



Uno de los principales intereses de la obstetricia moderna analizado en múltiples publicaciones médicas es la posibilidad de permitir a las pacientes con antecedente de cesárea previa el trabajo de parto y parto.

El tema tiene connotaciones de orden preventivo que afectan directamente la morbilidad de la madre y el feto debido al incremento de las posibilidades de alteraciones en la implantación placentaria que se ven aumentadas de forma gradual en relación con el número de cesáreas previas.

La proporción de casos de alteraciones en la implantación placentaria, ya sea de zona (placenta previa) o de penetración (acretismo) es una de las causas más frecuentes de morbilidad y mortalidad materna por hemorragia. Como de todos es sabido la realización de esta cirugía en todo el mundo pero, sobre todo en nuestro país, ha ido en aumento sin aparente justificación. En este número de GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MEXICO se publica un artículo que se refiere a los factores asociados con la posibilidad de tener un parto después de una cesárea y de ellos destacan la edad materna, el peso de los fetos, el antecedente de parto previo y el inicio de trabajo de parto espontáneo.

A pesar de que no se otorga un peso específico a estos factores, en opinión del editor el inicio espontáneo del trabajo de parto y el antecedente de un parto previo parecen ser los factores de trascendencia más importantes para que una paciente con cesárea previa tenga un parto ulterior.

El inicio natural del trabajo de parto da oportunidad a que la paciente acuda al médico o al servicio de labor con condiciones cervicales más adecuadas y con la posibilidad de tener la culminación del embarazo por vía vaginal en

un tiempo sensiblemente más corto en cuanto a estancia hospitalaria se refiere, que si se efectúa una inducción. El antecedente de parto previo se asocia con factores que promueven un primer periodo más dinámico y menos duradero.

Lo anterior no soslaya, como mencionan los autores, las otras dos variables (peso del feto y edad materna) pero en condiciones de igualdad de circunstancias paralelas estas dos últimas pueden tener menor peso específico en el resultado final.

En general el tema es discutible desde otros puntos de vista porque entran en controversia algunos aspectos médicos y sociales que pueden modificar la vía de culminación del embarazo en pacientes con cesárea previa, por ejemplo los deseos de la paciente, la pretensión de más embarazos o no, etc.

Este es un tema que seguirá discutiéndose y debatiéndose pero es indudable que los riesgos se verían minimizados si la incidencia de la primera cesárea se reduce por lo que hospitales, clínicas y los mismos médicos deberíamos ser más acuciosos en las indicaciones de la primera cesárea cuyas metas se han tasado en alrededor de un 15 a 20% , lo que se ubica en menos de la mitad a tres cuartas partes de las cirugías que se realizan ahora.

Es de esperarse que al disminuir el número de cesáreas se reduzcan de manera proporcional los casos de hemorragia obstétrica asociados con alteraciones en la implantación placentaria y esto contribuya de forma directa a la baja de casos de mortalidad materna , por eso, como se mencionó al inicio de este editorial, este artículo tiene connotaciones preventivas que pueden deducirse de su lectura.