

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

UNIDAD DE POST GRADO

Parto vaginal en la cesareada anterior una vez en el Hospital Nacional Docente Madre – Niño San Bartolomé durante el 2000 al 2002

TESIS Para optar el grado de Especialista en Gineco-Obstetricia

AUTOR

Pedro Manuel Pérez Alcántara

ASESOR Aurora Villar Chamorro

LIMA – PERÚ 2005

INDICE

I.	RESUMEN	03
II.	INTRODUCCIÓN	04
III.	MATERIAL Y METODOS	08
IV.	RESULTADOS	12
V.	DISCUSIÓN	24
VI.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	32
VII.	BIBLIOGRAFÍA	34
VIII.	ANEXOS	42

RESUMEN

“PARTO VAGINAL EN LA CESAREADA ANTERIOR UNA VEZ EN EL HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE – NIÑO SAN BARTOLOMÉ DURANTE EL 2000 AL 2002”

Objetivo:

Comparar la morbimortalidad materno perinatal entre parto vaginal y cesárea electiva en gestantes a término con antecedente de cesárea anterior una vez.

Materiales y Métodos:

Estudio descriptivo retrospectivo comparativo en gestantes con cesárea previa, que tuvieron parto vaginal o cesárea del 2000 al 2002 (36 meses). La población de estudio lo conforman gestantes con antecedente de cesárea previa única sin contraindicación actual para parto vaginal. Se revisaron 1128 casos, excluyéndose 260(23.05%) por no cumplir con los criterios de inclusión, obteniéndose 868 casos (94.86%); los casos se analizaron en tres grupos de acuerdo a la culminación de parto: 460 parto vaginal, 231 cesárea intra parto (durante trabajo de parto) y 177 cesárea electiva.

Resultados

En la población de estudio el grupo etáreo predominante fue de 20 a 34 años con 79.0%; el 100% fueron gestantes a término, sólo 61.1% tenían control prenatal adecuado (mayor o igual a 5); 408 gestantes (47.0%) del total culminaron en cesárea; de 691 gestantes que intentaron parto vaginal 460 (66.77%) fueron exitosos; las complicaciones presentes fueron endometritis, infección de herida operatoria, ITU, fiebre puerperal, transfusión sanguínea, éstas dos últimas sin causa definida, las gestantes que se sometieron a cesárea electiva tuvieron 6.78% de complicaciones en comparación con el 5.35% de gestantes que intentaron parto vaginal, pero en conjunto no hubo diferencia significativa (p:0.07). No hubo ningún caso de rotura uterina, muerte materna o neonatal. Oxitocina fue usada en 161 pacientes (18.54%), se uso fórceps en 03 gestantes (0.34%), vacuum extractor en 02 gestantes(0.23%). Existió mayor frecuencia de asfixia moderada a severa en el grupo de cesárea electiva con 1.13%(02 neonatos) en comparación con el grupo de chance vaginal con 0.87%(06 neonatos) estadísticamente no significativa (p:0.6).

Conclusión:

El chance vaginal en cesareadas anteriores una vez fue exitoso en 66.77%, no encontrándose diferencia significativa en la morbilidad materno-perinatal en comparación con el parto por cesárea.

Palabras claves: Parto vaginal, cesárea anterior, morbilidad, parto por cesárea, fórceps, vacuum.

INTRODUCCIÓN

La cesárea, una alternativa de solución a problemas materno perinatales en la práctica médica, el incremento en su frecuencia muchas veces ocasiona aumento de complicaciones materno perinatales, mayor estancia hospitalaria y costo incrementado por fármacos entre otros.

La Cesárea o el parto por cesárea se define como la terminación quirúrgica de la gestación por medio de incisiones en la pared abdominal y en la cara anterior del útero, a través de las cuales es extraído el feto, se lleva a cabo cuando la madre o el feto se encuentran en situación de peligro de muerte^{1,2}. Desde la primera operación cesárea descrita en el año 1610, se ha ido perfeccionando la técnica y disminuyendo vertiginosamente las tasas de mortalidad materna, así como se ha ido incrementando la frecuencia con la que la cesárea se indica¹³.

La sentencia que en 1960 hiciera Craigin "después de cesárea siempre cesárea"¹³, actualmente permanecen vigentes sólo para un reducido grupo de gestantes, obviamente la ciencia médica evoluciona

rápida­mente apoyada por el adelanto tecnológico y conocimientos actuales, haciéndonos ver con extrañeza actitudes pasadas.

En el mundo, la incidencia de cesáreas dependiendo de los países puede oscilar entre el 15% y el 40%, en Estados Unidos se reporta incremento notable en la tasa de cesárea desde 5.5% en 1965 a 27% en 1997²⁶, en Latinoamérica, Chile ostenta la tasa más alta de cesáreas con 40% y Haití con menos de 15 % posee la tasa más baja⁹, sin embargo en el caso del último se encuentra también que más del 20% de su población no recibe atención del parto. Según la OMS la tasa de cesáreas debería encontrarse idealmente entre 10 – 15%, sin embargo esta tasa en el mundo generalmente no desciende de 20%¹⁷.

En el Perú, la tasa de cesáreas varía de acuerdo al establecimiento de Salud, existiendo hospitales de IV nivel con tasas de cesárea de 54% , siendo la causa más frecuente el hecho de haberse sometido a cesárea en el parto anterior²⁵.

No obstante información obtenida de los reportes anuales de hospitales materno perinatales señalan tasas no menores del 20%⁹. Asimismo, hospitales de referencia como la Maternidad de Lima y hospitales de ESSALUD varían de 20 a 37%, a diferencia de el Hospital San Bartolomé donde estudios realizados reportan una incidencia de 18%².

En relación, al parto vaginal luego de una cesárea, se han venido realizando diversos trabajos en los últimos años^{19,20,21}, que dejan en evidencia que el parto vaginal es posible después de una cesárea y que las complicaciones son menores que en un cesárea iterativa en un determinado tipo de gestantes escogidas previamente¹⁴. En Lima, se realizaron estudios al respecto determinándose en dos de los primeros trabajos realizados en el Instituto Materno Perinatal, donde porcentajes de 50 – 70% de gestantes con cesárea previa pudieron tener un parto vaginal con escasas complicaciones^{23,24}.

Debido a la ausencia de conductas definidas respecto a la toma de decisiones en gestantes con antecedentes de cesárea anterior por única vez, sobre esperar el inicio espontáneo, inducir el trabajo de parto o realizar cesárea, teniendo en cuenta las complicaciones que esto conlleva; se pretende analizar las variables que ayuden a concretar la decisión más adecuada para el binomio madre niño.

Es necesario valorar las complicaciones materno perinatales respecto al tipo de parto y poder discriminar el riesgo /beneficio del tipo de culminación de la gestación, razones fundamentales de la presente investigación. Actualmente en nuestro medio no se cuenta con uniformidad de criterios y/o factores de riesgo que nos permitan dilucidar la vía de culminación de la presente gestación de pacientes con una cesárea previa. Se busca investigar si resulta beneficioso la

inducción y/o estimulación del trabajo de parto en las gestantes con el antecedente de cesárea anterior. Asimismo no existen estudios respecto a la estancia hospitalaria de las puérperas sometidas a parto vaginal sea espontáneo o inducido respecto de las cesareadas con criterios de electivas, así como de sus neonatos.

El objetivo de este estudio fue comparar la morbimortalidad materno perinatal asociada a parto vaginal en comparación con parto por cesárea en gestantes con antecedente de cesárea previa en una sola oportunidad y sin contraindicación actual para parto vaginal, asimismo determinar el éxito del parto vaginal en dichas pacientes.

MATERIALES Y METODOS

Tipo de Estudio: Descriptivo, retrospectivo y comparativo.

Población: Todas las gestantes que tuvieron parto vía vaginal o cesárea en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé durante el año 2000 al 2002.

Muestra: Gestantes con antecedente de cesárea anterior una vez, sin contraindicaciones para el parto vaginal durante su gestación actual y que tuvieron un parto por vía vaginal o cesárea en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé durante el periodo del 1° de Enero del 2000 hasta el 31 de Diciembre del 2002.

1. Criterios de Inclusión:

Cesárea anterior una vez.

Presentación cefálica de vértex.

Pelvis ginecoide.

2. Criterios de Exclusión:

Antecedentes de cirugía uterina (histerotomía, miomectomía).

Cesárea previa dos o mas veces.

Cesárea previa clásica.

Desprendimiento prematuro de placenta.

Embarazo múltiple.

Eclampsia.

Edad gestacional menor de 35 semanas.

Indicación de cesárea justificable.

Pelvis estrecha.

Presentaciones anómalas (podálico, transversa)

Placenta previa.

Sufrimiento fetal.

Óbito fetal.

Se excluyeron a las cesareadas anteriores 2 o mas veces, debido a que el presente estudio se ocupa de comparar a gestantes con antecedentes de una sola cesárea previa asimismo no está plenamente demostrado el éxito en el parto vaginal en pacientes con más de una cesárea, al igual que en fetos aparentemente macrosómicos por ponderación fetal o a través de mediciones ecográficas, en presentación podálica o con embarazo múltiple, asimismo se excluyó a las gestantes con menos de 35 semanas de gestación ya que poseen alta tasa de parto abdominal, los demás criterios se explican por si solos, otras

variables comunes no se excluyeron porque ambos grupos poseyeron el mismo factor de riesgo.

Los pacientes catalogados como elegibles a través de los criterios de inclusión y exclusión se distribuyeron en tres grupos el primero lo conforman las gestantes que son sometidas a trabajo de parto y logran parto vaginal; el segundo grupo la integran gestantes sometidas a trabajo de parto pero fracasan dicho parto vaginal y que se culmina la gestación por vía cesárea intraparto o de emergencia, finalmente el tercer grupo la integran las gestantes que no optaron el parto vaginal sometiéndose a cesárea electiva. Quedando distribuidos de la siguiente manera:

Grupo 1: Parto Vaginal: Integrada por el grupo de gestantes anteriormente cesareadas en quienes se intenta el chance vaginal y se logra la meta, es decir que tuvieron parto vaginal.

Grupo 2: Cesárea Intra parto: Conformada por el grupo de gestantes con antecedente de cesárea sin contraindicaciones de parto vaginal, que se sometieron a chance vaginal pero no se logra el parto vaginal obligando a recurrir a cesárea intraparto o cesárea de emergencia repitiéndose de esta manera el parto por cesárea.

Grupo 3: Cesárea Electiva: Integrada por gestantes cesareadas anteriores sin contraindicaciones que electivamente se les programa para nuevamente ser cesareadas por diversas razones no mandatorias para realizar parto por cesárea.

RESULTADOS

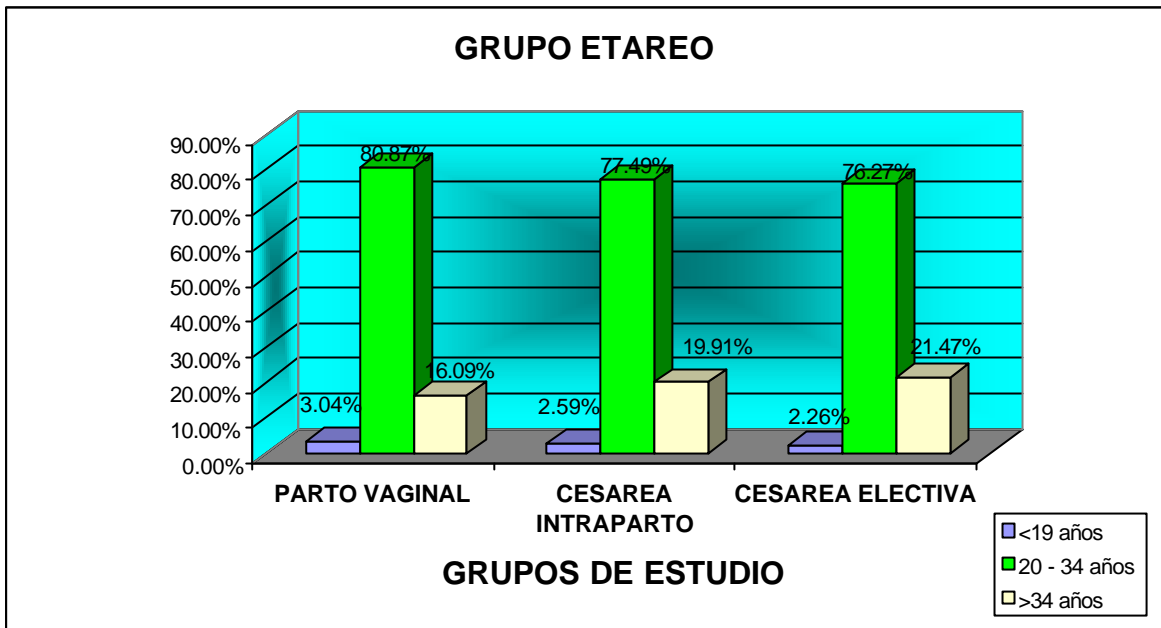
Durante el 2000 al 2002 se atendieron 20,114 partos en el HONADOMANI San Bartolomé, de los cuales 4786 nacimientos fueron por cesárea, durante este tiempo 1128 gestantes tenían el antecedente de ser cesareada una vez constituyéndose población de estudio. De las 1128 pacientes, se excluyeron a 47 (4.17%) pacientes por no tener datos suficientes, quedando 1081 (95.83%) gestantes.

Posteriormente, se excluyeron a 213 pacientes por no reunir los criterios de inclusión, quedando 868 pacientes las cuales integran el presente estudio. Los criterios de exclusión son indicaciones casi absolutas de cesárea.

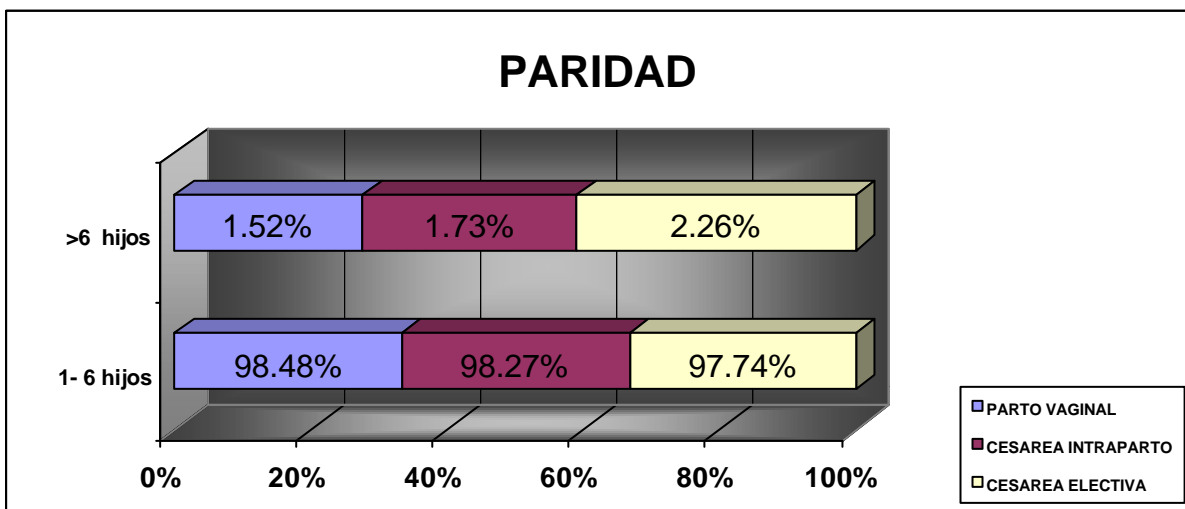
Las gestantes con antecedentes de cesárea y sin contraindicaciones para parto vaginal incluidas en el estudio fueron 868; las cuales se distribuyeron en tres grupos a saber: 460 pacientes en el grupo de parto vaginal; 231 en el grupo de cesárea intra parto y 177 en el grupo de cesárea electiva. Las características maternas y perinatales se muestran en la tabla 1 en la siguiente página.

Tabla N° 1 : Características maternas y perinatales según parto, HONADOMANI San Bartolomé 2000-2002

CARACTERÍSTICAS MATERNAS	PARTO VAGINAL		CESAREA INTRAPARTO		CESAREA ELECTIVA	
	460		231		177	
	N°	%	N°	%	N°	%
Edad Materna						
<19 años	14	3.04%	6	2.59%	4	2.26%
20 - 35 años	372	80.87%	179	77.49%	135	76.27%
>35 años	74	16.09%	46	19.91%	38	21.47%
Paridad						
1- 6 hijos	453	98.48%	227	98.27%	173	97.74%
>6 hijos	7	1.52%	4	1.73%	4	2.26%
Periodo Intergenésico						
< 1 año	11	2.39%	8	3.46%	5	2.82%
1-9 años	428	93.04%	210	90.91%	172	97.18%
10 años a mas	21	4.57%	13	5.63%	0	0.00%
Control Prenatal						
0 - 4	194	42.17%	85	36.80%	59	33.33%
5 a Mas	266	57.83%	146	63.20%	118	66.67%
Peso Recién Nacido						
< 2000g.	3	0.65%	2	0.86%	0	0.00%
2000 - 2500g.	5	1.09%	16	6.93%	2	1.13%
2500 - 4000g.	423	91.96%	192	83.12%	141	79.66%
> 4000g.	29	6.30%	21	9.09%	34	19.21%
Inducción Oxitocina						
Inducido	109	23.70%	52	22.51%	0	0.00%
no Inducido	351	76.30%	179	77.49%	177	100.00%
	460	100.00%	231	100%	177	100.00%

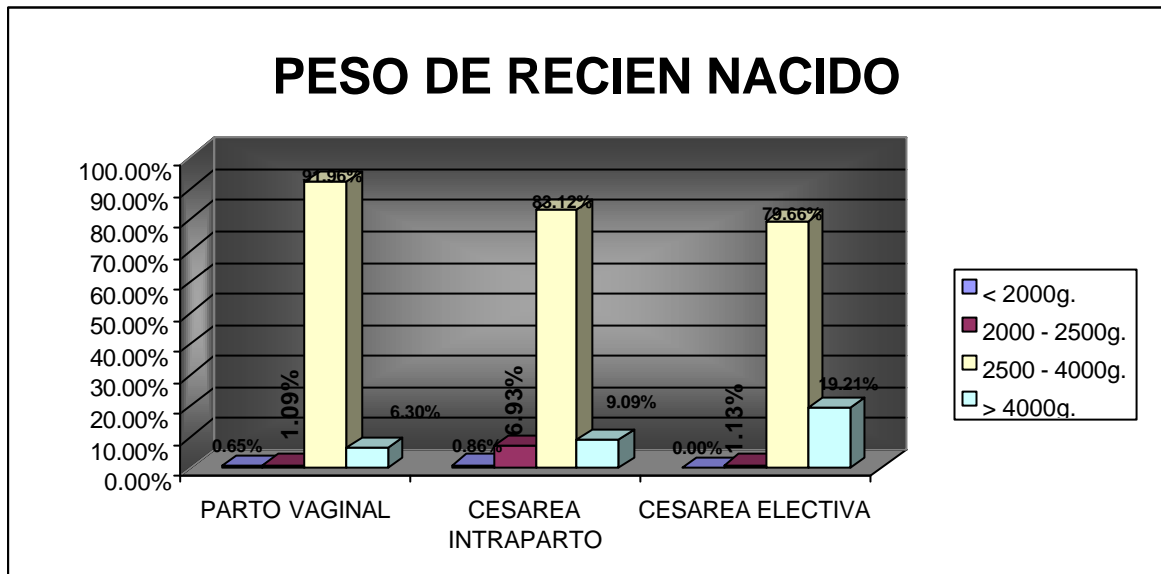


En la presente tabla se observa que la mayoría de gestantes tenía entre 20 y 35 años con el 79.03%, de los cuales el 100% eran embarazos a término. El control prenatal fue adecuado sólo en el 61.06% en términos generales, no obstante fueron las pacientes de cesárea electiva las que más controles prenatales tuvieron.

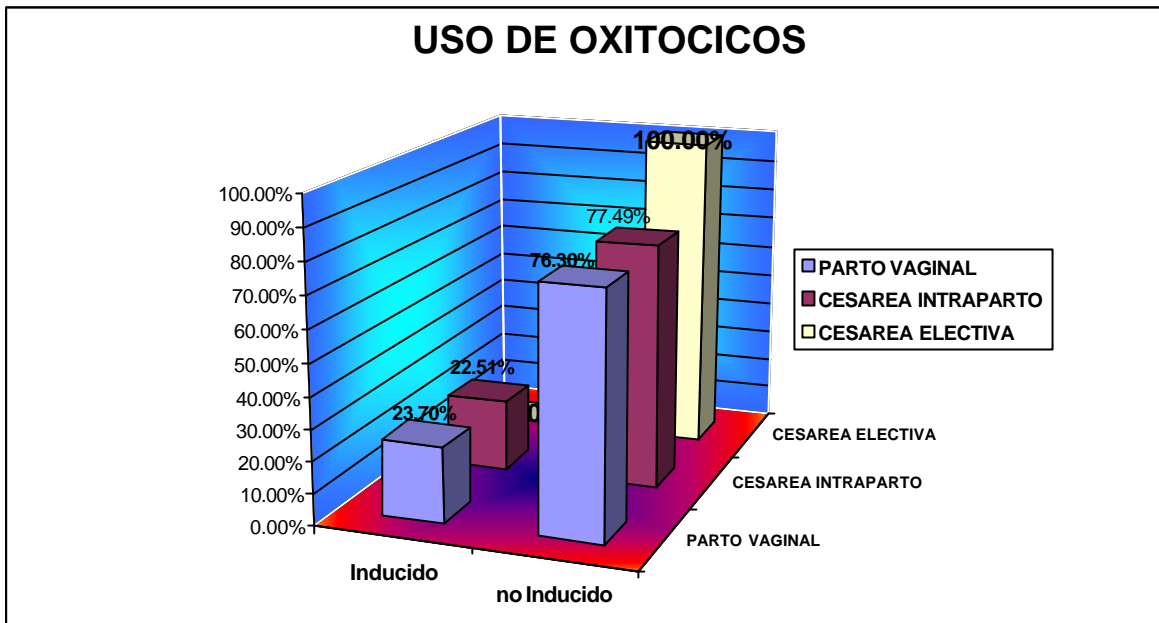


La paridad en la población de estudio osciló de 1 a 6 hijos en 98.27%, referente a las gran multíparas (>6 hijos), fueron del grupo de cesárea

electiva las que mayor frecuencia presentaron (2.26%). El periodo intergenésico con mayor frecuencia presentado fue de 1 a 9 años y dentro de ellos el grupo de cesárea electiva el que fue mayor con 97.74% de sus casos.



Respecto al peso del recién nacido el 19.21% de neonatos del grupo de cesárea electiva fueron macrosómicos en comparación con el 9.09% del grupo de cesárea intraparto y el 6.30% del grupo de parto vaginal.



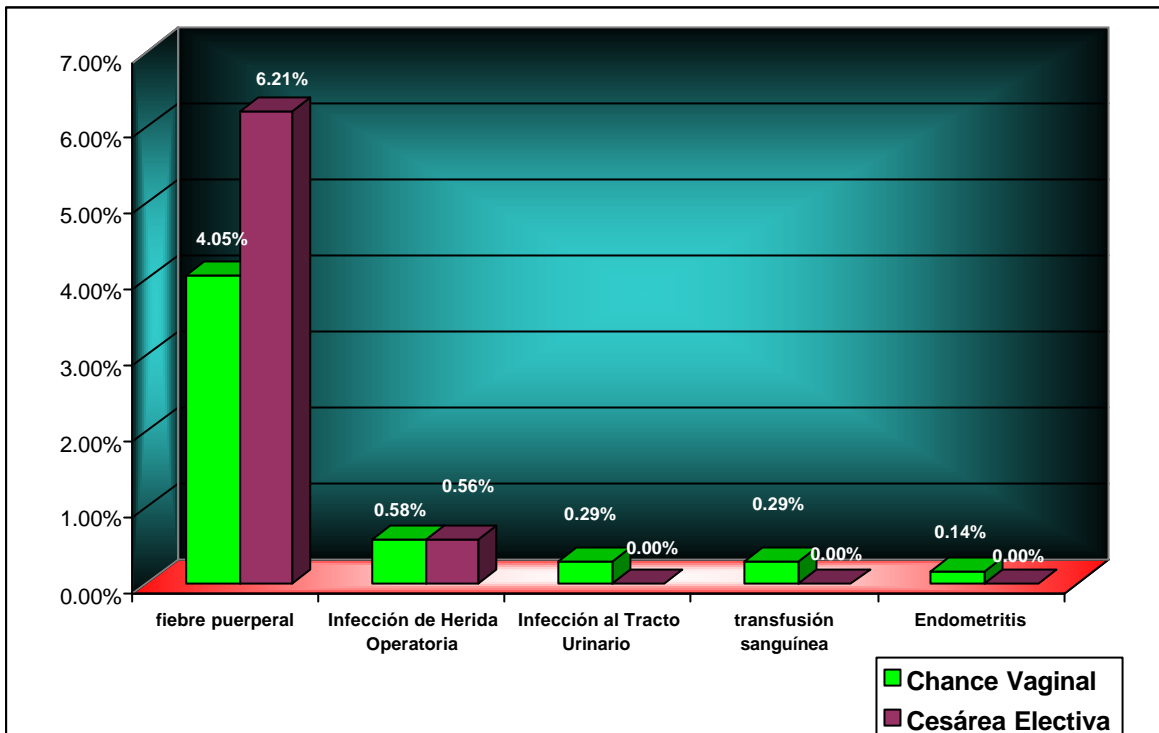
La inducción con oxitocina se intento solo en los grupos de parto vaginal y cesárea intraparto de éste último grupo sólo el 22.51% fue inducido.

La tabla 2 muestra la morbilidad materna, llama la atención que la mayor frecuencia de complicaciones fué la fiebre puerperal con 4.49%, cabe destacar que aparentemente no se demostró el agente etiológico, no obstante es la complicación mas frecuente; de los 3 grupos la cesárea electiva es la que mayor frecuencia la presentó (6.21%), otro tanto sucede con la infección urinaria a predominio del grupo de cesárea intraparto (0.43%), se realizaron transfusiones sanguíneas con mayor frecuencia en las cesáreas intraparto (0.87%) sin causa especificada en los registros médicos, se excluyó la morbilidad por anestesia dado lo infrecuente de su presentación. No se presentó casos de rotura uterina, ni dehiscencia de cicatriz anterior.

Tabla N° 2.:Morbilidad Materna en los tres Grupos de Estudio						
MORBILIDAD MATERNA	PARTO VAGINAL		CESAREA INTRAPARTO		CESAREA ELECTIVA	
	19		18		12	
	N°	%	N°	%	N°	%
Fiebre Puerperal	14	3.04%	14	6.06%	11	6.21%
Infección de Herida Operatoria	2	0.43%	2	0.87%	0	0%
Infección del Tracto Urinario (ITU)	1	0.22%	1	0.43%	0	0%
Transfusión Sanguínea	1	0.22%	1	0.43%	1	0.56%
Endometritis	1	0.22%	0	0%	0	0%

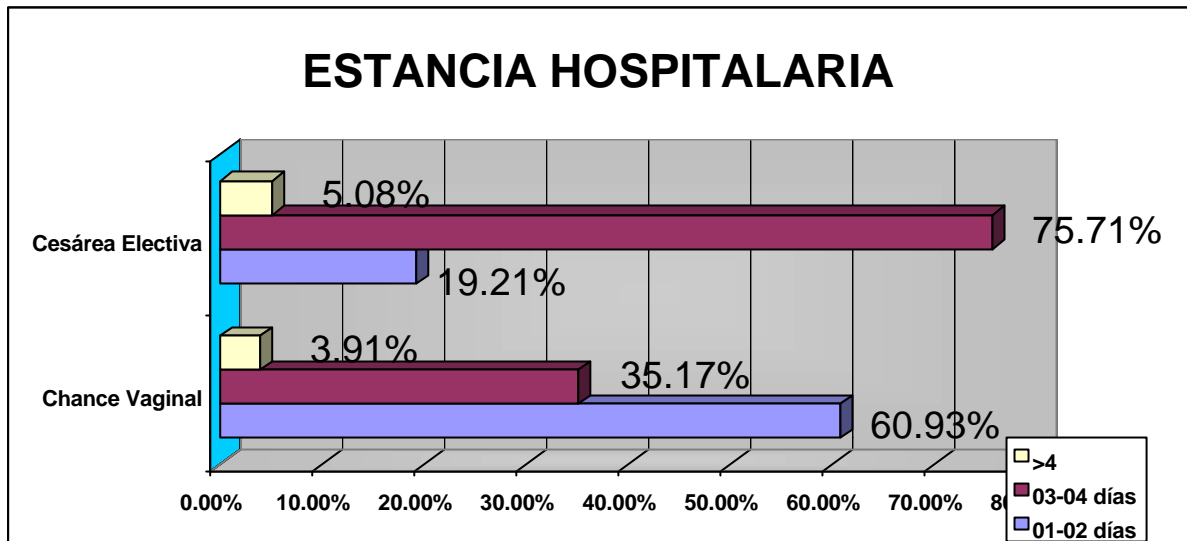
En la tabla 3 se ha agrupado a los casos de parto vaginal y cesárea intraparto en razón de que integran el grupo de chance vaginal para poder comparar la morbilidad materna de ambos grupos (chance vaginal y cesárea electiva).

Tabla N° 3: MORBILIDAD MATERNA SEGÚN TIPO DE PARTO					
	Chance Vaginal		Cesárea Electiva		p
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	
fiebre puerperal	28	4.05%	11	6.21%	0.07
Infección de Herida Operatoria	4	0.58%	1	0.56%	
Infección al Tracto Urinario	2	0.29%	0	0.00%	
transfusión sanguínea	2	0.29%	0	0.00%	
Endometritis	1	0.14%	0	0.00%	
Total	37	5.35%	12	6.78%	



Al comparar la morbilidad materna en los grupos de cesárea electiva y chance vaginal, no se encuentra diferencia significativa entre ellos $p=0.07$ a pesar que el grupo de cesárea electiva presentó mayor frecuencia de complicaciones (6.78% vs. 5.35%).

Estancia Hospitalaria	Chance Vaginal		Cesárea Electiva	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
01-02 días	421	60.93%	34	19.21%
03-04 días	243	35.17%	134	75.71%
>04 días	27	3.91%	9	5.08%
Total	691	100.00%	177	100.00%



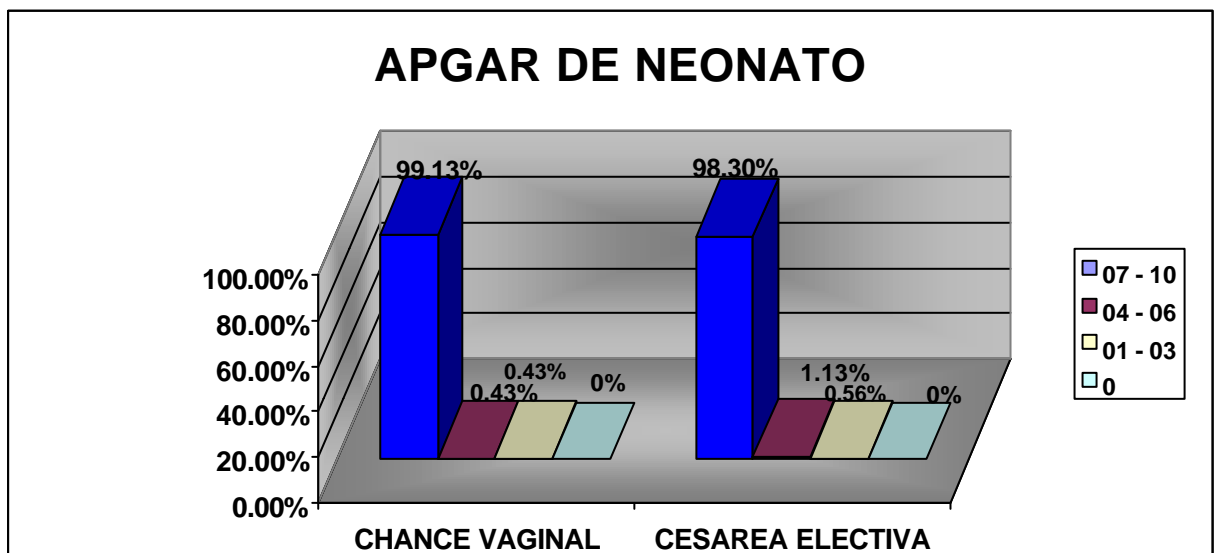
La tabla 4 se aprecia que la estancia hospitalaria prolongada es mayor en el grupo de cesárea electiva con 5.08% frente a 3.91 % del grupo de chance vaginal.

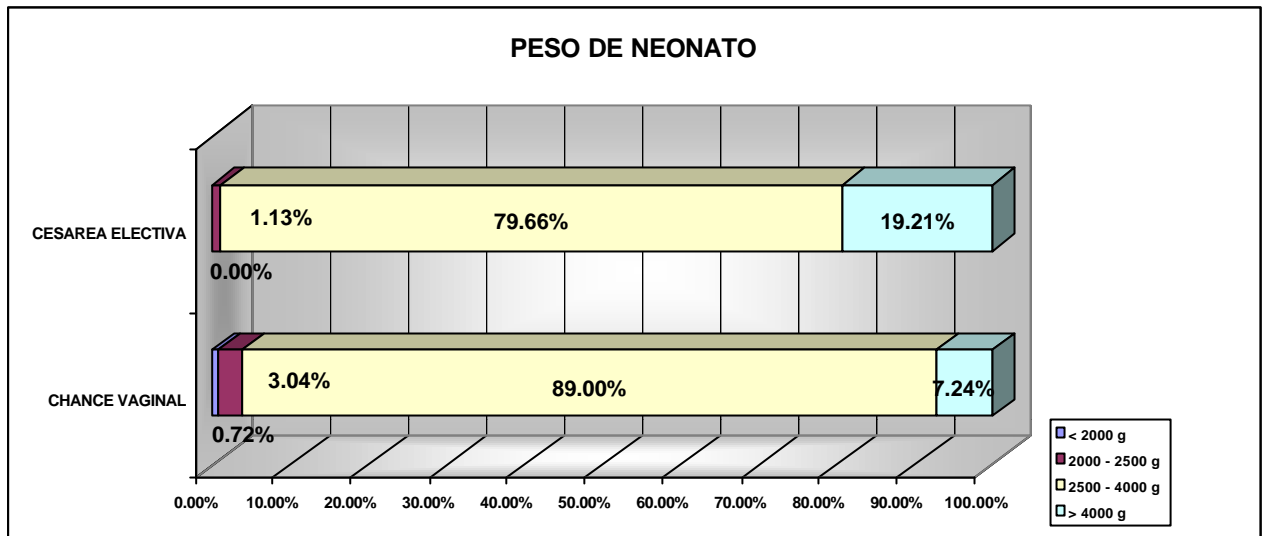
CARACTERÍSTICA FETAL	PARTO VAGINAL		CESAREA INTRAPARTO		CESAREA ELECTIVA	
	460		231		177	
	N°	%	N°	%	N°	%
Apgar						
07 - 10	456	99.13%	229	99.10%	175	98.87%
04 - 06	2	0.43%	1	0.40%	2	1.13%
01 - 03	2	0.43%	1	0.40%	1	0.56%
0	0	0.00%	0	0%	0	0.00%
Peso R. N.						
< 2000 g	3	0.70%	2	0.86%	0	0.00%
2000 - 2500 g	5	1.10%	16	6.93%	2	1.13%
2500 - 4000 g	423	91.96%	192	81.12%	141	79.66%
> 4000 g	29	6.30%	21	9.09%	34	19.21%
Trauma Obstétrico	2	0.43%	1	0.43%	1	0.56%
Malformación Congénita	0	0%	0	0%	2	1.13%
Fallecidos	0	0%	0	0%	0	0%

En la tabla N° 5 se muestran los resultados perinatales en los tres grupos, comparativamente el grupo de cesárea electiva, por el apgar,

los neonatos tuvieron mayor frecuencia de depresión moderada a severa, así como hubieron mas neonatos macrosómicos (>4000g.); el trauma obstétrico fue mayor en parto vaginal y cesárea intraparto debido a la tendencia de usar fórceps y vacuum en la institución sujeta del presente estudio.

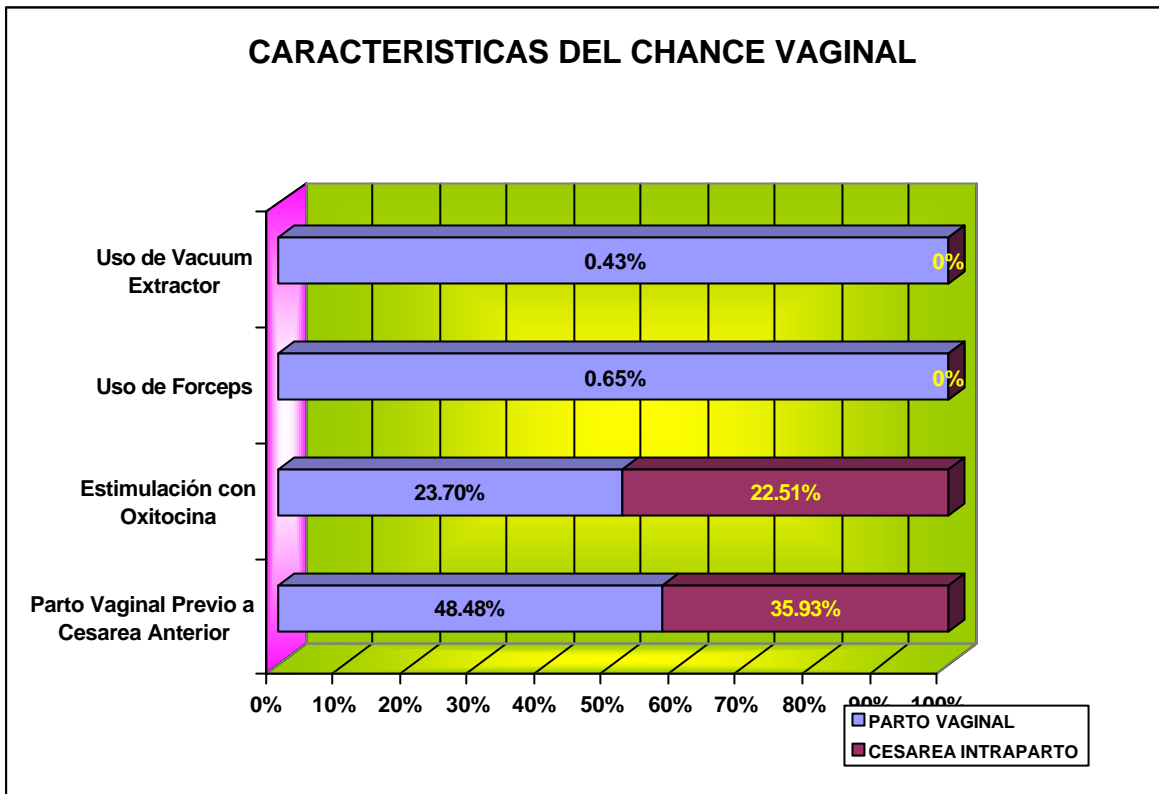
Tabla N° 6 Resultado Perinatal Según Tipo de Parto					
CARACTERÍSTICA FETAL	PARTO VAGINAL		CESAREA ELECTIVA		p
	691		177		
	N°	%	N°	%	
Apgar					
07-10	685	99.13%	174	98.31%	0.08
04-06	3	0.43%	2	1.13%	
01-03	3	0.43%	1	0.56%	
0	0	0.00%	0	0.00%	
Peso R. N.					
< 2000 g	5	0.72%	0	0.00%	0.49
2000 - 2500 g	21	3.04%	2	1.13%	0.00
2500 - 4000 g	615	89.00%	141	79.66%	
> 4000 g	50	7.24%	34	19.21%	
Trauma Obstétrico	2	0.43%	1	0.56%	
Malformación Congénita	0	0%	2	1.13%	
Fallecidos	0	0%	0	0%	





La tabla N° 6 reagrupa el parto vaginal y la cesárea intraparto, determinándose que mejor apgar presenta el grupo de chance vaginal frente a la cesárea electiva, no obstante es estadísticamente no significativo; neonatos macrosómicos y trauma obstétrico se hallaron en mayor proporción en el grupo de cesárea electiva. No se reportó ningún caso de muerte materna, ni malformaciones fetales siendo éstas últimas independientes del estudio.

Tabla N° 7: Características del Grupo Seleccionado para Chance Vaginal				
CARACTERISTICA DEL PARTO	PARTO VAGINAL		CESAREA INTRAPARTO	
	460		231	
	N°	%	N°	%
Parto Vaginal Previo a Cesárea Anterior	223	48.48%	83	35.93%
Estimulación con Oxitocina	109	23.70%	52	22.51%
Uso de Fórceps	3	0.65%	0	0%
Uso de Vacuum Extractor	2	0.43%	0	0%



La tabla N° 7 corresponde al grupo de chance vaginal que comprende a pacientes que tuvieron parto vaginal y pacientes de cesárea intraparto las cuales muestran que la mayoría de pacientes que terminó en cesárea intraparto (fracaso del parto vaginal) le había precedido un parto vaginal a la cesárea anterior (35.93%), además sólo en el 22.51% del grupo de la cesárea intraparto se intento inducir con oxitocina, asimismo, en este grupo no se intentó parto instrumentado.

DISCUSIÓN

De un total de 20,114 partos entre el 2000 al 2002, se encontró una tasa de cesárea de 23.79% en el HONADOMANI San Bartolomé, esta tasa es muy cercana a la encontrada por otros autores en el Perú de 24%^{2,18,19,20,21,22,23}, y es parecida a los hallados en otros países como Chile(30%), Argentina(14-35%) o Cuba(25%)². En otras regiones este valor puede ser mucho menor por ejemplo Shlomo y col²⁴, encuentra una tasa de 9.6% en 22,815 gestantes israelíes; Hervás y col⁷ en un hospital solo encuentra una tasa del 19.9%, diversos factores incluyen para estas tasas diferentes.

Actualmente existe la tendencia a intentar parto vaginal en pacientes con antecedentes de una cesárea, no obstante existen estudios que tratan del éxito del parto vaginal en pacientes cesareadas dos veces⁶³,

^{43,44,45,1}, en el presente estudio se excluyó este tipo de pacientes porque no existe la suficiente experiencia al respecto, asimismo, otros estudios reportan el éxito del parto vaginal en fetos podálicos en madres con antecedente de cesárea anterior^{63,64}, como de las pacientes con periodo intergenésico corto, que la ACOG⁶³ no las excluye del chance vaginal, como que tampoco es importante la talla materna (<1.50 m.) en contraposición para otros autores que si le asignan importancia^{12,63} generándose continuamente la controversia para elegir a las candidatas para el chance vaginal.

De un total de 1,128 gestantes cesareadas anteriores una vez, seleccionamos 868 (76.95%) para el estudio, las pacientes seleccionadas no tuvieron contraindicación para parto vaginal, lo cual se refrenda con los criterios de inclusión y exclusión planteados en el diseño metodológico del presente estudio.

De acuerdo a la tabla N° 1 referente a las características materno perinatales, las gestantes añosas (gestantes mayores de 35 años) se hallaron en mayor porcentaje (21.47%) en el grupo de cesárea electiva, las gestantes adolescentes se encontraron en mayor frecuencia en el grupo de parto vaginal (3.04%). Otro hallazgo que llama la atención es que las gestantes con menores controles prenatales (0-4) no fueron cesareadas, si no que tuvieron chance vaginal (66.66%) en comparación con la cesárea electiva (33.33%), siendo este hecho difícil de explicar, es posible que la mayor parte de gestantes que tuvieron pocos controles prenatales también eran gestantes con parto vaginal previo al parto por cesárea anterior. En cuanto al periodo intergenésico corto (menor de 01 año) se intentó dar chance vaginal y terminó en cesárea intraparto el 3.46% de las gestantes, no obstante del total de pacientes que tuvieron parto vaginal el 2.39% fueron de periodo intergenésico corto, es probable que este periodo intergenésico corto halló incrementado el número de cesárea intraparto o de emergencia constituyendo fracasos del chance vaginal. Un detalle importante es la inducción del parto, ya que a las pacientes que integran el grupo de cesárea intraparto solo a un número reducido de gestantes (22.51%) se

les intento la inducción, quedando el 77.49% de pacientes que ingresaron a cesárea intraparto, es decir fracasó el intento de parto vaginal, sin intentar la inducción.

Según el marco metodológico se realizó inicialmente estudio de la población en tres grupos objetivos: parto vaginal (incluye parto eutócico y parto instrumentado ya sea por fórceps o vacuum), cesárea intraparto (lo conforman pacientes sometidas a parto vaginal pero no lo lograron) y finalmente el grupo de cesárea electiva. El análisis comparativo versará en la agrupación de parto vaginal y cesárea intraparto en un solo grupo (denominado chance vaginal) ya que representan la contraposición al grupo de cesárea electiva las cuales se excluyeron de oportunidad de parto vaginal.

Referente al **éxito del chance vaginal**, tenemos que de un total de 691 pacientes que intentaron parto vaginal 460 (66.77%) gestantes lo lograron, esta tasa elevada de éxito se debe a las características de las pacientes, pues 223 (48.48%) habían tenido parto vaginal previo al último parto, es de suponer que si aplicamos las recomendaciones de la ACOG⁶³ el éxito sería menor, este resultado es coherente con los estudios realizados a nivel nacional cuyos niveles de éxito van desde 62.5% hasta 98.58%^{25,34,35} este último resultado nos sorprende porque habría que diferenciar éxito de parto vaginal y morbilidad materna. En Otras latitudes el éxito alcanza al 75%^{26,65,47,49,50,51,66}, lógicamente el éxito del parto vaginal depende de los criterios de inclusión y discriminar quienes son candidatas para parto vaginal además de otros

factores dentro de ellos por ejemplo para algunos médicos no tiene mayor importancia la forma en que se incentiva el parto vaginal.

En cuanto a la **morbilidad materna** según el tipo de parto se ha relacionado a la cesárea con mayor riesgo a infecciones^{66,53,67}, hemorragias⁵⁴, otras complicaciones⁸. En el estudio se halló mayor frecuencia de fiebre puerperal, transfusión sanguínea, sangrado de herida operatoria y en menor frecuencia infección de tracto urinario (ITU) y endometritis. Al realizar el análisis comparativo se halló que en conjunto la cesárea electiva presentó mayores complicaciones con 6.78% que el grupo sometido a chance vaginal, que incluye al grupo de parto vaginal y al grupo de cesárea intraparto, con 5.35% pero estadísticamente no significativo. Cuando se compara la cesárea electiva con la cesárea intraparto (gestantes que intentaron parto vaginal, mas no lo lograron) persiste con mayor frecuencia el grupo de cesárea electiva con 6.21% frente a 6.06% del grupo de cesárea intraparto, en ambos grupos la fiebre puerperal la complicación mas frecuente, una de las razones de cesárea intraparto la ruptura prematura de membranas en el 57.14% la diferencia estadísticamente persiste insignificativa; llama la atención que la ITU no se presente en ningún caso en el grupo de cesárea electiva a pesar del cateterismo vesical durante la cirugía lo que podría influir la buena técnica operatoria y procedimientos quirúrgicos o el enmascaramiento dentro de la fiebre puerperal aparentemente sin causa conocida.

La eventualidad catastrófica, en este tipo de pacientes sometidas a chance vaginal se halla la rotura uterina, en el presente estudio no se encontró ningún caso de dehiscencia de cicatriz o si la hubo no fue documentada en la historia clínica, asimismo no se reportó ningún caso de rotura uterina, no en todas las pacientes se realizó revisión digital del segmento uterino, dicha no documentación de la dehiscencia de la cicatriz uterina pudiera acaso responder en algunos casos a una actitud tal vez defensiva frente a supuestos problemas médico legales, o lo que es mas probable que el caso no requería evaluación del segmento, ya que algunos autores señalan una tasa baja de 0.2% a 1.5% cuando la cesárea previa es en el segmento uterino, sin embargo Calderón y col³⁵ encuentra en este tipo de pacientes una tasa de dehiscencia de cicatriz de 2.15% aunque no reporta ningún caso de rotura uterina completa.

La **conducción del parto** el uso de oxitocina fue muy bajo, tan sob de 161(18.55%) pacientes esto es justificable porque en general la mayoría de la conducta obstétrica obedece a normas de protocolo establecidos en el departamento de estudio; algunos investigadores hallan mayor éxito de parto vaginal usando medicamentos⁴⁶, aunque también aumenta la morbilidad sobretodo si se agrega prostaglandinas(57,58); es infrecuente el parto vaginal instrumentado (fórceps, vacuum extractor), sólo 5(0.72%) en comparación con otros estudios en que señalan desde un 15%^{44,45} hasta un 95%⁴⁹ lo cual

indicaría que no todas las pacientes necesitan realmente instrumentación durante el parto.

La morbilidad perinatal se enfocó en cuanto al grado de asfixia perinatal, no hubo diferencia significativa en el apgar aunque fué más frecuente la asfixia moderada y severa en el grupo de cesárea electiva con 1.69%, frente a el grupo de chance vaginal con 0.86% no obstante es una asociación no significativa ($p=0.08$); se encontró mayor morbilidad perinatal en el grupo de cesárea electiva con 0.56% frente a 0.43% del grupo de chance vaginal, mas no hubo diferencia significativa entre ellos ($p=0.078$), el presente estudio sólo se limitó a estudiar al neonato dentro de las 24 horas posteriores al nacimiento, existiendo reportes como el de Brenda y col.⁶⁰, quien estudia a los neonatos por 21 días en el que halló mayor frecuencia de problemas respiratorios en el grupo de cesárea electiva en comparación con el parto vaginal, pero también en este último grupo fue frecuente la sospecha o probabilidad de sepsis neonatal. En el estudio el trauma obstétrico existió en el 0.43% de neonatos en el grupo de chance vaginal en comparación con el 0.56% del grupo de cesárea electiva, se requiere incrementar el número de pacientes para valorar mejor los resultados; no hubo ningún caso de muerte materna o neonatal.

En lo referente al peso neonatal, el grupo de chance vaginal tuvo mayor frecuencia de recién nacidos de muy bajo peso con 0.72% en comparación con el grupo de cesárea electiva que no tuvo ningún caso, asimismo recién nacidos de bajo peso prevalece el grupo de chance

vaginal con la mayor frecuencia con 3.04% en comparación con 1.13% del grupo de cesárea electiva en ambos casos la diferencia fue estadísticamente significativa, sin embargo hubieron mas neonatos macrosómicos en el grupo de cesárea electiva que en el grupo de chance vaginal con 189.21% y 7.24% respectivamente comparación que es estadísticamente significativa lo cual sirve para reforzar el planteamiento que en fetos grandes o macrosómicos no se deba restringirse dar chance vaginal si la pelvis es ginecoide.

La hospitalización de las cesareadas fue mayor lo que implica mayores costos y menor disponibilidad de camas, por las características socioeconómicas de las gestantes y el actual Seguro Integral de Salud (SIS) los costos de hospitalización son asumidos por el Estado, lo cual redundo en desmedro de los escasos recursos económicos en salud. El gasto en fármacos es también mayor en el grupo de cesárea electiva incrementando los costos de la atención del binomio madre niño.

Los resultados arriba señalados como la mayor morbilidad materna, el costo elevado del parto por cesárea; mayores días de hospitalización, mayores cantidades de fármacos también del grupo cesárea electiva así como el mayor riesgo de depresión respiratoria en este mismo grupo, alienta a dar chance vaginal a la cesareada anterior, mas aún sin poner en riesgo al producto de la concepción, al margen de los problemas médico legales a los que se está expuesto cuando se maneja a un cesareada anterior.

Nos preguntamos hasta cuándo nos encontraremos en un momento de confusión y temor como lo dice Flint y col⁶², con el presente estudio se intenta conocer la realidad del manejo obstétrico en la cesareada anterior.

VI. CONCLUSIONES

- El éxito de parto vaginal en la cesareada anterior una vez fue de 66.77% en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, institución de tercer nivel de atención en nuestro sistema de salud.
- No se encontró diferencia significativa en la morbilidad materno perinatal cuando se comparó el grupo de chance vaginal con el grupo de cesárea electiva, aunque se encontró mayor frecuencia de morbilidad materna y neonatos con asfixia moderada a severa en el grupo de cesárea electiva.
- No hubo ningún caso de muerte materna, muerte neonatal o ruptura uterina.
- El uso de oxitócicos y el parto instrumentado es infrecuente en el hospital nacional docente madre – niño de tercer nivel.
- La estancia hospitalaria y el uso de fármacos por cesárea son mayores que el parto vaginal incrementando costos de atención.
- Se intenta parto vaginal en cesareada anterior, cuando el periodo intergenésicos es mayor de un año, en fetos de presentación cefálica, pelvis ginecoide y no existe contraindicaciones absolutas para dar chance vaginal.

RECOMENDACIONES

- Es recomendable incluir la prueba de parto vaginal a toda gestante que no presente indicaciones absolutas de cesárea, el presente estudio deja evidencia que el parto vaginal es posible después de una cesárea y que las complicaciones son menores que la cesárea iterativa, lo que significa además de disminuir los costos tanto para la paciente como para la institución.
- La inducción y/o estimulación del trabajo de parto con oxitocina resulta beneficioso en las gestantes con el antecedente de cesárea anterior y deba de considerarse su adecuada valoración para dar opción de parto vaginal en ese tipo de pacientes.
- La educación a las gestantes es de vital importancia para desterrar la idea concebida de la cesárea iterativa sin causa seriamente definida y así puedan discriminar el riesgo/ beneficio del parto vaginal.
- Incentivar a la puérperas, futuras gestantes, a realizar controles prenatales en el primer trimestre así como la concejería preconcepcional velando así por condiciones óptimas para el binomio madre – niño.
- Perfeccionar el registro de datos compactando la base de datos en información coherente con el contenido de las historias y mejorar el registro escrito de las historias clínicas evitando así pérdida de información valiosa para estudios posteriores.
- Control estricto y monitoreo desde el inicio del trabajo de parto

V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- (1) Cunningham FG, Mac Donald EF, Gant TR. Parto por Cesárea. En Williams Obstetricia, Editorial Medica Panamericana, 20va edición, Buenos Aires, 1998.
- (2) Pacheco, JR. Parto después de cesárea. En Ginecología y Obstetricia. Editorial Mad Corp SA, 1ra edición; Lima: 1999.
- (3) Aller AJ, PAGES QG. Cesárea y Parto Vaginal. En Obstetricia Moderna. Editorial Mc Graw-Hill Interamericana, 3ra. Edición; Caracas: 1999.
- (4) Franco AG. "Manual de Normas y Procedimientos de Obstetricia del Hospital San Bartolomé", Departamento de Obstetricia y Ginecología, Lima, 1994.
- (5) Pacheco, JR. Obstetricia. Editorial Mad Corp SA, Manual 1° edición; Lima: 1993.; 134-35
- (6) Pérez AS, Donoso AF, Siña RE. Parto Vaginal. En Obstetricia. Editorial Mediterráneo. 2° edición. Chile. Reimpresión 1997; 290-94.
- (7) Távara LO. Operación cesárea. En Ginecología y obstetricia de Ludmir AG. Editorial CONCYTEC. 1° Edición. Lima. 1996; 521-27.
- (8) Kaser RO, Ikle FA, Hirsch HA, et al. Atlas der Gynakologischem Operationen. 4° edition. Editorial Toray. Germany.1996; 81-5

- (9) Niswander RK, Niswander EA. Manual of Obstetrics. 5° edición. Editorial Little Brown. 1996; 427-28.
- (10) Ruiz AL. Concise Medical Dictionary de Oxford University Press. 2° edición Editorial Teide. Barcelona. Reimpresión 1995; 103-05
- (11) Schawrcz RL, Duverges CA, Díaz GA, et al. Obstetricia. 5° Edición. Editorial el Ateneo. Argentina. 1995; 343-44.
- (12) Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Protocolos del servicios de ginecología y obstetricia. Manual. Lima. 1998; 46-51.
- (13) Tacuri CC. Historia de la Cesárea. Toko-ginecología practica. artículo de revisión. 1997; 56(5) 224-8.
- (14) Answorth JR. Medicina basada en pruebas y Aplicaciones Clínicas. Clínicas de Norteamérica de Obstetricia y Ginecología. 1998; 2: 43-51.
- (15) Hervás AJ. Actuación Obstétrica en la cesárea Anterior. Clínica e investigación en ginecología y obstetricia. 1998; 25(5): 27-34.
- (16) Impey FT. First delivery after Cesarean delivery for strictly defined cephalopelvic. American Journal Of Obstetrics And Gynecology. 1998; 92(5): 43-52.
- (17) Belizán JT. Rates and implications of caesarean sections in Latin America: ecological study. British Medical Journal. 1999; 319 (11): 66-73.
- (18) Naveda AF. Factibilidad de parto vaginal en pacientes con antecedentes de dos o más cesáreas. Toko-Ginecología Practica. 1999; 58(5): 225-30.

- (19) Hervás AJ. Resultado Perinatal en la cesárea anterior. Tokoginecología Práctica. 1999; 58(5): 231-34.
- (20) Martínez AP. Evolución del parto en gestantes con Cesárea anterior. Clínica e Investigación en Ginecología Y Obstetricia. 1999; 26(10): 32-41.
- (21) Brumfield TC. Puerperal Infection after cesarean delivery. American Journal Of Obstetrics And Gynecology. 2000; 182(5): 13-8.
- (22) Clark SV. Is vaginal birth after cesarean less expensive than repeat cesarean delivery. American Journal Of Obstetrics And Gynecology. 2000; 182(5): 33-42.
- (23) Acosta JM. Parto Vaginal posterior a Cesárea. Ginecología y Obstetricia. 1995; 42(41): 70-5.
- (24) Bazul AY. Manejo de la gestante con una Cesárea Previa. Ginecología y Obstetricia. 1995; 41: 76-82.
- (25) Pérez MA. Porvenir obstétrico de la cesareada anterior en el Hospital Honorio Delgado de Arequipa. Tesis UNAS para optar el grado de Gineco-obstetra. 1995: 60-8
- (26) Scott JR. Evitación de trastornos del Parto , durante el Parto Vaginal posterior a cesárea. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. 1997; 3: 497-502.
- (27) Távara LO. Cesárea en el Perú: Presente y Futuro. Ginecología y Obstetricia. 1993; 15: 50-5

- (28) Mac Mahon MJ. Pato Vaginal después de Cesárea. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. 1998; 2: 341-8.
- (29) Flamm BI, Griger AM. Vaginal Birth After Cesarean Delivery: An Admission Scoring System. Obstetricia y Ginecología. 1997; 9:907-10.
- (30) Guleria KE, Ohall GI, Dhall KR. Pattern of Cervical Dilatation in Previous lower segment cesarean section patients. Journal Indian Medicine Association. 1997; 95(5): 131-4.
- (31) Canhey AB. Trial of labor after cesarean delivery: The effect of previous vaginal delivery. Am. J. Obstet. Ginecol. 1998. October: 938-41.
- (32) Iffath AH, Gómez JC. Correlation Between Maximun Cervical Dilation At Cesarean Delivery. Obstetrics & Gynecology. 1997.; 89(4): 591-3.
- (33) Rozemberg AP. Echographic measurement of the inferior uterine segment for assessing the risk of uterine rupture. Journal of Gynecology and Obstetrics. 1997; 26(5): 513-9.
- (34) Palacios JT, Peña RW. Incidencia de parto vaginal en cesareadas anteriores. XII Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología. Lima – Perú. 1996.
- (35) Calderón LL, Beteta CA, Calderón AG. Parto vaginal en cesareada anterior. XII Congreso peruano de Obstetricia y Ginecología. Lima – Perú. 2000.

- (36) Matzumura JM. Operación cesárea en el Hospital "La Valle". XII Congreso Peruano de obstetricia y Ginecología. Lima – Perú. 1996.
- (37) Ramírez RO. Epidemiología de la Cesárea en el Hospital Víctor Ramos Guardia. XII Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología. Lima – Perú. 1996.
- (38) Vargas LY. Operación Cesárea en el Instituto Materno Perinatal: Frecuencia, Indicaciones y Morbilidad Infecciosa. XII Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología. Lima – Perú. 1996.
- (39) Gonzáles WR, Donaire AF. Aspectos Epidemiológicos mas Importantes de la Cesárea en el HNGAI de Lima. XII Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología. Lima – Perú. 1996.
- (40) Geng AP. Análisis de las transferencias al HGAI y su repercusión en el porcentaje de cesáreas: 1994 – 1995. XII Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología. Lima – Perú. 1996.
- (41) Antonio AD. Operación cesárea en el C.S. Carlos Showing de Huanuco. Congreso Extraordinario de Obstetricia y Ginecología. Lima – Perú. 1997.
- (42) Shlomo MR, Yosef RR. Vaginal Delivery following one previous cesarean Birth: Nation wide Survey. Asia – Oceania. Journal Obstetrics & Gynecology. 1990; 16(1) 33-7.
- (43) Rodríguez EV. Parto Vaginal en una población de embarazadas con 2 o mas cesáreas anteriores. Obstetricia y Ginecología. Venezuela. 1998; 3(53): 159-63.

- (44) Guillen MA. Parto Vaginal en un Población de Embarazadas con 2 o mas Cesáreas Anteriores. Rev. Med. Domin. 1995; 1(56): 13-5.
- (45) Naveda MR. Factibilidad de Parto Vaginal en pacientes con Antecedentes de Cesárea. Tesis Universidad Central de Venezuela. Facultad de Medicina para obtener el grado de especialista en Obstetricia y Ginecología. Caracas. 1995: 19-23.
- (46) Ragnhild CE. Obstacles to reducing cesarean rates in a low cesarean setting: The effect of maternal age, height, and weight. Obstetrics & Gynecology. 1998; 92:501-6
- (47) Miller DA. Vaginal birth after cesarean: a 10 year experience. Obstetrics & Gynecology. 1994; 84(2): 255-8
- (48) Weiss PM. Does centralized monitoring affect. Perinatal outcome?. J. Matern. Fetal Med. 1997; 6(6): 317-9.
- (49) Boulvain AM. Trial of labor after cesarean section en sub Saharan Africa: a meta análisis. Br. J. Obstet. Gynecol. 1997; 104(12): 1385-90.
- (50) Artin JN. The case for trial of labor in the patient with a prior low segment vertical incision. Am. J. Obstet. Gynecol. 1997; 177(1): 144-8.
- (51) Turner MJ. Delivery after one previous cesarean section. Am. J. Obstet. Gynecolo. 1997; 176(4): 741-4.
- (52) Fraser WM. Randomized controlled trial of a prenatal vaginal birth after cesarean section education and support program. Am. J. Obstet. Gynecol. 1997; 176(2): 419-25.

- (53) Pacheco JP. Endometritis puerperal : Incidencia y factores de riesgo. Ginecología y Obstetricia. Abril 1998; 44(1): 54-60.
- (54) Chapmon SJ. Complications of third trimester the effect of prior cesarean delivery. Am. J. Obstet. Gynecol. 2000; 175(4): 889-92.
- (55) Narayan HD, Taylor DJ. El papel de la cesárea en partos muy prematuros. Toko Gin. Pract. 1995; 54(5): 230-1
- (56) Arraztoa VY. Conducción del parto en pacientes con cicatriz de cesárea anterior: estudio piloto. Rev. Clin. Obstet. Ginecol. 1994; 2 (59): 95-101.
- (57) Sciscione AC. Uterine rupture during preinduction cervical ripening with misoprostol in a patient with a previous cesarean delivery. Aust. N.Z.J. Gynecol. 1998; 38(1): 96-7.
- (58) Sarah VE, Morintosh MJ. Use of prostaglandins to induce labor in women with a cesarean section. Br. Med. J: Apr 1999; 318: 1056-8.
- (59) Agüero OM. Cesárea anterior y parto vaginal . Rev. Obstet. Gynecol. 1992. Venezuela; 3(52): 135-9.
- (60) Brenda LH. Neonatal morbidity after elective repeat cesarean section and trial of labor. Pediatric: 1997; 100: 348-53.
- (61) Merino MG. Algunas reflexiones personales sobre el fenómeno de la cesárea en la actualidad. Toko Gin. Pract. 1996. 55(6): 315-6.
- (62) Flint PT, Varner FW. Medicina basada en pruebas par hacer óptimos los resultados de la cesárea. Clínicas obstétricas y

ginecológicas. Gineco- obstetricia Psicosocial. Mc Graw Hill Interamericana. Mexico. 1997; 3: 505-10.

- (63) Verma RG. ACOG urges a cautious approach to vaginal birth after cesarean delivery. American family physician; Kansas city; Jun 15. 1999. <http://proquest.umi.com/pqdweb?TS>.
- (64) Walling AD. Cesarean vs. Vaginal delivery of infants in breech presentation. American Family Physician; Kansas city. Mar 1. 1999. <http://proquest.umi.com/pqdweb?TS>.
- (65) Oyarzeen EE. Alto riesgo obstétrico. Escuela de Medicina de la República de Chile. Edición html. feb.11 1999. <http://escuela.Med.puc.cl/departamento/Alto Riesgo/Cesárea anterior.html>.
- (66) Boyers SP, William GM. Elective repeat cesarean section versus trial of labor: Neonatologist's view. The Lancet; London. Jun. 17 1998. <http://proquest.umi.com/pqdweb?TS>.
- (67) Mejía EH, Bazul V, Meza L, Mascaro P. Infección Intrahospitalaria en Cesáreas de Emergencia . congreso Extraordinario de Obstetricia y Ginecología. Octubre 1997. Perú.

IX. ANEXOS

