

CARTA AL DIRECTOR

Parto en cesareadas. Un paso adelante

Dr. Pedro Borges Echevarría¹
MSc. Dra. Mayra Marrero Cárdenas²
MSc. Dr. José Antonio Gonzáles Acosta³

RESUMEN

El tema parto en cesareadas es controversial a nivel mundial; en el presente artículo se plantean cuestiones relacionadas con tan importante procedimiento para evitar una intervención quirúrgica con sus posibles complicaciones. Los momentos actuales nos hacen pensar aún más en las ventajas del parto en mujeres con cesárea anterior y que cumplan con los requisitos y las condiciones materiales y humanas para su realización.

DeCS:

PARTO VAGINAL DESPUES DE
CESAREA

SUMMARY

The issue of vaginal birth after cesarean is controversial worldwide. Some issues concerning this important procedure are analyzed in this article in order to avoid surgery with its possible complications. The current times lead us to consider even more the benefits of labor in those women who have undergone a previous cesarean section and who comply with the requirements and have the material and human conditions for its implementation.

MeSH:

VAGINAL BIRTH AFTER CESAREAN

Sr. Director:

El tema parto en cesareadas es controversial a nivel mundial (así se plantea en un estudio de parto en embarazos gemelares con antecedentes de cesárea)¹ y se refiere al hecho de que una mujer con cesárea anterior tenga su próximo parto por vía vaginal, lo que es posible y evita muchas de las complicaciones de la intervención quirúrgica.

Se plantea que el riesgo de rotura uterina es mayor en las mujeres de parto normal con antecedentes de cesárea que en las que se realiza un segundo parto por cesárea;² los autores de este artículo no coinciden con este planteamiento ya que si se aplican correctamente los criterios de inclusión y exclusión los resultados pueden ser otros, como se pudo demostrar durante un análisis del comportamiento de las cesareadas con parto vaginal realizado

desde agosto de 2005 hasta abril de 2007 en la República de Eritrea, donde se comprobó que de 147 partos vaginales después de la cesárea, con la utilización del vacuom de silicona, en ninguno hubo rotura uterina.

Kopitowski observó una alta tasa global de cesáreas en el mundo y en Latinoamérica y se preguntó si es adecuado intentar un parto vaginal luego de haber tenido una cesárea previa y, en caso de ser así, cuál sería el intervalo intergestósico adecuado; usó una estrategia de búsqueda y seleccionó la mejor evidencia hallada para intentar responder estas preguntas.³ Se entienden y reafirman la necesidad de disminuir el índice de cesáreas a nivel mundial, nacional y territorial, por las probabilidades de complicaciones quirúrgicas y que las pacientes deben ser valoradas clínicamente y no tomar la conducta de una cesárea solo por el hecho de ser cesareadas anteriormente. El período entre un embarazo y otro debe ser el mismo para todas, o sea, de dos años o más, nunca menor de este tiempo.

Evaluar la seguridad del parto instrumental en gestantes a término con antecedente de cesárea segmentaria en trabajo de parto fue el objetivo de un estudio descriptivo, transversal y correlacional realizado en 2005 en la Maternidad "Concepción Palacios" de Caracas con una duración de ocho meses en 40 pacientes que iniciaron trabajo de parto espontáneamente; se atendieron mediante parto vaginal instrumental -si la indicación de la cesárea previa no persistía- y se evaluaron el intervalo interparto y el grosor del segmento uterino. Tres pacientes presentaron dehiscencia del segmento uterino, dos con intervalo interparto mayor a 18 meses, sin significación estadística. Hubo diferencias estadísticas significativas en cuanto al grosor del segmento, la dosis total de oxitócico y el tiempo del trabajo de parto. Después de los 12 meses de cesárea segmentaria el parto instrumental es recomendable en pacientes seleccionadas.⁴ Se considera que a las pacientes con cesáreas previas no se les debe instrumentar con fórceps o espátula, ni utilizar oxitocina para la inducción del parto o para el tratamiento de la hipodinamia, además es importante tener en cuenta el período intergenésico de dos años o más.

Se realizó un estudio de corte transversal retrospectivo en gestantes cesareadas y su segundo parto: de un total de 1 746 el 58.1% tuvo un parto vaginal y los factores asociados a esto fueron la edad materna y la rotura prematura de la membrana, entre otros;⁵ es importante destacar que más del 50% de las pacientes tuvo su parto vaginal sin complicaciones. Fueron analizados los criterios de exclusión entre los que se encontraron la rotura prematura de la membrana, la cesárea en un tiempo menor de 12 meses, la macrosomía fetal y el embarazo gemelar, entre otros.⁶

Es necesario tener presente los factores de riesgo de la rotura uterina, por lo que se realizó un estudio para su prevención con el uso de la histeroscopia y el ultrasonido para evaluar la calidad de la cicatriz uterina y establecer criterios de exclusión para el parto vaginal.⁷

En Cuba, por primera vez se trabaja sobre este controvertido tema en 1995 y, desde esa fecha, funciona en el Hospital Universitario Gineco-Obstétrico "Clodomira Acosta Ferrales" una Consulta Especializada de Cesárea, en la que se seleccionan los casos con el antecedente de haberse realizado una operación cesárea con las condiciones requeridas para intentar el parto transpélvico. Se muestran en este trabajo los primeros resultados de esta consulta, que incluyen la satisfacción de los primeros partos vaginales después de cesárea que se logran de forma programada en Cuba, así como un análisis de los aspectos que impidieron un mayor número de casos en esta primera etapa de trabajo.⁸ Este trabajo revoluciona el concepto que hasta ahora prevalece entre los GOT y la población y consideramos que, de aplicarse en todo el país, se reducirían notablemente los índices de cesáreas y los costos hospitalarios.

Roberto Vergara Reina y colaboradores realizaron un estudio en 129 gestantes con cesárea anterior que acudieron al Hospital de la Gonaïves, Haití, durante los años 1999 y 2000 -se descartaron aquellas que según criterio especializado no debían someterse al trabajo de parto-, a todas se les consultó la disposición para participar en el estudio, 11 se negaron y se seleccionaron 95, de las que 70 tuvieron un parto transpélvico; al resto se les realizó la cesárea iterada, cuya principal causa fue la necesidad de utilizar oxitocina. Se analizaron las ventajas, desde el punto de vista económico, del empleo de este método, que representó un ahorro de \$186.67 por cada cesárea iterada que se evita, además de los beneficios que recibe cada paciente si se consideran sus riesgos y complicaciones, algo que no hubo en esta serie.⁹

El nacimiento por cesárea consiste en dar a luz a un bebé a través de una incisión (un corte) que se realiza en el abdomen y el útero de la madre; en el pasado se pensaba que si una mujer daba a luz por cesárea una vez todos los demás niños que tuviera debían nacer de la misma manera. Actualmente, gracias al perfeccionamiento de la técnica de la cesárea, muchas mujeres que han dado a luz por esta vía pueden hacerlo por la vaginal de forma segura: esto se llama nacimiento vaginal después de cesárea (siglas en inglés, VBAC). El VBAC es una opción para muchas mujeres, pero como todo procedimiento médico, tiene riesgos.

De todas las mujeres que intentan el VBAC entre 60% y 80% lo hacen con éxito y pueden dar a luz por vía vaginal. Otras mujeres pueden intentarlo, pero necesitan cambiar a un nacimiento por cesárea.

Algunas de las ventajas respecto a un nacimiento vaginal se relacionan a continuación:

- No es necesaria cirugía abdominal
- Estada más breve en el hospital
- Menor riesgo de infección
- Menor necesidad de transfusiones sanguíneas
- Recuperación más rápida

Para decidir si puede intentar el VBAC un factor clave es el tipo de incisión que le realizaron en el útero cuando dio a luz por cesárea. En los nacimientos por cesárea se realiza una incisión en el abdomen y otra en el útero, todas las incisiones dejan una cicatriz, pero ciertos tipos de incisiones tienen un mayor riesgo de que la cicatriz se abra durante el siguiente nacimiento. No puede saberse el tipo de cicatriz por la simple observación de la piel, el historial médico debe indicar qué tipo de incisión se realizó.

Las mujeres con cicatriz alta vertical (clásica) en el útero corren un riesgo mayor de ruptura y las que han dado a luz más de una vez por cesárea también pueden correr ese mismo riesgo. Aunque esto no ocurre con frecuencia, una ruptura del útero puede ser dañina para la madre o su bebé; si el médico piensa que hay riesgo de ruptura del útero no se debe intentar el VBAC.

Hay otros factores que pueden influir en que el VBAC sea o no una opción. Puede no ser una buena decisión en algunos casos:

- Pelvis pequeña/bebé grande -el bebé es muy grande para pasar de manera segura a través de la pelvis durante el parto-
- Problemas para el bebé -hay signos de que el bebé puede tener problemas durante el parto o nacimiento por vía vaginal-
- Problemas con la placenta -incluye placenta abruptio o placenta previa-
- Determinadas condiciones -incluye determinadas condiciones médicas serias o condiciones obstétricas-

Los momentos actuales nos hacen pensar aun más en las ventajas del parto en mujeres con cesárea anterior y que cumplan con los requisitos y las condiciones materiales y humanas para su realización.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nakamura-Pereira M, de Almeida A, Montenegro C, Barbosa A. Considerações sobre o parto na gestação gemelar diamniótica. Rev Femina. 2009 ago;37(8):437-42.
2. Oliveira T, Amaral A, Márcia MA, Mariani Neto C. Labor induction in patients with prior cesarian section. Rev Femina. 2009 ago;37(8):427-32.
3. Kopitowski K. Parto vaginal luego de una cesárea. Evid Actual Práct Ambul. 2005 ene-feb;8(1):26-7.
4. Díaz Barreto H, Cusati Vásquez R, Carrillo García H, Lara Croes A. Parto instrumental en cesárea anterior: importancia del intervalo interparto. Rev obstet Ginecol Venezuela. 2007 jun;67(2):79-85.
5. Jacinta Pereira M, Parpinelli MA, Cecatti JG. Factors associated with mode of delivery among primipara women with one previous cesarean section and undergoing a trial of labor. Rev Assoc Med Bras. 2007;53(2):109-115.
6. Valenti EA, Andina E, Rey A, Oria G, Estiú C; Cruz Molina E, et al. Hospital Materno Infantil Ramón Sardá 2005, División Urgencias. Guías de práctica clínica cesárea. Rev Hosp Matern Infant Ramon Sarda. 2006;25(4):178-183.

7. Rezende Filho J. Avaliação do segmento inferior. Rev Femina. 2006; 34(12):791-792.
8. Ortiz Lee C, de Marcos López N. Parto vaginal poscesárea. Primeros casos en Cuba. Rev Cubana Obstet. Ginecol [Internet]. 1998 sep-dic [citado el 12 de febrero de 2011];24(3): [aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php>
9. Vergara Reina R, Acosta Pérez M. Experiencias en el parto vaginal poscesárea en un hospital haitiano. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2003 Abr [citado 22 de febrero de 2011];29(1): [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2003000100001&lng=es

DE LOS AUTORES

1. Especialista I Grado en Gineco-Obstetricia. Profesor Asistente de la Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz" de Villa Clara. E-mail: borges08@capiro.vcl.sld.cu
2. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Master en Longevidad Satisfactoria. Profesor Instructor de la Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz" de Villa Clara. E-mail: mayramarrero@ucm.vcl.sld.cu
3. Especialista de I y II Grados en Gineco-Obstetricia. Master en Atención Integral a la Mujer. Profesor Auxiliar de la Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz" Villa Clara. E-mail: tonyga@hmmg.vcl.sld.cu