

Revista de la Facultad de Medicina

Volumen
Volume **46**

Número
Number **1**

Enero-Febrero
January-February **2003**

Artículo:




Parto vaginal en pacientes con antecedente de una cesárea previa

Derechos reservados, Copyright © 2003:
Facultad de Medicina, UNAM

Otras secciones de
este sitio:

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

*Others sections in
this web site:*

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)

Artículo original

Parto vaginal en pacientes con antecedente de una cesárea previaRodrigo Sánchez G,¹ Hantz I Ortiz O,² Alberto Chávez M³¹ Residente de 4º año de Ginecología y Obstetricia.² Profesor adjunto del Curso de Ginecología y Obstetricia.³ Profesor Titular del Curso de Ginecología y Obstetricia.

Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro. ISSSTE. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Medicina.

Resumen

En México como en otros países, se ha visto un incremento importante en los nacimientos por cesárea, siendo esta última una importante causa de morbilidad materna. En Estados Unidos de América, la cesárea constituye el procedimiento quirúrgico más efectuado, al grado que por cada cuatro nacimientos, uno es por cesárea. En un estudio publicado en agosto de 1996 reportan un incremento alarmante siendo la tasa de cesáreas de 5.5% en 1970 al 22.8% en 1988.

Palabras clave: *Cesárea, parto.***Summary**

In Mexico as in other countries, there has been a significant increase in the number of births by caesarean section, which constitutes an important cause of maternal morbidity. In the USA, caesarean sections are the most performed surgical procedure, and nowadays 1 in 4 births is by caesarean section. A large plurinstitutional public study in August 1996 reports an alarming increase in the number of caesarean births from 5.5% in 1970 to 22.8% in 1988.

Key words: *Delivery, cesarean section.***I. Problema**

Determinar las características de las pacientes con mayor probabilidad para el éxito de parto vaginal con embarazo de término y el antecedente de una cesárea previa, dependiendo de la indicación de la cesárea previa y las características de la paciente a su ingreso a la unidad hospitalaria.

II. Antecedentes

En México como en otros países, se ha visto un incremento importante en los nacimientos por cesárea, siendo esta última una importante causa de morbilidad materna. En Estados Unidos de América, la cesárea constituye el procedimiento

quirúrgico más efectuado, al grado que por cada cuatro nacimientos, uno es por cesárea. En un estudio publicado en agosto de 1996 se reporta un incremento alarmante de la tasa de cesáreas, de 5.5 en 1970, a 22.8% en 1988.

El problema actual es que muchos obstetras temen someter a la paciente con cesárea previa al estrés uterino y perineal de un parto vaginal. En algunas instituciones de todo el mundo, se ha tomado la conducta de someter a estas pacientes al trabajo de parto normal con resultados exitosos: se ha visto una evolución similar a las pacientes nulíparas, de tal forma que en cuanto a dilatación con respecto al tiempo siguen las tendencias de las curvas de Friedman.

Hay un factor digno de considerar: la indicación de la cesárea previa. Cuando la causa fue: sufrimiento fetal agudo (SFA), el éxito de parto vaginal es de 71 a 92%; por embarazo gemelar de 72%; si fue por presentación pélvica de 84 a 91%; por falta de progresión en el trabajo de parto de 33 a 78%. En los casos reportados de cesárea previa indicada por distocia, ya sea desproporción cefalopélvica o falta de progresión en el trabajo de parto, la tasa de éxito en parto vaginal disminuye. Una conclusión importante es que el parto vaginal en pacientes con cesárea previa no aumenta la mortalidad materna ni fetal.

Existen contraindicaciones absolutas para que se lleve a cabo el parto vaginal en pacientes con cesárea previa, tales como: incisión clásica o corporal uterina, dehiscencia de cicatriz uterina previa, y las llamadas contraindicaciones relativas que incluye sufrimiento fetal, falta de progreso en el trabajo de parto, retardo en el crecimiento intrauterino, productos pretérmino, macrosomía fetal, embarazo múltiple, desconocimiento del sitio de incisión uterina previa entre otras.

En pacientes sometidas a parto que cuentan con el antecedente de una o más cesáreas previas, existe el riesgo de ruptura uterina; sin embargo la ocurrencia de ésta, es en la minoría de los casos. Se han encontrado rupturas completas, incompletas y sólo dehiscencia parcial de la cicatriz uterina previa. Pero la incidencia va de 0.07% a 2.6%. En los productos de pacientes con parto vaginal y antecedente de cesárea previa, no se han visto complicaciones significativas.^{6,8,11}

Los costos institucionales son mayores cuando el nacimiento es por cesárea que cuando es por parto vaginal;¹² se reporta una disminución en costos desde \$12,700.00 hasta \$43,100.00 pesos por cada parto vaginal en pacientes con cesárea previa.¹⁴ En nuestra institución, una de cada tres mujeres con cesárea previa son sometidas a trabajo de parto vaginal.

III. Justificación

La incidencia de cesáreas en el hospital "Dr. Darío Fernández Fierro" se incrementó en los últimos 15 años, del 41.6% en 1996 al 45% entre 1997 y 1998, lo cual se encuentra por arriba de lo aceptado en hospitales de segundo nivel de atención que es de 15%, según la "Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, referente a la Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio".

El objetivo de este estudio, es establecer los parámetros que permitan dar una probabilidad de parto vaginal en aquellas pacientes con el antecedente de una cesárea previa, que acudan a la atención del parto con embarazo de término, y sin aumentar los riesgos ni las complicaciones maternas ni fetales.

IV. Material y métodos

Se revisaron los expedientes de las pacientes que fueron candidatas a trabajo de parto y que tenían antecedente de una cesárea previa, obteniendo datos del embarazo, antecedentes gineco-obstétricos y datos clínicos a su ingreso.

Criterios de inclusión: pacientes que ingresaron a la unidad toco-quirúrgica entre julio y diciembre de 1999, con antecedente de una cesárea previa, embarazo de término y que fueron sometidas a trabajo de parto.

Criterios de exclusión: Cesárea programada, dos o más cesáreas previas, embarazo menor a 37 semanas de gestación, embarazo múltiple, urgencia de interrupción del embarazo por compromiso materno, fetal o ambos.

Se obtuvieron datos de los expedientes tales como: edad materna, semanas de gestación, dilatación a su ingreso, borramiento, altura de la presentación, estado de las membranas y enfermedades concomitantes; uso o no de oxitócicos, tiempo entre el ingreso y el nacimiento, vía final del embarazo ya sea parto vaginal o cesárea y datos del recién nacido.

Los resultados fueron analizados estadísticamente buscando correlación de las variables dividiendo los grupos en: 1) parto vaginal y 2) cesárea por segunda ocasión.

Resultados

Se consideraron 55 pacientes que cumplían los criterios de inclusión con edades entre 19 y 42 años de edad con una media de 28.76 años, se dividieron por grupos de edad entre

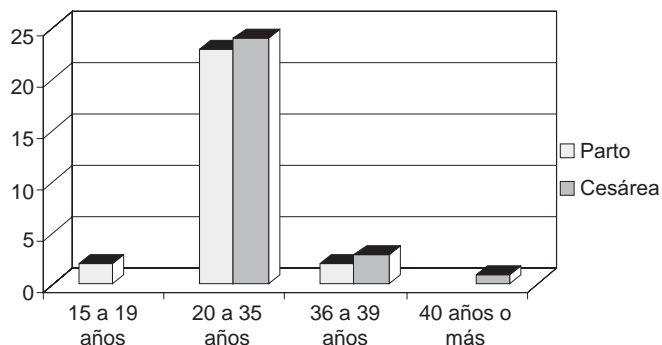
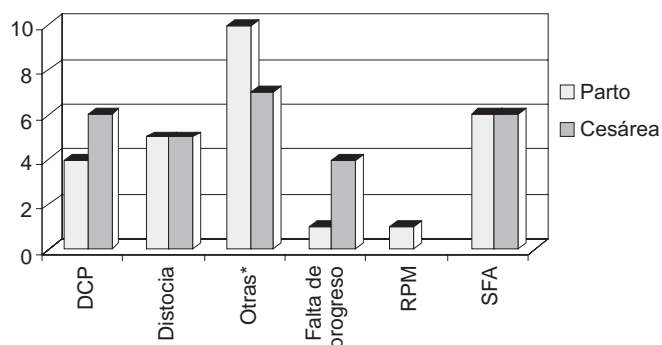


Figura 1. Grupos de edad y vía de nacimiento.



* Otras causas incluye placenta previa, preeclampsia, infección materna, macrosomía fetal, embarazo múltiple.

Figura 2. Relación de causas de cesárea previa y vía de nacimiento final.

15 a 19 años, de 20 a 35 años, de 36 a 39 años y mayores de 40 años (figura 1) en donde no se encontró diferencia significativa. El promedio de gestas fue de 2.67 siendo la máxima de 8 y la mínima de 2; con antecedente de partos por vía vaginal desde cero hasta 6 y con un tiempo de cesárea previa desde 12 meses hasta más de 60. Todos los embarazos fueron entre 37 y 42 semanas de gestación. Se sometieron a trabajo de parto bajo vigilancia estricta entre una y 36 horas con un promedio de 7.51 horas en la unidad toco-quirúrgica; se utilizó oxitocina en 17 casos (30.9%); de todas las pacientes, 27 (49.1%) tuvieron parto por vía vaginal y 28 (50.9%) fueron sometidas a una segunda cesárea.

Las causas de la cesárea previa fueron: sufrimiento fetal agudo (SFA) en 12 casos, desproporción céfalo-pélvica (DCP) en 10 casos, y distocia de presentación fetal en 10 casos, entre las que se incluye la presentación pélvica. Las otras causas de cesárea entre las que se incluyen las pacientes que ignoraban la indicación de la cesárea previa se encontraron en 8 casos (figura 2).

Las causas con menor frecuencia fueron: falta de progreso en el trabajo de parto, preeclampsia, embarazo prolongado,

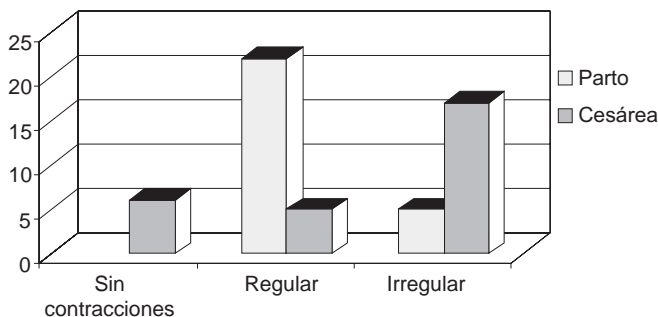


Figura 3. Actividad uterina al ingreso y vía de nacimiento $p < 0.01$.

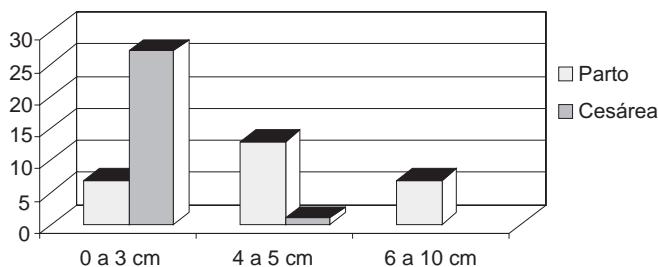


Figura 4. Dilatación cervical al ingreso y vía de nacimiento $p < 0.01$ en dilatación menor de 3 cm con modificaciones cervicales en su mayoría, en aquellas en que se utilizó oxitocina, se vio un efecto favorable de la misma para el parto vaginal.

placenta previa, embarazo múltiple, macrosomía fetal, producto pretérmino, y ruptura prematura de las membranas (RPM).

En las pacientes que fueron sometidas a una segunda cesárea, las indicaciones fueron: periodo intergenésico corto en 11 casos, dolor en segmento uterino en cuatro, DCP en tres casos, SFA en tres, preeclampsia leve en dos casos, y un solo caso cada una: cesárea previa, falta de progreso en el trabajo de parto, macrosomía fetal, embarazo prolongado y RPM.

Relacionando las variables, las pacientes que tuvieron un parto vaginal sin dificultades, fueron las que al ingreso tenían actividad uterina regular.

Aquellas pacientes con dilatación mayor a 4 cm y actividad uterina regular tuvieron mayor cantidad de partos que aquellas que al ingreso no tenían modificaciones cervicales o que tenían actividad uterina irregular o nula.

Conclusiones

Los datos obtenidos muestran que es mejor para las pacientes ingresar a la unidad tocoquirúrgica con actividad uterina regular y modificaciones cervicales, para tener mayor posibilidad de un parto natural o vaginal.

En pacientes que tienen el antecedente de una cesárea previa, se recomienda dejar evolucionar el trabajo hasta obtener modificaciones cervicales de 4 cm de dilatación o

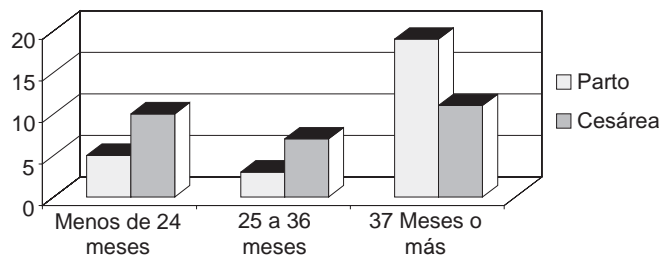


Figura 5. Tiempo de cesárea previa en meses y vía de nacimiento. No se encontró diferencia significativa.

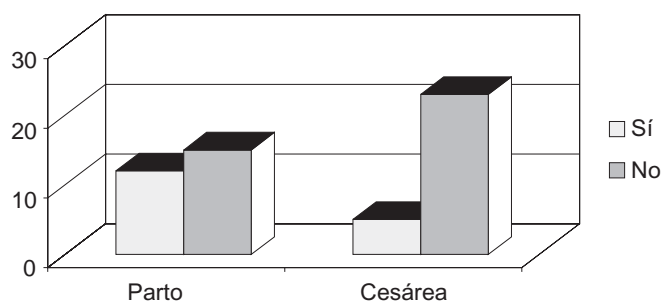


Figura 6. Uso de oxitocina para conducción del trabajo de parto en pacientes con cesárea previa.

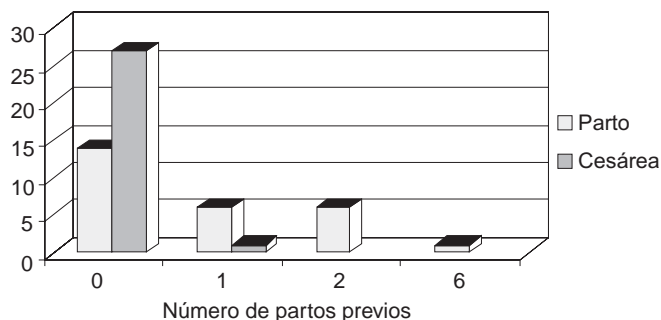


Figura 7. Partos previos y vía de nacimiento, la cual sí presentó diferencia significativa.

más siempre y cuando no se encuentre alguna indicación para apresurar el parto o que se exponga la vida de la madre o del producto.

La indicación de cesárea previa por periodo intergenésico corto (PIC) no debe considerarse, ya que no se encontró relación con el tiempo de cesárea previa y la evolución al parto natural (figura 5), lo cual concuerda con lo mencionado por otros autores.^{3,5-8,12}

El uso de oxitocina no está contraindicado en estas pacientes siempre y cuando se vigile adecuadamente el trabajo de parto (figura 6).

Las pacientes con mayor número de partos previos a la cesárea, tienen mayores posibilidades de tener éxito en el parto vaginal por lo que deberán ser orientadas previamente (figura 7).

La comunicación con la paciente desde antes del nacimiento en la consulta prenatal es muy importante, explicándole las ventajas del mismo tanto para la madre como para el producto. Esta conducta disminuirá las tasas elevadas de cesárea y evitará operaciones innecesarias.

Referencias

1. Porreco, Richard P. Clinical opinion. The cesarean birth epidemic: trends, causes and solutions. *Am J Obst Gynecol* 175: (2), 369-374.
2. Paul RH, Miller DA. Cesarean birth: How to reduce the rate. *Am J of Obst and Gynecol* 1995; 172: 1903-11.
3. Harlass FE, Duff P. The duration of labor in primigravides undergoing vaginal birth after cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 1990; 75: 45-47.
4. Gregory KD, Henry OA, Gellens AJ. Repeat cesareans: How many are elective? *Obstet Gynecol* 1994; 84: 574-8.
5. Miller DA, Diaz FG, Paul RH. Vaginal birth after cesarean: A 10 year experience. *Obstet Gynecol* 1994; 84: 255-8.
6. Silver R, Gibbs R. Predictor of vaginal delivery in patients with a previous cesarean section, who requires oxytocin. *Am J Obst and Gynecol* 1987; 156: 57-60.
7. Phelan JP, Clarks SL, Diaz F. Vaginal birth after cesarean. *Am J Obstet and Gynecol* 1987; 157: 1510-5.
8. Stovall TG, Shaver DC, Solomon SK. Trial of labor in previous cesarean section patients, excluding classical cesarean section. *Obstet Gynecol* 1987; 70: 713-7.
9. Flamm BL, Goings JR, Fuelberth NJ. Oxytocin during labor after previous cesarean section: Results of a multicenter study. *Obst Gynecol* 1987; 70: 709-12.
10. Saldaña LR, Schulman H, Reuss L. Management of pregnancy after cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 1979; 135: 555-61.
11. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993. Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

Noticias destacadas de la Facultad de Medicina, UNAM

Octubre 2002

Durante la visita del rector Juan Ramón de la Fuente a la Unidad de Medicina Experimental de la FM, la calificó como un gran proyecto educativo, un componente en ciencia básica y potencial de aplicación clínica.

Lourdes Rivas Ayala, estudiante de la Facultad de Medicina, fue galardonada por su labor en la comunidad Valle de Vázquez, municipio de Tlaquitenango, en el Estado de México, junto con 82 jóvenes más, con el Premio Servicio Social "Dr. Gustavo Baz 2002".

Con el trabajo de ingreso titulado "La educación médica en el 2002... y más allá", el doctor Alejandro Cravioto, director de la Facultad de Medicina, fue acreditado con diploma y venera, impuesta por Miguel de la Madrid, presidente ejecutivo del Instituto Mexicano de Cultura, como miembro de número de la Academia de Ciencias Médicas perteneciente a dicho instituto.

Con la finalidad de celebrar cada año, a partir de éste, durante octubre, el mes de la salud sexual y reproductiva, se llevó a cabo la Feria Universitaria de Salud Sexual y Reproductiva en la explanada de la Facultad de Medicina.

Noviembre 2002

Con motivo del Día del Médico, el pasado 23 de octubre se llevó a cabo una ceremonia en el auditorio "Manuel Velasco Suárez" del Hospital Juárez de México, encabezada por el presidente de la República, Vicente Fox, y el secretario de Salud, Julio Frenk, en la que además de presentar la Carta de

los Derechos Generales de los Médicos, también se galardonó al doctor Fernando Ortiz Monasterio con el reconocimiento al Mérito Médico 2002.

El doctor Horacio Jinich presentó la segunda edición de su libro *El paciente y su médico*, el cual es resultado de 50 años de experiencia tanto biomédica como cultural del autor.

En el mes de octubre se realizó, en Puerto Vallarta, el Tercer Simposio sobre *Escherichia coli* Enteropatógena, durante cuatro días, donde se reunieron 120 investigadores de 14 países para presentar los más recientes avances sobre la bacteria anaerobia facultativa más común de la microbiota intestinal.

Con motivo de la presentación de la cátedra "Jacques Monod", la Facultad de Medicina recibió a los doctores Jean Paul Emeriau y Jean-Marie Caillé, provenientes de la Universidad de Burdeos en Francia.

La Asociación Mexicana de Cirugía General celebró su XXVI Congreso Nacional en Acapulco, Guerrero, del 27 de octubre al 1º de noviembre, y en homenaje al doctor Manuel Quijano Narezo le puso su nombre al congreso.

Una expresión de los sentimientos de los niños por medio del arte, es lo que mostró la exposición pictórica *Los niños y el arte*, del taller de pintura de la maestra Olivia Rivera Grande, en el vestíbulo del auditorio principal de la Facultad de Medicina del 11 al 22 de noviembre con 24 trabajos de niños de diferentes edades.

El doctor Jan van Dalen, destacado investigador de la Escuela de Medicina de la Universidad de Maastricht, Holanda, visitó la Facultad de Medicina para impartir la conferencia *Teaching and assessing communication skills* el día 4 de noviembre en el auditorio "Dr. Fernando Ocaranza"