

11217  
101  
20j



# Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

División de Estudios de Postgrado

Hospital General "Dr. Manuel Gea González"

S. S.

## PARTO CON CESAREA PREVIA

### Tesis de Postgrado

Que para obtener la especialidad en:

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P r e s e n t a :

**Dr. Arturo de Lira de León**

Asesor: Dr. Enrique García Lara



México, D. F.



1988



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## I N D I C E

INTRODUCCION-----	1
MATERIAL Y METODOS-----	10
RESULTADOS-----	11
DISCUSION-----	14
TABLAS Y GRAFICAS-----	16
RESUMEN-----	28
BIBLIOGRAFIA-----	29

## INTRODUCCION:

El parto es la obtención de un producto que pese más de 500 grs. a través de la vía vaginal, lo que requiere de la secuencia coordinada y efectiva de las contracciones uterinas y de los músculos abdominales (1). Estos eventos pueden ocurrir desde la semana 20 del embarazo, pero las posibilidades aumentan hacia las 40 semanas de la gestación (2). Actualmente, el parto se divide en 3 períodos: el primero o inicial que tiene dos fases: latente y activa; el segundo o período expulsivo y el tercero o alumbramiento -- (2).

El término cesárea equivale a parto abdominal, o laparotomía (3) y es la obtención de un producto de más de 500 gramos o 20 semanas de gestación, por vía abdominal, que requiere de una incisión a través de la pared abdominal y del útero (1).

Las indicaciones de la cesárea durante muchos años fueron muy reducidas. De parte del producto: el volumen excesivo, las monstruosidades y las presentaciones viciosas y, por parte de la madre, el estrechamiento de la vía del parto por causas óseas o de partes blandas, madre adolescente o bien de edad avanzada.

Prácticamente la indicación estuvo limitada casi exclusivamente a la desproporción céfalo-pélvica hasta el siglo XVIII (4).

Antes de la década de los años 1900, eran tan frecuentes las muertes e incapacidades consecutivas a la operación, que más tarde fue en verdad un problema raro la operación obstétrica por segunda ocasión.

En los primeros años de este siglo, las cesáreas se hacían en el fondo uterino, transversales o verticales. En 1918, se hizo la primera cesárea segmentaria baja, pero no fué sino hasta el decenio de 1940 en que se aceptó en forma amplia dicha operación (5).

Sin embargo, como resultado de los progresos en la técnica quirúrgica obstétrica y del aumento en su número, se llegó a considerar que el útero con una incisión quirúrgica podía experimentar una alteración en su estructura, que sin duda representaría un riesgo potencial (6, 7, 8).

En los últimos años debido al campo cada vez más amplio de la indicación de la cesárea, han llamado la atención de los Ginecoobstetras algunos problemas en relación con dicho método.

Uno de los más importantes es el de la resistencia y fuerza de la cicatriz resultante en el útero. Precisamente de tal factor dependerá la conveniencia de permitir, no sólo embarazos futuros, sino en algunas circunstancias, incluso aceptar que la mujer comience el trabajo de parto.

En 1916 Cragain sugirió que el riesgo de ruptura uterina era tan grande y el acontecimiento tan costoso, que la operación cesárea repetida debería efectuarse antes del comienzo del trabajo de parto y tan pronto como se comprobara la madurez del producto (9).

El aforismo según el cual "Una vez cesárea, siempre cesárea" es atribuido a Cragain, en un artículo titulado "Conservation in obstetrics" publicado en el New York Medical Journal en 1919. (6,10,11); sin embargo, no todo el mundo pensaba lo mismo y el debate sobre la posibilidad de permitir un parto vaginal después de una cesárea

no es nuevo en la literatura. Whitridge Williams, en la 4a. Edición (1917) del "Williams Obstetrics" indicó que "La ocurrencia -- del embarazo después de la operación cesárea no está exenta de peligro, ya que ha habido casos reportados en los cuales ha ocurrido ruptura de la cicatriz uterina en el final de la gestación subsecuente". Ciertos autores han considerado la posibilidad tan grave de este peligro, que los ha llevado a dictar que una vez cesárea, siempre cesárea. Esto es una exageración, ya que es más probable que ocurra el accidente sólo cuando la herida ha sido suturada indecuadamente o su cicatrización se complicó con infección (12,13).

Hasta años recientes, sólo uno a dos por ciento de los nacimientos eran por cesárea inicial. Tales circunstancias han cambiado en la actualidad totalmente, ya que de 12 a 15% de los nacimientos, se efectúan a través de una cesárea inicial y muchas de estas mujeres quedarán de nuevo embarazadas, sin contraindicaciones para lograr un parto normal (14, 15).

Las indicaciones para la cesárea primaria han sufrido cambios radicales, especialmente en los últimos 20 años, y como resultado, somos testigos de la gran frecuencia de nacimientos abdominales, que se practican (16, 4, 17, 18). La frecuencia de cesárea tuvo un incremento muy notorio en su realización durante las décadas de 1950 a 1970, de 1.2 a 7% en nuestro país y en el segundo nivel de atención, son casi constantes las cifras del 10 al 13% (12).

Sí como Ginecoobstetras continuamos aceptando el proverbio de -- "Una vez cesárea, siempre cesárea", la frecuencia seguirá ascen-

diendo debido a este método tradicional de atención.

En la actualidad se acepta ampliamente que debe intentarse el parto vaginal, a menos que la indicación para la cesárea se repita. Por ejemplo, pelvis estrecha, o que en el embarazo actual haya surgido algún proceso que obligue a practicar la operación.

La amenaza de ruptura del útero y la aparición de otras complicaciones durante el ensayo de parto espontáneo, no basta para negar los beneficios del parto vaginal en cerca de la mitad de las pacientes con una sólo operación cesárea previa (5, 9, 19, 20).

Las indicaciones han aumentado hasta alcanzar una frecuencia de 10 a 15%. Sin embargo, esta cifra se eleva en forma específica, como sucede en el control del embarazo de alto riesgo con cifras de hasta de 50% en la Diabetes Mellitus y de hasta 80% en Enfermedad Hipertensiva del Embarazo o de Isoinmunización (21, 12).

Otras causas que han aumentado la frecuencia de cesárea son los reportes de las cifras de ruptura de la cicatriz anterior, que varían de 0.64 a 1.24% (5).

Dowhurts informó en 1957 que el riesgo de ruptura de la cicatriz en la operación cesárea clásica en U.S.A. fué de 2.2%. La mortalidad materna fué de 5% con mortalidad fetal de 73% (17, 22, 6, 23).

En el Hospital de la Mujer en México en 1987 se halló una incidencia de la ruptura uterina de 1 x 2,717 partos atendidos, encontrando antecedente de una cesárea previa en 505 de los casos (3).

La cifra global no corregida de muertes en 10,000 cesáreas, incluyendo las consecutivas a ruptura de la cicatriz previa, no han variado (21).

La mortalidad perinatal relacionada con prueba de trabajo de parto fué de 0.31/1000 nacimientos, según algunos autores (12).

La cesárea electiva repetida es un riesgo tanto para la madre como para el feto, Pancostein, comparando los mejores resultados encontrados en pacientes con una cesárea repetida electiva, con los peores resultados en pacientes que entraron a prueba de trabajo de parto, encontró que el riesgo de muerte materna secundaria a prueba de trabajo de parto, con dehiscencia de histerorrafia era de 1/10 en relación con las muertes maternas de pacientes sometidas a cesárea electiva. El riesgo de muerte perinatal en la misma situación era de 1/4 a 1/5 de las muertes perinatales resultantes de la cesárea electiva (12).

Una prueba de trabajo de parto es más segura que una cesárea electiva y elimina la posibilidad de prematuridad iatrogénica. Un beneficio adicional del parto para el feto es la prevención o disminución de la morbilidad respiratoria, además de la membrana hialina, la cual ocurre más comúnmente en productos con cesárea electiva (24, - 12).

Las cesáreas repetidas constituyen prácticamente un tercio de todas las cesáreas efectuadas en la actualidad, lo cual no mejora la evolución perinatal.



La mortalidad perinatal debida a ruptura uterina es menor de 1/1000 nacimientos (25, 23).

Dado que el tema que nos ocupa se encamina básicamente a la evaluación del riesgo de dehiscencia de histerorrafia, debemos recordar la clasificación de las dehiscencias: Se distinguen las dehiscencias espontáneas, que surgen sin acción externa y las provocadas como resultado de una intervención. Según el grado de afección, se distinguen dehiscencias total, que afecta todas las capas de la pared uterina comunicándose con el peritoneo y la parcial, que sólo afecta el endometrio y al miometrio. Según el sitio donde se produzcan, pueden ser corporales, segmentarias o segmentocorporales (10, 11).

Según Canallier existen 3 tipos de cicatrices de cesárea: La primera es segmentaria y es de buena calidad; la segunda es una cicatriz no prominente que no hace relieve, más o menos prominente en el grosor, a veces muy reducido, del segmento. Por último, la tercera es una cicatriz deprimida más o menos profundamente; la pérdida de la substancia puede ser completa e interesar todo el espesor del segmento inferior; así, se observa una cicatriz profunda y desunida con poco tejido fibroso y a veces sólo cubierta con peritoneo.

Las primeras dos pueden considerarse cicatrices de buena calidad y la tercera es patológica por ser desunión, pura y simple, o por ser una cicatriz insuficiente; en ambos casos, es factible que pueda constituir el inicio de una ruptura (26).

Algunas dificultades de la cicatrización de los lados de la histerorrafia, son que el labio superior sea grueso y el inferior delgado,

lo que evita la coaptación adecuada de los bordes.

Por la diferencia en la cantidad de tejido muscular, la cicatrización es diferente en el cuerpo uterino que en el segmento. La reparación complementaria es a base de músculo en el cuerpo y por tejido fibroso en el segmento que produce una cicatrización más densa - (27).

Otra dificultad para la histerorrafia es en el caso de las cesáreas especialmente sangrantes, pues no permiten ver la posición de las suturas y para obtener mejor hemostasia, se llega a suturar con isquemia y necrosis en los tejidos comprimidos; por el contrario, si la sutura es floja se puede formar un hematoma y dificultar una buena cicatrización (10).

Además, una buena cicatrización no puede desarrollarse correctamente sino en ausencia de todo fenómeno infeccioso, por lo que aquí interviene un elemento inegable, que es la presencia infección amniótica (28).

Finalmente otro elemento importante para la buena cicatrización es la calidad de regeneración del útero. Parece ser que esa cualidad es menor en las grandes multíparas y es un hecho de observación corriente que el útero de las grandes multíparas tiene a menudo menos tejido que el de las primíparas. Los peligros de ruptura uterina nos parecen mayores cuando la cesárea se ha practicado sobre el útero de una gran multípara (26, 22, 6, 7).

La cicatriz puede ser valorada radiológicamente a los 3 a 6 meses -

después de la cesárea. Los estudios realizados califican el aspecto que se observan como tres rubros:

- Canal cervical no visible.
- Canal cervical visible en su totalidad sin ruptura en los contornos.
- Canal cervical visible con ruptura en los contornos.

El primer grupo nos permite una conclusión definitiva por existir un defecto parcial o total de llenado del medio de contraste. El segundo grupo comparte aspectos en favor de una buena cicatrización. El tercer grupo permite definir las cicatrices prominentes, deprimidas o desunidas (29).

Otros autores describen imágenes consideradas como patológicas, como divertículos ístmicos y faltas de llenado, en la histerosalpingografía (29), (28).

De lo anterior se desprende que se beneficiarán con una cesárea sistemática aquellas mujeres con: Una distocia permanente, una cesárea corporal anterior, en quienes la cicatrización haya parecido dudosa en el estudio radiológico y en aquellas en las que la presentación del producto no sea compatible con parto eutócico (26,30).

Por el contrario, una tentativa de prueba de trabajo de parto será justificada cuando la cesárea anterior haya sido indicada por una causa no permanente, a condición de que la pelvis sea normal, así como el tamaño del producto y que no haya razones para desconfiar de la cicatriz aún cuando el desconocimiento de la cicatriz no sea-

motivo para que se brinde la prueba del trabajo de parto (30).

Es recomendable la vigilancia estrecha del trabajo de parto en las pacientes que lleguen a presentarlo. El uso o no de oxitocina es controversial pero las presiones uterinas del trabajo de parto espontáneo y las logradas con oxitocina son de aproximadamente 50 mm. Hg. por lo que puede manejarse con cuidado y vigilancia estrecha (15, 26).

La presencia de macrosomía fetal según algunos autores es sólo una contraindicación relativa para la prueba de trabajo de parto (31).

Algunos signos que en el trabajo de parto exigen una imperiosa intervención de urgencia son los de inminencia de dehiscencia de la histerorrafia, así como: Dolor e inquietud de los pacientes aún con contracciones uterinas débiles, pujos involuntarios con presentación alta del producto, abombamiento por encima de la sínfisis púbica y posición alta del anillo de retracción. Cuando ocurre la ruptura, la parturienta puede presentar sangrado transversal, fuga de la presentación, datos de choque o de irritación peritoneal (10).

En la actualidad es ampliamente aceptado el uso del fórceps profiláctico para disminuir el tratamiento de la cicatriz en el período expulsivo (18).

El objetivo del presente trabajo es determinar la frecuencia del parto vaginal con cesárea previa y determinar la morbimortalidad materno-fetal del parto vaginal con cesárea previa, con el fin de contar con índices de morbilidad y mortalidad en nuestro Servicio, -

para establecer su manejo adecuado.

#### MATERIAL Y METODOS:

Se estudiaron todas las pacientes obstétricas cuyo parto fué atendido en el Hospital General de Cuautlilco, del 1º de febrero de -- 1986 al 31 de enero de 1988, incluyendo aquellas que fueron atendidas de parto vaginal y de cesárea previa, independientemente de la indicación de la misma.

Se tomaron en cuenta los siguientes parámetros:

Fecha, número de historia clínica, nombre, edad, número de embarazo, partos previos, abortos previos y cesáreas. Indicación de la cesárea previa, fecha de la cesárea y período intergenésico, resolución del embarazo: cesárea, fórceps, o parto eutócico: ruptura uterina o datos de inminencia de ruptura, sexo del producto, peso, apgar. Inducción del parto y complicaciones postparto.

La frecuencia se expresará en porcentajes del total atendido con parto vaginal con cesárea previa, en relación al total de partos vaginales sin cesárea, al total de cesárea y al total de cesáreas con cesárea previa. La morbilidad se expresá en porcentajes de ca da una de las complicaciones del total de pacientes atendidas, la morbilidad se expresa de la misma manera.

## RESULTADOS

Se estudiaron 139 pacientes embarazadas con antecedentes de una ce c á r e a anterior. Se clasificaron en dos grupos dependiendo de la forma de terminación del embarazo. El primero, incluyó 57 pacientes (41.07%) que terminaron su embarazo por vía abdominal y el segundo, 82 pacientes (59.70%), por vía vaginal; de estos 74 (90.20%) presentaron parto eutócico y 8, (9.80%), distócico, requiriendo de la aplicación de fórceps, (gráfica 1).

Las pacientes se categorizaron por grupos de edad, encontrando la mayor frecuencia en el grupo de 21 a 25 años, con un total de 30 - pacientes, (36.50%), (gráfica 2).

La indicación más frecuente de la cesárea previa fué desconocida - para el obstetra en 34 pacientes (41.40%), seguida por la desproporción céfalo pélvica en 19 pacientes (23.10%), posteriormente - por la presentación pélvica en 14 pacientes (15.80%) y finalmente por la situación transversa en 6 pacientes (7.30%), (gráfica 3).

La indicación más frecuente de la cesárea actual fué, como era de esperarse, la desproporción céfalo pélvica en 17 pacientes (29.80%), seguida de la indicada por cesárea previa en 15 pacientes (26.90%), distocia de presentación en 7 pacientes (12.22%) y ruptura prematura de membranas en 6 pacientes (10.55%), (gráfica 4).

Con respecto a la condición de la histerorrafia en el momento de la cesárea o de la revisión de la cavidad, en el puerperio inmedi

to, encontramos que, de 4 pacientes con diagnóstico de inminencia de dehiscencia de la histerorrafia, en las que se culminó el embarazo con operación cesárea, 3 presentaban dehiscencias parciales, - - mientras que en la otra no fueron encontradas; en 2 pacientes de - puerperio postparto (en las que no se aplicó fórceps) se observaron dehiscencias parciales, siendo el total de pacientes con dehiscencia de 5 representando el 3.66% de los casos de cesárea. Todas las pacientes se manejaron en forma conservadora, con una evolución satisfactoria, (gráfica 5).

Se valoró el tiempo transcurrido entre la última cesárea y el embarazo actual, encontrando la mayor frecuencia en el período de 1 a 3 años, con 52 pacientes (63.44%), existiendo 4 pacientes complicadas en este período, (gráfica 6).

El peso de los productos actuales fué más común en el grupo de 2,501 a 3,000 gramos con 25 productos (30.11) y encontrando a continuación el grupo de 2,001 gramos a 2,500 gramos con 11 productos (13.22%), (gráfica 7).

De las pacientes, 25 (30.11) fueron nulíparas, es decir secundigestas con una cesárea previa, 41 multíparas (50%) y 16 grandes multíparas (19.55%), presentando la mayor morbilidad el grupo de las -- multíparas, (gráfica 8).

La indicación de fórceps post-cesárea fué de sólo 9.6%, habiendo sido utilizados únicamente los tipos Simpson y Kielland.

Del total, 5 (62.5%) fueron profilácticos y sólo 3 (37.5%) tenían-

alguna indicación específica, (gráfica 9).

La valoración del apgar al minuto fué de 7 a 10 en 74 productos -- (89.11%), de 4 a 6 en 7 productos (8.44%) y de 0 a 3 sólo en 2 productos (2.44%). Es importante hacer notar que de los 8 productos obtenidos por fórceps, 6 tuvieron un apgar mayor de 7 al minuto, - 1 fué óbito reciente y otro parto gemelar, con apgar de 6 y 0 respectivamente, (gráfica 10).

Las complicaciones maternas transoperatorias o postoperatorias más frecuentes fueron, en el caso de las pacientes atendidas por cesárea, la endometritis en 3 casos (5.22%), el desgarro de la histerotomía en un caso (1.70%) y de la dehiscencia de la histerorrafia en 2 casos (3.44%).

Las complicaciones maternas en el puerperio postparto más frecuentes fueron la dehiscencia de la histerorrafia en 3 pacientes (3.66%) y en la misma proporción, la laceración de la mucosa vaginal. Se presentaron 2 casos (12.4%) de cada una de las siguientes complicaciones: desgarro de la episiotomía, endometritis y retención de restos postparto. Los desgarros fueron reparados adecuadamente y evolucionaron satisfactoriamente; la dehiscencia, en ambos casos, - se trató conservadoramente y tuvieron buena evolución pero, un caso de endometritis, llegó a requerir hiterectomía y un caso de retención de restos placentarios en una paciente con cirrosis alcoholonutricional, requirió además de la revisión de cavidad, transfusión sanguínea y al complicarse con coagulopatía, fué enviada a otro Hospital donde recibió tratamiento adecuado (tabla 1).



La inductoconducción se llevó a cabo en 6 pacientes (7.33%) que -- terminaron con parto vaginal y en sólo 2 (3.5% que culminaron en cesárea, (gráfica 11).

De las 139 pacientes estudiadas, no se presentó ninguna muerte materna pero se encontraron 4 casos de muerte fetal que no tuvieron relación con dehiscencia de la histerorrafia o con ruptura uterina.

#### D I S C U S I O N

Se estudiaron 139 pacientes con antecedentes de una cesárea previa, atendidas del 1º de febrero de 1986 al 31 de enero de 1988 en el Hospital General de la Secretaría de Salud de Cuautlixco, Morelos. De ellas 57 se llevaron nuevamente a cesárea, la mayoría de las veces por persistir la indicación que motivó la primera intervención. Cabe señalar que en el 40% de los casos no se conoció cual fué la indicación de la cesárea previa. Las 82 pacientes restantes fueron las que se sometieron a trabajo de parto hasta obtener sus productos por vía vaginal, ya que no existió ninguna indicación para cesárea que no fuese la de cesárea previa.

De las 82 pacientes que terminaron en parto vaginal, ninguna presentó dehiscencia total y sólo 2 presentaron datos de dehiscencia -- parcial de la histerorrafia; ambas se manejaron de forma conservadora con una evolución satisfactoria. Estas dehiscencias se presentaron en pacientes a las que no se les aplicó fórceps; sin embargo, las pacientes con aplicación de fórceps presentaron otro tipo de complicaciones, tales como desgarros vaginales, etc.

Cabe señalar que la indicación de fórceps fué muy baja en este grupo de pacientes.

La mayor morbilidad fué observada en el grupo de las multíparas, quizá debido a que el período intergenésico en ellas fué menor.

De todo lo anterior se puede concluir que las pacientes embarazadas con antecedentes de una cesárea previa y en las que no persista la condición que indicó la misma, o bien si no presentan alguna otra condición para entrar a trabajo de parto y atenderse por vaginal, pueden llevarlo a cabo teniendo como consigna, desde luego, una cuidadosa vigilancia de la evolución del trabajo de parto y una evaluación de la histerorrafia.

Sabemos que la tendencia actual está encaminada a permitir el trabajo de parto después de una cesárea previa, cuando las condiciones así lo permitan. Este trabajo apoya dicha tendencia ya que arroja resultados favorables, tanto para la madre como para el producto, en aquel grupo de pacientes en las que les fué permitido el parto vaginal.

Sabemos también que las indicaciones de la cesárea han aumentado - por lo que, de seguir basándose en el aforismo de Cragin "una vez cesárea, siempre cesárea", se elevarán aún más las cifras de esta cirugía.

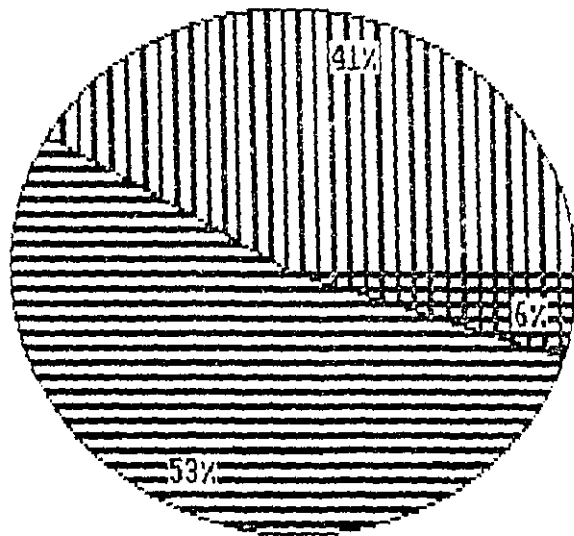
Los resultados de este trabajo no permiten seguir sustentando dicho aforismo, por lo que si se toman en cuenta, esperaremos que se disminuya la frecuencia de cesáreas no justificadas en el futuro.




T A B L A 1.

Complicaciones post parto y post cesárea.

Puerperio postparto.	puerperio postcesárea
Endometritis.....2 casos	Endometritis.....2 casos
Dehiscencia parcial de histerorrafia previa..2 casos	Dehiscencia parcial de histerorrafia previa..3 casos
Desgarro vaginal o de la episiotomia.....2 casos	Desgarro de la histerotomia.....1 caso
Retencion de restos placentarios.....2 casos	

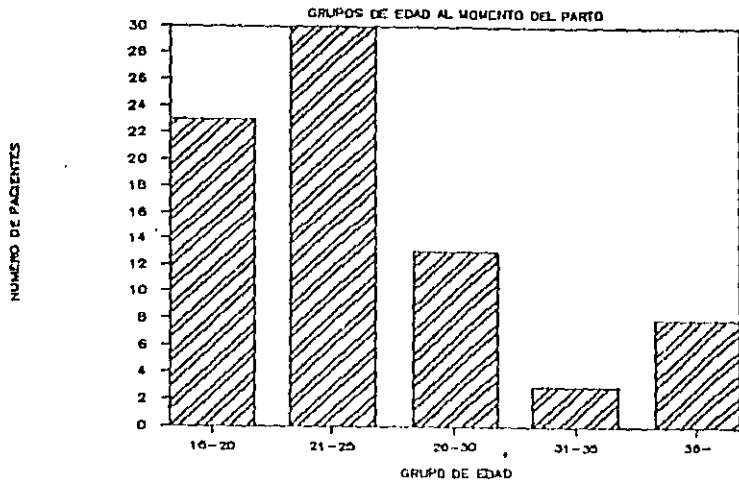
GRAFICA 1



-  CESAREA
-  PARTO
-  FORCEPS

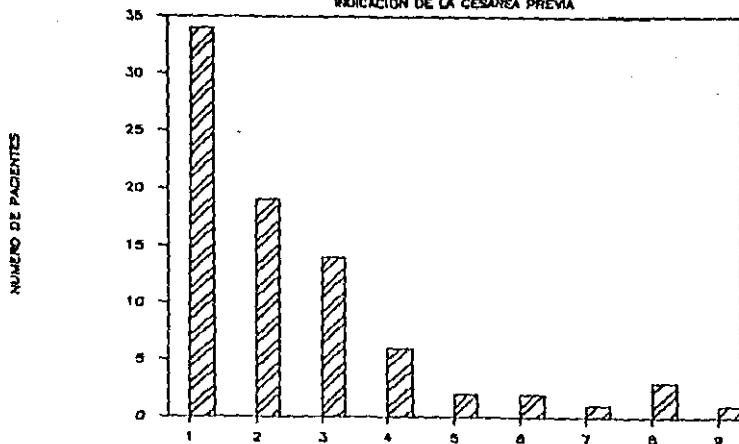
Grafica 1.- Forma de terminacion del embarazo en pacientes con una cesárea previa.

GRAFICA 2



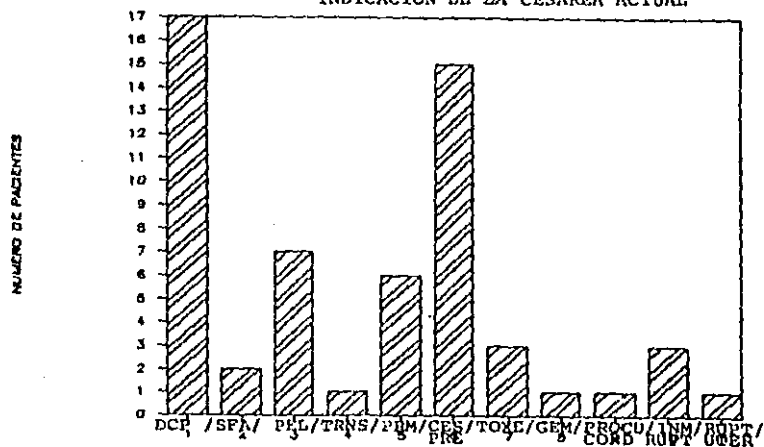
GRAFICA 3

INDICACION DE LA CESAREA PREVIA



GRAFICA 4

INDICACION DE LA CESAREA ACTUAL

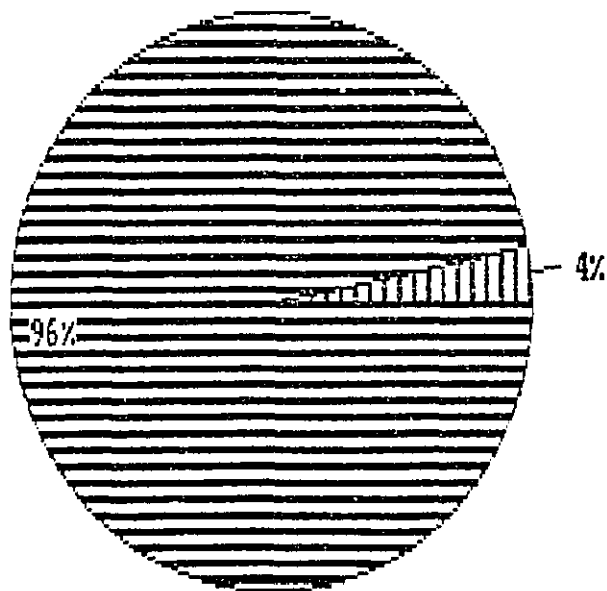


GRAFICA 5a CESAREAS

#DE CASOS

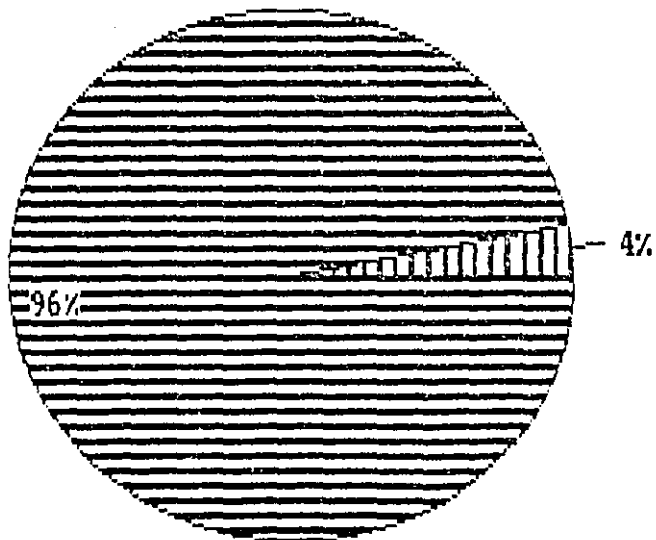
▨ C/D

▨ S/D



Grafica 5a.-Condicion de la histerorrhafia postcesarea.

GRAFICA 5a CESAREAS



#DE CASOS

▨ C/D

▨ S/D

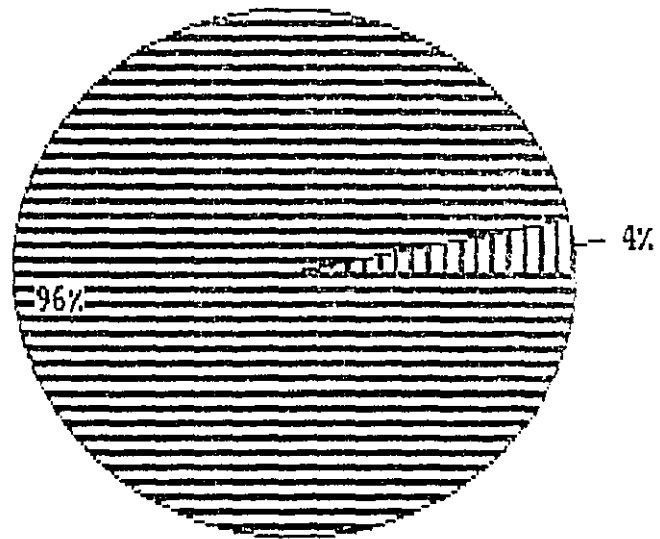
Grafica 5a.-Condicion de la histerorrrografia postcesárea.



GRAFICA 5b PARTOS

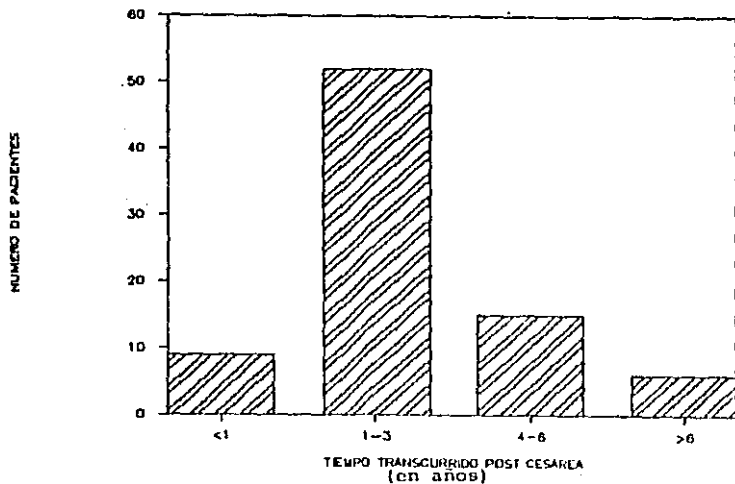
#DE CASOS.

- ▨ C/D
- ▨ S/D

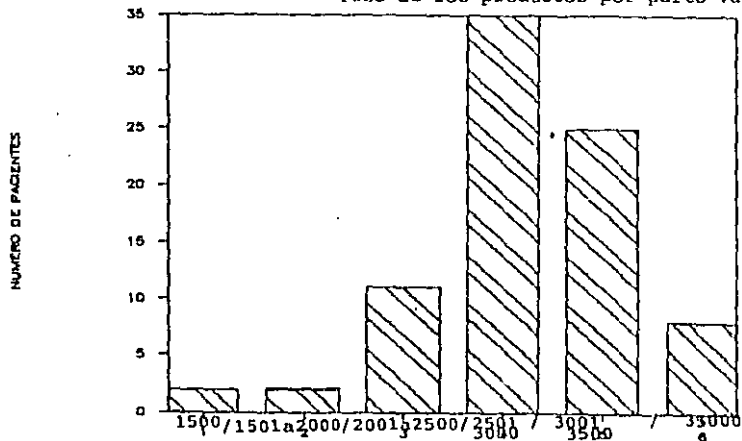


Grafica 5b.-Condicion de la histerorraxia en el postparto.

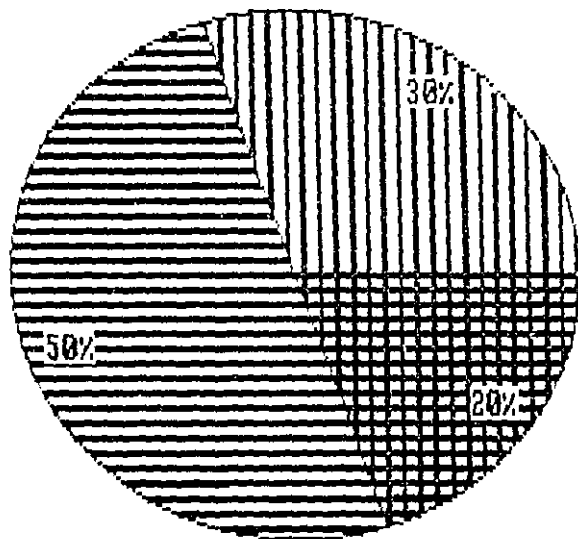
GRAFICA 6



GRAFICA 7  
Peso de los productos por parto vaginal



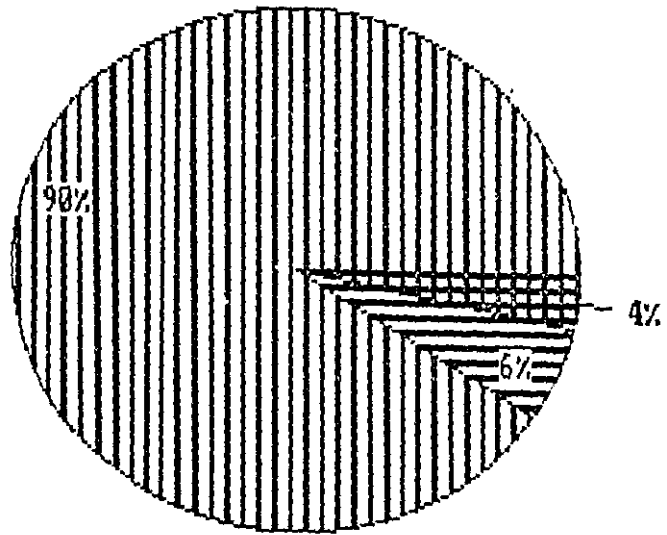
GRAFICA 8






"# DE CASOS  
NULIPARA  
MULTIPARA  
GRANMULT

Grafica 8.- Porcentajes de Paridad.

GRAFICA 9

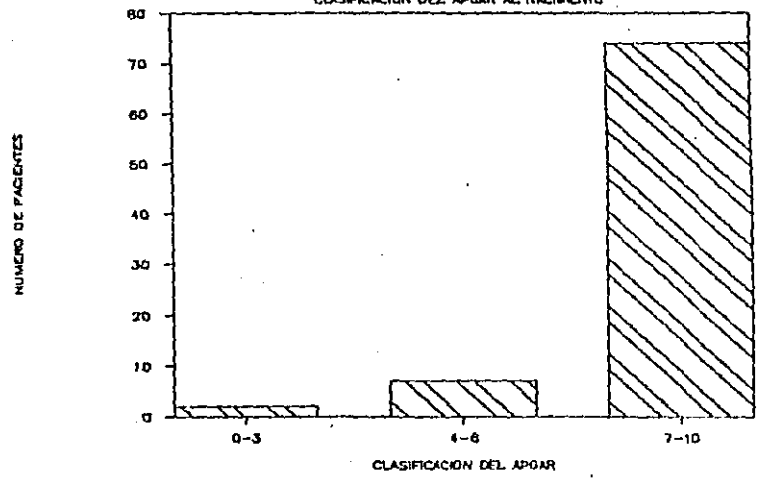


- CASOS
-  PARTOS
  -  FORCEPS-PROF
  -  FORCEPS-IND

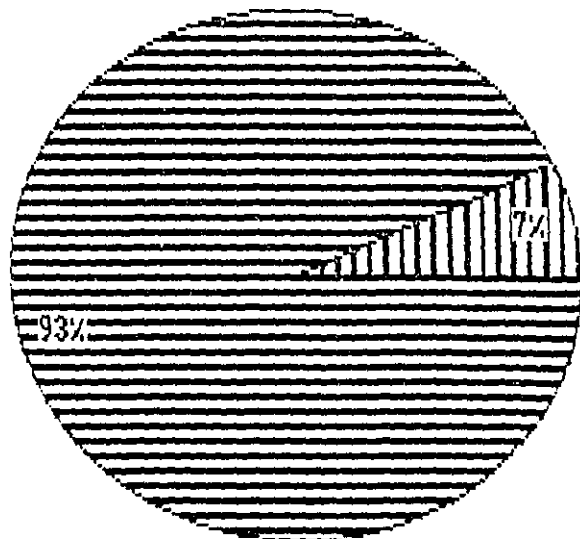
Grafica 9.-Aplicacion da Forceps.

GRAFICA 10

CLASIFICACION DEL APGAR AL NACIMIENTO



GRAFICA 11a



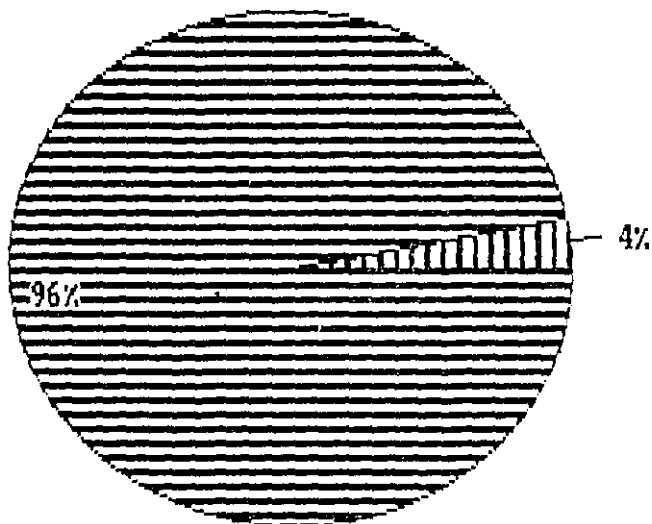
PARTOS  
INDUCC  
NO INDUCC

Grafica 11 a.- Frecuencia de inductoconduccion en partos.

GRAFICA 11b

CESAREAS

▨▨ INDUCC  
▨▨▨ NO INDUCC



Grafica 11 b.-Frecuencia de  
inductoconduccion  
en cesareas.

RESUMEN:

Con motivo de revisar la morbi-mortalidad materno fetal relacionada con la atención del parto en pacientes con una cesárea anterior, se revisaron 139 pacientes que ingresaron al Hospital General de Cuautlilco en un período de 2 años. Se evaluaron: la edad, el número de gestaciones, la paridad, la indicación de la cesárea anterior y fecha de la misma.

Se formaron 3 grupos dependiendo de la terminación del embarazo; cesárea, parto con aplicación de fórceps y parto eutócico. Se revisaron las condiciones del producto al nacimiento.

De las 139 pacientes estudiadas, a 57 se les practicó cesárea, teniendo como indicación más frecuente desproporción céfalo pélvica. En 8 pacientes se aplicó fórceps al momento del parto y 74 pacientes tuvieron partos eutócicos. La frecuencia de dehiscencia parcial de la histerorrafia fué del 2.4%. No se presentó ningún caso de dehiscencia total. El 82% de los casos eran mayores de 2,500 gramos y el 89% de los productos se clasificaron con apgar de 7 o más a los 5 minutos.

Las conclusiones del estudio fueron que puede ser permisible el trabajo de parto y la atención del mismo en pacientes con una cesárea anterior que no presenten alguna contraindicación para la vía vaginal.



ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

B I B L I O G R A F I A

- 1).-Hellman, Pritchard.Obstetricia,Williams.3a.Ed. Salvat.1980.
- 2).-Stirrot. Thomas. Ginecología y Obstericia vol.2,1986.
- 3).-Trial of Labor in the patient with a prior cesarean Birth - Richards, H Jeffery, Phelhan Sze Ya Yeh U.S.C. Los Angeles Am. J. Obstet & Gyn. Feb. 1985.
- 4).-La operación cesárea en el Hospital de Ginecoobstetricia No.3 del I.M.S.S. Lopez Ortiz, Maglorie Morisseau,Ginecologia de Mexico vol.51 No. 320
- 5).-An evaluation of the relative risk of trial of Labor versus elective repeat Cesarean section, Carolyn B.Hadley, Micheal T Mennuti. Univ. of Pennsylvania. Am. J. Perinatol. 3:107-114, April 1986.
- 6).- La Histerectomía como recurso de la Obstetricia Actual, Uribe Elias, Reyes Ceja, Zamora Orozco, Ginecologia y Obstericia de Mexico. vol.43 No.256. 1978
- 7).-Ruptura Uterina. Analisis de 21 casos. Molina Sosa. Ginecologia y Obstetricia de Mexico,vol.29 No.295,1981.
- 8).-Cesárea Histerectomia. Ramirez Villalobos , Real Gomez.Mac Cruz . Gineco. Obst de México. vol.43, No.288. 1980.
- 9).-Vaginal Delivery following previous cesarean Birth. Martin Harris,Muddleston. Am. Journal,Obstet. Gynecol.vol 146 No.3 . 1983
- 10).-Persanov. Illin. Manual de Ginecología y Obstet.Ed. M.I.R. 1981.
- 11).-Infections Morbidity afterprimary cesarean section in a private Institucion. Arstey.Sheldon.Am.Journal Obstet-Gynecol 136:205, 1980.

- 12).- Trial of Labor following cesarean section:a two year experience.Meior,Porreco.Am. J. Obstet.Gynecol.144:671. 1981
- 13).-Postoperative Cesarean Morbidity. A Prospective study.Thor-kild F Nielsen Am. J. Obstet Gynecol.146:911. 1983.
- 14).-Cesarean section a 15 years review of Chaining incidence indications and risks.Amirikia Zerewich, Evans, Am. J. Obstet Gynecol 140:81. 1981.
- 15).-Oxitocin use During a trial of labor in patient with pre-vious cesarean section. Hornestein, Bouscher, Phelan. The-Journal of Reproductive Medicine. vol29,No.1. 1984.
- 16).- Cesárea de Repetición . Rodriguez, Sanguines Martinez,- Miranda Andrade, Ahued. Ginecologia y Obstétrica de México vol 50,No.302, Pag. 153-56,1981.
- 17).- La operación cesárea .G.Harley . Ginecologia y Obstetri-cia. Temas Actuales . vol 3 , 1980.
- 18).- Manejo de la Paciente Obstétrica con antecedente de una -cesárea .Garcia Luna , Ramirez Perea, Alvarado Durán. Gi-necologia y Obstétrica de México. vol 45. No:269,1979.
- 19).- Previous cesarean birth trial of labor in women with ma-crosomic infants Phelan. Eglinton, Hornestein. The Jour-nal of reproductive Medicine. vol 29,No.1 . 1979.
- 20).-Resolución del parto subsiguiente a cesárea previa.Presen-tacion de 200 casos. Marin Ruiz, Garcia Flores, Romero - Gracia, Morales.Actualización en Ginecologia y Obstetricia vol.VIII, No.5 Jun. 1986.
- 21)-The American College of Obstetricians and Gynecologists. Gineco. Obstet. Actual Ed. Manual Moderno. 1981.

- 22).- Cesárea Histerectomía. Urzua , Leos, Marin Rufino. Gineco.- Obst. de México vol.48, No.288. 1980
- 23).- Mortalidad Materna asociada a la operación cesárea. Shor - Pinsker, Chavez Azuola, Castelazo M Ginec. Obstet. de Mex. vol.50, No.303: 1981.
- 24).- Operación Cesárea repetida. Porreco. Clinicas Obstétricas y Ginecológicas, vol 2, 1981.
- 25).- Notre attitude devant une femme enceinte qui a subi une operation césarienne a sa grossesse précédente. Cannalier Bourgoin. La Presse Médicale , vol.71, No.43, 1963.
- 26).- Postoperative cesarean section morbidity: a retrospective study . Kokergard. Am. J. Obstet Gynecol. 146:911, 1983
- 27).- Hallazgos Histerosalpingográficos en pacientes con cesárea complicada por infección. Marcus Hamer Miller, Camacho Félix, Salas Villamar. Ginecología y Obstetricia de México vol. 48, No. 285, 1980.
- 28).- Vaginal Delivery after cesarean section in women with unknown types uterine scar. Beall, Eglinton, Clark. The - Journal of Reproductive Medicine, vol 2, 1986.
- 29).- Aspects Radiologiques du canal cervical après césarienne segmentaire. Cannolier, Bourgoin, Ballon. Gin. Obst. Paris. vol. 48, No. 285. 1980.
- 30).- Postterm pregnancy after previous cesarean section. Sze Ya Yoh Phelan, Xing-Huang, The Journal Of Reproductive Medicine, vol.29, No.11, 1984.