

Sub-Dirección General Médica
Hospital General "1º de Octubre"
I. S. S. S. T. E.

USO DE OXITOCINA EN CESAREA PREVIA*

Dr. Jorge Luis Quintero Salinas**

*Trabajo de investigación clínica para obtener el grado de Especialista en Ginecología y Obstetricia. Facultad de Medicina (División de Estudios de Postgrado). U. N. A. M.

Asesor: Dr Hiram Ramírez Martínez
Médico Ginecoobstetra.
Coordinador de Obstetricia del Hospital Gral. 1º de Octubre.
I. S. S. S. T. E.

**Médico residente de Ginecología y Obstetricia del Hospital General "1º de Octubre" I. S. S. S. T. E., México, D.F.
Dirección: Av. Instituto Politécnico Nacional 1669, Col.: Magdalena de las Salinas, México, D.F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

RESUMEN

El uso de oxitocina en cesárea previa, no es una contraindicación absoluta. Se reportan 40 casos de pacientes embarazadas con antecedente de cesárea previa, sometidas a trabajo de parto con el uso de oxitocina. Fueron seleccionadas de acuerdo al tipo de cesárea, indicación de la misma, período intergenésico y el estado actual de salud de la madre como la del producto. Fue utilizado el método de Bishop (valoración obstétrica para conducción de trabajo de parto) como parámetro para iniciar el uso de oxitocina. El 75% fue conducción y el 25% inducción del trabajo de parto. -- El tiempo promedio de uso de oxitocina fué de 5.3 horas. La resolución del embarazo: por vía vaginal 29 pacientes (72.5%) y por vía abdominal 11 pacientes (27.5%). Ninguna ruptura uterina como complicación. Se concluye que el uso de oxitocina para pacientes con cesárea previa arroja buenos resultados siempre y cuando se realice adecuadamente la selección del tipo de paciente.

SUMMARY

The use of ocitocin is not an absolute contraindication forty -- pregnant patients with previous cesarean section were induced with ocitocin. There patients were previously selected, according to The Cesarean section type; indication of the same, intercesnic period -- an the state of the mother and the child. The Bishop method was -- used (obstetric evaluation for conducting labor) as a parameter to -- initiate the use of ocitocin. 75% was conduction of labor and 25% in -- duction of labor. The average time of the ocitocin use was 5.3 hours. 29 patients were delivered vaginally (72.5%) and 11 patients were deli -- vered abdominally (27.5%). There were no uterine rupture as a compli -- cation. We conclude that the use of ocitocin is werd tolerated as we can see for the results. We have select the patients in order to obtain -- good results.

Palabras Clave: Oxitocina, Cesárea previa

INTRODUCCION.

El dicho "Una vez una cesárea, siempre una cesárea" se ha vuelto controvertido y a su vez preocupante para la profesión médica institucional y para el público, ya que el índice de nacimientos por cesárea constantemente es creciente.

En las grandes instituciones médicas, a nivel mundial, donde cuentan con un notable número de partos se ha convertido en rutina enormar una conducta obstétrica, ante el caso de la gestante con el antecedente de la cesárea previa (14, 15).

El problema aparece cuando la cesárea anterior fue indicada por una causa no recurrente, como sufrimiento fetal agudo, prolapso de cordón, placenta previa, etc., o cuando la indicación de la cesárea no se conoce por haber sido operada en otro centro hospitalario. Estas instituciones cada vez más frecuentes, son debidas al aumento del número de cesáreas que se han producido en los últimos años a nivel mundial (7, 3) y algunos autores cifran entre un 10 y 25 % (8, 9)

Haciendo énfasis en éstos aspectos, otras publicaciones se han realizado (5) indicando en su estudio, que el mayor porcentaje de cesáreas realizadas, fué la cesárea previa la indicación.

El uso de oxitocina en cesárea previa es una alternativa segura siempre y cuando haya un monitoreo fetal y personal capacitada

do adecuadamente para la atención de este tipo de pacientes (1).

Controvertidas opiniones en cuanto al uso de oxitocina en cesárea previa; contraindicación absoluta algunos (4). Por otro lado, publicaciones que de una u otra manera apoyan el uso de oxitocina en pacientes con antecedente de cesárea previa, siembran la inseguridad o la duda dado los resultados obtenidos en sus trabajos de usar o no el método (9).

Sobre la incidencia, a nivel solo de E. E. U. U., en 1983 se publicó que el índice de cesáreas en 1981 alcanzó el 17.9% (10), pero se han descrito índices de cesárea incluso superiores al 20% (11).

Desde mediados de los años 60 hasta el comienzo de los años 80 la cesárea aumento de menos de un 5% hasta más de un 15% (12). Según informes, la incidencia paso del 4.4% en 1964 al 18% en 1983 (13). Hay que tener en cuenta que a pesar de que en los E. E. U. U. se ha producido un mayor incremento del índice de cesárea en otros países se ha observado una tendencia similar (8).

En cuanto al riesgo anestésico, estadísticas recientes (5) han demostrado disminuir la morbimortalidad materna obstétrica --- siempre y cuando haya una importante valoración preanestésica; --- no siendo así en pacientes sometidas en forma de urgencia y/o --- pacientes en las que en un momento dado son sometidas sin indi-

cación precisa.

La intención de este trabajo no es discutir si una paciente después de una cesárea deberá tener un parto por vía natural. Muchas publicaciones demuestran en sus resultados que no hay duda que la paciente pueda tener el parto por vía vaginal (12). El propósito de mi trabajo es demostrar y comunicar los resultados y que con una adecuada vigilancia, selección de la paciente y sobre todo personal capacitado es posible la inducción o conducción de trabajo de parto en este tipo de pacientes.

MATERIAL Y METODOS

El presente estudio se llevó a cabo en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional 1o. de Octubre, ISSSTE, en el período comprendido de marzo a noviembre de 1988. Se incluyeron 40 pacientes con embarazo de término y el antecedente de cesárea previa; fueron sometidas al uso de oxitocina (inducción y conducción) según el caso. Hubo exclusión de pacientes, principalmente la desproporción cefalopélvica, sufrimiento fetal agudo, preeclampsias y cualquier enfermedad sistémica que contraindicara el trabajo de parto, así como los embarazos de alto riesgo. De las pacientes seleccionadas, se obtuvieron por la consulta de urgencia obstétrica, tomando en cuenta principalmente la indicación de cesárea previa, período intergenésico de la misma y bienestar materno fetal. Se utilizó el método de Bishop (valoración obstétrica para -

conducción de trabajo de parto), Como parámetro para iniciar el uso de oxitocina. Se dividieron en dos grupos principales: Las que fueron sometidas a inducción: 10 pacientes que fué el 25% y las sometidas a conducción de trabajo de parto: 30 pacientes que fueron el 75%. El uso de oxitocina fue por infusión continua, goteo - respuesta, utilizandose microgoteros Flebotek de bayoneta (hormogoteo). A todas las pacientes se les aplicó bloqueo peridural indicado durante el trabajo de parto en el tiempo convenido, para posteriormente en las pacientes que terminaron en parto fué aplicado forceps profiláctico para las dehiscencias y rupturas uterinas. El forceps utilizado fué tipo Simpson.

RESULTADOS.

De las 40 pacientes estudiadas, 10 fueron sometidas a inducción del trabajo de parto que fué el 25% y 30 pacientes fueron conducidas siendo el 75%. El diagnóstico de ingreso y la indicación de la oxitocina fueron: 20 pacientes por trabajo de parto irregular (50%), 7 pacientes por fase latente prolongada (17.5%), 6 pacientes por ruptura prematura de membrana (15%), 4 pacientes por embarazo prolongado (10%) y 3 pacientes por fase activa prolongada que fué el 7.5% (cuadro 1).

En cuanto al método de Bishop, 33 pacientes (82.5%) tuvieron un puntaje de más de 6, de estas pacientes, 23 terminaron en parto y 10 en cesárea lo que representó el 69.7% y 30.3% respectivamente; 7 pacientes presentaron una valoración según el método

de menos de 6 puntos de las cuales fueron 6 partos (85.7%) y una sola cesárea (14.28%) (cuadro 2).

La resolución del embarazo en general y el tiempo promedio de uso de oxitocina fué la siguiente: Se presentaron 29 partos por vía normal (72.5%) con un tiempo promedio de 5.3 horas; 11 pacientes terminaron en cesárea (27.5%) con un tiempo promedio de 7.8 horas.

De las pacientes que fueron sometidas a cesárea los diagnósticos por lo que se operaron fueron: 3 pacientes por dolor continuo en segmento (27%), 3 pacientes por distocia de contracción (27%), - 3 pacientes por sufrimiento fetal (27%) y 2 por dilatación estacionaria (18%) (cuadro 3).

La coorelación de apgar para los partos fué de 8.2 y para las cesáreas de 9.1 en promedio.

Dentro de las complicaciones obtenidas fueron: 4 dehiscencias como hallazgo transcesárea, lo que representó el 36.3%; En las revisiones postparto no se encontró ninguna. No hubo rupturas uterinas (cuadro 4).

A todos los productos se les aplicó forceps como profilaxis a las dehiscencias y rupturas uterinas, previo bloqueo peridural el cual fué aplicado durante el trabajo de parto en el tiempo indicado.

DISCUSION

La actitud obstetrica frente a una paciente con cesárea anterior requiere de un conocimiento de los riesgos a la que está sometida - la gestante y adoptar una conducta que debería incluir:

1. - Descartar la existencia de una indicación adicional materna o fetal para efectuar una cesárea de entrada.
2. - Disponer de los datos clínicos suficientes para decidir someter a una paciente a trabajo de parto.
3. - De preferencia conocer los datos de la anterior cesárea en cuanto al tipo, indicación, material usado y facultativo que la realizó.

La cuestión fundamental es valorar de forma correcta dos factores a descartar y que son los dos puntos principales de este trabajo.

1. - En primer lugar, la indicación de la cesárea anterior.
2. - En segundo lugar, las condiciones de la actual gestación para optar a la prueba de trabajo de parto.

Respecto al primero de los dos factores, la indicación de la cesárea anterior es sin duda lo que más condiciona a la viabilidad de un parto vaginal. Sin duda que tomando lo anteriormente referido los resultados como en nuestro presente trabajo son satisfactorios en cuanto a la evolución y complicación de nuestras pacientes incluidas. (cuadro 4).

En nuestro estudio, se demuestra que una paciente seleccionada adecuadamente y sometida a trabajo de parto con oxitocina - bajo vigilancia estrecha y personal capacitado, suspendiendo a -- tiempo el procedimiento en cuanto aparezcan los signos de alarma para ruptura uterina como sería: dolor en segmento continuo, po lisistolia uterina, datos de sufrimiento fetal para resolución del - embarazo por vía abdominal. Con estas medidas son suficientes pa - ra que las complicaciones sean mínimas ya que otras publicacio - nes (10, 11, 12 y 13) demuestran otro índice más elevado que el -- nuestro.

DIAGNOSTICO DE INGRESO E INDICACION DEL USO DE OXITOCINA

Causa	Casos	Por ciento
Trabajo de parto irregular	20	50%
Fase latente prolongada	7	17.5%
Ruptura prematura de membranas	6	15%
Embarazo prolongado	4	10%
Fase activa prolongada	3	7.5%
TOTAL	40	100.0%

Cuadro 1

INDICE DE BISHOP

(Valoración obstétrica para el uso de oxitocina)

Pacientes	Puntos	Por ciento
33	Más de 6	82.5%
7	Menos de 6	17.59%
		7.75% *

* Promedio General

Cuadro II

INDICACION DE CESAREA

Causa	Número	Por ciento
Dolor continuo en segmento	3	27 %
Distocia de contracción	3	27 %
Sufrimiento fetal	3	27 %
Dilatación estacionaria	2	16 %
TOTAL	13	100 %

Cuadro III

COMPLICACIONES OBTENIDAS (Hallazgos transcesárea)

Complicaciones	Número	Por ciento
Dehiscencia parcial	2	5 %
Dehiscencia inminente	2	5 %
Dehiscencia total	1	2.5%
Ruptura Uterina	0	--
Total	5	12.5%

Cuadro IV

BIBLIOGRAFIA

1. - Arnold Guzman S., Carlos Briseño: Oxitocina fundamentos teoricos e implicaciones. Gineco. Obstet. Mex. 56,1 1988
2. - Bruce L. Flamm: Parto vaginal despues de cesárea: Controversias antiguas y nuevas. Kaiser permanente, Saouthern California permanente. Medical grup, Anaheim California.
3. - Frigoletto F. Dryan. K. J. y Phillippe: M. 1980. Maternal - Mortality rate a asociated with cesarean section. Am. J. Obstet. Gynecol. 136, 969-970.
4. - G.M. Anderson y J. Lomas: Causales del creciente índice de nacimientos por cesárea: Datos de Ontario Canadá desde 1979 hasta 1982. Obstet. y Ginecol 65:307-311 Mar. 1985.
5. - Guillermo Vasconcelos Palacios: La participación de la --- anestesia en la mortalidad materna. Gineco y Obste. Mex. 56-I 1985.
6. - J.Ma. Ramos, J. Ruiz: Evolución del parto en pacientes con cesárea anterior: Estudio retrospectivo de 674 casos. Rev. Esp. Gineco y Obste. 43, 498-508, 1984

7. - J. Ma. Ramos y J. Ruiz: Estudio de la evolución del parto en pacientes con antecedentes de cesárea anterior. Rev. Esp. Gineco. Obste. 46 565-574.
8. - Janette M. Herenstein y Jeffrey P. Phnlan: Cesarea anterior riesgos y beneficios del uso de oxitocina en el intento de trabajo de parto. (Univ. de Calif. Sur.) Am. J. Obstet Gynecology. 151, 564-9. Marzo 1985.
9. - Joseph Seitchk y Janete Amico: Aumento del trabajo de parto debido a la oxitocina: Farmacocinética de la oxitocina. Am. J. Obstet. Gynecology . 150, 225-8. Oct, 1 1984.
10. - Mann L. y Gakllan J.: Moder indication for cesarean -- section. Am. J. Obstet. Gynecology , 135, 245-8. 1980.
11. - Morrison J.C. Wiser W.: Cesarean section:Whats Bahind the dramatic rise? Perinatol, Nonatol 6, 87. 1982.
12. - Placek P. Taffels y Mien M. :Cesarean section delivery rates United States. 1981, Am. J. Public Health 73, 861

13. - Pritchard J. A. : Mc Donald P.C. y Grat. 1986, Williams
Obstetricia. 844-845 3a. edic.

14. - Ritchard H. Paul Jeffrey, P. Phelan: Intento de trabajo
de parto en pacientes con cesárea anterior. A.M. J.
Obstet, Gynecology 151, 297-304, Feb. 1985