

## OBSTETRICIA

Hospital Ginecoobstétrico Docente "Clodomira Acosta Ferrales"

### *PARTO VAGINAL POSCESÁREA. PRIMEROS CASOS EN CUBA*

*Dr. Carlos Ortiz Lee<sup>1</sup> y Dra. Nayra de Marcos López<sup>2</sup>*

**RESUMEN:** El incremento de la operación cesárea ha estimulado la búsqueda de alternativas para intentar reducir su frecuencia, entre ellas el parto vaginal poscesárea. En Cuba, por primera vez, se trabaja sobre este controvertido tema, y desde 1995 funciona en el Hospital Ginecoobstétrico Docente "Clodomira Acosta Ferrales" una Consulta Especializada de Cesárea, en la cual se seleccionan los casos con el antecedente de haberse realizado una operación cesárea, que reúnan las condiciones requeridas para intentar el parto transpélvico. Se muestran en este trabajo los primeros resultados de esta consulta, que incluyen la satisfacción de los primeros partos vaginales después de cesárea que se logran de forma programada en nuestro país, así como un análisis de los aspectos que impidieron un mayor número de casos en esta primera etapa de trabajo.

Descriptores DeCS: PARTO VAGINAL DESPUES DE CESAREA; SELECCION DE PACIENTE.

El parto vaginal posterior a la cesárea es una alternativa segura para las pacientes, como ha sido demostrado de manera convincente por la experiencia internacional,<sup>1,2</sup> además de que muchos obstetras cubanos han mostrado interés en la aplicación del método en nuestro país. [Ortiz C. Parto vaginal después de cesárea. Análi-

sis de algunas variables. Tesis para optar por el título de Especialista de I Grado. Hospital Ginecoobstétrico docente "Clodomira Acosta Ferrales" Ciudad de La Habana, Cuba].

En 1995 inició sus labores, en el Hospital Ginecoobstétrico Docente "Clodomira Acosta Ferrales", la Consulta Especializada de Cesárea.

---

<sup>1</sup> Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Vicedirector Técnico. Hospital Ginecoobstétrico Docente "Clodomira Acosta Ferrales".

<sup>2</sup> Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Instructora. Vicedirectora Docente Hospital Ginecoobstétrico Docente "Clodomira Acosta Ferrales".

Única de su tipo en el país, en esta consulta se recibe a toda las gestantes con el antecedente de cesárea que nos remiten las áreas de salud que atendemos, y tiene como principal objetivo la selección de aquellas pacientes que reúnan los requisitos establecidos, para intentar el parto vaginal. Hemos querido mostrar los primeros resultados obtenidos en esta línea de trabajo, así como las recomendaciones que sugerimos para la ampliación del método en nuestro centro, y su posterior aplicación en otras instituciones del país.

### **Métodos**

Se realiza un corte transversal, de un estudio perspectivo longitudinal, sobre el método de parto vaginal poscesárea.

En el período analizado fueron atendidas en nuestro hospital 311 pacientes embarazadas con el antecedente de cesárea, pero solamente fueron incluidas en la investigación las 186 gestantes que fueron atendidas en la Consulta Especializada de Cesárea, desde su inicio en 1995, hasta diciembre de 1997. Fueron excluidas del estudio las 125 pacientes que acudieron directamente al término de su embarazo, ya que no fueron objeto del proceso de selección para el intento de parto.

La selección se basó en los criterios previamente establecidos por el Grupo de Cesárea del centro, permitiéndose el parto vaginal a todas aquellas que cumplían los requisitos, y que hacían constar su disposición a la aplicación del método.

### **Criterios excluyentes**

De su historia obstétrica:

- Cesárea anterior por DCP.
- Endometritis puerperal.
- Incisión longitudinal.

- Más de una cesárea.
- Período intergenésico menor de 2 años.
- Desconocimiento de los datos de la cesárea.

De su embarazo actual:

- Presentación viciosa.
- Embarazo múltiple.
- Macrosomía fetal.
- Afecciones asociadas que compliquen el embarazo.
- Necesidad de utilizar oxitocina.
- Falta de voluntad de la paciente.

### **Resultados**

Lo primero que llama la atención es el escaso número de pacientes que fueron remitidas a nuestra consulta (tabla 1). Esto afectó los resultados iniciales, porque cuando las pacientes acuden al hospital al término de su embarazo, ya tienen incorporada la idea de la repetición de la cesárea.

TABLA 1. Valoración de las pacientes en consulta.

	No.	%
Valoradas en consulta de cesárea	186	59,80
No remitidas a la consulta	125	40,20
Total de pacientes con cesárea	311	

*Kirk*<sup>3</sup> y *Holland*<sup>4</sup> plantean que la influencia del médico es fundamental para el éxito del método, porque las pacientes en sentido general, confían en el personal de la salud. Por eso es importante el seguimien-

to de los casos en la consulta, donde se les explica en detalle las ventajas de la vía vaginal.

El proceso selectivo que seguimos nosotros es muy riguroso, y los criterios excluyentes que acordamos establecer tienen su similitud con los que empleaba el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos en 1982,<sup>5</sup> que fueron las primeras pautas trazadas en el mundo para el empleo del método.

Esto explica que de las 186 pacientes del área atendidas en consulta hayan sido excluidas inicialmente 87, por razones dependientes de su embarazo anterior, y otras 25 por requisitos excluyentes de embarazo actual (tablas 2 y 3) aún cuando algunas de ellas deseaban intentar al par-

to vaginal.

Actualmente existen criterios mucho más flexibles<sup>6</sup> y se han publicado investigaciones muy interesantes que plantean sugerencias para lograr cada vez mayor número de casos,<sup>7,8</sup> pero decidimos iniciar nuestro trabajo con criterios muy rígidos, por ser la primera vez que se aplica el método en Cuba.

Múltiples trabajos reportan éxitos en el parto poscesárea en pacientes con más de una cesárea, macrosomía fetal, embarazo múltiple, pelvianos, antecedentes de DCP y endometritis.<sup>9-11</sup> Así tenemos, por ejemplo, que *Phelan*<sup>12</sup> reporta parto exitoso en el 72 % de las gestantes de su serie que tenían 2 cesáreas y un sorprendente 90 % de éxito entre las que tenían 3 cesáreas.

La macrosomía fetal y el embarazo múltiple fueron cuestionados en los inicios del método, por el peligro potencial de rotura uterina, por la sobredistensión de la fibra muscular.

Muchos autores se oponen a esta tesis, como *Gilbert*,<sup>13</sup> que presentó una serie con 15 gemelares que tuvieron su parto poscesárea sin morbilidad, incluyendo en ese grupo 5 casos con polihidramnios y otras 5 que requirieron el uso de oxitocina. En una de ellas, incluso, se realizó versión interna y gran extracción del segundo gemelo.

*Flamm*<sup>14</sup> permitió el parto a 240 gestantes con macrosomía fetal y no reporta tampoco morbilidad.

Por otra parte, no pudimos obtener los datos de la cesárea en 21 pacientes, por haberse operado en otro centro, y nos vimos obligados a excluirlas, a pesar de que algunas deseaban intentarlo. En sentido contrario aparecen las que reúnen todos los requisitos y no muestran interés en el método. En ninguno de los trabajos revisados se plantea la aplicación del método en contra de la voluntad de las pacientes.<sup>15-18</sup>

Es por eso que de las 74 pacientes seleccionadas, 34 no aceptaron el intento de

TABLA 2. Selección inicial.

	No.	%
Excluidas por DCP anterior	30	16,12
por endometritis	6	3,22
por incisión longitudinal	13	6,98
por más de una cesárea	13	6,98
por período intergenésico corto	4	2,15
por datos desconocidos	21	11,29
Incluidas en la selección inicial	99	53,22
Total	186	

TABLA 3. Selección final.

	No.	%
Excluidas por embarazo múltiple	1	1,01
por presentación viciosa	3	3,03
por sospecha de macrosomía	3	3,03
por enfermedades asociadas	18	18,18
Incluidas en la selección definitiva	74	74,74
Total	99	

TABLA 4. Disposición de las seleccionadas al intento de parto.

	No.	%
Aceptaron el método	40	54,05
Se negaron al intento de parto	34	45,94
Total	74	

parto (tabla 4).

Como podemos apreciar, más de la mitad de las pacientes que intentaron el parto lo lograron (tabla 5) y si analizamos las causas de las intervenciones (tabla 6), exepctuando a la paciente que solicitó ser operada en el curso de su labor de parto (decisión respetada), el resto de las gestantes requería el uso de oxitocina, que actualmente mantenemos como una contraindicación, a pesar de que en la literatura internacional no se plantean limitaciones para su utilización.<sup>1,2,6,13</sup>

Es importante señalar que en ninguna de las 40 pacientes que intentaron el parto vaginal se presentaron complicaciones.

El elemento de mayor peso en contra de la generalización del método es el temor a la rotura uterina.<sup>19</sup> Temor infundado cuando analizamos 2 extensas revisiones de la bibliografía,<sup>2</sup> en las que se comprueba que en los últimos 40 años no se ha modificado la incidencia de este desagradable accidente obstétrico, a pesar del empleo del método de parto vaginal poscesárea, manteniéndose por debajo del 2 % (similar a la frecuencia en pacientes sin cicatriz de cesárea y sin las catastróficas consecuencias que tiene en estos casos).

Con estos resultados iniciales no da-

TABLA 5. Resultados del intento de parto de las pacientes que aceptaron el método.

	No.	%
Partos transpelveianos	22	55,0
Cesáreas	18	45,0
Total	40	

TABLA 6. Causas de las cesáreas en el grupo que intentó la vía vaginal.

	No.	%
Rotura Prematura de membranas	7	38,88
Embarazo prolongado	3	16,66
Retardo del crecimiento intrauterino	3	16,66
Bienestar fetal alterado	1	5,55
Dilatación estacionaria	2	11,11
Hipodinamia secundaria	1	5,55
Arrepentida en la labor de parto	1	5,55
Total	18	

mos conclusiones, sino que recomendamos el estudio del método, la apertura de consultas especializadas en otras maternidades seleccionadas, así como el estudio colaborativo entre estos centros y el nuestro.

En la misma medida en que se vaya ampliando la aplicación del método de parto vaginal poscesárea, se podrá contar con una nueva vía para reducir el índice de cesárea global en nuestro país.

Pensamos que el método, aplicado con toda la rigurosidad que requiere, puede dar su aporte en este sentido.

**SUMMARY:** The increase in the cesarean section has stimulated the searching of alternatives in an attempt to reduce its frequency, among them, the postcesarean vaginal delivery. For the first time, in Cuba, we are working on this debatable subject, and since 1995, there is in the Gynecobstetric Hospital "Clodomira Acosta", an specialized Cesarean Consultation, where cases with a history of cesarean section, having the necessary conditions to try the transpelveic delivery, are selected. This

paper shows the first findings from this consultation, including the satisfaction of the first postcesarean vaginal delivery made in a programmed way in our country, as well as an analysis of those aspects that prevented a higher number of cases in this first stage of work.

Subject headings: **VAGINAL BIRTH AFTER CESAREAN; PATIENT SELECTION.**

### ***Referencias bibliográficas***

1. Afriat CI. Vaginal birth after cesarean section: A review of the literature. *J Perinat Neonatal Nurs* 1990; 3(3):1-13.
2. Lavin JP. Vaginal delivery in patients with a prior cesarean section. *Obstet Gynecol* 1982;59(2):135-147.
3. Kirk EP, Doyle KA, Leigh J, Garrard ML. Vaginal birth after cesarean or repeat cesarean section: medical risks or social realities? *Am J Obstet Gynecol* 1990;162(5):1398-403.
4. Holland JG, Dupre AR, Blake PG, Martin RW, Martin JN Jr. Trial of labor after cesarean delivery: experience in the non university level II regional hospital setting. *Obstet Gynecol* 1992;79(6):936-9.
5. ACOG. Guidelines for vaginal delivery after a cesarean childbirth. Statement of the committee on Obstetrics, Maternal and Fetal Medicine, Chicago, January 7, 1982.
6. Vaginal delivery after previous cesarean birth. Number 1 August 1995. ACOG. Committee on Practice Patterns. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Int J Gynaecol Obstet* 1996 Jan;52(1):90-8.
7. Jakobi P, Weissman A, Peretz BA, Hocherman I. Evaluation of prognostic factors for vaginal delivery after cesarean section. *J Reprod Med* 1993;38(9):729-33.
8. Weinstein D, Benschushan A, Tanos V, Zilberstein R, Rojansky N. Predictive score for vaginal birth after cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 1996;174(1):192-8.
9. Flamm BL, Newman LA, Thomas SJ, Follon D, Yoshida MM. Vaginal birth after cesarean delivery: results of a 5-year multicenter collaborative study. *Obstet Gynecol* 1990; 76:750.
10. Chua S, Arulkumaran S, Singh P, Ratnam SS. Trial of labor after previous cesarean section: obstetric outcome. *Aust NZ J Obstet Gynaecol* 1989;29:12-7.
11. Nguyen TV, Dinh TV, Suresh MS, Kinch RA, Anderson GD. Vaginal birth after cesarean section at the University of Texas. *J Reprod Med* 1992;37(10):880-2.
12. Phelan JP, Clark SL, Díaz F, Paul RH. Vaginal birth after cesarean. *Am J Obstet Gynecol* 1987;157:1510-15.
13. Gilbert L. The management of multiple pregnancy in women with a lower segment cesarean scar: is a repeat cesarean section really the safe option? *Br J Obst Gynaecol* 1988;95(12):1312.
14. Flamm BL, Goings JR. vaginal birth after cesarean section: is suspected fetal macrosomia a contraindication? *Obstet Gynecol* 1989;74(5):694-7.
15. McClain CS. Patient decision making: the case of delivery method after a previous cesarean section. *Cult Med Psychiat* 1987; 11:495-508.
16. Pridjian G. Labor after prior cesarean section. *Clin Obstet Gynecol* 1992;35(3):445-56.
17. Penso C. Vaginal birth after cesarean section: an update on physicians trends and patients perceptions. *Curr Opin Obstet Gynecol* 1994;6(5):417-25.
18. Hac CL. Vaginal birth after cesarean delivery. *Am Fam Physician* 1988;37(6):167-71.
19. Ortiz C, de Marcos N. Una vez cesárea ¿siempre cesárea? *Avances Médicos de Cuba* 1997;Año IV(10):18-20.

Recibido: 22 de septiembre de 1998. Aprobado: 22 de octubre de 1998.  
Dr. **Carlos Ortiz Lee**. Apartado Postal 4939. Correo 23 y 12, Plaza, Ciudad de La Habana, Cuba.