
PRUEBA DE TRABAJO DE PARTO EN PACIENTES CON ANTECEDENTES DE CESAREA PREVIA

Dr. Alberto Gonzalo Romero, Dra. Ramona Verónica Arce, Dra. Stella Maris Lind, Dra. Claudia Roxana Bazán

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo de pacientes gestantes que tuvieron como antecedente una cesárea previa y fueron atendidas entre el 1º de Junio del 2002 y el 31 de Mayo del 2003, en el servicio de Tocoginecología del Hospital "Perrando-Castelán" de Resistencia (Chaco). Los datos se obtuvieron de los Libros de Registros Diarios de Partos del Informe Estadístico de Hospitalización de la Dirección de Estadísticas Sanitarias, dependiente del Ministerio de Salud Pública de la Provincia del Chaco. Se seleccionaron pacientes con gestación actual y antecedentes de una cesárea anterior. Creándose un universo de 547 pacientes en total. Se tomaron los siguientes factores como criterios de exclusión a prueba de trabajo de parto: 1) Presentación podálica, 2) Presentaciones distócicas, 3) Macrosomía fetal; 4) Malformaciones fetales, 5) Gestación múltiple, 6) Placentas oclusivas, 7) Distocia ósea materna, 8) Periodo intergenésico breve (menor de 6 meses), 9) Cicatriz uterina corporal.

Fueron sometidas a cesárea por indicación obstétrica absoluta según criterios de exclusión 68 (12%) pacientes, las restantes 479 (88%) pacientes fueron a prueba de trabajo de parto. Obteniéndose 376 partos vaginales (78%). Fallaron la prueba de trabajo de parto 103 (22%) pacientes, culminando su gestación por cesárea, las causas de indicaciones de cesáreas fueron sufrimiento fetal agudo (64%), falta de descenso y progresión del trabajo de parto (15%), cérvix desfavorable (5%), inminencia de rotura uterina (3%), deterioro de la salud fetal (3%), dilatación estacionaria (3%) y jornada fallida de inducción (3%).

Las complicaciones posparto vaginal fueron rotura uterina completa 2 (0,40%) y rotura uterina incompleta 3 (0,62%), de los dos casos de rotura uterina completa en uno de ellos se realizó histerectomía total simple y en los casos de rotura uterina incompleta se tuvo conducta expectante, con buena evolución en sus puerperios, valorando datos clínicos como ser: longitud de la solución de continuidad, estado hemodinámico y manifestaciones clínicas de las pacientes, para la conducta de laparotomizar.

No se registró mortalidad materno perinatal.

Palabras claves: cesárea anterior, prueba de trabajo de parto, rotura uterina.

SUMMARY

Was made a descriptive and retrospective study of pregnant patients who has as antecedent one prior cesarean and were looked between from 1st June 2002 to 30 May 2003, at Department of Obstetrician and Gynecology, "Perrando-Cautelan" Hospital, Resistencia, Chaco. The data were obtained from daily record books of childbirth of the Hospitalization Statistical Report of the Statistical Sanitary Direction, employee Public Health Ministry of the Chaco province. They were selected present pregnant patients and one prior cesarean from antecedent. Being created a universe of 547 patients altogether. They were the following factors like exclusion criteria: 1) Breech presentation, 2) Dystocic presentation 3) Fetal macrosomy, 4) Fetal malformations, 5) Multiple gestation, 6) Occlusive placenta, 7) Maternal bony dystocic, 8) Short period between delivery (smaller of 6 month), 9) Corporal uterine scar.

They were submit to cesarean by absolute obstetrical indication according to criteria of exclusion 68 (12%) patients, the remaining 479 (88%) patients they went at trial of labor. Obtaining 376 vaginal childbirth (78%). Failed at trial of labor 103 (22%) patient, culminated our gestation by cesarean, the indication causes to cesarean were: acute fetal suffering (64%), reduction and progression lack of labor (15%), unfavorable cervix (5%), imminent uterine breakage (3%), fetal health damage (3%), stationary dilation (3%) and unsuccessful induction (3%).

The complication vaginal postpartum were complete uterine breakage 2 (0,40%) and incomplete uterine breakage 3 (0,62%), of both cases of complete uterine breakage in one of them total simple hysterectomy was made and in the cases of incomplete uterine breakage expectant conduct was had, with good evolution in its peripheries, valuing clinical data like being: length of the solution of continuity, homodynamic state and clinical manifestations of the patients, for the conduct of laparotomy. and maternal mortality was not registered.

Key words: prior cesarean, trial of labor, uterine breakage.

INTRODUCCION

El manejo de la gestante con una cesárea previa es aún controversial, no existiendo hasta el momento un criterio universal y uniforme acerca de la mejor conducta a seguir en estos casos. Muchas son las variables que se manejan en la atención del final de la gestación, por esto no existiendo una normativa a la hora de indicar una operación cesárea, los criterios van a depender tanto del servicio donde se maneje como de las causas que se consideren para indicarla^(1,2,3). Esto condiciona que la tasa de cesáreas de repetición sea alta, pudiéndose evitar muchas de ellas con una prueba de trabajo de parto, que en la mayoría de casos lleva a un parto vaginal exitoso, evitando así el alto costo social y económico que conlleva el efectuar una nueva cesárea, disminuyendo los días de hospitalización y la morbilidad puerperal. Una historia de cesárea previa no constituye una indicación automática para una cesárea de repetición. La sentencia hecha por Craigin en 1916, de que "después de cesárea, siempre cesárea", actualmente permanece vigente sólo para un grupo pequeño de gestantes, ya que fue promulgada en una etapa de la medicina en la que no se realizaba en forma rutinaria incisiones en el segmento inferior y tampoco se contaba con el arsenal terapéutico actual. Por lo tanto, se hace necesaria una reevaluación de esta doctrina, ya que los riesgos de una cicatriz uterina, como son la mortalidad materna o fetal por rotura uterina, han disminuido drásticamente^(4,5,6).

El principal objetivo del presente trabajo fue investigar cual es la incidencia de pacientes con cesárea anterior sometidas a prueba de trabajo de parto y la incidencia de complicaciones obstétricas.

MATERIALES Y METODOS

El presente es un estudio descriptivo y retrospectivo de pacientes con gestación actual y antecedente de cesárea previa que fueron atendidas en el periodo comprendido entre el 1º de Junio del 2002 y el 31 de Mayo del 2003, en el servicio de Tocoginecología del Hospital Perrando-Castelán de Resistencia (Chaco), hospital único en la ciudad capital y referente de dicha provincia. Los datos se obtuvieron de los Libros de Registros Diarios de Partos del Informe Estadístico de Hospitalización de la Dirección de Estadísticas Sanitarias, dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia del Chaco. A su vez se realizó consulta bibliográfica en la Biblioteca del Hospital Perrando, CIB Chaco, y diversos web sites con información estadística confiable.

Se seleccionaron pacientes con gestación actual y antecedente de cesárea previa, y si-

guiendo la normativa del servicio para las indicaciones obstétricas absolutas de cesárea se tomaron los criterios de exclusión para la prueba de trabajo de parto:

1. Presentación podálica.
2. Presentaciones distócicas.
3. Macrosomía fetal.
4. Malformaciones fetales.
5. Gestación múltiple.
6. Placentas oclusivas.
7. Distocia ósea materna.
8. Periodo intergenésico breve (menor 6 meses).
9. Cicatriz uterina corporal.

Se investigo la incidencia de pacientes que terminaron su gestación por parto vaginal, y la incidencia y causas de cesárea en las pacientes que fallaron a la prueba de trabajo de parto. Además se evaluaron las complicaciones posparto vaginal.

RESULTADOS

En el periodo comprendido entre el 1º de Junio del 2002 al 31 de Mayo del 2003 se constato un número total de 6176 nacimientos, registrado en el Libro de Partos.

Como el presente estudio centra su objetivo en pacientes con gestación actual y antecedentes de cesárea previa, se creo un universo de 547 pacientes con dichas características, dando una incidencia del 8,85% del total de nacimientos.

68 (12 %) pacientes, son sometidas a segunda cesárea, ver Gráfico N° 1.

479 (88 %) pacientes fueron a "Prueba de Trabajo de Parto", obteniéndose 376 (78 %) partos vaginales y 103 (22 %) fallaron en la prueba de trabajo de parto culminando por cesárea abdominal; las indicaciones fueron:

- Sufrimiento fetal agudo (SFA): 61 casos (64%).
- Falta de descenso y progresión del trabajo de parto: 15 casos (15%).
- Cérvix desfavorable: 5 casos (5%).
- Inminencia de rotura uterina: 3 casos (3%).
- Deterioro de la salud fetal: 3 casos (3%).
- Dilatación estacionaria: 3 casos (3%).
- Jornada fallida de inducción: 3 casos (3%).
- Desprendimiento placentario: 1 caso (1%).
- Procidencia irreductible de cordón. 1 caso (1%).
- Tumor previo a la presentación: 1 caso (1%).
- Prueba de tolerancia a las contracciones (+): 1 caso (1%).

(De 6 –seis- pacientes no se hallaron datos registrados), ver Gráfico N° 2.

Las complicaciones posparto vaginal fueron: rotura uterina completa 2 casos (0,40 %) y rotura uterina incompleta 3 (0,62 %) casos, de los dos casos de rotura uterina completa en uno de ellos se realizó histerectomía total simple y en los casos de rotura uterina incompleta se tuvo conducta expectante con buena evolución en sus puerperios, valorando datos clínicos como ser: longitud de la solución de continuidad, estado hemodinámico y manifestaciones clínicas de las pacientes, para la conducta de laparotomizar.

En ninguno de los grupos (partos vaginales ni cesáreas abdominales) se registraron mortalidad materno perinatal.

DISCUSION

En la bibliografía consultada se pudo ver que las indicaciones para la realización de una cesárea abdominal no son tomadas de igual manera en distintos países, así como en un mismo país los diferentes servicios gineco-obstétricos difieren en su normativa al considerar una indicación de cesárea como absoluta o relativa, según criterios de inclusión y de exclusión para ser sometidas a una prueba de trabajo de parto^(1,3,7,8). La indicación de cesárea por cesárea anterior fue propuesta hace tiempo atrás cuando la incisión del útero era corporal, pero con el advenimiento de la cesárea segmentaria, se mejoró mucho el trofismo de la cicatriz uterina, tornándola así más resistente y con mayor posibilidad de soportar un parto por vía natural, y con un número reducido de complicaciones. De estas la más temida es la rotura uterina o la dehiscencia de la cicatriz de una cesárea anterior durante el parto vaginal^(9,10,11).

Pero esta mejora en la técnica, los métodos y los materiales, la convierten nuevamente en una tentativa de indicación, tal es el caso de algunos países quienes promulgan la cesárea abdominal en pacientes con antecedentes de cesárea previa. Actualmente en EEUU la incidencia promedio nacional llega al 25%, creciendo a un ritmo sostenido del 1% anual. Investigadores de EE. UU. sostienen que el aumento de la incidencia de cesáreas ha contribuido al descenso de la morbimortalidad fetal. Los investigadores de Dublín consideran que las mujeres de EE.UU. se están exponiendo a los riesgos de la cesárea sin reales beneficios de sus hijos. En Dublín, con 6% de incidencia de cesáreas, obtienen la misma incidencia de morbimortalidad fetal que en EE.UU. con 25%. Otros países con incidencias altas de cesáreas abdominales son: Brasil con un 35%, Chile entre un 25 a 33% y México con un 29%^(2,3,7,8). En estos países al igual que algunos servicios de este país, no se le permite a las pacientes con anteceden-

tes de cesáreas, intentar una prueba de trabajo de parto, manteniendo cifras de cesáreas superiores a la promulgada dentro del rango de incidencia del 8 al 18 %, que sería el rango normal fomentado por los diferentes organismos internacionales normatizadores^(1,4). Pero aún siendo este servicio uno de los que manejan los índices más bajos de cesáreas: 15%, existen según la bibliografía consultada otros servicios con números mucho más bajos de incidencia de cesárea, y con iguales cifras de morbimortalidad perinatal. Tal es el caso de Japón que reporta 8%, Bélgica 7%, Austria 7% y Suecia 7,8% de incidencia de cesárea^(2,3,7,8).

Pero es un dato a destacar que según la bibliografía con relación a estadísticas de "incidencia de partos vaginales con antecedente de cesárea previa" que van desde 15,5% hasta 78,0%, y tomando algunos datos de parámetros como ser EE.UU. con 60%, España 40 a 60%, Brasil menos el 44%. Queda demostrado en este trabajo el alto porcentaje de partos vaginales en pacientes con antecedentes de cesáreas previas, con una incidencia del 78% del total de pacientes que fueron sometidas a prueba de trabajo de parto, cifra por demás optimista. Presentándose un número muy reducido de complicaciones; 1,32% de rotura uterina. Inclusive con incidencias de complicaciones obstétricas menores que EE.UU. con 3,3% de roturas uterinas, que al no fomentar esta indicación tienen cifras más altas debido a la escasa experiencia que presentan en el manejo de las pruebas de trabajo de parto, argumentando y fomentando la cesárea como forma de disminuir la morbimortalidad materno perinatal^(12,13,14,15).

Así pudo verse que actuando sobre una de las indicaciones por la cual un embarazo termina en cesárea abdominal, que sería el antecedente de cesárea previa, puede lograrse una disminución de la incidencia de cesáreas abdominales. Además se debería evaluar los demás factores que llevan a la cesárea abdominal, ya sea por indicación obstétrica absoluta o por aquellas causas que hacen fallar la prueba de trabajo de parto, considerando que conductas favorecerían en la modificación de esta tendencia creciente en la incidencia de operación cesárea en los próximos años. Para esto se debería evaluar aquellos factores incluidos en los criterios de exclusión e inclusión para permitir una prueba de trabajo de parto a un número mayor de pacientes, lo mismo los factores que llevan a cesárea a las pacientes que se las somete a prueba de trabajo de parto como por ejemplo el elevado número de casos de sufrimiento fetal agudo que genera controversias en cuanto a la manera de diagnosticar el mismo con monitoreo electrónico,

dejando de lado la auscultación periódica sistemática, que con buena experiencia sería más fidedigna y evitaría el sobre diagnóstico por el cual un alto número de pacientes llevadas a prueba de trabajo de parto terminan en cesárea abdominal. El monitoreo electrónico ha contribuido a que se detecte el sufrimiento fetal en sus períodos iniciales; si ha generado aumento es difícil de evaluar. El diagnóstico de sufrimiento fetal por el monitoreo electrónico debe ser evidente, persistente y no desaparecer con tratamiento o ser confirmado con el pH fetal⁽⁴⁾.

Sobre la base de esto, la experiencia especializada es invaluable y debe servir para contribuir a dictar normas que pudieran ser adoptadas por otras instituciones de salud dedicadas a la misma especialidad.

"El incremento de la tasa de cesáreas más allá del límite de sus beneficios agrega morbilidad y costo y se transforma de solución en problema" de acuerdo a lo expresado en la Propuesta Normativa Perinatal⁽⁴⁾.

AGRADECIMIENTOS:

Al Dr. Claudiani por permitirnos realizar este trabajo en el servicio a su cargo.

A la Srta. Beatriz Sosa (Secretaria personal del Dr. Claudiani) por permitirnos acceder a los libros de partos archivados, para la realización de este trabajo.

A los médicos de planta y médicos residentes, por orientarnos en la estructuración de este trabajo y en la obtención de datos de importancia para el mismo.

A las parteras y personal de enfermería por la colaboración en la interpretación de datos de los libros de partos y cesáreas.

Y a todos los que de una forma u otra colaboraron para la realización del presente trabajo.

BIBLIOGRAFIA

1. Yui L, Bazul V. Manejo de la gestante con una cesárea previa. *Ginecología y Obstetricia Perú* 1995; 41(1): 76-82.
2. Mena P. Operación cesárea. En: Perez-Sanchez A, Donoso-Siña E. *Perez Sánchez – Obstetricia*. 2ª ed. Santiago-Chile: Mediterráneo; 1996; 27: 290-300.
3. Muñoz-Alcaide C, Sagalá-Martín J, Sánchez-Durán M, Somoza-Acuña J. Cesárea. En: Cebero-Rovra L,

- Cerqueira-Dapena MJ, Carreras-Moratonas E, Casellas-Caro M, Farrán-Codina I, López-Gil M y col. *Protocolo de medicina materno – fetal (perinatología)*. 2ª Ed. Madrid: Ergón, 2000: 267–270.
4. Atención del parto de riesgo. Período expulsivo patológico. En: *Propuesta de normativa Perinatal*. Tomo IV. Dirección de Salud Materno-infantil. Ministerio de Acción Social de la Nación. República Argentina. Aprobado por resolución n° 124 (SS) del 31 de Octubre de 1997.46-58.
 5. Sims EJ, Newman RB, Hulsey TC. Vaginal birth after cesarean: to induce or not to induce. *Am J Obstet Gynecol*. 2001 May; 184(6): 1122-4.
 6. Blanchette H, Blanchette M, McCabe J, Vincent S. Is vaginal birth after cesarean safe? Experience at a community hospital. *Am J Obstet Gynecol*. 2001 Jun; 184(7): 1478-84; discussion 1484-7.
 7. Arauzo-Chuco G. Incidencia e indicaciones de cesárea en el Hospital de Tinco María. *Ginecología y Obstetricia Perú* 1994; 39(17): 73-77.
 8. Alcantara-Galarreta R, Alcantara-Ascor R, Ingul W, Costa R, Zavalata F. Operación cesárea: frecuencia, indicaciones y morbilidad materna y perinatal. Estudio prospectivo. *Ginecología y Obstetricia Perú* 1995; 41(1): 63-69.
 9. Acosta M, Cruz V, Calero A. Parto vaginal posterior a cesárea. *Ginecología y Obstetricia Perú* 1995; 41(1): 70-75.
 10. Yap OW, Kim ES, Laros RK Jr. Maternal and neonatal outcomes after uterine rupture in labor. *Am J Obstet Gynecol*. 2001 Jun; 184(7): 1576-81.
 11. Douglas RG, Birnbaum SJ, MacDonald FA. Pregnancy and labor following cesarean section. *IS J Obstet Gynecol* 1963; 86:961-971?
 12. Martin JN Jr, Harris BA Jr, Huddlestone JF, et al. Vaginal delivery following previous cesarean birth. *Am J Obstet Gynecol* 1983; 146:255-263.
 13. Phelan JP, Clark SL, Diaz F, Paul RH. Vaginal birth after cesarean. *Am J Obstet Gynecol* 1987; 157:1510-1515.
 14. Rosen MG, Dickinson JC, Westhoff CL. Vaginal birth after cesarean: a meta-analysis of morbidity and mortality. *Obstet Gynecol* 1991; 77:465-470.
 15. Scott JR. Mandatory trial of labor after cesarean delivery: an alternative viewpoint. *Obstet Gynecol* 1991; 77:811-814.
 16. Farmer RM, Kirschbaum T, Potter D, Strong TH, Medearis AL. Uterine rupture during trial of labor after previous cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 1991; 165:996-1001.
 17. Rageth JC, Juzi C, Grossenbacher H. Delivery after previous cesarean: a risk evaluation. *Obstet Gynecol* 1999; 93:332-337.
 18. McMahon MJ, Luther ER, Bowes WA Jr, Olshan AF. Comparison of a trial of labor with an elective second cesarean section. *N Engl J Med* 1996; 335:689-695.
 19. Leung AS, Leung EK, Paul RH. Uterine rupture after previous cesarean delivery: maternal and fetal consequences. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 169:945-950.

GRAFICO Nº 1

Causas de Indicaciones Absolutas de Cesáreas

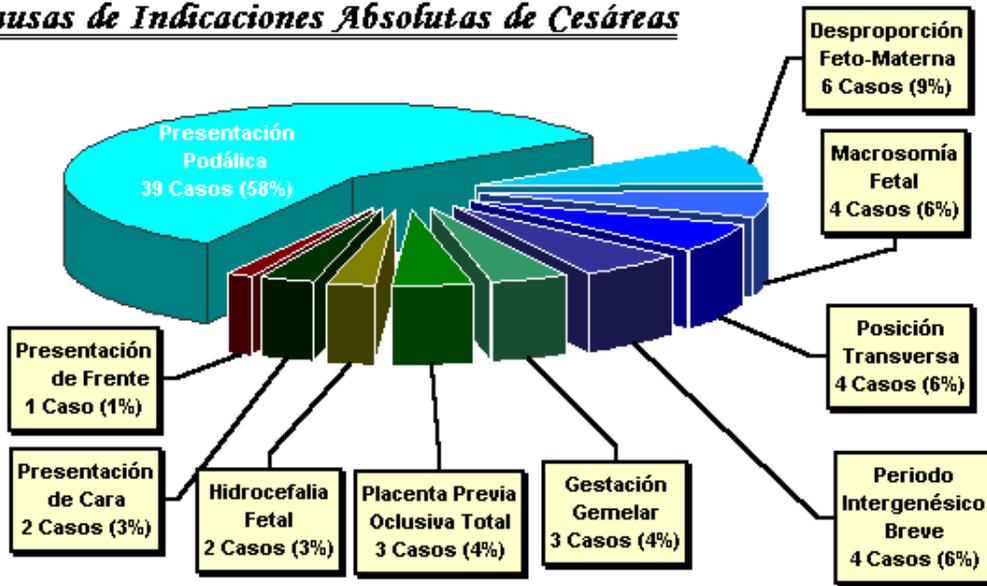
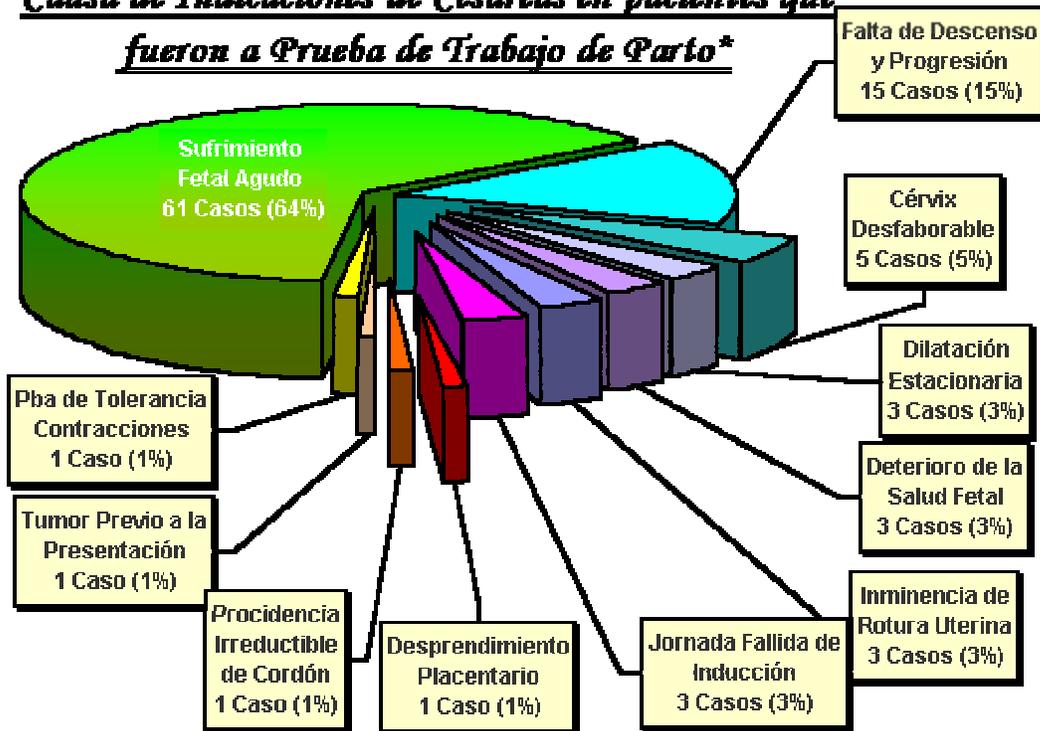


GRAFICO Nº 2.

Causa de Indicaciones de Cesáreas en pacientes que fueron a Prueba de Trabajo de Parto*



(De 6 –seis- pacientes no se hallaron datos registrados).