

# MODO DE NACIMIENTO LUEGO DE UNA OPERACION CESAREA EN PACIENTES NULIPARAS Y MULTIPARAS

**Dr. Ricardo Illia.** Jefe, División Obstetricia, H.M.I.R. Sardá

**Dra. Ana De Diego.** Médica, División Urgencias, H.M.I.R. Sardá

## Introducción

El nacimiento por medio de operación cesárea abdominal tiene como aspecto positivo el hecho de poder evitar un obstáculo que de no eludirse comprometería seriamente la condición fetal y materna. Pero la utilización exagerada de esta operación disminuye sus ventajas por la ausencia de indicación y exacerba notablemente sus aspectos negativos, a saber: dificultosa relación madre e hijo, retardo de la recuperación materna y su retorno al grupo familiar, retardo en la instalación de la lactancia, morbilidad postoperatoria, asociación con infección materna a veces severa, asociación con riesgo anestesiológico, y globalmente, aumento de la muerte materna asociada al nacimiento.<sup>1-5,7</sup>

Paralelamente la incidencia de rotura o dehiscencias uterinas asociadas a parto vaginal luego de una cesárea son uniformes bajas.<sup>6,9</sup>

Este estudio se realizó con el *objetivo* de hacer un diagnóstico de situación de la operación cesárea en pacientes asistidas en el Hospital Materno-Infantil Ramón Sardá y comparar éstos resultados entre una *intervención* y un *control histórico* durante el período 1990-1991.

## Material y métodos

*Diseño:* observacional analítico y de intervención.

*Población:* se constituyeron tres grupos:

1. Una *cohorte* (grupo de estudio [GE], n= 106) constituida por 93 nulíparas y 13 multíparas con la particularidad de que su nacimiento se produjo en una misma guardia, donde el criterio aplicado para su atención fue agotar dentro de lo posible todas las instancias para obtener un nacimiento vaginal.

2. Control histórico conformado por dos grupos:

a. *Cesárea anterior* (CA): 480 pacientes nulíparas que enfrentaron un nuevo nacimiento con el antecedente de que el último fue por medio de una operación cesárea. Se evaluaron para datos del nacimiento 306 casos, 191 partos y 115 cesáreas.

b. *Partos Anteriores* (PA): conformado por 195 pacientes multíparas que enfrentan un nuevo nacimiento con el antecedente de que el último fue por medio de una operación cesárea. Fueron evaluadas para datos del nacimiento 73 pacientes, 54 partos y 19 cesáreas.

La diferencia entre el total de caso analizados exclusivamente por sus antecedentes (n=781) y el total faltante para el análisis de los resultados perinatales (36% [174/480] y 62,5% [122/195] para los grupos CA y PA respectivamente) se debió a falta de datos. En conclusión la muestra se redujo a 402 casos.

Las historias clínicas fueron revisadas para relevar datos epidemiológicos, datos del nacimiento y finalmente complicaciones asociadas.

En líneas generales las pacientes asistidas en el Hospital recibieron esa asistencia dentro de las normas generales de atención del nacimiento vaginal o quirúrgico vigentes en el Servicio de Urgencias. El GE recibió asistencia también dentro de esas normas, pero todas las pacientes tuvieron la posibilidad de un trabajo de parto, de manera que la indicación de operación cesárea fuera francamente necesaria.

## Elaboración estadística

Para la comparación de medias de muestras independientes se utilizó la prueba de t. Para la comparación de proporciones se usó la prueba de Chi<sup>2</sup>, el test exacto de Fisher y el cálculo del Odds Ratio (OR, IC 95%) cuando correspondiera. Además se utilizó la prueba binomial. Significación se definió como p < 0.05.

## Resultados

### 1) Edad materna (Tabla 1).

### 2) Talla materna (Tabla 2).

No se observaron diferencias entre los grupos según la terminación del parto ni al distribuirlos en intervalos de talla (cm) (Tabla 1).

### 3) Patologías maternas asociadas (Tabla 3).

El antecedente de Embarazo Cronológicamente Prolongado (ECP) ( $p=0.08$ ), Diabetes Gestacional (DBTG) ( $p=0.83$ ) y ruptura prematura de membrana (RPM) ( $p=0.047$ ) se asoció con una disminución del riesgo de finalización del embarazo actual por cesárea entre el 31% y el 65% al comparar el grupo PA con el CA, mientras que a la inversa, en el caso de Hipertensión Gestacional (HG) el grupo PA incrementó su riesgo de cesárea en un 25% ( $p=0.68$ ) en comparación con el CA.

### 4) Intervalo intergenético (II)

La incidencia de cesárea asociada a corto intervalo intergenético en el grupo PA fue clínica y estadísticamente menor que en el grupo CA, mientras que la *media* de dicho intervalo no mostró diferencias estadísticamente significativas.

5) *Pacientes nulíparas cuya cesárea anterior se realizó por presentación pelviana* ( $n=105$ ). Es importante destacar que se reoperaron con la única indicación de cesárea actual por cesárea anterior el 44% (12/25) de las pacientes. En total, cuando enfrentaron un nuevo nacimiento pacientes nulíparas con cesárea anterior por presentación pelviana, se reoperaron el 23,81% de los casos y tuvieron parto vaginal el 76,19% (Prueba binomial  $p<0.05$ ). (Tabla 5).

6) *Pacientes nulíparas cuya cesárea anterior se realizó por falta de progresión y descenso* (FPD) ( $n=104$ ) (Tabla 6). Entre las pacientes reoperadas, el 51,16% lo fueron intraparto, y el 42,85% con la única indicación de cesárea anterior.

El peso medio de los recién nacidos del grupo de pacientes con nacimiento vaginal vs las pacientes operadas fue prácticamente similar ( $p=0.05$ ).

No hubo diferencias estadísticas en la proporción de RN macrosómico y de bajo peso entre las pacientes reoperadas y aquellas con nacimiento vaginal.

En caso de las pacientes que se reoperaron con la indicación de FPD (28,57%) el peso medio de los RN fue superior a la media de peso de todo el grupo.

En el caso de las pacientes que se reoperaron con la indicación de desproporción (9,52%) la media del peso de los RN fue superior a la media de peso de todo

del grupo.

En total, en este grupo de pacientes se reoperó al 41,34% y tuvieron un nacimiento vaginal el 56,85% (Prueba binomial  $p<0.05$ ).

7) *Pacientes cuya cesárea anterior se practicó por sufrimiento fetal agudo* (SFA) ( $n=32$ ; Tabla 7).

Se reoperó con la única indicación de CA al 66,66% de los casos.

La proporción de casos asociados a presencia de líquido amniótico meconial fue significativamente superior entre las pacientes reoperadas (33,33% vs 4,34%) ( $p<0.05$ ).

No hubo diferencias en la proporción de RN macrosómico ni de bajo peso entre los grupos ( $p=0.05$ ).

En total se produjo nacimiento vaginal en el 71,87% de las pacientes y se reoperó al 28,13% ( $p<0.05$ ).

8) *Pacientes cuya CA fue por desproporción pélvico-fetal* ( $n=35$ , Tabla 8).

Se reoperó con la única indicación de CA al 54,54% de las pacientes.

La proporción de casos asociados a presencia de líquido amniótico meconial fue superior en las pacientes con nacimiento vaginal pero sin alcanzar niveles de significación (23,07% vs 9,09%,  $p<0.05$ ).

Al analizar las pacientes reoperadas con indicación actual de FPD (27,27%) se observó que el peso de los RN fue claramente superior al grupo de nacimiento vaginal y similar al peso promedio de los RN de las pacientes intervenidas.

En total, se produjo nacimiento vaginal en el 37,14% y se reoperó al 62,85% de las pacientes ( $p=0.05$ ).

9) *Pacientes cuya cesárea anterior se practicó por Hipertensión arterial* (HTA) ( $n=30$ ).

Se reoperó con la única indicación de CA al 75% de los casos.

La proporción de casos asociados a presencia de líquido amniótico meconial entre pacientes reoperadas y no operadas fue similar ( $p=0.05$ ).

Tampoco hubo diferencias significativas en la proporción de RNBP ( $p=0.05$ ).

En total se reoperó al 46,66% de los casos y tuvieron nacimiento vaginal el 53,33% (prueba Binomial  $p=0.05$ ). (Tabla 5)

10) *Forma de nacimiento actual según la causa de CA*. (Tabla 10)

11) *Modo de finalización del embarazo actual* (grupo CA vs GE).

En el grupo de estudio se logró una disminución de la operación cesárea de 12 puntos, estadísticamente

significativa ( $X^2= 4.36$ ;  $p= 0.0368$ ;  $OR= 0.58$  [IC 95% 0.33-1.00])

12) *Forma de nacimiento actual según la causa de la CA* (grupo CA vs GE). En todos los casos la proporción de cesáreas fue menor en el grupo de estudio, siendo la diferencia más destacable la observada cuando se asistieron pacientes cuya CA fue por presentación pelviana. ( $OR= 0.12$  (0,01-0,93) (Tabla 12).

13) *Complicaciones asociadas al nacimiento vaginal* (grupo CA vs GE). El total de dehiscencias de cicatriz uterina fue del 6,28% (CA) vs 5,79% (GE); el total de infecciones fue de 0,52% y hubo solo un caso de rotura uterina (0,52%) que no requirió histerectomía. Entre ambos grupos no hubo diferencias en la proporción de complicaciones (18,84% GCA vs 13,04% GE) ( $p= 0.274$ ) (Tabla 13).

14) *Complicaciones asociadas a la operación cesárea* (GCA [n: 115] vs GE [n: 24]). Hubo 8,33% de dehiscencia de cicatriz uterina en GE vs 6,95% en CA ( $p= 0.683$ ) La incidencia de rotura uterina alcanzó el 1,73% y la infección de pared el 7,82%.

En total hubo complicaciones en el 26,08% del GCA vs el 8,33% en el GE ( $p= 0.06$ ; NS) (Tabla 14).

15) *Forma de nacimiento actual según la causa de CA* (grupo PA [n: 73] vs GE [n: 13]). Ninguna de las diferencias obtenidas fue significativa si bien hay una leve tendencia a menos operación cesárea en el GE (Tabla 15).

16) *Complicaciones asociadas al parto vaginal en el grupo PA* (n: 54). Nuevamente fue bajo el porcentaje de dehiscencia de cicatriz uterina (1,85%) y no hubo casos de rotura uterina. No hubo complicaciones en el GE (Tabla 16).

17) *Complicaciones asociadas al nacimiento por cesárea en el grupo PA* (n: 19). La incidencia de dehiscencia de la cicatriz uterina fue de 5,26% y la de infecciones del 15,78%. Tampoco hubo complicaciones en el GE.

18) *Complicaciones del nacimiento actual vaginal entre pacientes nulíparas* (CA n: 191) y multiparas (PA n: 54) (Tabla 18). Se observa un porcentaje mayor de dehiscencia de cicatriz uterina en CA y en general las complicaciones fueron mayores en CA que en PA (15,18% vs 7,40%) ( $p= 0.139$ , NS).

19) *Complicaciones asociadas a la cesárea actual entre CA* (n: 115) y PA (n: 19). La dehiscencia de cicatriz uterina fue similar en ambos grupos (6,95% vs 5,96%), pero hubo mayor frecuencia de infección de pared en el PA (31,57% vs 11,30%,  $p= 0.03$ ). Las complicaciones en general también fueron mayores en PA aunque sin alcanzar significación estadística. (Tabla 19).

## Discusión

En cuanto a los antecedentes de la población que compone este estudio, podemos decir que entre las embarazadas nulíparas (CA) el nuevo nacimiento fue vaginal cuanto más joven fue la paciente, con un punto de corte que invierte esta relación aproximadamente a los 25 años. Este punto de corte se desplaza 10 años más adelante si se trata de una multipara (grupo PA). Luego de esa edad pareciera interpretarse como más seguro un nacimiento quirúrgico sin poseer una base científica que lo fundamente.

Contra la generalizada creencia respecto que la baja talla materna conspira contra un nacimiento vaginal, no se observó ninguna diferencia entre la presencia de este hecho y las distintas formas de nacimiento.

En los controles históricos y en presencia de diversas patologías maternas asociadas, se apreció globalmente que el grupo CA mostró un mayor riesgo de cesárea que el PA (49,2% vs 36,8%,  $\chi^2 3.96$  [ $p= 0.046$ ],  $OR= 1.66$  [0.98-2.84]).

En el grupo CA solamente la RPM se asoció con una menor incidencia de cesáreas (35,7%), mientras que en el grupo PA este hecho se observó asociado a ECP (35%) y, nuevamente, en la RPM (16,1%).

Al comparar ambos grupos, el ECP, la DBTG y la RPM ( $p= 0.047$ ) mostraron un efecto "protector" sobre el riesgo de una nueva cesárea; en cambio éste se vio aumentado en un 25% en presencia de HG (Tabla 3).

Evidentemente la asociación de edad materna, CA e Hipertensión arterial fue un condicionante del accionar médico. Pensamos que esta actitud no es del todo correcta por varias razones.

- Cuanto más añosa la paciente mayor será la posibilidad de patología cardiovascular encubierta, motivo por el cual el riesgo anestésico se incrementa.

- Dada la mayor edad materna, en su mayoría son casos de Hipertensión arterial preexistentes, entidad que no coloca en grave riesgo la condición fetal.

- En función de tener partos anteriores, la probabilidad de obtener un nuevo nacimiento vaginal es tangible. Creemos que, a excepción de HTA grave, estas pacientes debería enfrentar un trabajo de parto, situación que en contra del pensamiento general les hará transcurrir esta experiencia obstétrica por una senda de menor riesgo materno y fetal.

El antecedente de cesárea anterior mostró un discreto incremento del período intergenésico en ambos grupos, independientemente de la terminación, en comparación con la población general del

Hosp. Sardá (32 +/- 15 meses, CV 47%; n= 12345). Con un intervalo intergenésico corto, las pacientes nulíparas (CA) tuvieron 3.19 veces más riesgo de finalizar su embarazo por cesárea en comparación con las múltiparas ( $p < 0.078$ ).

El análisis de los datos relacionados con el parto actual permite los siguientes comentarios:

En pacientes nulíparas, el mayor porcentaje de un nacimiento actual por vía vaginal ocurrió cuando la CA fue por presentación pelviana (OR: 0,12 [0,01-0,93]), siguiéndole en frecuencia los casos de CA por SFA ( $p < 0,05$ ).

Este porcentaje de éxito en el nacimiento por vía vaginal disminuyó cuando la causa de CA fue FPD y desproporción pélvico fetal. En general, el riesgo de cesárea disminuyó aproximadamente el 60% (OR 0.41 [0.19- 0.87]) en el grupo de estudio vs. CA.

Es importante destacar que se reiteró en forma marcada la indicación actual de CA por FPD en los casos en que esta fue también la indicación de la primera cesárea. Es difícil comprobar si estamos ante una posible alteración reiterable de la dinámica uterina o algún otro factor materno. Lo único que se pudo evidenciar en estos casos fue una asociación con mayor peso fetal entre las pacientes reoperadas por FPD comparado con los casos reoperados por otras indicaciones y más acentuado al comparar con los casos por vía vaginal.

En todas las situaciones analizadas hasta ahora, fue alto el porcentaje de pacientes que se reoperaron con la única indicación de cesárea por cesárea anterior. No debería continuar la aplicación de este criterio. Existe abundante bibliografía, además de la citada en la Introducción, que deja perfectamente aclarado que el riesgo materno y fetal asociado a un nacimiento mediante operación cesárea es mayor. Es posible que este hecho obedezca a causas múltiples que condicionan el accionar médico; éstas incluyen razones de peso como falta de infraestructura para enfrentar los posibles riesgos de un parto difícil o en el otro extremo del abanico la comodidad del operador. Pensamos que lo más sensato es actuar bajo indicaciones médicas estrictas, que figuren en el parte quirúrgico y en nuestra conciencia. La estadística es inexorable y la anécdota no puede ser utilizada para administrar salud.

Cuando analizamos el modo de nacimiento actual e introducimos en el análisis al GE, se observa una clara tendencia a menor riesgo de operación cesárea (37,58% vs 25,8%), OR 0,58 [0,33-1,00]).

Cuando esta comparación se realizó en función

de la causa de la primer cesárea, se observa que la mayor disminución de la frecuencia de nueva operación cesárea se observó en los casos operados por presentación pelviana (OR 0,12 [0,01-0,93]).

La menor incidencia de complicaciones observadas en el GE, tanto si el parto fue vaginal (OR 0.65 [0.27-1.9]) como operatorio (OR 0.26 [0.04-1.24]), coincide con la literatura y parecen dar seguridad a quien da la oportunidad de transitar por un trabajo de parto a la paciente con una cesárea anterior.

Quizás el número elevado de infecciones en las pacientes reoperadas (7.82%) podría atribuirse a la existencia de trabajo de parto con tactos vaginales reiterados. De todas maneras ninguna de estas infecciones comprometió seriamente la evolución del estado materno.

Si se analiza la forma de nacimiento actual según causa de cesárea anterior comparando pacientes PA vs GE, vemos que las diferencias obtenidas son mucho más estrechas que las que se obtuvieron en pacientes nulíparas. Las complicaciones en pacientes con nacimiento vaginal presentan una frecuencia de dehiscencias de 1,85% vs 5,26% en caso de cesárea y las infecciones entre las pacientes reoperadas tuvieron una frecuencia de 15,78%.

Cuando comparamos las complicaciones en pacientes con nacimiento actual vaginal, CA vs PA, observamos que predomina la dehiscencia de cicatriz entre las nulíparas (6,28% vs 1,85%, no significativo).

El mismo análisis, pero entre las pacientes reoperadas, revela nuevamente más dehiscencia entre pacientes nulíparas (6,95% vs 5,26%;  $p = 0,05$ ) pero las infecciones fueron claramente superiores en pacientes múltiparas (31,57% vs 11,30%  $P < 0,05$ ). En general hubo más complicaciones entre las pacientes múltiparas (36,84% vs 22,60%;  $p = 0,248$ ). Es este un tema que preocupa a nuestros especialistas.

Recientemente el Dr. Parada y su grupo realizaron un estudio sobre lo ocurrido en el Hospital Argerich con un planteo introductivo similar y señalaron la preocupación por el creciente número de intervenciones no siempre con un resultado mejor para la madre y su recién nacido.<sup>10</sup>

## Conclusiones

No se encontró asociación entre la talla materna e incidencia de cesáreas.

La misma situación se presentó en caso del intervalo intergenésico.

La asociación entre CA y RPM no debe constituirse en indicación de nueva cesárea. Es indicación de inducción al parto.

Las indicaciones de CA por pelviana y SFA tienen la mayor posibilidad de un nacimiento actual por vía vaginal.

Las pacientes con CA por FPD presentan la situación más compleja; sin embargo un buen número de ellas obtendrán un parto vaginal.

No tiene sustento reoperar directamente a pacientes hipertensas (no graves) con CA.

El intento de nacimiento vaginal se asocia a una baja incidencia de dehiscencias de cicatriz uterina y una muy baja incidencia de rotura uterina. La reoperación se asoció a mayor frecuencia de infección, tanto endometritis como en pared abdominal, con un neto predominio en pacientes múltiples.

## Agradecimientos

A la Dra. C. Lomuto y al Dr. C. Grandi por la revisión del texto.

## Bibliografía

1. Rosen M, Dickinson J, Westhoff C. Vaginal birth after cesarean: a meta analysis of morbidity and mortality. *Obstet Gynecol* 1991; 77: 465-469.
2. Lilford R, Van Coeverden H, Moore P et al. The relative risks of CS (IP and E) and vaginal delivery: a detailed analysis to exclude the effects of medical disorders and other acute preexisting physiological disturbances. *Brit J of Obstet and Gynecol* 1990; 97: 883-892.
3. Roumen F, Janssen A, Vrouwenrdets F. The course of delivery after previous CS. *Eur J Of Obstet Gynecol and Repr Biol* 1990; 34: 15-20.
4. Ophir E, Oettinger M, Yagoda A et al. Breech presentation after CS: always a section? *Am J Obstet Gynecol* 1989; 161: 25-8.
5. Van Amerongen D. Vaginal birth after CS. Experience in a community based practice. *J of Reprod Med* 1989; 34: 531-534.
6. Pruett K, Kirshon B, Cotton D. Unknown uterine scar and trial of labor. *Am J Obstet Gynecol* 1988; 159: 807-10.
7. Flamm B, Lim O, Jones C et al. Vaginal birth after CS: Results of multicenter study. *Am J Obstet Gynecol* 1988; 158: 1079-1083.
8. Nielsen T, Ljungblad U, Hagber H. Rupture and dehiscence of CS scar during pregnancy and delivery. *Am J Obstet Gynecol* 1989; 160: 569-73.
9. Jones R, Nagashima A, Hartnet M et al. Rupture of low transverse cesaran scars during trial of labor. *Obstet Gynecol* 1991; 77: 815.
10. Salinas R, Parada O, Winograd R et al. La operación cesárea. *Rev de la Soc de Obst y Gin de Buenos Aires* 1992; 71: 71.

**Tabla 1: Edad materna (n=675)**

Edad (años)	Grupo CA (nulíparas)				Grupo PA (multíparas)			
	Terminación				Terminación			
	Cesárea		Vaginal		Cesárea		Vaginal	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
- 15	1	0,51	-	-	-	-	-	-
16-19	15	7,65	43	15,14	-	-	1	0,74
20-24	67	34,18	122	42,95	4	6,66	29	21,48
25-29	60	30,61	76	26,76	10	16,66	33	24,44
30-34	38	19,38	27	9,50	11	18,33	44	32,59
35-39	13	6,63	10	3,52	25	41,66	20	14,81
≥ 40	2	1,02	6	2,11	10	16,66	8	5,92
Total	196	100	284	100	60	100	135	100

Chi<sup>2</sup> = p < 0,01**Tabla 2: Talla materna (n=415)**

Talla (cm)	Grupo CA				Grupo PA			
	Terminación				Terminación			
	Cesárea		Vaginal		Cesárea		Vaginal	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
$\bar{X} \pm DS$	154,69 ± 14,82		156,68 ± 6,44		155,08 ± 6,59		155,18 ± 6,39	
Distribución s/talla (cm)	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
- 150	24	20,86	37	20,21	11	29,72	21	26,25
151-160	70	60,86	102	55,73	18	48,64	42	52,50
≥ 161	21	18,25	44	24,04	8	21,62	17	21,25
Total	115	100	183	100	37	100	80	100

Chi<sup>2</sup> = p = 0,01

**Tabla 3. Patologías maternas (n= 290)**

Grupo		CA (n= 195)		PA (n= 95)		X <sup>2</sup> (P)	OR (IC 95%)
		cesárea (n= 96)	vaginal (n= 99)	cesárea (n= 35)	vaginal (n= 60)		
Parto actual							
Patologías		Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)		
ECP	CA, n= 53 PA, n= 23	30 (56,6)	23 (43,4)	8 (34,8)	15 (65,2)	3.05 (0.08, NS)	0.41 (0.13-126)
DBTG	CA, n= 28 PA, n= 21	17 (60,7)	11 (39,3)	10 (47,6)	11 (52,4)	0.83 (0,36; NS)	0.59 (0.16-2.14)
RPM	CA, n= 70 PA, n= 31	25 (35,7)	45 (64,3)	5 (16,1)	26 (83,8)	3.95 (0.047)	0.35 (0.10-1.11)
HG	CA, n= 44 PA, n= 20	24 (54,5)	20 (45,5)	12 (69)	8 (40)	0.17 (0.683, NS)	1.25 (0.38-11.19)

ECP: Embarazo cronológicamente prolongado

DBTG: Diabetes gestacional

RPM: Rotura prematura de membranas

HG: Hipertensión gestacional

**Tabla 4. Intervalo intergenésico**

Grupo	CA (n= 83)		PA (n= 41)		X <sup>2</sup> 7.25 (p< 0.0078)
	Cesárea	Vaginal	Cesárea	Vaginal	
Parto actual					
Intervalo intergenésico (Media ± DS) (%)	40,06 ± 30,98 (75)	36,45 ± 22,05 (60.3)	45,06 ± 35,33 (78.5)	40,13 ± 29,04 (72.6)	
Intervalo intergenésico	Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)	Nº (%)	
- 12 meses	39 (47)	44 (53)	9 (22)	32 (78)	OR= 3.15 (1.25-8.14)

**Tabla 5. Datos del parto actual y el RN en pacientes nulíparas (grupo CA) cuya cesárea anterior se realizó por presentación pelviana (n= 105)**

Parto actual	Vaginal		Cesárea			
	Nº	%	Nº	%		
Características	Comienzo inducido	3	3,75	Electiva	17	68
	Comienzo espontáneo	77	96,29	Intraparto	8	32
				Total	25	23,81++
				Podálica	7	28
				FP y D (C)	5	20
			Desproporción (/)	1	4	
			SFA	1	4	
			CEC. Ant.	11	44	
Total	80	76.19++				
Líquido amniótico meconial	5	6,32	3	12,5		
Peso RN (g)						
≥ 4.000	4	5,06	2	8,33		
- 2.500	7	8,86	1	4,16		
PN ( $\bar{X} \pm DS$ ) (+)	3.216,58 ±	537,88	3427,91 ±	488,33		

(+ +) Prueba binomial  $p < 0,05$

Chi<sup>2</sup>;  $p = 0,05$  (no significativo)

(+) Diferencia de medias nuestras independientes  $p = 0,05$  (no significativo)

(c) Falta de progresión y descenso; peso promedio RN= 3.620 ± 221.02 g

(/) Desproporción pélvico fetal; peso promedio del RN = 3840 g

**Tabla 6. Datos del parto actual y el RN en pacientes nulíparas (grupo CA) cuya cesárea anterior se realizó por falta de progresión y descenso (n= 104)**

Parto actual	Vaginal		Cesárea			
	Nº	%	Nº	%		
Características	Comienzo inducido	2	3,27	Electiva	21	48,63
	Comienzo espontáneo	59	96,72	Intraparto	22	51,16
				Total	43	41,34++
	Total	61	58,65++	Podálica	7	16,66
				FP y D (C)	12	28,57
Desproporción (/)				4	9,52	
SFA				1	2,36	
CEC. Ant.				16	42,65	
Líquido amniótico meconial	6	9,63	6	13,95		
Peso RN (g)						
≥ 4.000	4	5,06	2	8,33		
- 2.500	7	8,86	1	4,16		
PN ( $\bar{X} \pm DS$ ) (+)	3.356,65 ± 459,39		3.379,53 ± 423,36			

(+ +) Prueba binomial  $p < 0,05$

Chi<sup>2</sup>;  $p = 0,05$  (no significativo)

(+) Diferencia de medias muestras independientes  $p = 0,05$  (no significativo)

(c) Falta de progresión y descenso; peso promedio del RN:  $3534 \pm 468$  g

(/) Desproporción pélvico fetal; peso promedio del RN:  $4087 \pm 410$  g

**Tabla 7. Datos del parto actual y del RN en pacientes nulíparas (grupo CA) cuya cesárea anterior se realizó por sufrimiento fetal agudo (n= 32)**

Parto actual	Vaginal		Cesárea			
	Nº	%	Nº	%		
Características	Comienzo inducido	1	4,34	Electiva	6	66,66
	Comienzo espontáneo	77	96,29	Intraparto	3	33,33
	Total	23	71,87++	Total	9	28,13++
				Podálica	1	11,11
			FP y D (C)	2	22,22	
			CEC. Ant.	6	66,66	
Líquido amniótico meconial	1	4,34	3	33,33		
Peso RN (g)						
≥ 4.000(*)	1	4,34	2	22,22		
- 2.500	-	-	1	11,11		
PN ( $\bar{X} \pm DS$ ) (+)	3.542,60 ± 303,08		3407,77 ± 526,18			

(+ +) Prueba binomial  $p < 0,05$

(\*) Prueba Irwin Fisher  $p < 0,05$

(+) Diferencia de medias muestras independientes  $p = 0,05$  (no significativo)

(c) Falta de preogresión y descenso; peso RN: 3.280 y 3.380 g

### Fe de errata:

Revista del Hospital Materno-Infantil Ramón Sardá • Vol. XIV • Nº 1 • 1995

En la página 27, en la Tabla IV donde dice *UDRL* debe decir **VDRL** +

**Tabla 8. Datos del parto actual y del RN en pacientes nulíparas (grupo CA) cuya cesárea anterior se realizó por desproporción pélvico fetal (n= 35)**

Parto actual	Vaginal		Cesárea			
	Nº	%	Nº	%		
Características	Comienzo inducido	2	15,38	Electiva	14-	63,63
	Comienzo espontáneo	11	64,61	Intraparto	6-	36,36
				Total	22	62,85++
	Total	13	37,14++	Podálica	3-	13,63
				FP y D (C)	12	27,27
Desproporción (/)				4	4,54	
			CEC. Ant. (//)	12	54,54	
Líquido amniótico meconial	3	23,07	2	9,09		
Peso RN (g)						
≥ 4.000	-	-	7	31,61		
- 2.500	1	7,69	-	-		
PN ( $\bar{X} \pm DS$ ) (+)	3.256,92 ± 504,92		3709 ± 493,68			

(+ +) Prueba binomial  $p = 0,05$  (no significativo)

(+) Diferencia de medias muestras independientes  $p = 0,05$  (no significativo)

(C) Falta de progresión y descenso peso RN:  $3.685 \pm 535,2$  g

(/) Desproporción pélvico fetal peso RN: 4050 g

(//) Cesárea anterior peso RN:  $3675 \pm 551,9$  g

**Tabla 9. Datos del parto actual y del RN en pacientes nulíparas (grupo CA) cuya cesárea anterior se realizó por hipertensión arterial (n= 30)**

Parto actual	Vaginal		Cesárea			
	Nº	%	Nº	%		
Características	Comienzo inducido	1	7,14	Electiva	16	100
	Comienzo espontáneo	13	92,85	Intraparto Total	-	-
					16	53,33++
	Total	14	46,66++	Podálica	1	6,15
			Hta	3	18,75	
			Ces. ant.	12	75	
Hta actual	6	42,85	11	68,75		
Líquido amniótico meconial	1	7,14	1	6,25		
Peso RN (g)						
$\bar{x}$ 4.000	-	-	3	18,75		
- 2.500	-	-	2	12,50		
PN ( $\bar{X} \pm DS$ ) (+)	3.128,57 $\pm$ 264,63		3273,31 $\pm$ 682,69			

(++) Prueba binomial p = 0,05 (no significativo)

(+) Diferencia de medias muestras independientes p = 0,05 (no significativo)

**Tabla 10. Forma de nacimiento actual según causa de la cesárea anterior en pacientes nulíparas (n = 307)**

Indicación de la cesárea anterior	Parto actual		
	Vaginal	Cesárea	p
	%	%	
Podálica (n= 106)	76,19	23,81	< 0,05*
FP y D (n= 104)	58,65	41,35	< 0,05*
SFA (n= 32)	71,87	28,13	< 0,01**
Desproporción (n= 35)	37,14	62,85	= 0,05**
HTA (n= 30)	46,66	53,33	= 0,05**

\* Prueba binomial para muestra grande  
\*\* Prueba binomial

**Tabla 11. Modo de finalización del embarazo actual (grupo CA vs grupo estudio)**

Finalización embarazo	Grupo CA		Grupo estudio	
	Nº	%	Nº	%
Cesárea	115	37,58	24	25,80
Vaginal	191	62,41	69	74,19
Total	306	100	93	100

X<sup>2</sup>: 4,36 (p = 0.0368)  
OR: 0,58 (0.33-1.00)

**Tabla 12. Forma de nacimiento actual según causa de cesárea anterior (nulíparas vs grupo estudio)**

Causa cesárea anterior	Grupo CA				Grupo E				X <sup>2</sup> (P)	OR (IC 95%)
	Vaginal		Cesárea		Vaginal		Cesárea			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Podálica	80	76,19	25	23,81	26	96,29	1	3,70	5,49 (0.015)	0.12 (0.01-0.93)
FP y D	61	58,65	43	41,34	16	69,56	7	30,43	0.99 (0.334)	0.62 (0.21-1.78)
Desprop.	13	37,14	22	62,85	4	57,14	3	42,85	Fisher (0.413)	0.44 (0.06-2.91)
Total	154	63,11	90	36,88	46	80,70	11	19,29	6.41 (0.011)	0.41 (0.19-0.87)

**Tabla 13. Complicaciones asociadas al nacimiento por vía vaginal: comparación entre grupo CA y grupo estudio**

Complicación	Grupo CA (n: 191)				Grupo estudio (n: 69)			
	Espont.	Forceps	Total		Espont.	Forceps	Total	
			Nº	%			Nº	%
Dehiscencia cicatriz	8	4	12	6,28	1	3	4	5,79
Desgarros	1	1	2	1,04	-	-	-	-
Hematomas	1	-	1	0,52	1	-	1	1,44
Anemia	3	5	8	4,18	1	2	3	4,34
Flebotrombosis	-	1	1	0,52	-	1	1	1,44
Dehiscencia episiorrafia	-	1	1	0,52	-	-	-	-
Retención de restos	9	-	9	4,71	-	-	-	-
Infección episiorrafia	-	1	1	0,52	-	-	-	-
Rotura uterina	-	1	1	0,52	-	-	-	-
Complicaciones en geral.	22	14	36	18,84	3	6	9	13,04
Total	36	18,84%			9	13,04%		

Chi<sup>2</sup> = 1,19 (p = 0,279)  
OR = 0.65 (0.27-1,50)

**Tabla 14. Complicaciones asociadas al nacimiento por cesárea (grupo CA y grupo estudio)**

Complicaciones	Grupo CA (n: 115)				Grupo estudio (n: 24)			
	M	P	Total Nº	%	M	P	Total Nº	%
Dehiscencia de cicatriz	8	-	8	6,95	1	1	2	8,33
Anemia	4	1	5	4,34	-	-	-	
Rotura uterina	1	1	2	1,73	-	-	-	
Infección de pared	6	3	9	7,82	-	-	-	
Dehiscencia de pared	3	1	4	3,47	-	-	-	
Acretismo placentario	1		1	0,86	-	-	-	
Anestésica	1		1	0,86	-	-	-	
Complicaciones en gal.	24	6	30	26,08	1	1	2	8,33
Total			30 (26,08%)				2 (8,33%)	

$X^2 = 3.53$  ( $p = 0.060$ ) NS

OR = 0.26 (0.04-1.29)

Fisher,  $p = 0.683$ ; OR = 1.22

**Tabla 15. Forma de nacimiento actual según causa de cesárea anterior (partos anteriores vs grupo estudio)**

Parto actual	Grupo PA (n: 73)				Grupo estudio (n: 13)				X <sup>2</sup> (P)	OR (IC 95%)
	Vaginal (n: 54)		Cesárea (n: 19)		Vaginal (n: 10)		Cesárea (n: 13)			
Causa de la ces. ant.	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Podálica	32	86,48	5	13,51	6	85,71	1	14,28	Fisher= 1.00	1.08 (0.0-13.3)
FP y D	7	46,66	8	53,33	1	50,00	1	50,00	Fisher= 1.00	0.88 (0.02-40.6)
SFA	15	71,42	6	28,57	3	75,00	1	25,00	Fisher= 1.00	0.83 (0.0-13.18)
Total	54	73,97	19	26,02	10	76,92	3	23,07	0.05 (0.82)NS	0.85 (0.17-3.91)

**Tabla 16. Complicaciones asociadas al parto vaginal actual en pacientes del grupo PA (n= 54)**

Complicación	Nº	%
Dehiscencia de la cicatriz uterina	1	1,85
Anemia	2	3,70
Retención de restos	1	1,85
Total	4	7,40

**Tabla 17. Complicaciones asociadas a la cesárea actual en pacientes del grupo PA (n= 19)**

Complicaciones	Nº	%
Dehiscencia de la cicatriz uterina	1	5,26
Anemia	1	5,26
Infección de pared	3	15,78
Dehiscencia de pared	3	15,78
Total	8	42,10

**Tabla 18. Complicaciones asociadas al parto vaginal actual (CA vs Grupo PA)**

Complicaciones	Grupo CA (n: 191)		Grupo PA (n: 54)		X <sup>2</sup> (p)	OR (IC 95%)
	Nº	%	Nº	%		
Dehiscencia de la cicatriz uterina	12	6,28	1	1,85	Fisher (0.308)	0.28 (0.01-2.16)
Anemia	8	4,18	2	3,70	Fisher (1.00)	0.88 (0.0-1.68)
Retención de restos	9	4,71	1	1,85	Fisher (0.696)	0.38 (0.02-3.05)
Total	29	15,18	4	7,40	2.18 (0.139)	0.45 (0.13-1.42)

**Tabla 19.** Complicaciones asociadas a la cesárea actual  
(grupo CA vs grupo PA)

Complicaciones	Grupo CA (n: 115)		Grupo PA (n: 19)		X <sup>2</sup> (P)
	Nº	%	Nº	%	
Rotura uterina	2	1,73	-		
Dehiscencia de la cicatriz uterina	8	6,95	1	5,26	Fisher (1.00)
Infección	13	11,30	6	31,57	Fisher (0.03)
Histerectomía	1	0,86	-		
Anestésica	1	0,86	-		
Acretismo	1	0,86	-		
Total	26	22,60	7	36,84	Fisher (0.248)

## CENTRO ROSARINO DE ESTUDIOS PERINATALES

El **Centro Rosarino de Estudios Perinatales** (CREP) dirigido por el Dr. J.M. Belizán ofrece un Curso Anual Intensivo de tiempo completo en Perinatología (fellow).

Entre los tópicos de esta Formación se destacan: Inglés, Metodología de la Investigación, Diseño de proyectos de Investigación, Estadística, Coordinación e implementación de proyectos, Computación, Redacción de trabajos científicos, Metodología de las Ciencias Sociales y Planeamiento de la Salud.

El curso es **rentado** con un sueldo mensual equivalente al de Jefe de Residentes.

### INFORMES:

Secretaría del CREP: Pueyrredón 1064 (2000), Rosario, Argentina.

Tel/Fax: (54-41) 483887

Correo electrónico: **Postmaster@CREP.sld.ar**