

TRABAJO PRÁCTICO  
Parto Vaginal después de Cesárea  
(PVDC)

Introducción

Los humanos nos equiparamos a los mamíferos en el proceso del nacimiento, pero la irrupción de la ciencia y la tecnología alrededor del embarazo, el parto y la lactancia han generado una distorsión enorme en los procesos que compartimos con ellos. Las hormonas que participan en la reproducción sexual, el parto y la lactancia se liberan en las estructuras más primitivas de nuestro cerebro, el sistema límbico, que incluye el tálamo, el hipotálamo y la amígdala cerebral y regula las emociones, la memoria, el hambre y los instintos sexuales. El parto es un proceso involuntario.

Las mujeres, para gestar un bebé y transitar el embarazo, no necesitan “hacer nada” (siempre que el embarazo sea sano): basta con escuchar su cuerpo y responder a sus necesidades. Estudios recientes tratan de probar si es el bebé quien emite la primera señal para que se desencadene el proceso del parto. Hasta ahora, lo que se sabía es que mediante contracciones del útero, empuja, aprieta y presiona al bebé, marcando el camino y determinando el momento de nacer. Mientras esto sucede, la mujer, tranquila, bien acompañada, contenida, con libertad de movimiento, sólo necesita transitar éste proceso, atravesar las contracciones de la manera más confortable posible. Las mujeres saben parir, cuentan con esa capacidad.

El trabajo de parto no es una urgencia ni una emergencia, y dependiendo de cada mujer, puede durar pocas o muchas horas, e incluso días: cuando el proceso no es intervenido, solo resta acompañarlo.

El parto fisiológico requiere muchas condiciones similares a las de una placentera relación sexual: intimidad, un ambiente con temperatura y sonidos agradables, comodidad para atravesar las contracciones en las posiciones que el cuerpo le pida, en compañía de quienes ella elija, y sobre todo, tiempo, todo el que sea necesario.

El proceso requiere de un cóctel de hormonas y no es casual que esas mismas hormonas (oxitocina, prolactina, endorfinas, adrenalina, entre otras), sean las que participan en las relaciones sexuales, parto y lactancia.

Durante la fase activa del trabajo de parto, la mujer tiene su mayor actividad en lo que se denomina cerebro primitivo, y se lo llama así porque es el que compartimos con todos los mamíferos. Pero los humanos tenemos muy desarrollado el neocórtex, encargado del razonamiento, el lenguaje, la cognición y los movimientos voluntarios. Si durante el parto se activa esa zona cerebral y sus funciones, se inhiben los procesos involuntarios que se están dando en esa fase, es decir, las contracciones.

En el siguiente trabajo, abordaremos el tema de PVDC, los mitos, el valor emocional que tiene para la mujer que lo desea, como también información necesaria y aspectos a tener en cuenta para poder lograrlo.

***¿Qué estímulos inhiben el proceso de trabajo de parto?***

TRABAJO PRÁCTICO  
Parto Vaginal después de Cesárea  
(PVDC)

*El lenguaje racional*

Se refiere a todo lo que son preguntas de datos concretos que suelen hacerse en las clínicas y hospitales, instando a la mujer a estar presente, a que “no se vaya”.

La partera, muchas veces toma el rol de dirigir, indicar, emitir órdenes. “No grites”, “Pujá”, “Mirame”, funcionando como estímulo inhibitorio.

*Sentirse observada*

Michel Odent, (médico cirujano y obstetra francés, pionero en investigaciones sobre nacimiento respetado) explica que hay muchos estudios que evidencian los efectos neurohormonales de la presencia de un observador, ya que la falta de privacidad durante el proceso fisiológico del parto estimula el neocórtex.

Tanto Odent, como muchos profesionales que acompañan partos en domicilio señalan una conducta que se repite en este tipo de partos: las mujeres van moviéndose dentro de su hogar y muchas veces terminan el período expulsivo en algún lugar pequeño, rincón casi insólito, como la esquina de un ambiente o un baño.

*Monitoreo constante*

Todo lo relacionado con el control de las funciones corporales mediante datos, frecuencia cardíaca del bebé, etc. Estimula el neocórtex y despierta la alerta de que algo malo será avisado a través de las mediciones: eso es, naturalmente, un factor inhibitorio.

*Luz*

En los últimos tiempos, algunos médicos han comenzado a acceder a los pedidos de las mujeres por parir bajando las luces, para crear la sensación de calidez e intimidad necesaria para que el parto se produzca

*El dolor*

No nos referimos al dolor propio y necesario del parto, sino al sufrimiento que se puede evitar y que es causado por:

- *La vía*, que se coloca en el brazo para poder pasar suero, oxitocina, analgésicos, etc, que muchas veces molesta, duele, tira o incomoda al moverse.
- *Los tactos*, rutina que en general se usa abusivamente. No debería ser utilizada en forma repetida, ni por diferentes profesionales. Debería hacerse con delicadeza y cuidado, ya que lo más frecuente es que duela y que la zona uterina quede resentida por la violencia con que se suele practicar. Estresa a la embarazada y genera ansiedad, ya que la pone en alerta acerca de su dilatación y cuando se le menciona que el proceso “no progresó” o que “va muy lento”.
- *Desprendimiento de membranas*, es una práctica que se lleva a cabo como acelerador del proceso de parto, implica tocar la bolsa que rodea al útero con el objetivo de desprenderla para “mejorar” las contracciones.

TRABAJO PRÁCTICO  
Parto Vaginal después de Cesárea  
(PVDC)

- *Rotura de bolsa uterina*, es una práctica molesta e invasiva que acelera las contracciones y se asocia con un consiguiente aumento de ritmo, que suele conducir a su vez al pedido de anestesia por parte de las mujeres, generando lo que llamamos "*cadena de intervenciones*".
- *La anestesia epidural*, hay que remarcar dos cuestiones: el dolor del pinchazo, que depende del anestesista, y la tensión que rodea la aplicación de la anestesia. Nada de esto puede ser relajado y fluido.
- *La maniobra de Kristeller*, se utiliza cuando se presuponen complicaciones en el momento expulsivo del parto. La realiza una enfermera o médico corpulento, ejerciendo una fuerte presión sobre el fondo del útero para generar que el bebé se encaje en el canal de parto o bien asome su cabeza. Es tan violento como suena, causa dolor físico y muchas veces miedo.
- La incomodidad, la posición antinatural en la que está la mujer (en general acostada sobre la camilla), la presencia de extraños, el frío o calor que siente y la negativa a permitirle que ingiera líquidos y/o alimentos durante el trabajo de parto.

### **Cadena de intervenciones**

La llamada cadena de intervenciones, es el conjunto de acciones que interfieren en el trabajo de parto generando consecuentemente, la necesidad de realizar nuevas intervenciones.

Comencemos por la primera de las situaciones: la salida desde la casa, que es un lugar seguro, cómodo y conocido, hacia la institución. Una vez que la mujer entra en la institución pierde la privacidad e intimidad, le hacen preguntas, recibe indicaciones e incluso órdenes de personas desconocidas que activan su adrenalina. Muchas veces el progreso del trabajo de parto y dilatación, sobre todo si está recién empezando, se detienen al llegar allí.

Sumemos la falta de libertad de movimiento, ya que, salvo excepciones, al ingresar estarán acostadas y colocarán el cinturón de monitoreo. Tampoco pueden comer y beber, lo cual muchas veces se traduce en largas horas de ayuno y sed. También les colocarán la vía en el brazo y lo más habitual es que después de muy poco tiempo les pasen a través de ella oxitocina sintética para acelerar el proceso. Este químico conlleva distintos efectos colaterales:

- Incremento de la necesidad de analgesia por el aumento del dolor.
- Mayor aceleración en la frecuencia de las contracciones.
- Mayor riesgo de rotura uterina (especialmente en mujeres con cesárea previa).
- Mayor riesgo de sufrimiento fetal. Es importante que se sepa que en la mayoría de estos casos, el sufrimiento del bebé está directamente relacionado con la oxitocina sintética y falta de libertad de movimiento.
- Mayor riesgo de hemorragia post parto.
- Mayor tasa de partos instrumentales (uso de fórceps) o cesáreas.

TRABAJO PRÁCTICO  
Parto Vaginal después de Cesárea  
(PVDC)

Por lo tanto, cuando se usa oxitocina sintética hay que monitorear de manera continua la frecuencia cardíaca fetal, para poder advertir enseguida si las contracciones lo perjudican. Esto implica que se verá comprometida la movilidad de la embarazada y deben estar atadas al monitor mediante cables, con el consiguiente aumento del dolor, incomodidad, dificultad para el descenso del bebé, etc, que esto conlleva.

Todo este escenario está acompañado por la falta de libertad de movimiento para buscar posiciones que ayuden a transitar la contracción, además de la presión ejercida por quienes están esperando y las apuran para que dilaten. Se realizan los tactos, informando falta de progreso, de la necesidad de agregar más oxitocina.

Generalmente al llegar a este punto se rompe artificialmente la bolsa de agua, lo que genera más contracciones y hace que necesite anestesia peridural para poder seguir. Según la dosis que se administre, podrá continuar teniendo registro de su cuerpo y disminuirá el dolor; en este caso es factible lograr parir vaginalmente. Pero muchas veces quedará con sus piernas y zona baja sin sensibilidad, lo que hace que no se sientan las contracciones ni la necesidad de pujar. Le comunican que a su bebé le están bajando los latidos. Es cierto que este dato en algunos casos puede ser un indicador de riesgo, pero en muchos otros casos se lo utiliza como argumento para terminar con el intento de parto vaginal.

La posición para parir que aún se utiliza en la mayoría de las instituciones médicas se llama litotomía e implica estar acostada boca arriba con las piernas en los estribos. Así se ven obligadas a empujar al bebé por el canal de parto aplastado por el peso del cuerpo y en contra de la gravedad, y esto aumenta la necesidad de ayuda para sacar al bebé: maniobras manuales, tironeos e incluso el uso de fórceps. Y la intervención más invasiva y brutal, la maniobra de Kristeller.

Lo más importante es comprender que en la cascada de intervenciones cada práctica obliga y justifica la siguiente; es una escalada que conviene no iniciar o hacerlo con sumo criterio. Es importante aclarar que algunas de estas intervenciones pueden ser recurso útil y ser bien utilizadas por médicos partidarios de respetar los tiempos de los procesos fisiológicos.

## **LA CESÁREA**

La cesárea es un importante y maravilloso recurso de la ciencia médica: una cirugía que nació para salvar la vida de madres y bebés en partos complicados o en casos en los que no es posible el nacimiento por vía vaginal.

Las cesáreas fueron aumentando a lo largo de los años, a nivel mundial: pasó de ser un recurso a convertirse en un modo predominante de nacer, en muchos casos sin que hubiera motivos médicos que la justificaran.

TRABAJO PRÁCTICO  
Parto Vaginal después de Cesárea  
(PVDC)

Lo que era un recurso ante situaciones graves, pasó a ser una práctica abusiva e indiscriminada, que va acompañada con el contexto cultural que lo permite, sostiene y fomenta.

La presión social o del propio profesional, la desconexión con nuestros cuerpos, la distancia con lo natural, el desconocimiento total de los procesos fisiológicos y sus beneficios, y la falta de información sobre las consecuencias de ésta intervención, para nosotras y para nuestros hijos, hacen que muchas veces elijamos atravesar una cesárea cuando no es necesario.

¿Cuándo sí es necesaria la indicación de una cesárea?

- Desprendimiento de placenta
- Placenta previa oclusiva total
- Prolapso de cordón umbilical
- Cuadros graves de hipertensión gestacional
- Situación transversa (cuando no se realice una versión externa)
- Tumores que obstaculicen el paso del bebé
- Verdadera desproporción cefalopélvica
- Rotura de útero
- Madres con HIV (depende la carga viral al momento del parto)
- Enfermedad materna que no permita realizar el trabajo de parto

Cuando la cesárea es realmente necesaria, cabe preguntarse cómo puede la mujer atravesarla de la mejor manera y qué puede hacer para que el cambio no sea tan abrupto para el bebé. Podemos modificar las condiciones dentro de la intervención y así mejorar esta experiencia.

### RIESGOS DE CESÁREA PARA LA MAMÁ

- La cesárea conlleva un riesgo de mortalidad materna que es de 5 a 7 veces superior al parto vaginal.
- Las complicaciones durante y después de la cirugía incluyen daño quirúrgico de la vejiga, el útero y las venas; hemorragia; accidentes relacionados con la anestesia; embolias en las piernas; embolia pulmonar; parálisis de la vejiga, e infecciones.
- Al igual que en cualquier cirugía abdominal, las cicatrices internas pueden provocar dolor pélvico, dolor durante las relaciones sexuales y problemas intestinales.
- Las consecuencias reproductivas, comparadas con el parto vaginal, incluyen una mayor infertilidad, abortos espontáneos, placenta previa, desprendimiento de placenta y partos prematuros.
- La probabilidad de que haya dificultades de recuperación en el postparto se incrementa.
- La probabilidad de que haya dificultades en el apego con el bebé es mayor debido a la falta hormonal que lo induce.

TRABAJO PRÁCTICO  
Parto Vaginal después de Cesárea  
(PVDC)

- Por tratarse de una cirugía mayor, hay más probabilidades de sostener menos tiempo al bebé y de amamantar con menos frecuencia.
- La probabilidad de separación y de ingreso a unidad neonatal por falta de adaptación crece al no atravesar canal de parto.
- La probabilidad de ingreso a terapia por falta de adaptación es más grande debido a la prematuridad (sobre todo en cesáreas programadas en la semana 37-38)
- Las probabilidad de que haya dificultades para el inicio y establecimiento de la lactancia, se incrementa. Como también la bajada de leche.
- Una de cada diez mujeres reportan dificultad para realizar actividades normales dos meses después del parto.
- Una de cada cuatro, reporta dolor en el lugar de la incisión como un problema grave.
- Las mujeres que tienen una cesárea requieren ser re-hospitalizadas dos veces más que las que tienen un parto vaginal.
- La cesárea suele tener varias consecuencias emocionales: las mujeres tienden a experimentar emociones negativas, que incluyen baja en la autoestima, una sensación de fracaso, pérdida de control y desilusión.
- La propensión a desarrollar depresión postparto o síndrome de estrés postraumático crece.

#### RIESGOS DE LA CESÁREA PARA EL BEBÉ

- Algunos bebés nacen prematuramente. Por lo tanto pueden experimentar problemas para adaptarse a la temperatura, respiratorios y en la lactancia.
- Dos bebés de cada cien son cortados accidentalmente durante la cirugía.
- Los que nacen por cesárea (sea por elección o por razones no relacionadas con el bebé) tienen 50% más posibilidades de tener puntuaciones bajas en el test de Apgar, cinco veces más necesidad de recibir asistencia para respirar y cinco veces más propensión a ser internados en terapia intensiva o intermedia.
- Los bebés que nacen por cesárea por elección tienen cuatro veces más posibilidad de desarrollar hipertensión pulmonar persistente que los nacidos por parto vaginal.
- Son menos propensos a ser amamantados.
- La falta de pasaje por el canal de parto altera el equilibrio óptimo para la salud de la microbiota porque los bebés no se contaminan con las bacterias de su madre, que colonizan sus intestinos inmediatamente después del parto vaginal.
- Muchos estudios vinculan este desequilibrio de la microbiota con enfermedades como obesidad, trastornos metabólicos y autoinmunes, como la celiaquía, las alergias alimentarias, patologías como el síndrome de déficit atencional y trastornos de espectro autista.
- Algunas investigaciones plantean que se produce una modificación genética en el ADN de los niños nacidos por cesárea que los vuelve más sensibles a enfermedades inmunológicas.

TRABAJO PRÁCTICO  
Parto Vaginal después de Cesárea  
(PVDC)

El trabajo de parto no es solo de la mujer: el bebé recibe señales de que es hora de buscar la salida y comienza su recorrido realizando el esfuerzo necesario para lo que vendrá. duración y evolución del trabajo de parto lo prepara para su vida fuera del útero. Las hormonas del parto ponen a punto su organismo para la vida extrauterina, especialmente sus pulmones y su cerebro, y lo preparan psicológicamente para su nuevo estado y para establecer el vínculo con su madre.

Efectos del trabajo de parto en la mamá:

- . Mejora la presión arterial
- . Mejora el aporte de oxígeno a la placenta y el bebé.
- . Mantiene los niveles de azúcar en la sangre.
- . Va adelgazando el segmento inferior del útero. En caso de que exista necesidad de realizar una cesárea será menos riesgoso, porque el músculo es menos grueso, y la recuperación será más rápida.

Efectos del trabajo de parto en el bebé:

- . Expulsa todo el líquido del pulmón.
- . Mejora la oxigenación general y cerebral.
- . Mejora su alerta.

El hecho de no haber comenzado el trabajo de parto afecta el intercambio hormonal necesario como cierre de la gestación intraútero. Entre las que participan, además de la oxitocina, se encuentran hormonas del estrés, como el cortisol y la catecolamina, que participan del proceso de maduración del bebé que está por nacer, especialmente a nivel circulatorio, metabólico, respiratorio y relacional.

Michel Odent afirma que las hormonas del estrés liberadas durante el trabajo de parto permiten la producción de varias proteínas que afectan el desarrollo del hipotálamo (encargado de regular el apetito, los ritmos circadianos, responder al estímulo del sentido del olfato, entre otras funciones) y del cerebro.

Varios estudios han investigado la asociación entre la vía de finalización del parto y el riesgo de desarrollar depresión postparto debido a que la ausencia del pico de oxitocina endógena propia del parto, en los nacimientos por cesárea genera mayores dificultades en el vínculo y en el reconocimiento del hijo/a como propio.

## **JUSTIFICACIONES RELATIVAS MÁS HABITUALES PARA REALIZAR UNA CESÁREA**

### **CESÁREA PREVIA**

Una cesárea previa no es motivo para siguientes cesáreas. Sigue estando recomendado el parto vaginal después de cesárea porque sigue siendo menos peligroso (tanto para madre como para bebé) que realizar otra cesárea. El riesgo de rotura uterina tras una o más cesáreas (0,4% y 0,8% respectivamente), sigue siendo menor que, por ejemplo, el riesgo de

TRABAJO PRÁCTICO  
Parto Vaginal después de Cesárea  
(PVDC)

muerte fetal con la amniocentesis (estudio de punción uterina para análisis del líquido amniótico 1-2%).

La cesárea previa implica que la mujer posee una cicatriz en el útero y que por tanto al no estar "intacto" debe ser cuidado de forma especial durante el parto con el fin de minimizar los riesgos de sufrir una rotura de útero durante el proceso de parto. Esto significa que el parto debe ser intervenido lo mínimo posible y que todo lo que se ha demostrado importante para reducir el riesgo de complicaciones en un parto normal (ej. evitar inducciones, favorecer la libertad de tiempo y movimiento en dilatación y expulsivo, intimidad, empoderamiento) deben promoverse aún más en un PVDC.

### PELVIS ESTRECHA / BEBÉ GRANDE

"Tienes una pelvis estrecha" "El percentil da que es un bebé muy grande" "es demasiado grande para el canal de parto" son algunas de las frases que madres con éste diagnóstico han escuchado.

Conozcamos algunos datos:

- La *relaxina* es una hormona producida por el ovario y la placenta durante el embarazo, que ablanda los ligamentos de la pelvis para que seamos capaces de 'abrirnos' para dejar paso al bebé en el momento del parto (por ese motivo también nos puede doler esa articulación durante y después del embarazo).
- En la posición de cuclillas se abre la pelvis un 33% más que en otras posturas durante el parto. Aunque en realidad, la libertad de movimiento a la hora de elegir una postura, para que cada mujer dé a luz según su propia fisonomía, es la mejor opción para conseguir parir bebés grandes (y pequeños).
- Los bebés nacen con fontanelas (su cráneo se compone de 5 placas y no está cerrado completamente al nacer) para que éstas puedan solaparse y adaptarse al canal de parto. Por tanto, la medida del cráneo del bebé, aún sin cerrar, se hace más pequeña para poder nacer.

Pocas cosas (como una rotura de coxis con luxación mal curada o una deformidad de la pelvis causada por desnutrición o mal crecimiento), pueden impedir de verdad el parto vaginal.

Y por esos mismos motivos, ni las radiografías, ni las mediciones durante la gestación resultan acertadas para 'predecir' el parto y aconsejar una cesárea por 'bebé grande' o "pelvis estrecha". Tanto la cabeza del bebé como el canal de parto y pelvis cambian durante el momento del parto.

El peso calculado en las ecografías no es exacto. Se toman mediciones que luego son trasladadas a una tabla de valores que estiman un peso, pero la realidad es que nadie pesa a ese bebé. Los errores en los pesos de los bebés llevan a estimaciones innecesarias de partos complicados por macrosomía. Existen innumerables casos donde los partos se indujeron o se programaron cesáreas por tamaño donde los bebés estaban pronosticados para pesar sobre los 4 kilos y nacieron con pesos significativamente menores.



TRABAJO PRÁCTICO  
Parto Vaginal después de Cesárea  
(PVDC)

BEBÉ QUE 'NO BAJA' o 'SE QUEDA ATASCADO'

Este punto es de una valoración interesante para las mamás sobre todo. No solamente los bebés pueden no colocarse en el canal de parto hasta iniciado el trabajo, sino que en éste aspecto la posición en la que las mamás paren es de vital importancia.

La libertad de movimiento es indispensable.

Es infinitamente más fácil para el bebé descender por el canal de parto y nacer si su madre lo ayuda moviendo y rotando la cadera y en una posición más vertical. Con ello sumado a la misma gravedad, se ayuda a que el bebé descienda con más facilidad.

Es muy común escuchar casos donde se ha dejado a las madres en camilla, con vía de suero, por horas esperando que el bebé baje sin éxito. Por ésta razón también se autorizan maniobras invasivas y peligrosas, como la de Kristeller, que no benefician el trabajo y ponen en riesgo el parto.

GESTACIÓN PROLONGADA / PLACENTA ENVEJECIDA

El embarazo a término se considera desde la semana 38 hasta la semana 42 de la gestación. Antes de la semana 38 el bebé no está listo ni preparado para la vida en el exterior, por lo que sacarlo sin una indicación real antes, puede acarrear serios problemas de salud, ya que ése bebé podría encontrarse de menos semanas de gestación, y terminar naciendo con una edad prematura.

Cuando el bebé está preparado, nace. Sacarlo antes si ambos se encuentran bien, no tiene ningún sentido. Y da igual que estemos en la semana 39 que en la 42, nace cuando está listo para nacer.

La convención de que el embarazo dura 40 semanas la instauró un ginecólogo alemán a comienzos de 1800 (*Franz Karl Naegele 1778-1851, quien desarrolló la llamada Regla de Naegele*). Simplemente, afirmó que un embarazo debería durar diez meses lunares, o lo que es lo mismo, 10 meses de 4 semanas cada uno. Sin embargo, investigaciones más recientes, en el que se hicieron seguimientos a mujeres blancas sanas descubrieron que el embarazo en madres primerizas dura en promedio ocho días más, y en mujeres que habían parido anteriormente la media era de tres días más. Y si además tenemos en cuenta que nuestra fecha de parto puede no ser exacta, aunque más tarde la regulen según medidas en la primera ecografía, realmente comprendemos que no hay razones para apresurar los partos.

El posible problema en las gestaciones que exceden las 40 semanas, es la calcificación (*envejecimiento*) de la placenta. Cuando la placenta se calcifica, no le aporta ni los nutrientes ni el oxígeno necesarios al bebé. De todas formas antes de afirmar tal cosa, han de hacerse pruebas. Un dato interesante a tener en cuenta: las placentas de madres fumadoras se calcifican antes, por ese motivo suelen tener bebés de bajo peso e incluso prematuros.

Ha de tenerse en cuenta que todas las placentas comienzan a envejecer cuando se acerca el momento del parto. Los monitoreos constantes y la información indicada proveen excelentes herramientas para controlar el estado de la placenta en las últimas instancias del embarazo.

TRABAJO PRÁCTICO  
Parto Vaginal después de Cesárea  
(PVDC)

### FIEBRE MATERNA y ROTURA DE BOLSA

La fiebre materna en el parto se suele dar por dos factores principalmente: tactos vaginales con la bolsa rota y muchas horas con la epidural puesta. Se produce en el 15% de los casos, si la epidural se mantiene durante más de 4 horas, pero el porcentaje aumenta con el tiempo. A más horas de epidural, más riesgo de fiebre. Por tanto, es útil conocer algunas terapias alternativas para reducir el dolor y aguantar el máximo sin epidural (en esta instancia se pueden evaluar ejercicios de respiración, aromaterapia, colorterapia, visualizaciones y meditación, muchas veces incluidas o recomendadas en la formación de Doulas)

Romper bolsa no indica que el parto deba iniciarse de inmediato. Podemos esperar en casa 24 horas y en el hospital hasta las 72 h después de la rotura. Si no se hacen tactos innecesarios y no hacemos inmersiones en agua, apenas hay riesgo de infección, ni por tanto necesidad de inducción o cesárea.

Algo a tener en cuenta es el color del líquido amniótico al momento de la ruptura de bolsa. Si el color del líquido es transparente, podemos seguir esperando, ya sea en el hogar o en el hospital o clínica. Si el color es verdoso, transparente, muy similar a un “té cocido”, quiere decir que había meconio, pero viejo. La alerta, por la cuál se debería ir pronto al hospital o clínica, es si el líquido, sale de un color verde muy oscuro y espeso. Es señal de que es meconio nuevo, que el bebé está produciendo en ese momento, y puede correr riesgo, y seguramente ahí si, se indique una cesárea.

### VUELTAS DE CORDÓN

No sabremos si realmente, las vueltas de cordón, son un impedimento hasta comenzado el trabajo de parto, por lo que programar una cesárea antes de saberlo no tiene sentido (luego estamos a tiempo de realizar cesárea si es realmente necesaria).

El bebé se mueve dentro del vientre de la madre por lo que el cordón se va enrollando y desenrollando alrededor de su cuerpo, de su brazo, de su pierna o de su cuello, pero esto no provoca ninguna molestia en el bebé durante el embarazo. Sólo en algunas ocasiones puede verse mediante ecografía.

El cordón umbilical se llena de una jalea elástica que hace que sea prácticamente “incomprimible”, manteniendo así, los vasos sanguíneos bien protegidos. Por eso en situaciones normales, circulares de cordón (sean cuantas sean), no tiene ningún significado y no son indicaciones de cesáreas.

Además el bebé es oxigenado por el propio cordón y no respira por la tráquea, imposibilitando que sea “ahorcado”.

En el parto, el médico puede ver la vuelta (o vueltas) del cordón al asomar la cabeza del bebé, lo cual se soluciona con una maniobra muy sencilla: colocando el dedo entre el cuello y el cordón para deshacer la circular mientras el niño sale. Al ser gelatinoso y se desliza fácilmente. Si no fuera tan fácil porque estuviese algo apretado, se pinza el cordón y se corta mientras está saliendo el bebé.

TRABAJO PRÁCTICO  
Parto Vaginal después de Cesárea  
(PVDC)

En el caso de que el cordón esté muy apretado y que al descender por el canal de parto se tensara disminuyendo el flujo de sangre, el bebé estará en todo momento controlado mediante monitor para detectar cualquier signo de sufrimiento fetal.

En caso de presentarse alteraciones en el ritmo cardiaco se valorará practicar una cesárea, pero como dijimos antes, en más del 90 por ciento de los casos la circular de cordón en el cuello del bebé se resuelve sin mayores complicaciones.

### POSICIÓN NALGAS/ EMBARAZO MÚLTIPLE

Los bebés en posición de nalgas y los embarazos gemelares requieren una atención especial pero pueden desarrollarse de forma completamente normal.

La posición podálica o de nalgas a término no justifica la cesárea. Si nuestro médico nos dice que las nalgas son irremediablemente una cesárea, el problema real no es que no se pueda o no se deba parir un bebé de nalgas, sino que él/ella no está capacitado para realizarlo. El parto de nalgas o podálico tiene un riesgo un poco más elevado que el parto cefálico, pero a pesar de ello, sigue siendo un riesgo mucho inferior al de realizar una cesárea. (También se puede realizar una versión cefálica externa)(ver Anexo)

Los partos múltiples de gemelos/mellizos también se pueden realizar sin más complicaciones. Si bien es cierto que un parto gemelar requiere una vigilancia más constante (sobre todo en el segundo bebé), sigue siendo más seguro el parto que una cesárea, siempre que no existan otras complicaciones que justifiquen la cesárea directamente.

### NO PROGRESIÓN / NO DILATACIÓN / PARTO 'ESTANCADO' / HERENCIA

Todas las mujeres del mundo dilatan. No existe ninguna enfermedad o patología que le impida a una mujer dilatar en el parto. Muy pocas no pueden parir, y son casos que se reducen a malnutrición o rotura mal soldada de coxis.

Como mencionamos antes, se necesita de un espacio, intimidad, tranquilidad, para que un trabajo de parto prospere, si eso no ocurre, la mujer se bloquea y se estanca la dilatación, o directamente no comienza.

Se puede deber a un bloqueo de la mamá, a las prisas a las que la están sometiendo, a niveles altos de estrés, a nervios, a miedo, a invasión de su intimidad, a falta de respeto y cuidado a la hora de tratarla, a “ningunearla” e “infantilizarla”.

A la mujer se le debe dar información, asistencia adecuada para poder elegir cómo y con quien quiere estar.

Un parto largo tampoco es indicativo de cesárea. En primer lugar, porque muchos partos comienzan a contarse horas cuando aún no han comenzado realmente. El parto comienza a partir de los 3 cm de dilatación. Cuando ya estemos seguras de ese punto, hemos de tener en cuenta que el parto es un proceso lento, que requiere tiempo, y que es perfectamente normal que una primeriza se pase 12-14 horas de parto. Pero es que eso tampoco es indicativo de nada, lo más razonable es no alarmarse antes de tiempo, descansar mientras se pueda y aprovechar, para tomar fuerzas y poder afrontar el parto aunque sea largo.

TRABAJO PRÁCTICO  
Parto Vaginal después de Cesárea  
(PVDC)

Lo que hay que hacer es intentar y controlar que la madre y el bebé estén bien, y facilitar que ese proceso ocurra de la mejor manera posible.

## **PARTO VAGINAL DESPUÉS DE CESÁREA**

Hace años existe un consenso generalizado, en la sociedad de ginecología y obstetricia del mundo y afirmado por la OMS, que indica que después de una cesárea es posible, seguro y aconsejable intentar un parto vaginal y que solo en caso de que este no pueda darse hay que volver a recurrir a la cesárea. Por lo tanto, la primera opción para mujeres que han sido sometidas a esa cirugía y en el nuevo embarazo no tienen indicación de cesárea es esperar a que el trabajo de parto comience y siga su curso natural. Esto es lo que se conoce como *parto vaginal después de cesárea* (PVDC).

Aun así, resulta realmente difícil lograr que los equipos médicos y el entorno acompañen esa decisión, y que las mujeres en general la elijan.

Muchas mujeres que han atravesado una cesárea, por el motivo que fuere, no sienten que les haya quedado algo pendiente, incluso algunas la eligieron y lo volverían a hacer. Sin embargo existe un grupo muy numeroso para las que la cirugía dejó un vacío importante, que sienten que les faltó un evento vital y deseado, y que se perdieron un acto crucial de la existencia.

La búsqueda de un parto vaginal después de cesárea implica ciertos retos que suelen ser diferentes a los que se vivencian en otros embarazos y nacimientos. Se parte de un útero con cicatriz, y para muchas, una cesárea anterior, es una especie de estigma, una marca que les recuerda que algo falló. A veces queda la idea de que la naturaleza no actuó bien, no pudo, no supo o no quiso parir a su hijo. Otras veces la idea es que fallaron a la hora de defenderse cuando sabían que una cirugía no era lo correcto, que lo que les dijeron fue una mentira y su cuerpo se volvió su enemigo. Así es que a los miedos e incertidumbres que acompañan a cualquier embarazada, hay que agregarle el temor a repetir el mismo escenario que las llevó a tener que pasar por esa cirugía, o que llegado el momento, surja alguna situación que le impida parir.

Llegar a tener un PVDC, requiere un trabajo interno para tener todo su ser a favor de lograrlo, y un trabajo externo para que los demás acompañen como es debido.

Más de una vez, un PVDC sucede en contra de la voluntad de los profesionales que asisten y muchos partos tienen más de seguridad y fortaleza materna, que de apoyo médico.

Un parto puede, y debería ser un proceso maravilloso, pero no siempre es posible o aconsejable y hay que aprender a aceptar que es algo que tal vez no suceda. Es un aprendizaje importante para que ese nuevo nacimiento no sea vivido como una derrota, porque no lo es: no es ni una carrera ni una batalla.

## TRABAJO PRÁCTICO

### Parto Vaginal después de Cesárea (PVDC)

Una cesárea es mucho más cómoda para el sistema sanitario y para el equipo obstétrico. Tanto es así que una de las objeciones que suelen escucharse ante el deseo de un PVDC es que no puede inducirse, como si los partos a lo largo de la historia humana no hubieran empezado por sí solos cuando la gestación ha llegado a término. A esto se le suma que los médicos en general tienen más confianza en su propia habilidad como profesionales que en las mujeres como hembras.

Un embarazo no debería ser una sucesión de miedos, inseguridades y discusiones; una sala de parto no puede ni debe ser un campo de batalla, y una mujer pariendo no puede ser una loba a la defensiva enfrentando a un grupo de gente que quiere realizar una cirugía u otras intervenciones.

La vulnerabilidad que las mujeres tienen los últimos días de embarazo puede ser aprovechada por los profesionales para infundir miedos y presionar a desistir de un parto vaginal que en realidad nunca tuvieron intenciones de acompañar.

Es fundamental que el equipo médico obstétrico apoye de verdad. Para parir no se debe cumplir requisitos especiales; lo que necesita fundamentos verdaderos, es la indicación de cesárea.

Lo que dice la evidencia actualmente aceptada es que las únicas diferencias con respecto a un parto sin cesárea previa es que no puede inducirse, porque en mujeres con cesárea previa incrementa el riesgo de ruptura de útero, y que el período intergenésico, debería ser como mínimo de 18 o 24 meses.

La cesárea previa en sí nunca es indicación de cesárea en el siguiente embarazo, pero si la decisión de la mujer es que nazca a través de una cirugía, debería ser el bebé el que elija su día para nacer. Si un PVDC es posible y aconsejable, más aún lo es experimentar el trabajo de parto. No es necesario ni conveniente evitar las contracciones, ni evitar llegar a la semana 39 o 40; una cesárea por causa de cesárea previa no es una cirugía de emergencia. Para el bebé no es lo mismo nacer el día que su desarrollo le indica que está listo para salir al mundo, que hacerlo de acuerdo a una agenda médica.

. ¿Existe riesgo de rotura uterina en un PVDC?

Sí. Según múltiples fuentes, el porcentaje en el que esto ocurre es de entre el 0,2 y el 0,6%. Desde hace años se realiza, salvo en contadas ocasiones, la cesárea transversal baja. Esto significa que la incisión en el útero se hace en lo que se conoce como el segmento, que es la porción de tejido no muscular que conecta al útero con el cuello. Este tipo de incisión permite que pueda intentarse un parto con un mínimo riesgo.

. ¿Puede inducirse un PVDC?

La inducción con prostaglandinas es contraindicada porque aumenta considerablemente el riesgo de rotura uterina. Sí pueden utilizarse otras alternativas como el desprendimiento de membranas, la oxitocina sintética o la acupuntura. Por otro lado, hay pocas razones válidas para inducir un parto. Hay que tener la certeza de que la inducción es necesaria.

. ¿Se puede tener un PVDC en domicilio?

La bibliografía con la que se forman los obstetras, recomienda que los PVDC solo se hagan en instituciones. El tema es que en el actual sistema de salud de la Argentina, las posibilidades de tener un PVDC en institución dependen de que el obstetra sea pro-PVDC,

TRABAJO PRÁCTICO  
Parto Vaginal después de Cesárea  
(PVDC)

por lo que la tasa puede llegar al 75%. En los partos planificados en domicilio, la tasa del éxito del PVDC es de alrededor del 90%. Al ser partos fisiológicos y sin intervenciones innecesarias o rutinarias, los riesgos tienden a minimizarse.

. ¿Puede usarse analgesia?

Sí. Hay opiniones médicas que van desde que no puede utilizarse anestesia peridural porque enmascararía los síntomas de una posible ruptura, hasta que su uso es obligatorio por si se da una emergencia. Ambas conclusiones son falsas: los métodos de analgesia son compatibles con el PVDC y lo más conveniente siempre es utilizar métodos no farmacológicos.

. ¿Puede utilizarse oxitocina sintética?

No está contraindicado y bien indicada, es decir, utilizada cuando hay un progreso insatisfactorio verdadero y no por rutina, no debería representar un problema.

. ¿Se puede parir vaginalmente después de más de una cesárea?

Sí, se puede, pero no es lo recomendado por la OMS. Una cesárea también tiene riesgos y, en cualquier caso, los que corren riesgos son la mujer y el bebé. Por lo tanto, la decisión siempre debería ser de la mujer que, como madre, es la responsable del niño por nacer.

. ¿Hasta qué semana se puede esperar a que se desencadene el trabajo de parto?

No existen evidencias que indiquen que un embarazo con cesárea previa tenga que terminarse con criterios diferentes al de cualquier otro embarazo.

. ¿Una "cicatriz fina" es indicación de cesárea?

Existen estudios que asocian un grosor del segmento uterino inferior a 2,5 milímetros o 3 milímetros con un aumento en la probabilidad de ruptura de útero. Hasta ahora en la bibliografía oficial no hay indicación ni de realizar una ecografía para determinar el grosor ni de que se les haga cesárea a esas mujeres, ya que quedan englobadas dentro de la misma tasa de riesgo que las demás.

***Hemos recopilado unas Entrevistas a mujeres que están buscando su PVDC, a mujeres que lo lograron, y mujeres que no.***

***Como también testimonios referidos al PVDC, por parte de profesionales de salud***

**Mujer en busca de su PVDC**

Nombre y Apellido: *Carolina Ocaranza*

TRABAJO PRÁCTICO  
Parto Vaginal después de Cesárea  
(PVDC)

Edad: 25 años

Semanas de embarazo: 23 semanas

Numero de bebé: 2do

Sobre el parto que derivó en cesárea

- ¿Cómo fue el embarazo? *Durante todo el embarazo estuve bien, fue un embarazo sano , totalmente normal, sin ninguna complicación.*
- ¿Cómo se desencadenó tu parto y a cuántas semanas fue? *El parto fue programado a las 38 semanas de embarazo*
- ¿Cuáles fueron las causas de tu cesárea? *La causa de la cesárea fue porque el obstetra me aseguro que si esperaba mucho tiempo más mi beba no iba a bajar. Según él decía que todavía no estaba encajada, y que por ningún motivo iba a bajar más. Para él era riesgoso esperar*
- ¿Repetirías el LUGAR donde tuviste tu cesárea? *No repetiría de ninguna manera el lugar donde tuve la cesárea, ya que pase por violencia obstétrica y demás. ( Un desastre, las obstétricas me dejaban sola en los monitoreos y se molestaban si pedía algo por ser “su horario de descanso”)*
- ¿Repetirías los profesionales con los que tuviste tu cesárea? *No repetiría los profesionales, ya que al informarme, yo sé que tranquilamente podría haber tenido un parto normal. Por falta de información y miedo ya que era mi primer embarazo acepté tener un parto por cesárea (totalmente se burlaron de mí). No sólo el obstetra , también el día de parto sentí como me abrian ya que el anestesista que me atendió tampoco actuó como profesional, no espero a que me tome la anestesia y como “estaba muy nerviosa” sin consultarme me durmieron completamente.*

Sobre tu plan de parto actual

Médico obstetra: *Dr Gonzalo Guzmán*

- ¿Cómo llegaste a él?: *Llegué a él gracias a un grupo de pvdc en Facebook que me ayudaron a buscar recomendaciones de obstetra según mi obra social.*
- ¿Por qué elegís un PVDC?: *Porque fue siempre lo que quise , siempre lo que soñé con mi primer embarazo y no lo pude concretar. Así que con este nuevo embarazo es lo que más anhelo.*
- ¿Cuando le planteaste a tu doctor que preferías intentar un PVDC, cual fue su reacción? *El doctor solo, sin que yo le dijera me dijo que yo totalmente podía tener PVDC ya que pasaron 5 años de mi primer embarazo, y mientras no haya ninguna complicación, hasta las 40 semanas inclusive me espera.*
- ¿Visitaste a más de un doctor? *Si. Visite a más de un obstetra. Los anteriores antes de encontrar a este doctor con quién voy a tener el parto, me obligaban a tener cesárea.*
- ¿Qué factores tuvieron en cuenta para darte el apto para intentarlo? *Yo creo que los factores que tuvieron en cuenta es que yo con mi primer parto no tuve ninguna complicación, solo me mandaron a cesárea porque sí, y otro de los factores que tuvieron en cuenta es que ya pasaron 5 años después de mi primer parto.*

TRABAJO PRÁCTICO  
Parto Vaginal después de Cesárea  
(PVDC)

- Clínica donde tendrás tu parto: *Clínica Trinidad de Ramos Mejía*
- ¿Tenés un plan de parto? ¿Cuál? *No tengo un plan de parto por ahora,*
- ¿Cómo te sentís al respecto? *Solo quiero que el gordo nazca bien y poder lograr lo que tanto quise en su momento con mi primer hija, parto normal.*
- ¿Cuáles son tus expectativas? *Mi expectativa es poder tener el parto que siempre soñé, que me acompañe mi marido a la sala de parto ( ya que con mi primer hija no lo dejaron entrar) y que juntos podamos recibir a nuestro regalo más preciado que es nuestro hijo, sin violencia obstétrica y con médicos realmente profesionales.*
- ¿Buscás un parto sin Peridural? *No busco un parto sin peridural (todavía no estoy bien informada sobre ese tema) pero por lo que tengo entendido no pueden colocarme anestésicos al ya tener una cesárea, por el riesgo de rotura uterina*

**Mujer que logró su PVDC**

Nombre y Apellido: *María Belén Gorriarán*

Edad actual: *30 años*

Edad durante tu PVDC: *29*

Número de bebé: *2 (2014 - 2018)*

**Sobre el parto que derivó en cesárea**

- ¿Cómo fue el embarazo? *Hermoso, lo disfruté mucho y sano, ambos.*
- ¿Cómo se desencadenó tu parto y a cuántas semanas fue? *En la semana 39 fui a hacerme el monitoreo y salió como “no reactivo”, me mandaron a comer, y a las horas lo repetimos y seguía todo igual.*
- ¿Cuáles fueron las causas de tu cesárea? *Monitoreo que no daba bien, y se lo consideraba una cesárea de urgencia, no emergencia. El médico no quería correr riesgos estando tan próximos a la fecha de nacimiento. Podía haber sufrimiento fetal, meconio, no se sabía. Mi hijo nació totalmente sano, con 4100kg.*
- ¿Repetirías el LUGAR donde tuviste tu cesárea? *El lugar si, estuvimos cómodos, y nos atendieron bien todos los días que estuvimos internados ahí.*
- ¿Repetirías los profesionales con los que tuviste tu cesárea? *No. Todo el equipo médico muy frío, sobre todo el obstetra. Luego me enteré que tiene fama por la cantidad de cesáreas que realiza.*

**Sobre tu PVDC**

Médico obstetra: *Juan Pablo Comas*

- ¿Cómo llegaste a él?: *Recomendaciones de un grupo de Facebook de PVDC*
- ¿Qué te llevó a buscar un PVDC?: *No tuve mala experiencia con la cesárea, me recupere muy rápido, pero era enorme el deseo de parir a mí hija, porque sabía que podía hacerlo, y que era lo mejor para ambas.*
- ¿Cuando le planteaste a tu doctor que preferías intentar un PVDC, cuál fue su reacción? *Es un obstetra pro parto, y acompaña PVDC. Por eso fui puntualmente a atenderme con él, por lo tanto ya en la primera consulta se habló de PVDC. Mi*



TRABAJO PRÁCTICO  
Parto Vaginal después de Cesárea  
(PVDC)

*primer hijo lo tuve en el 2014 y mi segunda hija en el 2018, por lo cual, el tiempo entre uno y otro, no era problema alguno.*

- *¿Visitaste a más de un doctor? No. Fui directamente a conocerlo a él, y me sentí muy cómoda y segura con la elección.*
- *¿Qué factores tuvieron en cuenta para darte el apto para intentarlo? Sus criterios para acompañar a un PVDC era que, me esperaba hasta la semana 41.3, el trabajo de parto tenía que darse de manera espontánea, no se podía inducir.*
- *Clínica donde tuviste tu parto: Hospital Británico*
- *¿Tuviste un plan de parto? ¿Cuál? Lo había armado, lo habíamos leído en consultorio, y la semana que lo iba a presentar al departamento legal, nació Eva.*
- *¿Cómo te sentiste antes, durante y después? En todo momento me sentí muy decidida a ir por mí PVDC, venía preparándome mucho tiempo antes del embarazo, buscando el equipo médico que quería. El trabajo de parto, fue en la clínica, y sin embargo me sentí muy cómoda, porque nos dejaron solos en la habitación para que lo transiéramos de la manera que querramos. Escuchábamos música, mientras yo pasaba las contracciones en la pelota...me rei, llore, grité, me quejé, hubo momentos de total silencio donde solo se escuchaba mi respiración, no necesitábamos decir nada..fue una hermosa experiencia. El parto fue algo mágico. Necesite un poco de analgesia, y así y todo pude sentir la presión al momento de que salió Eva. Lo repetiría mil veces más. Sufrí ruptura uterina. Tuvieron que operarme de emergencia a las 2hs de haber nacido mi hija. Fue un post parto, post operatorio un poco difícil, desde el plano mental.*
- *¿Cambiarías algo de tu experiencia? El final. La ruptura uterina, me hubiese gustado que no ocurriera. Por el post operatorio que tuve que llevar, más lo emocional que hasta el día de hoy moviliza mucho. En cuanto a mi trabajo de parto, y/o parto, cambiaría cosas, pero que dependen del hospital y no de mi. Quizá algunos protocolos como parir acostada horizontalmente (tengo entendido que ahora eso está cambiando en el Británico), y la colocación de la vía durante el trabajo de parto. Que si bien tuve libre movimiento durante todas esas 12 horas de tp, tenía una vía puesta, y en algún punto incomoda mucho.*

**Mujer que no obtuvo su PVDC**

Nombre y Apellido: *Ana Belén Solazzo*

Edad actual: *28 años*

Edad durante tu intento de PVDC: *27*

Número de bebé: *2*

**Sobre el parto que derivó en cesárea**

- *¿Cómo fue el embarazo? El primer trimestre mal. Tomo medicación psiquiátrica y al enterarme que estaba embarazada me la suspendieron totalmente, lo que a las pocas semanas derivó en un brote que me llevó a estar internada 24 días en una*

TRABAJO PRÁCTICO  
Parto Vaginal después de Cesárea  
(PVDC)

*clínica psiquiátrica, donde me volvieron a medicar y donde me salio la pancita. Permitían visitas dos veces a la semana por tres horas, me iban a ver mi mamá y mi compañero; esperaba con ansias esos ratos con la compañía de ellos. Al darme el alta de la internación ya estaba más tranquila pero sin tantas luces, medio dopada. Sin embargo mucho mejor que al comienzo del embarazo y pude disfrutar de éste mucho más.*

- *¿Cómo se desencadenó tu parto y a cuántas semanas fue? No se llegó a desencadenar, tuve cesárea programada a las 38 + 6 semanas.*
- *¿Cuáles fueron las causas de tu cesárea? Yo, al ser primeriza y tener miedos me dejé llevar por la recomendación de una partera que me dijo que un parto natural en mis condiciones de paciente psiquiátrica me estresaría mucho. Así fue como le planteé esto a mi obstetra quien estuvo de acuerdo. El embarazo siempre vino perfecto sin ninguna complicación. El motivo por el que llegue a cesárea es algo que aún me provoca impotencia y tristeza.*
- *¿Repetirías el LUGAR donde tuviste tu cesárea? Sí, me gusto la atención de los profesionales.*
- *¿Repetirías los profesionales con los que tuviste tu cesárea? No.*

**Sobre tu intento de PVDC**

Médico obstetra: *Daniel Alberto Lipchak*

- *¿Cómo llegaste a él?: Me atendió en mi primer embarazo, ginecólogo y obstetra conocido por mi familia.*
- *¿Por qué elegiste tener un PVDC?: Durante este segundo embarazo comencé a informarme de los beneficios de un parto normal y sentía que mi cuerpo podía y necesitaba parir.*
- *¿Cuando le planteaste a tu doctor que preferías intentar un PVDC, cuál fue su reacción? Al principio me decía que no, que estábamos muy justos con los tiempos entre la anterior cesárea y la FPP de este segundo embarazo. Luego cuando se lo planteé con más convicción accedió pero me dijo que antes habría que ver si la medición del segmento uterino daba bien.*
- *¿Visitaste a más de un doctor? No, estuve a punto pero al final no lo hice.*
- *¿Qué factores tuvieron en cuenta para darte el apto para intentarlo? La medición del segmento uterino, la cual no la llegué a realizar porque se adelantó el trabajo de parto.*
- *Clínica donde tuviste tu parto: Bazterrica*
- *¿Tuviste un plan de parto? ¿Cuál? No llegué a terminarlo ni presentarlo.*
- *¿Cómo te sentiste antes, durante y después? Antes muy ansiosa, durante la cesárea preocupada, como fue a las 37 semanas tenía miedo que Simón naciera con alguna complicación, y así fue, fue a neo por un distrés respiratorio. Después cuando nos dieron el alta estaba algo deprimida y muy susceptible.*
- *¿Cuál fue la complicación que derivó en una segunda cesárea? No tenía la medición del segmento uterino porque comencé con trabajo de parto la noche anterior a cumplir las 37 semanas.*

TRABAJO PRÁCTICO  
Parto Vaginal después de Cesárea  
(PVDC)

*Si en un futuro tengo un tercer hijo buscaré los recursos y herramientas que me empoderen para un PVD2C e intentaré cursar el embarazo más tranquila y ojalá más acompañada en mi decisión.*

**EXPERIENCIAS DE PROFESIONALES RESPECTO DE PARTOS VAGINALES DESPUÉS DE CESÁREA**

- ❖ Se le preguntó a una Partera del Hospital Británico en qué difería para ella, en su rol de partera, un parto vaginal, de un PVDC.

*“En mi caso, no difiere en nada. Es una cuestión de acompañar a la mujer en la búsqueda de su parto. Que tenga una cesárea anterior, me está informando que la acompañe más en el proceso de lograr su parto. Son mujeres únicas con partos únicos, a las cuales las acompañó desde el alma. Se que juntas lo lograremos. Esto se trata de la paciencia”*

**Como equipo, tras ésta devolución concluimos que las madres con PVDC no son frágiles ni delicadas sino únicas. Respuestas así incentivan y empoderan, eliminando los miedos y promoviendo PVDC exitosos.**

- ❖ Se le preguntó a otra partera, que ejerce su trabajo en un Hospital Público, acerca de sus experiencias con PVDC.

*“Tuve la oportunidad de hacer mi residencia en un Hospital Materno Infantil. En el mismo realizabamos PVDC.*

*Las embarazadas, que deseaban poder lograr su PVDC, se trataban como pacientes comunes hasta el comienzo de su trabajo de parto. En el caso, de que este no comenzara de manera natural y espontánea para la semana 41 se le programaba cesárea.*

*No se hacían inducciones, ni se utilizaba oxitocina antes de los 8 cm.*

*El seguimiento del TDP era el mismo y los resultados siempre eran buenos, al menos en mi experiencia o paso por el Hospital, nunca se presentaron complicaciones. Si, puede que tenga un índice más elevado de “parto instrumental”.*

*En el hospital donde trabajo actualmente (hospital público), realice solo uno o dos PVDC, ya que generalmente se programan de manera anticipada. Salvo que se de un pedido expreso de la paciente. Esto se da así, por las condiciones del servicio. Se está evaluando y charlando el tema para aumentar la posibilidad de que las mujeres que desean tener su PVDC, puedan tenerlo.*

*Hay algunos partos que me acuerdo, pero sinceramente no varía demasiado de los otros partos...son iguales...Una vez que sale la placenta, se controla la indemnidad y la histerorrafia. De todas maneras,hasta eso está en discusión actualmente.*

*Hay muchos centros o profesionales que hablan de que se puede hacer un parto vaginal después de una cesárea, después de dos cesáreas, después de tres cesáreas, después de cuatro. Nosotros la verdad que acá no lo practicamos. No sé, específicamente, qué tipo de complicaciones tendrá, ni he leído demasiados*

TRABAJO PRÁCTICO  
Parto Vaginal después de Cesárea  
(PVDC)

*estudios donde se realice realmente después de más de una cesárea. A mi me parece que puede traer demasiadas complicaciones, porque ya pasa a estar todo pegado y quirúrgicamente es otro mecanismo. Ya cuando empezás a hacer más de una cesárea, cambia todo.*

*Cuando tenés una cesárea anterior, si tenés un intervalo intergenésico apropiado y no tenés una cesárea anterior que no sea de un prematuro, no tiene porque haber problema.*

*Debemos tener en cuenta como fue la cesárea realizada a la paciente, ya que si vos tenés una cesárea previa que no conocés cómo se realizó la histerectomía que le hicieron o sea, la apertura del útero (que muchas veces no es la misma) y si cortan el cuerpo del mismo, la cicatrización no es igual y la posibilidad de que se rompa el útero es otra. Entonces, si nosotros conocemos la cesárea anterior, sabemos que es una mujer que pasó por trabajo de parto o que el embarazo era de término, la estereotomía que le hicieron, que se llama Lomun Roquer; la situación es diferente. Siempre que tengamos una de ese tipo, no tendremos ningún problema de que se haga un PVDC.*

*Hago referencia a cesáreas anteriores que no sean de bebés prematuros, porque muchas veces cuando nace por ejemplo, de 28 semanas y se le realiza una cesárea a la paciente, el segmento inferior no está formado, entonces el corte que se hace es mas arriba. No es en el segmento que es donde se suele hacer siempre. Generalmente cuando se hace en el segmento habitual y con embarazo en término, sangra menos, hay una capa menos muscular, entonces es otro la incisión.*

*Esa sería la explicación y los aspectos a tener en cuenta: Siempre conocer el antecedente y la historia de la embarazada, para saber cómo se puede manifestar o llevar a cabo el parto.*

*Por otro lado, hay que tener en cuenta, el criterio médico. No todos los médicos adhieren al PVDC, eso hay que conversarlo con el profesional.*

*Nosotros desde nuestro equipo desde el Hospital Público, estamos trabajando para que se puedan lograr cada vez más PVDC. Es complicado si no hay un anestesista activo, porque más allá que no se suelen presentar complicaciones, en el caso de que la hubiera, todas las mujeres tienen que tener la misma oportunidad. No puede ser que para una mujer que tenga un bebé un lunes, tengamos anestesista de activa, entonces va a lograr un buen resultado, y una que cayó un domingo, no tengamos anestesista y ante una complicación que se presente, tengamos un mal resultado materno y fetal. Entonces, tiene que ver con eso. Con que nosotros, las políticas que tomamos deben ser para todas las mismas, es por eso que se está charlando en el servicio, como se va a manejar.*

*Actualmente hay muchos centros y Hospitales del país y sobre todo de Capital Federal, en los que pasa esto. Es real que el índice de la tasa de cesáreas ha aumentado, así como también mujeres con antecedentes de cesáreas. Si nos preguntamos ¿cuántas de estas cesáreas inician el trabajo de parto?, la respuesta sería...no todas. Ya que tienen que iniciar el TDP espontáneo y avanzar espontáneo. Pero si hay que saber que se puede lograr un PVDC.*

TRABAJO PRÁCTICO  
Parto Vaginal después de Cesárea  
(PVDC)

*Es importante sobre todo, tener en cuenta primordialmente, lo que la mujer quiere y respetarlo.*

*Muchas veces lo que pasa, es que la mujer decide tener un PVDC y llegado el momento en que comienza con su TDP, ante la primera contracción no quiere saber más nada. Y se necesita de las dos partes, la verdad es esa. Nosotros, como equipo, podemos tener las ganas y estar dispuestos a que la mujer logre su PVDC, pero si la mujer empieza a decir que le duele, y que quiere que le realicen una cesárea, y no quiere finalmente tener su PVDC, llega un momento que no podemos contradecir su deseo, y no le podemos negar la realización finalmente de una cesárea. Pero bueno, todo es conversable y se puede acordar previamente también. Hoy hay plan de parto, y hay que saber que a nivel privado es otra cosa.”*

## VERSIÓN EXTERNA

### **Definición**

La versión cefálica externa conocida como versión externa es una maniobra que se utiliza para transformar una presentación pelviana en una presentación cefálica.



También puede utilizarse para transformar una situación transversa en una longitudinal que puede ser cefálica o pelviana pero en la actualidad su uso se remite casi con exclusividad a la transformación de pelvianas en cefálicas. Está demostrado que su uso reduce en forma significativa la frecuencia de partos vaginales en pelviana y también la frecuencia de

TRABAJO PRÁCTICO  
Parto Vaginal después de Cesárea  
(PVDC)

cesáreas por la misma causa cuando se trata de embarazos de término. No se cumple lo mismo si nos referimos a embarazos prematuros.

**¿En qué momento del embarazo debe realizarse?**

Si bien no existe una edad gestacional única para efectuar la versión externa el consenso es que no debe ser muy temprano para darle al feto la posibilidad de versión espontánea, ni muy tarde por la disminución fisiológica de líquido amniótico y la aparición de contracciones del parto que hacen difíciles las maniobras.

**¿Cuáles son las condiciones?**

Debemos estar seguros de que nos encontramos con un feto saludable, en una madre sin patología uterina, en la edad gestacional adecuada y en el lugar correspondiente. Para ello se deben cumplir ciertas condiciones:

- Edad gestacional entre 36 y 38 semanas por lo comentado anteriormente.
- Ecografía previa: descarta patología materna y fetal evaluando tamaño (por medio de la biometría) y cantidad de líquido amniótico.
- Monitoreo fetal reactivo.
- No debe haber contractilidad de trabajo de parto, pues dificulta enormemente la maniobra.
- Pelvis adecuada y canal de parto sin obstrucciones.
- Quirófano disponible y cerca por la eventualidad de una complicación.
- Consentimiento informado.

**Contraindicaciones**

Las contraindicaciones que deben ser respetadas se dividen en absolutas y relativas. Las primeras desaconsejan la realización de la maniobra y las relativas deben ser evaluadas en cada caso particular (Tabla 1).

**Tabla 1.** *Contraindicaciones de la Versión Externa.*

<b>Absolutas</b>	<b>Relativas</b>
RPM	Metrorragia del 3er. Trimestre
RCIU	Macrosomía fetal
Oligoamnios	Anomalías fetales
Embarazo múltiple	Patología materna asociada

Ref:

- Rotura prematura de membranas (RPM)
- El retardo de crecimiento intrauterino (RCIU)
- El oligoamnios u oligohidramnios, consiste en la disminución del líquido amniótico (LA) por debajo de lo que es “normal” para la edad gestacional.

TRABAJO PRÁCTICO  
Parto Vaginal después de Cesárea  
(PVDC)

- Sangrado vaginal no programado (metrorragia) es el que se produce fuera del período menstrual normal
- Macrosomía fetal: la descripción general comprende los factores de riesgo y las complicaciones relacionadas con dar a luz a un bebé grande.

Las maniobras para la versión externa son sencillas y conlleva poco riesgo si se cumplen escrupulosamente las condiciones y las contraindicaciones.

En una época se consideraba criterio de exclusión para una versión externa la existencia de una cesárea previa. Actualmente los pacientes con una cesárea anterior pueden versionar sin riesgo alguno para la madre y con un porcentaje de éxitos similar al de la población sin cesárea.

Algunos contraindican las modalidades dorso anteriores y otros las dorso posteriores.

### **Complicaciones**

La bradicardia fetal transitoria es la complicación más común luego de una versión externa y se presenta en el 36% de los casos. Los episodios de bradicardia se presentan con más frecuencia en las posiciones dorsoposteriores. Esto obedece a que el cordón es más vulnerable en estas circunstancias.

### **Alternativas**

- De ser exitosa la versión externa queda a criterio del obstetra la expectación o la conducta activa con inducción del trabajo de parto.
- De fracasar la versión externa puede intentarse nuevamente luego de 2 horas de realizada la primera.
- Se podrá efectuar un tercer intento luego de transcurridas 24 horas.
- De ser exitosa la versión externa y producirse posteriormente el regreso a la posición podálica (en horas o días) puede intentarse nuevamente la versión externa.

### **Interrupción**

La versión externa se puede suspender por:

- Molestia o dolor de la paciente.
- Alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal.
- Luego de varios intentos fallidos.

### **Ecografía**

Previamente a la realización de una versión externa se efectúa una ecografía con los siguientes propósitos:

- Confirmación de la presentación: Tratándose de un momento del embarazo en que se produce la rotación fetal, no es infrecuente que un feto que el día anterior se encontraba en pelviana nos ofrezca hoy una presentación cefálica.
- Confirmación de la edad gestacional: La biometría cefálica, abdominal y de huesos largos nos permite confirmar la edad gestacional comparándola con ecografías anteriores y con la

TRABAJO PRÁCTICO  
Parto Vaginal después de Cesárea  
(PVDC)

edad gestacional por FUM. Sabemos que existe una edad determinada para hacer la versión externa y que antes o después de la misma aumentan los fracasos y las complicaciones.

- Diagnóstico de posición: La ubicación del dorso fetal nos permitirá establecer el sentido de rotación de la versión externa sabiendo que las dorsoanteriores y las dorsoposteriores son las más difíciles de efectuar.

- Diagnóstico de tipo o modalidad de pelviana: La ubicación de la pelvis fetal y la posición de los miembros inferiores del feto nos permiten hacer el diagnóstico de tipo de pelviana o modalidad como se la denominaba anteriormente. Así podemos saber si es una nalga franca (fémur flexionado y tibia extendida) o una completa (fémur y tibia flexionados) o una incompleta que presenta una rodilla, un pie o dos pies.

- Biometría cefálica: Nos informa sobre el tamaño de la cabeza fetal permitiendo evaluar la proporción entre la cabeza y la pelvis materna. Diámetros biparietales o perímetros cefálicos que denoten macrosomía deben hacer desistir la realización de una versión externa como así también malformaciones como el encefalocele.

- Evaluación del volumen de Líquido amniótico: La presencia de oligoamnios contraindica la versión y el polihidramnios nos la contraindica pero se acompaña de una gran cantidad de fracasos por retorno a la posición original. No obstante ante un polihidramnios debe intentarse la versión externa.

- Localización placentaria: La ubicación de la placenta no es una contraindicación absoluta excepto la placenta previa oclusiva. Para algunos autores la placenta anterior ofrece mayor dificultad y la consideran contraindicación relativa. De todas maneras no se efectúa versión externa en embarazadas que han tenido metrorragia del tercer trimestre porque existen causas no diagnosticables relacionadas con patologías de los vasos placentarios.

- Valoración de la hiperextensión de la cabeza: Si seguimos la columna cervical fetal veremos que forma un ángulo con la nuca. Este ángulo medido para afuera debe ser igual o mayor de 90°. Si es menor de 90 denota una hiperextensión de la cabeza fetal que hace dificultosa la versión externa y además contraindica la vía vaginal si persiste en pelviana.

- Integridad de la columna vertebral: Es importante que el feto que vamos a versionar no presente malformaciones abiertas del tubo neural que puedan corregirse con cirugía (mielomeningocele) ya que la versión externa puede dañar esas estructuras. Si es una malformación no viable se puede intentar un parto en pelviana sin previa versión externa.

- Descartar otras patologías: Es necesario descartar otras malformaciones o patologías como la gastrosquisis, tumores, etc. ya que las mismas pueden indicar una vía alta para su mejor solución y no corresponde hacer una versión externa. La ecografía durante la maniobra propiamente dicha ofrece la ventaja del control directo de cada uno de los pasos y posibilita la visualización continua de la FCF

### **Recurrencia**

En algunas ocasiones luego de la versión externa de pelviana a cefálica el feto vuelve a su posición original y se coloca nuevamente en pelviana. La mayoría de los autores coincide en realizar nuevamente la versión externa con los controles de vitalidad fetal que se utilizaron en la primera.<sup>10</sup> Se ha publicado el caso de una paciente a quien se le efectuaron



TRABAJO PRÁCTICO  
Parto Vaginal después de Cesárea  
(PVDC)

3 versiones externas luego de la semana 38.20 Aproximadamente el 7% de las versiones externas vuelven a la presentación pelviana original. Por lo tanto, el retorno espontáneo a presentación pelviana puede ser manejado con procedimientos de versión externa adicionales.

### **Conclusión**

Como vemos la versión externa es un método sencillo (si se efectúa como corresponde), sin riesgos (si la efectúa personal idóneo) y efectivo (si se efectúa cuando corresponde) que enciende una luz en el futuro de la presentación pelviana.

### **El Rol de la Doula en un PVDC**

Luego de conversar en equipo y basándonos en la información, el sistema y las experiencias, concluimos que los puntos a considerar para la Doula que acompañe a una embarazada en busca de su PVDC son:

- La mamá que elige un PVDC viene de una experiencia fallida, no necesariamente 100% negativa, pero que en general produce frustración y desilusión. Los miedos y ansiedades, basados en la experiencia anterior, serán más fuertes y más arraigados que el famoso “miedo a lo desconocido”. Mucho más si se trató de casos de violencia obstétrica.
- El tiempo de preparación para la mamá será muy importante en estos casos. El desbloqueo de energía y miedos, frustraciones y ansiedades beneficia, como se vio de forma teórica, el avance del trabajo de parto y aumenta las posibilidades de éxito. *(trabajar intensamente centro medio –angustias y emociones- centros bajos – instinto, conexión con lo natural, seguridad, confianza en la naturaleza de mujer- y espalda –pasado- podría ser una buena alternativa en estos casos, si bien el trabajo es un todo y con cada centro de energía equilibrado el resultado seguramente será exitoso)*
- La información para la Doula que acompaña un PVDC será fundamental, tanto los datos teóricos al respecto (beneficios/riesgos) como los prácticos: Conocer profesionales e instituciones que estén dispuestos a evaluar y fomentar este tipo de parto, grupos de apoyo donde puedan sentirse contenidas.
- La Doula, debería trabajar en visualizaciones de empoderamiento, fortaleza; y saber propiciar un ambiente relajado para la mamá en el trabajo de parto (aroma, luz, música, estímulo positivo).

TRABAJO PRÁCTICO  
Parto Vaginal después de Cesárea  
(PVDC)

- Por lo demás, estamos de acuerdo con la experiencia relatada por la partera entrevistada, las mujeres en búsqueda de su PVDC precisan toda la contención, seguridad y acompañamiento que cualquier otra mujer lo necesita.

### **Hipótesis y Conclusión**

**“Los mitos respecto al PVDC están arraigados a la sociedad por falta de información y manipulación corporativa. El valor emocional del PVDC tiene que ver con la necesidad de llenar un vacío, y reemplazar la sensación de haber sido vulneradas con una de empoderamiento.”**

*Luego de finalizar el trabajo en equipo, concluimos que nuestra hipótesis es certera. Es muy habitual el siguiente comentario: “Voy a cesárea porque ya tuve una”.*

*Contrastando los porcentajes de éxito con los porcentajes reales de complicaciones/fracasos, la recomendación de la OMS, la información recabada y los relatos en primera persona que tuvimos la suerte de conocer en éstas semanas, no tenemos duda de que el miedo, la desinformación y la manipulación son lo que verdaderamente han convertido al PVDC en una opción aparentemente riesgosa y poco conveniente.*

*En cuanto a lo que estipulamos sobre la sensación de las mujeres, es real pero incompleto. Las mujeres dispuestas a intentar un PVDC no solo tienen habitualmente la sensación de haber sido vulneradas sino que están informadas, entienden los beneficios de tener un parto vaginal, los riesgos y complicaciones de una nueva intervención quirúrgica y lo eligen también por éstas razones.*

*Es nuestro deseo que en los próximos años la situación en cuanto a la cantidad abusiva de cesáreas actuales se revierta y trabajaremos en pos de capacitarnos e informarnos, para así poder comunicar, contener y llevar tranquilidad a las mujeres que elijan ésta práctica.*

### **Referencias:**

- ❑ Marcote Verónica. “Nosotras parimos”. Ed. Paidós.
- ❑ [www.sarda.org.ar/content/download/544/3274/file/75-83.pdf](http://www.sarda.org.ar/content/download/544/3274/file/75-83.pdf)
- ❑ <https://www.bebesymas.com/parto/version-cefalica-externa-la-mejor-alternativa-para-evitar-el-parto-en-posicion-podalica>
- ❑ <https://madressolteras.net/video-muestra-como-un-medico-gira-al-bebe-en-el-vientre-materno-para-evitar-la-cesarea/?fbclid=IwAR1uG5uAb52beZHzd0KhkVeVy4gdiFbpp8c7emgaCajzW3HAbI0KpwY2MT8>

TRABAJO PRÁCTICO  
Parto Vaginal después de Cesárea  
(PVDC)