

ARTICULO CLÁSICO

Parto fisiológico en pacientes con cesárea previa

MSc. Dr. Eduardo Sandeliz Cárdenas¹

Dr. Jorge Conde Marquéz²

MSc. Dr. Juan Francisco Castanedo Granda³

Dr. Manuel Medina Suárez⁴

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo transversal en la Maternidad del Hospital Central de Windhoek en el período comprendido desde enero a diciembre de 2008. El universo de estudio estuvo constituido por 528 pacientes cesareadas que fueron atendidas durante el año correspondiente con el objetivo de reducir el número de cesáreas que se realizan. Se revisaron las historias clínicas para obtener la información necesaria, se creó una base de datos que permitió el análisis estadístico y se consideraron varias variables: la edad, el tipo de parto, la indicación de la primera cesárea, el peso del recién nacido y las complicaciones. Se concluyó que el mayor número de pacientes se encontraban entre 20 y 25 años de edad, que hubo un predominio de pacientes con parto por cesárea en segundo embarazo (62.9%) y con parto fisiológico (37.1%) en el segundo embarazo, que predominó el peso adecuado -de 3000-3999gramos (42.9%)- y que las complicaciones fueron más frecuentes en las pacientes que presentaron parto por cesárea (37%) y resultó en un 20% para las que tuvieron parto fisiológico; estos resultados fueron expresados en tablas y luego de una exhaustiva revisión bibliográfica se emitieron conclusiones y recomendaciones.

DeCS:

CESAREA REPETIDA
COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS
COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

SUMMARY

A cross sectional descriptive study was conducted at the Central Maternity Hospital in Windhoek from January to December 2008. The universe consisted of 528 patients who had undergone a cesarean section and were treated that year in order to reduce the number of cesarean sections performed. Medical records were reviewed to obtain the necessary information. A database that allowed the statistical analysis was created and several variables were considered: age, type of delivery, the first indication of cesarean section, birth weight and complications. It was concluded that most patients were between 20 and 25 years of age. There was a prevalence of patients with cesarean delivery in the second pregnancy (62.9%), while physiological birth was 37.1% in the second pregnancy. Appropriate weight of 3000-3999 grams (42.9%) was predominant. Complications were more frequent in patients who had cesarean delivery (37%), while they affected 20% of those who had a physiological birth. The results were expressed as tables and after a comprehensive literature review, conclusions and recommendations were issued.

MeSH:

CESAREAN SECTION, REPEAT
INTRAOPERATIVE COMPLICATIONS
POSTOPERATIVE COMPLICATIONS

INTRODUCCIÓN

El parto, como todo acto fisiológico, debe cursar sin complicaciones; a medida que aumenta la tecnología y mejora la calificación de los profesionales se va a transformar en distócico. En la historia de la Medicina, en el imperio romano (700 AC), se dan los primeros pasos de la cesárea actual, lo que ayudó a prevenir múltiples complicaciones maternas fetales.¹⁻³

Con el decursar de los años esta solución se ha convertido en un problema mundial por el alto índice de cesáreas que se informa: en muchos países alcanza hasta un 40%. Muchos obstetras consideran que toda cesárea debe continuar con otra cesárea, criterio ampliamente generalizado en Cuba, conclusión a la que se llegó debido a que, en sus inicios, la técnica operatoria que se aplicaba era la incisión corpórea del útero o cesárea clásica, la que implicaba un elevado riesgo de rotura uterina.⁴⁻⁷ La incisión transversal del útero se introduce a partir de 1926; con esta modificación de la técnica se deshacen menos fibras musculares, se favorece una mejor cicatrización del útero y disminuye el riesgo de rotura uterina en los casos de pacientes con cesárea anterior que se someten al trabajo de parto. Este concepto se revisa y se sugieren opiniones sobre las ventajas del parto vaginal en pacientes con cesárea anterior, con adecuada selección de la misma, con poca o nula incidencia de rotura uterina, sobre la posibilidad del uso de oxitocina y prostaglandinas durante el trabajo de parto y otras. Algunos autores informan entre 60-80% de parto eutócico y otros hasta un 89%, con poca incidencia de complicaciones, lo que sugiere la generalización de esta conducta en todos los Servicios de Obstetricia que sus condiciones lo permitan.⁸⁻¹⁴ Este trabajo pretende evaluar el número de partos transpélvicos, clasificar a las pacientes por grupos de edades, por el tipo de parto y la indicación de la primera cesárea, determinar el peso del recién nacido al momento del parto y precisar las complicaciones más frecuentes en ambos grupos de estudio en pacientes embarazadas con cesárea anterior en la Maternidad del Hospital Central de Windhoek.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo transversal con el objetivo de evaluar el número de partos transpélvicos en pacientes cesareadas en la Maternidad del Hospital Central de Windhoek, Namibia, entre enero y diciembre de 2008. El universo de estudio estuvo integrado por todas las pacientes con antecedentes de una cesárea que fueron atendidas en la maternidad durante el año analizado; la muestra se conformó con 528 pacientes, de ellas 196 presentaron un parto eutócico.

Para la ejecución de este estudio se procedió a la revisión de las historias clínicas en el Departamento de Estadística del Hospital; previamente, con la admisión en este centro, se llenó un modelo de consentimiento informado en el que las pacientes autorizaban el estudio posterior y de los expedientes clínicos se obtuvieron las informaciones necesarias para el desarrollo de esta investigación, teniendo en cuenta los objetivos planteados.

RESULTADOS

En la tabla 1 se recoge la distribución por edades de las pacientes con antecedentes de una cesárea anterior que fueron atendidas; se encontró un mayor número en el grupo de 25-29 años (175 pacientes, para un 33.1%), seguido del de 30-34 (148, 28%) y del grupo de más de 35 años (123, 23.3%).

La distribución según el tipo de parto en pacientes cesareadas aparece en la tabla 2, que muestra un predominio en el grupo que tuvo un segundo parto por cesárea (332, 62.9%) con respecto a las que presentaron un parto fisiológico (196, 37.1%).

Tabla 1. *Distribución por edades de las pacientes atendidas con una cesárea anterior*

Edad	No.	%
De 15-19 años	17	3.2
De 20-24 años	65	12.4
De 25-29 años	175	33.1
De 30-34 años	148	28.0
35 años y más	123	23.3
Total	528	100

Fuente: Historias clínicas

Tabla 2. *Distribución según el tipo de parto de las pacientes atendidas con una cesárea anterior*

Tipo de parto	No.	%
Parto transpélvico	196	37.1
Parto por cesárea	332	62.9
Total	528	100

Fuente: Historias clínicas

En la tabla 3 se recoge la distribución según la indicación de la primera cesárea en las pacientes que presentaron parto eutócico: fue más frecuente la pre-eclampsia-eclampsia -36 pacientes, para un 18.3%-, seguida del bienestar fetal alterado -33 (16.9%)-, la distocia de la dinámica -27 (13.8%)-, el embarazo prolongado -23 (11.8%)-, el fallo de inducción -21 (10.8%)-, la ruptura prematura de membranas -19 (9.6%)-, la presentación viciosa -15 (7.6%)-, el embarazo gemelar -7 (3.5%)-, y otras causas -15, (7.7%).

Tabla 3. *Distribución según la indicación de la primera cesárea en las pacientes con parto eutócico*

Causas	No	%
Bienestar fetal alterado	33	16.8
Distocia de la dinámica	27	13.8
Presentaciones viciosas	15	7.6
Parto de Inducción	21	10.8
Embarazo gemelar	7	3.5
Embarazo prolongado	23	11.8
Rotura prematura de membrana	19	9.6
Pre-eclampsia y eclampsia	36	18.3
Otros	15	7.7
Total	196	100

Fuente: Historias clínicas

Tabla 4. Distribución según el peso del recién nacido en las pacientes atendidas

Tipo de parto Peso	Normal		Cesárea		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Menos 2500g	27	13.7	30	9.0	57	10.9
Entre 2500 y 2999g	116	59.2	70	21.0	186	35.2
Entre 3000 y 3999g	53	27.0	173	52.2	226	42.9
De 4000g y más	-	-	59	17.2	59	11.0
Total	196	100	332	100	528	100

Fuente: Historias clínicas

En el grupo que tuvo un parto eutócico predominó el peso insuficiente (entre 2500-2999gramos) en 116 pacientes, para un 59.2%; seguido del grupo de peso adecuado (3000-3999gramos) con 53 (27%) y el de los bajo peso al nacer (menos de 2500gramos) en 27 (13.8%). No se recogen recién nacidos con peso elevado o macrosómico en el grupo de cesareadas con segundo parto por cesárea y hubo un predominio del peso adecuado -173 pacientes, para un 52.2%- seguido del peso insuficiente -70, 21%-, el peso elevado -59 ,17.8%- y el bajo peso -30, 9%- (tabla 4).

Tabla 5. Distribución según las complicaciones encontradas en las pacientes atendidas

Complicaciones	Parto normal		Parto por cesárea	
	No.	%	No.	%
Rotura uterina	-	-	2	0.6
Atonía uterina	3	1.5	11	3.2
Endometritis	7	3.6	9	2.7
Sepsis herida quirúrgica	5	2.6	7	2.3
Sepsis urinaria	-	-	19	5.7
Íleo paralítico	-	-	23	7.0
Anemia	24	12.2	52	15.6
Total	39	20.0	123	37.0

Fuente: Historias clínicas

El mayor por ciento de complicaciones fue en el grupo de pacientes que tuvieron parto por cesárea con 123, para un 37%: (en orden de frecuencia) la anemia -52 pacientes, para un 15.6%-, el íleo paralítico -23, 7%-, la sepsis urinaria -19, 5.7%-, la atonía uterina -11, 3.1%-, la endometritis -9, 2.7%-, la sepsis de la herida quirúrgica -siete, 2.3%- y la rotura uterina -dos, 0.6%-. En comparación con el grupo que presentó parto eutócico las complicaciones fueron menos frecuentes (39 pacientes, para un 20%): la anemia fue la más habitual -24, 12.2%-, seguida de la endometritis -siete, 3.6%-, la sepsis de la herida quirúrgica (episiotomía) -cinco, 2.6%- y la atonía uterina -tres, 1.6%-; no se informaron la rotura uterina, la sepsis urinaria y el íleo paralítico (tabla 5).

DISCUSIÓN

La operación cesárea, a pesar de ser una técnica ampliamente difundida y con dominio reconocido, no deja de tener complicaciones que superan el parto vaginal normal. Con relación a los grupos de edades más frecuentes predominan los de 25-29 y 30-34 años, con un 33.1% y 28% respectivamente. Nova y colaboradores, en República Dominicana,⁵ realizaron un estudio retrospectivo y encontraron un predominio de edad en las pacientes cesareadas en el grupo de 35-39 años, con un 79%. En este estudio el grupo de edad materna avanzada (más de 35 años) representó el 23,3% del total, y fue, en orden de frecuencia, el tercero en importancia; esta problemática se comporta de forma similar en la mayoría de los países, que informan un incremento de las pacientes añosas, las que representan un grupo de riesgo importante con el consecuente aumento de índice de cesáreas. Echais J, en el Hospital de Oxapampa, Perú, encontró resultados análogos a este estudio según el grupo de edad en pacientes entre 25-35 años con 56.9%.⁶

En relación con la distribución según el tipo de parto en cesareadas este estudio recoge un predominio de pacientes que tuvieron un segundo parto por cesárea, 332 (62.9%) y fisiológico 196 (37.1%). Pérez Alcántara, en el Hospital Madre Niño, San Bartolomé, entre los años 2000-2002, evaluó una muestra importante y encontró un alto índice de parto vaginal: 66% de pacientes con antecedente de cesárea anterior;⁷ Peralta Albel, en la Universidad Nacional de Colombia, realizó un estudio en el que informó un 15% de parto transpelviano en pacientes cesareadas y los mejores índices en los países desarrollados.⁸ Namibia, país ubicado en la África subsahariana, presenta una pobre infraestructura sanitaria y un déficit de profesionales y el parto es asistido por enfermeras obstétricas, por tanto, los resultados encontrados en este estudio están acordes con las estadísticas informadas para países en vías de desarrollo.

Como indicación más frecuente de la primera cesárea en las pacientes que presentaron parto eutócico aparece la pre-eclampsia-eclampsia (36 pacientes, para un 18,3%), seguida del bienestar fetal alterado -33, 16.9%-, la distocia de la dinámica -27, 13.8%-, el embarazo prolongado -23, 11.8%-, el fallo de inducción -21, 10.8%- y la ruptura prematura de membranas -19, 9.6%-; otras indicaciones fueron valoradas como menos frecuentes. Casagrandi y colaboradores,⁹ en un estudio realizado en Ciudad de la Habana en el año 1996 sobre tendencias de algunos de los indicadores de cesárea en el Hospital Ginecobstétrico "Ramón González Coro",¹⁰ encuentra que la causa más frecuente fue la desproporción céfalo-pélvica -13.1% de la muestra-, seguida, en segundo lugar, de la presentación pelviana (11.1%); en 1995 predominó el sufrimiento fetal agudo en un 15.1%. Nova y colaboradores⁵ coinciden con este estudio y presentan resultados similares, otros autores como Trujillo-Hernández,¹¹ Moran¹² y Paul Millar¹³ coinciden con el hecho de que las causas más frecuentes están relacionadas con la desproporción céfalo-pélvica y el sufrimiento fetal agudo. Vanina Lepore y colaboradores,¹⁴ en el Chaco, Argentina, evalúan indicaciones de la cesárea y su incidencia y encuentran, como causa principal, el sufrimiento fetal agudo en el 29%.

En el grupo de pacientes cesareadas que tuvo parto eutócico predominó el peso insuficiente -116, 59.2%-, le sigue el grupo de peso adecuado -53, 27%-; el bajo peso al nacer (menos de 2500g) se detectó en 27 pacientes (13.8%) -no se recoge recién nacido con peso elevado o macrosómico en el grupo de cesareadas con segundo parto por cesárea-. Hubo predominio del peso adecuado -173,

52.2%-, seguido del peso insuficiente -70, 21%-, el peso elevado -59, 17.2%- y el bajo peso -30, 9%-. Carit Eva,¹⁵⁻¹⁷ del Hospital de mujeres en San José, Costa Rica, en un estudio en 2001-2002, llegó a conclusiones similares a estas, con un elevado índice de cesárea relacionado con el peso elevado al nacer en pacientes cesareadas. Messa, en San José de Popayán, en Colombia, informa un incremento en el índice de cesárea en pacientes cesareadas en la medida que se incrementa el peso del recién nacido, lo que coincide con este estudio.¹⁸

Las complicaciones presentadas según el tipo de parto en cesareadas refieren un mayor por ciento de complicaciones en el grupo de pacientes que presentaron parto por cesárea -123, 37%-; en comparación con el grupo que presentó parto eutócico las complicaciones fueron menos frecuentes -39, 20%-. Burgos Salina, en Perú, informa una elevada incidencia de endometritis post cesárea en un 45% de las pacientes,¹⁹ cifra que no corresponde con estos resultados dado el uso terapéutico de antibióticos en las pacientes sometidas a cesáreas. Escoto Galiano en Managua, Nicaragua, refiere un índice de 89.5% de partos postcesárea sin complicaciones; no informó rotura uterina ni muerte materna.²⁰ Otros autores informan un aumento de las complicaciones post cesárea: la anemia, la infección urinaria y la sepsis de la herida quirúrgica; hallazgos que coinciden con los de este trabajo. En este medio es frecuente el seguimiento de trabajo de parto por enfermeras, lo que aumenta la manipulación de las pacientes y predispone a las infecciones endometriales post parto normal.

Como conclusión se plantea que predominan el grupo de edades entre 25 y 29 años y el parto por cesárea, que la pre-eclampsia y la eclampsia fueron las principales indicaciones de cesárea anterior encontradas, que es más frecuente el peso insuficiente al nacer en las pacientes que tuvieron un parto eutócico y el peso dentro de límites normales en aquellas que tuvieron un segundo parto por cesárea y que son más frecuentes las complicaciones en el grupo de pacientes sometidas a una segunda cesárea.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Takuri CC, Matorras WR, Nieto DA, Ortega GA. Historia de La cesárea. *Toko Gin Práct.* 1997;56:189-93.
2. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom S, Gilstrap LC, Hauth JH, Wenstrom KD. *Obstetricia.* 22ª ed. México: Mc Graw-Hill; 2006.
3. Agüero O. Publicaciones sobre cesáreas en Venezuela hasta 1990. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1993;53:3-6.
4. Sardiñas RA. La operación cesárea y la obstetricia de hoy. *Ginecol Obstet Mex.* 2005;73:155-9.
5. Novas J. Embarazo en mujeres de edad materna avanzada. *Acta Med Domin* 1992. may-jun;14(3):102-4.
6. Echais JF. Cesárea. Experiencia en el Hospital General de Oxapampa. *Rev Perú Ginecol Obstetr.* 2004;50(2):106-10.
7. Pérez Alcántara PM. Parto vaginal en la cesareada anterior una vez en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé durante 2000 al 2002. [tesis] Lima – Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2005
8. Díaz Barreto H, Cusati Vásquez R, Carrillo García H, Lara Croes A. Parto instrumental en cesárea anterior: importancia del intervalo interparto. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2007 jun;67(2):79-85.
9. Casagrandi Casanova D. Tendencia de algunos indicadores relacionados con la cesárea. *Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet].* 2007 sep-dic [citado 16 ene 2011];33(3):[aprox. 5 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol33_3_07/gin03307.pdf

10. Vallecillo M, Niz Ramos J, Alvarado Duran A. Parto distócico por desproporción fetopelvica. Rev Med Honduras [Internet]. 1975 [citado 16 ene 2011]; 43(4): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/1975/pdf/Vol43-4-1975-5.pdf>
11. Trujillo Hernández B. Factores de riesgo para cesáreas: un enfoque epidemiológico. Rev Ginecol Obstet Mex. 2000; 68: 306-7.
12. Penning S, DO, Garite T.J., MD. Tratamiento del sufrimiento fetal. Clín Obstet Ginecol. 1999 Jun; 26(2): 259-74.
13. Miller JM. Morbilidad y mortalidad materna y neonatal de la cesárea. Ginecol Obstet. 1988; 4: 627-36.
14. Vanina Lepore G. Incidencia y principales indicaciones de cesárea. Rev postgrado VIa Cátedra Med [Internet]. 2005 oct. [citado 16 ene 2011]; 150: [aprox. 6 p.]. Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista150/3_150.pdf.
15. Kilsztajn S. Apgar score associated with mode of delivery in Sao Paulo State Brazil. Cad Saude Pública. 2007; 23(8): 1886-92.
16. Guerrero Guerrero G. Tipos de partos, peso de nacimiento y test de Apgar en 788 nacidos vivos durante 1980 y 1981 en el Hospital Los Vilos. Bol Hosp San Juan de Dios. 1983; 30(1): 56-9.
17. Carit Eva A. Operación cesárea. Bol Obst [Internet]. 2002 nov [citado 16 ene 2011]; 8(1): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/obst/v8n1.html>
18. Bruce L. Parto vaginal con cesárea previa. Obstet Gynecol. 1997; 90: 907-10.
19. Salinas H. Factores predisponentes de cesáreas. Rev Chil Obstet Ginecol. 2004; 69(5): 357-60.
20. Escoto Galiano JA. Complicaciones maternas y perinatales del parto vaginal post cesárea y cumplimiento de requisitos y normas. Managua: s.n; 2006. p. 75.

DE LOS AUTORES

1. Máster en Atención Integral a la Mujer. Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesor Instructor de la Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz" de Villa Clara.
2. Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesor Instructor de la Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz" de Villa Clara.
3. Máster en Longevidad Satisfactoria. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Especialista de I Grado en Gerontología y Geriatria. Profesor Asistente de la Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz" de Villa Clara.
4. Especialista de I y II Grados en Otorrinolaringología. Especialista de I y II Grados en Cirugía de Cabeza y Cuello. Profesor Instructor de la Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz" de Villa Clara.