

## MANEJO DE LA PACIENTE CON UNA CESÁREA ANTERIOR

### MANAGEMENT OF PATIENTS WITH PREVIOUS CESAREAN SECTION

Martha Janser-Reynaud\*, Ricardo Ochoa-Alcántara\*\*

**RESUMEN. OBJETIVO:** Determinar la vía de evacuación más frecuente en pacientes con cesárea anterior, tipo de complicaciones, indicación de cesárea en embarazo previo y actual.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Estudio prospectivo en pacientes ingresados en la Unidad de Labor y Parto del Bloque Materno Infantil del Hospital Escuela en período comprendido de Abril a Octubre de 1997, obteniéndose una muestra de 114 pacientes con antecedentes de una cesárea.

**RESULTADOS.** 54.4% tuvieron parto y 45.6% se ejecutó nuevamente la cesárea, de las que tuvieron parto una presentó dehiscencia de histerorrafía, dos sangrado postparto y cuatro desgarros perineales. La indicación de cesárea iterativa en el embarazo actual fue de 38.5% desproporción céfalo pélvica (DPC) y 21% complicaciones en la cesárea anterior. La vía vaginal con antecedentes de cesárea fue exitosa en el 88.7%.

**CONCLUSIÓN.** Se confirmó que la vía vaginal en cesárea anterior puede ocurrir sin complicaciones en una mayoría significativa y que la indicación de cesárea previa por DPC ocurrió en la actual por la misma causa.

**PALABRAS CLAVE:** Cesárea anterior, cesárea iterativa, histerorrafía.

**ABSTRACT. OBJECTIVE:** To determine the most frequent route for delivery in patients with previous cesarean section, type of complications, cause for performing cesarean section in previous and actual pregnancies.

**MATERIAL AND METHODS.** Prospective study in 114 patients with previous cesarean section admitted at the labor ward in the Hospital Escuela from April to October 1997.

**RESULTS.** 54.4% had vaginal delivery and 45.6% had a cesarean section performed. In the group of normal delivery, one patient had hysterorrafy dehiscence; two patients had postpartum bleeding and four had perinea! tear. The iterative cesarean section was performed in 38.5% by cephalo-pelvic disproportion (CPD) and 21% caused by complications of the previous cesarean section. The vaginal delivery was successful in 88.7% of patients with previous cesarean section.

**CONCLUSIÓN.** In a significant majority of patients with previous cesarean section, the vaginal delivery can occur without complications. The cesarean section caused by CPD was the same in the actual study.

**KEY WORDS:** Previous cesarean section, iterative cesarean section, hysterorrafy.

### INTRODUCCIÓN.

Los conceptos de manejo de las pacientes con una cesárea anterior, han cambiado desde que en 1916 Edward Creighins, dirigiéndose a la Sociedad Médica de New York dijo "cesárea anterior siempre cesárea". Someter a prueba de trabajo de parto a una paciente con el antecedente de cesárea es

\* Residente IB Año Postgrado *Pediatría*, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. \*\* Departamento de *Ginecología y Obstetricia*, Hospital Escuela.

hoy día frecuente, observando que el parto puede ocurrir sin ninguna complicación (i, 2). El propósito del estudio es determinar la vía de evacuación más frecuente en las pacientes con una cesárea anterior, estableciendo el tipo de complicaciones que ocurren en estos casos; así como la indicación de cesárea en el embarazo anterior y en el embarazo actual.

Para tomar la decisión de excluir pacientes de la prueba de trabajo de parto se basa en la presencia de complicaciones previas en el trans o post operatorio, o la presencia en el embarazo actual de indicaciones obstétricas de otra índole como: presentaciones anormales, sufrimiento fetal agudo, placenta previa, etc. (3).

### MATERIAL Y MÉTODOS.

El presente es un estudio prospectivo en el que se incluyeron 114 pacientes ingresadas a la Unidad de Labor y Parto del Bloque Materno Infantil del Hospital Escuela, con el antecedente de una cesárea, en el periodo comprendido del 1 de Abril al 31 de Octubre de 1997. Se excluyeron todas aquellas pacientes con antecedentes de dos o más cesáreas.

A cada paciente se le aplicó una encuesta en la que se incluían: datos demográficos, espacio intergenésico, indicación de cesárea anterior, antecedentes de complicaciones en cesárea anterior, vía de evacuación del embarazo actual, uso de ocitócicos, complicaciones del parto en el embarazo actual, manejo de las complicaciones en el embarazo actual, indicación de cesárea en el embarazo actual, complicaciones transoperatorias, uso de fórceps profiláctico.

La información se acopló en una base de datos y su procesamiento y análisis se realizó con el programa EPI-info 6.0, aplicando la prueba de chi cuadrado con valores corre-

gidos de Yates, para valor de "p" a un 95% de confianza.

En cada paciente, después del parto se realizó sistemáticamente revisión de la cicatriz anterior por palpación transcervical del segmento.

### RESULTADOS.

De las pacientes que se incluyeron en el estudio 54.4% tuvieron parto, a 45.6% se les realizó cesárea iterativa.

La edad mínima observada fue de 16 años con una media de 24, observándose el mayor número de pacientes en el grupo de 20-29 años.

El espacio intergenésico fue de 51.8% mayor de dos años y 35% menor de 12 meses. El 64.9% presentaban embarazos de término (37-40.6 semanas) (Cuadro 1).

En las pacientes que tuvieron parto, 1.6% presentó dehiscencia de histerorrafia, 3.2% sangrado postparto y 6.5% desgarros perineales. Las pacientes que presentaron tanto dehiscencia como sangrado postparto fueron manejadas conservadoramente con observación y oxitócicos.

Las indicaciones de cesárea anterior fueron presentación pélvica 24.6% y desproporción céfalopelvica en 18.4% (Cuadro 2).

CUADRO 1

#### EDAD GESTACIONAL EN CESÁREA ANTERIOR

GRUPO DE EDAD	GESTACION EN SEMANAS				TOTAL
	NC	27-36	37-40	41->	
10-19	1	0	11	6	18
20-29	3	6	47	19	75
30-39	2	1	16	1	20
40-49	0	0	0	1	1
TOTAL	6	7	74	27	114

X<sup>2</sup> con valor de p=0.3

NC= No consignado

CUADRO 2 INDICACIÓN DE  
CESÁREA ANTERIOR

INDICACION	No.	%
DESCONOCE	38	33.3
PRESENTACION PELVICA	28	24.6
DCP	21	18.4
SITUACION TRANSVERSA	6	5.2
SFA	3	2.6
MACROSOMIA	3	2.6
EMBARAZO GEMELAR	2	1.8
PLACENTA PREVIA	2	1.8
PROLAPSO DE CORDON	1	0.9
OTRAS	10	8.8

• DCP = Desproporción Cefalopélvica

• SFA = Sufrimiento Fetal Agudo

CUADRO 3

INDICACIÓN DE CESÁREA EN EMBARAZO  
ACTUAL

INDICACION	No.	%
DCP	20	38.5
CESAREA ANTERIOR COMPLICADA	8	15.4
PRESENTACION PELVICA	7	13.5
RPM	5	9.6
SFA	3	5.8
OLIGOHIDRAMNIOS	3	5.8
PLACENTA PREVIA	1	1.9
SITUACION TRANSVERSA	1	1.9
OTROS	4	7.7

• DCP = Desproporción Cefalopélvica

• RPM = Ruptura Precautiva de Membranas

• SFA = Sufrimiento Fetal Agudo

El antecedente de complicaciones en la cesárea anterior fue de 13.2%, de éstas 60% reportaban endometritis, 33.3% otras infecciones, 6.7% dehiscencia de herida quirúrgica.

Se usó oxitocina para conducción del trabajo de parto en 14.1%, de éstas 12.6% presentaron SFA y se interrumpió embarazo vía abdominal en 82.4% sin complicaciones.

En las 52 pacientes a quienes se les realizó nuevamente cesárea, se observó que las indicaciones más frecuentes fueron: DCP 38.2%, cesárea anterior complicada 15.4% (Cuadro 3).

La relación observada entre la edad de las pacientes con la edad gestacional al término del embarazo no fue estadísticamente significativo ( $p=0.3$ ).

De las 21 pacientes en quienes se había realizado cesárea en el embarazo anterior por DCP, nuevamente fue indicación de cesárea el mismo diagnóstico, mostrando esto significancia estadística ( $p=0.0007$ ).

## DISCUSIÓN.

Conforme aumenta la experiencia en el manejo de pacientes con cesárea previa se reafirma la seguridad para aquellas pacientes en quienes se decide la vía vaginal, sobre todo cuando el procedimiento se realizó por una indicación no recurrente. En varias series se reportan porcentajes de éxito de 80-88%, en este estudio observamos que del total de pacientes que tuvieron parto, 88.7% no presentaron ninguna complicación (4, 5).

La cifra de dehiscencia de histerorrafia varía de 0.64-1.24%, en este estudio se presentó en 1.6% (6). El manejo de este tipo de complicaciones dependerá de la longitud del defecto, y si se trata de una dehiscencia parcial o completa. En los casos en los que el diámetro sea n de 2 cm. y parcial, el manejo es básicamente conservador, con oxitócicos y observación (4,7).

En aquellas pacientes en quienes la indicación de cesárea fue por presentaciones anormales, el éxito al decidir el trabajo de parto en un embarazo posterior es mayor; no así en quienes la indicación de la cesárea fue DCP, en estos casos, los partos vaginales

ocurren en 2/3 de las pacientes, según reportes de otros estudios similares. (3,4)

En este estudio, 95% de las pacientes en las cuales la indicación de la cesárea anterior fue DCP se realizó cesárea por la misma indicación. Lo anterior demuestra que los diagnósticos de DCP formulados previamente fueron correctos.

Es importante mencionar que un 33.3% de las pacientes estudiadas desconocían la razón por la cual se les había realizado el procedimiento.

Para muchos autores el antecedente de endometritis postcesárea, no modifican el riesgo de parto subsiguiente, en nuestra institución este antecedente es una contraindicación absoluta para prueba de trabajo de parto (5,6,8).

En la literatura no se ha demostrado un riesgo mayor en pacientes con cesárea previa en quienes se usa oxitocina. En éstos, la tasa de rotura uterina, la morbimortalidad materna y fetales no fueron diferentes que en las pacientes en quienes se utilizó, por esta razón, el uso de los mismos no está contraindicado. (9)

En esta serie se condujo el trabajo de parto con oxitocina en 17 pacientes (14.9%); de éstas, tres presentaron SFA y se interrumpió el embarazo vía abdominal; el resto, 14, tuvo parto sin complicaciones. (9)

De las pacientes en quienes se ejecutó cesárea no se describió ninguna complicación transoperatoria. Consideramos que el hecho de que el espacio intergenésico £ dos años estuvo presente en el 51.8%, puede condicionar la baja incidencia de complicaciones (10).

En ningún caso se usó fórceps profiláctico.

---

#### BIBLIOGRAFÍA.

1. Morewood GA, O'Sullivan MJ. Vaginal section after cesáreas section. *Obstetrics and Gynecology*. October 1973; 42(4):589-595.
2. Jaffel SM, Placek PJ. Complications in cesarean and non-cesarean deliveries. *Am Journal Public Health*. 1983 Aug; 73(8): 856-862.
3. Flamm BL, Coings. Elective pepiant cesarean delivery versus trial of labor: prospective multicenter study. *Obstet Gynecol*. 1994;83:927-932.
4. ACOGPractice patterns. Number 1, August 1995.
5. CiaHopadhyaysk. Planed vaginal delivery after two previous cesarean sections. *Obst. Gynecol*. 1994;101:498-590.
6. Leong AS. Risk factors associated with uterine rupture during trial labor after cesarean delibery. *Am. J. Obst. Gynecol*. 1993;168:1358-1363.
7. Phelan JP, Díaz. Twiece a cesarean ahvays an cesarean? *Obstet Gynecol*. 1989;73:16-65.
8. Fianm BL. Vaginal birth after cesáreas sections; is suspected fetal macrosomia a contraindication? *Obstet Gynecol*. 1998;74:694-697.
9. Sakala EP. Oxytoen use after previous cesarean section, why a higher rate of failed labor trial? *Obstet Gynecol*. 1990; 75:356
10. Gtoval TG, Trial of labor in previus Cesarean section patients, excluding classícaí cesarean sections. *Obstet Gynecol* 1997; 70:713.