

## Labor de Parto con Cesárea Anterior

DR. BRAULIO A. MORALES VALENZUELA\*

### INTRODUCCION

El manejo del parto en mujeres que han sido sometidas previamente a una operación cesárea, ha sido por muchos años objeto de controversia en círculos obstétricos. En un campo están aquellos que preconizan que "una vez cesárea siempre cesárea" y en otro aquellos que dan prueba de parto a estas pacientes, aún en casos de desproporción cefalopélvica relativa (9) y no vacilan en administrar oxitócicos para inducción o conducción del parto (3,4).

El concepto enunciado por Craigin hace cincuenta años de "una cesárea siempre cesárea", fue concebido en una época en que se practicaba la operación como último recurso, generalmente en casos de desproporción cefalopélvica absoluta, practicándose la incisión uterina clásica. Con la aparición de las técnicas de la cesárea segmentaria y el descenso de la mortalidad en la operación, las indicaciones para practicar la operación han aumentado considerablemente, siendo muchas de estas indicaciones del tipo no recurrente.

Es imposible determinar con certeza si la cicatriz uterina se mantendrá íntegra durante la labor de parto. El análisis de diferentes factores, tales como puerperios post-cesárea, lapso entre embarazos, uso de antibióticos, pérdida sanguínea durante la cesárea, etc., no arrojan evidencia de que tales factores influyan en la incidencia de ruptura uterina (8). La posibilidad de dehiscencia de una cicatriz uterina durante la labor de parto está siempre presente.

Eames<sup>7</sup>, en una revisión de la literatura de la dehiscencia de la cicatriz uterina, determinó que 24% de las dehiscencias ocurrieron antes de la semana 37 de gestación o sea antes de la fecha en que generalmente se practica la cesárea electiva. La incidencia de ruptura durante el trabajo de parto fue de 2.6% en las cicatrices clásicas y 1.3% en las cicatrices segmentarias. La muerte materna en la ruptura de la cicatriz uterina clásica fue de 2.3% y la mortalidad materna en la ruptura de la cicatriz segmentaria fue de 0%.

### MATERIAL CLINICO

Se presenta la revisión de el manejo de las primeras 61 pacientes que ingresaron al departamento de obstetricia de Hospital México, quienes tenían antecedentes de haber sido sometidas a una o más cesáreas anteriormente. Todas las cesáreas anteriores fueron segmentarias transversas, no encontrándose en esta serie ninguna cesárea corporal.

---

\* Hospital Dr. Calderón Guardia, Caja Costarricense de Seguro Social.

En el *Cuadro N° 1* se describen las indicaciones de la cesárea anterior.

Desproporción cefalopélvica	31 casos
Desconocida	14 "
Placenta previa	4 "
Pélvico en primigesta	4 "
Situación transversa	2 "
Sufrimiento fetal	1 "
Distocia de cuello	"
Prolapso de cordón	"
Desprendimiento de placenta	"
Hipermadurez fetal	"
Ruptura uterina durante legrado	"

De las 61 pacientes, 7 habían tenido partos vaginales posterior a la cesárea y 4 pacientes tenían antecedentes de un parto vaginal previo a la primer cesárea.

De las 61 pacientes, se sometieron a trabajo de parto a 30 de ellas. 44 pacientes tenían antecedentes de una cesárea anterior, 16 de dos cesáreas y una de 3 cesáreas anteriores. Se le practicó Salpingectomía post-parto a 16 de las 17 pacientes con tres o más cesáreas. Hubo un parto vaginal sin problemas de un producto prematuro de una paciente que ingresó en período expulsivo, con antecedentes de dos cesáreas anteriores. Las otras 15 pacientes con dos cesáreas anteriores fueron sometidas a cesárea en forma electiva o al inicio de la labor del parto.

La cefalopelvimetría en los casos que se resolvieron por la vía vaginal, reveló desproporción relativa en tres casos, buena relación cefalopélvica en 9 casos. En 4 casos no se hizo la cefalopelvigrafía por ingresar las pacientes en período expulsivo, o en casos de partos prematuros.

#### MANEJO DE LOS CASOS

A toda paciente con antecedentes de una cesárea anterior, se le practica la cefalopelvigrafía a las 38-39 semanas de embarazo, o al inicio de la labor de parto. Se anotan las causas de la cesárea anterior, cuando éstas son conocidas, y la evolución post-operatoria. Toda paciente con dos o más cesáreas es sometida a la operación cesárea a las 38-39 semanas de gestación. Toda paciente con una cesárea anterior, diámetros pelvianos adecuados, cuello favorable con presentación cefálica, es sometida a prueba de parto. Si la evolución del parto no es satisfactoria en un período prudencial, o se presentan otras complicaciones, se termina el parto por cesárea. A toda paciente se le practica revisión de cavidad, después de un parto vaginal, para determinar la integridad de la cicatriz uterina.

Se usa la analgesia epidural o bloqueo de pudendos y se aplican fórceps de puerta especialmente en las segunda gestas.

#### RESULTADOS

Se practicó cesárea a 45 pacientes, 31 de ellas sin prueba de parto, por haber antecedentes de dos o más cesáreas o no reunir las condiciones antes descritas. De las 30 pacientes sometidas a prueba de parto, 16 tuvieron parto vaginal y 14 fueron sometidas a cesárea por no considerarse adecuado el progreso del parto.

El período de dilatación más prolongado fue de 10 horas y el más corto de 2:30 horas con un promedio de 5 horas 45 minutos. El período expulsivo más prolongado fue de 50 minutos y el más corto de 15 minutos, con un promedio de 26 minutos.

Hubo 7 partos espontáneos, 6 con fórceps de puerta, dos con fórceps medios, y una rotación y extracción con fórceps en tercer plano.

En las pacientes sometidas a prueba de parto, se presentaron 5 dehiscencias de la cicatriz uterina. Dos dehiscencias eran incompletas y tres completas, con separación completa de los bordes de la cicatriz con protusión a través de los bordes del contenido intrauterino. Esto arroja una cifra total de 16.6% de ruptura uterina y 4.9% de dehiscencia completa en pacientes sometidas a prueba de parto. Cuatro de estas dehiscencias fueron asintomáticas, obteniéndose en todos estos casos productos con apgar de 7 ó más. Hubo un caso de dehiscencia de la cicatriz uterina con sintomatología florida en una paciente con antecedentes de cesárea anterior que ingresó al servicio con embarazo de 32 semanas por presentar dolor suprapúbico y contracciones uterinas. Fue tratada con infusiones de Alupent intravenoso y continuó con dolores irregulares. El corazón fetal desapareció al tercer día de internamiento. Se practicó una amniocentesis, obteniéndose un líquido amniótico teñido con sangre. Se procedió a inducir el parto con soluciones de Pitocín intravenoso, respondiendo el útero con contracciones regulares. A las 5 horas de labor con 4 cms. de dilatación se observó que la presentación se había desencajado de la pelvis presentando la paciente síntomas de shock e irritación peritoneal. La laparatomía de emergencia reveló una dehiscencia total de la cicatriz uterina y hemorragia abdominal. La ruptura se reparó sin problemas y la paciente tuvo un curso post-operatorio sin complicaciones. Retrospectivamente esta paciente ingresó al servicio con una dehiscencia espontánea de la cicatriz uterina segmentaria que fue la causa de la muerte fetal y que al estimular el útero con Pitocín, desencadenó el cuadro antes descrito.

No hubo morbilidad puerperal en los casos de parto vaginal. Una dehiscencia parcial de la cicatriz uterina no ameritó intervención.

En el lote de pacientes cesareadas hubo una muerte materna por hipotensión severa durante una anestesia epidural. Cuatro pacientes presentaron fiebre de 38° C o más sin causa evidente, dos presentaron absceso de pared, hubo una incisión de vejiga inadvertida, un caso de sepsis urinaria, 2 casos de endometritis. La estadía hospitalaria fue de 3.3 días para las pacientes con parto vaginal y de 6.8 días para las pacientes cesareadas.

El peso de los productos en el lote de paciente con cesárea fue similar al de las pacientes con partos vaginales, siendo el promedio de 3.123 gramos para los primeros y 3.228 gramos para los segundos.

## DISCUSION

La cifra de incidencia global de dehiscencia completa de la cicatriz uterina que arrojó este estudio (4.9%) es alta en comparación con otros trabajos que estudiaron el mismo problema. McNally y Fitzpatrick<sup>10</sup> reportan una incidencia de 1.5% en 130 pacientes con antecedentes de 4 o más cesáreas a quienes se les practicó la cesárea en forma electiva. Riva y Teich (3) reportan una incidencia de 0.93% en 214 pacientes con cesárea anterior, 73% de las cuales tuvieron un parto vaginal y las dos rupturas uterinas que ocurrieron fueron en cesáreas clásicas, no habiendo dehiscencia de ninguna cicatriz uterina segmentaria, pese a que se

le dio prueba de parto a 24 pacientes con dos cesáreas anteriores y a 4 pacientes con 3 cesáreas anteriores. Allahbadia del Rotunda Hospital de Irlanda reporta una incidencia de 0% de dehiscencia de cicatriz en 310 pacientes sometidas a trabajo de parto, pero esta cifra carece de veracidad, ya que no se hizo revisión de cavidad post-parto y en su gran mayoría estas dehiscencias son asintomáticas.

Muller, Heise y Graham (3) en una revisión de 11 trabajos sobre cesárea anterior que incluyó 1.770 partos vaginales en un lote de 4.205 cesáreas anteriores, solamente reporta 33 rupturas completas y 61 incompletas.

Pedowitz (8), señaló las limitaciones de los trabajos retrospectivos de revelar la verdadera incidencia de la dehiscencia de la cicatriz uterina, ya que en muchas ocasiones sólo se anota en los expedientes las rupturas uterinas sintomáticas, no anotándose muchas rupturas asintomáticas, por ser éstas de poca importancia. Su estudio prospectivo sobre la ruptura uterina en cesárea anterior arrojó una incidencia del 10% de dehiscencia completa de la cicatriz en pacientes a quienes se les practicó la cesárea electivamente o al inicio de la labor de parto.

Que la gran mayoría de las dehiscencias de cicatriz uterina son asintomáticas sin repercusión sobre la madre o el feto es un hecho comprobado en todos los estudios sobre este tema.

Según Haynes, una ruptura de cada cien o menos, se puede considerar como catastrófica y la gran mayoría de ellas ocurre en cesáreas clásicas y un buen número de estas últimas ocurre antes de la labor de parto. Según el mismo autor, la muerte materna ocurre en una de cada diez pacientes con ruptura uterina "catastrófica". Según estas cifras la mortalidad materna que podría esperarse con la incidencia de dehiscencia de la cicatriz uterina en este estudio sería de una en 20.000 pacientes sometidas a trabajo de parto. Esta cifra de mortalidad materna, sería difícilmente superada practicando cesáreas electivas.

La mortalidad fetal en estas pacientes sometidas a prueba de parto es difícil comparar con aquellas sometidas a cesáreas electivas, ya que en casos de prematuridad o anomalía fetal conocida, se escoge la vía vaginal como vía de elección. Según McGaughey (13) hay un aumento de la mortalidad fetal corregida en estas pacientes. Douglas (1), haciendo un análisis de 3.000 pacientes con cesárea anterior concluye que la mortalidad fetal es comparable con la de cesárea electiva. La causa más importante de mortalidad perinatal en la cesárea electiva es la prematuridad por error en el cálculo de la fecha probable de parto, que ocurre en aproximadamente el 5% de los casos. Con los nuevos métodos de estudio para determinar la edad de gestación, esta cifra ha de descender, lo que permite concluir que la mortalidad perinatal está ligeramente aumentada en los casos en que se somete la paciente a prueba de parto. En términos generales, hay un descenso moderado en la mortalidad materna y un pequeño aumento en la mortalidad perinatal en las pacientes con cesárea anterior sometidas a prueba de parto.

## RESUMEN

Se presenta una revisión del manejo del parto en pacientes con cesárea anterior en el servicio de Obstetricia del Hospital México. Se compara la incidencia de dehiscencia de la cicatriz uterina con la de otros autores. Se hacen observaciones sobre el riesgo materno y fetal en la prueba de parto a estas pacientes.

## SUMMARY

The management of delivery of patients with a previous cesarean section in the Hospital México is presented. The incidence of rupture of the uterine scar is compared with that of other authors. The fetal and maternal risk involved in the trial of labor in these patients is discussed.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.—DOUGLAS, R. G., BIRBAUM, S. J., MC DONALD, F. A.  
Pregnancy and labor following cesarean section. *American Journal Obstetrics and Gynecology*. 86:961, 1963.
- 2.—MULLER, P. F., HEISER, W., GRAHAN, W.  
Repeat cesarean section. *American Journal Obstetrics and Gynecology*. 81:867, 1961.
- 3.—RIVA, H. L., TEICH, J. C.  
Vaginal delivery after cesarean section. *American Journal Obstetrics and Gynecology*. 81:501, 1961.
- 4.—JESURUN, H. M., SIMPSON, J. W.  
Vaginal delivery following cesarean section. *American Journal Obstetrics and Gynecology*. 75:401, 1950.
- 5.—LAWER, P. E., ET AL.  
A review of vaginal delivery following cesarean section from private practice. *American Journal Obstetrics and Gynecology*. 72:252, 1956.
- 6.—FLEMING, A. M.  
Delivery after cesarean section. *American Journal Obstetrics and Gynecology*. 71:1202, 1956.
- 7.—EAMES, D. H.  
A study of the management of pregnancy subsequent to cesarean section. *American Journal Obstetrics and Gynecology*. 65:944, 1953.
- 8.—PEDOWITZ, P., SCHWARTZ, R. M.  
The true incidence of silent rupture in cesarean section scars. *American Journal Obstetrics and Gynecology*. 74:1071, 1957.
- 9.—ALLAHBADIA, N. K.  
Vaginal delivery following cesarean section. *American Journal Obstetrics and Gynecology*. 85:241, 1963.
- 10.—MC NALLY, H. B., FITZPATRICK, V. P.  
Patients with four or more cesarean sections. *Journal of the American Medical Association*. 160:1005, 1956.
- 11.—CASTELAZO AYALA, CEJA, L. R., KARCHMER, S.  
Conducta a seguir en embarazadas con cesárea previa. *Ginecología y Obstetricia de México*. 16:15, 1959.
- 12.—REYES-CEJA, L.  
La prueba de trabajo de parto en pacientes con cesárea anterior. *Ginecología y Obstetricia de México*. 14:111, 1959.
- 13.—MC GAUGHEY, H. S., BRAMME, R. G., HARBERT, G. H.  
Pregnancy and labor following cesarean section. *Controversy in Obstetrics and Gynecology*. Págs. 308-311 W. B. Saunders Co., 1959.

## **Médicos Especialistas Inscritos en el Colegio de Médicos y Cirujanos del 1 de mayo al 30 de setiembre de 1972**

Abdón Castro Bermúdez

Pediatría

Francisco Javier Díaz Marín

Urología

Walter Mora Coto

Patología

Carlos E. Arrea Baixench

Cirugía General

Jorge Patiño Masís

Gastroenterología

Alvaro Porras Fernández

Ortopedia y Traumatología

Eduardo Vargas Alvarado

Patología Forense

Rafael Sánchez Fernández

Cardiología

Francisco José Rucavado León

Psiquiatría Forense

Carlos Luis Alpízar Quesada

Medicina Interna

Rodrigo Camacho Monge

Salud Pública

Orlando Jaramillo Antillón

Inmunología Clínica y Alergia

José Eliseo Valverde Monge

Anestesiología

Rodolfo Gutiérrez Pimentel

Fisiología y Enfermedades Broncopulmonares

Omar Arrita Fonseca

Dermatología

Eduardo Fernández Azofeifa

Medicina Interna

Israel Majchel Wanjtraul

Ginecología y Obstetricia

Olivier Hidalgo Quirós

Cirugía General

Juan de Dios Chinchilla Rojas

Enfermedades Infecciosas

Jorge Manuel Monge Fallas

Inmunología Clínica y Alergia

León A. Valle Soto

Oftalmología

Octavio José Rodríguez Rey

Medicina Interna

Luis Guillermo Salas Arce

Ortopedia y Traumatología

**Médicos Inscritos en el Colegio de Médicos y Cirujanos  
del 1 de mayo al 30 de octubre de 1972**

Francisco Javier Díaz Marín  
Víctor Julio Barrantes Ramírez  
Walter Mora Coto  
Antonio Castro Coto  
Carlos Manuel Sancho Rojas  
Javier Castro Figuls  
Durán Roberto Cantillo Lewis  
Manuel Enrique Rojas Montero  
Dimas Rolando Tagaro Fuster  
Fernando Bermúdez Delgado  
Víctor Manuel Gamboa Castro  
Johnny Loría Arrieta  
Plutarco Elías Meléndez Cerdas  
Luis Paulino Sánchez Picado  
Guillermo Santiesteban Avila  
Alberto Alfaro Arroyo  
Francisco Rodríguez Varela  
Manuel A. Vega Guzmán  
Latife Sirgi López  
Guillermo Gallegos Gutiérrez  
María Elena López Núñez  
Fabio Solano Salazar