

Una cesárea anterior: ¿parto vaginal o cesárea? “Una reflexión a lo colombiano”

Desde 1916 cuando Edwin Cragin preconizó el: “UNA VEZ CESAREA SIEMPRE UNA CESAREA” han pasado varias décadas en las cuales siempre se ha optado por dicha conducta en la gestante con antecedente de una cesárea. Se ha insistido en las ventajas, riesgos o contraindicaciones del trabajo de parto y la vía vaginal, y la mayoría de las escuelas de Ginecología y Obstetricia han difundido las guías para este manejo especial.

En los últimos 20 años se ha observado un aumento alarmante de los índices de Operación Cesárea en Latinoamérica. Se reportan cifras las cuales oscilan entre un 20%, 35%, 40% y hasta 70%. Se sabe de las diferencias existentes entre las Instituciones Privadas y Públicas, y como el antecedente de una cesárea representa la primera indicación con el 25-35% de las intervenciones.

El país no se escapa a estas circunstancias las cuales se aprecian con índices para los años 1977-1979 del 5.8% al 9.4%; entre 1981 - 1985 del 17.5% y a partir de 1993-1995 un incremento al 30.2%.

Específicamente en cuanto al manejo de la gestante con antecedente de una cesárea son muchos los mitos revaluados y varias las realidades demostradas.

El éxito en el parto por vía vaginal en países en vía de desarrollo es menor, que en los países desarrollados. Como factores de seguridad a la vía natural se menciona como pronóstico malo, la indicación de la primera intervención como desproporción cefalo-pélvica o una inducción fallida. De otro lado el antecedente de un parto por vía vaginal se considera de buen pronóstico y no así el número de cesáreas previas.

Es cierta la posibilidad entre un 66% a 74% de terminar con parto vaginal cuando el trabajo se inicia espontáneamente; pero las pruebas de trabajo no culminan satisfactoriamente en países en vía de desarrollo: solamente en un 10 a 15%, en contraposición a un 85% reportadas en los más adelantados.

Lo anterior podría reflejar la tendencia observada en nuestro medio hacia la cesárea electiva. En cuanto a los riesgos de rupturas o dehiscencias de la cicatriz anterior, de igual manera se han publicado e informado resultados mediante los cuales se ha demostrado como la posibilidad de rupturas espontáneas anteparto son poco frecuentes y la frecuencia de dehiscencias o rupturas oscilan entre el 0.5 al 2%, lógicamente que el antecedente de la incisión corporal si aumenta dicho riesgo. Por otra parte no hay incremento del mismo por el antecedente de infección y el efecto de acortar el período expulsivo no es significativo. Aún se interroga el efecto de la sobredistensión o el intervalo corto entre las gestaciones.

En relación a la ocitocina, no existe una razón fisiológica o fisiopatológica o publicación científica que evidencie si la respuesta del útero humano sería adversa en mayor o menor cuantía a la ocitocina endógena o agentes exógenos por el antecedente de tener una incisión previa.

Las opciones de inducción o refuerzo han tomado auge, claro que con las diferencias existentes de institución a institución, públicas o privadas.

Es importante resaltar que en cuanto a morbilidad y mortalidad materna no existe relación significativa en cualquiera de las dos posibilidades; pero ni el parto por vía vaginal ni la cesárea iterativa están libres de riesgos para el feto; es más la morbilidad fetal se aumenta en la cesárea electiva.

Entonces de nuevo cabría la pregunta, de mucho tiempo atrás: ¿A quiénes se les permitía la prueba de trabajo de parto?

Analizando puntos de acuerdo se entrarían a considerar los siguientes: Un consentimiento informado - No indicaciones adicionales - Antecedentes - Disponibilidad de recursos tanto humanos como locativos incluyendo bancos de sangre - Vigilancia materna estricta - Vigilancia fetal con monitoreo continuo durante todo el trabajo de parto.

En las anteriores circunstancias de todo lo mencionado la recomendación o conclusión sería "No más cesáreas electivas". Hasta aquí nos encontraríamos en el terreno de lo ideal y es por esto que haciendo énfasis al título de esta reflexión la historia continúa analizando a lo "colombiano" el tema sobre tres puntos de vista: -La actitud médica, - La actitud de las gestantes y su familia, - La actitud del médico.

Interrogantes a plantear desde el primer punto:

Con la mano en el corazón realmente a nivel de nuestros obstetras y ginecólogos de los docentes y disidentes, se cuenta con la suficiente dedicación y paciencia; se tiene tiempo para controlar el trabajo de parto o sin premura del mismo y sin compromisos laborales, se puede programar la intervención a horas y días más cómodos; como andamos de horarios; persisten las diferencias entre el ejercicio privado y el institucional y ¿qué sucede con las implicaciones médico-legales? ¿En dónde se encuentran las relaciones de las universidades, las sociedades científicas y el Estado. La unión de los obstetras y ginecólogos y la reglamentación del ejercicio de la especialidad?

¿Qué piensan ellas?: Independientemente del nivel socio-económico y cultural, cada vez progresan más los condicionamientos pre-establecidos hacia la repetición de la intervención que el parto por vía vaginal; qué ha sucedido con la relación médico paciente y no se puede dejar de comentar que "Las gestantes y sus fetos siempre tienen la razón".

De hecho no podría faltar lo relacionado a las condiciones de cambio de modalidad de atención en salud, tipos de contratación, productividad. Costos, oferta versus demanda, fruto de la reforma en seguridad social con deterioro de la calidad de atención y de la docencia. Condición ésta última en contraposición a la alarmante aprobación de facultades de Medicina y con la disminución cada vez mayor de los presupuestos para la salud y la educación.

Se insiste en las condiciones de recursos humanos: Suficiente personal capacitado en salas de trabajo de parto y cirugía de urgencia para un adecuado seguimiento y control.

La importancia de los bancos de sangre, monitores de la frecuencia cardíaca fetal continua, diligenciamiento de los programas, salas de cirugía disponibles, en fin...

Para terminar y a pesar de los conocimientos de los riesgos y beneficios tanto del parto por vía vaginal y/o la cesárea iterativa I para la madre y el feto y con la tendencia mundial de disminuir los índices de la Operación Cesárea, no será que a las puertas del próximo siglo y nuevo milenio, en relación al manejo de la Cesárea anterior en nuestro país continuaremos como Edwin Cragin en 1916 "Una vez cesárea siempre una cesárea".

"No hay verdad absoluta, pero fuimos sinceros en lo que expresamos ahora"

DOCTORA MARIA TERESA PERALTA ABELLO
 Profesor Asociado. Departamento de Obstetricia y Ginecología,
 Facultad de Medicina - Universidad Nacional de Colombia.
 Presidente Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología -ASBOG-
 Presidente del Tribunal de Ética Médica de Santafé de Bogotá.