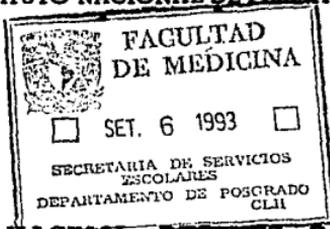


11217
14
2e;



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA



PARTO VAGINAL DESPUES DE CESAREA

[Signature]
DR. SAMUEL KARCHMER K.
DIRECTOR GENERAL
PROFESOR TITULAR

[Signature]
DR. JESUS PEREZ SEGURA
SUBDIRECTOR DE ENSEÑANZA Y
EDUCACION PROFESIONAL

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LA
ESPECIALIDAD DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

DR. JUAN CARLOS BARROS DELGADILLO

Tutor: Dr. Carlos Quesnel García-Benítez



INPer

MEXICO, D. F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1993



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

Introducción	1
Marco teórico	4
Objetivos	13
Material y métodos	15
Resultados	52
Discusión	78
Conclusiones	87
Bibliografía	89

INTRODUCCION

En la practica medica no hay nada seguro, sólo hay médicos seguros. El anterior principio se aplica a la mayoría de las cosas o procedimientos que hacemos con los pacientes.

El parto vaginal después de cesáreas no es nuevo. Esto ha sido practicado ampliamente a lo ancho de todo el mundo y en los Estados Unidos e Inglaterra existen reportes ocasionales en los pasados 30 años. Lo nuevo en este campo es el interés por disminuir el número de nacimientos por cesárea (16).

Más del 25% de los nacimientos en los Estados Unidos y América Latina ocurren por vía abdominal y la indicación más común es la cesárea anterior (13).

En 1916 E. Cragin en su publicación hizo famoso un principio que se convertiría en aforismo: "Once a section - always a section" (una vez operación, siempre operación). Este principio surgió a raíz de necesidades propias de la época y hoy en día se ha derrumbado gracias a conocimientos propios de la época actual.

Antes del presente siglo eran tan frecuentes las muertes y complicaciones secundarias a la operación cesárea inicial que más tarde fue un problema raro la operación obstétrica subsiguiente. Sin

embargo posteriormente, debido a los adelantos en la práctica médica y al alto riesgo para los pacientes a los que se les había realizado una cesárea surge el aforismo de Cragin, aforismo éste que corresponde a una época en la cual la mayor parte de las cesáreas se realizaban por medio de una incisión uterina clásica y cuando los antibióticos y las transfusiones no eran conocidas: sin embargo a pesar de que hoy en día la práctica de ésta incisión no es común (salvo indicaciones precisas) y a pesar de la amplia y segura gama de antibióticos con la que contamos y a la seguridad de los procedimientos de transfusión, se sigue cumpliendo ampliamente el aforismo anteriormente citado, como si fuera la conclusión de un estudio de colaboración reciente. Nada puede estar más lejos de la verdad (35).

Como consecuencia de todo lo anterior, durante las pasadas dos décadas, principalmente en los últimos diez años, el incremento en el número de cesáreas ha llamado poderosamente la atención de los obstetras, organismos de salud y "consumidores" de la práctica obstétrica. El problema se hizo más evidente en la medida en que el porcentaje de nacimientos por vía abdominal ascendía progresivamente, hasta llegar a un 25% aproximadamente de todos los nacimientos a mediados de la pasada década.

En base a lo anterior se han hecho esfuerzos para limitar el número de nacimientos vía abdominal sin sacrificar los criterios aceptados como seguros en obstetricia y en el cuidado prenatal. Los beneficios del parto vaginal sobre el abdominal son mucho, entre los que se incluyen menor morbilidad postparto, menores riesgos quirúrgicos y anestésicos, ahorro financiero y el incalculable valor de la fácil y temprana interacción madre - hijo (19,26).

Para lograr lo anterior, se han dictado pautas y recomendaciones que pretenden dar seguridad al trabajo de parto después de una cesárea tanto o más que si se realizara una cesárea repetida electiva. Sin embargo existen todavía controversias con respecto a cuales pacientes deber ser excluidas del trabajo de parto, basado en antecedentes como indicación de la cesárea anterior, más de una cicatriz uterina, tipo de incisión anteriormente realizada y morbilidad febril durante la recuperación postquirúrgica de la cesárea anterior (36).

El presente trabajo pretende demostrar que el trabajo de parto después de una cesárea (y como resultante el parto vaginal) es tan seguro para la madre y el producto como una cesárea repetida. Sin embargo a pesar de lograr demostrar lo anterior, el obstetra en su celo por abandonar el viejo adagio "después de una cesárea, siempre cesárea" no debe dejarse embaucar por otro aún, quizá más incorrecto, "después de una cesárea, nunca más una cesárea".

MARCO TEORICO

1. Generalidades

La cesárea es un procedimiento quirúrgico obstétrico antiguo que ha sobrevivido a través de los tiempos con una cantidad sorprendentemente baja de innovaciones técnicas.

Los aspectos importantes de la cesárea residen más en sus indicaciones e incidencia que en detalles técnicos.

El conocimiento de las enfermedades maternas y fetales aumentan de manera exponencial. Anormalidades genéticas, isoimmunizaciones y anomalías de posición que en un principio no se detectaban antes del trabajo de parto y el parto, pueden ahora identificarse mediante amniocentesis o ultrasonografía. Las aberraciones del crecimiento fetal y el sufrimiento fetal pueden ahora detectarse antes del parto mediante valoración por ultrasonido y técnicas de vigilancia electrónica fetal. Ha nacido una filosofía obstétrica con respecto a la aceptabilidad de la manipulación y parto vaginal en problemas de posición fetal y embarazos múltiples.

La designación de "falta de progreso" ha ganado adeptos rápidamente, a pesar de lo vago de la definición, y se ha utilizado de manera extensa como indicación intraparto de cesárea. La frecuencia de

nacimientos por esta vía ha aumentado al sobrevenir estos cambios en la práctica obstétrica (10).

En el último decenio ha aumentado notablemente la utilización de esta operación para resolver muchos problemas obstétricos en el mundo.

La incidencia de cesáreas aumentó todavía más cuando apareció la doctrina de Cragin en 1916 y se mantuvo vigente durante dos o más decenios, en coincidencia con la liberalización de las indicaciones de esta operación. El aumento en el índice de cesáreas actualmente puede atribuirse principalmente a la mayor seguridad de la operación debido no sólo a los avances logrados en anestesia, antibióticos y productos sanguíneos sino también al firme deseo del obstetra para realizar un parto con el menor daño posible para el recién nacido (18).

Muchos autores, al observar la notable disminución de la mortalidad perinatal que coincidió con el aumento del índice de cesáreas, pensaron que la caída en la mortalidad perinatal era el resultado del incremento en la frecuencia de cesáreas. Pero este tipo de razonamiento concurrente puede ser engañoso, como sucedió en este caso. La liberación del feto mediante operación cesárea está asociada con una mortalidad y morbilidad materna más elevada, así como mayores gastos para los diferentes sistemas e instituciones del sector salud.

Ante la anterior situación, si no hay ventajas fetales, cabe cuestionarse acerca de la verdadera necesidad de la cesárea en determinadas circunstancias como es por ejemplo en la paciente con cesárea previa y sin contraindicaciones para el parto vaginal.

Los problemas logísticos del número de operaciones, morbilidad materna y aumento del costo de tener descendencia produjo la llamada revolución del "parto vaginal después de cesárea" y la revaloración actual de la aceptabilidad de los fórceps. Puede considerarse que las preocupaciones médico - legales del obstetra principalmente en algunos países y que en general ha ido creciendo en todos los países, ha contribuido a aumentar la frecuencia de nacimientos por cesárea (18,24).

Por todo lo anterior, es necesario, que la población médica y la población general, a través de la educación del médico, tome conciencia del verdadero valor e indicaciones de la cesárea como operación que no necesariamente protege al niño ni a la madre, porque de lo contrario la espiral ascendente de casos de cesárea seguirá subiendo.

2. Tendencia actual de la operación cesárea

En los últimos años, específicamente en los dos últimos decenios, la frecuencia de cesárea ha aumentado cada año a pesar de intervenciones de la comunidad profesional y científica iniciadas en 1980.

La tasa de cesárea aumentó dramáticamente de 4.5 por 100 partos en 1965 a 16.5 en 1980, cuando en septiembre del mismo año, los National Institutes of Health, celebraron su Consensus Development Conference on Cesarean Childbirth. The Consensus Conference recomendó el trabajo de parto para mujeres con antecedente de cesárea por la seguridad que éste ofrecía, con lo que esperaba que se atenuaría la creciente tasa de cesáreas y haría olvidar o atenuar la ampliamente adherida y obsoleta norma de Cragin. Estas recomendaciones se publicaron poco después de la conferencia en dos revistas obstétricas principales (24,33).

A pesar de lo anterior, la tasa de cesáreas por 100 nacimientos aumentó considerablemente hasta 17.9 en 1981, 18.5% en 1982, 20.3 en 1983 y 21.1 en 1984, cuando se declaró el fracaso de dicha conferencia en disminuir la tasa creciente de cesáreas.

Mientras tanto, en 1982, el American College of Obstetrician and Gynecologist publicó lineamientos para disminuir dicha tasa y nuevos lineamientos para promover el trabajo de parto y el parto vaginal

después de cesáreas. La presidenta del Colegio en aque entonces Luella Klein, señaló: "el miedo a la mortalidad materna y neonatal por rotura uterina en la prueba de trabajo de parto es injustificado según datos estadísticos actuales".

En 1985 la tasa aumentó a 22.7 por 100 nacimientos y en 1986 otra vez a 24.1 (33,44).

El aumento en la tasa de cesáreas continuó durante 1986 con una cifra de 24.1 cesáreas por 100 partos respectivamente. Desde 1965, el aumento fue de cinco a seis veces en mujeres jóvenes en comparación con cuatro veces en mujeres de más edad. Hoy, casi 20% de las madres adolescentes y aquellas en los primeros años de su tercer decenio de vida tienen a sus hijos por cesáreas. El número de cesáreas por nacidos vivos aumentó de 205,000 en 1970 a 905,000 en 1986, a pesar de que el número total de nacimientos para tales años fue casi equivalente.

En un análisis efectuado por Jaffel et al (45) acerca del aumento de la tasa de cesáreas de 1980 a 1985 encontró que la mayor y la más importante causa contribuyente al incremento entre 1980 y 1985 fue la cesárea previa, la cual contribuyó a un 48% del total del aumento. Lo anterior refleja un incremento del 65% en las mujeres que parieron

por vía abdominal entre 1980 y 1985 y que tenían antecedente de cesárea previa (45).

En un estudio publicado por Shiono et al (41), encontraron una prevalencia de parto vaginal después de cesárea de un 1.3 en 1979 y 4.8% en 1984, y este mismo año, sólo 8.0% de las mujeres con una cesárea previa tuvieron un trabajo de parto, y de éstas sólo el 51% tuvieron finalmente un parto vaginal.

En general se ha escrito, la cesárea es la cirugía mayor realizada con más frecuencia en los Estados Unidos y datos referentes del National Center of Health Statistics indican que el número de cesáreas por año está llegando a un millón (33).

Por estudios realizados también se ha encontrado que aproximadamente un 75 a 80% de todas las pacientes con cesárea previa tendrán la oportunidad de tener un parto vía vaginal (12,19,32); relacionado con esto Kirk et al (19) en un estudio realizado en 1987 y publicado en ese mismo año, muestra que un 92% de las mujeres con historia de cesáreas previas tienen su parto por medio de cesárea repetida electiva y además relatan que un 50% de los hospitales de los Estados Unidos nunca se ha atendido un parto vaginal en una paciente con cesárea previa.

Relacionado con lo anterior, hay estudios que relatan que 8 de cada 10 pacientes con cesárea previa y con indicaciones no recurrentes podrían tener un parto vía vaginal si les fuera permitido el trabajo de parto; lo cual apoya el hecho de que durante la década pasada aproximadamente 1 de cada 4 nacimientos ocurrían por vía abdominal. Investigadores del National Center for Health Statistics han predicho un porcentaje de cesáreas de un 40% en los próximos 10 años, a pesar de los intentos por promover el parto vaginal (5,23,25,42).

En otros países del mundo diferentes de los Estados Unidos, se observa una tendencia mucho menos marcada en cuanto al aumento de las tasas de cesárea. De 19 países comparados con los Estados Unidos, este último tiene la tasa más alta de cesáreas, y con excepción de Canadá y Australia la tasa de cesáreas de los Estados Unidos es 50 a 200% más elevada que otros muchos países desarrollados. Por otra parte también se relata la sorprendentemente alta tasa de cesáreas en países en vías de desarrollo como Brasil, México y Puerto Rico, donde encontraron tasas de 19, 27 y 27% respectivamente y probablemente esta tendencia se explica por la rápida transferencia de técnicas médicas derivadas de los países desarrollados, precisamente en momentos en los cuales en éstos países se está haciendo lo posible por bajar el alto índice de cesáreas (26,28).

En la ciudad de México, en un estudio realizado en el Hospital "20 de noviembre" del ISSSTE, se revisó la evolución de la operación cesárea durante 25 años (1964 - 1988), encontrándose un incremento del índice de operación cesárea, elevándose a la cifra global 5 veces en los 25 años del estudio, acentuándose esta elevación durante los últimos 10 años. Entre las causas de cesárea encontradas con más frecuencia, se encontró que la desproporción cefalopélvica ocupa el primer lugar como causa de cesárea (28.5% de todas las cesáreas), cifra que se duplicó en el periodo analizado. El antecedente de cesárea previa ocupó el segundo lugar como causa de cesárea y mantiene una línea ascendente en los últimos 15 años y significa en el último quinquenio el 27.9% del total; y es posible, por la tendencia que muestra, que se convierta en el futuro, en la primera causa de cesárea, como ya ha ocurrido en otras instituciones (31).

En otros hospitales de la ciudad de México se han encontrado cifras similares en éste mismo año (1988): Hospital de Gineco-Obstetricia "Luis Castelezo Ayala" del IMSS 34.5%; Instituto Nacional de Perinatología 42.3%; y en el Hospital de la Mujer SSA 29.7% (31).

En base a todos los datos anteriores podemos concluir cómo la tendencia actual de la operación cesárea es hacia el aumento de sus tasas y es un recurso tan frecuente en la obstetricia de nuestros días que causa ya preocupación el exceso de su práctic. Es

responsabilidad de todos los obstetras valorar la indicación legítima de la cesárea en cada caso particular, y en lo general, revisar los criterios establecidos actualmente para resolver las complicaciones del embarazo.

3. Morbilidad y mortalidad materna y neonatal de la cesárea

3.1 Mortalidad materna

En los primeros informes la tasa de mortalidad materna era mayor del 75%. El progreso de la antisepsia, anestesia y técnica quirúrgica ha reducido esta cifra a 5.5% a principio de este siglo, con una disminución gradual hasta 0.3% en los últimos años del decenio de 1950. Es difícil separar las muertes relacionadas con el procedimiento quirúrgico de los procesos patológicos subyacentes; tal vez 50% de las muertes maternas no sean directamente atribuibles a la operación. El grupo de las muertes maternas en cualquier grupo es pequeño y las principales causas son: septicemia, embolia pulmonar, anestesia, hemorragia e hipertensión aguda agregada al embarazo. Estas causas son similares a las de otros tipos de cirugía abdominal y con excepción de la anestesia a las del parto vaginal (24). El informe más destacado sobre la seguridad de la cesárea es el emitido en el Boston Hospital for Women; éstos autores comunicaron una mortalidad materna de 0 sobre 10,231 partos. Sin duda la mortalidad materna y perinatal, así como la morbilidad suelen aumentar tras una cesárea que tras el parto vaginal, en parte debido a la complicación

que motivó la cesárea y en parte por el riesgo inherente aumentado de la vía abdominal del parto.

La mortalidad materna relacionada con la cesárea parece ser de 3 a 7 veces mayor que la del parto vaginal. La mortalidad materna por cesárea no debe superar el 1 por 1000. Incluso esta cifra de mortalidad quirúrgica relativamente baja debe considerarse excesiva si se tiene en cuenta que la mayoría de estas muertes ocurren en mujeres jóvenes y sanas que experimentan un proceso fisiológico normal.

Se ha considerado que el riesgo absoluto por cesárea se calcula en 6 por 100,000 procedimientos.

De acuerdo a todo lo anterior, parece razonable asumir que la frecuencia de cesárea puede decrecer sin comprometer al feto, reduciendo no sólo la mortalidad por cesárea sino también la tasa de mortalidad global (17,36).

3.2 Morbilidad materna

La cesárea es un procedimiento quirúrgico mayor y hay complicaciones transoperatorias y postoperatorias aún tratándose de cirujanos experimentados. Ocurren complicaciones transoperatorias con mayor frecuencia en circunstancias de urgencias que electivas.

La morbilidad materna es más frecuente y posiblemente más grave tras la cesárea que tras el parto vaginal, aún cuando se excluyan los casos de morbilidad y mortalidad asociados al problema que motivó la cesárea. Las causas frecuentes de morbilidad por cesárea continúan siendo: las infecciones, hemorragia y lesión del tracto urinario.

En general es rara la lesión de estructuras adyacentes incluyendo útero, vejiga o intestino con un 0.3 y 0.1% de complicaciones por la laceración vesical y ureteral respectivamente. Las cesáreas repetidas cuando se complican con fibrosis y adherencias, tienen relación con una mayor frecuencia de traumatismos vesicales. La incisión uterina puede extenderse al cuello, la vagina o al ligamento ancho. En casos graves pudiera haber lesión de los vasos uterinos.

La cesárea también aumenta el riesgo de infección, cuyo tipo más frecuente es la endometritis que se presenta en 6 a 18% de los procedimientos, en tanto que la infección de vías urinarias (1 a 7%) y la infección de la herida (1.6%). A veces se requiere transfusión por pérdidas sanguíneas excesivas. Otras complicaciones operatorias incluyen íleo paralítico intenso, que ocurre hasta en 1% de las pacientes, si bien hay formas más leves en 10 a 20% de los casos. También puede ocurrir embolia pulmonar (0.1 a 0.2%) y trombosis venosa profunda (0.6 a 1.8%). Ocurre también atelectasia hasta en el

5X de las pacientes cuando se utiliza anestesia general (11,16,19,24,25).

Aunque hay controversia en cuanto a lo que constituye factores de riesgo de infección postoperatoria, parece haber consenso en cuanto a la aceptación de que la cesárea primaria después del trabajo de parto tiene mayor riesgo de infección que una cesárea repetida y que los antibióticos profilácticos disminuyen el riesgo de endometritis, si bien su utilización deberá restringirse a pacientes con riesgo. La mejor profilaxia es una excelente técnica quirúrgica.

3.3 Mortalidad perinatal

La frecuencia de recién nacidos muertos y de mortalidad perinatal depende, naturalmente, de la causa subyacente de la cesárea y de la edad gestacional del feto. Aunque la disminución de la mortalidad perinatal observada desde mediados de los años 60 se ha asociado en muchos casos con el considerable aumento de cesáreas (2,19), en Estados Unidos y en el mundo se ha puesto en duda esta teoría.

3.4 Morbilidad perinatal

Si bien se decía que solía hacerse la cesárea para "proteger" al feto hay mortalidad y morbilidad en el recién nacido.

La evolución adversa del recién nacido, puede ser el resultado de la extracción de un producto prematuro, ya sea de manera electiva o indicada. La anestesia y las complicaciones maternas también modifican la evolución. Una causa frecuente de morbilidad y mortalidad del recién nacido es el síndrome de dificultad respiratoria que depende de la edad gestacional. Esta complicación suele deberse a una cesárea electiva programada para un momento inoportuno. También puede haber taquipnea transitoria del recién nacido después de una cesárea aunque hay controversia en cuanto a que el parto quirúrgico contribuya a la génesis de la enfermedad.

Suele pensarse en la cesárea como método de protección del traumatismo obstétrico. El parto quirúrgico no es una panacea: se ha informado de lesión fetal en 0.4% de las cesáreas. Para el grupo especial de la presentación pélvica, el nacimiento por cesárea o vaginal tiene tasas similares de lesión fetal de 0.5 y 1.5% respectivamente.

Hay mortalidad y morbilidad fetal notorias cuando se requiere una cesárea por ruptura uterina. Aquí son frecuentes el óbito fetal y la asfisia, que no resultan de la operación sino más bien de una complicación materna, dado que la primera puede salvar la vida del niño.

Puede haber riesgo fetal incluso durante la cesárea electiva a término. Se encontró una menor incidencia de calificaciones bajas de Apgar en niños nacidos por vía vaginal que en nacidos por cesárea, una diferencia atribuida a la utilización de anestesia general. En otro informe se encontró que 60% de las muertes neonatales eran consecutivas a prematuridad iatrogénica (24).

En un estudio realizado por Burt et al (2), encontraron que los productos de madres que se sometían a cesáreas repetidas electivas tuvieron Apgar más bajos hasta en un 30% que aquellos productos nacidos por vía vaginal. Estas conclusiones de estos autores no pudieron ser explicadas por diferencias de peso al nacimiento, edad gestacional, raza, edad materna, orden de nacimiento, nivel socioeconómico materno o complicaciones derivadas de la salud materna, embarazo o trabajo de parto entre los grupos estudiados. Estos autores reportaron un 5.9% de Apgares bajos de 0 - 6 a los 5 minutos en el grupo de pacientes que se sometieron a cesáreas repetidas, mientras que en el grupo de pacientes que parieron por vía vaginal aún con anestesia, el porcentaje de Apgares bajos de 0 - 6 a los 5 minutos fue sólo de 2.3% (2).

Hay que señalar que la morbilidad fetal ha disminuido en forma dramática al emplear la cesárea en los casos de algunas

presentaciones pélvicas, situación transversa del feto y placenta previa.

4. Cesáreas repetidas: consideraciones y comentarios

La mayor utilización de cesárea en los Estados Unidos durante los últimos 15 años ha motivado interés y preocupación considerables.

En 1970 se hicieron 195,000 cesáreas (5.5% de todos los nacimientos) en ese país. En 1984, la frecuencia de cesáreas había aumentado casi 400%, hasta un 21.1% de todos los nacimientos vivos. En 1989, la tasa sobrepasó el 25% en la mayoría de los hospitales estadounidenses. En México se ha visto, aunque una menor tendencia al alza en la tasa en algunos hospitales como el hospital de Gineco-obstetricia # 4 del IMSS e Instituto Nacional de Perinatología una tasa sostenida de cesáreas hasta de 47% hasta septiembre de 1992 (4,7,11,12,31) (Registro de estadística del INPer).

La indicación más frecuente de cesárea es "cesárea electiva de repetición" que constituye aproximadamente más de dos tercios de todas las cesáreas (aproximadamente 66%) y potencialmente 1 de cada 10 nacidos al año (3,7,16,19,24,29,40).

Por lo anterior el tratamiento de los embarazos posteriores a una cesárea adquiere una importancia proporcionalmente mayor, dada la "epidemia" actual de cesáreas.

Se han ideado una serie de ideas y lineamientos por parte de diversos autores y organismos rectores de la práctica gineco-obstétrica para disminuir el porcentaje de cesáreas repetidas (33,43).

En 1980, la llamada Consensus Development Conference on Cesarean Section de los National Institutes of Health (NIH) convino revisar este tema y encontró como uno de los principales motivos para aumentar la tasa de partos por vía abdominal era la cesárea de repetición "automática" y se recomendó en esta conferencia abandonar esta práctica y se señaló que el parto vaginal después de cesárea lograría disminuir la tasa de nacimiento por vía abdominal.

La práctica habitual de la mayoría de los obstetras de los Estados Unidos y en general en la mayor parte de los países del mundo (7,23,26) consiste en tratar a las pacientes con operación cesárea previa mediante parto abdominal repetido cerca del término.

Aunque hoy es grande el entusiasmo en el sentido de que ciertas pacientes seleccionadas con cicatrices uterinas previas tengan su parto por vía vaginal (4,7,11,12,16,18,19,40,41), quizá tal enfoque

no resulte práctico para muchas pacientes y médicos y como consecuencia, la terminación electiva del embarazo por operación cesárea repetida seguirá, sin duda, siendo parte de la práctica obstétrica moderna (7,29,34), ya que brinda buen número de ventajas sobre la alternativa expectante de un parto espontáneo. Cabe evitar de esta manera todo tipo de esfuerzo o tensión sobre las cicatrices uterinas previas aún cuando el riesgo de ruptura sea sin duda mínimo (1,4,5,8,9,15,17,46).

Con una fecha específica ya definida las pacientes pueden prepararse de antemano para la maternidad, evitar todo tipo de trabajo en el momento oportuno y movilizar a la familia y amigos para que le ayuden en el cuidado del niño. Así mismo el obstetra y el anestesista pueden planear eficazmente el momento más adecuado para la práctica de la operación.

Por otra parte, los quirófanos, bancos de sangre, laboratorios y salas para neonatos cuentan con todo el personal durante las horas del día y se hallan en mejores condiciones para hacer frente a las complicaciones de urgencia que pueden acompañar a un parto quirúrgico.

Por desgracia muchos servicios pediátricos en todo el país publican cifras alarmantes de niños prematuros que nacen después de

intervenciones obstétricas electivas (2,3,6,11,16,19,40). Como consecuencia de lo anterior la prematuridad iatrogénica es un problema frecuente e importante durante el cuidado de salud perinatal y varios autores han recomendado con insistencia la amniocentesis sistemática para valorar la madurez de los agentes tensoactivos pulmonares antes de la operación cesárea electiva repetida o de la inducción electiva del parto (6,24,34,36).

La mayoría de los médicos coinciden en que ninguna de las ventajas de la operación cesárea electiva repetida podría nunca justificar la morbilidad y mortalidad inherente al nacimiento prematuro. Por otra parte, no es en modo alguno convincente que el mejor medio para evitar esta morbilidad sea someter a todas las pacientes a los riesgos de la amniocentesis.

En un estudio realizado en el Centro Médico Regional Naval de San Diego del 1o. de octubre de 1965 al 31 de diciembre de 1976, donde muestran los resultados de 252 operaciones cesáreas electivas repetidas sólo se diagnosticó síndrome de dificultad respiratoria en 2 productos que habiéndoseles realizado amniocentesis para pruebas de madurez pulmonar, en una de ellas se produjo el parto pretérmino por uteroinhibición fallida, y en la otra rompió membranas después de la segunda amniocentesis (34).

En conclusión un porcentaje importante de pacientes con operaciones cesáreas previas requieren un parto abdominal repetido debido a indicaciones periódicas recurrentes o a preferencia del médico o la enferma (7,18), y en situaciones donde no procede la atención y vigilancia del parto en una paciente con cicatriz uterina.

Aunque la alternativa de esperar parto espontáneo no crea probablemente riesgo adicional, quizá en ocasiones no resulte práctica, o en definitiva no sea deseable. Estas pacientes pueden ser programadas con carácter electivo para repetir la operación cerca de la fecha estimada del parto mediante valoración clínica rigurosa de la edad gestacional sin estudios agresivos adicionales. En cerca del 15% de tales pacientes comenzará el parto espontáneo antes de la fecha prevista para la intervención.

No puede recomendarse en modo alguno el uso de amniocentesis sistemática para la valoración de la madurez tensoractiva pulmonar en todos los partos electivos. Sin embargo, cuando la información respecto a la edad gestacional es inadecuada o confusa, son imperativos estudios en el líquido amniótico antes de toda intervención obstétrica electiva.

En base a recomendaciones de los organismos encargados para velar por una práctica gineco-obstétrica se ha definido en general que la cesárea repetida electiva está indicada en:

1. Para aquellas pacientes cuya primera operación se efectuó debido a desproporción cefalopélvica: aquí hay grandes controversias, ya que aunque pueda ser generalmente una indicación recurrente para realizar una cesárea repetida en la mayoría de los casos, se ha encontrado que en un porcentaje no muy bajo de pacientes, esta indicación no se repite y la paciente termina pariendo vía vaginal. Por lo anterior el American College of Obstetricians and Gynecologists publicó en 1982 una serie de lineamientos entre los que se encuentran el permitir un trabajo de parto entre pacientes que se habían operado anteriormente por una desproporción cefalopélvica (16,18,19). Así mismo se ha reportado éxito de partos vaginales en pacientes que se habían operado por desproporción fetopélvica hasta en un 75% de ellas, variando entre 50 y 60% (16,20,29,35).

2. Para aquellas pacientes cuyo trabajo de parto es probable que sea prolongado y difícil (por ejemplo cuando la paciente entra al hospital con membranas rotas, una presentación alta y el cuello uterino rígido, no borrado). Lo anterior también es una indicación relativa para no dar trabajo de parto.

3. Para aquellas que han tenido una cesárea clásica o miomectomía previa (a menos que pueda preverse con seguridad un trabajo de parto breve, fácil, y un parto vaginal no complicado).

4. Para aquellas pacientes que después de llegar a la viabilidad, experimentan dolor persistente en la región de la incisión uterina.

En un estudio efectuado por Joshep et al (18) reportan que el médico es el principal determinante en la persistencia de la cesárea electiva repetida, ya que su entrenamiento durante la residencia no fue lo suficientemente bueno la mayoría de los casos para enfrentar un trabajo de parto en una paciente que había tenido una cesárea previa, lo cual se refleja en temor de tener una falla en el progreso del trabajo de parto y además generalmente piensa en la posibilidad de litigación si en un momento dado ocurre una complicación y es demandado por negligencia médica. Por otra parte Kirk et al (19), revisaron cuáles eran las posibles razones por las que las pacientes escogían un parto por cesárea repetida, mediante la utilización de un cuestionario que era llenado retrospectivamente al ser enviado a las pacientes: las dos mayores indicaciones citadas fueron la posibilidad de sentir dolor durante el trabajo de parto y la posibilidad de fracaso del trabajo de parto. También los autores reportan que en un 73% de los casos escogieron una cesárea repetida porque sus obstetras

no estaban de acuerdo con un parto vaginal después de una cesárea o por que ellos tenían una actitud reservada frente a esto.

En conclusión la influencia cuantitativa que pueda tener el obstetra sobre la decisión tomada por sus pacientes es difícil de definir y el entusiasmo que se tenga por un parto vaginal después de cesárea dependerá de las interacciones positivas que se den entre el obstetra y su paciente (18,29,46).

5. Parto vaginal después de operación cesárea: consideraciones y comentarios.

Antes de la década de los años 1900 eran tan frecuentes las muertes e incapacidades consecutivas a la operación cesárea inicial ocasional que más tarde fue en verdad un problema raro la operación obstétrica subsiguiente. Sin embargo, como resultado de los progresos en el parto abdominal y del aumento en su número se llegó a considerar que el útero con un incisión quirúrgica podía experimentar una alteración en su estructura, lo que sin duda representaría un riesgo potencial.

En 1916, Cragin sugirió el riesgo de ruptura uterina, y dijo que era tan grande y tal acontecimiento tan costoso que la operación cesárea debería efectuarse antes del comienzo del trabajo de parto y tan pronto como se comprobara la madurez del producto.

Es evidente que esta idea no logró pronto apoyo unánime si consideramos los conceptos vertidos en la séptima edición de la obstetricia de Williams, en la que se afirma al respecto: "en tales casos debe ser anticipada una terminación espontánea normal de los parto subsiguientes... pero es aconsejable que la enferma sea observada en el hospital con objeto de que pueda ejecutarse de inmediato laparotomía en caso de que ocurra la ruptura". La décima edición se expresa en los mismos términos.

En 1961, sin embargo, el texto decía: "si no perduran las indicaciones para la primera operación y si la paciente ya ha dado a luz en forma espontánea, procede considerar el parto por vía vaginal pero con vigilancia muy cuidadosa".

La edición de 1976 aconseja como plan general de acción repetir la operación cesárea. Venos por lo tanto, que 50 años después de la recomendación original, una de las obras estándar clásicas de la literatura norteamericana ha confirmado la sugestión del doctor Cragin. Surgió probablemente este cambio debido a la creciente inocuidad de la intervención cesárea, a la preocupación cada vez mayor respecto a la mortalidad y morbilidad perinatales y a ciertas presiones de tipo legal. Por otra parte el sitio de la incisión uterina también ha cambiado durante estos 50 años desde 100% corporal

y vertical a casi 100% cervical baja con una gran mayoría en dirección transversal.

En su edición de 1989, la obstetricia de Williams se refiere así al problema: "no existe duda de que el parto vaginal sea seguro la mayoría de las veces aunque haya habido una cesárea previa" y relata múltiples citas de autores en lo relacionado a la seguridad y eficacia del parto vaginal en mujeres previamente sometidas a operación cesárea; no obstante hace incipió la nota en la importancia de considerar el parto vaginal sólo en las mujeres sometidas previamente a una cesárea con incisión transversal baja (36).

La circunstancia que ha detenido a los obstetras a la hora de seguir un parto vaginal con cesárea previa ha sido el temor de ruptura o dehiscencia de la cicatriz uterina. Sin embargo mucho autores han abordado el tema (9,16,17,18,29,40,46) y relatan incidencias de rupturas o dehiscencias que van desde 0 - 0.2 a 3.2% similar a lo observado en las pacientes sin cicatrices uterinas previas, o sea, 0.5%.

El aforismo "una vez operación, siempre operación" pareciera representar el criterio rápido actual de la mayoría de los obstetras del mundo al menos hace una década y menos actualmente y esto se ha dado porque se ha registrado un gran incremento en el número de

candidatas para ensayo de parto espontáneo. Hasta hace aproximadamente 3 décadas tan sólo 1 a 2% de los nacimientos fueron por cesárea inicial. Tales circunstancias han cambiado hoy totalmente. En efecto en la actualidad se consideran indicaciones comunes para intervención, a menudo no recurrentes, en primigrávidas jóvenes la sospecha de sufrimiento fetal, presentación de nalgas, parto con duración de 12 a 15 horas, gestación múltiple, hipertensión inducida por el embarazo, disfunción uterina y hemorragia en el tercer trimestre. Hoy en muchos hospitales 12 a 15% de los partos se efectúan por operación cesárea baja primaria con incisión transversal y muchas de estas mujeres quedarán de nuevo embarazadas sin contraindicación alguna para parto vaginal o quirúrgico (13).

Las implicaciones médicas y económicas también abogan por una revaloración del criterio "una vez operación, siempre operación". En efecto, el parto abdominal electivo es sin duda más costoso que el vaginal. Estos gastos adicionales advierten ya desde el periodo previo al parto, ya que los exámenes con ultrasonido para edad fetal y localización de la placenta son ahora estándar para tales pacientes. También se lleva a cabo con frecuencia análisis de líquido amniótico para investigar la madurez pulmonar y prevenir síndrome intrógeno de dificultad respiratoria. Los gastos de hospital asimismo son mayores en casos de parto quirúrgico debido a la anestesia y a la hospitalización prolongada. Por otra parte la operación cesárea, es

también más costosa en términos de morbilidad y mortalidad maternas. Las operaciones electivas implican asimismo el riesgo de prematuridad iatrogénica aunque con cuidado a menudo puede evitarse.

5.1 Riesgo fetal con el parto vaginal después de cesárea

Hay ya varios autores que han establecido que la mortalidad perinatal esperada por cesáreas repetidas sería mayor que la mortalidad perinatal esperada de las pacientes que tuvieron un parto normal tras una cesárea anterior. Si la mortalidad perinatal debida a la prematuridad iatrogénica no fuera considerada, la mortalidad perinatal predicha de las dos formas de parto sería esencialmente igual (22).

La mortalidad perinatal relacionada con la ruptura uterina puede ocurrir aunque es rara (11,17) y está claro que la cesárea electiva repetida no está exenta de riesgos para el feto, ya que los casos de prematuridad iatrogénica están bien reportados.

Rosen et al en su estudio (38) informa que la mortalidad perinatal que sigue a un trabajo de parto fue de 3 por 1000 y la que siguió a una cesárea electiva fue de 4 por 1000.

Con respecto al Apgar a los 5 minutos en los recién nacidos que nacieron de parto vaginal después de cesárea y que fueron menores de 6, se reportan incidencias que van desde el 2.3% después de

nacimientos por vía vaginal y con cesárea previa hasta 5.9% en niños nacidos por cesárea electiva repetida (2,9,46).

5.2 Riesgo para la madre con el parto vaginal después de cesárea

La bibliografía inglesa, desde 1930, no contiene ningún solo estudio de muertes maternas debidas a la ruptura de una cicatriz transversa baja entre mujeres con cesárea previa que habían intentado el parto normal. Se ha informado que la mortalidad materna esperada entre las mujeres que sufrieron cesáreas de repetición sería 1.2 veces mayor que la mortalidad materna esperada entre un grupo de mujeres en las que se intentó un parto normal (22).

El riesgo de ruptura uterina es diferente según el tipo de incisión. Así se informa que el riesgo de ruptura de una cicatriz uterina clásica era de un 2.2% antes del parto y de un 4.7% durante el parto. Por el contrario, el riesgo de ruptura uterina entre pacientes con incisión tranversa baja fue de 0.8% antes del parto y de 1.2% durante el mismo.

Muller y cols. citados por (22) encontraron que el 90% de todas las rupturas y el 96% de todas las muertes perinatales se debían a la ruptura uterina en las pacientes con una incisión clásica previa. Phelan et al (29) en su artículo comenta que la incidencia global de

dehiscencia fue de 2.2% y la incidencia fue similar en pacientes que estuvieron bajo trabajo de parto y en quienes no experimentaron el trabajo de parto. Comentan estos autores que la, aparentemente más alta incidencia observada o diagnosticada en las pacientes con cesáreas repetidas se debía a que el efecto se observaba directamente al momento de la cirugía. Después de un parto vía vaginal el exámen de la histerografía es más difícil y es menor la probabilidad de detectar dehiscencias pequeñas y asintomáticas. Estos autores también relatan que la incidencia de ruptura fueron asociadas más frecuentemente en pacientes que tenían una incisión fúndica previa o incisiones clásicas que en las que tenían incisiones transversales bajas.

Por último estos autores relatan que la incidencia de ruptura no está incrementada con el uso de oxitocina, lo cual está de acuerdo con otros autores (9,11,15,21,39,46).

Otros autores (1,9,11,12,16,17,19,40,46) informan incidencia de rupturas que van desde el 0 hasta el 3.5%; obviamente hay que tener el cuenta las definiciones usadas para definir ruptura y dehiscencia, definiéndose la primera, según los autores, como la separación completa de la pared uterina en todas sus capas y que la comunican con la cavidad abdominal y definiendo dehiscencia cuando la cavidad

uterina estaba separada de la abdominal por peritoneo visceral o ligamento ancho.

Asimismo el uso de anestesia peridural algunos autores lo definen como sin influencia para el curso y presencia de la ruptura o dehiscencia (1,9,46).

El Consensus Conference, así como el ACOG Committee en Obstetricia: Maternal and Fetal Medicine, han concluido que la incisión de la cesárea que no sea transversa es una contraindicación absoluta para intentar el parto por vías normales (vaginal). También se ha sugerido otros factores que alteran la incidencia de ruptura uterina como la aparición de fiebre en la cesárea anterior, el número de cesáreas previas, la existencia de algún parto normal, la localización de la placenta en relación con las cicatrices uterinas previas, el grado de distensión uterina durante el embarazo y la pérdida de sangre durante la cesárea anterior.

La fiebre es también uno de los riesgos más importantes en la cesárea, se ha encontrado que la incidencia de fiebre es más baja entre las pacientes que tuvieron un parto vaginal tras la cesárea y no fue diferente entre estas y otras que dieron a luz sin haber sufrido una cesárea anterior con parto normal y se ha encontrado que la incidencia de fiebre era más elevada entre las pacientes que

tuvieron su parto mediante cesárea repetida electiva. Así mismo la fiebre era más elevada entre aquellas pacientes que tuvieron su parto mediante cesárea de repetición después de intentar un parto normal.

El Consensus Committee también concluyó que la transfusión sanguínea, los fenómenos tromboembólicos, las complicaciones por anestesia y otros tipos de morbilidad materna, probablemente se reducirían si a las pacientes seleccionadas se les permitiera intentar el parto normal.

5.3 Probabilidad de éxito en el parto vía vaginal de las mujeres con una cesárea anterior

La indicación de la cesárea anterior influye en forma clara en la probabilidad de un parto vaginal en un embarazo posterior. En series publicadas se ha dicho que la frecuencia global de los partos vaginales fue del 33.3% después de que la paciente fue operada por desproporción cefalopélvica y del 74.2% después que la pacientes fue operada por falta de progreso en el trabajo de parto (22).

Un segundo factor que influyó en la probabilidad de éxito en el parto vaginal con cesárea previa, es la existencia de un parto vaginal previo.

Flann et al en su estudio (11), escribe que la proporción más grande de pacientes bajo trabajo de parto después de una cesárea eran pacientes operadas inicialmente por una desproporción cefalopélvica o por una falta de progreso en el trabajo de parto y si se hiciera con estas pacientes lo que otros autores proponen (no darles prueba de trabajo de parto) automáticamente se excluirían la mitad de todas las candidatas para parto vaginal después de cesárea.

Flann et al describe en su artículo que aproximadamente el 61% de estas pacientes parieron por vía vaginal.

En 1985 la American College of Obstetricians and Gynecologist revisaron los lineamientos acerca de las pacientes candidatas a parto vaginal después de cesárea incluyendo a una larga lista de candidatas involucrando a las pacientes que habían sido operadas por falta de progreso en trabajo de parto o desproporción cefalopélvica.

Jarrel et al en su artículo (16), relatan que de las pacientes que estuvieron bajo trabajo de parto después de ser operadas por desproporción cefalopélvica, sólo el 54% parieron por vía vaginal y cuando el trabajo de parto terminó en cesárea repetida la desproporción cefalopélvica (65%) y el sufrimiento fetal agudo (15%), contribuyeron a un 80% del total de indicaciones para cesárea repetida.

La indicación de la cesárea previa, como lo nombraba anteriormente, es importante para determinar el éxito del parto vaginal subsecuente. Phelan et al (29) en su artículo señala que la mayor cantidad de pacientes con alta probabilidad de tener un parto vaginal, son aquellas a las que se realizó la cesárea por presentación pélvica. También relatan que más del 75% de las pacientes a las que se realizó la cesárea anterior por una desproporción cefalopélvica tuvieron su parto vía vaginal. Además relatan que en general, las mayores probabilidades que una paciente tenga un parto vaginal posterior a una cesárea es que el peso al nacimiento del producto anterior fuera menor de 4000 gramos.

En general, se ha dicho que más de las 2/3 partes de todas las pacientes con cesárea previa, a quienes se les permite tener trabajo de parto, tienen su parto vía vaginal (11,12,16,19,29,46).

5.4 Otros beneficios del parto vaginal después de cesárea

Los asuntos financieros son importantes: el NIH Consensus Development Conference on Cesarean Section ha estimado que el costo de la cesárea de repetición es de un 47 a 87% más alto que los parto vaginales. Así pues, si las mujeres que dan a luz por cesárea se les permitiera intentar el parto normal, los costos totales disminuirían.

Hay también posibles beneficios psicológicos en esta estrategia de cambio. Algunos autores han observado (19,22) respuestas psicológicas negativas en los que se refiere a la imagen de uno mismo, sentimiento de frustración, actitudes maternas hacia sus hijos, cuando las madres que dieron a luz por cesárea se comparan a las que lo hicieron por vía vaginal. La utilización más frecuente del intento de parto debería llevar consigo una mejoría del estado psicológico en esta gran parte de la población obstétrica.

En resumen, un intento de parto después de practicar una cesárea transversar baja, parece ser un procedimiento relativamente seguro tanto para la madre como para el feto. Existen pautas bien definidas para la dirección del parto en estas mujeres con cesárea previa; sin embargo, existen polémicas en relación al papel de la anestesia regional, la administración de oxitocina y el forceps profiláctico bajo en el manejo de tales pacientes. El aumento de la utilización del intento de parto en oposición a la repetición de una cesárea podría preveer un ahorro sustancial y mejorar el estado psicológico en una gran parte de la población obstétrica.

Si en un tiempo fue sin duda apropiado en aforismo según el cual "una vez operación, siempre operación", justo es reconocer que en muchas circunstancias hoy ha perdido su vigencia.

6. Controversias actuales

Los puntos críticos actuales y la controversia se refieren a los siguientes interrogantes: Cual es la atención óptima de parto en la mujer con antecedente de cesárea? A quién debe brindársele y a quién no una prueba de trabajo de parto?

Los oponentes a la propuesta general de parto vaginal después de cesárea aducirán varios motivos para negar la prueba de trabajo de parto. Temor de ruptura uterina completa: la morbilidad y mortalidad materna y perinatal estará relacionada con la magnitud de la ruptura (si se comunica la cavidad uterina con la apertura total de la pared uterina con la cavidad abdominal) o si ocurre la dehiscencia (apertura no completa del útero). En el primer caso la mortalidad perinatal es alta, más no en el segundo (11,17,22).

Por otra parte el riesgo de ruptura uterina es bastante bajo, según reportes de varios autores (9,16,17,18,29,46) y varía desde el 0 al 3.5%.

Preocupación por la seguridad materna: la suposición de que el parto vaginal o la prueba de trabajo de parto después de cesárea conlleva mayor riesgo materno y que al hacer una cesárea de repetición sistemáticamente significa una mayor seguridad para la madre está muy difundida. Sin embargo en países desarrollados no se ha reportado

durante decenios muertes maternas relacionadas con el parto vaginal postcesárea. Se han citado cifras de mortalidad materna por operaciones primarias o cesáreas de repetición 1 por 500 a 1000, y por parto vaginal 1 por 2000 a 4000.

Se ha informado en general que la mortalidad materna esperada entre un grupo de mujeres con cesárea de repetición sería 1.2 veces mayor que la mortalidad materna esperada entre un grupo de mujeres en las que se intentó un parto normal (22).

Preocupación por la seguridad fetal: ni el parto vaginal postcesárea ni la cesárea electiva de repetición carecen de riesgos para el feto. En general se considera que la mortalidad perinatal que sigue a un parto vaginal postcesárea es menor que la que sigue a un parto postcesárea repetida y globalmente se considera que la mortalidad secundaria a la ruptura es rara (11,17).

También hay otros puntos en contra con el parto vaginal después de cesárea relacionados especialmente con: preocupación por recriminaciones legales, estrés e inconvenientes profesionales y económicos y resistencia de los pacientes (18,19).

Los que están de acuerdo con el parto vaginal después de cesárea suelen indicar la prueba de trabajo de parto por: si funciona, y se

ha escrito que 4 de cada 5 embarazadas a quienes se proporcionan accesos a la prueba de trabajo de parto (que representan casi 66% de las que tienen antecedente de cesárea) pueden tener un parto vaginal y evitar la cesárea.

La experiencia de incontables investigadores y miles de pacientes reflejan una menor morbilidad global en embarazadas bien seleccionadas a quienes se brindó prueba de trabajo de parto, que en las sometidas a cesárea electiva repetida sistémica.

Aproximadamente más del 70% de todas las pacientes con cesárea previa y a quienes se les da prueba de trabajo de parto tienen su parto vía vaginal (12,16,19,29,46).

En quien esté indicada la prueba de trabajo de parto? = anteriormente se excluían para dársele oportunidad de trabajo de parto a cualquier mujer que no tuviera un embarazo único en presentación de vértice y a término y con un sólo antecedente de incisión transversa baja, efectuada idealmente por una desproporción no cefalopélvica no recurrente o por falta de evolución del trabajo de parto. Con experiencia, los márgenes de seguridad se han ampliado para incluir a un gran número de embarazadas a quienes puede ofrecerse una prueba de trabajo de parto.

En general, las contraindicaciones específicas para dar la oportunidad de un trabajo de parto normal son:

1. Saber o sospechar que se hizo una incisión uterina clásica. a este grupo pertenece la pacientes con cirugía uterina reconstructiva extensa, grandes miomectomías intramurales o extensiones en "I" de incisiones segmentarias inferiores.
2. La rara entidad clínica de desproporción cefalopélvica incontrovertible absoluta, que no debe confundirse con falta de progreso en el trabajo de parto y que se ha visto relacionada con parto vaginal favorable hasta en un 70%.
3. La paciente que rechaza el procedimiento después de la descripción detallada.

Algunos autores se salen hoy en día de lo clásico en cuanto a requisitos para dar trabajo de parto a pacientes con cesárea previa e incluyen como pacientes candidatas a este trabajo de parto a pacientes con antecedente de incisión vertical segmentaria baja, embarazo múltiple, falta de progreso del trabajo de parto y desproporción cefalopélvica que como ya se ha escrito anteriormente, aproximadamente el 70% de estas pacientes logran tener un parto vaginal (12,16,19,29,46).

Como conclusión podemos decir que en vista de los abundantes estudios que ofrecen datos muy favorables acerca del parto vaginal después de cesárea es obvio que más obstetras y más pacientes deben convencerse de la seguridad, eficacia y conveniencia económica de un programa selectivo de oportunidad de dar trabajo de parto y parto vaginal después de cesárea.

La norma de "después de cesárea, siempre cesárea", se aplica correctamente sólo en el grupo de pacientes al que está dirigido y que son aquellas con incisiones uterinas clásicas o fúndicas. Conforme la insistencia de dar oportunidad de trabajo de parto en parturientas sin contraindicaciones se vuelva norma en la población obstétrica del mundo que tenga las condiciones adecuadas para enfrentarlas, presenciaremos el abandono definitivo de las cesárea repetida sistemática.

Por último es necesario hablar de recursos y personal adecuados: dado que la necesidad de una cesárea de urgencia parece no ser mayor para un parto vaginal bien valorado después de cesárea que en aquellas embarazadas que no tienen en antecedente quirúrgico, se requiere de personal y recursos adecuados para el tratamiento moderno del trabajo de parto y el parto en ambos grupos. Los pequeños hospitales bien equipados pueden servir muy bien. Específicamente se han recalcado 5 componentes de los cuidados a saber:

1. Disponibilidad de registro electrónico fetal continuo.
2. Recursos profesionales e institucionales que puedan apoyar en caso de urgencia obstétrica intraparto aguda.
3. Banco de sangre disponible las 24 horas.
4. Posibilidad de responder a la necesidad de la cesárea, sin que transcurran más de 30 minutos entre la decisión y la incisión.
5. Disponibilidad de un médico que pueda valorar el trabajo de parto y hacer una cesárea.

7. "Nuevas" tendencias

La American College of Obstetricians and Gynecologist recomendaron que las mujeres con una cesárea previa transversa baja podrían tener un trabajo de parto y una de las exclusiones para esta recomendación fue más de una cicatriz uterina previa. A pesar de lo anterior se han realizado estudios (8,30,37) donde demuestran la seguridad del trabajo de parto para estas pacientes y refieren que los riesgos son más leves y menos que los que siguen a una cesárea repetida.

Las normas de cuidado a seguir con este tipo de pacientes son las mismas que se siguen con las pacientes con una sola cicatriz previa. Se cree que si se sigue esta recomendación de estos autores la tasa de cesáreas repetidas para esta población bajaría hasta en un 32%.

OBJETIVOS**I. OBJETIVO GENERAL**

Describir y comparar la morbilidad y mortalidad materna y perinatal que siguen a un parto vaginal después de cesárea con la morbilidad y mortalidad que siguen a una cesárea repetida electiva y a una cesárea repetida por otras causas.

II. OBJETIVOS ESPECIFICOS

Describir y analizar la morbilidad y mortalidad materna y perinatal que siguen a un parto vaginal después de cesárea.

Describir y analizar la morbilidad y mortalidad materna y perinatal que sigue a una cesárea repetida electiva.

Describir y analizar la morbilidad y mortalidad materna y perinatal que sigue a una cesárea repetida por otras causas.

Describir y comparar la morbilidad y mortalidad materna y perinatal que sigue a un parto vaginal después de cesárea con la que sigue a una cesárea repetida electiva.

Describir y comparar la morbilidad y mortalidad materna y perinatal que sigue a un parto vaginal después de cesárea con la que sigue a una cesárea repetida por otras causas.

MATERIAL Y METODOS

En el Instituto Nacional de Perinatología se realizó un estudio retrospectivo del 1o. de enero de 1990 al 31 de diciembre de 1991 con el fin de describir y comparar la morbinortalidad materna y perinatal que siguen a un parto vaginal después de cesárea con la morbinortalidad materna y perinatal que sigue a una cesárea repetida electiva y a una cesárea repetida por otras causas.

Para tal fin los grupos de comparación fueron divididos en dos grandes grupos: las pacientes que habían tenido un parto vaginal después de una cesárea previa y las pacientes que habían tenido un parto abdominal después de una cesárea repetida. A su vez el segundo grupo se subdividió en dos grupos: las pacientes que habían tenido un parto abdominal después de una cesárea repetida electiva y las pacientes que habían tenido un parto abdominal después de una cesárea repetida por otras causas.

Para recolectar los datos a analizar de las pacientes de los grupos anteriormente nombrados se procedió así: se revisaron los libretos en donde se deja constancia de los procedimientos quirúrgicos realizados diariamente en la unidad tócoquirúrgica durante los años de 1990 y 1991, y de allí se extrajeron los datos de nombre y registro de todas las pacientes que tuvieron un parto vaginal después de cesárea (forceps profiláctico postcesárea). Asimismo se revisaron las

libretas del año de 1991 de ahí se sacaron los nombres y registros de todas las pacientes a quienes se había realizado cesárea, excluyéndose las pacientes a quienes se había realizado cesárea iterativo, cesárea corporal previa y pacientes con antecedentes de histerotomía; también hasta donde fuera posible aprovecharse de la información plasmada en la libreta se excluyeron las pacientes que habían tenido un producto con malformaciones mayores y con peso inferior a 800 gramos.

Se realizó un formulario (ver página) donde se vaciaría la información obtenida de los expedientes. El formulario se confeccionó con las variables independientes, intercurrentes y dependientes que se querían analizar y se recodificó con el fin de vaciarlos posteriormente en la computadora y realizar el análisis estadístico.

Con lo anterior, se probó el formulario en 10 expedientes y de acuerdo a los resultados que indicaban funcionalidad y efectividad del mismo se probó definitivamente en la población antes determinada.

Así, se revisaron en el archivo clínico del Instituto un total de 400 expedientes que correspondían al grupo de estudio (parto vaginal después de cesárea), y se revisaron un total de 2732 expedientes que correspondían al total de cesáreas - después de hacer cumplir los anteriores criterios de exclusión - y de estos expedientes

correspondientes a las cesáreas se eligieron aquellos que correspondían a pacientes a las que se les había realizado una cesárea repetida electiva y aquellos correspondientes a pacientes a las que se había realizado cesárea repetida por otras causas (405 expedientes).

El formulario fue llenado por una sola persona (el investigador) en base a como había dicho anteriormente, en la información obtenida de lo escrito en los expedientes.

Posterior a la recolección de la información, se procedió a la confección de la base de datos para capturar la información, se realizó el directorio de variables y la codificación respectiva de acuerdo a lo encontrado.

Se capturó la información en DBase versión 3.0 y el análisis de los datos se llevó a cabo con el paquete SPSS versión 3+.

Se llevó a cabo un análisis estadístico utilizando medidas de tendencia central como media, moda y mediana y medidas de dispersión como x^2 , desviación estándar y varianza para correlacionar variables y establecer diferencias significativas. También se hicieron evaluación y/o comparación de porcentajes.

Definición de variables:

Se tienen variables independientes, intercurrentes y dependientes.

Las variables independientes fueron:

* Parto vaginal después de cesárea: pacientes que tuvieron un parto vaginal después de que se les había realizado una cesárea previa.

* Cesárea repetida electiva: pacientes con antecedente de cesárea previa a quienes se programó para cesárea repetida electiva de acuerdo a criterio médico.

* Cesárea repetida por otras causas: pacientes con antecedente de cesárea previa, quienes llegaron a la sala de trabajo de parto y ahí durante el transcurso de éste, se decidió por criterio médico pasar a cesárea por alguna situación obstétrica, fetal y/o materna que imposibilitaba la continuación de trabajo de parto y la resolución vaginal final.

Las variables dependientes fueron:

* Morbinortabilidad materna: definida como la presentación o no de ruptura: se clasificó la ruptura uterina de acuerdo a las normas y procedimientos de ginecología y obstetricia del

Instituto Nacional de Perinatología así: ruptura espontánea, cuando no se ha realizado ningún procedimiento médico y ruptura traumática aquellas en las que ha intervenido algún factor extrínseco (oxitócicos, parto pélvico, fórceps, versión uterina). Además se clasificó de acuerdo al grado de viscera involucrada así: completas o incompletas: las primeras abarcan todo el espesor del músculo uterino y el peritoneo visceral. Las incompletas en cambio, no incluyen el peritoneo visceral. Totales o parciales: se consideran como tal cuando involucran tanto al segmento como al cuerpo uterino y las parciales sólo al segmento o al cuerpo uterino.

- Morbinatalidad perinatal: definida como mortalidad perinatal sólo cuando ocurrió la muerte transparto. Y morbilidad perinatal donde se valoró el Apgar al minuto y 5 minutos.

Las variables intercurrentes fueron:

- Intervalo intergésico: definido como el tiempo transcurrido desde la resolución del embarazo resuelto por cesárea y la resolución del embarazo actual. Se expresó en años completos.
- Edad gestacional: definiéndose en semanas completas cumplidas al momento del nacimiento a partir de la fecha de última

menstruación o en caso de una edad gestacional incierta se tomó el capurro para su cálculo.

- * Duración del trabajo de parto: se definió como la cantidad de tiempo en horas desde que la paciente ingresó a la sala de trabajo de partos del Instituto hasta la resolución del evento obstétrico. Se expresó en horas completas.

Otras variables intercurrentes que no necesitan definición son:

- * Evento obstétrico anterior
- * Indicación de cesárea actual
- * Peso al nacimiento
- * Control prenatal
- * Patología materna
- * Sexo del producto
- * Indicación de la cesárea actual

Criterios de inclusión

Se incluyeron en el estudio a todas aquellas pacientes que teniendo antecedente de una cesárea previa tuvieron un parto vaginal durante el periodo comprendido entre el 1o. de enero de 1990 y el 31 de diciembre de 1991 (grupo de estudio).

También se incluyeron a todas aquellas pacientes que teniendo antecedente de una cesárea previa, se les realizó una cesárea repetida electiva o una cesárea repetida por otras causas, durante el período comprendido entre el 1o. de enero al 31 de diciembre de 1991.

Todas las anteriores paciente fueron consultantes al Instituto Nacional de Perinatología durante los períodos antes descritos.

Criterio de exclusión

Se excluyeron todas aquellas pacientes que tenían como antecedentes una o más de las siguientes características:

- * antecedentes de más de una cesárea anterior
- * antecedentes de una cesárea corporal previa
- * antecedentes de histerotomía
- * pacientes cuyos productos nacieron con peso menor a 800 grs.
o tenían algún tipo de malformación mayor

RESULTADOS

Descripción de la población general

Cuatrocientos expedientes de pacientes con cesárea previa y que tuvieron un parto vaginal después de cesárea fueron examinados, así como 405 expedientes con cesárea previa quien a su vez tuvieron parto abdominal por medio de cesárea repetida electiva o por medio de cesárea repetida por otras causas.

Del total de la población (805 pacientes) 400 correspondían al grupo de estudio y 405 al grupo de comparación. El grupo de comparación a su vez se subdivide en dos grupos:

- * 212 pacientes que corresponden al grupo de pacientes con cesárea previa y quienes tuvieron parto abdominal por medio de cesárea repetida electiva.

- * 193 pacientes que corresponden al grupo con cesárea previa y quienes tuvieron parto abdominal por cesárea repetida por otras causas.

Con el fin de dar resultados más confiables, partiendo del hecho de revisar expediente de poblaciones que por definición no son homogéneas, se usaron medidas de tendencia central para obviar en parte esta característica de la población que se examinará.

Estas medidas de tendencia central son la moda, mediana, rango. Aquí mencionaremos la moda y mediana como medidas de tendencia central adecuadas para realizar la descripción de la población general.

En cuanto a la edad de la población el promedio fue de 28.6 ± 5.7 años con una mediana de edad de 28 años encontrándose el mayor porcentaje de pacientes entre 20 y 35 años (83.8%) con un rango entre 15 y 43 años.

La mediana de gestaciones previas fue de 3, encontrándose la mayoría de la población con antecedente de tener entre 2 y 5 gestaciones previas (94.9%) con un rango que varió entre 2 y 19 gestaciones.

En cuanto a los partos previos se encontró con una mediana de 0 con un mayor porcentaje de pacientes teniendo entre 0 y 2 partos (96.2%) con un rango que fluctuaba entre 0 y 12 partos.

El antecedente de aborto se encontró distribuido así, la mediana fue de 0 abortos encontrándose la mayor parte de la población con antecedente de tener entre 0 y 2 abortos (95%) con un rango que variaba entre 0 y 5 abortos previos.

En cuanto a las cesáreas previas, todas las pacientes (100%) tenían antecedente de una cesárea previa.

Con respecto a las variables anteriores, se aprecia, que la mayoría de las mujeres se encuentran en edad reproductiva y que en cuanto a la distribución de las gestaciones, partos y abortos previos no se diferencia de cualquier otra población en general.

El intervalo intergenésico se encontró en su mayoría entre 1 y 4 años en un 84.4% del total de la población, ahí la mediana fue de 2 años, con un rango entre 1 y 20 años. Es importante notar que el mayor porcentaje (31.3%) se encontró que tenía un intervalo intergenésico de 2 años lo cual es completamente recomendado y aceptable por periodo intergenésico apropiado entre un embarazo y otro.

La mediana de edad gestacional al nacimiento fue de 39 semanas de gestación, encontrándose que el 94.6% de la población contaba con un embarazo entre 37 y 41 semanas al momento del parto. El rango varió entre 31 y 42 semanas. Lo anterior es muy importante ya que ésta es una de las variables con mayor influencia como variable intercurrente para el buen o mal resultado perinatal, ya que como bien se sabe el embarazo pretérmino se asocia con mayor morbilidad y mortalidad per se, lo cual si lo aparamos a los "riesgos" propios de intentar un parto vaginal después de una cesárea, aumenta la morbimortalidad perinatal.

El peso al nacimiento es otra de las variables importantes para relacionarla por sí sola con una elevada morbilidad perinatal. El promedio de peso al nacimiento entre los productos de las pacientes de la población estudiada fue de 3146.7 ± 510.2 gramos. Se encontró que el 62.7% de la población tuvo productos con peso entre 2500 y 3550 gramos con una mediana de peso de 3175 gramos y un rango entre 880 y 4910 aunque esta variable, al igual que el intervalo intergenésico y la edad gestacional al nacimiento se analizarán de manera cruzada con las variables independientes y dependientes, es importante anotar, que la mayor parte de los productos se catalogaron de término y eutrófico para la edad gestacional, lo cual no alterará seguramente la incidencia de morbilidad relacionada directamente con el hecho de tener todas las paciente cesárea previa.

En cuanto a la duración de trabajo de parto, que es una variable que se excluye fuera del análisis del subgrupo de pacientes del grupo de comparación consistente en las pacientes a quienes se realizó una cesárea repetida electiva, que es un 26.3% del total de la población, se encontró que la mediana de la duración del trabajo de parto fue de 4 horas encontrándose un 57.9% de la población con una duración del trabajo de parto entre 0 y 4 horas y con un rango de duración que varió entre 0 y 12 horas.

Si recordamos la definición de duración del trabajo de parto, como el tiempo transcurrido desde que la paciente llega a la unidad tocoquirúrgica hasta la resolución del embarazo, el dato de 0 horas anteriormente nombrado corresponde a las pacientes que llegaron en expulsivo (2.5%).

Obviamente que los resultados anteriores están influenciados por el hecho de que en el Instituto se conduce a toda paciente que lo necesita luego del bloqueo peridural para regularizar las contracciones que a raíz del procedimiento se hubieran podido tornar esporádicas lo cual realmente influye en la duración del trabajo de parto a pesar de que la gran mayoría de nuestras pacientes tiene una mediana de 3 gestaciones previas con el más alto porcentaje de pacientes que tenían sólo una gestación previa consistente en parto o aborto.

El Apgar al 1 y 5 minutos como variables dependientes de suprema importancia para definir morbilidad perinatal, se comportó así en la población: la mediana de Apgar al minuto fue de 8, con un rango que varió entre 0 y 9 encontrándose la mayoría de la población (81.9%) con un Apgar entre 8 y 9 al minuto en sus productos. Mientras tanto con el Apgar a los 5 minutos (que entre otras cosas es el mejor valor para definir y reflejar el estado fetal al nacimiento), se encontró que la mediana de Apgar fue de 9, encontrándose el 93.3% de productos

nacidos con un Apgar de 8 y 9 a los 5 minutos y con un rango que varió entre 0 y 10.

Es de notar que entre los productos nacidos en los 2 grupos de poblaciones de estudio nacieron 6 productos óbitos que son la explicación del rango de Apgar entre 0 y 10. Los óbito no fueron el resultado de complicaciones durante el trabajo de parto, parto o cesárea, ya que todos fueron anteparto.

En cuanto al tipo de nacimiento, 400 pacientes tuvieron su parto vaginal después de cesárea que corresponde a un 49.7% de la población; 212 pacientes tuvieron parto abdominal por cesárea repetida electiva (26.3%) y 193 pacientes tuvieron parto abdominal por cesárea repetida por otras causas (24%).

Por lo anterior podemos observar que existe aproximadamente una paciente del grupo de estudio por una paciente del grupo de comparación.

En el evento obstétrico anterior se encontró que el 74.4% tenían antecedente de cesárea como vía de resolución del embarazo anterior, el 14% tenía antecedente de aborto, el 10.6% tenía antecedente de eutocia y el 1% tenía antecedente de distocia en su evento obstétrico anterior.

Lo anterior probablemente no es más sino el reflejo de la tendencia que aún actualmente persiste a pesar de las constantes publicaciones que aparecen respaldando el parto vaginal después de cesárea.

Se encontraron 23 indicaciones diferentes en cuanto a la **indicación de la cesárea anterior**, estas fueron:

- * Desproporción cefalopélvica
- * Cesárea electiva
- * Presentación pélvica
- * Ruptura prematura de membranas
- * Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta
- * Enfermedad hipertensiva aguda del embarazo
- * Baja reserva fetal
- * Embarazo gemelar
- * Falta de progreso en trabajo de parto
- * Producto postérmino
- * Producto pretérmino
- * Producto malformado
- * Causa desconocida
- * Sufrimiento fetal agudo
- * Retardo en el crecimiento intrauterino
- * Tabique vaginal
- * Prolapso de cordón

-
- * Presentación de cara
 - * Producto en situación transvers
 - * Placenta previa
 - * Isoinmunización al factor Rh

De las anteriores las causas más frecuentes fueron: desproporción cefalopélvica (34.5%), Enfermedad hipertensiva aguda del embarazo (11.2%), falta de progreso del trabajo de parto (10.4%), producto en presentación pélvica (8.2%), ruptura prematura de membranas (6.5%), causa desconocida (5.1%), electiva (4.8%) y el resto de causas representaron un total de 10.8%.

Lo anterior va de acuerdo a lo reportado en la literatura, donde se encuentra que la mayor causa de cesáreas de primera vez es precisamente la desproporción cefalopélvica.

En cuanto al antecedente de control prenatal, se encontró que el 99.4% de las pacientes tuvieron un control prenatal y el 0.6% no lo tuvieron.

La patología materna encontrada fue variada encontrándose 12 patologías diferentes que fueron:

- * Hipertensión arterial sistémica crónica
- * Enfermedad hipertensiva aguda del embarazo

-
- * Diabetes mellitus
 - * Hipertiroidismo
 - * Hipotiroidismo
 - * Cardiopatías
 - * Crisis convulsivas
 - * Lupus eritematoso sistémico
 - * Asma bronquial
 - * Miastenia gravis
 - * Púrpura trombocitopénica inmune
 - * Isoinmunización al factor Rh

En orden de frecuencia se encontraron así distribuidas: enfermedad hipertensiva aguda del embarazo 5.8%, diabetes mellitus 2.7%, sumando el resto de patologías un 4.6% del total de pacientes. Como se observa sólo el 13.2% de las pacientes en total tienen algún tipo de patología materna y el 86.9% no tenía.

La indicación de la cesárea actual también fue variada, encontrándose las siguientes causas en la población en estudio:

- * Electiva
- * Desproporción cefalopélvica
- * Baja reserva fetal
- * Sufrimiento fetal agudo
- * Desprendimiento prematuro de placenta normoinsera

-
- Placenta previa
 - Prolapso de cordón
 - Compromiso de histerorrafia
 - Enfermedad hipertensiva aguda del embarazo

Las causas más frecuentemente encontradas fueron: cesárea electiva 26.6%, desproporción cefalopélvica 12.8%, baja reserva fetal 4.8%, compromiso de histerorrafia 3.0%, sufrimiento fetal agudo 1.6%, sumando el resto de las causas actuales de cesárea un 1.4%.

En los resultados anteriores hay que tener en cuenta que dentro del 26.9% de las pacientes con indicación de cesárea actual electiva, se encuentran las 212 pacientes que forman parte del grupo de comparación a quienes se realizó a todas una cesárea repetida electiva.

El 49.7% de los pacientes no tienen indicación ya que corresponden al grupo de parto vaginal.

El sexo de los productos se distribuyó así, el 48% fueron femeninos y el 52% masculinos.

La variable dependiente morbilidad materna que se refleja en la presentación de ruptura uterina o no, se encontró que el 2.9% si

presentaron esta complicación y el 97.1% no la presentaron, esto representa un porcentaje de rupturas que está de acuerdo a lo reportado en la literatura mundial. El tipo de ruptura presentado en todos los casos fue de tipo parcial incompleta.

La otra variable dependiente representada por muerte fetal transparto y el pasar al 1 y 5 minutos (ya citado esta última antes), se presentó como ausencia de muertes fetales transparto 0%.

El nivel socioeconómico se investigó con el fin únicamente de ver la distribución de la población de acuerdo a la clasificación de trabajo social del Insitituto y ver si tenía o no trascendencia en los resultados y se encontró que: el 83.1% de la población pertenece a clasificaciones B, C y D, encontrándose asimismo el 16.8% de la población en las otras clasificaciones.

Por último en cuanto al tipo de fórceps más frecuentemente usados estuvieron: Simpson de Lee 39.5%, Salinas 4.7%, Salas 2.7% y el resto sumó un total de un 6.1%. Es de anotar que 50.3% de los casos no se les colocó fórceps ya que este porcentaje representa precisamente el grupo de comparación que consiste en las pacientes que tuvieron parto abdominal por cesárea repetida.

Descripción mediante la correlación de variables

Antes de comenzar a describir los resultados de la correlación de variables es necesario hacer la aclaración de lo siguiente:

El grupo de estudio (pacientes con parto vaginal después de cesárea) no tiene grupo control propiamente dicho, ya que, en el Instituto, todas las pacientes con cesárea previa que no se operan de manera electiva por indicación del médico adscrito, se les da trabajo de parto, con el fin de que todas tengan un parto vaginal. Partiendo de lo anterior, no hay ningún grupo de pacientes a las que teniendo cesárea previa no se les da esa "oportunidad" (que sería el grupo de control ideal). Por lo anterior, con el fin de establecer diferencias se creó un grupo de comparación en aquellas pacientes que teniendo cesárea previa se les operó electivamente (cesárea repetida electiva) que es el primer subgrupo de comparación; o se les dió trabajo de parto pero por cualquier razón obstétrica, materna o fetal se pasó a cesárea repetida (cesárea repetida por otras causas). Teniendo en cuenta que se llevó a cabo el estudio como si fuera un estudio de casos y controles (del efecto a la causa), en los dos grandes grupos se analizaron las mismas variables.

Partiendo de lo anterior, se realizó la correlación de variables de la siguiente manera:

1. En primer lugar se correlacionó a las variables dependientes de

morbimortalidad materna (manifestada por ruptura uterina) y morbimortalidad fetal (manifestada por muerte fetal transparto y Apgar al 1 y 5 minutos) con las variables intercurrentes.

2. Se realizó cruce de las variables dependientes con las independientes.

3. Posteriormente, en base a los resultados de las correlaciones anteriores de diferencia estadísticamente significativa, en las variables interrelacionadas se procedió a realizar el cruce entre las variables dependientes e independientes controlando el cruce a través de las variables intercurrentes que estaban influyendo en la diferencia estadísticamente significativa encontrada al realizar el primer grupo de cruce de variables.

4. Luego se correlacionó las variables de indicación de cesárea actual con las variables de indicación de cesárea anterior.

Otro punto a aclarar, es el hecho de que las variables de edad, gestaciones previas, abortos previos, partos previos, intervalo intergenésico, edad gestacional, peso al nacimiento, duración del trabajo de parto, Apgar al 1 y 5 minutos, indicación de cesárea anterior, indicación de cesárea actual y patología materna fueron divididas en intervalos, teniendo en cuenta la distribución de

frecuencia y porcentajes que tenía cada una de ellas. De las variables anteriormente expuestas sólo se tomaron en cuenta para la relación de variables las siguientes:

- Intervalo intergenésico
- Edad gestacional
- Peso al nacimiento
- Duración del trabajo de parto
- Apgar al 1 y 5 minutos
- Indicación de cesárea anterior
- Indicación de cesárea actual
- Patología materna
- Vía de nacimiento

Las divisiones en intervalo que tienen importancia para conocerse, para la comprensión de los resultados y la forma como fueron divididas son:

Peso al nacimiento:

- Bajo peso al nacer : pesos entre 800 - 2499 grs.
- Peso normal : pesos entre 2500 - 3500 grs.
- Peso alto : pesos entre 3501 - 4910 grs.

Edad gestacional:

- Menor de 37 semanas

-
- * Entre 37 y 41 semanas
 - * Mayor de 41 semanas

Patología materna:

- * Paciente con patología hipertensiva (aquí se incluyeron los pacientes con HASC y EHRE)
- * Pacientes con patología endocrina (Diabetes Mellitus, hiper e hipotiroidismo)
- * Pacientes con cardiopatías
- * Pacientes con patología de la colágena (LES)
- * Pacientes con otras patologías (crisis convulsivas, miastenia gravis, púrpura trombocitopénica inmune e isoimmunizadas al factor Rh)
- * Pacientes sin patología

Indicación de cesárea anterior:

- * Desproporción cefalopélvica
- * Enfermedad hipertensiva aguda del embarazo
- * Presentación pélvica
- * Sufrimiento fetal agudo
- * Ruptura prematura de membranas
- * Cesárea electiva
- * Otras causas : desprendimiento prematuro de placenta mornoinserta, falta de progreso en trabajo de parto, embarazo

postérmino, producto malformado, baja reserva fetal, embarazo gemelar, retardo en el crecimiento intrauterino, tabique vaginal, prolapso de cordón, presentación de cara, causa desconocida, producto en situación transversa, placenta previa, embarazo pretérmino, isoimmunización factor Rh.

Indicación de cesárea actual:

- * Cesárea electivo
- * Desproporción cefalopélvica
- * Baja reserva fetal
- * Sufrimiento fetal agudo
- * Compromiso de histerografía
- * Otras causas : desprendimiento prematuro de placenta noinserta, placenta previa, prolapso de cordón, enfermedad hipertensiva aguda del embarazo
- * Sin patología materna

Duración del trabajo de parto:

- * Expulsivo
- * De 1 a 3 horas
- * De 4 a 8 horas
- * De 9 horas o más

Los resultados de la correlación de variables fueron:

El porcentaje de ruptura uterina entre las pacientes que estuvieron en trabajo de parto fue de 4.0%, comparado con 0% de ruptura entre las pacientes que no estuvieron en trabajo de parto, lo cual nos habla de una diferencia estadísticamente significativa ($\chi^2 = 7.81$; $p < 0.005$).

No se encontró diferencia significativa al momento de relacionar la incidencia de ruptura uterina con la patología materna, ni sexo del producto al nacimiento. En cuanto a la edad gestacional al nacimiento, al momento de relacionarla con la ruptura uterina, se encontró que no había significancia estadística ($\chi^2 = 1.30$; $p < 0.52$) sin embargo es importante anotar que el mayor porcentaje de rupturas se encontró entre los embarazos resueltos antes de las 37 semanas (4.6%), no encontrándose ruptura entre los embarazos resueltos después de las 41 semanas. La ocurrencia de la ruptura uterina tampoco se relacionó con el peso al nacimiento, encontrándose que el mayor porcentaje de rupturas ocurrió en pacientes con productos con peso inferior a 2499 grs. (4.1%), no siendo la diferencia significativa ($\chi^2 = 2.74$; $p < 0.25$).

En cuanto a la duración del trabajo de parto, se encontró que el mayor porcentaje de ruptura uterina se encontró en pacientes que estuvieron entre 1 a 3 horas en trabajo de parto (4.8%), comparado

con 0X de rupturas entre las pacientes que llegaron en expulsivo y las que estuvieron más de 9 horas en trabajo de parto. Diferencia no significativa ($\chi^2 = 2.13$; $p < 0.5$).

Para presentar los resultados del Apgar al 1 y 5 minutos comparado con las variables intercurrentes, es necesario anotar que se tendrá en cuenta principalmente el Apgar a los 5 minutos ya que aunque este escala de evaluación del recién nacido inicialmente se hizo para estimar el grado de asfixia, actualmente se considera útil para valorar la condición clínica del recién nacido al minuto y 5 minutos. A pesar de esto, el puntaje de Apgar al minuto no siempre traduce o se relaciona con hipoxia in útero, mientras el Apgar a los 5 minutos traduce el grado de recuperación por la reanimación e identifica al recién nacido que necesita continuar con las medidas de reanimación por que continúa hipóxico o deprimido por algún tipo de hipoxia sostenida intrauterinamente, de ahí que sea el mejor parámetro para valorar.

El mayor porcentaje de Apgar a los 5 minutos bajo (de 0 - 6) se encontró entre pacientes con bajo peso (menor de 2499 grs.) con un 11%, no encontrándose Apgar bajo a los 5 minutos en productos con peso elevado (mayor de 3500 grs.). La diferencia fue significativa ($\chi^2 = 28.11$; $p < 0.00$). Asimismo el porcentaje de Apgar bajo a los 5 minutos fue mayor (10.8%) entre pacientes cuyo embarazo se resolvió

antes de las 36 semanas, comparado con 0% de Apgar bajo en embarazos mayores de 41 semanas, lo cual indica igualmente una diferencia significativa ($\chi^2 = 21.91$; $p < 0.00002$).

Como era de esperarse no se encontró diferencia significativa al momento de comparar sexo con Apgar bajo a los 5 minutos, sin embargo al momento de relacionar al Apgar bajo con la patología materna tampoco se encontró diferencia significativa ($\chi^2 = 10.13$; $p < 0.071$), aunque cabe anotar que el Apgar bajo se presentó en mayor porcentaje entre pacientes con patologías de base endocrinológicas 9.7% y entre pacientes con patología hipertensiva (3.9%).

Tampoco se encontró diferencia significativa al momento de relacionar el Apgar bajo con la duración del trabajo de parto ($\chi^2 = 3.95$; $p < 0.26$), aunque el mayor porcentaje de Apgar bajo se encontró entre pacientes que estuvieron más de 9 horas en trabajo de parto.

El hecho de haber tenido o no trabajo de parto con oxitocina tampoco influyó en la presentación de Apgar bajo a los 5 minutos.

Con respecto al Apgar al minuto, aunque no importante para describir realmente el estado fetal al nacer con respecto a hipoxia, se analizó comportándose muy similarmente en cuanto a la significancia estadística en las mismas variables que el Apgar a los 5 minutos.

aunque al momento de relacionar el Apgar al minuto con el trabajo de parto con oxitocina si se encontró diferencia significativa ($\chi^2 = 4.06$; $p < 0.043$).

En cuanto a la relación entre las variables dependientes e independientes se encontraron los siguientes resultados:

El 100% de las pacientes que presentaron ruptura uterina, estuvieron en trabajo de parto, de éstas el 78.3% correspondieron a pacientes que estando en trabajo de parto pasaron a cesárea repetida por otras causas y el 21.7% a pacientes que tuvieron parto vaginal después de cesárea. No se presentó ruptura uterina entre las pacientes a quienes se les realizó cesárea repetida electiva, encontrándose así diferencia significativa ($\chi^2 = 39.05$; $p < 0.0$).

Ahora bien, si comparamos los dos grandes grupos encontramos un total de 78.3% de rupturas entre las pacientes que tuvieron cesárea repetida repartidos así: 0% entre las pacientes a quienes se les realizó cesárea repetida electiva y 78.3% entre las pacientes con cesárea repetida por otras causas; mientras que entre las pacientes con parto vaginal después de cesárea se encontró un 21.7% de rupturas, lo cual confirma la diferencia estadísticamente significativa.

El Apgar bajo a los 5 minutos, se presentó en el 73.7% entre las pacientes que tuvieron parto abdominal ya sea por cesárea repetida electiva o por cesárea repetida por otras causas, repartidos así: 52.6% en las pacientes con cesárea repetida por otras causas y 21.1% entre las pacientes con cesárea repetida electiva, contrastando lo anterior con un porcentaje de 26.3% de Apgar bajo para las pacientes con parto vaginal después de cesárea, lo cual nos señala una diferencia significativa ($\chi^2 = 9.01$; $p < 0.01$).

Con respecto al Apgar al minuto, se encontró una menor diferencia comparativa entre los dos grupos en estudio: se encontró un porcentaje global de Apgar bajo al minuto de 56% entre las pacientes que tuvieron parto abdominal por cesárea repetida, repartidos así: 16% para las pacientes con cesárea repetida electiva y 40% para las pacientes con cesárea repetida por otras causas. Mientras tanto el 44% de las pacientes con parto vaginal después de cesárea tuvieron Apgar al minuto bajo. Lo anterior también nos da una diferencia significativa ($\chi^2 = 12.75$; $p < 0.001$).

En los anteriores resultados vimos diferencias estadísticamente significativas al momento de comparar la presencia de Apgar bajo al minuto y 5 minutos con la vía de nacimiento (variable dependiente contra independiente). Asimismo vimos diferencias significativas al comparar o cruzar las variables de Apgar al minuto y 5 minutos con

peso al nacimiento y edad gestacional al igual que vimos diferencias significativas al relacionar la ruptura uterina con el peso al nacimiento y la duración del trabajo de parto.

En base a los anterior, se volvieron a cruzar las variables dependientes contra las independientes para ver relación efecto - causa, pero controlando las variables de peso al nacimiento y edad gestacional, para encontrar donde está la verdadera significancia estadística.

Los resultados fueron los siguientes:

En el grupo de productos con bajo peso al nacer (menor de 2500 grs.), se encontró que al 100% de las pacientes en quienes ocurrió ruptura uterina tuvieron parto abdominal por cesárea repetido por otras causas, contra 0% entre las pacientes con parto vaginal. Significancia estadística ($\chi^2 = 6.38$; $p < 0.041$). Entre los productos de peso "normal" al nacimiento (entre 2500 a 3500 grs.), se encontró que el 77.8% de las pacientes presentaron ruptura uterina tuvieron parto abdominal por cesárea repetido por otras causas, contra 22.3% de ruptura entre las pacientes con parto vaginal después de cesárea. Significancia estadística ($\chi^2 = 42.69$; $p < 0.000$).

En el grupo de productos grandes al nacer (peso mayor de 3500 grs.), no se encontró diferencia estadística significativa ya que se

encontró que el 50% de las rupturas se presentó entre las pacientes con cesárea repetida por otras causas y 50% entre las pacientes con parto vaginal después de cesárea ($\chi^2 = 0.83$; $p < 0.65$).

Entre las pacientes con edad gestacional menor de 37 semanas, se encontró que el 100% de las pacientes con ruptura tuvieron parto abdominal por cesárea repetida por otras causas (diferencia significativa) si lo comparamos contra 0% de rupturas entre los partos vaginales postcesárea en este mismo grupo de edad gestacional ($\chi^2 = 9.63$; $p < 0.008$). En el grupo de pacientes con embarazo de término (31 - 41 semanas), se encontró que el 75% de las pacientes con ruptura habían tenido parto abdominal por cesárea repetida por otras causas y el 25% de rupturas se presentó entre las pacientes con parto vaginal después de cesárea. Significancia estadística ($\chi^2 = 31.10$; $p < 0.00$). Entre las pacientes con embarazo mayor de 41 semanas no se encontraron rupturas uterinas.

Entre las pacientes con peso menor de 2500 grs. se encontró que el 100% de las pacientes que presentaron Apgar bajo (0 - 6) a los 5 minutos tuvieron parto abdominal así: el 62.5% por cesárea repetida por otras causas y el 37.5% por cesárea repetida electiva, siendo la diferencia significativa ($\chi^2 = 7.11$; $p < 0.02$). Entre el grupo de pacientes con peso normal (2500 a 3500 grs.), no se encontró diferencia estadística entre las pacientes que tuvieron parto vaginal

después de cesárea y las pacientes de los dos subgrupos de comparación con parto abdominal después de cesárea repetida electiva y cesárea repetida por otras causas ($\chi^2 = 5.61$; $p < 0.06$). Entre las pacientes con productos grandes (mayor de 3500 grs.), no se encontraron rupturas uterinas.

Las pacientes con edad gestacional menor de 37 semanas y quienes tuvieron Apgar bajo a los 5 minutos (0 - 6), el 85.7% tuvieron parto abdominal por cesárea repetida y el 14.3% parto vaginal después de cesárea. Diferencia significativa ($\chi^2 = 9.72$; $p < 0.007$). Entre las pacientes con edad gestacional entre 37 y 41 semanas, se encontró significancia estadística, entre el Apgar bajo a los 5 minutos y la vía de nacimiento encontrando un 66.7% de Apgar bajo entre las pacientes que tuvieron parto abdominal por cesárea repetida y un 33.3% entre las pacientes con parto vaginal después de cesárea ($\chi^2 = 2.34$; $p < 0.30$). Entre las pacientes con embarazo mayor de 41 semanas no se encontró Apgar bajo a los 5 minutos.

Con respecto al Apgar bajo al minuto, se encontró que entre los productos de bajo peso (menor de 2500 grs.), un 89.5% de los productos con Apgar bajo nacieron por vía abdominal y un 10.5% lo hicieron por parto vaginal después de cesárea, resultando un a diferencia significativa ($\chi^2 = 13.76$; $p < 0.001$). Entre los productos con peso normal (2500 a 3500 grs.), se encontró que el 43.4% de los

Apgar's bajos al minuto tuvieron parto abdominal por cesárea repetida ya sea electiva o por otras causas y el 56.5% tuvieron parto vaginal después de cesárea. Significancia estadística ($\chi^2 = 6.70; p < 0.03$), y entre el grupo de productos grandes al nacer (mayor de 3500 grs.) el 50% de los que tuvieron Apgar bajo tuvieron parto abdominal y el 50% parto vaginal después de cesárea. No diferencia significativa ($\chi^2 = 2.09; p < 0.35$).

Siguiendo con el Apgar bajo al minuto se encontró que entre las pacientes con embarazo menor de 37 semanas, el 66.6% de las pacientes con Apgar bajo (0 - 6) al minuto tuvieron parto abdominal repetido y el 33.3% de las pacientes tuvieron parto vaginal después de cesárea. Diferencia significativa ($\chi^2 = 7.39; p < 0.02$). Entre las pacientes con embarazos entre 37 y 41 semanas, el 54% de los que tuvieron Apgar bajo al minuto tuvieron parto abdominal por cesárea repetida y el 46% tuvieron parto vaginal después de cesárea, lo cual da significancia estadística ($\chi^2 = 7.39; p < 0.02$). Por último, no se encontraron Apgar's bajos al minuto, entre las pacientes con embarazos mayores de 41 semanas.

El 16.9% de las pacientes con indicación anterior de DCP (desproporción cefalopélvica), tuvieron en la cesárea repetida actual la misma indicación. Asimismo e 39.6% de las pacientes con indicación

anterior de DCP para la cesárea, tuvieron ahora parto vaginal después de cesáreo.

La variable dependiente de mortalidad fetal transporto, no se correlacionó con las otras variables ya que no se encontró muerte fetal (0%).

El tipo de ruptura uterina encontrado en todas las pacientes a las que se les diagnosticó esta complicación fue del tipo parcial incompleta (100%).

PARTO DESPUES DE CESAREA

REGISTRO: _____

NOMBRE: _____

PARTO VAGINAL _____ CESAREA ELECTIVA _____ CESAREA OTRAS CAUSAS _____

EDAD: _____ PARIDAD _____ INTERVALO INTERGENESICO _____

EVENTO ANTERIOR OBSTETRICO _____ INDICACION CESA. ANTERIOR _____

EDAD GESTACIONAL _____ PESO NACIMIENTO _____ CONTROL PRENATAL _____

PATOLOGIA MATERNA _____ DURACION DEL T. DEL PARTO _____

SEXO PRODUCTO _____ INDICACION CESA. ACTUAL _____

SI _____	MORBI MORTALIDAD	DEHISCENCIA	SI _____
TRABAJO DE PARTO		RUPTURA	NO _____
NO _____			

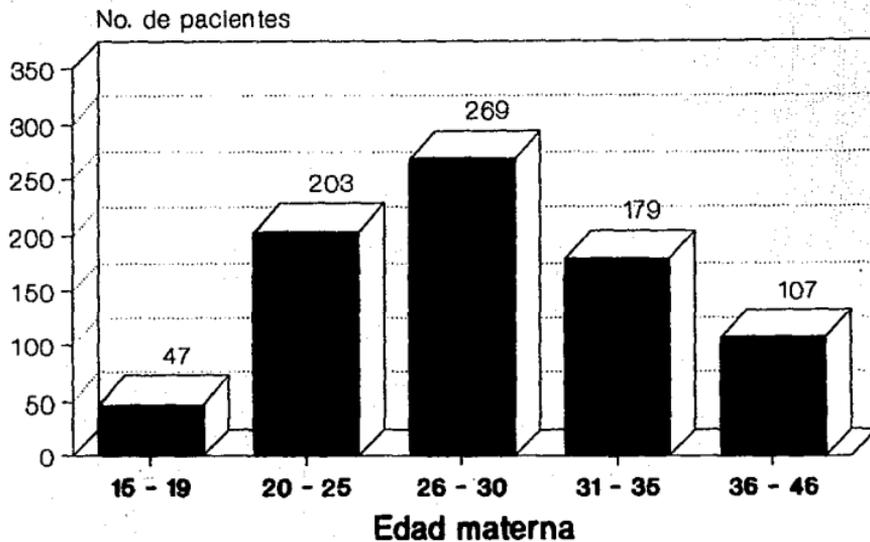
MORBIMORTALIDAD PERINATAL:	MORTALIDAD	SI _____
		TRANSPARTO
		NO _____

MORBILIDAD (APGAR)	1' _____
	5' _____

NIVEL SOCIOECONOMICO _____

PARTO VAGINAL DESPUES DE CESAREA

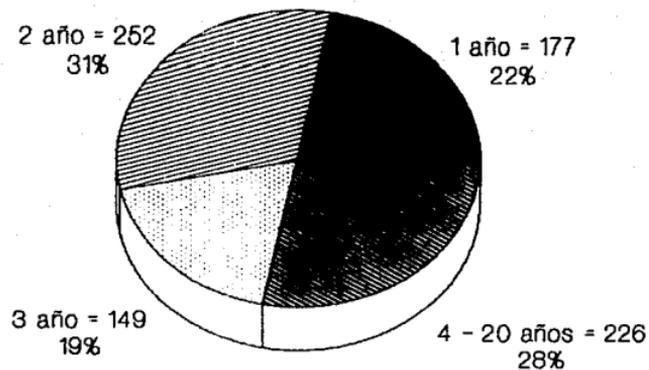
DISTRIBUCION DE EDAD



N = 805

Gráfica 1

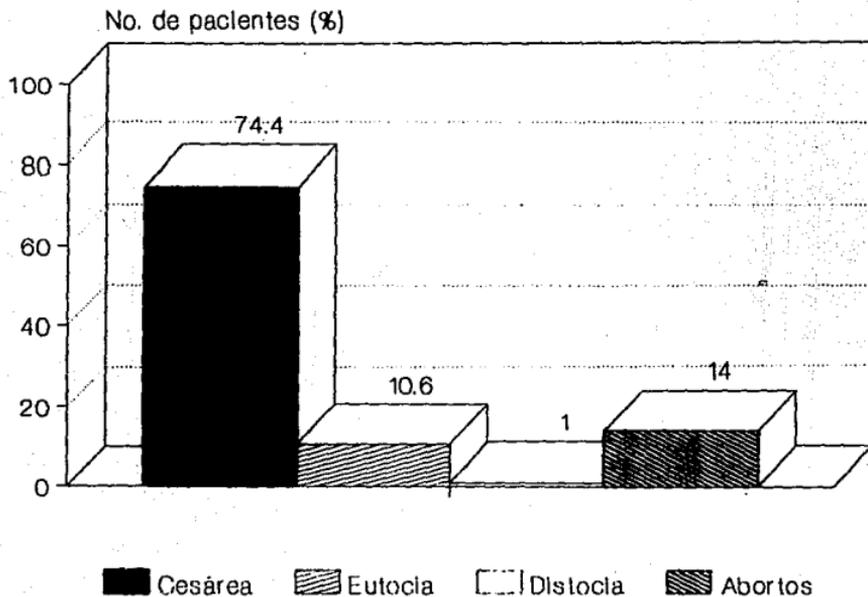
PARTO VAGINAL DESPUES DE CESAREA
INTERVALO INTERGESICO



N = 805

Gráfica 2

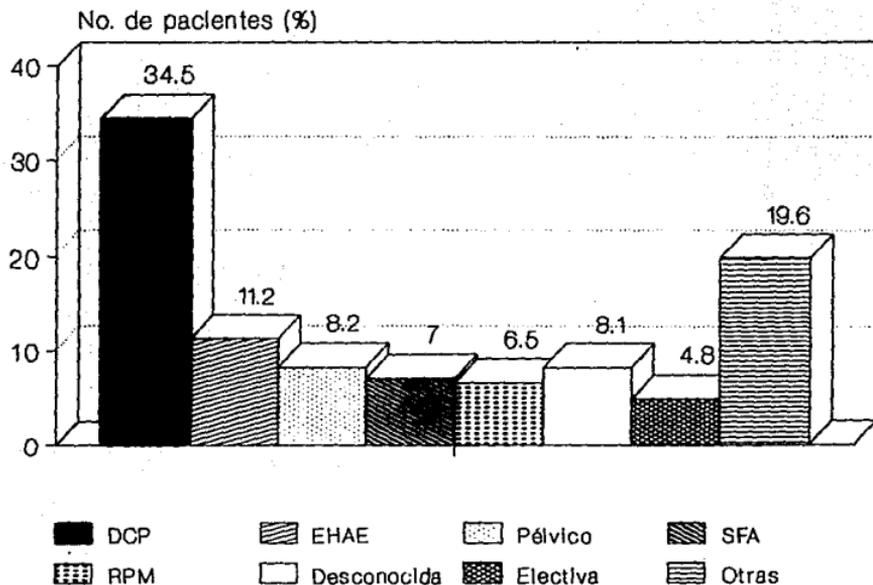
PARTO VAGINAL DESPUES DE CESAREA EVENTO OBTETRICO ANTERIOR



N = 805

Gráfica 3

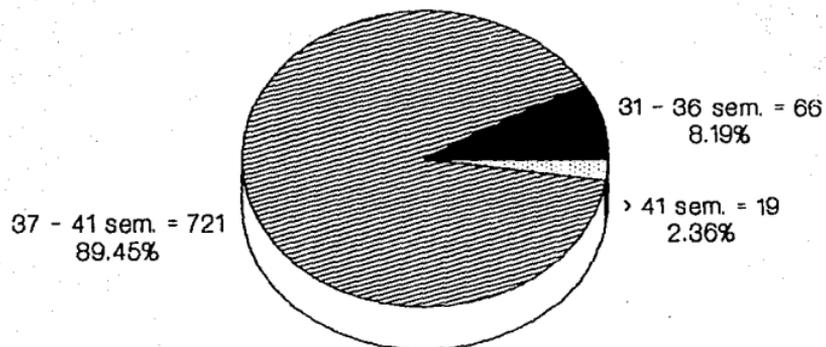
PARTO VAGINAL DESPUES DE CESAREA INDICACION DE CESAREA ANTERIOR



N = 806

Gráfica 4

PARTO VAGINAL DESPUES DE CESAREA
EDAD GESTACIONAL

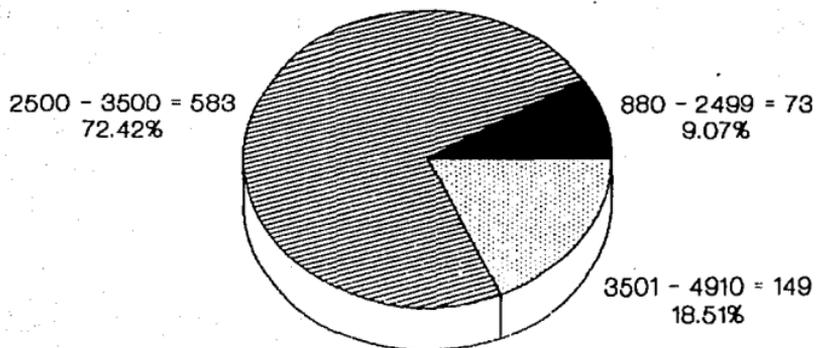


N = 805

Gráfica 5

PARTO VAGINAL DESPUES DE CESAREA

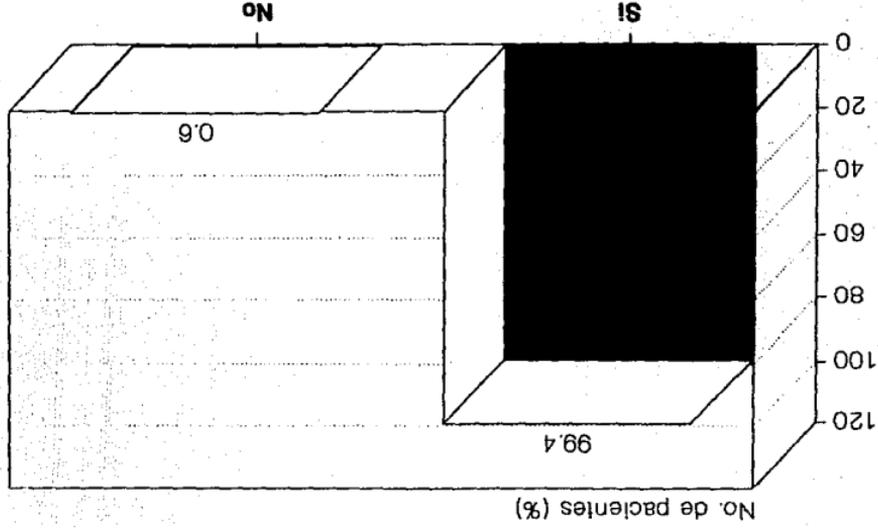
PESO AL NACIMIENTO (grs.)



N = 805

Gráfica 6

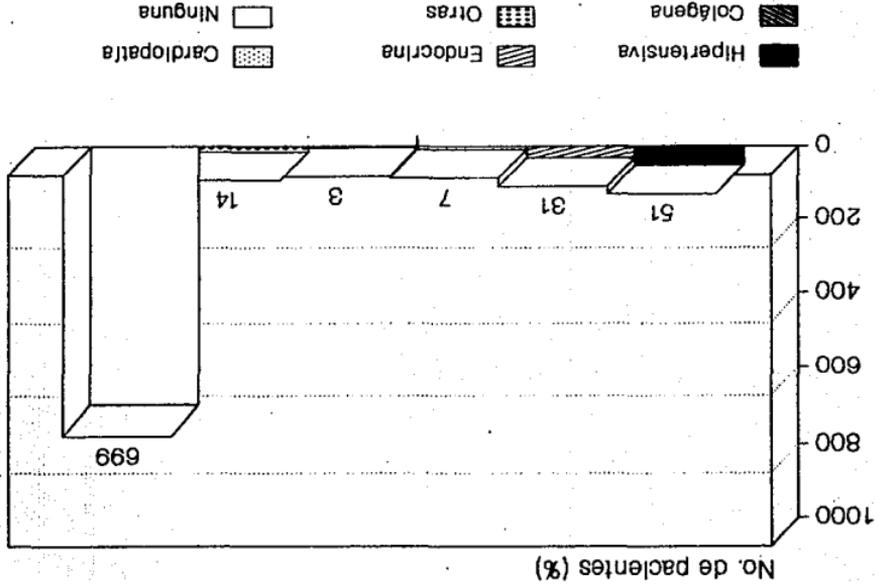
**PARTO VAGINAL DESPUES DE CESAREA
CONTROL PRENATAL**



N = 805

Gráfica 7

PARTO VAGINAL DESPUES DE CESAREA
PATOLOGIA MATERNA

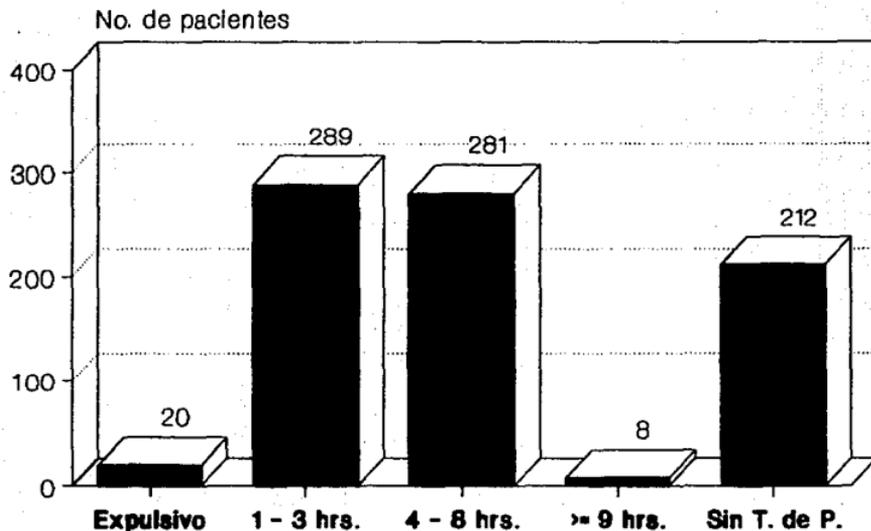


N - 805

Gráfica 8

PARTO VAGINAL DESPUES DE CESAREA

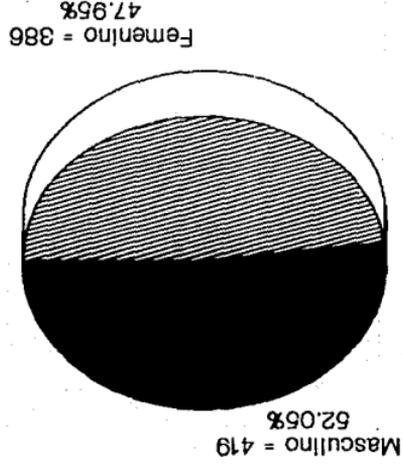
DURACION DEL TRABAJO DE PARTO



N = 806

Gráfica 9

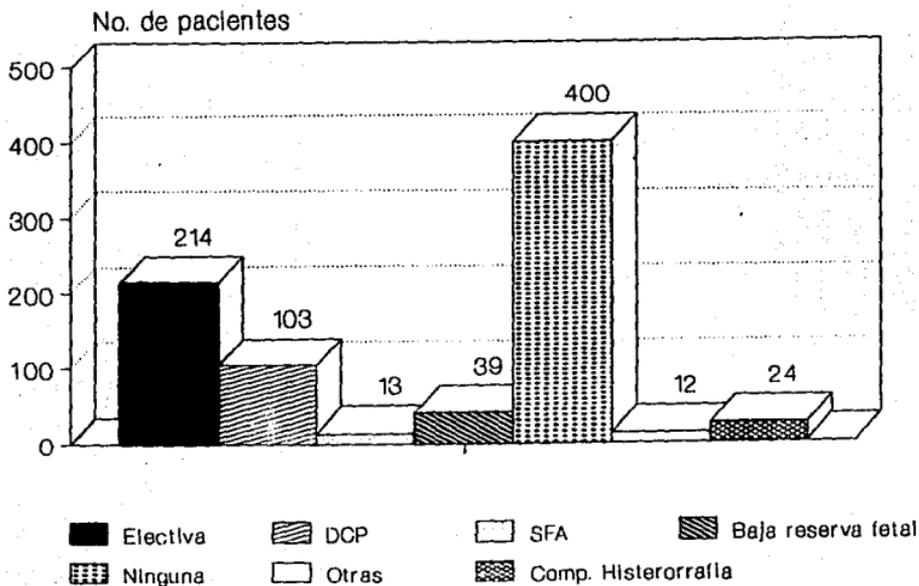
PARTO VAGINAL DESPUES DE CESAREA
SEXO DEL PRODUCTO



N = 806

Gráfica 10

PARTO VAGINAL DESPUES DE CESAREA INDICACION DE CESAREA ACTUAL

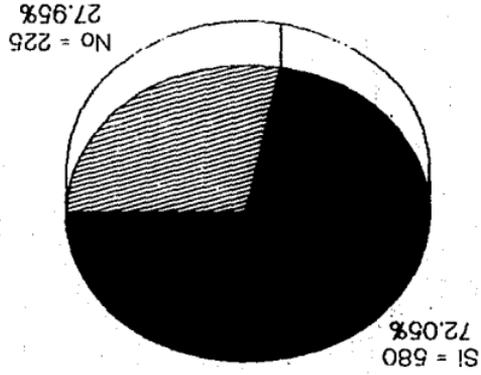


N = 805

Gráfica 11

TRABAJO DE PARTO

PARTO VAGINAL DESPUES DE CESAREA

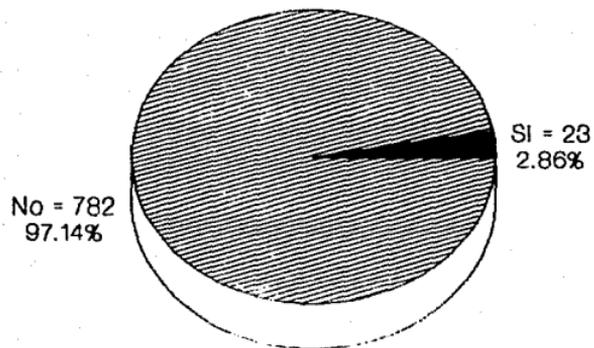


N = 805

Gráfica 12

PARTO VAGINAL DESPUES DE CESAREA

MORBIMORTALIDAD MATERNA (RUPTURA)

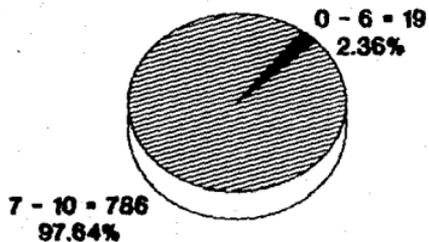


N = 805

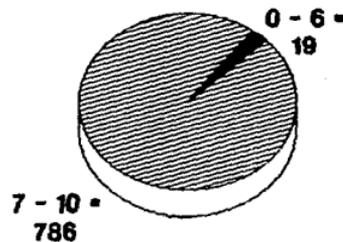
Gráfica 13

PARTO VAGINAL DESPUES DE CESAREA

MORBILIDAD PERINATAL (APGAR)



1 minuto

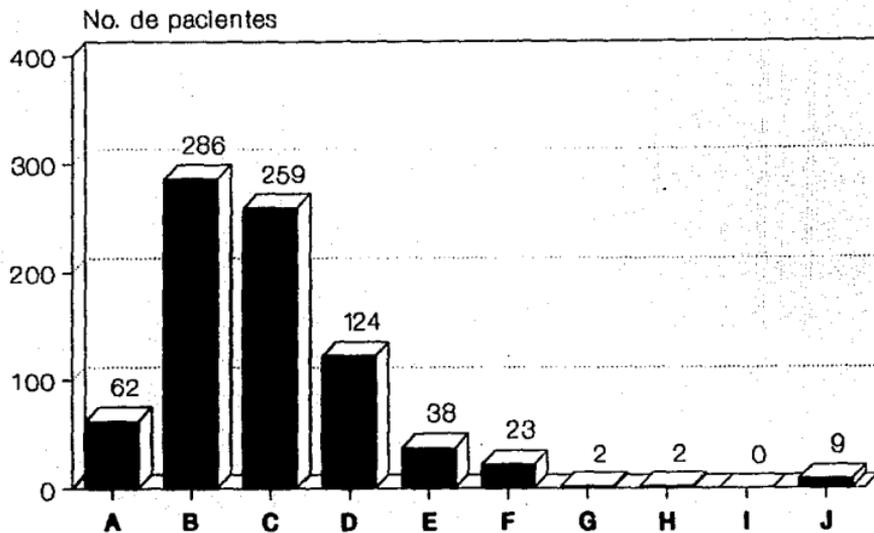


5 minutos

N = 805

Gráfica 14

PARTO VAGINAL DESPUES DE CESAREA NIVEL SOCIOECONOMICO

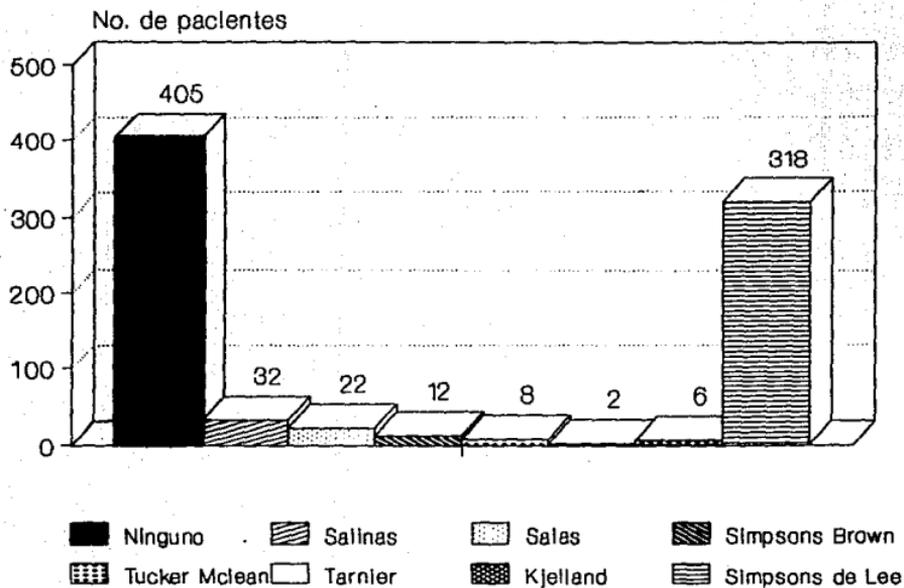


N = 805

Gráfica 15

PARTO VAGINAL DESPUES DE CESAREA

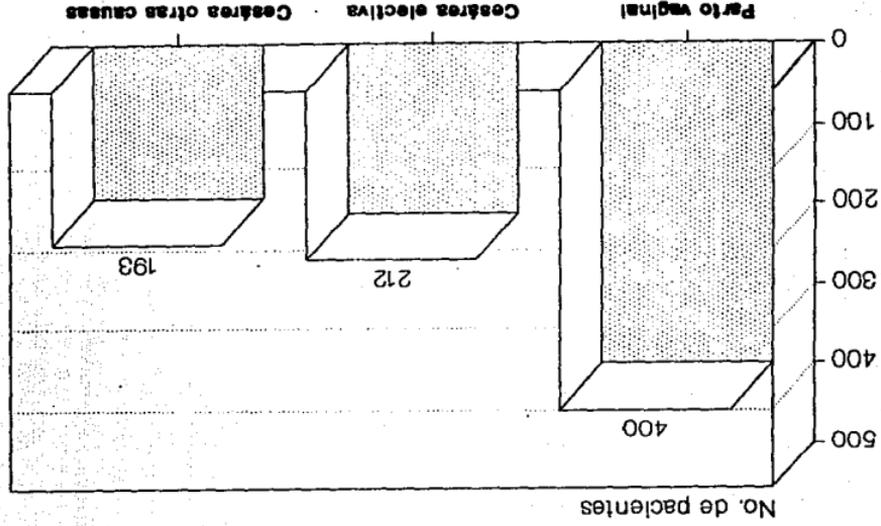
TIPO DE FORCEPS



N = 805

Gráfica 16

PARTO VAGINAL DESPUES DE CESAREA VIA DE NACIMIENTO

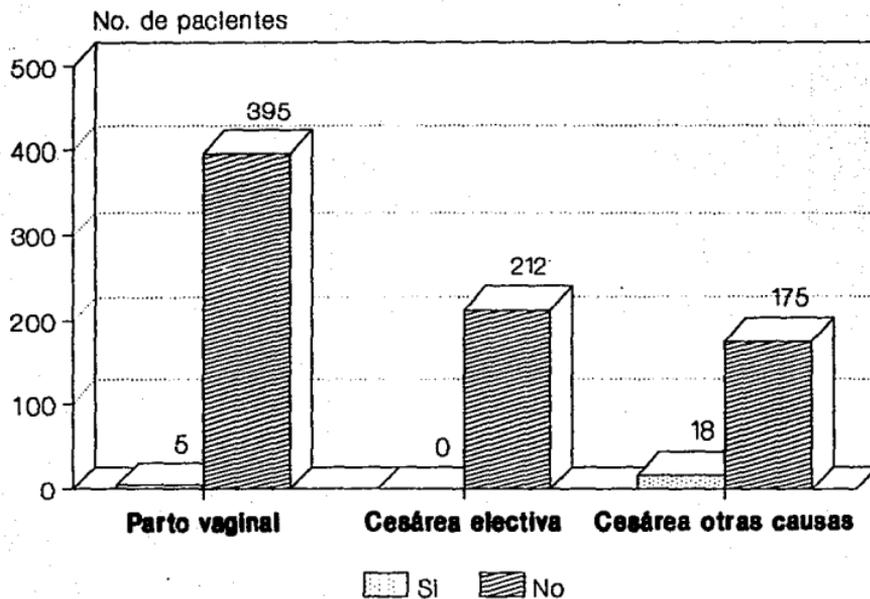


N = 805

Gráfica 17

PARTO VAGINAL DESPUES DE CESAREA

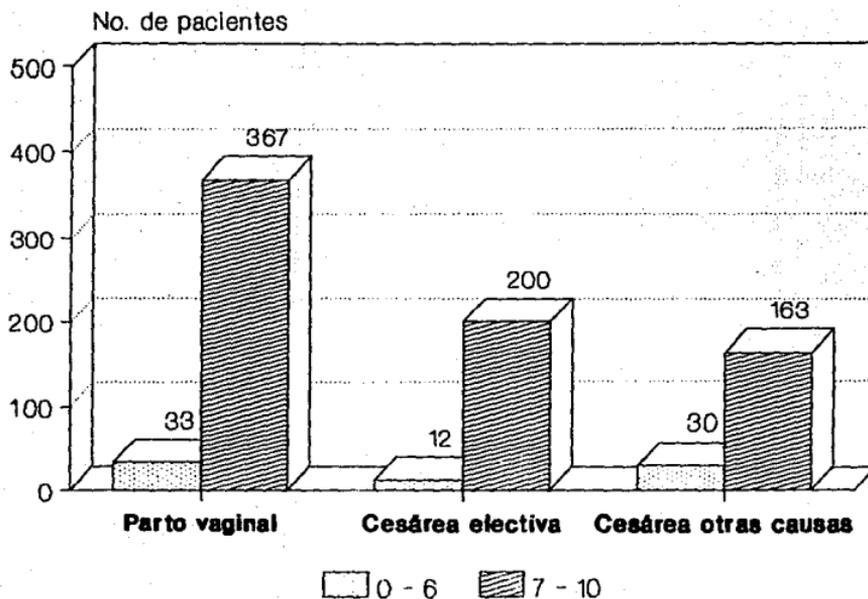
VIA DE NACIMIENTO - RUPTURA UTERINA



N = 805

Gráfica 18

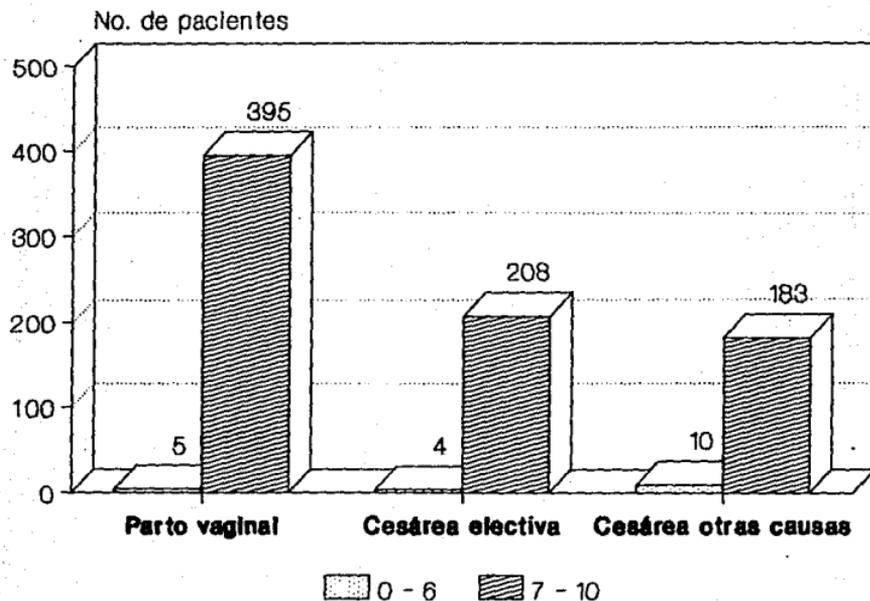
PARTO VAGINAL DESPUES DE CESAREA VIA DE NACIMIENTO - APGAR AL MINUTO



N = 805

Gráfica 19

PARTO VAGINAL DESPUES DE CESAREA VIA DE NACIMIENTO - APGAR 5 MINUTOS



N = 805

Gráfica 20

DISCUSION

El objetivo principal del presente estudio fue comparar la morbinormalidad materna y perinatal que siguen a un parto vaginal después de cesárea, con la morbinormalidad materna y perinatal que siguen a la cesárea repetida o su vez subdividiéndola en dos subgrupos: las pacientes a las que se les realizó cesárea repetida electiva y las pacientes a las que se les realizó cesárea por otras causas. Por medio de la comparación anterior se pretendió revisar y demostrar que el parto vaginal es tan seguro para la madre y el producto como la cesárea repetida.

Cada año durante las dos décadas pasadas, la frecuencia de cesárea ha aumentado, a pesar de los lineamientos marcados por los organismos rectores de la práctica obstétrica, y a pesar de los innumerables artículos que avalan este procedimiento.

La tasa de cesárea aumentó dramáticamente desde 1965 cuando era de 4.5 por 100 partos hasta el año de 1988 en que es mayor de 26 por 100 partos (13,33,44).

Definitivamente está demostrado por los diferentes estudios existentes con respecto al tema, que la alta tasa de cesárea está principalmente influenciada por el antecedente de cesárea previa, la

cual contribuye en alrededor del 50% del total del aumento (40,41,45).

En vista de la alta tasa de cesáreas actualmente en el mundo (26), en 1980 los National Institutes of Health celebraron su Consensus Development Conference on Cesarean Childbirth, el cual recomendó el trabajo de parto para las mujeres con cesárea previa y habló de su seguridad. Casi por el mismo tiempo, en 1982, el American College of Obstetricians and Gynecology publicó sus lineamientos que más tarde actualizó, en 1985, para promover el trabajo de parto y el parto vaginal después de cesárea.

Por otra parte se piensa que las principales razones para el aumento progresivo del porcentaje de cesáreas por año se deba a criterios médicos que buscan en un momento dado - de manera equivocada - disminuir la morbilidad materna y sobre todo perinatal, aparte de los problemas médico-legales que enfrenta el obstetra, cada vez más frecuentemente (18,24).

Por todo lo anterior, se justifica la revisión del tema en el Instituto Nacional de Perinatología, hospital donde el porcentaje de nacimientos por cesárea es alto comparativamente con otras instituciones del país, obviamente por la población que atiende (31).

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

En análisis del presente estudio confirmó la baja morbimortalidad materna y perinatal del parto vaginal después de cesárea, comparativamente con la cesárea repetida, principalmente la realizada por otras causas diferentes a la electiva.

El promedio de edad gestacional al momento de la resolución del embarazo fue de 38 ± 1.5 semanas, como era de esperarse en una población de distribución normal sin mayores antecedentes o patología maternas para esperar partos pretérmino. En cuanto a la duración del trabajo de parto, la duración promedio fue de 4 horas, siendo este tiempo realmente variable según lo reportado en la literatura dependiendo de los antecedentes obstétricos de la paciente, pero aquí probablemente, sea un poco más corto que lo usual como consecuencia de la conducción del trabajo de parto con oxitocina en casi todo trabajo de parto en el Instituto.

Un 49.7% de las pacientes del presente trabajo pertenecían al grupo de estudio y el resto al grupo de comparación.

En cuanto al peso al nacimiento, la mayor parte de los productos, se situaron dentro de un peso entre 2500 y 3500 gramos, pesos que probablemente poco influyeron en los resultados de morbilidad perinatal.

La indicación de cesárea anterior más frecuente fue la de desproporción cefalopélvica (34.5%), dato importante ya que puede determinar el éxito o buen resultado del parto vaginal subsecuente (16). Según autores, en general, el 65 a 75% de las pacientes que se intervienen primeramente por una desproporción cefalopélvica, tienen posteriormente parto vaginal (29). En el presente estudio se encontró que el 39.3% de las pacientes con cesárea previa por desproporción cefalopélvica tuvieron parto vaginal siendo esto ligeramente menor que lo referido por otros autores (12,16,19,46).

El antecedente de control prenatal puede ser importante para prevenir algún tipo de complicación al momento del parto postcesárea (13,17), en el presente estudio el 99.4% de las pacientes tuvieron control prenatal.

La patología materna encontrada fue variada, siendo las enfermedades más frecuentes las hipertensivas (HRSC, EHRE) 5.8%, lo cual está de acuerdo con la literatura mundial (6,36).

El Apgar al minuto y 5 minutos son dos variables dependientes importantes para valorar la morbilidad perinatal, sin embargo aquí consideraremos el Apgar a los 5 minutos porque es el que mejor refleja el estado de hipoxia in útero. En el estudio el promedio de

llegar al minuto fue de 8 y a los 5 minutos de 10, lo cual está por encima de lo registrado en la literatura, donde reportan incidencias de llegares menores de 6, de 2.3%, en los nacidos por vía vaginal y de 5.9% en los nacidos por cesárea repetida (2,9,46). En nuestro estudio se encontró que el 73.7% de las pacientes cuyos productos tuvieron llegar menor de 6 a los 5 minutos después de cesárea repetida fue de 73.7% y 26.3% para las pacientes con parto vaginal postcesárea, lo cual definitivamente está alto, pero demuestra a través de esta variable la seguridad del parto vaginal después de cesárea.

Entre las causas de cesárea actual, la indicación más frecuente fue la electiva y la desproporción cefalopélvica.

La ruptura uterina que constituye uno de los temores más frecuentes por los obstetras (12,14,18,35) en la literatura informa de porcentajes de ruptura que van del 0 al 3.5% (1,9,11,16,19,40,46), encontrándose en el Instituto una incidencia de 2.9%, acorde con la literatura anteriormente citada.

No hubo muertes fetales transporto en nuestro estudio, sin embargo autores reportan mayor mortalidad perinatal luego de cesáreas repetidas que luego de partos vaginales después de cesárea. La prematuridad intrógena es una causa importante para el aumento de la

morbilidad en el grupo de cesárea repetida, si no fuera considerada, la mortalidad en los dos grupos sería esencialmente igual (22).

En cuanto al nivel socioeconómico, aparentemente el nivel más frecuente fue al correspondiente a las letras de clasificación de trabajo social (B, C, D) y podría decirse que la mayoría de la población se encuentra en un nivel medio bajo o medio.

El tipo de fórceps más frecuentemente empleado fue el Simpsons de Lee (39,51).

Al momento de correlacionar variables encontramos: la ruptura uterina fue más frecuente entre las pacientes a quienes se les realizó cesárea (repetida por otras causas) que entre las pacientes que tuvieron parto vaginal después de cesárea, no encontrándose ruptura entre las pacientes que tuvieron una cesárea repetida electiva. Lo anterior puede estar relacionado con la menor probabilidad en hacer diagnóstico postparto, por la posibilidad de que sea pasada por alto una ruptura pequeña (ventana) a nivel del segmento al momento de hacer la revisión (22,29), no teniendo que ver lo anterior con el uso de oxitocina, ya que aunque la ruptura se presentó sólo en pacientes que estaban en trabajo de parto y que se condujeron con oxitocina, se ha demostrado por varios estudios que esta no aumenta el riesgo de ruptura potencialmente (1,4,15,17,21,25,39).

El Apgar bajo a los 5 minutos (mejor predictor del estado fetal) se presentó en el 73% de las pacientes que tuvieron parto abdominal ya sea por cesárea repetida electiva o por cesárea repetida por otras causas contrastando con sólo 26.3% entre las pacientes con parto vaginal después de cesárea, lo cual concuerda con los reportes de la literatura que aportan diferencias similares en ambos grupos (2,9,46).

El Apgar bajo al minuto, también mostró una diferencia significativa, encontrándose un 56% en las pacientes con parto abdominal y un 40% en las pacientes con parto vaginal después de cesárea también de acuerdo con lo reportado en la literatura (2,9,15,21).

En nuestro estudio, no se encontró, como se mencionó arriba, muertes fetales transparto, en ninguno de los grupos. La literatura nos habla de una mayor mortalidad perinatal entre las pacientes sometidas a cesárea repetida que entre las pacientes con parto vaginal después de cesárea y lo relaciona con el relativamente alto porcentaje de prematuridad iatrogénica, que quizás por la alta seguridad que ofrecen en el Instituto la excelente preparación médica y los métodos diagnósticos para asegurar madurez pulmonar (amniocentesis, etc.) explicaría la no presentación de esta complicación.

Al momento de controlar la variable peso al nacimiento para ver la verdadera significancia estadística entre la ruptura uterina y la vía de nacimiento se encontró que esta diferencia resultaba a expensas de los productos de bajo peso y con peso normal, ya que no se encontró significancia estadística en el grupo de pacientes con peso del producto mayor de 3500 grs.. Asimismo al controlar la variable edad gestacional, se encontró que la diferencia estadística estaba principalmente dada por el grupo de pacientes con edad gestacional menor de 37 semanas, y con edad gestacional entre 37 y 41 semanas, ya que no se encontró ruptura en el grupo de pacientes con embarazos mayores de 41 semanas.

También se controlaron las variables de peso al nacimiento al momento de comparar el Apgar bajo a los 5 minutos con la vía de nacimiento, encontrando que la diferencia estadística encontrada antes, se daba así a expensas de los productos con peso inferior a 2500 grs. (quizá relacionado también con la influencia que tiene en el resultado la edad gestacional menor de 37 semanas), no encontrándose diferencia significativa en el grupo de los productos de peso normal (2500 a 3500 grs.) y no presentándose Apgar bajo a los 5 minutos en el grupo de los productos mayores de 3500 grs.; al momento de controlar la edad gestacional, se encontró diferencia significativa entre los pacientes con edad gestacional menor de 37 semanas y entre las

pacientes con edades entre 37 y 41 semanas, no encontrándose Apgar bajo entre las pacientes con embarazo mayor de 41 semanas.

también se realizaron los mismos controles de variables al momento de comparar Apgar bajo al minuto con ruptura uterina, encontrándose diferencias muy similares al grupo anterior.

Como era de esperarse según la hipótesis y objetivos planteados, se demostró mediante el análisis y la discusión anterior, que el parto vaginal después de cesárea es tan o más seguro para la madre y el producto que la cesárea repetida, ya sea electiva o repetida por otras causas.

A parte de lograr el objetivo propuesto, mediante el estudio se refuerza la norma institucional en cuanto a seguir dando, con la plena seguridad, a las pacientes con cesárea previa, un parto vaginal después de ésta, y de esta manera disminuir el grupo de cesáreas electivas que alcanza un buen número en la institución.

Sin embargo, como decía en la introducción de este trabajo, el obstetra, con el fin de abandonar el viejo adagio "después de una cesárea, siempre cesárea", no debe dejarse embaucar por otro quizá aún más incorrecto "después de una cesárea, nunca más otra cesárea".

CONCLUSIONES

1. El parto vaginal después de una cesárea ofrece las mismas o mayores seguridades para el obstetra, para la madre y el producto que la cesárea repetida.
2. A pesar de la mínima incidencia de ruptura uterina, se encontró asociación significativa entre la ruptura uterina y el trabajo de parto.
3. El Apgar bajo al minuto y 5 minutos fue mayor entre las pacientes a quien se les realizó cesárea repetida, que entre las que tuvieron un parto vaginal después de cesárea, mostrando una diferencia estadísticamente significativa.
4. Siendo la desproporción cefalopélvica la indicación más frecuente como causa de cesárea primaria, y como causa de cesárea repetida en el estudio, se encontró que la tercera parte de estas pacientes tuvieron parto vaginal posterior.
5. El tipo de ruptura más frecuentemente encontrado fue el tipo parcial incompleto.
6. No se encontró mortalidad fetal en el estudio.

7. Hay que tener presente que el parto vaginal después de cesárea proporciona seguridad al obstetra en cuanto a los buenos resultados en los concerniente a morbilidad y mortalidad materna y perinatal, pero no debemos olvidar los requisitos que se deben hacer cumplir para excluir a los pacientes que no se beneficiarán con el procedimiento.

BIBLIOGRAPHIA

1. Beckley S, Gee H, et al; Scar rupture in labor after previous lower uterine segment cesarean section: the role of uterine activity measurement.
Br J Obstet Gynaecol; 1991; 98: 265-69
2. Burt R, Uaugahn T, et al; Evaluating risks of cesarean sections: Low Apgar scores in repeat C-section and vaginal deliveries.
Am J Public Health; 1988; 78: 1312-314
3. Chattopadhyay K, Sengupta B, et al; Vaginal birth after cesarean section: management debate.
Int J Gynecol Obstet; 1988; 26: 189-96
4. Chazotte C, Madden R, et al; Labor patterns in women with previous cesarean section.
Obstet Gynecol; 1990; 75: 350-55
5. Chez R.; Vaginal birth after cesarean section.
Am J Obstet Gynecol; 1991; 158: 1079-84

-
6. Danforth D.; El parto quirúrgico.
Pernoll M, Benson R.; Diagnóstico y tratamiento gineco -
obstétricos.
Quinta edición, Editorial El manual moderno, S.A. de C.U.
1989 México, D.F.

 7. DeMott R, Sandwire H, et al. The Green Bay cesarean section
study. 1. The physician factor as a determinant of cesarean birth
rates.
Am J Obstet Gynecol; 1990; 162: 1593-602

 8. Farnakides G, Duviolier R, et al; Uaginal birth after two or more
previous cesarean section.
Am J Obstet Gynecol; 1987; 156: 565-6

 9. Farmer R, Kirschbaum T, et al; Uterine rupture during trial of
labor after previous cesarean section.
Am J Obstet Gynecol; 1991; 165: 996-1001

-
10. Flann B.; Parto vaginal después de cesárea: controversias antiguas y nuevas.
Clínicas Obstétricas y Ginecológicas: cesárea, cáncer ovárico.
Volumen 4, primera edición, Editorial Interamericana, 1985,
Madrid
11. Flann B, Lim O, et al; Uaginal birth after cesarean section:
Results of a multicenter colaborative study.
Am J Obstet Gynecol; 1988; 158: 1079-84
12. Flann B, Newman R, et al; Uaginal birth after cesarean delivery:
Results of a 5 year multicenter colaborative study.
Am J Obstet Gynecol; 1990; 76: 750-54
13. Gibbs C.; Parto vaginal planeado después de operación cesárea.
Clínicas Obstétricas y Ginecológicas: actualización sobre
obstetricia operatoria.
Volumen 2, primera edición, Editorial Interamericana, 1980,
Madrid
14. Harless F, Duff P.; The duration of labor in primiparas
undergoing vaginal birth after cesarean delivery.
Obstet Gynecol; 1990; 75: 45-8

-
15. Jakobi P, Zimmer E, et al; Oxytocin administration and uterine exploration in the management of vaginal birth after cesarean. Not routine procedures.
Am J Obstet Gynecol; 1989; 1538-9

 16. Jarrell M, Ashmead G, et al; Vaginal delivery after cesarean section: a five year study.
Obstet Gynecol; 1985; 65: 628-631

 17. Jones R, Nagashima A, et al; Rupture of low transverse cesarean scars during trial of labor.
Obstet Gynecol; 1991; 77: 815-17

 18. Joseph G, Stedman C, et al; Vaginal birth after cesarean section: The impact of patient resistance to a trial of labor.
Am J Obstet Gynecol; 1991; 164: 1441-7

 19. Kirk P, Doyle K, et al; Vaginal birth after cesarean or repeat cesarean section: medical risks or social realities ?
Am J Obstet Gynecol; 1990; 162: 1398-405

-
20. Krishnanurthy S, Fairlie F, et al: The role of postnatal x-ray pelvimetry after cesarean section in the management of subsequent delivery.
Br J Obstet Gynaecol; 1991; 98: 716-18
21. Lao T, Leung F.; Labor induction for planned vaginal delivery in patient with previous cesarean section.
Acta Obstet Gynecol Scand; 1987; 66: 413-16
22. Lavin J.; Parto vaginal después del nacimiento por cesárea: pregunta que se formulan con frecuencia.
Clinicas de Perinatología: obstetricia operatoria
Volúmen 2, primera edición, Editorial Interamericana, 1983.
Madrid
23. Lomas J, Enkin M, et al: Opinion leaders vs audit and feedback to implement practice guidelines. Delivery after previous cesarean section.
JAMA 1991; 265: 2202-207

-
24. Martin J, Morrison J, et al; Parto vaginal después de cesáreas: abolición de la cesárea repetida sistemática.
Ginecología y Obstetricia. Temas actuales. Cesárea.
Volumen 4, primera edición, Editorial Interamericana, 1988,
Madrid
25. Mor-Yosef S, Samueloff A, et al; Ranking the risk factors for cesarean: logistic regression analysis of a nationwide study.
Obstet Gynecol; 1990; 75: 944-47
26. Notzon F, Placek P, et al; Comparisons of national cesarean section rates.
N Engl J Med; 1987; 316: 368-9
27. Ollendorf D, Goldberg J, et al; Vaginal birth cesarean section for arrest of labor: is success determined by maximum cervical dilatation during the prior labor ?
Am J Obstet Gynecol; 1988; 159: 636-9
28. Patterson C, Saunders N.; Mode of delivery after one cesarean section: audit of current practice in a health region.
BMJ; 1991; 303: 818-21

-
29. Phelan J, Clark S, et al; Uaginal birth after cesarean.
Am J Obstet Gynecol; 1987; 157: 1510-15
30. Phelan J, Ock M, et al; Twice a cesarean, always a cesarean ?
Am J Obstet Gynecol; 1989; 73: 161-65
31. Pineda GE, Franco SM, et al; Operación cesárea. 25 años de su
evolución en el Hospital Regional "20 de noviembre" ISSSTE
Ginec Obstet Mex; 1990; 58: 59-64
32. Pitkin R.; Once a cesarean ?
Obstet Gynecol; 1991; 78: 939
33. Placek P, Taffel S, Uaginal birth after cesarean (UBAC) in the
1980s.
Am J Public Health; 1988; 78: 512-15
34. Porreco R.; Operación cesárea repetida: consideraciones y
comentarios.
Clínicas Obstétricas y Ginecológicas: actualización sobre
obstetricia operatoria.
Volumen 2, primera edición, Editorial Interamericana, 1980,
Madrid

-
35. Pridjian G, Hibbard J, et al; Cesarean: changing the trends.
Obstet Gynecol; 1991; 77: 195-200
36. Pritchard J, Macdonald P, et al; Operación cesárea y cesárea con
histerectomía.
Williams Obstetricia. Tercera edición. Salvat editores S.A.
1986, Barcelona
37. Pruett K, Kirshon B, et al; Is vaginal birth after two or more
cesarean sections safe ?
Obstet Gynecol; 1988; 72: 163-65
38. Rosen M, Dickinson J, et al; Vaginal birth after cesarean: a
meta-analysis of morbidity and mortality.
Obstet Gynecol; 1991; 77: 465-69
39. Sakala E, Kaye S, et al; Oxytocin use after previous cesarean:
Why a higher rate of failed labor trial ?
Obstet Gynecol; 1990; 75: 356-59
40. Scott J.; Mandatory trial of labor after cesarean delivery: an
alternative viewpoint.
Obstet Gynecol; 1991; 77: 811-14

-
41. Shiono P, Feldman F, et al: Recent trends in cesarean birth and trial of labor rates in the United States.

JAMA 1987; 257: 494-96

42. Seiler J,: The demise of vaginal operative obstetrics: a suggested plan for its revival.

Obstet Gynecol: 1990; 75: 710-13

43. Spellacy W,: VAginal birth after cesarean: a reward / penalty system for national implementation.

Obstet Gynecol: 1991; 78: 316-17

44. Taffel S, Placek P, et al: Cesarean rates increases in 1985.

Am J Public Health: 1987; 77: 241-42

45. Taffel S, Placek P, et al: Trends in the United cesarean section rate and reasons for the 1980-85 rise.

Am J Public Health: 1987; 77: 955-58

46. Yetman T, Nolan T,: Vaginal birth after cesarean section: a reappraisal of risk.

Am J Obstet Gynecol: 1989; 161: 119-23