



## Ginecología y Obstetricia

© Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

**Ginecol. obstet.** 2001; 47 (3) : 193-197

### **Parto vaginal en cesareada anterior dos veces. Hospital San Bartolomé**

Guillermo [de la Vega](#), Luis Gómez, Fernando Bautista, Jack Ludmir

#### **RESUMEN**

Presentamos tres casos de gestantes a término con el antecedente cada una de haber sido cesareada anterior en 2 ocasiones, a quienes se les ofreció la oportunidad de parto por vía vaginal en la gestación actual. Se evalúa y revisa el tipo de cesárea previa, las indicaciones y contraindicaciones para parto vaginal en cesárea anterior, solicitando el consentimiento informado por parte de la paciente. Así mismo, se evalúa el trabajo de parto, el parto y el desarrollo neonatal temprano y tardío.

**Palabras claves:** Parto vaginal; Cesárea previa.

#### **SUMMARY**

We present three cases of pregnant women each with history of two previous cesarean sections to whom we offered trial of labor. Following patient's informed consent, we considered type of previous cesarean section, indications and contraindications for trial of labor, as well as early and late neonatal development care.

**Key words:** Trial of labor; Previous cesarean delivery.

#### **INTRODUCCIÓN**

El parto vaginal en pacientes con el antecedente de cesárea anterior ha sido aceptado como una manera de disminuir la tasa de cesáreas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé (HSB). En la década del '60, la tasa promedio de cesárea en el HSB era de aproximadamente 14%. En los últimos cinco años se ha incrementado a 27%. Mensualmente, en el HSB se atiende un promedio de 536 partos. De estos, 148 son cesáreas, 78% primaria y 22% tipo iterativa. Entre las principales causas de cesárea, se encuentran la presentación en pelviana (12%), desproporción cefalopélvica (10%), fracaso en la inducción del parto (8%), restricción del crecimiento intrauterino (8%) y cuadros de hipertensión inducida por la gestación (7%).

Aunque en varios países industrializados existe consenso de ofrecer la oportunidad de parto vaginal después de una o dos cesáreas previas (cesárea segmentaria), en nuestro país es aún un tema en debate y de mucha controversia. Desde hace casi



siete años, se viene ofreciendo el parto vaginal a la gran mayoría de nuestras pacientes con el antecedente de cesárea anterior una vez, siguiendo las recomendaciones enmarcadas en nuestro manual de normas y procedimientos de obstetricia.1.

La Jefatura de Obstetricia y Ginecología del HSB, sobre la base de los protocolos del Hospital de Pennsylvania de EU de A, con respecto a la atención del parto vaginal en pacientes con una o más cesáreas previas<sup>2</sup>, busca disminuir la tasa de cesárea iterativas, así como de cesárea primaria. Se identifica las causas básicas, para tomar acciones preventivas durante el cuidado prenatal, como lo son la versión cefálica externa en primigestas con feto en pelviana y el uso racional de inductores de la maduración cervical, entre otras, logrando con ello disminuir la morbilidad asociada a la cesárea, estancia hospitalaria y costos, tanto para las pacientes como para los Hospitales del Ministerio de Salud.<sup>3</sup>

Por tal motivo, presentamos tres casos, atendidos en un mes, de parto vaginal en pacientes con dos cesáreas anteriores, incorporando con ello las consideraciones clínicas y recomendaciones que se deberá tomar en cuenta para el manejo óptimo del trabajo de parto, así como los riesgos y beneficios del mismo.

### **Caso 1**

Paciente de 38 años procedente de Lima, gestante de 38,5 semanas, con cinco controles prenatales en el HSB, desde la semana 26 hasta la 37,5, quién acudió el 2 de mayo de 2001 a Emergencia del HSB, por presentar contracciones uterinas esporádicas.

Fecha de última regla (FUR) 04/08/2000. Fecha probable de parto 11/05/2001, edad gestacional 38,5 semanas, cesareada anterior dos veces: 1996, cesárea segmentaria transversa primaria, por feto macrosómico, en el HSB, histerorrafia en dos planos; 1997, cesárea segmentaria transversa iterativa por inducción del trabajo de parto fallida, cesareada anterior una vez, período intergenésico corto, en HSB.

No presentaba enfermedades crónicas ni intercurrentes de la gestación. Antecedentes familiares no contributorios.

Al ingreso, presión arterial 120/80 mmHg, frecuencia cardiaca 80 latidos/minuto, frecuencia respiratoria 20 respiraciones/minuto; temperatura 36,5°C. Abdomen ocupado por útero grávido. Reflejos osteotendinosos 2+/4+.

Al examen ginecoobstétrico, altura uterina 34,5 cm, feto en longitudinal cefálica izquierda, 140 latidos/minuto, no se auscultó soplo funicular. La dinámica uterina era cada 10 minutos, de moderada intensidad y de 25 segundos de duración. Ponderado fetal 3450 g. No había sangrado vaginal ni pérdida de líquido por vagina. Al tacto vaginal, cérvix incorporado 80%, 1 cm de dilatación y altura de la presentación fetal a 4 cm por encima de las espinas ciáticas. Membranas ovulares íntegras, pelvimetría ginecoide.

**Resto del examen clínico normal.**

**Exámenes auxiliares:**

El 08/02/01, Papanicolaou negativo



El 26/02/01: Ecografía obstétrica, gestación de 31 semanas; placenta posterior grado I, de 24 mm de espesor; longitud del cérvix 38 mm, orificio cerrado; feto en longitudinal cefálica izquierdo; morfología de órganos fetales ecográficamente normal; volumen de líquido amniótico normal.

El 02/05/01 (fecha de ingreso): Hematócrito 33%, plaquetas 250 000/mm<sup>3</sup>. Grupo O, factor Rh positivo. VDRL no reactivo. VIH negativo. Sedimento urinario normal. Tiempo de coagulación cinco minutos. Tiempo de sangría dos minutos.

El 03/05/01 (primer día del puerperio): Hematócrito 28%.

Evaluado el caso con el equipo de la guardia y el Jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia del HSB, y no habiendo contraindicaciones para el parto vaginal, se le informó a la paciente la posibilidad del parto por esta vía, mediante consentimiento informado firmado por la paciente y su cónyuge, así como los médicos a cargo.

Se coordinó con los anestesiólogos de guardia y con el médico encargado del banco de sangre, acerca de la posibilidad de intervenir quirúrgicamente de emergencia a la paciente, si se presentara algún problema durante el trabajo de parto. Se mantuvo a la gestante y al feto en monitorización electrónica continua, durante todo el trabajo de parto.

Se canalizó a la paciente una vía endovenosa manteniendo, al feto en monitor electrónica continua, la que no presentó desaceleraciones ni alteraciones en el trazado.

El trabajo de parto se mantuvo en evolución espontánea hasta una dilatación cervical de 4 cm y una altura de presentación de 3 cm por encima de las espinas ciáticas, momento en el cual se realizó una ruptura artificial de membranas, obteniéndose un líquido amniótico claro.

A las 4 horas de su ingreso, se evidencia detención de la dilatación, por lo que se decidió estimular el trabajo de parto con oxitocina con un goteo hasta 10 miliunidades por minuto. Observando que la curva de trabajo de parto cursó con una gráfica normal, se mantuvo la estimulación con oxitocina a 10 miliunidades por minuto, hasta el expulsivo.

Se decidió instrumentar el parto con la finalidad de acortar el expulsivo (vacuum extractor), obteniéndose un recién nacido de 3750 g, Apgar 9 al minuto y 9 a los 10 minutos. Líquido amniótico claro, cordón umbilical de 60 cm de largo por 2 cm de grosor, sin alteraciones.

Período de dilatación 8 horas, expulsivo 45 minutos, alumbramiento 10 minutos.

La paciente y su recién nacido fueron dados de alta al segundo día de hospitalización, en buenas condiciones.

## **Caso 2**

Paciente de 27 años procedente de Lima, gestante de 38 semanas, con 6 controles prenatales en Centro de Salud de Villa María del Triunfo, desde la semana 18 hasta la 38, quien acudió el 2 de mayo de 2001 a Emergencia del HSB transferida por médico particular, por presentar contracciones uterinas frecuentes.



Fecha de última regla (FUR) 09/08/2000. Fecha probable de parto 16/05/2001. Edad gestacional, 38 semanas. Cesareada anterior dos veces: 1995 Cesárea segmentaria transversa primaria por feto en pelviana en el Hospital Cayetano Heredia; histerorrafia en dos planos, sin morbilidad durante el puerperio; 1996 cesárea segmentaria transversa iterativa por cesareada anterior una vez y período intergenésico corto, en el Hospital Cayetano Heredia. No presentaba enfermedades crónicas ni intercurrentes de la gestación. Antecedentes familiares no contributorios.

Al ingreso, presión arterial 120/70 mmHg; 82 latidos/min, 18 respiraciones /min; temperatura 37°C. Abdomen ocupado por útero grávido. Reflejos osteotendinosos 2+/4+.

Examen ginecoobstétrico, altura uterina 33,5 cm, feto en longitudinal cefálica derecho, 140 latidos/min, ponderado fetal 3350 g. No se auscultó soplo funicular. Dinámica uterina cada 3 minutos, de intensidad moderada y de 30 segundos de duración. No sangrado vaginal ni pérdida de líquido. Tacto vaginal: cérvix incorporado 90%, 2 cm de dilatación y una altura de la presentación fetal a 3 cm por encima de las espinas ciáticas. Membranas ovulares íntegras, pelvimetría ginecoide. Resto del examen clínico normal.

### **Exámenes auxiliares**

El 05/01/01, examen Papanicolaou negativo.

El 28/09/00, ecografía obstétrica con diagnóstico de gestación de 7,5 semanas.

El 05/04/01, la ecografía obstétrica muestra una gestación de 36,5 semanas y placenta posterior grado II. Feto en longitudinal cefálico izquierdo. Morfología de órganos fetales ecográficamente normales. Volumen de líquido amniótico normal.

El 02/05/01 (fecha de ingreso), hematócrito 30%, plaquetas 29 2000/mm<sup>3</sup>, grupo O, factor Rh positivo; VDRL no reactivo, VIH negativo; sedimento urinario normal; tiempo de coagulación 5 minutos, tiempo de sangría 1,5 minutos.

El 03/05/01 (primer día del puerperio), hematócrito 25%.

El procedimiento fue similar al caso 1. El trabajo de parto se mantuvo en evolución espontánea hasta una dilatación cervical de 6 cm y una altura de presentación a nivel de las espinas ciáticas, momento en el cual se realizó una ruptura artificial de membranas, obteniéndose un líquido amniótico claro.

A las siete horas de su ingreso, se evidencia una detención de la dilatación, por lo que se decidió estimular el trabajo de parto con oxitocina, con goteo hasta 4 miliunidades por minuto. Observando que la curva de trabajo de parto cursó con una gráfica normal, se mantuvo la estimulación con oxitocina a 4 miliunidades por minuto hasta el expulsivo.

Se decidió instrumentar el parto con la finalidad de acortar el expulsivo (vacuum extractor), obteniéndose un recién nacido de 3450 g,

Apgar 8 al minuto y 9 a los 10 minutos. Líquido amniótico claro, cordón umbilical de 80 cm de largo por 2 cm de grosor, sin alteraciones.

Período de dilatación de 9:30 horas, periodo expulsivo de 35 minutos y alumbramiento de cinco minutos.



La paciente y su recién nacido fueron dados de alta al segundo día de puerperio en buenas condiciones.

### **Caso 3**

Paciente de 32 años procedente de Arequipa. Gestante de 40,5 semanas, con cuatro controles prenatales en Centro de Salud de Arequipa, desde la semana 22 hasta la 39, quién acudió el 14 de mayo de 2001 a emergencia del HSB, por haber presentado ruptura espontánea de membranas dos horas antes de su ingreso al hospital, asociada a contracciones uterinas frecuentes.

Fecha de última regla, 03/08/2000. Fecha probable de parto 10/05/2001. Edad gestacional 40,5 semanas. Cesareada anterior dos veces: en 1990, cesárea segmentaria transversa primaria en el HSB por trabajo de parto disfuncional, RPM mayor de 24 horas, histerorrafia en dos planos, sin morbilidad al alta; 1993, cesárea segmentaria transversa iterativa por cesareada anterior una vez y "pelvis estrecha" en clínica particular. No presentaba enfermedades crónicas ni intercurrentes de la gestación. Antecedentes familiares no contributorios.

Al ingreso, presión arterial 140/90 mmHg, 80 latidos/minuto, 20 respiraciones /minuto; temperatura 36,5°C. Abdomen ocupado por útero grávido. Reflejos osteotendinosos 2+/4+.

Al examen ginecoobstétrico, altura uterina 36,5 cm, feto en longitudinal cefálica izquierdo, 134 latidos/min, no se auscultó soplo funicular. Ponderado fetal 3500 g. Dinámica uterina cada cinco minutos, de moderada intensidad y de 30 segundos de duración. No sangrado vaginal, no pérdida de líquido. Al tacto vaginal, cérvix incorporado 80%, 2 cm de dilatación y una altura de la presentación fetal a 4 cm por encima de las espinas ciáticas. Membranas ovulares rotas, líquido amniótico verde claro fluido sin mal olor. Pelvimetría ginecoide. Resto del examen clínico normal.

### **Exámenes auxiliares**

14/05/01 (a su ingreso): Hematócrito 33%, leucocitos 11200 por mL, 3% de abastionados, plaquetas 234 000 por mL; urea 19 mg/dL, creatinina 0,69 mg/dL, ácido úrico 4,40 mg/dL; transaminasa glutamicaoxalacética 20 U/L, transaminasa glutamicapirúvica 11 U/L, RPR no reactivo, VIH negativo, fibrinógeno 5,30 g/L, PTTA 32,9 seg, tiempo de coagulación 5 minutos, tiempo de sangría 2 minutos.

El 15/05/01 (día 1 del puerperio), hematócrito 28%.

Procedimiento: Se canalizó vía endovenosa periférica, pasando solución salina al 9 por mil. Se realizó monitorización fetal electrónica continua durante todo el trabajo de parto en la unidad de bienestar fetal. El trabajo de parto se mantuvo en evolución espontánea hasta una dilatación cervical de 4 cm y una altura de presentación de 3 cm por encima de las espinas ciáticas. La presión arterial se mantuvo estable, en límites de 120/80 a 130/90 mmHg.

A las tres horas de ingreso, se evidencia detención de la dilatación y se decide estimular el trabajo de parto con oxitocina, con un goteo hasta 6 mU por minuto, e instrumenta el parto con fórceps, con la finalidad de acortar el expulsivo. Recién nacido de 3810 g, Apgar 8 al minuto y 9 a los 5 minutos. Líquido amniótico verde claro fluido, placenta de 500 g, que presentó alumbramiento prolongado (40 minutos), indicándose la extracción manual. Período de dilatación de 6 horas y expulsivo de 15 minutos. La paciente y su recién nacido fueron dados de alta al segundo día de puerperio, en buenas condiciones.



## DISCUSIÓN

El Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia, en su Guía de Manejo Clínico publicada en 1999, hace mención de los riesgos implicados en el parto vaginal, en gestantes con antecedentes de cesárea previa, por lo que publica nuevas consideraciones clínicas y recomendaciones para esta práctica.

¿Cuáles son las candidatas a las que se les puede ofrecer parto vaginal en cesárea anterior una o dos veces?

Toda mujer que no tiene contraindicaciones para el parto vaginal y con incisión uterina transversa baja, sin importar si tuvo una o dos cesáreas previas, considerando que el riesgo de ruptura uterina aumenta con el número de cesáreas previas.

Los siguientes son criterios de selección útiles para identificar las candidatas para parto vaginal después de una o dos cesáreas previas:

- a. Una o dos cesáreas anteriores transversas bajas.
- b. Pelvimetría ginecoide.
- c. Ausencia de otro tipo de cirugía uterina o ruptura previa.
- d. Personal médico y paramédico disponible ante cualquier evidencia de ruptura uterina.
- e. Disponibilidad de anestesiólogo para una cesárea de emergencia.

¿Cuáles son las contraindicaciones para el parto vaginal después de una o dos cesáreas?<sup>4</sup>

Las circunstancias en las que no se recomienda dar trabajo de parto en cesareadas anteriores son:

- a. Antecedentes de cesárea clásica, incisión en "T".
- b. Pelvis estrecha.
- c. Complicaciones médicas u obstétricas que contraindiquen el parto vaginal.
- d. Imposibilidad de realizar una cesárea de emergencia, ante la falta de disposición de sala de operaciones, personal de anestesiología u otra facilidad.

¿Cómo debe ser manejado el trabajo de parto?

- a. Se evalúa clínicamente al paciente mediante el puntaje de Flamm-Geiger<sup>7</sup> (Tabla 1).
- b. La analgesia epidural no es una contraindicación, raramente enmascara los signos y síntomas de una ruptura uterina.
- c. Manejo intraparto: Se recomienda monitorización electrónica continua.
- d. La inducción o estimulación con oxitocina no ha sido relacionada con ruptura o dehiscencia de cicatriz previa, siempre que se la utilice moderadamente.
- e. Parto: Se recomienda acortar el expulsivo, vigilar el sangrado excesivo y los signos de hipovolemia posparto.

En los casos presentados, se observa que las tres pacientes cumplieron con los criterios de selección para parto vaginal (Puntaje de Flamm-Geiger = 5; 77% de éxito en el parto vaginal). En los tres casos se contó con los reportes de las cesáreas anteriores, en los que se detalló los tipos de incisiones uterinas. En la paciente del caso 3, quien presentó ruptura de membranas y líquido amniótico verde fluido, fue de vital importancia la monitorización fetal electrónica continua en la evaluación del bienestar fetal. Ninguna de las tres pacientes presentaron alteraciones en la monitorización electrónica intraparto ni trabajo de parto disfuncional, que no fuese



corregido por la estimulación racional con oxitocina. La atención del parto asistido con vacuum en dos casos y fórceps en otro, a cargo de nuestros residentes, cumplieron con su finalidad de acortar el expulsivo. Los tres recién nacidos no presentaron secuela neonatal temprana ni tardía.

<b>Variable</b>	<b>Puntuación</b>
Menores de 40 años	2
Parto vaginal antes y después de sus cesáreas	4
Parto vaginal después de la cesárea	2
Parto vaginal antes de sus cesáreas	1
No parto vaginal	0
La primera cesárea realizadas por otras causas menor DCP	1
Cérvix > 75% a la admisión	2
Cérvix 25-75% a la admisión	1
Cérvix < 25% a la admisión	0
Cérvix dilatado $\geq$ 4 cm a la admisión	1

Creemos, al igual que otros autores<sup>5,6</sup>, que el parto vaginal después de una o dos cesáreas previas, protocolizado y avalado por un consentimiento informado ofrecido a la paciente y llevado a cabo en hospitales de nuestro país, que cumplan con los requerimientos técnicos y de personal especializado, como se detalla al inicio de la discusión, es de vital importancia en la disminución de los costos que acarrea una cesárea iterativa a las pacientes y a las instituciones que brindan servicios de salud, así como la disminución de la estancia hospitalaria y de la morbilidad maternoperinatal.

Agradecimiento a los doctores Santiago Cabrera, Pedro Mejía, Guillermo Vásquez, Emilio Esteves, Adolfo Villavicencio, Pamela Vargas, Pilar Mendoza, Manuel Pérez, Gonzalo Llana.

### **Referencias Bibliográficas**

1. Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital San Bartolomé. Manual de Normas y Procedimientos en Obstetricia, Lima 1994
2. 2000 Compendium of Selected Publications The American College of Obstetricians and Gynecologist. Women's Health Care Physicians. Washington USA 2000.
3. Tavera L. Operación Cesárea. En: Ludmir A, Cervantes R, Castellano ed. Ginecología y Obstetricia. Primera edición. Lima: Concytec; 1996: 521-7.
4. Murphy G, Iffy L. Rates of cesarean section and neonatal mortality. Aus NZ J Obstetrics and Gynecol 1992; 32:203-5.
5. Myers SA, Gleicher N. A successful program to a lower cesarean- section rates. N Engl J Med 1988;319:1511-6.
6. Stafford RS. Alternative strategies for controlling rising cesarean section rates. JAMA 1990;263:683-7 (Level III).
7. Turrentine J, Aviles M, Novak J. Clinical Protocols in Obstetrics and Gynecology. First Edition. UK: The Parthenon Publishing Group. 2000:185.