

11217
39
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
"LUIS CASTELAZO AYALA"**

**EL FORCEPS EN LA CESAREA
PREVIA**



★
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ASUNTOS ACADÉMICOS
★

TESIS DE POSGRADO

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA:

DR. TOMAS GERARDO HERRERA GOMEZ



**DIRECTOR:
DR. ARTURO CASELLAS FERNANDEZ**

MEXICO, D. F.

Alvarez
**TESIS CON
VALIA EN OBRAS**

1987



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 está 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.

INDICE :

	Pag.
MOTIVO DE LA PRESENTACION DE LA TESIS	1
INTRODUCCION	3
ANTECEDENTES BIBLIOGRAFICOS	6
FORMAS DE MANEJO EN EL HGO. LUIS CASTELAZO AYALA A PACIENTES CON EMBARAZO DE TERMINO Y TRABAJO DE PARTO CON ANTECEDENTES DE CESAREA PREVIA	9
MATERIAL Y METODO	10
GRAFICAS	11- 21
COMENTARIOS	22
CONCLUSIONES	25

MOTIVO DE LA PRESENTACION DE LA TESIS:

En la sala de labor, el número de pacientes con cesarea previa y trabajo de parto poco a poco va en aumento, frecuentemente, en el periodo expulsivo existe la incertidumbre de la evolución de la cicatriz uterina previa, por lo que en la mayoría de los casos se aplica un fórceps profiláctico para preservar la integridad uterina. No en todos los casos es posible aplicar un fórceps oportunamente por las condiciones de evolución variantes de las pacientes (trabajo de parto muy rápido) así como por el hecho de que muchas pacientes llegan en periodo expulsivo y pasan directamente a la sala de partos. Existen pacientes a las cuales se les puede aplicar forceps con anestesia regional o general, pero de manera más precipitada, dada la urgencia del parto inminente. Sin embargo, hemos observado que un grupo importante de pacientes por razones distintas (parto de evolución rápida, llegada a última hora al Hospital, exceso de trabajo, etc.) tienen parto vaginal sin aplicación de forceps y prácticamente sin aumento a la morbilidad materno fetal.

Al observar esto surgió la duda ¿Es necesario en realidad la aplicación del fórceps profiláctico? ¿Es necesario que el fórceps exista para éste uso? Por lo anterior nació el motivo de ésta tesis, esperando encontrar una respuesta satisfactoria a ésta disyuntiva.

Además los costos de manejo Hospitalario, que vienen siendo aproximadamente en relación al parto vaginal de 5:1 (1); - por el riesgo que representa no solo el acto quirúrgico, si no la anestesia por si misma, y por el peligro de la infección (17), que aunque no es frecuente, siempre está latente, y que comparativamente a la morbilidad infecciosa del parto vaginal es aproximadamente 7 veces mayor (13,15), por todos estos motivos se inició la investigación.

INTRODUCCION:

Desde tiempos inmemorables se refieren problemas para la resolución del parto distócico, problemas que actualmente existen. Con tal fin se idearon formas de resolverlo de la mejor manera, motivando el desarrollo de técnicas depuradas como son la cesarea y la aplicación del fórceps.

La historia de la cesarea surge entre narraciones mitológicas y leyendas de seres nacidos abdominalmente que tenían poderes adquiridos por ésta condición. Estetipo de relatos se presentan a lo largo de la historia. No se puede considerar a la cesarea como un recurso benefactor de la humanidad hasta 1882, cuando Max Säger, ayudante de Crédé en la Universidad de Leipzig utilizó la sutura en la operación, ya que previamente no se suturaba a las pacientes. Más adelante los cambios técnicos y el mejor conocimiento anatómico vinieron a revolucionar la operación. Porro efectuó la primera cesarea-histerectomía con éxito, dejando muñón cervical marzupializado (1907); los descubrimientos anatómicos de Krönig acerca de las ventajas de la incisión segmentaria por el despegamiento peritoneal y lo delgado del segmento lo llevaron a hacer una incisión segmentaria vertical (1912); Kerr en 1926 estableció la incisión segmentaria transversal, cuya técnica prácticamente sin modificaciones persiste hasta nuestros días.

La depuración de la técnica ha hecho que los riesgos quirúrgicos prácticamente se reduzcan a infecciones, las que se controlan de mejor manera por la utilización de antibióticos - cada vez más efectivos. Con el actual adelanto de la ciencia - en el campo médico el pronóstico para las pacientes que son sometidas a éste tipo de intervención quirúrgica, ha mejorado, - por lo que poco a poco de manera más liberal se ha recurrido a ésta. Otro factor importante es que las indicaciones actuales del forceps se han modificado y han permitido un desplazamiento de éstos por la operación cesarea.

Actualmente la principal indicación para una operación cesarea es la Desproporción cefalopélvica (DCP), la siguen en frecuencia el Sufrimiento Fetal Agudo (SFA), las presentaciones anómalas y una serie de variadas patologías, indicación de los estudios perinatológicos que tienen como resultado un mejor pronóstico materno-fetal.

El forceps es incierto en su origen cronológico. Aparentemente la elaboración del primer fórceps se remonta al siglo - XVI en Inglaterra y se le atribuye a Chamberlain. Tal instrumento permaneció como secreto de familia por más de un siglo - para darse a la luz pública más adelante por azares del destino a la Medicina Europea, quedando prácticamente sin ser modificado hasta 1747 en que Levret agrega la curvatura pélvica, ya que antes de ésta modificación solo contaba con curvatura - cefálica. En 1877 Tarnier introduce la tracción axial, des -

pués Barton y Kielland introducen sus fórceps y son los únicos con modificaciones lo suficientemente importantes como - para llamarse innovadores.

También el fórceps ha evolucionado, se ha mejorado y se ha vuelto un instrumento cada vez más seguro, sin embargo - gran polémica emerge en cuanto a su uso. En algunos centros hospitalarios el adiestramiento a Residentes en este campo - prácticamente es nulo, de manera que el resultado es una menor capacitación profesional y el círculo se repite en las - generaciones siguientes. ¿Por qué éste recelo para su uso? - La respuesta es que el fórceps también tuvo un periodo de en sayo, y durante todo ese tiempo innumerables iatrogenias ocurrieron, desprestigiándolo.

El uso del fórceps cada vez es más científico, y la enseñanza de éste cada vez es más técnica, por lo que se puede considerar que quién en éste momento sabe aplicarlos lo hace mejor que en generaciones pasadas, evitando iatrogenias in- cesarias.

ANTECEDENTES BIBLIOGRAFICOS:

Desde que la cesarea se volvió más segura al mejorar las técnicas quirúrgicas y la disminución del problema infeccioso - que previamente ocasionaba una elevada morbimortalidad, se observó lo seguro que podía ser la histerotomía tipo Kerr, surgió la duda de como debería resolverse el embarazo siguiente de la paciente con cesarea previa (22), ya que errores en el juicio de resolución pueden significar aún en nuestros días - la catástrofe de la ruptura uterina, con el consiguiente deceso del producto y aun de la madre.

Desde 1908, Edward Cragin (10), promulgó lo que fué de manera práctica una ley que permaneció vigente por mucho tiempo y - sin ser sometida a juicio se le tomó como una verdad, así su frases "Una vez cesarea, siempre cesarea", vino a mantener a las pacientes que había sido sometidas a cesarea ajenas a investigación.

Entre las razones que se dan para contraindicar la resolución del parto por vía vaginal está, que el utero tiene una cicatriz, es decir un punto débil que en caso de que se permita - el trabajo de parto se puede romper, pensandose actualmente - que la cicatriz uterina segmentaria resiste el trabajo de parto mejor que la corporal por motivos obios (1) como es conocido; otro aspecto es la morbilidad infecciosa (11), viendose - que algunas cicatrices uterinas (observadas en una nueva cesarea), fueron de menor calidad, por lo que se sugiere no dar -

trabajo de parto a éstas pacientes, aseveración que aun esta por verificarse. Otro punto que tomó gran importancia en los últimos tiempos y que ha perdido fuerza, es el intervalo entre la cesarea y el embarazo en cuestión (11), y se recomendaba no permitir desarrollo de trabajo de parto si la cesarea se había efectuado antes de dos años, tal concepto en nuestro medio no se maneja.

La valoración de la pelvis es un problema que aun no se ha podido resolver satisfactoriamente y que por el momento parece distar de lograrse, ya que la mayoría de las veces esta es subjetiva, y muy frecuentemente se cae en errores los que no son criticables y si en cambio explicables (10,20). Aun así en numerosos estudios se ha visto que la evolución del trabajo de parto hacia la resolución vaginal de éste, es más frecuente en grupos de pacientes en los que la cesarea anterior se efectuó por motivos diferentes a Desproporción cefalopélvica o falla en la progresión del trabajo de parto (2,7,8,11,12,19,20). Es de notarse también que la morbilidad infecciosa para las cesareas efectuadas cuando la prueba de trabajo de parto es prolongada y negativa, es mayor que cuando se maneja de manera electiva (17).

El uso de oxitocina en pacientes con cesarea previa es un tópico de polémica, en reportes recientes se menciona que su uso juicioso y cuidadoso no provoca complicaciones, y si en cambio permite utilizar a éste fármaco como un instrumento valioso en la obstetricia moderna (2,8,13,14, 18, 19, 20).

La dehiscencia de la cicatriz uterina en pacientes con cesarea -previa que tuvieron un parto vaginal y que amerita efectuar una laparotomía es variada, y su manejo cambia de lugar a lugar, siendo en algunas partes tributaria de laparotomía la sola presencia de la dehiscencia y en otros lados únicamente a menos que exista sangrado importante (6).

Es interesante el hecho de que pacientes con partos previos a la cesarea o posteriores también, no tienen una menor frecuencia aparente de dehiscencia de cicatriz uterina que aquellos que no han tenido partos vaginales (14).

NORMAS DE MANEJO EN EL HOSPITAL LUIS CASTELAZO AYALA A PACIENTES CON EMBARAZO DE TÉRMINO Y TRABAJO DE PARTO CON ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA.

Se establece el antecedente que una cesarea segmentaria no condiciona una nueva cesarea, a menos que la condición que ameritó la cesarea se repita nuevamente. Las pacientes con dos o más cesareas previas no son tributarias de trabajo de parto, y es condicionante de cesarea.

La conducción de una paciente con cesarea previa tiene que llenar ciertos requisitos:

- Condición favorable del cérvix (más de 2 cm de dilatación).
- Presentación cefálica
- No desproporción cefalopélvica
- Feto vivo, viable
- Vigilancia estrecha

Las contraindicaciones para la conducción de una paciente con cesarea previa son: Absolutas, cuando la cicatriz es corporal y Relativas: como la cesarea segmentaria tipo Kerr.

MATERIAL Y METODO:

Se formaron tres grupos de 35 pacientes cada uno con antecedentes de cesarea previa por cualquier motivo.

El Grupo I, formado por pacientes a las que se les atendió parto sin la aplicación de forceps, por causa desconocida; - El Grupo II, formado por pacientes a las que si se les aplicó forceps profiláctico y; El Grupo III, de pacientes a las que se les resolvió el embarazo mediante nueva operación cesarea, con o sin trabajo de parto.

Se tomaron en cuenta los siguientes datos: Edad, gesta, para, aborto, ectópico, tiempo de intervalo entre la cesarea y el embarazo actual, causa de la cesarea anterior, peso del producto de la cesarea anterior, variedad de posición, tipo de forceps, altura de la aplicación, lesiones al producto, apagar, peso, lesiones maternas, momento en que se detecta la dehiscencia, manejo de ésta, y el número de días de estancia hospitalaria. Se efectuaron tablas correspondientes.

INTERVALO ENTRE LA ULTIMA OPERACION CESAREA. Tabla 1.
Y EL ACTUAL NACIMIENTO

Grupo I

edad	AÑOS				no se sabe
	1	2	3	4	
15 a 20 a.	0	0	1	0	1
21 a 25 a.	0	5	2	3	5
26 a 30 a.	0	0	2	8	2
31 a 35 a.	0	0	0	1	1
36 a 40 a.	0	2	0	2	0
más de 40 a.	0	0	0	0	0
total	0	7	5	14	9

Tabla 1. El intervalo de 2 o más años prácticamente concentra el mismo número de pacientes en los tres grupos.

Grupo II

edad	AÑOS				no se sabe
	1	2	3	4	
15 a 20 a.	1	2	1	0	2
21 a 25 a.	3	5	0	4	5
26 a 30 a.	0	0	1	5	0
31 a 35 a.	0	1	0	4	0
36 a 40 a.	0	0	0	0	0
más de 40 a.	0	0	0	1	0
total	4	8	2	14	7

Grupo III

edad	AÑOS				no se sabe
	1	2	3	4	
15 a 20 a.	2	1	1	5	2
21 a 25 a.	2	0	1	9	2
26 a 30 a.	0	2	1	1	2
31 a 35 a.	0	1	1	0	0
36 a 40 a.	0	0	0	2	0
más de 40 a.	0	0	0	0	0
total	4	4	4	17	6

CAUSA DE LA CESAREA ANTERIOR. Tabla 2.

MOTIVO	GRUPO I	GRUPO II	GRUPO III
Sufrimiento fetal agudo (SFA)	6	0	1
Ruptura prematura de membranas (RPM)	4	0	1
Placenta previa	1	1	0
Presentación pélvica	4	6	1
Desproporción cefalopélvica	4	10	24
Presentación de cara	2	0	0
Toxemia	1	4	1
Gemelar	1	0	0
Situación transversa	1	2	1
Cerclaje	0	1	0
Desprendimiento prematuro de placenta normalmente implantada.	0	1	0
Embarazo prolongado	0	2	0
Hidrocefalia	0	1	0
Obito	0	0	2
Se desconoce	11	7	4
Total	35	35	35

Tabla 2. Muestra la causa de la cesarea anterior. Se puede observar en los resultados que las principales causas de la cesarea anterior fueron; en el Grupo I el Sufrimiento fetal agudo, la RPM, la presentación pélvica y la DCP. En el grupo II la causa principal fué la DCP, seguida de la presentación pelvica y posteriormente de la toxemia. Mientras que en el grupo III la causa principal de la cesarea anterior fué la DCP predominando ampliamente sobre las demás causas.

PESO DEL PRODUCTO ANTERIOR. Tabla 9.

PESOS	GRUPO I	GRUPO II	GRUPO III
Hasta 1500 g.	0	1	0
1501 a 2000 g	1	2	0
2001 a 2500 g	1	3	0
2501 a 3000 g	4	3	6
3001 a 3500 g	6	5	9
mas de 3501 g...	6	5	7
Se ignora	17	16	12

Tabla 9. Nos muestra los pesos de los productos de la cesarea anterior. Se encuentra que el predominio de los pesos estuvo en el grupo de 3000 a 3500 g., para los tres grupos, encontrándose posteriormente con mas casos el grupo de 3500 g en adelante. El número de productos con peso no especificado es muy alto, siendo tambien mayor el número en el grupo I, posteriormente el II y por último el III. Se observe que el número de productos inmaduros y prematuros es nulo en el grupo III, mientras que en el grupo I es de 2 prematuros y en el grupo II se encuentran 1 inmaduro y 5 prematuros.

TIEMPO DE PERIODO EXPULSIVO. Tabla 4.

TIEMPO	GRUPO I	GRUPO II
Hasta 30 minutos	8	9
31 a 60 minutos	2	7
61 a 90 "	5	4
91 a 120 "	2	2
mas de 120."	1	1
Se ignora	17	12
Total	35	35

Tabla 4. Encierra el tiempo aproximado de la duración del periodo expulsivo. Se encontró que el mayor número de los periodos expulsivos en el grupo I y II duran hasta 30 minutos. En el grupo I se encuentra que hay más pacientes con expulsivos de 60-90 minutos que con expulsivos de 30 a 60 minutos. Lo anterior nos puede sugerir que fué uno de los motivos que permitió expulsiones vaginales de los productos. Ambos grupos tienen pacientes con expulsivos hasta de mas de 120 minutos y ninguna de estas pacientes presentó dehiscencia de histerorrafia. No se especifica el motivo de la duración tan prolongada de los expulsivos.

TIPO DE FORCEPS APLICADO. **Tabla 5.**

TIPO DE FORCEPS	# APLICACIONES
Salinas	7
Tucker M.	1
Simpson	21
Kielland	6
Total	35

Tabla 5. Muestra el tipo y número de veces que se utilizó cada forceps, no se especifica la altura de la aplicación, pero en este Hospital únicamente se aplican forceps bajo y medio bajo. El forceps más usado fue el Simpson, posteriormente el Salinas, después el Kielland y en un caso el Tucker M.

MORBILIDAD MATERNOFETAL. Tabla 6.
POR FORCEPS

TIPO DE MORBILIDAD	SALINAS	SIMPSON	KIELLAND
Desgarro de 1er. grado	0	1	0
Desgarro de 2o. "	0	1	1
Desgarro de 3er. "	1	2	1
Huellas faciales del forceps	0	1	1
Equimosis facial	0	0	1
Total	1	5	4

Tabla 6. Muestra la morbilidad provocada por cada tipo de forceps. El salinas a pesar de haberse utilizado en igual número de veces que el Kielland produjo menos lesiones al producto y a la madre que éste; el forceps Simpson fue el más utilizado, y es el que mayor morbilidad tiene. Ningún producto tuvo lesión secundaria a uso de forceps.

MORBILIDAD MATERNA POR GRUPOS. Tabla 7.

TIPO DE MORBILIDAD	GRUPO I	GRUPO II	GRUPO III
Desgarro de 1er grado	2	0	0
Desgarro de 2o. "	1	2	0
Desgarro de 3er. "	3	4	0
Sangrado postquirurgico	0	0	2
Episiotomia	7	25	0
Deciduitis	0	0	6
Absceso pared abdominal	0	0	1

Tabla 7. Nos muestra comparativamente la morbilidad materna en cada grupo. Se puede observar que la presencia de desgarros vulvovaginales aparecen practicamente en la misma frecuencia en los grupos I y II y que en el grupo I el número de episiotomías fué menor. Se puede observar tambien que la presencia de procesos infecciosos está presente en 7 ocasiones en el grupo III y en ninguna en los dos restantes.

DIAS DE ESTANCIA. Tabla 6.

# DIAS	GRUPO I	GRUPO II	GRUPO III
1	31	32	0
2	1	3	0
3	2	0	27
4	1	0	4
5	0	0	1
6	0	0	1
7	0	0	1
16	0	0	1
Total	43 Días	38 Días	131 Días
Promedio	1.2 Días	1.08 Días	3.7 Días

Tabla 6. Muestra los días de estancia por grupo, y se encuentra que la diferencia de días en el Grupo I y II es mínima. Una paciente del grupo I permaneció 4 días debido a que se le resuturó la dehiscencia de la histerorrafia por lo que se le sometió a laparotomía. Puede verse una gran diferencia en el número total de días de estancia en el grupo III que fué de 131 días, 93 más que el grupo II y 88 días más que el I. Lo -- que equivale a que por paciente tanto en el grupo I -- como en el II el número de días promedio fue menor de 2; en cambio en el grupo III fué de más de 3 días. Existe éste aumento en promedio en el grupo III porque una paciente permaneció 16 días hospitalizada.

Calificación de apgar al minuto I y II.	GRUPO		
	I	II	III
1-6	0	0	1
5-8	0	1	0
6-7	0	1	1
6-8	0	1	1
7-7	0	0	2
7-8	2	5	5
7-9	0	1	2
8-8	0	1	1
8-9	19	20	21
9-9	0	2	0
obito	1	0	0
se desconoce	13	3	0
Total	35	35	35

Tabla 9. Contiene los índices de apgar de los 3 grupos. Practicamente no se encuentra diferencia por grupos. Unicamente se observa que las condiciones para los productos en general fueron buenas. Se aprecia en el grupo I que existe un óbito, el cual ocurrió - previo al internamiento de la paciente y era reciente ; en el grupo III se encuentra un apgar de 1-6, la paciente fue intervenida por SFA, y el producto posteriormente se recupero en forma satisfactoria.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

PESO DEL PRODUCTO DE ESTE EMBARAZO. Tabla 10.

PESO	GRUPO I	GRUPO II	GRUPO III
Hasta 1500 gramos	0	1	0
1501 - 2000	1	0	0
2001 0 2500	5	2	1
2501 1 3000	5	14	12
3001 - 3500	19	14	15
mas de 3500 gramos	3	4	7
se ignora	2	0	0
Total	35	35	35

Tabla 10. Contiene los pesos de los productos de éste último embarazo. Se encuentra que la mayoría de los productos pesaron entre 2500 y 3500 gramos en los 3 grupos. El grupo que tiene mayor número de macrosómicos es el grupo III, donde se encuentran 7, mientras que en el II se encuentran únicamente 4 y en el I solo 3.

Dehiscencias Tabla 12

Grupo	Manejo	Peso del producto	Días de estancia
Grupo I	Resutura mediante laparotomía postparto inmediato	3200 g	4

Tabla 12. Muestra que la única dehiscencia se produjo en el grupo I, con un producto de 3200 gramos, la que se reparó satisfactoriamente, sin complicaciones ni contratiempos y de forma inmediata.

COMENTARIOS:

- 1- Es importante destacar que el pronóstico de la evolución del embarazo siguiente hacia la cesarea o hacia el parto vaginal **ESTA GRANDEMENTE INFLUIDO POR EL MOTIVO QUE ORIGINÓ LA CESAREA ANTERIOR**, siendo la Desproporción cefalopélvica la causa que originó en mayor número de casos - el que las pacientes nuevamente se operaran. Así cuando la causa de la cesarea anterior fué distinta a la Desproporción cefalopélvica, el pronóstico para el parto vaginal fué mejor. Es de notarse también que la indicación más frecuente para la segunda cesarea en el grupo III - fué la Desproporción cefalopélvica.

El peso del producto que condicionó la cesarea anterior no varió significativamente entre los grupos, pero si se encuentra que el peso promedio de los productos de éste-embarazo es mayor en el Grupo III, lo que ha coadyuvado a la repetición de la cesarea.

- 2- El intervalo de la cesarea previa no hace variar el pronóstico de la integridad de la cicatriz uterina, que al parecer de cualquier forma va a resistir el trabajo de parto siempre y cuando no exista contraindicación para ello, como sería una presentación anómala o una nueva Desproporción cefalopélvica. Aparentemente la mayoría de las pacientes estaban sensibilizadas a espaciar éste embarazo, ya que pasaron 2 o más años antes de embarazarse

en el mayor número de casos.

- 3- En la serie de pacientes del Grupo III, la morbilidad infecciosa fue de 7:1 con respecto al parto vaginal, aumentando con ello los días de estancia hospitalaria.
- 4- El objetivo de disminuir el tiempo de periodo expulsivo - en éste tipo de pacientes para cuidar la cicatriz uterina, después de analizar el tiempo que duraron en expulsivo un buen número de pacientes, es cuestionable. Existieron periodos expulsivos hasta de 120 minutos, y no hubo dehiscencia de cicatriz, en cambio la única dehiscencia fué en un expulsivo de 13 minutos, tiempo que difícilmente podría haber sido menor, pensando que la causa de la dehiscencia pudiera haberse relacionado a un defecto de cicatrización de otro origen.
- 5- La resolución del parto por vía vaginal en los grupos I y II, fueron mas rápidos sobre todo cuando existía antecedente de mayor paridad. En algunos de ellos por la precipitación misma de la urgencia de atenderlos, fueron más evidentes los desgarros perineales, y, obviamente en el Grupo II por la aplicación del forceps profiláctico.

El forceps en nuestro hospital únicamente se aplican bajos y medio bajo, prácticamente ha desaparecido el for -

ceps medio alto por la gran morbilidad que ocasionan. Los instrumentos más usados son el Simpson, Salinas y Kielland y la morbilidad presentada fue de acuerdo al manejo, experiencia y grado de dificultad que haya tenido el operador.

- 6- Si existe aunque en pequeña proporción un aumento de la morbilidad materno-fetal con la aplicación del forceps profiláctico, aunque ésta morbilidad es mínima y aparentemente sin consecuencias futuras tanto para la madre como para el producto. Se justifica aún más que este instrumento sólo sea manejado por manos expertas.
- 7- Como las pacientes en término generales no fueron manejadas por sufrimiento fetal agudo, y en su mayoría presentaban embarazos normales, era de esperarse que los índices de agar fueran satisfactorios, tal como ocurrió.

Solo existió una dehiscencia de histerorrafia, la cual no fue grave pues se detectó en momento oportuno y se trató satisfactoriamente mediante laparotomía e histerorrafia, no provocó morbilidad fetal. De ahí la necesidad de la revisión de cavidad rutinaria y estar al acecho sobre todo en el tipo de pacientes que llegan en períodos adelantados del trabajo de parto con cesarea previa.

CONCLUSIONES:

Aunque la muestra es pequeña, y es necesario un estudio posterior más amplio, se puede llegar a lo siguientes:

- 1- El riesgo de dehiscencia de cicatriz uterina previa no es significativamente mayor en pacientes a las que se les atiende parto sin la aplicación de forceps.
- 2- La aplicación de forceps no condiciona el que no se produzcan dehiscencias de histerorrafias.
- 3- La morbilidad fetal es prácticamente la misma en pacientes con cesarea previa con cualquier manejo si éste es oportuno y adecuado.
- 4- El intervalo entre el trabajo de parto y la cesarea previa no representa un problema adicional, y no condiciona la repetición de la cesarea.
- 5- La paridad es un factor condicionante de la mejor resolución por vía vaginal del siguiente embarazo a la cesarea así, en pacientes con paridad vaginal previa o posterior al embarazo en estudio, es más probable una resolución satisfactoria por vía vaginal.
- 6- Cuando la cesarea previa fué por Desproporción cefalopélvica, es más probable que ésta indicación en éste nuevo-

embarazo se repita, y con menos frecuencia cuando fué por Sufrimiento fetal agudo, presentación pélvica y otras.

- 7- El forceps que menos lesiona al producto es el Salinas; - el que más se conoce su uso y por lo tanto se aplica más es el Simpson; y el que produce mas morbilidad materno-fetal es el Kielland.
- 8- La estancia hospitalaria es mayor en el grupo de las cesareas por el factor infeccioso, que aunque no provocó mortalidad, su presencia fué seria.
- 9- La morbilidad materno-fetal es menor en el parto vaginal- que en la cesarea.
- 10- Las palabras de Cragin: "Una vez cesarea, siempre cesarea" deben ser tomadas con reserva y dejarlas como un hecho - Histórico.
- 11- La cesarea segmentaria no condiciona nueva cesarea, a menos que la condición que ameritó la primera cesarea se repita nuevamente.
- 12- El aplicar un forceps profiláctico a una paciente con cesarea previa puede aumentar la morbilidad materno-fetal , sobre todo si no se tiene experiencia y conocimiento amplio del instrumento.

BIBLIOGRAFIA:

- 1- Vaginal birth after cesarean section. Controversis old and new. Flam Bl. Clinic Obstet Gynecol 1985 Dec; 28(4):735-44
- 2- Vaginal delivery following cesarean section. Ngo y cols. - AUST NZ J Obstet Gynaecol 1985 Feb;25(1):41-3
- 3- Vaginal versus cesarean section. Oriented approaches in - the management of breech delivery. Confino et al. Int J.- Gynaecol Obstet 1985 Feb; 23(1):1-6
- 4- Morbilidad materno fetal inmediata a la aplicación del for cepts. Rodolgo J. Walls. Ginecol y Obstet de México. Vol 52 N325, mayo 1984, pp 121-25
- 5- Morbilidad materno fetal con el forceps salinas tipo II. - José Oscar Mendoza Ferales. Ginecol y Obstet de México - vol 52, No. 330, oct 1984, pp 251-256
- 6- Peripartum hysterectomy: a reviw of cesarean and postpar - tum hysterectomy. Chesnut DH et al. Obstet Gynecol 1985 - Mar;65(3):365-70
- 7- Vaginal delivery after cesarean sections: a five years stu- dy. Jarrel MA et al. Obstetric Gynecol 1985 May;65(5): 628 -632
- 8- Previous cesarean section; The risks and benefits of oxito cin usage in trial of labor. Horenstein JM et al. Am J. - Obstet Gynecol 1985 Mar;115(5):564-9
- 9- Survey of obstetric forceps training in North America in 1981. Healy D.L. et al. Am. J. Obstet and Gynecol 1985 - Jan 1;151(1):54-8
- 10- X ray pelvimetry and trial of labor after previous cesa - rean section. A prospective study. T. Nielseent et al. - 1985;64(4): 485-90
- 11- Resolution of the delivery in patients with cesarean sec - tion. Andres Robert J. et al. Rev. Chil Obstet Ginecol - 1984;49(4):262-72
- 12- Trial of labor in patients with a prior cesarean birth. - Paul RH et al. Am. J Obstet and Gynecol 1985 Feb;1(151): - 297-304
- 13- Vaginal delivery after cesarean section. Experience in pri - vate practice. Eliot Gelman et al. JAMA 1983;249:2935-2937

- 14- Previous cesarean section and trial of labor. Factor related to uterine dehiscence. Mona P Tahilramaney et al.- The Journal of reproductive medicine. 1984;29(1):17-21
- 15- Labor after cesarean section. From precept to practice.- Carl J. Pavertein. The J. of reproductive medicine, Aug-1981;26(8):409-412.
- 16- Elective repeat cesarean section. Richard P. Porreco. Am J Obstet Gynecol 1981, Mar 1;139(5):613
- 17- Planned vaginal delivery following cesarean section. Bekeley S. Merrill. Obstetrics and Gynecology Jul 1978;52(1) 50-52
- 18- Outcome of labor following previous cesarean section. S. Wadhawan. Int J. Gynaecol Obstet 1983;21:7-10
- 19- Vaginal delivery after cesarean section for a non recurrent cause. Thomas J. Benedetti, Lawrence Platt. Am. J. Obstet Gynecol 1982;142(3):358-59
- 20- Trial of labor after previous cesarean section: prognostic indicators of outcome. Nestor N. Demianczuk et al. Am. J. Obstet Gynecol 1982;142(6):640-42
- 21- Trial of labor after cesarean section. P Rajaram et al. - Am. J. Obstet Gynecol 1984;149(4):471-72
- 22- Labor following previous cesarean section. Albert J; Lantien. Obstetrics and Gynecology 1980;137(4):517

Edwards