto eutócico y el 2% en parto instrumentado (vacuum); 96% fueron anteriormente cesareadas una vez, 3% tuvieron dos cesáreas previas y 1% fueron tres veces; cesareadas. El periodo intergenésico fue en el 18% ó menor de 24 meses y en el 42% más de 48 meses. Además, se evalúa el trabajo de parto, las complicaciones, los días de hospitalización, los costos, entre otros. **Conclusión.** Se debe fomentar el parto vaginal posterior a la cesárea en las instituciones de salud de mayor nivel de complejidad en las que existen mejores condiciones y recursos, con el fin de disminuir la incidencia de cesáreas, los días de hospitalización y los costos.

Palabra clave: Parto vaginal en cesareadas.

Summary

Objectives; To study the incidence of vaginal deliveries following cesarean section and observe repercussions on maternal and perinatal morbidity and mortality, characteristics of labor curves, complications, hospitalization time and hospital costs. **Method:** Retrospective study of 21646 deliveries attended during 1991. The group study was alleatory, considering month by month. **Results:** Two thousand one hundred and forty one patients with previous cesarean section were admitted: 1489 (69,4%) were attended per vaginal route and 652 (30,6%) by cesarean section. The group study was selected from the 1489 vaginal deliveries; 98% had spontaneous normal vaginal delivery and 2% vacuum delivery; 96% had one previous cesarean section, 3% two previous cesarean section and 1% three previous cesarean sections. Period between deliveries was less than 24 months in 18% and over 48 months in 42%. **Conclusion:** Attention of vaginal delivery following history of cesarean section may be encouraged in higher level health institutions with appropriate conditions and resources. in order to diminish cesarean section rates, hospitalization days and costs.

Key words: Vaginal delivery following cesarean section.



Introducción

El parto como todo acto fisiológico, debe cursar sin complicaciones. Pero, a medida que aumenta la tecnología y mejora la calificación de los profesionales, se va transformando en "distócico". Es así que, en la historia de la medicina, aparece en el Imperio Romano (700 a.C.) los primeros pasos de la cesárea actual¹⁵. Al principio se practica la cesárea postmortem y, luego de prevenir múltiples complicaciones materno perinatales.

Pero, conforme pasan los años esta solución se está convirtiendo en un problema^{1,3,6,11,14}, por la alta incidencia del procedimiento. Es así que aparece un precepto de que "toda cesárea debe continuar en otra cesárea". Este concepto viene siendo revisado, surgiendo opiniones acerca del mayor o menor periodo intergenésico, la poca o nula incidencia de rupturas uterinas en las cesareadas que tienen parto vaginal^{2,5-8,10,14}, la posibilidad del uso de oxitocina⁹ y prostaglandina⁴ durante el trabajo de parto, entre otros. Entonces aparece como contraparte otro concepto: una cesárea no siempre lleva a otra cesárea. En nuestro medio el parto vaginal posterior a la cesárea ha sido poco evaluado^{1,13}; las estadísticas van desde 15,5%¹ hasta 47,0%¹, con poca incidencia de complicaciones, lo que habla a favor de seguir manteniendo esta conducta.

Tabla 1. Frecuencia de partos y cesáreas. IMAPE 1991		
	N	%
Tipo de parto		
Vaginal	18491	85,42
Cesárea	3155	14,58
Total	21646	100,00
Tipo de cesárea		
Primaria	2500	79,24
Iterativa	655	20,76
Total	3155	100,00

Material y Métodos

Se revisa retrospectivamente las historias clínicas de los 21646 partos realizados en el Instituto Materno Perinatal (IMAPE), ex hospital Maternidad de Lima, durante el año 1991. De éstos, 2141 casos fueron en mujeres con cesárea anterior y, de ellas, 1489 terminaron en parto vaginal. Se seleccionó una muestra al azar de 300 casos que tuvieron parto vaginal; esta muestra corresponde a todos los meses del año.

Resultados

La frecuencia de cesáreas en el IMAPE fue 14,58%. De éstas, 79,24% fueron primarias y 20,76% iterativas. (Tabla 1).

De 2144 pacientes con cesárea anterior, 655 (30,66%) terminaron en cesárea nuevamente. (Tabla 2).

El mayor número de cesáreas se realizó en el grupo etáreo entre 21 y 30 años. El 60,67% de las pacientes cesareadas que dan parto vaginal habían tenido un solo hijo previamente, mientras que las multíparas en conjunto suman 39,93%. El 96% había tenido una sola cesárea anterior. Aquellas pacientes que tuvieron dos y tres cesáreas previas tuvieron parto vaginal porque llegaron al hospital en periodo expulsivo.



Tabla 2. Tipo de parto en cesárea anterior		
Tipo de parto	N	%
Vaginal	1489	69,44
Cesárea	655	30,66
Total	2144	100,00

Tabla 3. Edad materna, paridad, número de cesáreas previas y período intergenésico		
Edad (años)	N	%
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
Total	300	100,00
Paridad (incluye parto actual)		
2	182	60,67
3-4	64	21,33
5-6	43	14,33
7-8	11	3,67
Total	300	100,00
Cantidad de cesáreas		
1	290	96,67
2	7	2,33
3	3	1,00
Total	300	100,00
Período intergenésico		
Menor de 24 meses	56	18,67
25 a 36 meses	65	21,67
37 a 48 meses	55	18,33
Mayor de 48 meses	124	41,33
Total	300	100,00

En la Tabla 3 se aprecia que la incidencia de partos en pacientes con periodo intergenésico menor de 24 meses, es 18,67%, mientras que el mayor de 48 meses es 41,33%.

Tabla 4. Motivo de cesárea anterior		
Diagnóstico	N	%
Sufrimiento fetal	53	17,67
Primigesta podálica	40	13,33
Feto en transversa	35	11,67
Incompatibilidad feto/pelvis	29	9,67
Pelvis estrecha	21	7,00
Placenta previa	21	7,00
Desprendimiento prematuro de placenta	13	4,33
Embarazo gemelar	12	4,00



Ruptura prematura de membranas	11	3,67
Eclampsia	08	2,67
Cesareada anterior	07	2,33
Preeclampsia	05	1,66
Embarazo prolongado	03	1,00
Prolapso de cordón	03	1,00
Ignora la causa	39	13,00
Total	300	100,00

Tabla 5. Diagnóstico de ingreso y tipo de parto vaginal		
	N	%
Diagnóstico		
No Trabajo de Parto (T de P)	157	52,3
T de P-Fase latente	71	23,7
T de P-Fase activa	51	17,0
T. de P-Expulsivo	21	7,0
Total	300	100,0
Tipo de parto		
Eutócico	290	96,7
Fórceps	03	1,0
Vacuum	07	2,3
Total	300	100,0

Como en todas las casuísticas, el sufrimiento fetal causa el mayor porcentaje de cesáreas primarias, en este caso, 17,67%. Las alteraciones en la situación fetal (transversa) y en la presentación fetal (podálica) suman en conjunto 25%. Así mismo, la relación existente entre la pelvis materna y el tamaño fetal equivale a 16,67%.

Respecto al estado del recién nacido, nuestros resultados no tienen diferencia con lo informado previamente^{1,13}, es más, la morbilidad perinatal no varía con respecto a los partos eutócicos en no cesareadas.

De la Tabla 6, queremos resaltar la ausencia de ruptura uterina y dehiscencias de cicatriz anterior. Pero, sí queremos mencionar que hubo dos casos de ruptura uterina dentro del grupo que no correspondió a la muestra seleccionada. Se hizo revisión de cavidad uterina en 90 casos (30%).

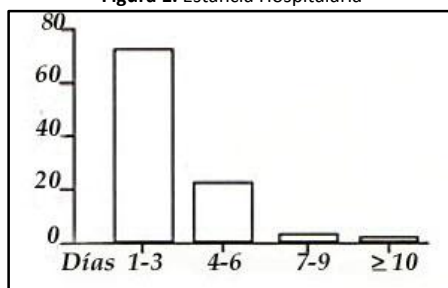
En la figura 1 se aprecia que la estancia hospitalaria mayor es de 1 a 3 días (73%), seguida de la de 4 a 6 días (23,3%).

La incidencia de asfixia severa fue de 3,3% (10 casos), falleciendo posteriormente más del 50% de ellos. HLII) 3 natimortuos. El gran porcentaje (92%) de recién nacidos tuvieron un puntaje Apgar de 8 a 10.

Tabla 6. Complicaciones maternas		
Tipo de complicación	N	%
Infección	6	2,0
Hemorragia (atonía uterina)	2	0,7
Sin complicación	292	97,3
Total	300	100,0



Figura 1. Estancia Hospitalaria



En la Tabla 7 se observa que el peso de los recién nacidos comprendido entre 3000 y 3498 g fue el más frecuente (47,7), seguido del entre 3500 y 3999 g (23,3%).

Discusión

El IMAPE es una institución de aproximadamente 600 camas gineco-obstétricas, con un promedio de 20000 partos al año. Es la institución más grande en su género en nuestro país y una de las más grandes de Latino América. En base a esto, la experiencia especializada es invaluable y debe servir para contribuir a dictar normas que pudieran ser adoptadas por otras instituciones de salud dedicadas a la misma especialidad.

En el IMAPE, las incidencias de cesárea (14,58%) y de cesárea iterativa (20,76%) aún se encuentran por debajo de las de otras instituciones prestadoras de Salud^{1,3,6,9}. Así mismo, el parto vaginal en cesareadas anteriores (69,44%) se encuentra en un porcentaje bueno en relación a estadísticas que van desde 15,5%¹ hasta 78,0%⁵. En nuestro hospital, informes anteriores mencionan el 55,3%¹⁵.

Tabla 7. Peso y puntaje Apgar del recién nacido

	N	%
Peso (g)		
Menos de 2500	27	9,0
2500-2999	56	18,7
3000-3499	143	47,7
3500-3999	70	23,3
Mayor de 4000	4	1,3
Total	300	100,0
Puntaje apgar		
0	3	1,0
1-3	10	3,3
4-7	11	3,7
8-10	276	92,0
Total	300	100,0

El grupo mayoritario de pacientes atendidas se encuentra entre 15 y 25 años (62%), con periodo intergenésico menor de 24 meses (18,7%); el hecho de que el 60,7% fueran segundíparas habla de una población joven, inexperta e ignorante de la planificación familiar, hecho que siempre ha sido característica del IMAPE.

El alto porcentaje (96,7) de parto eutócico y la baja incidencia (0,7%) de complicaciones inmediatas, propias del hecho de ser cesareada, nos dan una idea de la seguridad con que se puede atender un parto vaginal posterior



a cesárea. La ausencia de rupturas uterinas y de dehiscencias de cicatriz, confirman otros informes que registran la ausencia o muy poca frecuencia con que se presentan estos casos, a pesar que a veces se uso oxitocina o prostaglandinas para inducir o estimular el parto^{1,4,5,7,9,14}. Es más, algunos autores sostienen que respecto a la ruptura uterina, no existe diferencias entre ser o no ser cesareada previamente^{2,8}.

Cuando se habla de estancia hospitalaria se refiere directamente a costos. La estancia hospitalaria en las cesáreas es el doble y, en muchas oportunidades, el triple que la del parto vaginal^{3,13}. En nuestro medio, es importante disminuir la estancia hospitalaria porque de esta manera se evita que los hospitales se vean saturados de pacientes y se ocasione altos gastos a las pacientes.

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 69,44%.
3. El 96,6% de partos vaginales posterior a cesárea son eutócicos y 3,3% son instrumentados.
4. El parto vaginal posterior a cesárea tiene una alta seguridad para la paciente, el recién nacido y el profesional, tanto por su porcentaje mínimo de complicaciones, como por su estancia hospitalaria corta.
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.

Referencias bibliográficas

1. Alcántara AR, et al. Parto vaginal en cesareada anterior. Diagnóstico. 1986. 18(4): 101-5.
2. Bedoya JL, et al. A trial of labor cesarean section in patients with 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 26(2): 189-96.
6. Chi Ch, et al. Deliveries after cesarean birth in two Asian University hospitals. Int J Gynecol Obstet. 1983. 21(0); 11-6.
7. Dhall K, et al. Childbirth following cesarean section. Evaluation of a scoring system. Int J Gynecol Obstet. 1987; 25(3): 199-205.
8. López G JR, et al. Roturas uterinas. Rev de Obst y Gin de Venezuela. 1984; 41(4): 283-91.
9. Mock CN, et al. vaginal delivery after previous cesarean section in a rural West African hospital. Int J Gynecol Obstet. 1991; 36(3): 187-193.
10. Mor-Yosef S. et al. Vaginal delivery following one previous cesarean birth: nation wide survey. Asia-Oceania-J- Obstet Gynecol. 1990; 16(1): 33-7.
11. Paques E, et al. Parto vaginal en cesárea anterior. Obstetricia y Ginecología Latino-Americanas, 1983; 41 (5-6): 203-10.
12. Pritchard J, et al. Obstetricia. 3.ª ed. Barcelona (España), Salvat Editores S.A. 1986.



13. Tang BL, Tang PL. Parto en la segundigesta cesárea anterior Hospital Maternidad de Lima. *Ginecología y Obstetricia Perú*. 1992; 38 (12): 33-40.
14. Van Roosmalen J. Vaginal birth after cesarean section in rural Tanzania, *Int J Gynecol Obstet*. 1991; 34(3): 211-5.
15. Yanque MR. Apuntes históricos de la cesárea en el Perú. *Ginecología y Obstetricia Perú*. 1992; 38(12): 83-5.