

PARTO VAGINAL DESPUÉS DE UNA CESÁREA

Dres. J. Campos Flores, J. Álvarez, P. García, M. Rojas, C. Nemer, M.C. Estiú*

Resumen

Objetivo: Analizar los resultados obstétricos y neonatales en pacientes que presenten en sus antecedentes obstétricos una cesárea y que hayan desarrollado trabajo de parto durante el último embarazo.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo y retrospectivo.

Fueron incluidas todas las pacientes ingresadas durante los años 2001 y 2002 que reunieron los criterios de inclusión fijados para el estudio (n=423).

Resultados: Del total de 423 pacientes estudiadas, 304 (71.8%) finalizaron su embarazo con un parto vaginal y a 119 pacientes (28.2%) se les realizó una operación cesárea. La indicación más frecuente por la cual requirieron cirugía fue falta de progresión del trabajo de parto (FP 50,4%). Una paciente presentó rotura uterina seguida de histerectomía. La morbilidad perinatal fue semejante a la de la población general.

Conclusiones: La expectación de la paciente con antecedente de una cesárea en su historia obstétrica hasta el trabajo de parto y un seguimiento adecuado del mismo condujo a un alto porcentaje de partos vaginales (71,8%) sin que esto signifique un aumento en la morbimortalidad materna ni perinatal.

Introducción

La tasa de nacimientos por cesárea ha aumentado constantemente a través del tiempo. Datos que provienen del Estudio Latinoamericano de Cesáreas (ELAC), en el que participaron 60 Maternidades Latinoamericanas han permitido identificar dos indicaciones de operación cesárea como las de mayor frecuencia en la región: cesárea anterior y falta de progresión y descenso. Cuando consideramos de qué manera podemos disminuir el número de intervenciones, resulta evidente poner énfasis en analizar estos dos diagnósticos, ya que juntos suman más de la mitad de las indicaciones para repetir la cirugía.

La bibliografía en general reporta un éxito de parto vaginal después de una cesárea que oscila entre un 65% y 80%.

A pesar de los buenos resultados publicados, al tener que definir la vía de finalización del embarazo en pacientes con estas características, diversas controversias se ponen en juego: Riesgos y beneficios para el binomio madre-hijo, riesgos médico-legales a los cuales se exponen los profesionales actuantes y considerar si estamos administrando correctamente los recursos en el sistema de salud.

Llevar a cabo este estudio retrospectivo no solo nos permitió conocer nuestros propios resultados sino también poder mostrar datos relevantes concernientes a la práctica obstétrica diaria.

Objetivo: Analizar los resultados obstétricos y neonatales en pacientes que presenten en sus antecedentes obstétricos una cesárea y que hayan desarrollado trabajo de parto durante el último embarazo.

Material y métodos

Diseño: observacional, descriptivo y retrospectivo. Se revisaron todas las historias clínicas de las pacientes ingresadas durante los años 2001 y 2002 (n= 12.691) en el Servicio de Obstetricia del Hospital Municipal Materno Infantil Ramón Sardá, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Fueron *criterios de inclusión* para el estudio:

- Tener dentro de sus antecedentes obstétricos una cesárea previa.
- Haber finalizado el embarazo actual en nuestro hospital.
- Haber desarrollado trabajo de parto en este último embarazo.

Un total de **423** pacientes reunieron los requisitos para ingresar al estudio; 77 pacientes que presentaban el antecedente de una operación cesárea pero fueron finalizadas de manera electiva por vía quirúrgica fueron *excluidas* por no reunir la totalidad de los criterios de inclusión.

* HMIRS. División Urgencias.

Se analizaron:

1. Datos demográficos: edad, nacionalidad y paridad.
2. Edad gestacional en el momento de la finalización del embarazo. Se dividió la muestra en 4 grupos: Menor a 34 semanas; 34-36.6 semanas; 37 a 40.6 semanas y mayor o igual a 41 semanas.
3. Diagnósticos que motivaron la cesárea que presentaban las pacientes: antecedente y en aquellos casos que finalizaron por cesárea el último embarazo, el diagnóstico que motivó la misma.
4. Tiempo transcurrido desde la cesárea previa. Se agruparon de la siguiente manera: Menor o igual a 1 año; mayor de 1 y hasta 3 años; mayor de 3 y hasta 5 años; mayor de 5 y hasta 7 años; mayor de 7 y hasta 10 años y mayor de 10 años.
5. Complicaciones maternas: rotura uterina, necesidad de transfusión, desgarros cervicales, patologías del alumbramiento.
6. Resultados perinatales: puntaje de Apgar al 1º y 5º minuto, peso del RN, edad gestacional por examen físico.
7. Días totales de internación materna.

Análisis estadístico

Test de homogeneidad de χ^2 o Fisher según correspondiera. El nivel de confianza se fijó en 95% ($p < 0,05$).

Resultados

De un total de 12.691 pacientes que tuvieron sus nacimientos en la Maternidad Sardá durante los años 2001-2002, presentaron el antecedente de una cesárea previa 500 pacientes (3,39%); 77 (15,4%) fueron excluidas ya que se les practicó una cesárea electiva, por lo que el tamaño final de la muestra fue 423 pacientes.

Tabla 1. Datos demográficos y antecedentes

EDAD MATERNA	n	%
<17 años	2	0,5
17-35 años	368	87,0
>35 años	53	12,5
NACIONALIDAD		
Argentinas	289	68,3
Extranjeras	124	29,3
PARIDAD		
Nulíparas	99	23,4
1 parto + 1 cesárea	275	65,0
2 partos + 1 cesárea	32	7,6
3 partos + 1 cesárea	1	0,2
>3 partos + 1 cesárea	16	3,8

En la *Tabla 1* se muestran datos de edad materna, nacionalidad y paridad.

El 90% ($n= 381$) de las pacientes cursaban un embarazo de término (37 a 40.6 semanas).

Dentro de los **diagnósticos** que motivaron la cesárea que presentaba la paciente como antecedente el más frecuente fue la falta de progresión del trabajo de parto (FP) presentándose en el 52,5% del total de pacientes (*Tabla 2*).

Tabla 2. Indicación de la cesárea anterior

Indicación	n	%
Falta de progresión del trabajo de parto	222	52,2
Presentaciones anómalas	27	6,4
Alteración de vitalidad fetal	53	12,5
Score de Bishop < 7	12	2,8
Patología anexial	11	2,6
Patología materna	14	3,3
Otras	10	2,4
Total	423	100

El tiempo transcurrido desde la última cesárea hasta el embarazo actual osciló entre menos de 1 año hasta más de 10 años (*Tabla 3*). El 43,0% de las pacientes se encontraron en el grupo >1 y hasta 3 años. 21 pacientes (5%) con tiempo de cesárea previa menor o igual a 1 año tuvieron trabajo de parto.

Tabla 3. Tiempo desde la cesárea previa hasta el embarazo actual

Años	n	%
≤1	21	5,0
>1 hasta 3	182	43,0
>3 hasta 5	103	24,3
>5 hasta 7	60	14,2
>7 hasta 10	31	7,3
>10	25	5,9
Sin datos	1	0,2
Total	423	100

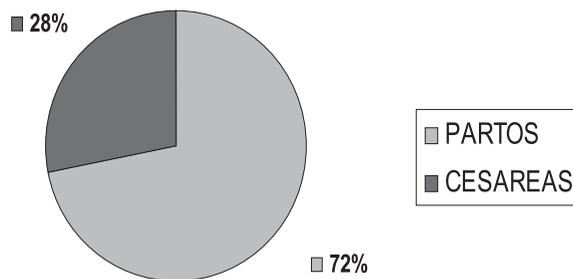
Según la vía de finalización del embarazo (*Figura 1*), de las 423 pacientes estudiadas a 119 (28,2%) se

les realizó una operación cesárea y 304 (71,8%) tuvieron un parto vaginal, discriminados entre:

* Parto vaginal espontáneo: 237 pacientes (56%).

* Parto vaginal instrumental (fórceps): 67 pacientes (15,8%).

Figura 1. Forma de finalización del embarazo.



Los diagnósticos preoperatorios más frecuentes en la finalización por cesárea fueron: Falta de Progresión del Trabajo de parto en el 50,4% (n= 60), dolor en cicatriz de cesárea anterior en el 20,1% (n= 24) y alteración de la vitalidad fetal en el 16% (n= 19). (Tabla 4).

Tabla 4. Diagnóstico preoperatorio de la cesárea en el último embarazo

Diagnóstico preoperatorio	n	%
Falta de progresión del trabajo de parto	60	50,4
Alteración de la vitalidad fetal	19	15,9
Desproporción feto-pélvica	6	5,0
Periodo expulsivo prolongado	3	2,5
Dolor cicatriz	24	20,1
Otras	7	5,8
Total	119	99,7

Solamente 15 pacientes del total (3,5%) presentaron **meconio** durante el trabajo de parto. De ellas, 9 pacientes (60%) pertenecen al grupo de cesárea y 6 (40%) a las que finalizaron en parto vaginal.

Complicaciones maternas

El 95,5% de las pacientes (n= 404) no presentaron ningún tipo de complicación materna. El 4,5% restante (n= 19) presentó las siguientes complicaciones: 9 desgarros cervicales, 4 patología del alumbramiento, 5 dehiscencias de cicatriz uterina previa y 1 rotura uterina más histerectomía.

Del total de las 423 pacientes sólo hubo un caso de rotura uterina que representó el 0,23% del total de la población. La madre y el niño evolucionaron satisfactoriamente.

Resultados neonatales

Peso al nacer: La mayoría de los recién nacidos (RN) presentaron peso al nacer entre 3.000 y 3.999 gramos; 47 de los RN (11,2%) tuvieron un peso superior a 4.000 gramos.

Edad gestacional: La edad gestacional al nacer calculada por Test de Capurro correspondió con la edad gestacional calculada por FUM y/o por ecografía. El 91,7% (n= 388) de los recién nacidos fueron de término; 7,3% (n= 31) fueron pretérmino y 0,9% (n= 4) postérmino.

Puntaje de Apgar al 1º y al 5º minuto: al 1er minuto fue mayor a 7 en el 97,6% de los recién nacidos (n= 413). No se registró ningún caso de recién nacido con Apgar menor de 4 al primer minuto. En el 100% de los casos el score de Apgar al 5º minuto fue mayor de 7. No se presentó ninguna complicación neonatal.

Días de internación: El 95% (n= 402) de las pacientes permanecieron internadas entre 2 y 4 días.

Al evaluar si la paridad entre los grupos que finalizaron por parto vaginal o por cesárea mejoraba los resultados a favor de la vía baja se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre ambos (Tabla 6). El hecho de haber tenido al menos un nacimiento por vía baja aumenta la probabilidad de parto después de una cesárea.

Tabla 5. Relación entre paridad y vía de finalización del embarazo

Paridad	Finalización parto	Finalización cesárea
Nuliparas	182	93
Partos previos	122	26
Total	304	119

Chi²: p <0,05

El diagnóstico que motivó la cesárea anterior no influyó en la forma de finalización del último embarazo. No se encontró diferencia estadísticamente significativa (Tabla 6).

Tabla 6. Motivo de la cesárea anterior y vía de finalización del último embarazo

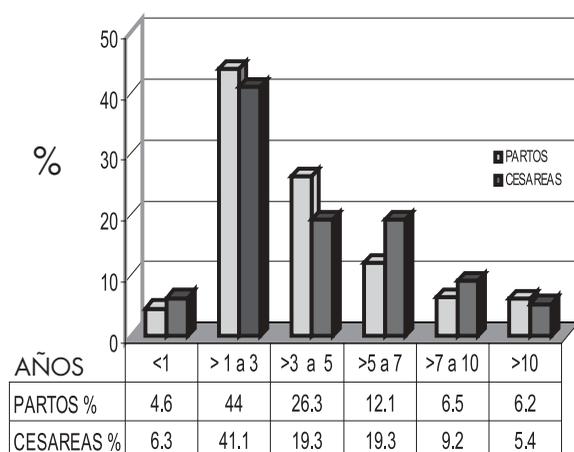
Diagnóstico de la cesárea previa	Forma de finalización	
	Partos	Cesáreas
Falta de progresión del t. de parto	159 (52,35%)	75 (63%)
Presentación anómala	57 (18,8%)	17 (14,3)
Desproporción feto pélvica	23 (7,6%)	4 (3,4%)
Alteración de vitalidad fetal	37 (12,2%)	16 (13,3)
Patología anexial	8 (2,6%)	3 (2,5%)
Patología materna	12 (3,9%)	2 (1,7%)
Otros	8 (2,6%)	2 (1,7%)
Total	304 (100%)	119 (100%)

Chi²: p <0,4

Al analizar el tiempo transcurrido desde la cesárea previa en relación con la forma de terminación del embarazo no hubo diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos (*Figura 2*).

Como era de esperar la edad gestacional por FUM y/o ecografía respecto de la vía de finalización del embarazo no reveló diferencia estadística entre los dos grupos (p = 0,78).

Figura 2. Tiempo (años) transcurrido desde la cesárea previa y vía de finalización en el último embarazo (p = 0,27)



Las complicaciones maternas relativas a la cicatriz uterina previa de acuerdo a las dos vías de finalización del embarazo se muestran en la *Tabla 7*.

Tabla 7. Complicaciones maternas relativas a la cicatriz uterina previa y vía de finalización del embarazo

Complicación materna	Forma de finalización	
	Parto	cesárea (n)
Dehiscencia parcial de histerorrafia	3	2
Rotura uterina más		
Histerectomía	0	1
Total	3	3

En los dos grupos, parto vaginal y cesárea, se presentaron 3 dehiscencias de cicatriz de cesárea anterior. En el grupo que finalizó en parto vaginal ninguna de las tres pacientes requirió laparotomía exploradora. En cuanto a las pacientes que finalizaron en cesárea, una dehiscencia parcial fue un hallazgo intraoperatorio (cesárea por falta de progresión del trabajo de parto). La paciente tuvo buena evolución posquirúrgica.

La segunda dehiscencia parcial fue operada por sospecha de rotura uterina confirmándose el diagnóstico preoperatorio también con buena recuperación.

Una sola paciente presentó rotura uterina y fue operada con sospecha semiológica de dicho diagnóstico. El cuadro fue resuelto con histerectomía total. Requiere transfusión de glóbulos rojos. Buena evolución posquirúrgica.

Discusión

El parto vaginal después de una cesárea se ha convertido en un importante recurso para dismi-

nuir el número de cesáreas. Sin embargo, aún persisten los temores acerca de si es conveniente un trabajo de parto después de una cesárea para el binomio madre-hijo, como también persisten las dudas acerca de si vale la pena que el profesional se exponga a riesgos médico-legales por la eventuales complicaciones.

En 1999, 30% de las cesáreas en USA eran iterativas. Entre 1989 y 1996 el parto vaginal después de una cesárea (PVDC) aumentó en un 50%, pero ha disminuido en modo constante desde 1996.

Las recomendaciones señalan que casi todas las mujeres con una cesárea previa e incisión uterina transversal segmentaria son candidatas a PVDC y deben ser asesoradas al respecto. Según la ACOG la selección de pacientes para ser candidatas a un PVDC lleva a un 60-80% de éxito de parto vaginal.

El presente trabajo describe la situación actual en nuestro medio. En nuestra muestra se obtuvo un 71,8% de partos vaginales después de una cesárea anterior. La indicación más frecuente para la segunda cesárea fue la falta de progresión y descenso. En ambos puntos coincidimos con lo presentado en la bibliografía general.

Al evaluar la paridad en relación a la vía de finalización del embarazo actual, la bibliografía permanece controvertida. Nosotros en concordancia con algunos autores, encontramos diferencia estadísticamente significativa entre los grupos que finalizaron por parto vaginal o por cesárea, y consideramos que un parto anterior aumenta la probabilidad de parto vaginal posterior a una cesárea.

Shipp y colaboradores emitieron la hipótesis de que un intervalo breve entre una cesárea y el subsiguiente trabajo de parto puede aumentar el riesgo de rotura uterina por tiempo insuficiente para la cicatrización. En nuestro estudio aquellas pacientes con un intervalo entre nacimientos de 18 meses o menos, la tasa de rotura uterina fue de 2,3% en comparación con una de 1% en mujeres con intervalos más prolongados. Cuatro de las 21 pacientes con intervalo menor a 1 año entre la cesárea anterior y el nacimiento actual ninguna de ellas presentó rotura uterina. No hubo diferencias estadísticamente significativas en relación al tiempo transcurrido desde la cesárea anterior.

Se ha sugerido que el riesgo de rotura pudiese aumentar según el peso fetal debido a la distensión uterina acompañante. Si bien es posible un pequeño incremento en el riesgo según la bibliografía, no encontramos que la presencia de macrosomía (en

nuestra muestra 11,2% de los recién nacidos) se vincule con un aumento del riesgo de rotura uterina.

En cuanto a las complicaciones maternas mayores, solo hubo una rotura uterina que necesitó la realización de histerectomía. Las cifras presentadas en la bibliografía oscilan entre 1,5% y 3,5% por lo que consideramos a nuestros resultados como alentadores.

Con respecto a las complicaciones menores relacionadas con la cicatriz uterina de la cesárea anterior, se encontraron 3 dehiscencias parciales e incompletas en el grupo de parto vaginal. No requirieron tratamiento quirúrgico. Cursaron un postoperatorio normal. Dentro del grupo de cesáreas, se encontraron dos dehiscencias parciales e incompletas: Una fue un hallazgo intraoperatorio, asintomático (el diagnóstico preoperatorio fue falta de progresión del trabajo de parto) y la segunda se operó con la presunción de rotura uterina (dolor en cicatriz). Esto coincide con la bibliografía, en cuanto a la similitud de tasas de dehiscencia asintomática en ambos grupos.

Ambas tuvieron un postoperatorio normal, sin requerir cuidados especiales. Todas las pacientes permanecieron internadas entre 2 y 4 días.

En cuanto a los recién nacidos, un 97,6% de ellos tuvo Apgar >7 al primer minuto de vida y el 100% al 5° minuto. No hubo ninguna complicación neonatal.

La capacidad de los obstetras para evaluar el riesgo de rotura uterina basado en las características de cada mujer, puede aumentar la seguridad de un trabajo de parto después de cesárea. Se deben considerar factores específicos, que incluyen la historia obstétrica de la paciente, las características de su embarazo actual y por último, la posibilidades de atención del trabajo de parto que puede brindar la Institución donde se va a realizar la práctica como las posibilidades de la paciente para concurrir en tiempo y forma según las indicaciones que se le brinden.

Se encontraron múltiples estudios que señalan frecuencias superiores o similares a las encontradas por nuestro trabajo. Como vemos, el riesgo de rotura uterina es poco muy frecuente, pero al presentarse implica resultados adversos materno fetales severos.

Los resultados de este trabajo alientan a perseverar en el ofrecimiento a la paciente de un parto vaginal después de una cesárea. Si se selecciona adecuadamente a las mismas, la tasa de partos vaginales es elevada y las complicaciones se reducen notablemente.

BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

- NCHS. Nacional Vital Statistics Report. 2000; 48(14).
- Bianconi HM y col. Guía para el manejo de la prueba de parto después de primera operación cesárea. 2000-2001. SOGIBA.
- ACOG. Vaginal birth after previous cesarean delivery. Washington, DC: ACOG; July 2000. Practice Bulletin N°5.
- SOGC Clinical Practice Guidelines. Guidelines for vaginal birth after previous caesarean birth. Number 155 (Replaces guideline Number 147), February 2005.
- ACOG. Vaginal birth alter previus cesarean delivery. Washington, DC: ACOG; july 2004. Bulletin N54.
- Lieberman E. Factores de riesgo de rotura uterina durante una prueba de trabajo de parto después de cesárea. Clin Obstet Gynecol 2001; 44(3):567-578.
- Arijit B, et al. Management of previous cesarean sections. Curr Opin Obstetrics and Gynaecology 2003; 15:123-129.
- Niemann I, et al. Primary cesarean section- what happens next- time?. 2003; 165(11):1130-1132.
- Bujold E, et al. Interdelivery interval and uterine rupture. Am J Obstet Gynecol 2002; 187(5):1199-1202.
- Brill Y, et al. Vaginal birth after caesarean section: Review of antenatal predictors of success. 2003; 25(4):275-286.
- Elkousy MA, et al. The effect of birth weight on vaginal birth after cesarean delivery success rates. Am J Obstet Gynecol 2003; 188(3):824-830.
- Guise JM, et al. Safety of vaginal birth cesarean: A systematic review. Obstet Gynecol 2004; 103(3); 420-9.
- Chauhan, SP, et al. Maternal and perinatal complications with uterine rupture in 142,075 patients who attempted vaginal birth after cesarean delivery: A review of the literature. Am J Obstet Gynaecol 2003; 189(2): 408-17.