



Ginecología y Obstetricia

© Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

Ginecol. obstet. 1995; 41 (1): 76-82

Manejo de la gestante con una cesárea previa

[LORENA YUI*](#), VÍCTOR BAZUL*

Resumen

Se realizó un estudio retrospectivo de 1045 pacientes gestantes que tuvieron una cesárea previa y fueron atendidas entre el 12 de enero y el 31 de diciembre de 1992, en el Instituto Materno Perinatal. Se dividió a las pacientes en dos grupos, según que lograron un parto vaginal o fueron sometidas a cesárea de repetición. Se obtuvo una tasa de parto vaginal de 80% entre 561 pacientes a quienes se les permitió una prueba de trabajo de parto. Se realizó parto instrumentado en dos pacientes. Se reintervino por indicación obstétrica absoluta a 475 pacientes (76,70%) y por criterio del examinador a 121 pacientes (20,30%). La principal indicación de cesárea para las pacientes que fallaron la prueba de trabajo de parto fue un sufrimiento fetal (44%). Se encontró dehiscencia de cicatriz uterina en 1,53%. Las complicaciones placentarias fueron acretismo placentario y placenta previa en 0,29% y 1,44%, respectivamente. No hubo muertes maternas. La morbilidad puerperal y los días de hospitalización fueron significativamente mayores en pacientes a quienes se les sometió a nueva cesárea. La morbimortalidad del recién nacido fue similar en los dos grupos de pacientes.

Palabras clave: cesárea, cesárea previa, parto vaginal, trabajo de parto, morbilidad y mortalidad materna, morbilidad y mortalidad perinatal.

Summary

Retrospective study of 1045 pregnant women with one previous cesarean section attended at the Maternal Perinatal Institute from January 1 through December 31, 1992. Patients were divided in two groups according to achievement of vaginal delivery or repeat cesarean section, vaginal delivery was obtained in 80% of 561 patients allowed labor. Instrument delivery occurred in two patients. Repeat cesarean section was performed either because of absolute obstetrical indication in 475 patients (76,7%) or due to the obstetrician's criteria in 121 patients (20,3%). Main indication of cesarean section in patients who failed trial of labor was fetal distress (44%). Uterine wound dehiscence was found in 1,53%. Placental complications included placenta accreta and placenta previa in 0,29% and 1,44 respectively. There were no maternal deaths. More puerperal morbidity and more days of hospitalization were statistically found in patients submitted to new cesarean section. Newborn morbidity and mortality was similar in the two groups.

Key words: cesarean section, previous cesarean section, vaginal delivery, trial of labor, maternal morbidity and mortality, perinatal morbidity and mortality.



Introducción

El manejo de la gestante con una cesárea previa es aún controversial, no existiendo hasta el momento un criterio universal y uniforme acerca de la mejor conducta a seguir en estos casos. Esto condiciona que la tasa de cesáreas de repetición sea alta, pudiéndose evitar muchas de ellas con una prueba de trabajo de parto, que en la mayoría de casos lleva a un parto vaginal exitoso, evitando así el alto costo social y económico que conlleva el efectuar una nueva cesárea, disminuyendo los días de hospitalización y la morbilidad puerperal.

La incidencia de cesáreas en el Instituto Materno Perinatal (IMAPE) ha ido en aumento con los años. En 1962 fue 2,80%, en 1972 4,52%, en 1982 8,76% y en 1992 fue 14,52%, es decir, cada diez años casi se ha duplicado, siendo la cesárea anterior la principal indicación en 23,9% de casos¹. Este incremento de cesáreas llama la atención, ya que si bien la cesárea apareció como un procedimiento para preservar la vida de la madre y del niño, se debería encontrar que conforme aumenta la tasa de cesáreas, debe disminuir la tasa de mortalidad perinatal, pero esto no se observa en nuestro medio².

Tabla 1. Edad materna				
Edad en años	Parto vaginal		Cesárea repetida	
	N	%	N	%
15-19	43	9,6	47	7,9
20-24	142	31,6	192	32,2
25-29	143	31,8	189	31,7
30-34	74	16,5	100	16,8
35-39	36	8,0	57	9,6
40-44	10	2,2	11	1,8
45 y +	1	0,2	11	1,8
Total	449	100,0	596	100,0

Promedio de edad
Chi cuadrado=0,281 26,49 (± 5,69) 26,65 (± 5,64)
p= 0,86 (NS)

El principal objetivo del presente trabajo fue investigar cual es el manejo de la paciente gestante con el antecedente de una cesárea previa que acude al IMAPE, determinando cuáles son sus características, a cuantas se les somete a una prueba de trabajo de parto y cuál es el resultado de esta prueba, cuales son las causas de cesárea de repetición, y las complicaciones que presentan las pacientes y sus productos.

Material y Métodos

Se realizó un estudio retrospectivo revisando las historias clínicas de 1045 pacientes gestantes con antecedentes de una cesárea previa, con o sin partos vaginales, atendidos en el lapso de un año comprendido entre el 19 de enero y el 31 de diciembre de 1992, en el IMAPE.

Se dividió al universo en dos grupos: el primero incluyó 449 pacientes que concluyeron su gestación por vía vaginal y el segundo estuvo conformado por 596 pacientes que fueron sometidas a nueva cesárea. En cada paciente se investigó las siguientes variables: edad, paridad, controles prenatales, edad gestacional, diagnósticos asociados al ingreso, motivo de la cesárea anterior, periodo intergenésico, complicaciones del parto y puerperio, tiempo de hospitalización, peso y Apgar del recién nacido.



Tabla 2. Gravidéz				
N° de embarazos	Parto vaginal		Cesárea repetida	
	N	%	N	%
2	186	41,4	356	59,7
3-6	233	51,9	217	35,4
7 y más	30	6,7	23	3,8
Total	449	100,0	596	100,0
x	3,38		2,89	
D.S.	1,7		1,5	

Tabla 3. Partos vaginales antes de la cesárea				
N° de partos	Parto vaginal		Cesárea repetida	
	N	%	N	%
0	332	73,9	479	80,4
1 - 5	90	20,1	94	15,8
6 y más	2	0,5	1	0,2
No consignado	25	5,5	22	3,6
x	0,45		0,33	
D.S.	1,03		0,89	
p=0,077 (NS)				

Los resultados obtenidos en cada grupo fueron comparados y para examinar las diferencias se aplicó el test estadístico del chi cuadrado. La decisión estadística se tomó con $p < 0,001$.

Resultados

Durante el año 1992, se registró 25608 partos en el IMAPE, las 1045 gestantes con el antecedente de una cesárea previa representaron el 4,08%.

La edad promedio de las pacientes que tuvieron parto vaginal fue 26,6. El mayor índice lo constituyó el grupo etáreo entre 20 y 29 años en ambos grupos (Tabla 1). Las segundigestantes representaron el 51,8% de las gestantes. En el grupo de las pacientes resueltas por cesárea, las segundigestas fueron 59,7%, mientras que en el grupo resuelto por vía vaginal 58,6% eran multigestas (Tabla 2).

Entre las pacientes que fueron reintervenidas, el 80,4% no tuvo parto vaginal anterior, mientras que entre las pacientes que tuvieron parto vaginal el 73,8% no tuvo partos vaginales anteriores (Tabla 3).

El tiempo transcurrido entre la cesárea y el nuevo embarazo fue menor de 12 meses en 4,6%, hubo más casos entre las pacientes que fueron a nueva cesárea (5,87%). (Tabla 4).



Cuadro 4. Período intergenésico				
Período intergenésico	Parto vaginal		Cesárea repetida	
	N	%	N	%
Menor de 12 meses	13	2,9	35	5,9
13 - 18 meses	49	10,9	82	13,8
19 - 24 meses	90	20,1	88	14,8
25 - 36 meses	70	15,7	92	15,4
37 - 48 meses	51	11,4	73	12,3
49 meses y más	173	38,5	214	35,9
No consignado	3	0,7	12	2,0
Promedio	46,0		44,5	
Chi cuadrado			1,045	
p			0,59 (NS)	

Tabla 5. Número de controles prenatales				
N° controles	Parto vaginal		Cesárea repetida	
	N	%	N	%
0	207	46,3	260	43,6
1 - 2	27	6,0	48	8,0
3 - 6	170	37,9	200	33,6
7 y más	45	10,1	88	14,8
Promedio	4,92		5,18	
DS	2,26		2,49	
Chi cuadrado	1,36			
p	0,5 (NS)			

No tuvo control prenatal 44,7% de las pacientes, no existiendo diferencia significativa en el número de controles entre ambos grupos. (Tabla 5).

Tanto en las pacientes con informe operatorio anterior conocido (43,1% de todas las pacientes), como en las que tuvieron parto vaginal (48,1%), encontramos que el diagnóstico más frecuente fue sufrimiento fetal (34,2 y 33,8% respectivamente). La segunda causa fue estrechez pélvica entre las pacientes reintervenidas y presentación pélvica entre las pacientes que tuvieron parto vaginal (Tabla 6).

Entre las complicaciones de la cesárea anterior, observamos complicaciones de tipo infeccioso en 16,3% de las pacientes que fueron reintervenidas y en 18,2 % de las que tuvieron parto vaginal (Tabla 7).

La mayor parte de casos fueron embarazos a término (88%), no existiendo mayor diferencia entre las pacientes que tuvieron parto vaginal o cesárea de repetición (Tabla 8).



Tabla 6. Indicación de la cesárea previa				
Indicación	Parto vaginal		Cesárea repetida	
	N	%	N	%
Sufrimiento fetal	67	33,8	87	34,7
Estrechez pélvica	11	5,6	42	16,7
Presentación podálica	34	17,2	38	15,1
Macrosomía fetal	16	8,1	26	10,4
Desprendimiento prematuro de placenta	16	8,1	12	4,8
Hipertensión inducida por el embarazo	8	4,0	9	3,6
Placenta previa	11	5,6	8	3,2
Trabajo de parto disfuncional	3	1,5	7	2,8
Procidencia de cordón	5	2,5	4	1,6
Ruptura prolongada de membranas	8	4,0	4	1,6
Situación transversa	4	2,0	3	1,2
Condilomatosis	4	2,0	1	0,4
Otros diagnósticos	11	5,6	10	4,0
Total	199	44,3	251	42,1

Tabla 7. Complicaciones de la cesárea anterior				
	Parto vaginal		Cesárea repetida	
	N	%	N	%
Infección de herida	22	11,1	31	12,4
Endometritis	14	7,1	10	3,4
Otras	8	3,2	8	4,0
Ninguna	155	78,6	202	80,5

Entre las complicaciones del embarazo actual la más frecuente fue la ruptura prematura de membranas mayor de 6 horas, siendo mayor la incidencia en el grupo que fue reintervenido (Tabla 9).

Se ofreció una prueba de trabajo de parto a 561 gestantes, encontrándose que 449 tuvieron parto vaginal (79,68%), realizándose sólo dos partos instrumentados (0,19%). La principal indicación de la nueva cesárea fue estrechez pélvica (29,53%), seguida de sufrimiento fetal en 18,96%. (Tabla 10). La primera causa para intervenir a las pacientes que fallaron la prueba de trabajo de parto fue sufrimiento fetal (43,75%), seguida de trabajo de parto disfuncional (18,75%). Debemos mencionar que, en nuestro hospital, no se hace LISO de oxitocina para estimular el trabajo de parto en pacientes con cicatriz uterina. (Tabla 11).

Entre las complicaciones transoperatorias, éstas ocurrieron con mayor frecuencia en el grupo que tuvo parto vaginal, pero las del grupo resuelto por cesárea fueron las más graves. (Tabla 12).

Se realizó revisión de la cicatriz anterior en 189 pacientes que tuvieron parto vaginal (41,83%), encontrándose dos casos de dehiscencia (uno total y otro parcial) de cicatriz uterina (0,44%). Entre las pacientes que fueron reintervenidas, se encontró 14 casos de dehiscencia (2,35%). De estos 16 casos de dehiscencia, 15 se produjeron en incisiones segmentarias transversas bajas y sólo una en cicatriz clásica corporal. De las pacientes con dehiscencia de cicatriz uterina, hubo dos pacientes con periodo intergenésico menor de un año, cuatro entre 13 y 18 meses, una entre 24 y 36 meses, cuatro entre 48 y 60 meses, dos entre 72 y 84 meses y tres con 9 años. Es decir, seis pacientes tenían menos de dos años de periodo intergenésico y 10 pacientes más de dos años.



Tabla 8. Edad del embarazo actual				
Edad (años)	Parto vaginal		Cesárea repetida	
	N	%	N	%
28 - 36	28	6,3	35	5,9
37 - 41	393	87,5	527	88,4
42 y más	28	6,2	34	5,7

Promedio 39,17
 Chi cuadrado 0,49
 p 0,78 (NS)

Tabla 9. Complicaciones del embarazo actual				
Complicación	Parto vaginal		Cesárea repetida	
	N	%	N	%
Ruptura prematura de membranas	40	8,9	71	11,9
Hipertensión inducida por el embarazo	32	7,2	35	5,9
Anemia severa	3	0,7	7	1,2
Infección	7	1,6	4	0,7
Fiebre de origen indeterminado	2	0,4	3	0,5
Hipertensión crónica	1	0,2	1	0,2
Tuberculosis pulmonar	1	0,2	1	0,2
Otras			4	3,2
Total	86	19,2	126	21,1

Entre las complicaciones placentarias, destaca la placenta previa, con incidencia de 1,44% (Tabla 12). La complicación puerperal más frecuente fue la infección de herida operatoria en 56 casos (Tabla 12).

La estancia hospitalaria fue mayor en las pacientes de cesárea de repetición (7,1 días) comparada con la de las de parto vaginal (2,8) (Tabla 12).

Se obtuvo 1057 productos. El promedio de peso fue 3384 g para los nacidos por cesárea y 3319 g para los nacidos de parto vaginal. (Tabla 13).

Tabla 10. Indicación de la cesárea actual		
Indicación	N	%
Estrechez pélvica	176	29,5
Sufrimiento fetal	113	18,9
Macrosomía fetal	74	12,4
Presentación podálica	46	7,7
Período intergenésico corto	35	5,9
Trabajo de parto disfuncional	22	3,7
Ruptura prolongada de membranas	20	3,4
Cesareada anterior	17	2,9



Situación transversa	15	2,5
Inminencia de ruptura uterina	14	2,4
Embarazo gemelar	9	1,5
Desprendimiento prematuro de placenta	8	1,3
Procidencia de cordón	8	1,3
Placenta previa	8	1,3
Distocia funicular	7	1,2
Hipertensión inducida por el embarazo	6	1,0
Mala actitud de presentación	5	0,8
Otras	13	2,2
Total	596	100,0

Tabla 11. Indicación de cesárea en gestantes que fallaron la prueba de trabajo de parto

Indicación	N	%
Sufrimiento fetal	49	43,75
Trabajo de parto disfuncional	21	18,75
Macrosomía fetal	19	16,96
Inminencia de ruptura uterina	9	8,04
Segundo gemelar en transversa	2	1,79
Otras	12	10,71
Total	112	100,0

El índice de productos a término fue 88,04%, de los cuales 6,03% fueron pretérmino y 5,93% postérmino. Los macrosómicos representaron 11,74 de los productos nacidos por cesárea. El Apgar del recién nacido A minuto fue mayor de 7 en 87,23%. Se encontró 1,13% de natimortalidad. Hubo una mayor tendencia en la asfixia en las cesáreas repetidas, sin significación estadística (Tabla 13).

Discusión

La incidencia de pacientes gestantes con el antecedente de una cesárea previa que acuden al IMAPE es 4,05%, la cual es similar a la encontrada por Ronquillo (3,93%)³, pero mucho menor a la informada por autores extranjeros como Chazzote (6,6%)⁶, Farmer (9,35%)¹, Nielsen (8,3%)³⁰, Flamm (8,6%)⁷ y Agüero (8,9%)⁸.

El antecedente de una cesárea previa ha llegado a ser la razón más común para llevar a cabo una operación cesárea en nuestro medio, según un trabajo realizado a nivel nacional por Távara y colaboradores⁹. En 1992, la primera causa de cesárea en el IMAPE fue "cesareada anterior", con 23,99%, lo cual es algo menor a lo encontrado por Gleicher en Estados Unidos¹⁰. Esto ocurre a pesar que muchos informes internacionales han concluido que una historia de cesárea previa no constituye una indicación automática para una cesárea de repetición. La sentencia hecha por Craigin en 1916, de que "después de cesárea, siempre cesárea", actualmente permanece vigente sólo para un grupo pequeño de gestantes, ya que fue promulgada en una etapa de la medicina en la que no se realizaba en forma rutinaria incisiones en el segmento inferior y tampoco se contaba con el arsenal terapéutico actual. Por lo tanto, se hace necesaria una reevaluación de esta doctrina, ya que los riesgos de una cicatriz uterina, como son la mortalidad materna o fetal por rotura uterina, han disminuido drásticamente.



Tabla 12. Complicaciones, morbilidad y estancia hospitalaria				
	Parto vaginal		Cesárea repetida	
	N	%	N	%
Complicaciones maternas transoperatorias				
Desgarro o prolongación de histerotomía	-	-	21	3,5
Hipotonía uterina	9	2,0	6	1,0
Desgarro vaginal	14	3,1	1	0,2
Desgarro de cérvix	2	0,5	-	-
Hematoma vaginal	1	0,2	-	-
Total	26	5,8	28	4,7
Complicaciones placentarias				
Placenta previa	2	0,45	13	2,2
Desprendimiento prematuro de placenta	-	-	9	1,5
Acretismo placentario			3	0,5
Placenta anormalmente adherida	-	-	1	0,2
Retención placentaria	7	1,6	-	-
Alumbramiento incompleto	21	4,7	-	-
Total	29	6,5	26	4,4
Morbilidad materna puerperal				
Infección herida operatoria			56	9,4
Endometritis	5	1,1	10	1,7
Infección urinaria	6	1,3	15	2,5
Endometritis más infección de herida operatoria			11	1,9
Otras	4	0,9	6	1,0
Total	15	3,4	98	16,4
chi cuadrado=2,173				
Tiempo de hospitalización (días)				
1 - 2	222	49,66	5	0,84
3 - 4	191	42,54	60	10,07
5 - 7	27	6,04	363	60,91
8 - 10	6	1,34	116	19,46
11 - 14	3	0,67	41	6,88
15 - 30			11	1,85

Promedio

2,83

7,11

Chi cuadrado = 135,24

p < 0,001 (diferencia significativa)

De los 1045 casos estudiados, 449 tuvieron parto vaginal (42,96%) y 596 fueron reintervenidas (57,04%). Esta tasa de cesáreas de repetición es semejante a la encontrada en otros estudios¹¹⁻¹³, e incluso menor^{3,14-16}. Se realizó sólo dos partos instrumentados con vacuum extractor (0,19%), lo cual es mucho menor a la tasa informada en otros estudios (23%)^{11,16,17}. Durante mucho tiempo se aconsejó disminuir al mínimo el segundo periodo del trabajo de parto mediante instrumentación con vacuum o fórceps, pero, actualmente no se considera imperativo¹⁸.

La indicación de la cesárea previa más frecuente fue sufrimiento fetal en 34,6% de las pacientes que terminaron su embarazo por cesárea y en 33,84% de las que tuvieron parto vaginal. Esto contrasta con los estudios de otros autores, quienes señalan como primera causa de la cesárea anterior, la desproporción cefalopélvica (16,17%) y las distancias de presentación¹⁸. La segunda causa entre las pacientes de cesárea es la estrechez pélvica y en las de parto vaginal es la presentación podálica, seguida de macrosomía fetal y desprendimiento prematuro de



placenta. Es decir que, entre las pacientes de parto vaginal, hubo mayor frecuencia de indicaciones fortuitas de cesárea, lo que no necesariamente se debía repetir en los embarazos subsiguientes.

Tabla 13. Peso y Apgar al nacer				
Peso (g)	Parto vaginal		Cesárea repetida	
	N	%	N	%
Menos de 1500			1	0,17
1500-1999	2	0,44	4	0,66
2000-2499	14	3,11	24	3,97
2500-2999	58	12,89	105	17,35
3000-3499	213	47,12	224	37,02
3500-3999	136	30,22	176	29,09
4000 y más	29	6,44	71	11,74
Total	452	100,0	605	100,0
Chi cuadrado =2,36 p 0,45 (NS)				
Apgar al nacer				
0	1	0,22	11	1,82
1 - 4	4	0,88	25	4,13
5 - 7	30	6,66	64	10,58
8 -10	417	92,66	505	83,47
Total	450	100,0	605	100,00
Promedio	3319,74		3384,73	
Chi cuadrado	3,77			
p	0,15 (NS)			

Algunos autores han mencionado que las complicaciones infecciosas de la cesárea anterior eran importantes como causas predisponentes de la dehiscencia de cicatriz uterina; pero, en este estudio, complicaciones infecciosas en a pesar que hubo 17,1% de las pacientes, sólo se encontró una dehiscencia de cicatriz uterina en una paciente con antecedente de infección de herida operatoria. Además, se observa que el antecedente de endometritis postcesárea fue más frecuente en las pacientes que tuvieron parto vaginal (7,07%) que en las que fueron reintervenidas (3,98%). Por lo cual podemos afirmar que, en nuestro trabajo, no se encontró una relación directa entre las complicaciones postoperatorias infecciosas de la primera cesárea y la dehiscencia de cicatriz uterina en la gestación subsiguiente.

La complicación más frecuente en el momento del ingreso fue la ruptura de membranas mayor de seis horas, que se encontró en 11,99% de las pacientes que tuvieron cesárea de repetición y en 8,995% de las que tuvieron parto vaginal. Esto concuerda con otros estudios nacionales¹⁹.

Cuatrocientos cuarentiocho pacientes fueron reintervenidas sin ser sometidas a una prueba de trabajo de parto (46,32%) y la principal causa fue estrechez pélvica (36,36%). Observamos, además, en este estudio, que hubo indicación absoluta de cesárea en 76,7% de los casos; en el resto, se debió a criterio del cirujano (periodo intergenésico corto trabajo de parto disfuncional, ruptura prolongada de membranas, cesareada anterior) y que difiere mucho de acuerdo al servicio que maneje a la paciente.

De acuerdo al presente estudio, se ofreció prueba de trabajo de parto al 53,58% de las gestantes con una cesárea previa y se obtuvo una tasa de parto vaginal de 80%. La tasa de parto vaginal exitoso en pacientes a quienes se les ofrece una prueba de trabajo de parto varía de 8 a 74% en la literatura revisada^{1,3,1,16,17,20} a que es menor a la encontrada en nuestro hospital.

En 112 pacientes falló la prueba de trabajo de parto y tuvieron que ser reintervenidas; la primera causa de falla fue sufrimiento fetal (43,75%). Según Finley", las cesáreas de emergencia en pacientes sometidos a trabajo de parto se presentan en 1,6% de casos, pero en nuestro estudio se encontró que se realizó cesárea de emergencia en 11,05% de las 561 pacientes sometidas a prueba de trabajo de parto. Esto debe hacernos pensar que, quizás,



se está abusando de las cesáreas de repetición en nuestro hospital, ya que no se cuenta con monitoreo fetal intraparto, no se realiza medición del pH capilar del feto ni se lleva a cabo una ecografía que nos permita valorar el perfil biofísico ecográfico, por lo cual el diagnóstico de sufrimiento fetal se realiza solamente por hallazgo de líquido meconial o de bradicardia fetal.

También debemos señalar que, en nuestro hospital, no se acostumbra el uso de solución de oxitocina para estimular el trabajo de parto en las pacientes con antecedente de cesárea previa, a pesar que muchos autores han descrito que su uso en condiciones adecuadas es inocuo tanto para madre como para el feto^{22,23}.

Las complicaciones más graves durante el parto vaginal fueron: la rotura uterina (un caso, requirió laparotomía e histerectomía) y dehiscencia parcial (un caso, cuyo manejo fue conservador). Entre las pacientes en que falló la prueba de trabajo de parto, se encontró durante la cesárea ocho roturas uterinas; en todas ellas sólo se hizo sutura del defecto. Entre las pacientes no sometidas a prueba de trabajo de parto hubo seis roturas uterinas y se realizó histerectomía en una sola de ellas. Se ha informado^{6,24} que la tasa de rotura uterina varía entre 0,4 y 0,6%; en nuestro estudio fue 1,53%. Otros autores también refieren que la muerte materna o fetal por rotura uterina es poco frecuente y que el riesgo es mayor en casos de hemorragia por placenta previa o desprendimiento prematuro de placenta, como se demuestra en nuestro estudio.

Las complicaciones placentarias fueron más frecuentes en el grupo de parto vaginal, pero mucho más graves en el grupo de cesárea de repetición. El desprendimiento prematuro de placenta se presentó en 1,51% de las pacientes de cesárea, lo cual es semejante a lo encontrado en la población general²⁵, mientras que tanto la placenta previa²⁶ (con una incidencia de 2,18%) como el acretismo placentario²⁷ es mucho mayor a lo encontrado en la literatura. Esto se explicaría porque la cicatriz uterina influye en el sitio de la implantación y altera la fisiología del segmento uterino, contribuyendo de esta forma a la aparición de mayores complicaciones placentarias en estas pacientes.

Las pacientes de cesárea presentaron mayores y más graves complicaciones durante el puerperio; la más frecuente fue la infección de herida operatoria, que es mucho mayor a lo descrito en la literatura²⁸. La incidencia de endometritis postcesárea (1,5%) es baja, ya que se informa tasas entre 6 y 18% en otros estudios²⁹.

En nuestro estudio no hubo ningún caso de muerte materna, en contraste a lo señalado por otros autores que señalan que la mortalidad materna por cesárea es 3 a 8 veces mayor que la relacionada con el parto vaginal, señalándose de 1 por 500-1000 en cesáreas de repetición y de 1 por 2000-4000 en parto vaginal³⁰.

El promedio de días de hospitalización fue 7,11 para las pacientes de cesárea y 2,83 para las de parto vaginal. Esto es importante, porque la disminución de los días de hospitalización reduce el costo por paciente y también el número de complicaciones puerperales, lo cual redundará en beneficio directo para la paciente y, por ende, para la institución.

También debe recordarse que ni el parto vaginal ni la cesárea electiva de repetición carecen de riesgos para el feto. Según Flamm⁷, la mortalidad perinatal corregida es de 0,5 por mil embarazos en productos de pacientes sometidas a prueba de trabajo de parto; e, incluso, hay informes paradójicos de que la cesárea de repetición puede tener mayor morbimortalidad fetal que con la prueba de trabajo de parto y el parto vaginal³¹. En nuestro trabajo, sólo se ha tomado en cuenta la mortalidad perinatal inmediata, que es de 11,4 por mil, debiendo señalar que diez productos eran óbitos fetales en el momento de su ingreso al hospital; se produjo una muerte fetal en una paciente sometida a prueba de trabajo de parto (mortalidad perinatal de 1,7 por mil) y una muerte fetal en una paciente que no fue sometida a trabajo de parto (mortalidad perinatal de 2,2 por mil). Lamentablemente, no se pudo realizar un seguimiento adecuado de los recién nacidos para establecer la mortalidad perinatal corregida.

Se concluye que es aconsejable someter a una prueba de trabajo de parto a toda gestante con antecedente de una cesárea previa en quien no existe contraindicación obstétrica absoluta, ya que es un procedimiento seguro que puede llevar a un parto vaginal exitoso, con menor morbilidad que la cesárea de repetición. Asimismo, debemos dejar de lado la costumbre de realizar instrumentación del parto en estas pacientes, ya que no es necesario. Finalmente debemos concluir que el periodo intergenésico corto (menos de dos años transcurridos entre la cesárea anterior y el nuevo parto) no es contraindicación para someter a prueba de trabajo de parto a una gestante con cesárea previa, por lo que se debe hacer una reevaluación de esta conducta que incrementa los índices de cesárea en nuestro medio.



Referencias Bibliográficas

1. Informes del Departamento de Estadística del instituto Materno Perinatal.
2. Távara L cesárea en el Perú: Presente y Futuro. Ginecología y Obstetricia, Perú. 1993; 3415: 50-6.
3. Ronquillo I. Parto vaginal en pacientes con antecedentes de cesárea previa. Estudio retrospectivo de los casos atendidos en los últimos cinco años en el Hospital Arzobispo Loayza. Tesis Bachiller; 1984.
4. Farmer et al. uterine rupture during trial of labor after previous cesarean section. Am J Obstet Gynecol 1991; 165: 900-1001
5. Thorkild N, et al. Rupture and dehiscence of cesarean section scar (during pregnancy and delivery. Am j Obstet Gynecol 1989: 160: 569-73.
6. Chazzote et al. Catastrophic Complications of previous cesarean section. Am j Obstet Gynecol 1990; 163:738-742.
7. Flamm et al. Vaginal birth after cesarean section: results of multicenter study. Am j Obstet Gynecol 1989; 1119-23.
8. Agüero O. Utero cicatricial grávido. Rev Obstetricia y Ginecología de Venezuela 1979. 340) : 18-20.
9. Távara L Epidemiología de la cesárea en el Perú. Trabajo presentado al XI Congreso peruano de Ginecología y Obstetricia. 53-59.
10. Gleicher N. Cesarean section in the United States. JAMA 1984; 252: 3173-276.
11. Tejerina P. Parto vaginal en gestantes con antecedente de cesárea previa en el Hospital Cayetano Heredia de Lima. Tesis Bachiller. 1986
12. De Joregez et al. Parto vaginal vs. cesárea en cesareada anterior. Rev. Obstetricia y Ginecología de Venezuela. 1979; 34(2): 70-4.
13. Rosen et al. Vaginal birth after cesarean section: a metaanalysis of morbidity and mortality. Obstet Gynecol 1991; 77(3): 465-70.
14. Pickhardt et al. Vaginal birth after cesarean delivery: are they useful and valid predictors of success or failure: Am J Obstet Gynecol 1992. 166:1811-9.
15. Vereau et al. Parto vaginal en cesareada anterior. Trabajo presentado al X Congreso Peruano de Ginecología y Obstetricia. 1990.
16. García Luna J. Manejo de un paciente obstétrica con antecedente de una cesárea. Análisis de 1527 casos. Rev. de Ginecología y Obstetricia Mexicana 1979; 31 (269).
17. Gómez Piña et al. Cesárea previa Clínica. Rev. de Ginecología y Obstetricia Mexicana 1972; 27(191) 251-60.
18. Lavin et al. Vaginal delivery in patients with it prior cesarean section. Obstet Gynecol 1982; 59: 135-9.
19. Tang L. Parto en la segundigesta cesareada anterior. Ginecología y Obstetricia, Perú. 1992; 38: 12.
20. Yetman et al. Vaginal birth after cesarean section: it reappraisal of risk. Am j Obstet Gynecol 1989; 161: 1119-23.
21. Finley et al. Cesárea de emergencia en pacientes que tuvieron prueba de trabajo de parto con cicatriz uterina transversa baja. Am J Obstet Gynecol 1986; 155: 936-9.



22. Flamm et al. Oxitocin during labor after previous cesarean section: results of a multicenter study. *Obstet Gynecol* 1987; 70: 709-12.
23. Silver et al. Predictors of vaginal delivery in patients with it previous cesarean section who require oxitocin. *Am J Obstet Gynecol* 1987; 156: 57-60.
24. Nielsen et al. Rupture and dehiscence of cesarean section scar during pregnancy and delivery. *Am J Obstet Gynecol* 1989; 160:569-73.
25. Lowe O, et al. Desprendimiento prematuro de placenta, *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Urgencias en Obstetricia* 1991; 3: 395-401.
26. Lavery J. Placenta Previa. *Clin Obstétricas y Ginecológicas. Urgencias en Obstetricia* 1991; 3: 103-9.
27. Read et al. Placenta accreta: changing clinical aspects and outcome. *Obstet Gynecol* 1980; 56: 31-5.
28. Targett C. Cesarean section and trial of car. *Aust N Zj Obstet Gynecol* 1988; 219-62.
29. Green et al. Risk factors associated with post-cesarean section febrile morbidity. *Obstet Gynecol* 1977; 49: 585-8.
30. Nielsen et al. Postoperative cesarean section morbidity: a prospective Study. *Am J Obstet Gynecol* 1983; 146: 911-9.
31. Phelan et al. Vaginal birth after cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 1987; 157: 1510-5.