



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.

INTRODUCCION

Desde el 12 de mayo de 1916, E. Cragin sugirió que el riesgo de ruptura uterina era tan grande y tal acontecimiento tan costoso, que la operación cesárea electiva debería efectuarse antes del comienzo del trabajo de parto y tan pronto que se comprobara la madurez del producto, concluyendo en su famoso axioma " una vez cesárea, siempre cesárea", tan universalmente reconocido por la comunidad obstétrica. (1,2) En un principio no tan aceptado por algunos autores quienes opinaban que debería resolverse el parto por vía vaginal si no perduraban las causas que condicionaron la primera operación, pero manteniendo siempre una vigilancia estrecha en la paciente. (3,4,5)

Una de las controversias más antiguas en el campo de la obstetricia es el debate sobre el tratamiento óptimo de la embarazada con una

cesárea previa.(6)

La razón principal es indudablemente el -
gran incremento en el índice de cesáreas, ya -
que revisando estadísticas de los últimos 40 -
años nos podemos dar cuenta, que la operación
cesárea, día con día y con mayor frecuencia se
practica para resolver problemas obstétricos,
encontrándose en los Estados Unidos de Norte-
américa, un incremento de 1% por año, siendo el
procedimiento quirúrgico más empleado, seguro
es que esto se debe a un perfeccionamiento de
las técnicas de cesárea, al racional uso de an-
tibióticos, anestesia y transfusiones, a los a-
vances de la Perinatología para detectar proble-
mas que antes escapaban a los medios clínicos
existentes en aquel tiempo. (3,4,7)

En la actualidad, cuando uno de cada 5 par-
tos es quirúrgico y uno de cada 3 de éstos es
de repetición, debemos detenernos y hacernos va

rias preguntas ¿son realmente necesarias las -
operaciones de repetición?

El incremento en el número de la repeti-
ción de la cesárea en un embarazo subsecuente,
da la pauta de la necesidad de revisar la con-
ducta de la atención del parto en toda la pa-
ciente portadora de una cicatriz uterina previa.

La dificultad para la valoración de una ci-
catriz uterina en nuestro medio, obliga a eva-
luar el riesgo que trae consigo sobre el feto y
la madre, la atención de un parto en la mujer
con cesárea previa. Existen parámetros indirectos
que permiten seleccionar a candidatas para
parto vaginal con cesárea previa. (4.12.18,19)

Actualmente los progresos en obstetricia y
las mejores condiciones hospitalarias han dismi-
nuido en forma importante los índices de morbi-
mortalidad maternofetal, lo que hace más fre-
cuente la práctica del parto posterior a cesá-
rea. (1.4.6,18)

(6)

Por lo anterior se presenta la experiencia de la resolución del parto subsecuente a cesárea previa, en 200 pacientes en el Hospital General ISSSTE Tacuba de México, D.F. , para que su análisis aporte mejores condiciones para disminuir los índices de morbimortalidad materno fetal y se logre una mejor conducta en el manejo de éstas pacientes, que conllevará a beneficios importantes para las mismas.

OBJETIVO

Con la experiencia de muchos años en la - atención de pacientes embarazadas con cesárea anterior, se ha llegado a conocer un gran número de factores que actúan en pro o en contra de un parto vaginal posterior a una cesárea anterior.

El objetivo del presente estudio, es demostrar que el parto vaginal posterior a una primera cesárea, puede ser posible al valorar cada caso individualmente, lográndose obtener productos en buenas condiciones y disminuyendo a la madre un nuevo procedimiento quirúrgico. Estudios realizados recientemente aún apoyan a la inocuidad y economía de las pruebas de inducción del trabajo de parto.

Fué revisado éste problema, para que su análisis aporte una condición ideal, disminuyendo la morbimortalidad materno-fetal y dar una -

(8)

guía en la atención del parto vaginal con una -
cicatriz uterina previa en el momento actual.

Con lo anterior se logrará disminuir proce-
dimientos quirúrgicos innecesarios, disminuyen-
do el costo hospitalario que resultará en bene-
ficio de la paciente y de la economía del país.

GENERALIDADES

La cesárea es a la vez la más antigua y la más reciente de las intervenciones obstétricas sin embargo, de todas las operaciones obstétricas, es la cesárea la que más tardíamente ha alcanzado su perfeccionamiento.

BREVE HISTORIA DE LA CESAREA

La intervención fué probablemente practicada ya en Egipto y en la antigua India, un antecedente preciso se tiene en la " Rex Logia" - promulgada por el Rey de Roma, Numa Pompilio en el año 715 a J C. que establecía la obligación de cesarrear a toda mujer en el acto de su muerte si era portadora de un embarazo a término.

La palabra cesárea deriva del latín "caedere", cortar, y en Roma se llamaba a caesones a nacidos por cesárea.

Existe la tradición de que Julio César se llamó así por ser extraído mediante corte abdo-

minal, pero lo cierto es que la madre de César vivía todavía en el tiempo de la guerra de las Galias lo que hace poco probable que hubiera sido alumbrado de ésta forma.

Se dice que en Europa, la primera cesárea en mujer viva, fué hecha en el año 250 por el Obispo Paulo de Mérida, en Emérita Augusta, ningún dato más que una tradición permite sostener este hecho.

En 1500 Jacobo Nuffer castrador de cerdos suizo, hizo al parecer una cesárea en su mujer quien como dato interesante sobrevivió.

Pero la primera cesárea histórica de la que se tienen noticias exactas fué practicada por Jeremías Traitmann de Wittenberg en una mujer con hernia de utero en 1610.

La operación cosárea no se efectuó durante algún tiempo debido a la alta mortalidad materna y fetal que presentaba la intervención en aquellos días, llegando a un 83% para algunos y de 62% para otros, ocasionando muchas modificaciones en su técnica.

(11)

Eduardo Porro ideó como procedimiento radical de supresión de la vía de infección endouterina el practicar una Histerectomía. Un avance mayor fué conseguido por Max Sanger, perfeccionó la técnica de sutura del miometrio. La técnica consistía en incidir longitudinalmente el cuerpo del útero en la cara anterior.

A inicios de éste siglo Frank ideó la incisión en vez de en el cuerpo en el segmento, inventando así la cesárea segmentaria, esta técnica fué perfeccionada por Sellheim y Kroning.

En 1908 Doderlein ensayó una técnica de cesárea extraperitoneal que aun perfeccionada por Lozka no tuvo ningún éxito.

En 1933 Kerr ideó la incisión transversa del miometrio adoptada por todos actualmente.

La evolución de la operación cesárea en México, tuvo la misma historia que en otros países, teniéndose datos fidedignos de que la primera cesárea en México, se efectuó por unos --

frailes a una india embarazada muerta de hemorragia, así lo hace constar la gaceta médica de -- 1779, para mediados del siglo pasado se siguieron efectuando cesáreas postmortem, hasta el año de 1850 el Dr. Miguel Jiménez practicó una cesárea a una mujer embarazada, que había recibido una cornada de toro en el bajo abdomen. interesando la pared uterina, habiendo extendido la incisión, extrayendo el producto de pies, se siguieron efectuando cesáreas corporales, hasta el año de 1926, un médico de pregrado del Hospital Juárez, efectuó la primera cesárea segmentaria transperitoneal con éxito, fué el Dr. Clemente Robles.

TECNICAS DE LA OPERACION CESAREA

Existen dos métodos básicos para la ejecución de una cesárea. En primer término: operación cesárea del segmento inferior, la más común, la cesárea clásica en segundo lugar y la cesárea extraperitoneal ya casi abandonada por las dificultades técnicas en su ejecución.

TECNICA DE LA CESAREA CLASICA

Después de incidir la pared abdominal hasta el peritoneo nos encontramos con el cuerpo uterino, se realiza una incisión longitudinal en el miometrio hasta llegar a la cavidad uterina y se extrae producto, sacándolo generalmente por los pies, se extrae placenta limpiándose cavidad y procediéndose a la sutura en dos tiempos iniciandose con sutura continua en miometrio sin llegar a mucosa, posteriormente se aplican puntos invaginantes y se cierra peritoneo que cubre completamente la herida.

La cesárea clásica se utiliza poco.

Dentro de algunas indicaciones se encuen-

(14)

tra el parto entre las 30 a 34 semanas por causa materna, el desprendimiento prematuro de placenta normalmente insertada, situación transversa o partos prematuros con embarazo gemelar.

CESAREA SEGMENTARIA TIPO KERR

La más favorable de todas las cesáreas, ya que la incisión va en dirección de los vasos, la hemorragia es menor, hay mejor cicatrización, la sutura y el recubrimiento peritoneal son más perfectos.

Prevía apertura de la pared abdominal, se realiza incisión transversal del peritoneo en forma de arco con concavidad inferior, rechazándose vejiga se realiza incisión curva con concavidad inferior extrayéndose producto y placenta realizándose cierre en la misma forma que la anterior.

En éste tipo de incisión, en caso de dificultad para extracción de producto, se puede prolongar haciendola segmentocorporal.

CESAREA EXTRAPERITONEAL

Está indicada cuando existe infección intrauterina grave en presentación cefálica, y ha sido utilizada para reducir la incidencia de peritonitis grave en las pacientes con el antecedente mencionado. La técnica usada es la propuesta por Krichton, en la que puede abrirse la pared del abdomen en forma longitudinal o transversa, pero el peritoneo parietal es incidido transversalmente una vez abierto el peritoneo visceral y bajada la vejiga, el colgajo superior del peritoneo es suturado al colgajo inferior del peritoneo parietal y el colgajo inferior del visceral, también al inferior del parietal, ya que de esta forma se descarta artificialmente el segmento inferior de la cavidad convirtiéndolo en extraperitoneal. Después de la expulsión del feto y la placenta y posterior a las suturas antes mencionadas se aplica drenaje sobre dicha herida.

MANEJO DEL EMBARAZO SUBSECUENTE CON CESAREA

PREVIA

En tiempos actuales podríamos decir que un embarazo después de una cesárea, evoluciona favorablemente, igual que en el no hay cicatriz previa; esto se debe a que se han superado muchas etapas, con el perfeccionamiento de las -- técnicas de cesárea segmentaria y casi al abandono de técnicas corporales.

Actualmente la paciente con una cesárea -- previa, está conciente de su problema y acude regularmente a control prenatal, esto implica beneficio a su embarazo lográndose descubrir -- problemas tempranamente y tratarlos adecuadamente.

El conocer lo anterior nos exige de una vigilancia constante y cuidadosa de la paciente, pues hay patologías que se presentan más frecuentemente en estas pacientes.

Numerando en orden de frecuencia y de inte

rés, se encuentra que éstas pacientes cursan -- con mayor frecuencia de abortos. En estudios -- practicados se ha visto que el 33.7% tiene el antecedente de aborto, contra el 24% sin operación cesarea, pero el índice de abortos fué del 0.6% para cada grupo lo que no es estadísticamente significativo.

Se menciona que la ruptura prematura de - membranas es también frecuente y que en algunas estadísticas alcanza el 5.3%. Esto quizá se deba a factores cicatrizales, adherencias y a mal posición fetal. Esta situación es factor favorable a la prematuridad, terminando antes de tiempo el embarazo.

La situación transversa otra anomalía que según varios autores es frecuente, encontrándose estadísticas que van del 6.24%, ocasionado por el incremento de la inserción baja placentaria y a la modificación de la cavidad uterina en su capacidad y forma por el tejido cicatricial.

trizal.

La placenta previa se ha visto que es más frecuente en la paciente portadora de cesárea previa por la implantación de la misma sobre la cicatriz, su presencia muchas veces obliga a interromper el embarazo antes de tiempo, y presenta problemas de aspecto técnico, durante la operación como son el sangrado abundante, el sitio donde debe llevarse a cabo la cesárea, la sutura se vuelve mas difícil ya que el segmento se encuentra deleznable.

Podemos decir que la conducta que debe seguirse durante el embarazo de una paciente con cesárea previa, no difiere de la paciente no operada; se recomienda que se ponga especial interés en la vigilancia médica anteparto.

Tener presente también la aparición de placenta previa y de la situación transversa del feto, para además de ello; advertir a la madre y decidir el tiempo oportuno para la interrupción del embarazo.

EVOLUCION POSTOPERATORIA DE LA CESAREA
CORPORAL

Podríamos decir que la paciente con cesárea corporal, presenta mayor morbimortalidad en comparación con la cesárea segmentaria baja, -- cuando la paciente se embaraza amerita un cuidado especial primordialmente en las últimas semanas del embarazo, e interrumpir el embarazo a las 38 semanas, antes de que inicie el trabajo de parto, pues se han reportado casos de dehiscencia espontanea de histerorrafia a los 7-8 meses sin trabajo de parto.

Las complicaciones de éste tipo de cesárea son generalmente las mismas que para la cesárea segmentaria presentándose en frecuencia la hemorragia, infecciones y dehiscencias de ahí su casi abandono de la cirugía obstétrica.

Durante el acto operatorio, las principales complicaciones son: el sangrado. El post operatorio la infección es más frecuente debido

(20)

a que la incisión se lleva a cabo en la parte más activa del utero y al no lograrse una peritonización adecuada, se ha demostrado que hay salida de loquios a la cavidad abdominal, el íleo paralítico se presenta también con más frecuencia.

La pérdida fetal que en ésta operación oscila entre el 5 a 25% es motivada unicamente por inmadurez y afecciones respiratorias, las cuales son el resultado de las complicaciones obstétricas ya mencionadas.

El futuro obstétrico de la paciente con cesárea anterior corporal, es satisfactorio recordando que la paciente no debe llegar a trabajo de parto, se deben espaciar los embarazos, no permitiéndose número exagerado de embarazos por el riesgo de dehiscencia.

No hay que considerar a este tipo de pacientes como inútiles para gestaciones posteriores.

RESOLUCION DEL EMBARAZO DESPUES DE CESAREA

Desde hace varios años un problema de obstetricia ha sido si a la paciente con una cesárea previa se le dá oportunidad de tener el producto por vías naturales.

A principios de éste siglo la paciente con una cesárea previa que llegaba a sobrevivir, y que se embarazaba, se le practicaba el aborto o la embriotomía, esto si la causa que motivó la cesárea se repetía de nuevo. Si no había la misma causa se permitía el parto aun ha sabiendas de los peligros que representaba. El primer intento lo realizó el español Diego Mateo Zapata.

Tiempo después con las innovaciones que se hicieron a las técnicas quirúrgicas, las complicaciones han ido disminuyendo hasta hacerse mínimas, esto motivó a Craigin en 1916 que enunciara el axioma de una vez cesárea siempre cesárea.

Este enunciado que estuvo justificado por la operación en general, estaba indicada por -- causas que repetían, y por que la cesárea que se realizaba era corporal, actualmente ya no es vigente.

Se concluye con esto que hay pacientes a las cuales se debe permitir el parto vaginal y en otras en que nuevamente se realizará cesárea por indicación precisa.

El permitir el parto trae consigo ventajas aunque sabemos actualmente que tanto la morbilidad y mortalidad materno-fetal son mínimas en la operación cesárea, pero que los peligros de una intervención quirúrgica de este tipo están presentes y son mayores que el de un parto.

El parto sigue siendo casi sin riesgo y -- probablemente menos peligroso y más seguro para la madre y el producto que la operación cesárea

La técnica segmentaria ha sustituido a las corporales, y con ello el número de dehiscencia

ha disminuido considerablemente y cuando llega a presentarse es de mínimas consecuencias, que de ninguna manera compensa los inconvenientes de la cesárea repetida.

Las indicaciones de la cesárea, se han ampliado considerablemente y hay pacientes a las - cuales se les opera y han tenido partos previos a la cesárea, en las que el trabajo de parto es más rápido y con menor riesgo.

Con la experiencia de muchos años en la atención de éstas pacientes, se ha llegado a conocer un gran número de factores que definitivamente actúan en pro o en contra de un parto postcesárea y que es necesario conocerlo para así normar conducta.

En todos los hospitales de nuestro país, el trabajo de parto se permite sólo cuando hay el - antecedente de una sola cesárea anterior, conducta que está de acuerdo en la mayoría de los obstetras.

(25)

Es importante conocer la causa que motivó la cesárea, pues según la indicación es el tipo de incisión uterina que se hará como en el caso de la placenta previa, que para algunos obstetras implica incisión corporal.

El tiempo transcurrido entre la cesárea y el nuevo embarazo debe ser mínimo, entre la cesárea y el siguiente embarazo debe ser mínimo de 2 años, ya que se han reportado dehiscencias - con mayor frecuencia en pacientes con periodos intergénésicos cortos en un 5.8% y en los casos que se someten a trabajo de parto de 72.3%.

La edad avanzada, más de 35 años con poca elasticidad de los tejidos blandos y si la paciente no ha tenido partos, las probabilidades de parto son escasas y si el producto es valioso se puede considerar como contraindicación para el parto vaginal.

La presencia de óbito fetal no es indicación de cesárea.

CUIDADOS QUE DEBEN SEGUIRSE DURANTE EL
TRABAJO DE PARTO Y EL PARTO

Recomendable que cada caso sea valorado en forma particular, y solo permitir la vía vaginal a aquellas pacientes, las cuales llenan los requisitos ya expuestos.

Toda embarazada con cesárea previa debe ser ingresada e instruida de que no hay mayores peligros en la conducta propuesta y la posibilidad de una nueva cesárea.

Es necesario tener todo preparado para una cesárea, pues puede ser de urgencia y sería peligroso perder tiempo en éste caso.

La paciente debe ser ingresada al hospital cuando haya actividad uterina, es importante conocer la evolución del mismo. La prueba de trabajo de parto debe ser corta y no permitirse el trabajo de parto prolongado.

Es necesario que durante el periodo expulsivo se aplique fórceps para abreviar el mismo.

(27)

ya que en éste periodo es cuando mas dehiscencias se producen.

Después del alumbramiento la revisión de cavidad es obligada para conocer la integridad de la cicatriz uterina.

MATERIAL Y METODOS

Cuando a una paciente se le practicó operación cesárea en alguno de sus embarazos anteriores y se embaraza de nuevo, su gestación implica importancia relevante, y no sólo su gestación, sino la forma de resolver el nacimiento del producto. Si es que va a terminar la gestación por vías naturales, el trabajo de parto y el parto, así como el puerperio, merecen especial atención. Si es que se toma la decisión de la cesárea, también implica importancia, más -- que si se efectúa una cesárea por primera vez, pues sabemos por diversos autores que una segunda cesárea, tiene mayor morbimortalidad. Es por ésta razón, que hemos querido revisar el tema y analizar la experiencia en nuestro hospital, para así normar conductas dentro del Servicio.

Para el presente estudio, se revisaron durante 8 meses, periodo comprendido del 1 de ene

(29)

ro de 1988 al 31 de agosto del mismo año, un total de 200 pacientes con embarazo actual y antecedente de una cesárea anterior, que fueron sometidas a trabajo de parto y atención del mismo en el Hospital General ISSSTE Tacuba de México, D.F. . Las pacientes cursaban con un embarazo comprendido entre 28 y 42 semanas de gestación por fecha de última menstruación, siendo pacientes derechohabientes de la Institución, con un nivel socioeconómico medio y medio bajo. A todas las pacientes se les explicó los riesgos y beneficios de los dos procedimientos a realizar. La edad de las pacientes estudiadas oscilaba entre los 17 a 41 años de edad con una media de 30 años.

En todas las pacientes se contaba dentro de sus antecedentes obstétricos con una cesárea anterior, tomándose como factor importante la indicación de la primera cesárea y el tipo de -

cirugía realizada. De las 200 pacientes, 125 - que corresponde a 62.5% fueron sometidas a cesárea y 75 de las mismas a trabajo de parto que - corresponde a 37.5% del total.

Dentro de las contraindicaciones para ingresar al estudio, fué el antecedente de incisión uterina clásica, dos cesáreas previas, óbito fetal, antecedente de cirugía uterina previa que no fuera cesárea.

La vigilancia estrecha fué realizada dentro del área de tocoquirúrgica. Se contó con la ayuda y cooperación de las pacientes para el estudio, así como del personal de Enfermería, Anestesiología y Pediatría.

En los casos de atención de parto por vía vaginal se utilizaron los fórceps Klielland y Simpson.

La utilización de oxitocina y analgesia o anestesia fué utilizada, tomándose en cuenta indicaciones y contraindicaciones en cada pacien-

te.

Todas las pacientes fueron estudiadas, pre vio interrogatorio intencionado en los parámetros siguientes: edad, paridad, indicación de cesárea anterior, complicaciones del embarazo actual, tiempo transcurrido entre la cesárea anterior y el embarazo actual, antecedente de ruptura prematura de membranas, vía de resolución del embarazo, indicación de segunda cesárea, -- técnica empleada, tipo de anestesia utilizada, pesos de los productos, apar de los mismos, utilización de oxitocina, complicaciones mater-- nas durante el puerperio inmediato, mediato y tardío, semanas de gestación, utilización de -- fórceps y días de hospitalización en los casos de parto vaginal o por cesárea.

El estudio fué valorado en forma comparati va de los parámetros anteriores entre el parto vaginal y por cesárea , por medio del análisis de la X^2 .

RESULTADOS Y CONCLUSIONESEdad de las pacientes estudiadas

Edad en años	Casos	Por ciento
15-19	10	05.0
20-24	41	20.5
25-29	62	31.0
30-34	64	32.0
35-39	18	09.0
40-44	05	02.5

Cuadro 1

(33)

Tiempo entre la cesárea y el siguiente embarazo

Tiempo en años	Casos	Por ciento
Menos de 1	03	01.5
1	11	05.5
1.5	15	07.5
2	47	23.5
2.5	02	01.0
3	53	26.5
4	36	18.0
5	10	05.0
6	05	02.5
7	04	02.0
8	09	04.5
10	02	01.0
11	01	00.5
17	01	00.5

Cuadro 2

(34)

Complicaciones durante el embarazo

.....		
Tipo de complicación	Casos	Por ciento
.....		
Amenaza de aborto		
1er trimestre	06	03.0
Amenaza de aborto		
2do trimestre	01	0.5
Amenaza de parto		
pretérmino	02	01.0
Inf. vías urinarias	18	09.0
Cervicovaginitis	02	01.0
Toxemia severa	05	02.5
Sangrado 3er trimestrel		00.5
Dehiscencias	00	00.0
Otras causas	03	01.5
.....		

Cuadro 3

(35)

Resolución del embarazo actual, parto o cesárea

Vía de resolución	Casos	Por ciento
Cesárea	125	62.5
Vía natural	75	37.5

Cuadro 4

(36)

Indicación de la segunda cesárea

Indicación	Casos	Por ciento
MATERNAS		
Cesárea reciente	24	19.2
Dilatación estacionaria		
	03	02.4
Toxemia	06	04.8
Inminencia de ruptural	4	11.2
Secundigesta añosa	02	01.6
Plastia tubaria	01	00.8
Hipotiroidismo	01	00.8
Cerclaje cervical	01	00.8

Cuadro 5

(37)

Indicación de la segunda cesárea

Indicación	Casos	Por ciento
FETALES		
Sufrimiento fetal agudo	09	07.2
Desproporción fetopélvica	29	23.2
Emb. gemelar	03	02.4
DPPNI	01	00.8
Presentación pélvica	14	11.2
Placenta previa	01	00.8
Situación transverse	03	02.4
Ruptura prematura de membranas	13	10.4

Cuadro 5

Técnica empleada en la cesárea

.....

Técnica empleada	Casos	Por ciento
Transversal segmentaria	122	97.6
Corporal	3	02.4
Segmento corporal	0	00.0

.....

Cuadro 6

Los casos de cesárea corporal fueron realizados en pacientes con productos en situación transversa con dorso inferior.

(39)

Anestesia utilizada en la operación cesárea

Tipo de anestesia	Casos	Por ciento

Bloqueo peridural	120	96.0
Anestesia general	4	03.2
Combinación general y peridural	1	00.8

Cuadro 7

(40)

Peso del producto de cesárea

Peso en gramos	Casos	Por ciento
Hipotróficos		
abajo de 2500	13	10.2
Eutrófico		
2500 a 3700	110	85.9
Hipertrófico		
3800 a 4000	02	01.6
Macrosómicos		
más de 4000	03	02.3

Cuadro 8

(41)

Apgar del producto de cesárea

Apgar	Casos	Por ciento

Obitos	0	00.0
Severamente deprimidos		
1 a 3	2	01.6
Moderadamente deprimidos		
4 a 6	2	01.6
Buen estado		
7 a 10	121	96.8

Cuadro 9

(42)

Semanas de gestación de las pacientes que se -
les practicó cesárea

Semanas	Casos	Por ciento
20 a 25	00.0	00.0
26 a 30	00.0	00.0
31 a 35	05.0	04.0
36 a 40	112	89.6
41 a 44	08.0	06.4

Cuadro 10

Complicaciones durante la cesárea

Tipo de complicación	Casos	Por ciento

Hematoma comisural	0	0
Hipotensión arterial por bloqueo peridural	0	0
Desgarro de comisura de histerorrafia	1	0.8
Sangrado por atonía	4	3.2
Inversión uterina	1	0.8
Otros	0	0

Cuadro 11

(44)

Complicaciones en el puerperio quirúrgico media
to

.....		
Tipo de complicación	Casos	Por ciento
.....		
Absceso de pared	1	0.8
Absceso pélvico	1	0.8
Histerectomía abdominal	1	0.8
Dehiscencia de histerorrafia	0	0.0
Atonía	0	0.0
.....		

Cuadro 13

(45)

Pacientes que requirieron antibióticos después
de la cesárea

Causa	Casos	Por ciento
Ruptura prematura de membranas	13	10.4
Absceso de pared Por desgarro de comisuras	3 1	00.8 00.8
Por dehiscencia de histerorrafia	0	00.0
urosepsis	0	00.0

Cuadro 13

(46)

Días de hospitalización después de la cesárea

Días	Casos	Por ciento
1	0	00.0
2	0	00.0
3	100	88.0
4	9	07.2
5	4	03.2
6	0	00.0
7	1	00.8
14	1	00.8

Cuadro 14

(47)

Uso de oxitocina durante el trabajo de parto

.....
Uso de oxitocina	Casos	Por ciento
.....
Si	43	57.3
No	32	42.7
.....

Cuadro 15

(48)

Semanas de gestación en pacientes seleccionadas
para parto

Semanas	Casos	Por ciento
20 a 25	0	00.0
26 a 30	0	00.0
31 a 35	2	02.6
36 a 40	71	94.8
41 a 44	2	02.6

Cuadro 16

(49)

Pesos de los productos de parto

Peso en gramos	Casos	Por ciento
Hipotróficos		
menor de 2500	8	10.7
Eutróficos		
2500 a 3700	60	80.0
Hipertróficos		
3700 a 4000	6	08.0
Macrosómicos		
mayor de 4000	1	01.3

Cuadro 17

(50)

Apgar de los productos de parto

Apgar	Casos	Por ciento

Obitos	0	00.0
Severamente deprimidos		
1 a 3	0	00.0
Moderadamente deprimidos		
4 a 6	0	00.0
Buen estado		
7 a 10	75	100.0

Cuadro 18

(51)

Anestesia utilizada en el parto

Tipo de anestesia	Casos	Por ciento
Bloqueo peridural	66	88.0
Anestesia general	0	00.0
Combinación general y BPD	0	00.0
Bloqueo de pudendos	0	00.0
Ningún tipo de anestesia	9	12.0

Cuadro 19

(52)

Complicaciones postparto inmediato

Tipo de complicación	Casos	Por ciento

Dehiscencia de histerorrafia	1	1.3
Prolongación de episiotomia	0	0.0
Desgarro de 1er y 2do grado	2	2.6

Cuadro 20

(53)

Complicaciones en el puerperio mediano y tardío

Tipo de complicación	Casos	Por ciento

Hematoma vulvar	0	00.0
Fiebre de origen a determinar	0	00.0
Mastitis	0	00.0

Cuadro 21

(54)

Pacientes que requirieron antibioticoterapia

Causa	Casos	Por ciento
Ruptura prematura de membranas	0	0.0
Desgarro vulvoperineal	2	2.6
Dehiscencia de histerorrafia	1	1.3
Otros	0	0.0

Cuadro 23

(55)

Días de hospitalización postparto

Días de hospital	Casos	Por ciento
1	66	88.0
2	5	06.6
3	4	05.4
4	0	00.0
5	0	00.0

Cuadro 23

(56)

Utilización de fórceps

.....		
Aplicación de fórceps	Casos	Por ciento
.....		
Si	26	34.7
No	49	65.3
.....		

Cuadro 24

Solo se utilizaron dos tipos de fórceps: el de Klielland y el Simpson, todos ellos aplicados en el III plano.

(57)

Peso de los productos a los cuales se aplicó
fórceps

.....		
Peso en gramos	Casos	Por ciento
.....		
Menos de 2500	2	07.6
Entre 2500 a 4000	24	92.4
.....		

Cuadro 25

(58)

Apgar de los productos en quienes se aplicó
fórceps

.....

Apgar	Casos	Por ciento
Severamente deprimidos		
1 a 3	0	00.0
Moderadamente deprimidos		
4 a 6	0	00.0
Buen estado al nacer		
7 a 10	26	100.0

.....

Cuadro 26

RESULTADOS

Revisando la casuística del parto postcesárea vemos que es altamente variable, dada esta variante por múltiples factores.

1.- La edad de las pacientes fluctuó entre los 17 y 41 años, encontrándose el mayor porcentaje en la tercera década de la vida, siendo un total de 63% que corresponde a 106 casos estudiados.

2.- En la mayoría de los estudios realizados, se insiste en que debe dejarse pasar dos años o más para el siguiente embarazo, cuando el primero se resolvió por cesárea. En nuestro estudio, observamos que en un 26.5% (53 casos) ocurrió el embarazo a los 3 años siguiéndoles en frecuencia los 2 años en un 23.5% (47 casos), 18% (36 casos) a los 4 años, y en 4to lugar antes de los 2 años en 14.5% correspondiendo a 29 casos.

- 3.- Dentro de las complicaciones más frecuentes en el embarazo actual, se encontró la infección de vías urinarias en un 9% (18 casos) siguiéndole la amenaza de aborto del primer trimestre en el 3% (6 casos) y la toxemia en el 2.5% (5 casos), se presentaron otras causas como amenaza de parto pretérmino, -- cervicovaginitis y toxoplasmosis en porcentajes mínimos.
- 4.- De los 200 casos estudiados el 62.5% (125 casos) se resolvió por operación cesárea y el 37.5% (75 casos) por medios naturales.
- 5.- En cuanto a la paridad, predominaron las pacientes con dos embarazos en un 52% (104 casos). En segundo lugar lo ocuparon pacientes con 3 embarazos o sea un 25.5% que serían 51 de los casos estudiados.

(61)

6.- De los casos resueltos por vía abdominal. - la principal indicación fué la desproporción fetopélvica en un 23.2% (29 casos) - continuando en forma descendente la cesárea que se efectuó en un 19.2% (24 casos), inminencia de ruptura uterina en un 11.2% (14 casos) y presentación pélvica con la misma frecuencia que la anterior, la ruptura prematura de membranas se encontró en 13 casos correspondiendo a 10.4%. Como se observa - por éstos datos, la diferencia en porcentaje entre la desproporción fetopélvica y los demás factores es bastante considerable.

7.- A pesar de que todas las pacientes estudiadas tenían el antecedente de cesárea anterior, al 97.6% (122 casos) se les practicó cesárea tipo Kerr corroborándose lo referido por diferentes autores, de que éste tipo de cirugía ocasiona mejor cicatrización y

menores riesgos quirúrgicos.

En el 2.4% de los casos se realizó cesárea corporal, por indicación precisa de la cirugía, como fué, productos en situación transversa con dorso inferior.

8.- En el presente estudio corrobora que a todas las pacientes, con cesárea previa, conviene aplicar algún tipo de analgesia, en éste estudio el bloqueo peridural, ocupó el primer lugar tanto en la segunda cesárea como el -- parto vaginal.

9.- En cuanto al peso de los productos, en su mayoría, 85.9% y 80% de cesáreas y partos respectivamente, fueron eutróficos, con pesos aproximados de 2500 a 3700 gramos, encontrándose en porcentajes insignificantes los hipotróficos y macrosómicos.

- 10.- En las valoraciones de Apgar encontramos productos con buen estado al nacer, en las dos vías de terminación del embarazo, correspondiendo a revisiones anteriormente analizadas.

- 11.- Dentro de las semanas de gestación, en los dos casos, se presentaron entre las 36 y 40 semanas, en el 89.6 y 94.8% respectivamente, habiendo por lo tanto un mejor pronóstico para los productos.

- 12.- Revisando las complicaciones durante la cesárea, se encontraron en un bajo porcentaje, siendo dentro de las mismas, la causa más frecuente, la atonía uterina en un 3.2 por ciento(4 casos), siguiendole en 2do lugar el desgarro de comisuras de historemia y la inversión uterina.

- 13.- Las complicaciones del puerperio fisiológico y quirúrgico, fueron insignificantes, encontrando el absceso de pared y al desgarro vulvoperineal de 1er y 2do grado respectivamente como las causas mas frecuentes - y el absceso pelvico y la histerectomía obgétrica como los menos frecuentes.

- 14.- En nuestro estudio llegamos a la conclusión que la utilización de antibióticos en éstas pacientes, tiene indicaciones precisas y limitadas, observándose su utilización en casos de ruptura prematura de membranas en un 10% de los casos.

- 15.- El uso de oxitocina en éste tipo de pacientes, se considera para algunos autores como contraindicación absoluta y para otros como contraindicación relativa, nosotros la utilizamos en el 57.3% (43 casos), de parto vaginal, no

ocasionándose ningún tipo de complicación, por lo tanto, consideramos que ésta, debe estar sujeta a cada paciente, realizándose una supervisión constante y cuidadosa de la misma.

- 16.- En cuanto a los días de hospitalización, - en los casos de parto vaginal fueron de 1 en el 88% (66 casos) y de 3 días en 88% - (100 casos), ocasionando mayor días de internamiento en un solo caso, que correspondió a .8% por complicación de cirugía.
- 17.- El uso de fórceps profiláctico en las pacientes con cesárea anterior, debe ser incrementado en las pacientes que se deja evolucionar el parto por vía natural, lo que muestra el 34.7% aplicado de 75 casos no habiendo complicaciones en ninguno de ellos.

18.- Después de haber valorado todos los parámetros propuestos al iniciar el estudio de éste tema, se concluye que en algunas instituciones de México, ya hay una tendencia actual, ha disminuir la práctica de la cesárea, en pacientes con cirugía uterina - previa, pues como se puede observar, existen pocos riesgos y complicaciones para la madre y el producto, con la resolución del embarazo por vía vaginal, teniéndose indicaciones precisas para cada una de las pacientes.

CONCLUSIONES Y COMENTARIO

La operación cesárea repetida electiva suele realizarse para evitar la ruptura uterina durante el embarazo o el parto. Nuestros datos -- muestran que la pérdida de la integridad de la incisión segmentaria baja, en pacientes que se sometieron a prueba de trabajo de parto, ocurrió con una frecuencia muy baja, que apoya las investigaciones realizadas previamente, donde se afirma que la dehiscencia, no implica incremento del riesgo maternofetal, si ésta es manejada en forma adecuada.

Actualmente los riesgos de morbi-mortalidad, maternofetal, en medios hospitalarios adecuados -- es tan baja, que la cesárea electiva de primera intención debería desecharse, dándose oportunidad para el parto por vía natural, considerando que dentro de los factores determinantes para su realización se encuentra, la morbilidad baja --

(69)

para el binomio materno fetal, mortalidad casi nula, inicio espontáneo de trabajo de parto, - disminuyendo el tiempo y costo hospitalario, y finalmente evitar el riesgo mayor de un nuevo procedimiento quirúrgico.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

(70)

RESUMEN

En el lapso de enero de 1988 a agosto del mismo año, se efectuó un estudio en 200 pacientes con cesárea previa, de las cuales a 75 se les sometió a trabajo de parto. El porcentaje de mayor edad encontrado estuvo en la tercera década de la vida, oscilando entre 17 a 41 años con paridad de 2 embarazos en un 52%, y en segundo lugar las de 3 embarazos en un 25.5%. La complicación más frecuente durante el embarazo fué la infección de vías urinarias siguiéndole la toxemia. El tiempo transcurrido entre la cesárea y el siguiente embarazo fué de 3 años en 26.5%, de 2 años en 23.5% y de 4 años en 18%, encontrándose menores de 2 años en un 14.5%.

Se dejó evolución del trabajo de parto en un 37.5%. El método anestésico más utilizado fué el bloqueo peridural. Se realizó aplicación de fórceps profiláctico en el 34.7%.

La realización de cesárea se llevó a cabo en el 97.5% de 122 casos.

La morbimortalidad materno-fetal fué obtenida muy baja en nuestro estudio. En base a la experiencia obtenida se concluye que cualquier centro obstétrico es capaz de brindar cesárea inmediata y atención adecuada en pacientes de alto riesgo, debiendo proporcionar el servicio de parto vaginal posterior a primera cesárea siempre y cuando las condiciones así lo ameriten para mayor beneficio materno fetal.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Ledger, W. J.: Tratamiento de la morbilidad por operación cesárea después del parto.
Clin. Obst. Gyn. N. AM 1982; 48: 634
- 2.- Merril, B. S.; Gibbs, C.E.: Planned vaginal delivery following cesarean section, Obst. Gyn. 1980; 52:50
- 3.- Hellman, L.M.; Fritchard, J.: Ruptura uterina en Obstetricia de Williams 17 edición Ed Salvat 1984; 809
- 4.- Lavin, J.P.; Stephens, R.J.; et al: Vaginal delivery in patients with a prior cesarean section Obst Gyn. 1982; 59: 135
- 5.- Dr. Weintraub, C.D.; Villalobos, R. M: et al: Estado actual de la cesárea en el Hospital de Gineco obstetricia Luis Castelazo Ayala Vol 54 Mar 86 pp67-71
- 6.- Bruce L Flamm, M.D; On W. Lim, M.D.; et al Vaginal birth after cesarean section: Results of a multicenter study
AM J Obstet Gynecol 1988; 158: 1079-84

- 7.- Puente González H.; Puente Tovar J.; et al
Cesarea Electiva -Análisis de 600 casos-
Ginecología y Obstetricia de México 1986;
54: 191-197
- 8.- B G Molloy, O Sheil, N M Daignan Delivery
after section: review of 2176 consecutive
cases British Medical Journal Vol 294 Jun
1987 1645-1947
- 9.- Piña de la Peza J.; Jasso Aranda R: Cesárea
previa Ginecología y Obstetricia de México
Vol. 32 Num 191 Sept 1972
10. Bruce L Flamm, M.D., Cheryl Dunnet, et al.
Vaginal delivery following cesarean section
Use of oxitocin augmentation and epidural
anesthesia with internal tocodynamic anf in
ternal fetal monitoring Am J Obstet Gynecol
March 15, 1984 759-763
11. Marín Ruiz R.; García Flores A.; et al Reso
lución del parto subsecuente' a cesárea pre-
via Ginecología y Obstetricia de México 198
5, 53: 327-334

- 12.- Janet M Horestein, M.D and Jeffrey P. M.D.
Previous cesarean section: The risks and benefits of oxytocin usage in a trial of labor Am J Obstet Gynecol 1985; 151: 564-9
- 13.- V. Rudick, M.D., D. Niv, M.D. et al Epidural Analgesia for planned Vaginal Delivery following previous cesarean section Obstetric and Gynecol Vol 64 Nov 1984 Num 5
621-623
- 14.- Richard K Silver; and Ronald S Gibbs M.D.
Predictors of vaginal delivery in patients with a previous cesarean section, who require oxytocin Am J Obstet Gynecol 1987
156:57-60
- 15.- Bruce L. Flamm. Parto vaginal después de cesárea: controversias antiguas y nuevas. Clin. Obst. de Norteamérica. 1986 924-935
- 16.- B. Petiti Diana. Mortalidad y morbilidad maternas en la cesárea. Clin. Obstetricas de Norteamérica 1986 959- 67

- 17.- López Ortiz E.; Guerrero Hernández A. et a
La Histerectomía Obstétrica en el Hospital
de Gineco obstetricia 3a del IMSS Ginecolo
gía y obstetricia de México Vol 51 Num318
Oct 1983
- 18.- Richard H. Paul, M.D. Jeffrey P. and Sze-ya
Yeh M. D. Trial of labor in the patient
with a prior cesarean birth. Am J Obstet
Gynecol 1985; 151: 297-304
- 19.- Warren C. Plauché, M.D. Cesarean hysterec-
tomy: Indications, technique and complica-
tions Clinical Obstetrics and Gynecology .
Vol. 29 Num 2 jun 1986
- 20.- Finley an Gibbs Risk of vaginal delivery
after a prior cesarean section Am J Obstat
Gynecol 1986; 155: 936-9
- 21.- Morris C. Carson SB: Respiratory morbilidi
ty after elective cesarean section Obstet
Gynecol 1985; 65 6: 818-823

- 22.- Chervenak AF, Shamasi HH: ¿ Is necessary before elective repeat cesarean section? Obstet Gynec 1983; 60(3): 305-308
 - 23.- Nielsen F T, Hokergord, HK.: Postoperative cesarean section morbidity a prospective study. Am J Obstet Gynecol 1983; 46(8) 911-916
 - 24.- Clark LS, Yeh SY, Phelan PJ et at: Emergency hysterectomy in obstetrical hemorrhage. Obstet Gynecol 1984; 64(3) 376-380
 - 25.- Amirikia H, Zarewych B Evans TN: Cesarean section a 15 years review af changing incidence, indications and risks Am J Obstet Gynecol 1981; 140:81
 - 26.- Corson S.L. The use of prophylactic antibiotics in cesarean section a review of the literature J. Rep. Med. 1981; 26(12) 596-609
 - 27.- Barros Paulo Atlas de operaciones ginecologicas 2da ed. 1983 16-25
- Botello Llusia Tratado de Ginecología Tomo 2
cap 48 pp 941 1978

- 29.- Burger N F , Darazz B. Boes E G An echographic evaluation during the early puerperium of the uterine wound after cesarean section
JCU 10(6) 1982 271-274
- 30.- Cunningham PG, Gibbs RS Hensel DL: Mexalactan for treatment of pelvic infections after cesarean delivery. *Infect Dis* 1982 696-700
- 31.- Lanyi E. Developmental defects of the uterus detected by hysterosalpingographic examination in patients after cesarean section
Bratisl Lek Listy 1982 78(9) 402-6
- 32.- O Sullivan M J , Fumia F Holsinger K Vaginal delivery after cesarean section. *Clin. Perinatologica* 1981 8(1) 131-143
- 33.- Shearer E C Education for vaginal birth after cesarean Birth 1982 9(1) 31-34
- 34.- Stojanovic D. Predojevic D. Et al Advantages of early nourishment after cesarean section *Jugosl Gynecol Obstet* 1982 22(5-6) 149-150