



Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia
ISSN: 2304-5124
spog@terra.com.pe
Sociedad Peruana de Obstetricia y
Ginecología
Perú

Huertas-Tacchino, Erasmo; Pocco-Hinostroza, Diana Janneth
PRUEBA DE TRABAJO DE PARTO EN CESAREADA ANTERIOR
Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, vol. 56, núm. 4, 2010, pp. 284-288
Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología
San Isidro, Perú

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323428198007>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org



ARTÍCULOS ORIGINALES ORIGINAL PAPERS

PRUEBA DE TRABAJO DE PARTO EN CESAREADA ANTERIOR

Resumen

Antecedentes: Los riesgos relativos y absolutos asociados a la prueba de trabajo de parto en cesareadas anteriores han originado un aumento en la tasa de cesáreas, a pesar de las evidencias que demuestran la seguridad y los beneficios de la prueba de trabajo de parto.

Objetivos: Determinar los resultados materno-perinatales de las gestantes con antecedente de una cesárea previa, a quienes se les indicó prueba de trabajo de parto. **Diseño:** Estudio de cohortes, retrospectivo, analítico. **Institución:** Unidad de Medicina Fetal, Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima, Perú. **Participantes:** Gestantes con antecedente de una cesárea previa y atendidas en el parto. **Intervenciones:** Se revisó 584 historias clínicas de mujeres con antecedente de una cesárea previa que dieron a luz entre enero y diciembre de 2007. Se excluyó las pacientes que no cumplían los criterios de inclusión y se obtuvo los resultados materno perinatales de las 266 gestantes restantes. **Principales medidas de resultados:** Resultados materno-perinatales. **Resultados:** De 266 gestantes con antecedente de una cesárea previa y sin contraindicación para el parto vaginal, a 188 (70,7%) se les indicó cesárea electiva repetida y a 78 (29,3%), prueba de trabajo de parto. De estas últimas, 51 (65,3%) tuvieron éxito. Los resultados maternos muestran en el grupo de cesárea electiva una rotura uterina, una histerectomía y dos casos de hemorragia posparto. En el grupo prueba de trabajo de parto, no hubo rotura uterina, histerectomía, hemorragia posparto. No hubo muertes maternas en algún grupo. En cuanto a los resultados perinatales, no hubo caso de muerte intraútero anteparto o intraparto, Ápgar menor de 7 a los 5 minutos, ni muertes neonatales, en ninguno de los dos grupos. **Conclusiones:** No hubo diferencia estadísticamente significativa en los resultados materno-perinatales de las gestantes con antecedente de una cesárea previa a quienes se indicó prueba de trabajo de parto, comparados con quienes se indicó cesárea electiva repetida. La tasa de éxito del grupo prueba de trabajo de parto fue 65,3%.

Palabras clave: Parto vaginal, cesárea, resultados maternos, resultados perinatales

Erasmo Huertas-Tacchino^{1,2},
Diana Janneth Pocco-Hinos-troza³

¹ Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima, Perú

² Unidad de Medicina Fetal

³ Medico Serumista

Instituciones u organismos que apoyaron la investigación: Ninguno

Conflictos de intereses: Ninguno

Trabajo presentado como Tema libre al XVIII Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología, octubre de 2010

Correspondencia:

Dr. Erasmo Huertas Tacchino

Calle Carlos Pane 143

Lima 5, Perú

Correo electrónico: erasmohuertas@hotmail.com

Rev Per Ginecol Obstet. 2010; 56: 284-288

Trial of labor in women with previous cesarean section

ABSTRACT

Background: The absolute and relative risks associated with the trial of labour in women with previous cesarean section have led to an increase in the rate of caesarean sections, despite the evidence

that demonstrates the safety and benefits of trial of labour. **Objectives:** To determine maternal and perinatal outcomes of pregnant women with prior cesarean section to whom trial of labor was indicated. **Design:** Cohorts, retrospective, analytical study. **Setting:** Fetal Medicine

Unit, Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima, Peru. **Participants:** Pregnant women with prior cesarean section and attended at their delivery. **Interventions:** We reviewed clinical records of 584 women with history of previous cesarean section who delivered



at Instituto Nacional Materno Perinatal between January and December 2007. We excluded patients who did not meet inclusion criteria and reviewed outcomes of the remaining 266. **Main outcome measures:** Maternal and perinatal outcomes. **Results:** From 266 pregnant women with one previous C-section and no contraindications for vaginal delivery 188 (70.7%) had indication of repeat cesarean section and 78 (29.3%) had trial of labor, successful in 51 (65.3%). In the elective cesarean group there was one uterine rupture, one hysterectomy, and two post-partum hemorrhages. In the trial of labour group there were no uterine ruptures, hysterectomies, post-partum hemorrhage. There were no maternal deaths in any group as well as any antepartum or intrapartum intrauterine death, Apgar score below 7 at 5 minutes or neonatal deaths. **Conclusions:** There was no statistical significant difference in perinatal and maternal outcomes in pregnant women with previous C-section who had trial of labour compared with those who had elective repeated cesarean section. The success rate of trial of labour group was 65.3%.

Keywords: Trial of labour, cesarean section, maternal outcome, perinatal outcome.

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, la tasa de cesáreas se ha incrementado en todos los países del mundo. En Europa y en los EE.UU se pasó de 5% en 1970 a 30% en 1990, lo que supone un aumento de 500%⁽¹⁾, para luego estabilizarse en alrededor de 26%⁽²⁾ en los 2000. En América Latina, esta cifra es más elevada^(3,4). En Perú también se observa esta tendencia y la tasa de cesárea varía entre 20,2 y 54,5%⁽⁵⁻⁹⁾, siendo la causa más frecuente el hecho de haberse sometido a cesárea en el parto anterior⁸. En el Instituto Nacional Materno Perinatal, según la Oficina de Estadística e Informática, la tasa de cesárea fue 43,8% el año 2006 y 46,6% el 2007⁽⁹⁾.

En 1916, Cragin⁽¹⁰⁾ preconizó la teoría de «una cesárea, siempre cesárea», que se siguió defendiendo hasta los primeros años de la década de los setenta. Esta idea comenzó a cambiar gradualmente hace treinta años, ya que varios trabajos documentaron la relativa seguridad de hacer un intento del parto vaginal después de una cesárea anterior. En estos se muestra las ventajas del parto vaginal, en cuanto a la reducción de costos y morbilidad materna, sin empeoramiento del pronóstico fetal⁽¹¹⁾.

La mayoría de las series publicadas de las mujeres que intentan una prueba de parto después de una cesárea anterior demuestra que del 60 al 80 por ciento tienen partos vaginales con éxito⁽¹²⁾. La posibilidad de éxito de la vía vaginal en las gestantes con una cesárea anterior dependerá de la correcta selección de las pacientes candidatas a una prueba de parto^(13,14). En el Instituto Nacional Materno Perinatal se conserva en forma implícita -ya que no figura en las Guías Clínicas y Procedimientos para la Atención Obstétrica publicadas en el 2005- una serie de contraindicaciones para el parto vaginal después de cesárea, como son:

- Dos o más cesáreas previas
- Periodo internatal menor de 24 meses
- Sospecha de macrosomía fetal, por altura uterina o por ecografía
- Presentación podálica
- Antecedente de cesárea corporal clásica.

Estas contraindicaciones en conjunto son únicas y merecen evaluación si son responsables de la bajísima incidencia

de complicaciones en las pacientes con parto vaginal después de cesárea en la institución, ya que de resultar cierto sería prudente su diseminación tanto a nivel nacional como internacional.

MÉTODOS

Se realizó una revisión retrospectiva de las historias clínicas y de los reportes operatorios del Instituto Nacional Materno Perinatal, que es un hospital universitario y a la vez un centro de atención de tercer nivel. El período de estudio se extendió desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2007. Durante este período, se atendió 17 031 partos, 9 090 de ellos por vía vaginal y 7 941 por cesárea.

Solo 548 gestantes tuvieron como antecedente cesárea anterior una vez, siendo esta la población de estudio. Los criterios de inclusión fueron gestantes con antecedente de una sola cesárea previa de tipo segmentaria transversa baja, que dieron a luz en la institución, gestación a término y única, presentación de vértece, historia clínica accesible. Se excluyó las gestantes con indicaciones absolutas de cesárea (estrechez pélvica, incisión uterina clásica u otros antecedentes de cirugía uterina previa -p, ej. miomectomía-, complicaciones médicas u obstétricas que impidieran el parto vaginal -como placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, preeclampsia severa-, diagnóstico prenatal de malformaciones congénitas, sospecha de macrosomía fetal por altura uterina o por ecografía).

Se registró los datos demográficos, de la historia obstétrica y de eventos



ocurridos ante-, intra- y posparto. Los resultados maternos evaluados fueron rotura uterina, dehiscencia, histerectomía, transfusión sanguínea, endometritis, hemorragia posparto, muerte materna y otros eventos adversos (lesiones viscerales, como ligadura de uréteres, perforación intestinal, rotura vesical). En cuanto a resultados perinatales, se estudió la muerte fetal intrauterina ante o intraparto, Ágar menor de 7 a los 5 minutos, síndrome de distrés respiratorio severo y muerte neonatal. Se comparó los resultados maternos y perinatales entre las mujeres que a quienes se indicó cesárea electiva repetida con aquellas a quienes se indicó prueba de trabajo de parto.

RESULTADOS

De las 548 gestantes que tuvieron como antecedente cesárea anterior una vez, en el 2007, se excluyó a 236 (43%), por no cumplir con los criterios de inclusión; además, 46 historias (8,3%) no pudieron ser ubicadas en los archivos de la institución, quedando finalmente 266 pacientes para la realización del presente estudio.

Tabla 1. Características demográficas de cesareadas anteriores, según grupo asignado

Características	Prueba trabajo de parto		Prueba trabajo de parto		P
	Nº	%	Nº	%	
Edad materna (años)					
Menos de 20	2	2,6%	6	3,2%	
20 a 35	61	78,2%	154	81,9%	
Más de 35	15	19,2%	28	14,9%	
Paridad					
1 Parto	51	65,4%	138	73,4%	
2 a 6 Partos	27	34,6%	50	26,6%	
Periodo internatal (años)					
Menos de 2	1	1,3%	83	44,1%	
2 a 5	45	57,7%	59	31,4%	
Más de 5	32	41%	46	24,5%	
Parto vaginal previo					
Si	14	17,9%	14	7,4%	
No	64	82,1%	174	92,6%	
Peso del recién nacido (g)					
2500 a 2999	14	17,9%	29	15,4%	
3000 a 3500	36	46,2%	89	47,3%	
Más de 3500	28	35,9%	70	37,2%	

La distribución de las 266 gestantes con antecedentes de cesárea una vez y sin contraindicaciones para parto vaginal fue la siguiente: 188 (70,7%) gestantes con indicación de cesárea electiva repetida y 78 (29,3%) gestantes con indicación de prueba de trabajo de parto. Las características

demográficas de las pacientes se presentan en la tabla 1.

Del análisis de la tabla 1 se desprende de que ambos grupos de pacientes tenían una distribución similar en cuanto a edad materna, paridad y peso del recién nacido. La diferencia la marcaba el antecedente de parto vaginal previo (dos veces más frecuente en el grupo asignado a prueba de trabajo de parto) y el periodo intergenésico menor de dos años (dos veces más frecuente en el grupo asignado a cesárea electiva repetida).

En cuanto a los resultados maternos, en ambos grupos (tabla 2) se observa que la totalidad de las complicaciones estudiadas se presentaron en el grupo asignado a cesárea electiva.

Tabla 2. Resultados maternos según grupo asignado.

Complicaciones	Prueba de trabajo de parto		Cesárea electiva	
	Nº	%	Nº	%
Rotura uterina	0	0%	1	0,4%
Dehiscencia uterina	0	0%	0	0%
Hemorragia posparto	0	0%	2	0,8%
Histerectomía	0	0%	1	0,4%
Transfusión sanguínea	0	0%	2	0,4%
Muerte materna	0	0%	0	0%
Endometritis	0	0%	0	0%
Otros eventos adversos	0	0%	1	0,4%

**Tabla 3. Procedimientos realizados.**

Autor	Año	Población	Número rotura uterinas (tasa)
Miller ²⁰	1994	10 880	63 (0,6%)
Flamm ²¹	1994	5 022	39 (0,8%)
McMahon ²²	1996	3 249	10 (0,3%)
Shipp ²³	1999	2 912	28 (1%)
Landon ¹⁸	2004	17 898	124 (0,7%)
Macones ²⁴	2005	13 331	128 (9%)

DISCUSIÓN

La tasa de cesárea en el Instituto Nacional Materno Perinatal, en el año 2007, fue 46,6%. Esta tasa alta se debe en parte a que es un centro de referencia de embarazos de riesgo alto; sin embargo, refleja también la situación actual del incremento desenfrenado de su uso. Los trabajos de investigación realizados en nuestro medio revelan una tasa de cesáreas que varía entre 20,2 y 54,5%^(3,5-9,15,16), siendo la indicación más frecuente el tener antecedente de una cesárea previa.

En cuanto a las características demográficas de las pacientes, el antecedente de parto vaginal previo es importante, porque permite predecir las posibilidades de éxito de la prueba de trabajo de parto en una gestante con antecedente de cesárea anterior. En 1997, Flamm y col.⁽¹⁷⁾ presentaron un estudio de 5 022 pacientes con antecedente de cesárea sometidas a prueba de trabajo de parto, en el cual el antecedente de parto vaginal (previo o posterior a la cesárea) aumentaba la probabilidad de parto vaginal exitoso. Esto mismo se corrobora el año 2005, cuando Landon⁽¹⁸⁾ publica su serie de 14 529 pacientes, en las cuales observa que el mejor predictor de éxito de la prueba de trabajo de parto en cesa-

reas anteriores era el antecedente de parto vaginal previo. En cuanto al periodo internatal, el Colegio americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) no

excluye de parto vaginal a las gestantes con periodo internatal corto. Sin embargo, ha sido relacionado con mayor riesgo de rotura uterina. En el trabajo de Bujold y col.⁽¹⁹⁾, en 1992, se analizó 1 527 mujeres sometidas a trabajo de parto, con antecedente de una cesárea, con 21 roturas uterinas finales (1,4%). Importante resulta comentar que un período intergenésico menor o igual a 24 meses se asoció a casi 3 veces la probabilidad de rotura uterina (2,65 OR; IC95%: 1,08 a 5,46).

Respecto a los resultados maternos y perinatales, nuestros datos indican que la prueba de trabajo de parto en mujeres con antecedente de una cesárea previa se asocia con un menor riesgo de resultados adversos, comparado con la cesárea electiva repetida, ya que todas de las complicaciones se presentaron en este último grupo. Sin embargo, hay que reconocer que el número de casos estudiado no tiene el poder suficiente para generalizar las conclusiones. Pero, en ausencia de investigaciones clínicas aleatorias o de otras investigaciones nacionales de mayor envergadura, estos resultados deben ser utilizados para informar a las pacientes así como a los proveedores de servicios de salud acerca de la

morbimortalidad materna y perinatal de las gestantes con antecedente de una cesárea previa.

El mayor riesgo de la prueba de trabajo de parto en estos casos es la rotura uterina, que según se reporta en diversos estudios internacionales⁽¹⁹⁾ es poco frecuente, entre 0,5% y 1% (tabla 3). En nuestro estudio observamos una rotura uterina incompleta, inexplicablemente, en el grupo asignado a cesárea electiva. En cuanto al éxito de la prueba de trabajo de parto, se observó que, de un total de 78 pacientes, 51 tuvieron parto vaginal mientras que 27 terminaron en cesárea intraparto, teniendo como resultado una tasa de éxito de 65,4%, la cual va acorde a la tasa de éxito reportada internacionalmente de 60% a 80%. Hay que tener en cuenta que la posibilidad de éxito de la vía vaginal en las gestantes con una cesárea anterior dependerá de la correcta selección de las pacientes candidatas a una prueba de trabajo de parto.

A diferencia de otros estudios que reportan una mayor incidencia de complicaciones perinatales⁽¹⁸⁾ -como la encefalopatía hipóxico-isquémica-, en el nuestro no se observó complicación perinatal alguna, debido probablemente al número de casos estudiados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez-Vega E, Escudero A, Gaite M, Suárez MT. Vía de parto tras cesárea anterior: factores asociados. Progresos de Obstetricia y Ginecología. 2003;46(6):250-6.
2. Dodd JM, Crowther CA, Huertas E, Guise JM, Horey D. Cesárea repetida



- electiva planificada versus parto vaginal planificado en mujeres con un parto por cesárea previo (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4.
3. Baltazar D, Maldonado E, Vila S, Paúlcar H, Medina F. Operación cesárea en el Hospital Daniel Alcides Carrión, Huancayo. XIV Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología; 2002.
 4. Hamilton BE, Martin JA, Sutton PD. Birth: Preliminary data for 2002. National Vital Statistics Report. 2003;51:4-5.
 5. Paredes A, Lindo M, Ascenzo M, Núñez A, Jara J. Incidencias de cesáreas en el Hospital "Uldarico Rocca Fernández" durante el período 2000 - 2002. XIV Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología; 2002.
 6. Paucarhuanca L, Hernández A, Carrillo E, García A, Zamora J, Gonzales C. Incidencia, principales indicaciones y complicaciones de cesárea. XIV Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología; 2002.
 7. Sotomayor T, Torres L, Chumbe J, y cols. Incidencia e Indicaciones de Cesárea en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins 2001. XIV Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología; 2002.
 8. Pérez MA. Porvenir obstétrico de la cesareada anterior en el Hospital Honorio Delgado de Arequipa. Tesis UNAS para optar el grado de Gineco-obstetra. 1995;60-8.
 9. Instituto Nacional Materno Perinatal. Oficina de Estadística e Informática. Unidad de Procesamiento de Datos. Disponible en: <http://www.imp.org.pe>.
 10. Cragin B. Conservatism in obstetrics. New York Med J. 1916; 104:1-3.
 11. Spaans WA, Sluijs MB, Van Roosmalen J, Bleker OP. Factores de riesgo en la cesárea y fallo de un intento de parto posterior. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol (Ed. Española). 2002;2:178-81.
 12. Jakobi P, Weissman A, Peretz BA, Hucherman I. Evaluation of prognostic factors for vaginal delivery after cesarean section. J Reprod Med. 1993; 38:729-33.
 13. ACOG Vaginal birth after previous cesarean delivery. Washington DC: ACOG; Bulletin N54. July 2004
 14. Scott JR. Avoiding labor problems during vaginal birth after cesarean delivery. Clin Obstet Gynecol. 1997; 40:533-41.
 15. de la Vega G, Gómez L, Bautista F, Ludmir J. Parto vaginal en cesareada anterior dos veces. Hospital San Bartolomé. Ginecol Obstet (Perú). 2001;47(3):193-7.
 16. Pacheco J, Saona P. Cesárea. En: Pacheco J. Ginecología, Obstetricia y Reproducción. 2a edición. Lima: REP SAC, 2007:1321-30.
 17. Flamm B, Geiger A. Vaginal birth after cesarean delivery: an admission scoring system. Obstet Gynecol. 1997; 90:907-10.
 18. Landon M, Hauth JC, Leveno KJ, Spong CY, Leindecker S; National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. NEJM. 2004; 351:2581-9.
 19. Bujold E, Mehta S, Bujold C, Gauthier R. Interdelivery interval and uterine rupture. Am J Obstet Gynecol. 2002;187:1199-202.
 20. Miller DA, Diaz FG, Paul RH. Vaginal birth after cesarean: a 10-year experience. Obstet Gynecol. 1994;84(2):255-8.
 21. Flamm BL, Goings JR, Liu Y, Wolde-Tsadik G. Elective repeat cesarean delivery versus trial of labor: a prospective multicenter study. Obstet Gynecol. 1994;83(6):927-32.
 22. McMahon MJ, Luther ER, Bowes Jr. WA, Olshan AF. Comparison of a trial of labor with an elective second cesarean section. N Engl J Med. 1996;335:689-95.
 23. Shipp TD, Zelop CM, Repke JT, Cohen A, Caughey AB, Lieberman E. Intrapartum uterine rupture and dehiscence in patients with prior lower uterine segment vertical and transverse incisions. Obstet Gynecol. 1999;94(5 Pt 1):735-40.
 24. Macones GA, Peipert J, Nelson DB, Odibo A, Stevens EJ, Stamilio DM, et al. Maternal complications with vaginal birth after cesarean delivery: a multicenter study. Am J Obstet Gynecol. 2005;193(5):1656-62.