

PARTO EN LA SEGUNDIGESTA CESAREADA ANTERIOR

HOSPITAL MATERNIDAD DE LIMA

Dr. Luis E. Tang Bruigget*,
Dr. Luis E. Tang Ploog**.

Key Word: Parto cesárea anterior.

RESUMEN

Se llevó a cabo un estudio retrospectivo de 270 pacientes que ingresaron al Servicio de Alto Riesgo del Hospital Maternidad de Lima entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 1990, con el diagnóstico de "Segundigesta cesareada anterior". Se seleccionaron dos grupos, el primero, con las que lograron un parto vaginal, y el otro de las sometidas a cesárea iterativa. Se obtuvo una tasa de éxito de parto vaginal de 55.3% y 66 pacientes fueron reintervenidas sin causa aparente.

El diagnóstico más frecuente para ambos grupos fue el de rotura prematura de membranas, y las complicaciones puerperales fueron significativamente más frecuentes en el grupo de las reintervenidas.

SUMMARY

A retrospective study on 270 patients that were admitted on the High Risk Service of the Hospital Maternidad de Lima was carried out between January 1 and December 31, 1990 with a diagnostic of "Segundigesta cesarean previously". Two groups were selected, the first, those with a vaginal delivery, and the other with iterative cesarean section. A rate of 55.3% on successful vaginal delivery was obtained, and 66 patients were re-operated without apparent reason.

The most frequent diagnosis in both groups was premature rupture of membranes, and the puerperal complications were greater in the group of re-operated patients.

INTRODUCCION

El parto vaginal en una cesareada anterior, ha originado controversias y diferentes opiniones, todas ellas con la intención de ofrecer seguridad a la madre y permitir el nacimiento de un niño sano.

Desde que Craigin en 1916 preconizó que después de una cesárea, los partos siguientes debían ser obligadamente de la misma manera, este criterio se difundió considerablemente, convirtiéndose en la cirugía más común de los últimos tiempos, habiéndose cuadruplicado

en los Estados Unidos de 5 a 22% en los últimos veinte años.

Este incremento de la tasa de cesáreas se basaba en la afirmación de que esta vía del parto elimina virtualmente el trauma fetal y la muerte por asfixia intraparto, con una considerable disminución en las tasas de morbi-mortalidad materna y perinatal.

Después de hacer una evaluación de este procedimiento obstétrico, Sandana en 1978, el American College of Obstetrics and Gynecologist en 1982 y Placek en 1987, consideraron la opinión de Craigin como obsoleta y anacrónica, sin mayores beneficios para la madre y el recién nacido.

En nuestro medio, la tasa creciente de partos por cesárea ha originado una justificada preocupación en

* Jefe Dpto. Hospital Maternidad de Lima.

** Médico Seruista U. P. C. H.

las instituciones de salud, por los altos costos y la necesidad de implementar centros para una adecuada atención, además de comprometer el futuro obstétrico de la madre.

En nuestro hospital se viene observando una creciente incidencia de cesáreas iterativas en segundigestas, sin que se precise el motivo de la reintervención, no existiendo un criterio uniforme en el manejo de estas pacientes, dado que muchas de ellas son evaluadas por diversos equipos de guardia, que toman decisiones generalmente no coincidentes.

El objetivo principal de este trabajo es demostrar que el parto vaginal en segundigesta cesareada anterior es posible cuando se practica una correcta evaluación y se controla el trabajo de parto en forma adecuada, con mínimo riesgo tanto materno como del recién nacido.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio retrospectivo revisando las historias clínicas de 270 pacientes admitidas en el Servicio de Alto Riesgo del Hospital Maternidad de Lima con el diagnóstico de "Segundigesta cesareada anterior" entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 1990.

Se dividió al universo en dos grupos: el primero incluyó a 129 pacientes que terminaron su gestación con un parto vaginal; mientras que el segundo grupo estuvo conformado por 141 pacientes, que fueron sometidas a cesárea iterativa.

En cada paciente fueron consignadas las siguientes variables:

- Datos demográficos: edad, grado de instrucción.
- Datos obstétricos: edad gestacional, otros diagnósticos al ingreso, control prenatal.
- Datos sobre cesárea anterior: motivo, período internatal.
- Complicaciones del parto y puerperio.
- Datos del recién nacido: peso, Apgar.
- Tiempo de hospitalización

Para realizar el análisis estadístico se efectuó la prueba de Chi cuadrado, siendo considerada la diferencia entre ambos estadísticamente significativas si p es menor de 0.05.

RESULTADOS

La edad de las pacientes que tuvieron parto vaginal estuvo entre 17 y 39 años, con un promedio de 23.5 años; mientras que en el grupo de cesárea iterativa, este rango fue de 17 a 40 años, con un promedio de 25 años. El porcentaje de adolescentes (18 años o menos) fue de 12.4% y 70% para cada grupo respectivamente (Cuadro 1).

CUADRO N° 1

PARTO EN SEGUNDIGESTA CESAREADA ANTERIOR

EDAD	PARTO Nro.	VAGINAL %	CESAREA Nro.	ITERATIVA %
< 19	16	12.40	10	7.09
19 - 24	69	53.49	64	45.39
25 - 29	27	20.93	39	27.66
30 - 34	14	10.85	20	14.19
35 - 39	3	2.33	7	4.96
> 39	0	0.00	1	0.71
TOTAL	129	100.00	141	100.00

Edad promedio: Parto vaginal = 23.58 años
Cesárea iterativa = 25.04 años

Chi cuadrado = 6.848 $p = 0.25$ (N.S.)

El 65% de las pacientes de ambos grupos tenían o estaban cursando estudios secundarios (Cuadro 2).

CUADRO N° 2

PARTO EN SEGUNDIGESTA CESAREADA ANTERIOR GRADO DE INSTRUCCION

GRADO INSTRUCCION	PARTO Nro.	VAGINAL %	CESAREA Nro.	ITERATIVA %
Analfabeta	1	0.76	4	2.84
Primar. incompleta	21	16.28	17	12.06
Primaria completa	21	16.28	22	15.60
Secund. incompleta	40	31.01	42	29.79
Secund. completa	43	33.34	50	35.46
Superior	3	2.33	6	4.25
TOTAL	129	100.00	141	100.00

Chi cuadrado = 3.274 $p = 0.66$ (N.S.)

Tuvieron un embarazo a término, el 90% de las pacientes de ambos grupos. La tasa de prematuros fue de 7% para el grupo de parto vaginal y 9% para los que nacieron por cesárea (Cuadro 3).

CUADRO Nº 3

PARTO EN SEGUNDIGESTA CESAREADA ANTERIOR
EDAD GESTACIONAL

EDAD GESTACIONAL	PARTO VAGINAL		CESAREA ITERATIVA	
	Nro.	%	Nro.	%
< 38 semanas	9	6.98	13	9.22
38 - 42 semanas	118	91.47	125	88.65
> 42 semanas	2	1.55	3	2.13
TOTAL	129	100.00	141	100.00

Chi cuadrado = 0.594 p = 0.76 (N. S.)

En las pacientes que terminaron la gestación en parto vaginal se encontró como diagnóstico al ingreso: 9 con rotura prematura de membranas y 8 con enfermedad hipertensiva del embarazo.

Para las que fueron sometidas a cesárea iterativa, se encontraron 17 con rotura prematura de membranas, 15 con sufrimiento fetal agudo, 10 con distocia de presentación, 7 con enfermedad hipertensiva del embarazo y 7 con incompatibilidad feto pélvica (Cuadro 4).

CUADRO Nº 4

PARTO EN SEGUNDIGESTA CESAREADA ANTERIOR
DIAGNOSTICOS ASOCIADOS AL INGRESO

DIAGNOSTICO	P. VAGINAL		CES. ITERAT.	
	Nro. CASOS		Nro. CASOS	
Rotura prematura membranas	9		17	
Enf. hipertensiva embarazo	8		7	
Sufrimiento fetal agudo	0		15	
Distocia de presentación	0		10	
Incompatibilidad feto-pélvica	0		7	
Distocia de cordón	0		6	
Hemorragia tercer trimestre	0		5	
Retardo crecim. intrauterino	0		2	
Eclampsia	0		1	
Otras	4		5	
Ningún Diagnóstico	108		66	
TOTAL	129		141	

No hubo ningún diagnóstico asociado en 108 pacientes del total de las que lograron parto vaginal y en 66 de las que tuvieron cesárea iterativa.

No tuvo control prenatal el 31% de las pacientes del primer grupo, así como el 20% del segundo (cuadro 5)

CUADRO Nº 5

PARTO EN SEGUNDIGESTA CESAREADA ANTERIOR
NUMERO DE CONTROLES PRENATALES

Nro. CONTROLES	PARTO VAGINAL		CESAREA ITERATIVA	
	Nro.	%	Nro.	%
0	41	31.78	28	19.86
1 - 2	14	10.86	13	9.22
3 - 5	43	33.33	61	43.26
> 5	31	24.03	39	27.66
TOTAL	129	100.00	141	100.00

Chi cuadrado = 5.99 p = 0.13 No significativo

Promedio CPN: Parto vaginal = 3.38 visitas

Cesárea iterativa = 3.82 visitas

La mayor parte de las pacientes fueron atendidas en postas o centros de salud, correspondiendo al 35% del grupo de parto vaginal y al 48% de las del grupo de cesáreas iterativas (Cuadro 6).

CUADRO Nº 6

PARTO EN SEGUNDIGESTA CESAREADA ANTERIOR
LUGAR DE CONTROL PRENATAL

LUGAR DE CPN	PARTO VAGINAL		CESAREA ITERATIVA	
	Nro.	%	Nro.	%
Hosp. Matern. Lima	33	25.58	36	25.53
Posta o Centro Salud	45	34.89	68	48.23
Médico particular	10	7.75	9	6.38
Sin control	41	31.78	28	19.86
TOTAL	129	100.00	141	100.00

Chi cuadrado = 6.79 p = 0.08 No significativo.

El 43% de las pacientes de ambos grupos tuvo entre 1 y 5 visitas prenatales, y sólo una cuarta parte del total acudieron 6 o más veces a control.

Para el grupo de pacientes que tuvo su segundo parto por vía vaginal, las causas de la cesárea primaria fueron: 42 por distocia de presentación (33 de ellas por ser primigestas con presentación podálica), 22 por estrechez pélvica y 21 por sufrimiento fetal agudo.

En el grupo de las reintervenidas, el motivo de cesárea previa fue: 73 por estrechez pélvica, 28 por distocia de presentación (18 primigestas con presentación podálica) y 12 por sufrimiento fetal agudo (Cuadro 7).

CUADRO Nº 7

**PARTO EN SEGUNDIGESTA CESAREADA ANTERIOR
MOTIVO DE CESAREA PREVIA**

MOTIVO	P. VAGINAL Nro. CASOS	ITERATIVA Nro. CASOS
Distocia presentación	42	28
Estrechez pélvica	22	73
Sufrimiento fetal agudo	21	12
Toxemia severa	9	2
Trab. parto disfuncional	7	9
RPM con corioamnionitis	6	8
Hemorragia tercer trimestre	6	4
Eclampsia	5	1
Macrosomía fetal	3	1
Distocia cordón	2	1
Embarazo gemelar	2	0
otras	4	2
TOTAL	129	141

El mayor porcentaje de ambos grupos tuvo su segundo parto entre 13 y 24 meses después del primero (36.44% para el grupo de parto vaginal y 30.5% para las cesáreas iterativas).

El tiempo promedio de período internatal fue de 33.8 meses para el grupo de parto vaginal y de 35.9 meses para el de cesáreas iterativas (Cuadro 8).

Seis pacientes del grupo de parto de vía vaginal presentaron complicaciones: 4 alumbramiento incompleto y 2 desgarros perineales de tercer grado.

En el grupo de cesáreas iterativas hubo 7 pacientes con complicaciones intraparto (Cuadro 9).

CUADRO Nº 8

**PARTO EN SEGUNDIGESTA CESAREADA ANTERIOR
PERIODO INTERNATAL**

P. INTERNATAL (MESES)	PARTO VAGINAL Nro.	CESAREA ITERATIVA %	Nro.	%
< 13	2	1.55	6	4.26
13 a 24	47	36.44	43	30.50
25 a 36	42	32.56	37	26.24
37 a 48	22	17.05	27	19.14
> 48	16	12.40	28	19.86
TOTAL	129	100.00	141	100.00

Chi cuadrado = 5.75 p = 0.22 No significativo

Período internatal promedio

- Parto vaginal = 33.88 meses

- Cesárea iterativa = 35.92 meses

CUADRO Nº 9

**PARTO EN SEGUNDIGESTA CESAREADA ANTERIOR
COMPLICACIONES DEL PARTO**

	PARTO VAGINAL		CESAREA ITERATIVA	
	Nro.	%	Nro.	%
SI	6	4.65	7	4.96
NO	123	95.35	134	95.04
TOTAL	129	100.00	141	100.00

Chi cuadrado = 0.014 p = 0.89 No significativo

**TIPOS DE COMPLICACION: P. VAGINAL ITERATIVA
Nro. CASOS (Nro. CASOS)**

Alumbramiento incompleto	4	2
Desgarro perineal III-IV	2	0
Expulsivo prolongado	0	2
Dehiscencia histerorrafía	0	2
Rotura uterina	0	1
TOTAL	6	7

Se presentaron cuatro complicaciones puerperales en el grupo de parto vaginal y 15 en el de las reintervenidas (Cuadro 10).

CUADRO N° 10

PARTO EN SEGUNDIGESTA CESAREADA ANTERIOR
COMPLICACIONES DEL PUERPERIO

	PARTO VAGINAL		CESAREA ITERATIVA	
	Nro.	%	Nro.	%
SI	3	2.32	15	10.64
NO	123	97.68	126	89.36
TOTAL	129	100.00	141	100.00

Chi cuadrado = 7.418 p = 0.007

Diferencia estadísticamente significativa.

TIPOS DE COMPLICACION: P. VAGINAL CES. ITERAT.
Nro. CASOS (Nro. CASOS)

Endometritis	0	5
Infección herida operatoria	0	4
Fiebre puerperal EAD	1	3
Anemia severa	0	2
Dehiscencia episiorrafía	1	0
Absceso de pared	0	1
Eclampsia puerperal	1	0
TOTAL	3	15

El 72% de ambos grupos tuvo hijos con pesos comprendidos entre 3000 y 3999 grs. El porcentaje de nacidos de bajo peso (< 2500 grs) fue de 6.2% para el grupo con parto por vía vaginal y el 4.2% de las reintervenidas.

El promedio de peso para los nacidos de parto vaginal fue de 3238 grs, mientras que para los nacidos por vía abdominal fue de 3364 grs (cuadro 11).

CUADRO N° 11

PARTO EN SEGUNDIGESTA CESAREADA ANTERIOR
PESO DEL RECIEN NACIDO

PESO (Grs)	PARTO VAGINAL		CESAREA ITERATIVA	
	Nro.	%	Nro.	%
< 2500	8	6.20	6	4.26
2500 - 2999	25	19.38	20	14.18
3000 - 3499	51	39.53	58	41.13
3500 - 3999	42	32.56	45	31.92
> = 4000	3	2.33	12	8.51
TOTAL	129	100.00	141	100.00

Chi cuadrado = 6.287 p = 0.18 No significativo

Pesos promedios: Parto vaginal = 3238 grs.

Ces. iterativa = 3361 grs.

La mayoría de los recién nacidos de ambos grupos tuvieron un Apgar mayor o igual a 7 (94.5% para el grupo de parto vaginal y 91.4% para los de cesárea iterativa) como se aprecia en el Cuadro 12).

CUADRO N° 12

PARTO EN SEGUNDIGESTA CESAREADA ANTERIOR
APGAR DEL RECIEN NACIDO

SCORE APGAR	PARTO VAGINAL		CESAREA ITERATIVA	
	Nro.	%	Nro.	%
0	2	1.55	3	2.13
1 a 3	2	1.55	1	0.71
4 a 6	3	2.33	8	5.67
> 6	122	94.57	129	91.49
TOTAL	129	100.00	141	100.00

Chi cuadrado = 2.469 p = 0.48 No significativo

La mayoría de las pacientes del grupo que lograron el parto vaginal salieron de alta en los tres primeros días del puerperio (66.7%); mientras que para el caso de las reintervenidas, cerca del 73% estuvieron hospitalizadas entre 4 y 9 días (cuadro 13).

No se registraron casos de muerte materna.

CUADRO N° 13

PARTO EN SEGUNDIGESTA CESAREADA ANTERIOR
TIEMPO DE HOSPITALIZACION

TIEMPO HOSPTL. (Días)	PARTO VAGINAL		CESAREA ITERATIVA	
	Nro.	%	Nro.	%
< = 3	86	66.67	3	2.13
4 a 6	33	25.58	52	36.88
7 a 9	10	7.75	53	37.59
> = 10	0	0.00	33	23.40
TOTAL	129	100.00	141	100.00

Chi cuadrado = 143.34 p < 0.001

Diferencia estadística altamente significativa

Promedio de hospitalización:

- Parto vaginal: 3.5 días/paciente
- Cesárea iterativa: 8.2 días/paciente.

DISCUSION

La literatura reporta en el año 1938 un informe de Williams, quien pensó que el miometro se regeneraba luego de una cesárea; pero a pesar de esta opinión, y con el paso de los años, fue muy baja la alternativa de parto vaginal luego de una cesárea. No ha sido sino hasta la última década, que se ha demostrado que no existe tal regeneración, sino que se produce una proliferación de fibroblastos en la zona operatoria.

Pese a este concepto erróneo de más de medio siglo encontramos hacia 1984 que solo el 8% de las cesareadas eran sometidas a trabajo de parto, y cerca del 10% de las mujeres con hijos, habían tenido una cesárea previa (2, 3).

Este hecho obligó a los especialistas a tratar de brindar mayores posibilidades de un parto vaginal luego de una cesárea, y a la población obstétrica en general, a la toma de decisiones individuales por cuestiones de costos, recursos y manejo de programas de salud, sin dejar de considerar que la alternativa de un parto vaginal se toma en el 80% de casos bajo la influencia del médico, asociada a algunas razones maternas como el deseo de experimentar un parto vaginal y tener una rápida recuperación (2). Muchos autores reportan que el riesgo relativo de una cesárea iterativa es 5.5 veces mayor que la de un parto vaginal con cesárea previa, es decir, que esta alternativa puede ser muy segura con un control adecuado en el trabajo de parto (1).

De los 270 casos estudiados, 129 tuvieron parto vaginal y 141 fueron sometidas a cesárea iterativa. Llama la atención la ausencia de partos instrumentados que en algunos reportes llega al 30% (2, 6); tal vez por la falta de experiencia del obstetra, o por temor o por preferir la reintervención.

El criterio del servicio es someter a trabajo de parto a toda cesareada anterior que no tenga indicación absoluta de cesárea iterativa, analizando el motivo de la primeta cesárea, tipo de incisión uterina y evolución post-operatoria. No consideramos como causal para repetir la cesárea al período internatal. Sin embargo, algunos profesionales de los turnos de guardia no comparten este criterio, de allí los resultados menores de éxito de parto vaginal con los señalados por otros.

Descartando aquellos casos de indicación absoluta de cesárea iterativa, encontramos una tasa de éxito

de parto vaginal de 55.3%, cifra menor a las mencionadas en otros trabajos, que señalan entre 61 y 80% (1, 2, 3, 4, 6), aunque existen reportes cercanos al 50% en hospitales públicos de USA.

El grupo mayoritario fue de 19 a 24 años, con una edad promedio de 23.5 años para las de parto vaginal y de 25.0 años para las de cesárea iterativa. Debemos señalar el porcentaje de adolescentes de ambos grupos (12.4 y 7.09% respectivamente) que las convierte en un grupo de mayor riesgo, tanto por su edad como por el período internatal corto que generalmente presentan, y que aún es considerado por algunos como indicación de una reintervención.

El 90% de las pacientes fueron mayores de 18 años, entre las cuales, sólo, habían completado su instrucción primaria el 31.8%, lo que refleja la pobre educación de las mismas, y constituye un factor de riesgo que debe tenerse presente cuando se implementan programas educativos y de planificación familiar.

Encontramos que el 90% de las pacientes tuvo un embarazo a término. Hubo 13 casos que requirieron reintervención con productos de pretérmino, casi siempre por una complicación debido a un inadecuado control prenatal.

El diagnóstico de ingreso fue muy variado, siendo los más frecuente, la rotura prematura de membranas, la enfermedad hipertensiva del embarazo y en tercer lugar el sufrimiento fetal agudo. El hecho más resaltante del presente estudio está, en que del total de pacientes reintervenidas, 66 de ellas (46%) no tuvieron ninguna indicación que justificara la cesárea, y sólo por su condición de "cesareada anterior" fueron reoperadas.

Treinta y siete pacientes tuvieron indicación absoluta de cesárea iterativa, por lo que del resto de pacientes sometidas a trabajo de parto lograron un parto vaginal el 55.3%.

Es realmente preocupante que solo el 31% de las pacientes que consiguieron el parto vaginal, y el 19% de las reintervenidas no tuvo control prenatal, cifra mayor a la reportada, que se acerca al 16% (2); a pesar que este grupo de pacientes es considerada como de alto riesgo, y deberían de tener un control estricto durante todo el embarazo. Sólo la cuarta parte de cada grupo tuvo sus controles en el Hospital de Maternidad de Lima. Además, si consideramos que un control prenatal adecuado debe ser de 6 o más visitas, esto sólo

se cumplió en el 24% del primer grupo y en el 27% del segundo. Debemos insistir que un mejor control prenatal puede incrementar la tasa de éxito de parto por vía vaginal en cesareada anterior, ya que muchas condiciones patológicas pueden ser evitables o controlables cuando se cumpla este requisito.

Las causas de la cesárea primaria fueron muy variadas, siendo las de mayor incidencia la estrechez pélvica, distocias de presentación y sufrimiento fetal agudo con 33.

Encontramos que cuando la causa de la primera cesárea fue la presentación podálica, se logró un parto vaginal en el 65%; en los casos de trabajo de parto disfuncional 43% y para el sufrimiento fetal agudo 63%. Estas cifras son muy bajas si las comparamos con las referidas en otros trabajos, que señalan un 90% para el primer caso mencionado, y en 65 y 70% (1, 4) en los últimos.

Es de suma importancia señalar que hubo un alto número de pacientes cesareadas en su primer parto con el diagnóstico de estrechez pélvica (77 casos) de las que en 22 se produjo un parto vaginal con un producto de peso promedio. Es necesario de parte del obstetra, hacer una evaluación minuciosa de la anatomía pélvica de la gestante, así como de la ponderación fetal, pues un mal diagnóstico de "estrechez pélvica" puede llevar a la paciente a cesáreas iterativas sin justificación.

El período internatal fue hasta algunos años una condición que decidía la reintervención, ya que se afirmaba que si este era muy largo o muy corto era riesgoso para brindar la opción de un parto vaginal. Nosotros encontramos que si bien el promedio para ambos grupos es comparable, solo el 25% de las pacientes con un período intergenésico menor de 13 meses consiguió el parto por vía vaginal, y de igual modo solo el 36% cuando dicho período fue mayor de 48 meses, que son los grupos considerados de mayor riesgo. Es necesario hacer estudios más amplios respecto al período internatal, pues la información obtenida es muy escasa y no se puede determinar si este factor de riesgo es real o si sigue siendo solamente el resultado del temor tradicional del obstetra frente a una cesareada anterior, acompañado de la avidez del aprendizaje quirúrgico que suele existir en las instituciones en las que se hace docencia.

La complicación más grave durante el parto fue la rotura uterina, que se presentó en una paciente

(0.37%) y que requirió una histerectomía. La literatura reporta una incidencia entre 0.2 y 0.6% (1, 2, 3, 4, 6). Se señala que la muerte materna o fetal por rotura uterina es poco frecuente, y que el riesgo es mayor en casos de hemorragia por desprendimiento prematuro de placenta o placenta previa (1).

En aquellos casos con trabajo de parto disfuncional el uso de la oxitocina y la anestesia epidural con paciente monitorizada da buenos resultados con partos vaginales (3, 4, 5).

Otra complicación es la dehiscencia de la histerorrafia, que encontramos en dos pacientes (0.75%). Esta información podría estar subvaluada, ya que muchas pacientes que podrían ser sometidas a trabajo de parto son cesareadas a fin de evitar este riesgo potencial. Hubieron seis alumbramientos incompletos (4 post-parto y 2 post-cesárea) que hacen un 2.2%.

En el puerperio hubo una incidencia considerablemente mayor de complicaciones en el grupo de cesáreas iterativas, principalmente las infecciosas (endometritis, infección de herida operatoria y fiebre sin causa aparente). En los partos vaginales las complicaciones de tipo infeccioso fueron menores. Dos post-operadas presentaron anemia severa por sangrado en el curso de la reintervención.

El peso de los recién nacidos de ambos grupos estuvo mayormente comprendido entre 3000 y 3999 grs, con un promedio para el grupo de parto vaginal de 3238 grs y para los nacidos por cesárea de 3361 grs; algo menor de los promedios mencionados en otros trabajos, que son de 3449 grs para el primero y de 3623 grs para el segundo grupo respectivamente. Una consideración importante es que se reporte una clara diferencia estadísticamente significativa entre ambas vías de parto con recién nacidos de peso mayor de 3720 grs (6), aunque hemos tenido en nuestro estudio partos vaginales con recién nacidos de más de 4000 grs de peso. Hubieron 14 recién nacidos de bajo peso (8 por vía vaginal y 6 por cesárea iterativa).

Descartando a los natimueertos, el Apgar al minuto del recién nacido menor o igual a seis fue de 3.88% y 6.38% para cada grupo respectivamente. Es difícil hacer una comparación con otros autores, ya que casi la totalidad de artículos extranjeros utilizan el Score Apgar a los cinco minutos, el cual oscila entre 0.28 y 1.79% (1, 6), que puede explicarse tanto por una recuperación de los productos que han tenido en el

parto una hipoxia moderada, así como por la calidad de la atención perinatólogica.

Fue imposible calcular la Tasa de Mortalidad Perinatal (TMP), ya que no se realiza un adecuado seguimiento de los recién nacidos durante todo este período. Sin embargo, nuestra Tasa de Mortalidad en el período perinatal inmediato fue de 6/270 (22 por mil nacidos vivos), que es mucho mayor que la reportada por otros autores durante todo el período perinatal, que oscila entre 4 y 9 por mil nacidos vivos (1, 6).

Existió una marcada diferencia en el tiempo de hospitalización entre las pacientes de ambos grupos. El promedio para las de parto vaginal fue de 3.46 días/paciente y para las cesareadas de 8.19 días/paciente, hecho que definitivamente es importante en el aspecto de costos para las instituciones de salud.

No se registraron muertes maternas.

CONCLUSIONES

1. El parto vaginal es una segundigesta cesareada anterior es una buena alternativa; y debe efectuarse bajo un control médico estricto.
2. Las complicaciones en el puerperio son mayores en el caso de pacientes reintervenidas.
3. No hay diferencias en las condiciones del recién en las dos formas del parto.
4. El tiempo de hospitalización, y por tanto el costo por paciente es menor en el parto vaginal.

BIBLIOGRAFIA

1. Flamm B. et al. Vaginal birth after cesarean section: Results of a multicenter study. *American Journal of Obstetric and Gynecology* 158 (5): 1079-84. 1988.
2. Kirk E. P., Doyle K., Leigh J., Garrard M., Vaginal birth after cesarean or repeat cesarean section: Medical risks or social realities. *American Journal of Obstetric and Gynecology* 162 (6): 1398-405. 1990.
3. Nielsen T., Ljungblad U., Hagberg G. Rupture and dehiscence of cesarean section scar during pregnancy and delivery. *American Journal of Obstetric and Gynecology* 160 (3): 569-73. 1989.
4. Ollendorff D., Goldberg J., Minogue J., Socol M. Vaginal birth after cesarean section for arrest of labor: Is success determined by maximum cervical dilatation during the prior labor? *American Journal of Obstetric and Gynecology* 159 (3): 636-9, 1988.
5. Silver R., Gibbs R. Predictors of vaginal delivery in patients with a previous cesarean section, who require oxytocin. *American Journal of Obstetric and Gynecology* 156 (1): 57-60. 1987.
6. Yetman T., Nolan T. Vaginal birth after cesarean section: A reappraisal of risk. *American Journal of Obstetric and Gynecology* 161 (5): 1119-23. 1989.