



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución- NoComercial-CompartirIgual 2.5 Perú](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/).

Vea una copia de esta licencia en <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>

Universidad Nacional de San Martín



Facultad de Obstetricia

**TITULO:**

“Parto Vaginal en Cesareada Anterior en el Hospital -I- Integrado - IPSS - Rioja- San Martín 1988 - 1992”

Presentado Por :

Bach. NORITH TUESTA CHUQUIZUTA

Para Optar el Título Profesional de :

**OBSTETRIZ**

**TARAPOTO PERU**



**1993**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN

FACULTAD DE OBSTETRICIA

TITULO :

"PARTO VAGINAL EN CESAREADA ANTERIOR EN EL  
HOSPITAL - I - INTEGRADO - IPSS - RIOJA - SAN MARTIN

1,988 - 1,992"

PRESENTADO POR :

Bach. NORITH TUESTA CHUQUIZUTA

JURADO :



DR. AUGUSTO LLONTOP CH.  
PRESIDENTE DEL JURADO



DR. FEDERICO TINTA JUNCO  
MIEMBRO DEL JURADO



OBST. EVANGELINA AMPUERO  
MIEMBRO DEL JURADO

**DEDICO :**

A mis queridos padres :  
Porfirio Tuesta González y Ermith  
Chuquizuta Alegría, quienes me  
inculcaron a la superación  
haciendo de mí una profesional.

A mi hijo Erick y a mi esposo  
Samuel, quienes con su inmenso  
cariño y sacrificio, me  
brindaron el apoyo necesario para  
el logro de mi sentido anhelo :  
mi carrera profesional.

### AGRADECIMIENTO

A la Obstetrix **LUPE MACEDO RODRIGUEZ**, a la Obst.  
Sra. **NORMA BERNADLA CUCHO**, al Dr. **JUAN A. TORREJON RIVA**, al  
Dr. **JORGE GONZALEZ RAMIREZ**, al Estadista prof. **EDWIN  
HERNANDEZ TORRES**, al personal técnico de estadística y al  
personal técnico de Gineco - Obstetricia del Hospital I  
Integrado Rioja; por su apoyo y aliento desinteresados.

## INDICE

	Pág.
I.- INTRODUCCION .....	05
II.- OBJETIVOS .....	08
III.- MATERIAL Y METODOS .....	09
IV.- DISCUSION Y RESULTADOS .....	11
V.- CONCLUSIONES .....	32
VI.- RECOMENDACIONES .....	34
VII.- RESUMEN .....	35
VIII.- BIBLIOGRAFIA .....	37
ANEXOS .....	41



## INTRODUCCION

En los últimos años, se advierte preocupación a nivel mundial por el rápido aumento en las tasas de cesárea (26). Lo cual ha motivado una revolución en cuanto al parto luego de una cesárea anterior, que sigue siendo un área muy controversial en la Obstetricia de hoy (2).

YETMAN y cols. afirman que en los últimos 8 años, el concepto de un parto por vía vaginal después de una cesárea, ha sido documentado como una ventaja a la madre sin impactar o golpear el feto; y actualmente cuando uno de cada cinco partos es quirúrgico y uno de cada tres de éstos es de repetición, debemos detenernos y hacernos varias interrogantes (26) : ¿Son realmente necesarias las operaciones de repetición? .

El enfoque del problema de este grupo de pacientes ha sufrido variaciones a través del tiempo; ha inicios del siglo se aceptó la norma : "Cesareada una vez, siempre cesárea", la razón principal que sustentó este principio fue evitar la ruptura uterina y sus efectos catastróficos (7,26), de seguir el principio arriba mencionado el porcentaje de cesáreas continuará aumentando (26).

Creemos que esto puede resultar beneficioso cuando

existen indicaciones obstétricas estrictas, pero en opinión de muchos autores el mejor manejo para gran parte de gestantes con antecedente de cesárea previa es la prueba de trabajo de parto y eventualmente la vía vaginal cuando cumplen criterios definidos (7,8,11,13,20,21,26).

Los beneficios de esta decisión (parto vaginal versus cesárea iterativa) son : Menor morbi-mortalidad materna y fetal, menor riesgo anestésico y operatorio, menores costos e interrelación materno - fetal temprana ( 26 ).

El objetivo de esta revisión es describir la evolución del parto vaginal en gestantes con antecedente de cesárea previa en los últimos años en el Hospital I Integrado-IPSS- de Rioja, primer y segundo periodo de estudio (1,988 - 1,991 - 1,992).

La finalidad del presente estudio, es hacer un reconocimiento del manejo de éste problema en dicho hospital (segundo periodo de estudio 1,992). Puesto que, al conocer las experiencias obtenidas en el manejo de estas pacientes, se podrán establecer algunos criterios que servirán para el manejo de casos futuros; lo que es importante, especialmente si consideramos que el riesgo de morbi-mortalidad materno fetal en una cesárea es mayor que en un parto vaginal.

Asimismo hacer énfasis en la necesidad de establecer pautas o normas de procedimientos que mejore el manejo de



esta complicación y disminuyan la morbimortalidad del binomio madre - niño.

## OBJETIVOS

- 1.- Describir la evolución del parto vaginal en gestantes con antecedentes de cesárea, evaluando a través del Partograma que se utiliza en este hospital (Protocolo)
- 2.- Hacer un reconocimiento del manejo de este problema en dicho hospital a través de la historia clínica (Primer Periodo).
- 3.- Establecer en forma numérica y objetiva la dinámica del Parto Vaginal en cesareadas anteriores y explicar los resultados (Segundo Periodo)
- 4.- Establecer normas de conducta Obstétrica que procuren contrarrestar en la práctica hospitalaria el mito de "Cesareada una vez, siempre cesareada"
- 5.- Determinar las características del recién nacido (Apgar, peso), de las mujeres que tienen parto vaginal con antecedentes de cesáreas.

## MATERIAL Y METODOS

Para el presente trabajo, se revisaron los libros de partos del Servicio de Obstetricia y las Historias Clínicas del Archivo de Estadística del Hospital I Integrado IPSS de Rioja, en un periodo de 4 años desde Enero 1,988 a Diciembre 1,991, primer periodo de estudio retrospectivo, encontrándose 25 casos de parto vaginal con antecedente de cesárea previa; y el segundo periodo de estudio (1,992) de observación directa durante el trabajo de internado pre-profesional, encontrándose 9 casos de parto vaginal en pacientes con cesárea previa. También se encontró 13 pacientes que asistieron al control pre-natal, desconociéndose el término de su gestación.

Para cada paciente se consignaron diversos datos según el protocolo que se adjunta (Anexo 1).

Todos los datos recolectados se ordenaron en fichas debidamente confeccionadas, que permitieron la evaluación y tabulación de los hallazgos, cuyos resultados hicieron posible la confección de cuadros estadísticos, siguiendo métodos convencionales.

El presente estudio es de tipo retrospectivo y de observación directa (prospectivo) como se mencionó

anteriormente, además el tipo de investigación es descriptivo - retrospectivo y los resultados obtenidos se comparan con autores nacionales y extranjeros, que han realizado trabajos similares.

Al final mostramos algunas conclusiones sobre el estudio realizado, que de alguna manera ayudarán a contribuir al buen manejo del parto vaginal después de una operación cesárea en dicho hospital.

porcentajes de cesárea anterior. Esta diferencia pudiera ser debido a que cada año hay mas pacientes con el antecedente de cesárea Anterior.

No hemos encontrado una explicación clara a estas cifras, sin embargo creemos que ha influido el hecho de que es un hospital en el cual no contaban con un especialista ; como podemos observar que desde 1,988 a 1,989 hubo un notable aumento en la tasa de cesárea iterativa, en comparación con los partos vaginales post-cesárea, porque durante ese periodo existía un cirujano el cual atendía a estas pacientes, no dándoles oportunidad a tener un parto vaginal.

La aparición de nuevos instrumentos como el ultrasonido, al inicio pudo haber sido la causa de un aumento de cesáreas, al haberse hecho sobre diagnóstico de alteraciones feto-placentarias, pero con la racionalización del uso de los métodos y comprensión de sus limitaciones ésto ha cambiado (25).

Otros aspectos que también influirían en las variaciones de las tasas, serían tendencias absorbidas de otros países y proyectos de investigación realizados en el país.

A nivel mundial se observa un fenómeno semejante; la tasa de cesáreas iterativas es alta, en EE.UU. por ejemplo :

más del 98% de pacientes tenía cesárea iterativa electiva y estas contribuyen con el 30% al total de cesáreas (25). Algo contrario a esto, encontramos en nuestra revisión, el 14.6% de las pacientes con antecedente de cesárea previa tienen luego partos distócicos; y solo el 11.7% tienen parto vaginal después de una cesárea.

CUADRO No 02  
 CESAREAS PRIMARIAS E ITERATIVAS EN EL H.I.I.RIOJA  
 1,988 - 1,992

AÑOS	C.T.P. *		CESAREAS PRIMARIAS			CESAREA ITERATIVA		
	No	Tasa	No	Tasa	%	No	Tasa	%
1,988	75	13.51	62	11.20	83.0	7	1.30	9.33
1,989	72	15.82	48	10.50	67.0	16	4.00	22.22
1,990	55	14.20	42	10.80	76.5	9	2.31	16.36
1,991	46	14.40	34	10.60	74.0	5	2.00	11.00
1,992	42	12.00	27	7.60	64.3	6	2.00	14.30
TOTAL	290	14.00	213	10.20	73.0	43	2.07	14.61

\* C.T.P. : Cesárea Totales Población

La tasa total de cesáreas durante los 5 años de nuestro periodo es 14% de los cuales el 73% pertenecen al grupo de pacientes con cesárea primaria, el 14.61% pertenecen al grupo de cesárea iterativa y solo el 11.7% tuvieron parto vaginal después de una cesárea. Esto nos indica un alto

porcentaje de cesáreas (87.61%), de los cuales el 11.7% tuvieron un parto vaginal después de una cesárea, esta cifra pudo ser mayor que lo reportado, debido a que hubo pacientes con las condiciones requeridas para ser sometidas a parto vaginal y que por temor no quisieron someterse a este tratamiento, siendo operadas nuevamente; los mismos detalles fueron reportados por GELLMAN (1).

CUADRO No 03

PARTOS VAGINALES EN PACIENTES CON CESAREA PREVIA

H.I.I.RIOJA - 1,988 - 1,992

AÑOS	CESAREA ITERATIVA			PARTOS VAGINALES		
	Nº	Tasa	%	Nº	Tasa	%
1,988	7	1.30	9.33	6	1.08	8.00
1,989	16	4.00	22.22	8	2.00	11.11
1,990	9	2.31	16.36	4	1.03	7.30
1,991	5	2.00	11.00	7	2.20	15.20
1,992	6	2.00	14.30	9	3.00	21.40
TOTAL	43	2.07	14.60	34	1.70	11.72

Esta revisión muestra un porcentaje promedio de 11.72%, de pacientes que tuvieron parto vaginal luego de una cesárea, esta cifra esta por debajo de lo reportado en la literatura (1,10,12,20,22,25,26); esto puede explicarse en

parte por las dificultades en la infraestructura hospitalaria ; limitaciones en el banco de sangre, no disponibilidad de sala de operaciones, monitoreo fetal electrónico restringido, a pesar de la poca demanda de pacientes; porque hemos encontrado gestantes con éste antecedente que seguían el control pre-natal en el hospital hasta cumplir los 38-40 semanas de gestación y desaparecen para luego regresar de uno o dos meses después de su parto, algunas, siendo un total de 13 gestantes, hacen esto por el temor de volver a ser cesareadas.

Pero sin embargo durante nuestra permanencia (1,992) realizando la práctica pre-profesional nos encontramos con la necesidad de arriesgarnos a atender el parto de éstas pacientes; uno porque algunas llegaban en periodo expulsivo otras en labor de parto, por las dificultades mencionadas y además por la no permanencia de un cirujano en dicho hospital para la atención en caso de complicaciones durante el parto tales como : Ruptura uterina, Retención placentaria, etc.

El primer objetivo en el análisis de cualquier tema de discusión en medicina, es separar todas las variables implicadas, en dos categorías; aquellos factores que respaldan el método (beneficios, ahorro, etc.), y aquellos que no lo hace (Riesgos, costos, etc.), luego se deben comparar imparcialmente las dos categorías y concluir si



los beneficios exceden en importancia a los riesgos.

Una de las controversias más antiguas en el campo de la Obstetricia, es el debate sobre el tratamiento óptimo de la embarazada con una cesárea previa, la razón principal es indudablemente el gran incremento en el índice de cesáreas. En 1980 la Consensus Development Conference del National Institute of Health (NIH) señaló que las cesáreas repetidas eran una de las dos razones principales del incremento en el índice de estas intervenciones; recomendaron el parto vaginal después de la cesárea, como Método para disminuir el índice de cesáreas (5).

En la actualidad, cuando uno de cada cinco partos es quirúrgico y uno de cada tres de éstas es de repetición, debemos detenernos y hacernos varias preguntas. Una pregunta crítica es, ¿ Son realmente necesarias las operaciones de repetición? (1,5).

No hemos tenido la oportunidad de realizar prueba de trabajo de parto, pero de acuerdo a la literatura revisada podemos decir, que es una conducta correcta, puesto que no presenta mortalidad, ni aumento en morbilidad materna ni fetal, por el contrario su empleo contribuye a controlar el incremento en las tasas ascendentes de cesárea y a disminuir los costos, tanto para las pacientes como para el Sistema Nacional de Salud, proporcionando además otros beneficios para las madres : Una hospitalización más corta y menor

limitación en el puerperio (11); la uniformidad de los reportes que muestran resultados seguros y exitosos con la prueba de trabajo de parto, sugieren que la persistencia de la costumbre de realizar cesáreas iterativas está basada en razones más filosóficas que científicas (6,20,25).

Un beneficio significativo de permitir el inicio espontáneo del trabajo de parto, la seguridad es que el feto ha alcanzado la madurez adecuada. Esta conducta ahorra el riesgo y el costo de pruebas de madurez fetal previas a la cesárea iterativa electiva que actualmente se aconsejan; y si se logran parto vaginal, habrán ahorros adicionales para la reducción en el número de días de hospitalización, disminución en la terapia parenteral y la eliminación de los costos por uso de sala de operaciones. Así mismo, la ausencia del aislamiento post-operatorio mejora la interrelación familiar entre la madre y el neonato (1,5,6,10,12,20,22,25,26).

La revisión de la literatura, indica que tasas de parto vaginal de 60.00% en pacientes con antecedente de cesárea previa, no son compatibles con un resultado perinatal aceptable. En contraste, series con tasas entre 35 y 50% muestran tasas de mortalidad perinatal bajas (25), lo mismo ocurre con nuestros hallazgos.

CUADRO No 04

TASA DE PARTOS VAGINALES EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA

RESUMEN DE LA LITERATURA REVISADA

AUTOR	TASA	PERIODO	CIUDAD	PAIS
HORENSTEIN, R. (22)	89.00	1,982 - 1,983	Los Angeles	Estados Unidos
MEDINA (12)	67.40	Jul-Sept 1,988	Bogotá	Colombia
LAVIN (10)	66.70	1,950 - 1,980	Cincinnati	Estados Unidos
YETMAN (26)	61.16	1,985 - 1,987	Virginia	Estados Unidos
PEREZ (20)	47.50	May-Jun 1,986	Latinoamerica	Latinoamerica
ALCANTARA (01)	15.50	1,974 - 1,983	Trujillo	Perú
TEJERINA (25)	11.20	1,980 - 1,985	Lima H.A.C.H.	Perú
AREVALO (02)	4.15	1,982 - 1,988	Ica H.A.I	Perú
TUESTA Autor	11.72	1,988 - 1,992	Rioja M.I.I.R.	Perú

En el cuadro Ng 04 observamos comparaciones de porcentajes de Parto vaginal post-cesárea, de estudios realizados por diferentes autores, tanto Nacionales como extranjeros. Nos damos cuenta que el mayor porcentaje de parto vaginal luego de una cesárea se da más en países extranjeros; esto puede ser debido a que en dichos hospitales cuentan con la implementación tanto en personal como en infraestructura adecuada para la atención de dicho tipo de pacientes, en aquellos países las gestantes con éste antecedente y teniendo las condiciones para un parto vaginal tiene la oportunidad de ser sometidas a trabajo de parto normal.

Todo lo contrario ocurre en nuestro país donde los porcentajes de parto vaginal después de una cesárea son bajos, por carecer de infraestructura e implementación adecuada y de personal capacitado.

CUADRO N<sup>o</sup> 05

PARTOS VAGINALES POST-DESAREA SEGUN LA EDAD DE LA MADRE

H.L.L.RIOJA - 1,988 - 1,992

EDAD (años)	N <sup>o</sup>	%
< de 14	---	-----
15 - 19	05	14.71
20 - 24	15	44.11
25 - 29	08	23.53
30 - 34	04	12.00
35 - 39	02	6.00
> de 40	---	-----
TOTAL	34	100.00

Respecto a la edad, esto es semejante a la población general obstétrica del hospital.

Se observaron menor número de casos en las edades extremas lo que está de acuerdo y va paralelo a lo observado por URRUTIA (25) que encuentra en estas edades mayor porcentaje de cesáreas. Aparte del riesgo inherente a la edad, estas pacientes aumentan su riesgo al tener una cesárea previa por lo que el manejo de ellas será mas cauteloso y conservador en cuanto a permitir un parto vaginal.

La menor edad fue 17 años y la mayor edad 37 años.

CUADRO N<sup>o</sup> 06

TIEMPO DESDE LA ULTIMA CESAREA AL PARTO VAGINAL

H.I.I.RIOJA - 1,988 - 1,992

TIEMPO (años) :	N <sup>o</sup>	%
< de 02	09	26.47
2 - 4	14	41.20
> de 05	11	32.40
TOTAL	34	100.00

Tenemos que el 41.20% tuvieron de 2 a 4 años desde la última cesárea y el 26.47% menos de 2 años. Siendo el de menor tiempo de 1.2 años que correspondió a una cesareada anterior por feto en transverso, malformaciones congénitas y óbito fetal, que tuvo su parto vaginal un producto a término, llegó en fase latente y terminó en parto vaginal espontáneo con un recién nacido con Apgar 9 al minuto, sin complicaciones maternas ni fetales posteriores al parto. El porcentaje restante 32.40% correspondió a un periodo más de 5 años siendo el mayor tiempo transcurrido entre la última cesárea al parto vaginal de 5.8 años, que perteneció a una gestante a término que llegó en periodo expulsivo dando a luz un feto con buen Apgar y peso de 3,000 grs.

Compartimos la opinión de muchos autores que recomiendan que la nueva gestación en una cesareada anterior

no debe ocurrir antes de que haya transcurrido por lo menos un año, no encontrando complicaciones en gestantes comprendidos en este grupo.

Hemos podido comprobar que las rupturas uterinas como señalan muchos autores ocurren con mayor frecuencia cuando menor es el tiempo transcurrido desde la cesárea al nuevo parto, aludiendo que el útero no se cicatriza convenientemente. Aclarando que estas afirmaciones se debe cuando la cesárea es corporal y con este antecedente se debe indicar cesárea de repetición (2,6,25). En nuestro estudio encontramos un caso de ruptura uterina en una paciente cuyo periodo desde la cesárea al parto vaginal fue de 11 meses, habiendo sido sometida a labor de parto post-cesárea por empírica, cuya causa de cesárea anterior fué la toxemia y edad materna (15 años), terminando en Histerectomía. No tuvo control pre-natal siendo indispensable en este tipo de pacientes para analizar si cumple las condiciones para ser sometida a parto vaginal o a cesárea de repetición. FLAM y cols (6) nos reportan 14 casos de Ruptura uterina, de los cuales 12 pertenecen al grupo de incisiones clásicas y solo 2 están relacionados con ruptura de incisión transversa baja.

CUADRO N° 07

COMPLICACIONES OBSTETRICAS Y CONDICIONES ASOCIADAS  
DEL PARTO VAGINAL POST-CESAREA

H.I.I.RIOJA - 1,988 - 1,992

RIESGOS	Nº	%
FETO VALIOSO	01	2.94
TOXEMIA	01	2.94
MUERTE FETAL	01	2.94
LABOR PREMATURA	02	6.00
TOTAL	05	14.71

De total de partos vaginales después de una cesárea solo el 14.71% tuvo complicación, como se observa en el cuadro N° 07.

En relación a la mortalidad fetal nuestros resultados muestran que el 2.94% presentaron complicación asociado a labor prematura, cifra superior a lo reportado por YETMAN (26), donde encuentra que el 0.89% presentó mortalidad perinatal, esta diferencia puede deberse a que en nuestro medio no contamos con los recursos necesarios para disminuir la morbi-mortalidad perinatal.

El 6% de nuestras gestantes cursaron con parto prematuro, uno correspondió a 28 semanas de gestación, nació



vivo con Apgar 7, luego falleció; y el otro de 32 semanas (Obito fetal) con peso de 1,000 a 1,300 grs. respectivamente. Existe el criterio empírico de que la cesareada anterior con un feto menos de 2,500 grs. tiene menor riesgo de Ruptura uterina o dehiscencia al permitirse el trabajo de parto; la bibliografía no enfoca este tema. El útero en un trabajo de parto prematuro tal vez sometería a la cicatriz a tensiones mayores que, a una con el segmento ya formado (embarazo a término) (25).

Feto valioso y toxemia se encontró un caso en cada complicación con fetos a términos en ambos y en buenas condiciones.

#### CUADRO No 08

##### TRABAJO DE PARTO EN PACIENTES CON CESAREA PREVIA

M.I.L.RIGGA - 1,988 - 1,992

FASES DEL TRABAJO PARTO	Nº	%
PRODROMOS EN LABOR DE PARTO	05	14.71
EN LABOR DE PARTO	20	58.82
EN PERIODO EXPULSIVO	08	23.53
NO CONSIGNADO	01	02.94
TOTAL	34	100.00

La mayor parte de pacientes ingresaron al Hospital en fase activa (59.82%) todas evolucionaron sin necesidad de inducción en forma espontánea, llegaron también en periodo expulsivo (23.53%) obligando a su atención vaginal y tan solo el 14.71% en prodromos de labor de parto.

El grado de dilatación cervical es el factor de pronóstico mas significativo para un parto vaginal en cesareada anterior. ALARCON (1), AREVALO (2), recomiendan hospitalizar tan pronto se inicie la labor de parto por considerar innecesaria su hospitalización temprana.

Desafortunadamente en la mayoría de las historias clínicas no hay datos del número de pacientes que en un inicio se sometieron al parto vaginal y que posteriormente terminaron nuevamente en operación cesárea durante nuestro periodo de estudio.

CUADRO No 09

CARACTERISTICAS DEL RECIEN NACIDO

H.L.I.RIOJA - 1,988 - 1,992

CARACTERISTICAS:	No	%
<b>PESO (grs.)</b>		
< de 2,500	02	5.88
2,500-3,999	26	76.47
> de 4,000	05	14.71
No consignado	01	02.94
<b>APGAR</b>		
7 - 10	33	97.05
4 - 6	---	---
1 - 3	---	---
0	01	02.94
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>100.00</b>

En este cuadro podemos observar que se distribuye el peso del recién nacido en gestantes con antecedentes de cesárea previa; estos hallazgos nos demuestran que hubo mayor porcentaje entre 2,500 a 3,999 gramos (76.47%) y con un peso mayor de 4,000 grs. que significa el 14.71%, el peso mayor fue de 4,300 grs.; ninguna de las madres tenía diagnóstico de diabetes o antecedente de fetos macrosómicos y el de menor peso tuvo 1,000 grs. que correspondió a un prematuro (23 sem. por fecha de última regla) nació vivo (Apgar 7 al minuto) luego de 5 minutos falleció.

Existe el criterio empírico de que la cesareada anterior, con un feto, con menos de 2,500 grs. tiene menor

riesgo de rotura uterina o dehiscencia al permitirse el trabajo de parto (25).

Ninguna de estas gestantes presentó complicaciones (como desgarros) pues casi en todas se procedieron a practicarles episiotomía, evitando tales complicaciones. Entonces todos estos hallazgos nos demuestran, que el parto vaginal después de una cesárea es relativamente seguro tanto para la madre y feto, asociado al peso, periodo intergenésico y la causa de la cesárea previa.

En este cuadro observamos el puntaje AFGAR dividido : 0-3 (hipoxia severa), 4-6 (hipoxia moderada) y 7-10 (vigoroso).

El 97.05% de los productos nacieron entre Apgar 7-10 (en buenas condiciones) de los cuales 1 de ellos falleció 4 horas después de su nacimiento por prematuridad (23 sem.). Hubo un caso de muerte fetal, 27 sem. de Edad Gestacional con un peso de 1,300 grs. la madre tenía antecedente de Ruptura Prematura de Membranas y Sangrado Genital, que fue probablemente la causa de su muerte. Como es de esperarse, no todos los fetos nacen vigorosos, reportándose a menudo productos con Apgar de menos 7; otros autores no reportan pérdidas fetales en sus series, como sucede en nuestro caso (1,2,26).

CUADRO No 10

CARACTERISTICAS OBSTETRICAS DE LA GESTANTE CON ANTECEDENTE  
DE CESAREA PREVIA. H.I.I.R. 1,988 - 1,992

CARACTERISTICAS	No	%
<b>EDAD GESTACIONAL</b>		
< de 35 Sem.	02	5.88
35 - 37	01	2.94
38 - 42	31	91.18
> de 42 Sem.	---	---
<b>CONTROL PRE-NATAL</b>		
Controladas	20	58.82
No controladas	13	38.23
No consignadas	01	2.94
TOTAL	34	100.00

El tiempo de gestación se estableció teniendo en cuenta la Fecha de última menstruación de todas las pacientes que tuvieron parto vaginal después de una cesárea.

Los embarazos a término representaron el 91.18%, es una cifra superior a lo que encontraron Alcántara y cols. en el Hospital de Trujillo durante los años 1,974 - 1,983 y los pre-término el 8.82% y es una cifra inferior a lo encontrado por los mismos autores (1).

El de menor edad gestacional fue de 23 sem., llegó en periodo expulsivo un producto muerto (Obito) y el de mayor tiempo de gestación fue de 42 sem. obteniéndose un recién nacido en buenas condiciones; el promedio fue de 38.91 sem.

En lo referente al Control pre-natal, en la zona de influencia del Hospital, existe una cobertura significativa, sin embargo, el 38.23% de pacientes sin control pre-natal en nuestra serie, justifican los esfuerzos que permitan una mejor captación y educación de las pacientes. Golan, ha señalado que el pobre control pre-natal es un hecho importante en series de pacientes con rotura uterina (25).

CUADRO No 11

CAUSA DE LA CESAREA PREVIA A SU INGRESO EN EL SERVICIO  
DE OBSTETRICIA, DEL H.I.I.R. 1,988 - 1,992

CAUSA	Nº	%
<b>DESpropORCION FETO-PELVICA</b>		
Macrosomia fetal	01	2.94
Estrechez pélvica	15	44.11
<b>SUFRIMIENTO FETAL</b>	02	5.88
<b>PRESENTACIONES ANOMALAS</b>		
Podálica	04	11.76
Transversa	02	5.88
<b>HEMORRAGIA DEL TERCER TRIMESTRE</b>		
<b>ECLAMPSIA</b>	02	5.88
No consignadas	07	20.58
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>100.00</b>

La distocia más frecuente para practicar una cesárea es la Estrechez pélvica; así tenemos que el 44.11% del total de pacientes con este antecedente ha sido intervenida por este motivo. Sin embargo es importante señalar que en casi cada estudio reciente, más de la mitad de estas pacientes tuvo parto vaginal (6).

FLAMM y cols (6), encontró que se produjo parto vaginal con éxito en 61% de más de 1,000 mujeres que habían tenido cesárea previa por Desproporción feto-pélvica.

SEITCHKIG, estudió 58 mujeres cuyo primer embarazo a término acabó mediante cesárea a causa de Desproporción feto-pélvica del total, 40 pacientes tuvieron partos

vaginales sin problemas, 20 de ellas con productos mas grandes que aquellos por las cuales se habian practicado la intervencion (6). Similares resultados se encontr6 durante nuestro estudio.



### CONCLUSIONES

- 1.- El índice de Cesárea en este Hospital durante el periodo 1,988 - 1,992 es de 13.99 por cada 100 partos.
- 2.- En el Hospital I Integrado de Rioja, la tasa de partos vaginales en pacientes con antecedente de cesárea durante nuestro estudio fue de 11.72%.
- 3.- La mayoría de las pacientes estuvieron entre los 20 - 24 años con un 41.12%.  
La menor edad fue de 17 años y la mayor edad a 37 años, que corresponden al grupo de Alto Riesgo.
- 4.- El antecedente de parto vaginal después de la cesárea, mejora el pronóstico de la paciente con respecto a que ésta vuelva a ser la vía de parto en el próximo parto.
- 5.- En la paciente con antecedente de cesárea e indicación recurrente, la vía de parto debe ser la abdominal.
- 6.- El conocimiento del tipo de cesárea previa es un factor muy importante para elegir la vía de parto.
- 7.- La distocia mas frecuente por las cuales se había practicado la cesárea fue la Desproporción feto-pélvica

8.- El parto vaginal en cesareada anterior una sola vez es para la madre y el feto relativamente seguro en una población cuidadosamente seleccionada y con evaluación permanente durante el embarazo, trabajo de parto y luego de ella.

9.- Criterios que favorecen la prueba de parto en pacientes con antecedentes de cesárea :

- a. Período internatal mayor de dos años.
- b. Incisión Uterina segmentaria transversa.
- c. Antecedente de no tener indicación recurrente.
- d. Peso ponderado fetal mayor de 2,500 grs.

### RECOMENDACIONES

- 1.- Incrementar la captación temprana de pacientes con antecedente de cesárea, para evaluar el riesgo Obstétrico y así minimizar los factores de riesgo susceptible de modificación.
- 2.- La educación de la paciente en relación a su condición de paciente de riesgo a través de todo el embarazo.
- 3.- Desarrollar un protocolo que, aplicado prospectivamente, amplie el conocimiento de este problema para su mejor manejo en el futuro.

## RESUMEN

Se presenta un estudio retrospectivo y prospectivo de 25 y 9 casos respectivamente, de partos vaginales en pacientes con antecedente de cesárea, atendidos en el Hospital I Integrado de Rioja durante los años 1,988 - 1,992; por el propósito de determinar su frecuencia y complicaciones.

De 1,072 partos atendidos en ese lapso, tuvieron cesárea primaria el 73%, el 14.61% fueron cesareadas nuevamente y el 11.72% restante dieron a luz vaginalmente. En estas últimas hubo mayor frecuencia entre los 20 y 24 años ( 41.12% ) de las cuales tuvieron control pre-natal el 58.82% sobre 38.23% que no lo tuvieron.

Se observó así mismo que el 100% de estas pacientes tuvieron solamente una cesárea anterior, 91.18% con embarazos a término, más de 2 años desde la última cesárea al parto vaginal el 73.59%.

Más de la mitad de pacientes llegaron al Hospital en fase activa avanzada el 58.88%; el motivo que dió opción al parto vaginal fué que llegaron en periodo expulsivo el 23.53%, ocurriendo el parto espontáneo en todos los casos.

No se observaron complicaciones maternas, sólo se encontró un caso de Ruptura Uterina con un periodo desde la cesárea al episodio de 11 meses en una gestante de 17 años, tampoco se observó complicaciones fetales en el 97.1%, las que hubiera se relacionaron a prematuridad y uno fue debido a ruptura uterina que ya lo mencionamos.

El parto vaginal en cesareada anterior una vez, es para la madre y el feto relativamente seguro en una población cuidadosamente seleccionada y con evaluación permanente (1).

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- ALCANTARA, René; MEJIA, Evaristo y CASTRO, Jorge. PARTO VAGINAL EN CESAREADA ANTERIOR. Diagnóstico (Perú); 1,986;18(4):101-5.
- 2.- AREVALO, Hernán. PARTO VAGINAL DESPUES DE CESAREA EN EL HOSPITAL DE APOYO BASE DOCENTE DE ICA. Tesis U.N.S.L.O. de Ica - Perú. 1,990, pp.35.
- 3.- AVILA, R.B. ESTADISTICA ELEMENTAL. Copyright. 1,990. Lima Perú.
- 4.- BRADFORD, Austin. TEXTO BASICO DE ESTADISTICA MEDICA. Editorial El Ateneo, Buenos Aires, 1,980.
- 5.- FAUNDES, Anibal; SILVA, Eliana; SILVA, Jos Luis; SILVA Jos Carlos; PINOLTI, Jos Aristodemo. GYNECOL OBSTET. Brasil 1,988;11-(2):103-9.
- 6.- FLAMM, L.; DUNNETT, C.; FISCHERMANN, E; QUALLIGAN, E. PARTO VAGINAL DESPUES DE CESAREA: Controversias antiguas y nuevas. Am J Obstet Gynecol. 1,984;148:759.
- 7.- JARDON, M.D. y cols. RANDOMIZED MANAGEMENT OF THE SECOND NOVERTX TWIN: VAGINAL DELIVERY OR CESAREAN SECTION. Department of Obstetrics and Gynecology, Chaim sheba Medical Center, 52 621 tel-hashomer, Israel. Am J Obstet Gynecol January 1,987; 156-6.

- 8.- LAME, Joy; REISS, Rosemary. CUANDO DEBE INTERRUMPIR EL PARTO PARA PRACTICAR UN ALUMBRAMIENTO MEDIANTE CESAREA. The ohio state university, Columbus, Ohio. 1,984.
- 9.- LANDESMAN, Robert y EDWARD, A. ABDOMINOVAGINAL DELIVERY; Modification of the cesarean section operation to facilitate delivery of the impacted head. From the Department of Obstetrics and Gynecology, Cornell University Medical School, The New York Hospital. Am J Obstet Gynecol. 184, 1,984.
10. LAVIN, J.P. y cols. VAGINAL DELIVERY IN PATIENTS WITH A PRIOR CESAREAN SECTION. Obstetrics and Gynecology, 1,982;59:135-148.
11. MATHIAS, L.; NOBILE, L.A.; TOMIOKA, E.S.; NEME, B. CESAREAN SECTION EN FETAL DEMISE. J. Bras Ginecol; 93 (3); 173-6, 1,983.
12. MEDINA, Jorge; ACURÁ, José. PRUEBA DE TRABAJO A PACIENTES CON ANTECEDENTES DE CESAREA. Rev. Colomb. Gynecol Obstet. 1,988; 39(3):159-67
13. MEYER, Paul; PRADO, Carlos; ARDILA, Germán. PROBABILIDADES Y APLICACIONES ESTADISTICAS. Fondo Educativo e Interamericano, S.A. México, 1,973.
14. MOLINA, R; MIRANDA, C.; LOPEZ, I. CARACTERISTICAS MATERNAS Y PERINATALES EN MUJERES CON ANTECEDENTES DE

- CESAREA. Rev. Chile Obstet Gynecol. 1,981; 46(2):45-53.
15. MONGRUT STEAME, A. TRATADO DE OBSTETRICIA. Tomo II. Tercera edición. 1,989, Perú, Editorial Sesator. pp. 955 - 956.
  16. MURRAY R. SPIEGEL, Ph. D. SERIE DE COMPENDIOS SCHAUM, TEORIA Y PROBLEMAS DE ESTADISTICA. México, 1973.
  17. NELSON, María; LENIR, Mathias; ENIVAN, G.; JOSEPH, Hiar. THE GRAND MULTIPARA: IS SHE A HIGH RISK OBSTETRIC PATIENT. Rev. Paul Med. 1,991; 109(1):14-8.
  18. NISWANDER, Kennet. MANUAL DE OBSTETRICIA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO. Salvat Editores, Barcelona S.A. 1,985. Segunda edición. pp. 366-367.
  19. PAGUEZ, E. MALAMUD J.; AGUILAR, F.; FERRARIO, R; BELIZAN, Jos. VAGINAL LABOR IN PREVIOUS CESAREAN. Obstet Gynecol. Latinoam. 1,983;41(5/6):203-10.
  20. PEREZ, Elizabeth; CARRILLO, A.; ZAPATA, L; ZIGHELEBOIM, Itic. INDUCCION EN CESAREA ANTERIOR. Obstet y Gynecol; Latinoam. 1,986;44(5/6):166-72.
  21. PRITCHARD, J.A., and MACDONALD, P.C.. WILLIAMS OBSTETRICIA. Tercera Edición 1,986. Barcelona. Editorial salvat. S.A. pp. 841-845.
  22. RICHARD, Paul; JEFFREY, Phelan and ZSE-YA YEH, M.D.



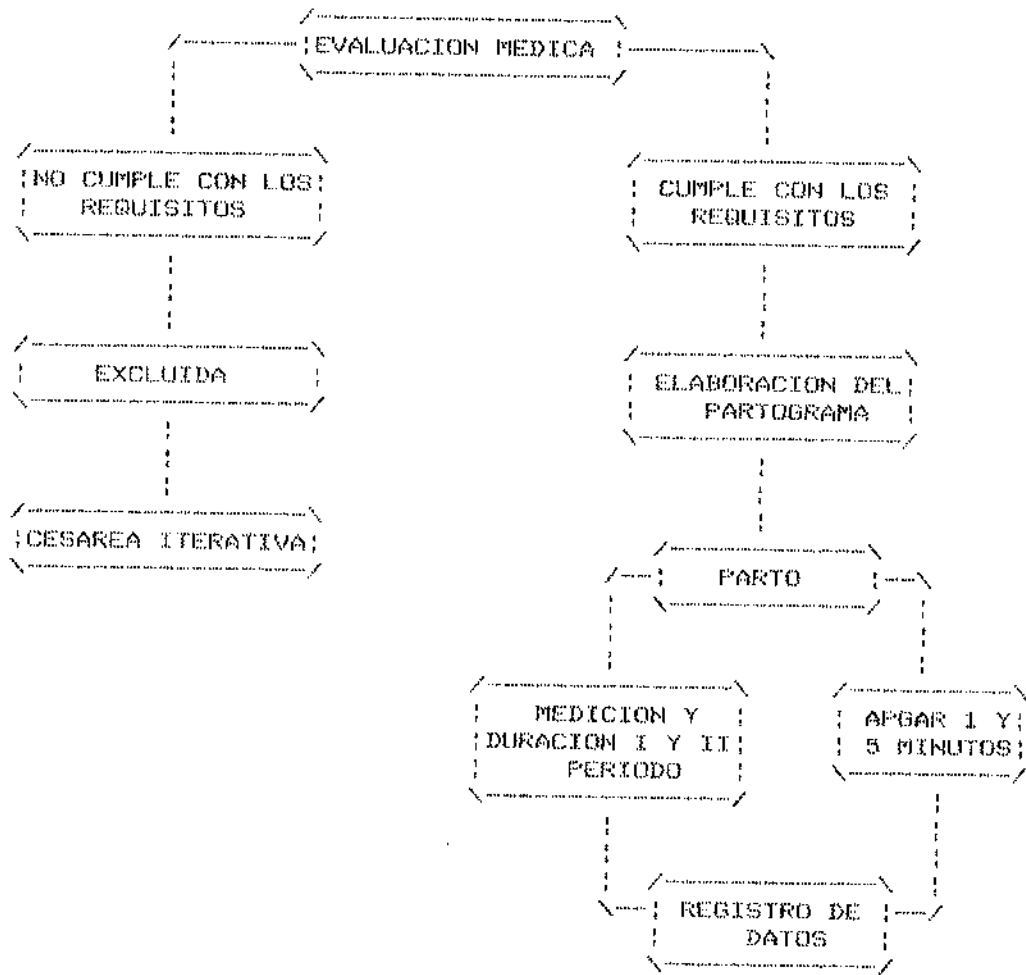
- TRIAL OF LABOR IN THE PATIENT WITH A PRIOR CESAREAN BIRTH. *Am J Obstet Gynecol.* 1,985;151:297-304.
23. SCHWARCZ, Ricardo; DUVERGES, Carlos; GONZALO, A.; FESCINA, Ricardo. OBSTETRICIA. Cuarta edición. 1,986. Argentina Editorial el Ateneo. pp. 310-402, 550.
24. SRGIO, Da Poian; AQUINO, R.B.. EPIDURAL ANALGESIA IN PATIENTS WITH PREVIOUS CESAREAN SECTION. *Rev. Bras. Anestesiol*; 1,989; 39(2): 147-9.
25. TEJERINA. PARTO VAGINAL EN CESAREADA ANTERIOR. Tesis UPCH Lima- Perú. 1,985. pp.75
26. YETMAN, Thomas; and NOLAN, Thomas. PRAISAL OF RISK. From The Department of Obstetrics and Gynecology, U.S. Naval Hospital. Received for publication october 3, 1,988; received April 27, 1,989; Reprints not available.

#### **OTRAS REFERENCIAS**

- a). HOSPITAL INTEGRADO I RIOJA. Informe del Departamento de Obstetricia y Ginecologia. 1,988 a 1,992.
- b). VERA, A. y otros. IX CONGRESO PERUANO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA. 5-9 Julio de 1,987 . Trujillo - Perú. Resúmenes.

-----  
A N E X O S  
-----

### FLUXOGRAMA DE INVESTIGACION



PROTOCOLO

"PARTO VAGINAL EN CESAREADA ANTERIOR.

HOSPITAL I - INTEGRADO - RIOJA. 1,988 1,992"

APELLIDOS Y NOMBRES.....H.C.....

DOMICILIO.....PROCEDENCIA.....

EDAD G.INST. NINGUNO ..... ESTADO CIVIL :  
AÑOS..... A.APROB..... PRIMARIA..... SOLTERA .....  
FECHA:..... SECUND..... CASADA .....  
SUPERIOR..... CONVIVIENTE .....  
OTROS .....

PARIDAD :G...P...(.....) UPM:.....  
CPN: SI ( ) NO ( )

CESAREA ANTERIOR

01. TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LA CESAREA PREVIA Y EL PARTO VAGINAL : AÑOS..... MES .....
02. PRIMARIA ( ) ITERATIVA ( )
03. MORBILIDAD OBSTETRICA : SI ( ) NO ( )
04. MORBILIDAD - COMPLICACIONES MEDICAS ( )

COMPLICACIONES OBSTETRICAS Y CONDICIONES ASOCIADAS

05. FETO VALIOSO SI ( ) NO ( )
06. MALA HISTORIA OBSTETRICA SI ( ) NO ( )
07. ANTICONCEPCION SI ( ) NO ( )
08. GESTACION MULTIPLE SI ( ) NO ( )
09. HEMORRAGIA PRECOZ DEL EMBARAZO SI ( ) NO ( )
10. HEMORRAGIA ANTEPARTO SI ( ) NO ( )
11. LABOR PREMATURA SI ( ) NO ( )
12. TOXEMIA SI ( ) NO ( )
13. MUERTE FETAL INTRAUTERO SI ( ) NO ( )
14. EMBARAZO PROLONGADO SI ( ) NO ( )
15. RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS SI ( ) NO ( )
16. LIQUIDO MECONIAL SI ( ) NO ( )

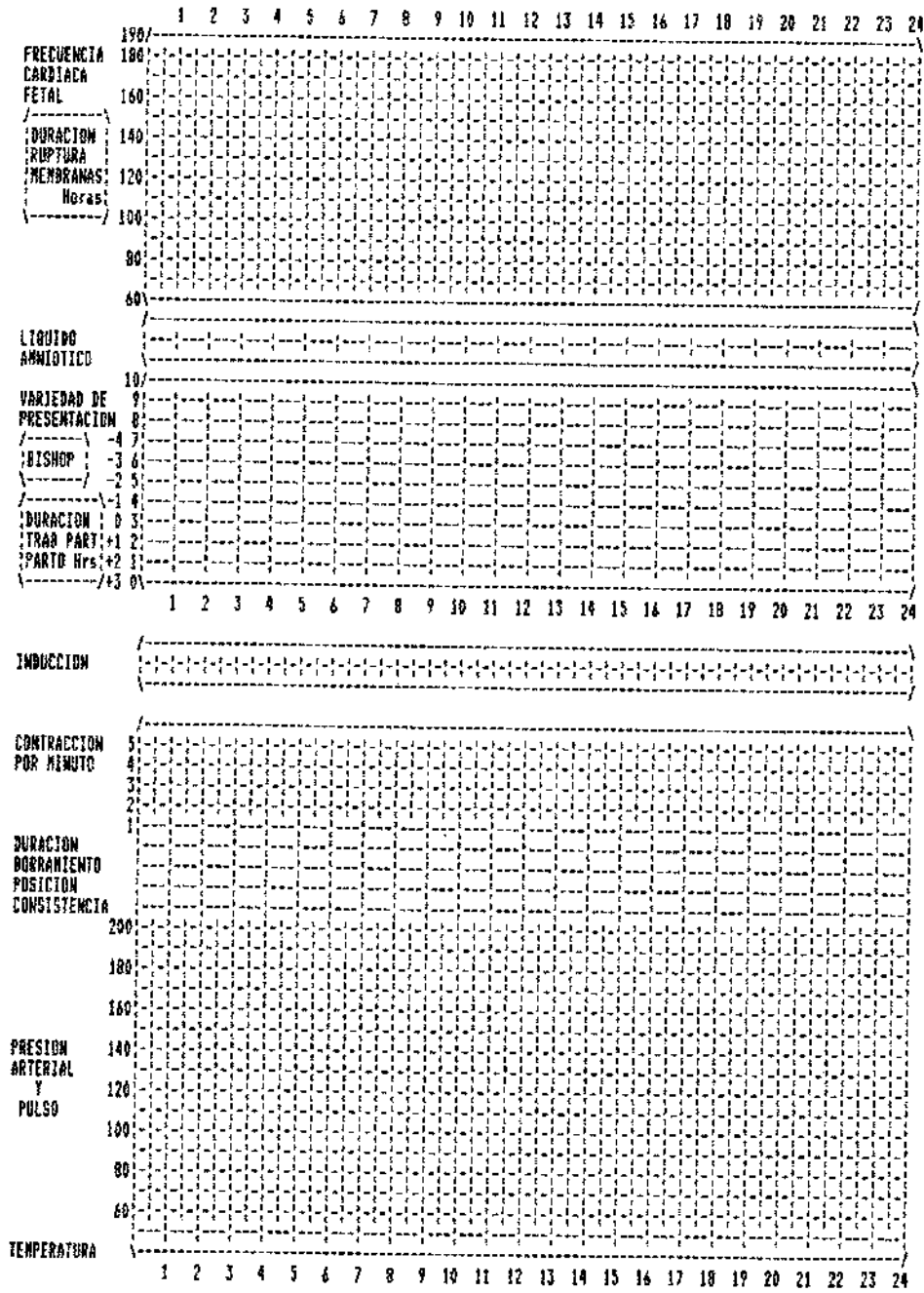
TRABAJO DE PARTO

17. TRABAJO DE PARTO (Fase al ingreso) : FASE LATENTE ( )  
FASE ACTIVA ( ) PERIODO EXPULSIVO ( )

18. PARTOS POSTERIORES A LA CESAREA ANTERIOR Y PREVIOS AL ACTUAL:  
 1 ( ) 2 ó + ( )
19. DURACION DEL TRABAJO DE PARTO  
 1er. PERIODO..... FECHA..... HORA DE INICIO.....  
 HORA DE TERMINO.....  
 2do. PERIODO..... FECHA..... HORA DE INICIO.....  
 HORA DE TERMINO.....  
 3er. PERIODO..... FECHA..... HORA DE INICIO.....  
 HORA DE TERMINO.....
20. TRABAJO DE PARTO : ESPONTANEO ( )  
 ESTIMULADO O INDUCIDO ( )
21. MOTIVO DE LA OPCION AL PARTO VAGINAL.....  
 .....
22. PARTO : EUTOCICO ( ) DISTOCICO ( ) INSTRUMENTADO ( )  
 DESCRIPCION:.....
23. EPISIOTOMIA : SI ( ) NO ( )
24. RECIEN NACIDO : AFGAR AL 1' ( ) y 5' ( )
25. PESO DEL RECIEN NACIDO :.....grs.
26. LACERACION (Producida en el Parto):  
 DESGARRO CERVICAL ( ) DESGARRO VAGINAL ( )  
 DESGARRO PERINEAL ( ) OTROS ( )
27. COMPLICACIONES DEL PUERPERIO INMEDIATO :  
 HEMORRAGIAS POR ATONIA ( )  
 RETENCION PLACENTARIA ( )

PARTOGRAMA

APELLIDOS..... FECHA..... INSTRUCCIONES ESPECIALES  
 NOMBRES..... F.P.P.....



**EVOLUCION DEL PARTO**

FECHA Y HORA EXAMEN OBSERVACIONES MEDICACION FIRMA	<u>PERIODO DE EXPULSION</u>
FECHA Y HORA TIPO DE PRESENTACION Y POSICION : EPISIOTOMIA CONDICION SEXO OBSERVACIONES FIRMA	<u>NACIMIENTO DEL NIÑO</u>
FECHA Y HORA PLACENTA CONDICION SANGRE PERDIDA UTERO CONDICION MEDICACION FIRMA	<u>ALUMBRAMIENTO</u>

APELLIDOS Y NOMBRES

CASA :

H.C. :

SERVICIO :

TASA DE CESAREAS

