

# PARTO VAGINAL POSCESÁREA. EXPERIENCIA EN TRUJILLO



Karín Romero, César Herrera, Ninoska Rojas, Lucio E. Romero, Carlos Irribarren

### RESUMEN

**OBJETIVO:** Evaluar el manejo de las pacientes con antecedente de cesareada anterior. **DISEÑO:** Método descriptivo. **LUGAR:** Hospital IV Víctor Lazarte Echegaray, EsSalud, Trujillo. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Pacientes sometidas a cesárea en el período mayo de 1999 a abril de 2000. **RESULTADOS:** Se estudió 1322 partos; de las 618 cesáreas, 195 tenían antecedente de cesareada anterior una vez, de las que se seleccionó 97; de ellas, 40,2% tenía entre 26 y 35 años. Las causas más frecuentes de cesárea en cesareada anterior fueron sufrimiento fetal agudo (31,9%) y trabajo de parto disfuncional (28,9%). **CONCLUSIÓN:** En pacientes con antecedente de cesareada anterior, 46,4% terminó en parto vaginal y 53,6% en cesárea.

**Palabras clave:** Parto vaginal; Cesareada anterior; Sufrimiento fetal.

Ginecol Obstet (Perú) 2002; 48: 38-41

### SUMMARY

**OBJECTIVE:** To determine our management of patients with previous cesarean section. **DESIGN:** Descriptive method. **SETTING:** Victor Lazarte Echegaray Hospital, EsSalud, Trujillo. **MATERIAL AND METHODS:** Patients subjected to cesarean section from May 1999 through April 2000. **RESULTS:** In 1322 deliveries, 618 were by cesarean section and 195 of them had history of one previous cesarean section; in the 97 selected 40,2% was 26 to 35 year-old. Most frequent causes of cesarean section in this group were acute fetal distress (31,9%) and dysfunctional labor (28,9%). **CONCLUSION:** In patients with previous cesarean section, 46,4% ended in vaginal delivery and 53,6% in another cesarean section.

**Key words:** Vaginal delivery; Previous cesarean section; Fetal distress.

### INTRODUCCIÓN

En los últimos treinta años se ha producido una tendencia mundial al aumento de la operación cesárea. Antes de 1960, la frecuencia de cesárea era inferior al 5%; en la actualidad, la frecuencia oscila entre 20 y 25% en los servicios públicos de salud y más de 50% en el sistema privado<sup>1-3</sup>.

Diversas son las razones para explicar este aumento. Por un lado, el perfeccionamiento de las condiciones quirúrgicas y de anestesia; por otro, la influencia de razones ajenas al enfoque estrictamente médico, como problemas médico legales y presión de la paciente por un parto programado<sup>1</sup>.

La cesárea tiene una mayor morbimortalidad materna, dada por las complicaciones infecciosas, hemorrágicas, anestésicas y tromboembólicas, además de un período de recuperación y un costo mayor que el parto vaginal<sup>1-3</sup>.

Respecto a mortalidad perinatal, debe analizarse con cuidado la posible relación inversa entre nú-

Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital IV Víctor Lazarte Echegaray - EsSalud-Trujillo.

Correspondencia: Karín Romero Castellanos

Av Javier Prado Oeste N° 1561 Dpto 502 San Isidro Lima

E mail: karincho@hotmail.com



mero de cesáreas y mortalidad perinatal. Sin duda que la operación cesárea ha contribuido a la disminución de la mortalidad perinatal. No obstante, otras acciones obstétricas, neonatales y de salud pública también lo han hecho. Es interesante destacar que estudios colaborativos del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) señalan que sólo 5% de las variaciones de la tasa de mortalidad perinatal se explican por la variación en la frecuencia de la operación cesárea<sup>4</sup>.

Casi un 30% de las indicaciones de cesárea corresponde a pacientes con cesárea anterior. El antiguo aforismo de Craigin "una cesárea, siempre cesárea", ha sido rebatido por consistentes estudios multicéntricos, que avalan la seguridad de una prueba de parto controlada en las cesareadas anteriores, y constituye una de las estrategias actuales para disminuir el índice de cesáreas<sup>1,3,5</sup>.

Considerando que en nuestro medio aún está muy arraigada la sentencia de Craigin, nos propusimos investigar el manejo que se da a las pacientes con antecedente de ser cesareada anterior, en el Hospital IV Víctor Lazarte Echegaray (HVLE), EsSalud, Trujillo.

Fueron nuestros objetivos conocer el manejo que se da a las pacientes con antecedente de cesárea anterior en nuestro hospital, hallar la incidencia de las patologías más frecuentes como causa de cesárea, encontrar la frecuencia de partos vaginales en pacientes cesareadas una vez y evaluar si existe relación entre las causas de cesárea en pacientes cesareadas una vez y las que terminaron en cesárea por segunda vez.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, en todas las pacientes a las que se realizó operación cesárea en el período del 1º de mayo de 1999 al 30 de abril de 2000, en el HVLE, EsSalud, Trujillo.

En este período se efectuaron 618 cesáreas, de un número total de 1322 partos. De los 1322 partos atendidos, 195 tenían el antecedente de ser cesareada anterior 1 vez, de las cuales se realizó una selección basada en criterios de exclusión, quedando incluidas en el presente estudio 97 pacientes, a quienes se revisó su historia clínica, para evaluar su edad, la causa de la cesárea anterior y el comportamiento y manejo de su trabajo de parto.

**Tabla 1.** Distribución de 97 pacientes cesareadas anterior 1 vez, según grupo etáreo.

Grupo etáreo	N	%
• < 18	0	0,0
• 18 - 25	18	18,6
• 26 - 35	39	40,2
• 36 - 45	38	39,2
• > 46	2	2,1
Total	97	100,0

Se confeccionó cuadros expresados en números absolutos y porcentajes y estos resultados fueron comparados con otros estudios realizados.

Se excluyó a la cesareada anterior por incompatibilidad cefalopélvica, endometritis puerperal, incisión corporal uterina, periodo intergenésico menor de 1 año, desconocimiento de datos de la cesárea, Bishop desfavorable, embarazo múltiple, macrosomía fetal, afecciones asociadas que complican el embarazo y la necesidad de utilizar oxitocina.

## RESULTADOS

En la Tabla 1 se observa que la distribución de edad fue mayor entre los 26 y 35 años. En la Tabla 2, vemos que el sufrimiento fetal, el trabajo de parto disfuncional, la preeclampsia-eclampsia y el embarazo prolongado fueron las causas más frecuentes de cesárea.

**Tabla 2.** Causa de cesárea.

Indicaciones	N	%
• Ruptura prematura membrana.	7	7,2
• Embarazo prolongado	10	10,3
• Preeclampsia-eclampsia	11	11,3
• Sufrimiento fetal	31	32,0
• Trabajo de parto disfuncional	28	28,9
• Macrosomía fetal	4	4,1
• Embarazo múltiple	2	2,1
• No especificados	4	4,1
Total	97	100,0

**Tabla 3.** Tipo de parto.

	N	%
• Partos vaginales	45	46,4
• Cesáreas	52	53,6
Total	97	100

Según la Tabla 3, el parto en las pacientes en estudio terminó vía vaginal en cerca de la mitad de gestantes, siendo las causas de la cesárea en el segundo parto, otra vez, el sufrimiento fetal, el trabajo de parto disfuncional, la preeclampsia-eclampsia y la ruptura prematura de membranas (Tabla 4)

## DISCUSIÓN

Las pacientes que ingresaron al estudio fueron seleccionadas con criterios de inclusión y exclusión similares a los empleados por el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología, en 1982<sup>5</sup>, que fueron las primeras pautas trazadas en el mundo para el empleo del método. Aunque actualmente existen criterios mucho más flexibles<sup>6</sup> y se ha publicado investigaciones muy interesantes, que plantean sugerencias para lograr cada vez mayor número de casos<sup>7,8</sup>, decidimos iniciar nuestro trabajo con criterios rígidos.

**Tabla 4.** Causa de cesárea en segundo parto.

	N	%
• Ruptura prematura membranas	8	15,4
• Embarazo prolongado	5	9,6
• Preeclampsia – eclampsia	10	19,2
• Sufrimiento fetal	14	26,9
• Trabajo de parto disfuncional	13	25,0
• No referido	2	3,9
Total	52	100,0

Según la Tabla 1, 40,2% de las pacientes tenía entre 26 y 35 años, seguidos del grupo de 36 a 45 años, con 39,2%, porcentajes explicables por el tipo de población atendida en el hospital, en su mayoría del grupo etáreo de 26 a 45 años<sup>9</sup>.

La causa de la cesárea anterior (Tabla 2) fue con mayor frecuencia el sufrimiento fetal (31,9%), trabajo de parto disfuncional (28,9%) y embarazo prolongado (12,4%), similar a lo referido en la literatura, donde figura el sufrimiento fetal como la causa más frecuente para programación de cesárea<sup>10-15</sup>. Llama también la atención las cuatro cesáreas que no tuvieron causa especificada.

Múltiples trabajos reportan éxitos en el parto poscesárea. En la Tabla 3, observamos que 46,4% de las pacientes en estudio terminó en parto vaginal y 53,6% en cesárea. Porcentajes similares describen Ortiz y col<sup>16</sup> en Cuba, pero menor al referido en un estudio de España<sup>17</sup>.

Las pacientes que terminaron en cesárea requirieron el uso de oxitocina, que actualmente mantenemos como una contraindicación, a pesar de que en la literatura internacional no se plantea limitaciones para su utilización<sup>18-20</sup>.

Es importante señalar que ninguna de las 40 pacientes que intentaron el parto vaginal presentó complicaciones.

El elemento de mayor peso en contra de la generalización del método es el temor a la ruptura uterina<sup>19,21</sup>, temor al parecer infundado, cuando analizamos dos extensas revisiones de la bibliografía<sup>2</sup>, en las que se comprueba que en los últimos 40 años no se ha modificado la incidencia de este desagradable accidente obstétrico, a pesar del empleo del método de parto vaginal poscesárea, manteniéndose por debajo del 2%, similar a la frecuencia en pacientes sin cicatriz de cesárea y sin las catastróficas consecuencias que tienen estos casos.

Podemos concluir que un poco menos de la mitad del grupo estudiado (46,4%) terminó en parto vaginal sin complicación alguna, por lo que concluimos que no siempre el antecedente de cesareada anterior una vez es indicación de una nueva cesárea en un segundo parto. Se pudo observar que las causas más frecuentes que produjeron la segunda cesárea fueron similares a las producidas en las pacientes con antecedente de cesárea anterior una vez.



## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Afriat CI. Vaginal birth after cesarean section: A review of the literature. *J Perinat Neonatal Nurs* 1990;3(3):1-13.
2. Lavin JP. Vaginal delivery in patients with a prior cesarean section. *Obstet Gynecol* 1982;59(2):135-47.
3. Kirk EP, Doyle KA, Leigh J, Garrard ML. Vaginal birth after cesarean or repeat cesarean section: medical risks or social realities? *Am J Obstet Gynecol* 1990;162(5):1398-403.
4. Holland JG, Dupre AR, Blake PG, Martin RW, Martin JN Jr. Trial of labor after cesarean delivery: experience in the non university level II regional hospital setting. *Obstet Gynecol* 1992;79(6):936-9.
5. ACOG. Guidelines for vaginal delivery after a cesarean childbirth. Statement of the Committee on Obstetrics, Maternal and Fetal Medicine, Chicago, January 7, 1982.
6. ACOG. Committee on Practice Patterns. Vaginal delivery after previous cesarean birth. Number 1, August 1995. *Int J Gynaecol Obstet* 1996;52(1):90-8.
7. Jakobi P, Weissman A, Peretz BA, Hocherman I. Evaluation of prognostic factors for vaginal delivery after cesarean section. *J Reprod Med* 1993;38(9):729-33.
8. Weinstein D, Benschushan A, Tanos V, Zilberstein R, Rojansky N. Predictive score for vaginal birth after cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 1996;174(1):192-8.
9. Calderón N, Carbajal R, Herrera C, Ñique C. Frecuencia de la hipertensión en el embarazo. *Ginecol Obstet* 1997;15:29-32.
10. Flamm BL, Newman LA, Thomas SJ, Follon D, Yoshida MM. Vaginal birth after cesarean delivery: results of a 5-year multicenter collaborative study. *Obstet Gynecol* 1990;76:750.
11. Chua S, Arulkumaran S, Singh P, Ratnam SS. Trial of labor after previous cesarean section: obstetric outcome. *Aust NZ J Obstet Gynaecol* 1989;29:12-7.
12. Nguyen TV, Dinh TV, Suresh MS, Kinch RA, Anderson GD. Vaginal birth after cesarean section at the University of Texas. *J Reprod Med* 1992;37(10):880-2.
13. Phelan JP, Clark SL, Díaz F, Paul RH. Vaginal birth after cesarean. *Am J Obstet Gynecol* 1987;157:1510-5.
14. Gilbert L. The management of multiple pregnancy in women with a lower segment cesarean scar: is a repeat cesarean section really the safe option? *Br J Obst Gynaecol* 1988;95(12):1312.
15. Flamm BL, Goings J. Vaginal birth after cesarean section: is suspected fetal macrosomia a contraindication? *Obstet Gynecol* 1989;74:694-7.
16. Ortíz Cy Marcos N. Parto vaginal poscesárea. Primeros casos en Cuba. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 1998;24:117-21.
17. McClain CS. Patient decision making: the case of delivery method after a previous cesarean section. *Cult Med Psychiat* 1987;11:495-508.
18. Pridjian G. Labor after prior cesarean section. *Clin Obstet Gynecol* 1992;35(3):445-56.
19. Penso C. Vaginal birth after cesarean section: an update on physicians trends and patients perceptions. *Curr Opin Obstet Gynecol* 1994;6(5):417-25.
20. Hac CL. Vaginal birth after cesarean delivery. *Am Fam Physician* 1988;37(6):167-71.