

11217
37
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL GENERAL
DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ
I. S. S. S. T. E.

EUTOCIA DESPUES DE CESAREA

TESIS DE POSTGRADO
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN:
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A :

DRA. REINALDA YASMIN ESCOBAR HABEICA

ASESOR: DR. MAURICIO GUTIERREZ CASTAREDA



MEXICO, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1991



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.

CONTENIDO

INTRODUCCION	1
PROBLEMA	14
HIPOTESIS	15
JUSTIFICACION	16
OBJETIVO	17
MATERIAL y METODOS	18
RESULTADOS	21
ANALISIS Y COMENTARIOS	26
CONCLUSIONES	32
BIBLIOGRAFIA	34

I N T R O D U C C I O N

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, en los últimos años se le ha dado mucha importancia a esta controversia debido al gran incremento en el índice de cesárea (6), siendo la indicación más frecuente de cirugía la de cesárea electiva de repetición.

Por tanto el tratamiento de los embarazos posteriores a una cesárea adquiere una importancia proporcionalmente mayor, dada la "epidemia" actual de cesárea (6, 9).

En 1980, la llamada Consensus Development Conference del National Institute of Health, señaló que las cesáreas repetidas -- eran una de las dos razones principales del incremento en el índice de estas intervenciones, se recomendó en esa conferencia abandonar la cesárea de repetición automática y se señaló que el parto vaginal después de cesárea lograría disminuir la tasa de nacimientos por vía abdominal (6, 9).

En 1981 y 1982, James N. Martin y Cols., demostraron que el parto vaginal después de cesárea está exento de riesgos cuando -- ocurre bajo supervisión cuidadosa y dentro de limitaciones específicas (1, 4, 6, 7, 8, 9, 12, 13 y 15).

El aforismo de Craigin "DESPUES DE CESAREA, SIEMPRE CESAREA" (6, 9), si bien, citada con suma frecuencia, suele ser mal entendido y mal aplicado a la práctica clínica actual.

Emitido en una época en la cual la mayor parte de cesáreas -- incluía una incisión uterina clásica y se desconocía la utilización moderna de antibióticos y transfusiones (6, 9).

Sin embargo, en la actualidad la mayoría de los obstetras -- trata este aforismo arcaico como si fuera la conclusión de un estudio reciente. Así el aforismo de Craigin en realidad tiene -- importancia sólo para una minoría de las embarazadas actualmente. El factor que parece ser el más causal de la persistencia del aforismo es la rotura uterina (1, 2, 9).

La nueva controversia se refiere al uso de oxitocina en una prueba de trabajo de parto en pacientes con cesárea previa y al uso de anestesia regional (19).

Los oponentes a la propuesta general de parto vaginal después de cesárea, aducirán varios motivos para negar la prueba de trabajo de parto y apegarse a la costumbre de cesárea repetida automática, entre ellos tenemos:

a) TEMOR DE ROTURA UTERINA COMPLETA

La morbimortalidad materna perinatal relacionada con la verdadera rotura de la pared uterina, con comunicación a la cavidad abdominal, suele ser un temor frecuente en el parto vaginal después de cesárea (2, 6, 9, 14), la incidencia de separación del segmento uterino inferior después de cesárea fue de 0.45 a 0.6% - en estudios recientes.

Incontables investigaciones indican que los riesgos maternos y fetales relacionados con la rotura uterina completa son más teóricos que reales en el trabajo de parto con antecedentes de incisión segmentaria inferior.

Roumen, estudió 249 mujeres con cesárea previa a quienes dió oportunidad de trabajo de parto, solo se presentó un caso de rotura uterina incompleta, la morbilidad materna fue menor en el grupo de pacientes con parto (18).

Mor Yosef S. y Cols., evaluaron un número de pacientes representativas 22 815, la tasa de cesárea fue del 9.6% de todas las parturientas con cesárea previa y 51.1% tuvo parto vaginal. Se presentó rotura uterina posterior al parto vaginal en pacientes con cesárea previa en 1.2% (15).

Según estudios de Flamm, complementados por investigaciones recientes, no ha habido informes de pérdida perinatal relacionada con rotura completa o dehiscencia de una cicatriz de segmento uterino inferior (6).

En Estados Unidos, Muller y Cols., concluyeron a partir de una revisión de prueba de trabajo de parto, después de cesárea -- que 90% de todas las roturas uterinas y 96% de todas las muertes perinatales secundarias a rotura uterina, ocurrieron en embarazadas con cesáreas clásicas previas (6, 9).

Así el postulado de Craigin, continúa para este pequeño subgrupo de embarazadas, quienes tienen el antecedente de incisión uterina clásica (6, 9). Actualmente, una de las pocas contraindicaciones firmes del parto vaginal después de cesárea, será la cesárea clásica previa.

Varios autores recalcan que la rotura espontánea del útero sin cicatriz, y no del que la tiene, es la más frecuente y conlleva mayor morbimortalidad (3, 6, 9).

b) PREOCUPACION POR LA SEGURIDAD MATERNA

La prueba de trabajo de parto o el parto vaginal después de cesárea ofrecen mayor seguridad materna y fetal que la cesárea repetitiva electiva (3, 6, 9).

A pesar de que la cesárea es hoy una operación mucho más segura que hace algunos años, la mortalidad materna global por la cesárea en sí, es de 3 a 8 veces mayor que la relacionada con parto vaginal (2).

La morbilidad febril, así como las complicaciones anestésicas, fenómenos tromboembólicos, necesidad de transfusión sanguínea, íleo, dolor y tiempo de recuperación postparto disminuyen en embarazadas con parto vaginal.

c) PREOCUPACION POR LA SEGURIDAD FETAL

Ni el parto vaginal postcesárea ni la cesárea electiva de repetición carecen de riesgos para el feto.

Flamm, concluyó en 1984, que la mortalidad perinatal en pacientes bajo vigilancia electrónica a quienes se les realizó prueba de trabajo de parto, es de 0.5% por mil embarazadas (6).

Shy y Cols., predijeron que la cesárea de repetición electiva se asociará a una mayor mortalidad perinatal, que el parto vaginal después de pruebas de trabajo de parto (6, 9).

La morbilidad pulmonar, independientemente de la edad gestacional, es mayor en embarazadas que terminaron por vía abdominal en ausencia de trabajo de parto (6).

El riesgo fetal relacionado con una prueba de trabajo de parto en embarazadas con antecedentes de cesárea y niño macrosómico parece no ser mayor que la de un grupo similar de embarazadas sin antecedentes de cesárea.

d) PREOCUPACION POR RECRIMINACIONES LEGALES

Una idea muy difundida es que la cesárea casi garantiza inmnidad respecto de querrelas legales (6).

Sin embargo, el espíritu de la profesión y las recomendaciones con respecto al nacimiento vaginal después de cesárea, han sufrido modificaciones notorias en el último decenio y el consenso de las organizaciones norteamericanas, es recomendar una prueba de trabajo de parto para pacientes seleccionadas, como norma de la práctica obstétrica. Empiezan a aparecer litigios en que se alega negligencia por complicaciones quirúrgicas consecutivas a cesárea repetida electiva (5).

e) ESTRES E INCONVENIENTES PROFESIONALES Y ECONOMICOS

Muchos médicos consideran la prueba de trabajo de parto como un método más estresante para ellos que la programación de una cesárea electiva de repetición y la evasión del supuesto riesgo.

La conveniencia de la programación y la seguridad de poder disponer de tiempo para otras necesidades del ejercicio obstétrico, suelen ser factores poderosos en contra del parto vaginal después de cesárea. Se ha empezado a solicitar, por aseguradoras, justificación por hacer cesárea repetida sin antes haber hecho -- prueba de trabajo de parto.

f) RESISTENCIA DE LAS PACIENTES

La conveniencia, pronosticabilidad de una operación programada, evitar un trabajo de parto doloroso, el acortamiento de éste y del nacimiento y la realización concurrente de un procedimiento de esterilización, son razones que suelen darse para rechazar una prueba de trabajo de parto.

Garel y Cois., hicieron un estudio con 58 madres que tuvieron cesárea y 50 que tuvieron parto, quienes contestaron un cuestionario por correo para determinar los efectos por operación cesárea en el número de futuros embarazos y sus resultados y saber las consecuencias a largo plazo tanto físicas como psicológicas (7).

Los resultados indicaron que las madres que tuvieron cesárea desean menos otro embarazo y en caso de embarazarse nuevamente, les gustaría que terminara en parto.

Tienen mayor dificultad para concebir, después de 4 años se veían más cansadas que las que tuvieron parto. El 9% que tuvieron cesárea consultaron a un psiquiatra en los 3 últimos años y ninguna que tuvo parto lo hizo.

Las contestaciones nos muestran que la operación cesárea provoca estados psicológicos lábiles (7).

Suele indicarse una prueba de trabajo de parto porque las tasas de partos vaginales son satisfactorias después de cesárea, -- siendo el 66.7% de 1950 a 1980; de 1980 a 1984, 6 258 pruebas de parto y una tasa de parto vaginal satisfactoria del 86%. Parece que casi 4 de 5 embarazadas, a quienes se proporciona acceso a -- una prueba de trabajo de parto (que representan el 66% de las que tienen antecedente de cesárea) pueden tener un parto vaginal y -- evitar cesárea.

El dar oportunidad de una prueba de trabajo de parto, tiene mayores beneficios que riesgos. Menor morbilidad febril en pacientes con parto, una estancia hospitalaria más breve en las pacientes que tuvieron parto.

Ocurre rotura uterina y dehiscencia de la cicatriz con frecuencia cuando la incisión anterior era clásica.

No se considera que la incidencia de dehiscencia uterina tenga relación con el uso de oxitocina, anestesia epidural, indicación previa de cesárea o el número de cesáreas previas (3, 19, 20)

O'Sullivan y Cols., calcularon que los costos hospitalarios eran menores en pacientes que se les dió oportunidad de parto -- (14).

CRITERIOS PARA UNA PRUEBA DE TRABAJO DE PARTO

En mujeres que han sido sometidas a cesárea, debe intentarse el parto por vía vaginal, desde el punto de vista económico y de un parto mas natural. Muchos médicos permiten a sus pacientes el parto, con base en los medios con que cuenta el hospital, disponibilidad de sangre, anestesia y equipo de vigilancia electrónica.

La selección cuidadosa es importante para lograr resultados adecuados, así como la observación minuciosa durante el trabajo - de parto, la expulsión y el puerperio. A continuación se mencionan los criterios de selección, utilizados en el Hospital Jackson Memorial, de la Universidad de Miami:

- 1.- Antecedentes de una sola cesárea transversa segmentaria baja sin extensión, documentada por los registros del hospital, y la nota quirúrgica
- 2.- Pacientes con embarazo a término con antecedentes de cesárea única en un lapso mayor de 12 meses
- 3.- Aceptación de la mujer
- 4.- Pelvis clínicamente adecuada para el nacimiento del producto
- 5.- Facilidad de obtener sangre, equipo y medios quirúrgicos adecuados, y anestesia del propio hospital
- 6.- Ausencia de problemas médicos u obstétricos
- 7.- Ausencia de rotura uterina previa
- 8.- Conocimiento y comprensión de los riesgos del parto abdominal y vaginal por parte de la paciente

LOS CRITERIOS DE EXCLUSION QUE CONTRAINDICAN EL PARTO POR VIA VAGINAL INCLUYEN:

- 1.- cesárea fúndica o vertical en segmento bajo, o una extensión en T
- 2.- incisión desconocida
- 3.- desproporción cefalopélvica
- 4.- embarazo múltiple
- 5.- presentación pélvica
- 6.- placenta previa
- 7.- desprendimiento prematuro de placenta normoinserta
- 8.- situación transversa
- 9.- medios y equipos inadecuados, quirófano lejano de la sala de expulsión
- 10.- rechazo de la mujer
- 11.- rechazo de transfusiones sanguíneas
- 12.- complicaciones médicas u obstétricas
- 13.- embarazo post-término

CRITERIOS DE ELIMINACION

- 1.- rotura uterina
- 2.- sufrimiento fetal agudo
- 3.- trabajo de parto estacionario

NORMAS PARA EL PARTO VAGINAL DESPUES DE CESAREA

En 1985, el comité sobre obstetricia en el área de medicina materno-fetal del American College of Obstetrician and Gynecologists, publicaron sus normas para el parto vaginal después de cesárea -- (6, 9).

Hadley y Cols., publicaron una revisión detallada de las consideraciones prácticas y el tratamiento, las que se mencionan a continuación:

1.- ALERTA MEDICA. Conocimiento por parte de los médicos de las recomendaciones actuales con respecto al parto vaginal después de cesárea

2.- AUTORIZACION CON BASE EN INFORMACION Y ASESORAMIENTO DE LA PACIENTE.- La información dada a la paciente debe ser temprana y completa para que las explicaciones continúen durante el embarazo, a fin de que la paciente se percate de los riesgos y beneficios

Actualmente en ausencia de contraindicaciones obstétricas se empleará por sistema la prueba de trabajo de parto a diferencia de lo que ocurría en 1979, cuando la regla era la cesárea de repetición

3.- VIGILANCIA FETAL ANTEPARTO.- Gibbs y Phelan han observado la rara presentación de muerte fetal después de las 38 semanas de gestación en un pequeño número de embarazadas en espera del trabajo de parto espontáneo

Phelan, recomendó instituir vigilancia fetal anteparto sistemática a partir de las 38 semanas en embarazadas con cesárea previa.

4.- DIAGNOSTICO ULTRASONOGRAFICO DE DEFECTOS.- Michael y Cols., indicaron en un informe reciente que el momento más propio para el estudio ultrasonográfico del útero en busca de defectos de incisión es de las 28-36 semanas de gestación, aclaran que la experiencia es importante, puesto que no todos los segmentos delgados son anormales y aquellos relativamente gruesos pueden ser defectuosos (10).

5.- RECURSOS Y PERSONAL ADECUADOS

- a) Disponibilidad de registro electrónico fetal continuo
- b) Banco de sangre disponible las 24 horas
- c) Recursos profesionales e institucionales que puedan apoyar en caso de urgencia - intraparto aguda
- d) Posibilidad de responder a la necesidad de cesárea, sin que transcurran más de - 30 minutos entre la decisión y la incisión
- e) Disponibilidad de un médico que pueda valorar el trabajo de parto y hacer una cesárea

6.- FALTA DE CONTRAINDICACIONES.- No debe haber contraindicaciones médicas del parto vaginal, como el herpes genital activo. Con base en una revisión previa no se recomienda la prueba de trabajo de parto en parturientas con incisión fúndica previa, desproporción cefalopélvica absoluta o sin autorización escrita

7.- USO DE OXITOCINA.- En todas las embarazadas debe controlarse la administración de oxitocina intravenosa de manera precisa, con bombas de administración y vigilancia cuidadosa de madre y feto (20).

Bajo vigilancia cuidadosa y administración controlada, el -- uso de oxitocina para la inducción del trabajo de parto o conducción del mismo, en embarazadas con antecedentes de cesárea segmentaria previa, no conlleva mayor riesgo que en la población general (2, 6, 9, 14, 20).

El riesgo de dehiscencia o rotura uterina, transfusión, traumatismo obstétrico o evolución materno-neonatal adversa, no aumenta en estas pacientes. Sin embargo, la necesidad de oxitocina durante una prueba de trabajo de parto se relaciona con una mayor posibilidad de otra cesárea (20).

8.- ANESTESIA REGIONAL.- A pesar de la preocupación en cuanto al uso de anestesia regional durante una prueba de trabajo de parto que podrían enmascarar el dolor de la rotura uterina, confundir la interpretación de hipotensión y hemorragia, fomentar la posibilidad de una cesárea repetida o aumentar la morbilidad materna y fetal, ninguno de estos temores se ha visto justificado después de amplias investigaciones (19).

La vigilancia electrónica continua, para la detección del sufrimiento fetal parece ser un recurso importante que permite la intervención oportuna y extracción del feto en los raros casos en que hay rotura uterina.

Así, las directrices actuales del American College, no consideran contraindicada la anestesia epidural en el trabajo de parto.

9.- VIGILANCIA INTENSIVA MATERNA Y FETAL DURANTE EL PARTO.- La vigilancia estrecha y el registro de los signos vitales maternos, así como de su sintomatología, son imperativos. La súbita aparición de desaceleraciones muy variables en la frecuencia cardiaca fetal o una desaceleración aguda duradera en la prueba de trabajo de parto es motivo importante de preocupación (10).

10.- ATENCIÓN DEL PARTO VAGINAL.- En circunstancias óptimas la expulsión debe ser espontánea. La aceleración del segundo período del trabajo de parto con un fórceps bajo, bien utilizado, parece razonable pero no imperativo (12).

Después del parto, debe hacerse exploración manual del útero y revisión de la cicatriz uterina, cuyo resultado se anota en el expediente médico.

El tratamiento de embarazadas con un defecto uterino identificado después de parto vaginal depende del tamaño y localización de aquel, así como de la presencia o no de hemorragia importante. Los defectos del segmento uterino no sangrantes en una paciente hemodinámicamente estable no requieren reparación.

Está indicada una laparotomía exploradora y reparación si -- hay hemorragia notoria o inestabilidad hemodinámica, o cuando el defecto altera todo el grosor del segmento uterino superior.

PROBLEMA

¿ ES POSIBLE UN PARTO NORMAL DESPUES DE UNA CESAREA ?

HIPOTESIS

EL PARTO NORMAL DESPUES DE CESAREA, ES UN METODO SEGURO DE NACIMIENTO, CON BAJA TASA DE MORBIMORTALIDAD MATERNO FETAL, CUANDO OCURRE BAJO SUPERVISION CUIDADOSA Y DENTRO DE LIMITACIONES ESPECIFICAS

JUSTIFICACION

Una buena valoración obstétrica, puede evitar la cesárea en una paciente que previamente requirió cesárea; por lo tanto, puede disminuirse la frecuencia de cesárea, y tomando en cuenta que en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital General "Dr. Fernando Quiróz Gutiérrez" del ISSSTE, es el procedimiento que con más frecuencia se realiza en cirugía mayor, es lógico --- efectuar un análisis situacional de la misma, ya que éste nos --- dará la pauta para dar oportunidad de eutocia a pacientes con cesárea previa.

Esta evaluación, indudablemente redundará en beneficio de -- nuestras pacientes y sus productos; repercutiendo en la calidad -- de nuestro servicio y de nuestro hospital.

OBJETIVO

**DETERMINAR CON QUE FRECUENCIA EL PARTO DESPUES DE
LA CESAREA ES NORMAL**

MATERIAL Y METODOS

El presente estudio se realizó en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General "Dr. Fernando Quiróz Gutiérrez" del ISSSTE, en la ciudad de México, D. F..

Se estudiaron del primero de julio de 1990 al 30 de octubre del mismo año, a 30 pacientes con embarazo a término (37-42 semanas de gestación) con cesárea previa en un lapso mayor de 12 meses dándoles oportunidad de prueba de trabajo de parto con oxitocina a dosis respuesta y con analgesia obstétrica (bloqueo peridural) y sin utilizar fórceps profilácticos en el período expulsivo.

El proceso fue de la manera siguiente:

Toda paciente con embarazo a término con el antecedente de cesárea previa en un lapso mayor de 12 meses y en trabajo de parto inicial que cumpliera con los criterios necesarios para una prueba de trabajo de parto, ya mencionados anteriormente, se le ingresaba al servicio de labor.

Una vez que el servicio médico y paramédico de anestesia, gineco-obstetricia y pediatría estuvieran alerta, se le daba información a la paciente de los beneficios y riesgos que conlleva a una prueba de trabajo de parto o parto vaginal después de cesárea previa, esperábamos su autorización para aceptar la conducción del trabajo de parto.

Se le realizaba tricotomía de abdomen y pubis, se le practicaban análisis de laboratorio (biometría hemática completa, grupo y RH sanguíneo, tiempo de protombina y tromboplastina, examen general de orina, pruebas cruzadas y paquete de sangre total disponible en banco de sangre), posteriormente se canalizaba con solución glucosada al 5% para mantener vena permeable y, en casos ne-

cesarios se iniciaba con infusión controlada con oxitocina a dosis respuesta para conducir el trabajo de parto.

Se llenaba la cédula de recolección de datos para un seguimiento posterior en caso necesario, incluyendo los siguientes datos:

Nombre, edad, expediente, fecha y hora de ingreso, diagnóstico de ingreso, antecedentes obstétricos (gesta, para, cesárea; aborto, fecha de última regla, fecha probable de parto, fecha de la cesárea anterior e indicación de la misma, tipo de incisión, complicaciones de la cesárea).

Exploración vaginal: dilatación y borramiento cervical, altura de la presentación, pelvis útil o no útil, estado de las membranas, dosis de oxitocina, analgesia, horas de trabajo de parto, fecha y hora de parto, Apgar y peso del producto, estado de la cicatriz uterina anterior, complicaciones postparto inmediatas, si terminó el trabajo de parto en forma normal o requirió cesárea o aplicación de fórceps.

Se medían los signos vitales maternos cada hora y se registraban en una hoja especial, se emprendía la monitorización fetal y se llevaba hoja de partograma. Posteriormente, se realizaba bloqueo peridural con bupivacaína o xilocaina en caso necesario cuando la paciente alcanzaba una dilatación cervical de 5 centímetros.

En caso de que se presentara evidencia de sufrimiento fetal agudo, rotura uterina, alteraciones en la evolución del trabajo de parto (trabajo de parto estacionario), se interrumpía la prueba de trabajo de parto y se resolvía la terminación del embarazo por cesárea.

Las pacientes que llegaban en período expulsivo no se les aplicaba fórceps profilácticos de rutina para acelerar el segundo período del trabajo de parto.

Después del parto se exploraba manualmente el útero y la cicatriz uterina para identificar posibles defectos uterinos y, en caso de presentarse, estar preparados para una laparatomía exploradora.

Para el presente estudio se excluyeron:

- 1.- desproporción cefalopélvica
- 2.- a pacientes que rechazaban la prueba de trabajo de parto
- 3.- cesárea corporal o una extensión en T
- 4.- presentación pélvica
- 5.- embarazo múltiple
- 6.- placenta previa
- 7.- desprendimiento prematuro de placenta normoinserta
- 8.- situación transversa
- 9.- rechazo de transfusión sanguínea
- 10.- diabetes, polihidramnios
- 11.- embarazo post-término

La información se clasificó y se presenta en tablas.

Se determinó con qué frecuencia el parto, después de la cesárea es normal, dando el porcentaje de las eutocias posteriores a cesárea, identificando las complicaciones más frecuentes y estableciendo la frecuencia real de dehiscencias de histerorrafías.

RESULTADOS

TABLA I

FINALIZACION DEL EMBARAZO POSTERIOR A CESAREA		
	CASOS	%
EUTOCIAS	24	80.00
DISTOCIAS	2	6.66
CESAREAS	4	13.34
TOTAL:	30	100.00

TABLA II

DISTRIBUCION POR EL USO DE OXITOCINA EN EL TRABAJO DE PARTO		
	CASOS	%
USO DE OXITOCINA	24	80.00
TRABAJO DE PARTO ESPONTANEO	6	20.00
TOTAL:	30	100.00

TABLA III

DISTRIBUCION POR ORDEN DE FRECUENCIA DE INDICACION DE CESAREA PREVIA		
	CASOS	%
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO	10	33.33
DESPROPORCION CEFALOPELVICA	8	26.66
TOXEMIA	5	16.69
PRESENTACION PELVICA	4	13.33
VARICES VULVARES	1	3.33
EMBARAZO GEMELAR	1	3.33
SITUACION TRANSVERSA	1	3.33
T O T A L :	30	100.00

TABLA IV

DISTRIBUCION POR HORAS DE TRABAJO DE PARTO		
	CASOS	%
0 - 5 horas	2	6.67
6 - 10 horas	28	93.67
T O T A L :	30	100.00

TABLA V

DISTRIBUCION POR USO DE ANESTESIA REGIONAL		
	CASOS	%
BPD CON BUPIVACAINA	20	66.66
BPD CON XILOCAINA	8	26.68
BPD NO SE UTILIZO	2	6.66
T O T A L :	30	100.00

TABLA VI

DISTRIBUCION POR EL PESO DEL RECIEN NACIDO		
	CASOS	%
2 500 - 2 999 gramos	9	30.00
3 000 - 3 499 gramos	19	63.33
3 500 - 3 999 gramos	2	6.67
T O T A L :	30	100.00

TABLA VII

DISTRIBUCION POR APGAR DEL RECIEN NACIDO AL MINUTO Y A LOS 5 MINUTOS		
	CASOS	%
AL MINUTO		
4 - 6	1	3.34
7 - 10	29	96.66
TOTAL :	30	100.00
A LOS 5 MINUTOS		
4 - 6	-	-
7 - 10	30	100.00
TOTAL :	30	100.00

TABLA VIII

DISTRIBUCION POR ESTADO DE LA CICATRIZ UTERINA POSTERIOR AL PARTO		
	CASOS	%
CICATRIZ INTEGRAL	30	100.00
ROTURA UTERINA	-	-
TOTAL :	30	100.00

TABLA IX

DISTRIBUCION POR FRECUENCIA DE COMPLICACIONES MATERNO-FETALES QUE INDUJERON A CESAREA NUEVAMENTE		
	CASOS	%
TRABAJO DE PARTO ESTACIONARIO	3	75.00
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO	1	25.00
TOTAL :	4	100.00

TABLA X

DISTRIBUCION POR APLICACION DE FORCEPS EN EL PERIODO EXPULSIVO		
	CASOS	%
USO DE FORCEPS	2	7.70
FORCEPS NO UTILIZADOS	24	92.30
TOTAL :	26	100.00

ANALISIS Y COMENTARIOS

De 30 pacientes con cesárea previa en un lapso mayor de 12 meses, con embarazo a término, a quienes se les dió oportunidad de prueba de trabajo de parto, 24 terminaron en eutocia, lo que nos dá un índice del 80%, en dos pacientes se aplicaron fórceps en el período expulsivo, uno por variedad de posición persistente (ODT) y otro por período expulsivo prolongado de una hora 30 minutos, dándonos un índice del 6.66%.

A cuatro pacientes se les realizó cesárea de repetición por haber presentado durante el trabajo de parto, tres de ellas, trabajo de parto estacionario, basándonos en el partograma y una de ellas con producto que presentaba sufrimiento fetal agudo (50% -- DIPS variables atípicas), de acuerdo a la curva de Friedman, dándonos un índice de 13.34%.

Lo anterior está en relación con la frecuencia observada que reportan diferentes investigadores, siendo el índice para eutocias después de cesárea del 60 al 80% y de cesárea con cesárea -- previa del 10 al 15% (1, 4, 6, 7, 8, 9, 12, 13, 15).

Con esto se demuestra que el parto vaginal después de cesárea está exento de riesgos cuando ocurre bajo supervisión cuidadosa y dentro de limitaciones específicas (1, 4, 6, 7, 8, 9, 12, 13, 15).

Actualmente el aforismo de Craigin "DESPUES DE CESAREA SIEMPRE CESAREA", sólo se aplica a una minoría de embarazadas por el desuso de la incisión corporal, ya que actualmente el 99% de las cesáreas son tipo Kerr (1, 2, 6, 9).

Siendo el factor que más causa que este aforismo se practique, es el temor de rotura uterina (antigua controversia); (1, 2, 9).

La cicatrización uterina es un evento particular y depende de factores como: poder individual de cicatrización, estado de salud previo, factores locales dependientes e independientes del acto quirúrgico. En animales de experimentación se ha demostrado que bajo tensión el área de cicatrización es más resistente a la rotura que el útero intacto siempre que la técnica de sutura sea apropiada, también se ha demostrado cicatrización uterina óptima a los 60 días de postoperatorio (2, 6, 9, 16, 21).

La principal indicación de la cesárea previa en pacientes -- que se les sometió a una prueba de trabajo de parto fue el sufrimiento fetal agudo que presentaron 10 pacientes; dándonos un índice del 33.33%.

En cuanto a la baja reserva fetoplacentaria que se diagnostica por registro tococardiográfico, antes de tomar la decisión de interrumpir el embarazo por vía abdominal, debería procederse a investigar si la causa es reversible: farmacología, metabólica, cardiovascular, sueño fetal, etc. y, si se descartan, se interrumpe el embarazo por cesárea.

El sufrimiento fetal agudo, si no existen causas reversibles como polisistolía, efecto Poseyro, hipotensión materna, etc., se interrumpe el embarazo por cesárea. En caso necesario se lleva a cabo la recuperación fetal mediante el uso de uteroinhíbidores, colocación de la paciente en decúbito lateral izquierdo, oxígeno.

En virtud de que el sufrimiento fetal agudo y la baja reserva fetoplacentaria se asocian frecuentemente a toxemia severa por disfunción placentaria que se origina al perderse la armonía entre madre, feto y placenta, además por ser un estado hipercatabólico que tiene repercusiones en órganos vitales maternos incluyendo el cerebro, la conducta que se sigue en nuestro servicio es estabilizar las condiciones homeostáticas maternas e interrumpir el embarazo por cesárea.

Otras de las causas más frecuentes para indicación de cesárea de nuestras pacientes en estudio fueron: desproporción cefalopélvica, presentación pélvica, embarazo gemelar, situación transversa y várices vulvares.

La desproporción cefalopélvica que presentaron 8 pacientes - (26.66%) en su embarazo anterior, no nos precipitó para diagnosticar nuevamente desproporción cefalopélvica en el embarazo actual.

La literatura menciona que nunca se debe efectuar cesárea -- por desproporción cefalopélvica durante la fase latente del trabajo de parto, sino después de 2 horas de iniciada la fase activa - y/o al observar una curva de Friedman anormal, observan que con esta conducta se reduce el número de cesáreas por desproporción cefalopélvica.

Por otro lado, existe el criterio de que es obsoleto el permitir que el trabajo de parto progrese hasta el período expulsivo en aras de probar al máximo la pelvis como útil para el pasajero, ya que esto repercute desfavorablemente en la madre y el feto (6, 9, 10).

La desproporción cefalopélvica no se repite en todas las pacientes y algunos artículos mencionan que un 54% de estas pacientes han tenido sus productos subsecuentes por parto (12).

No se debe ser tan precipitado o superficial para diagnosticar la desproporción cefalopélvica, pero sí lo suficientemente -- cauto para no permitir el progreso del trabajo de parto en pelvis no útiles, ya que esto puede resultar en una intervención quirúrgica de urgencia, que como se sabe, aumenta el riesgo de morbilidad materna y perinatal (3).

En cuanto a la presentación pélvica como indicación de cesárea es cada día mayor la tendencia a efectuarla para disminuir la

morbimortalidad, principalmente en primigestas con productos de peso medio y mayor (6, 9), siendo esta la norma en el servicio de este hospital.

Registramos otras entidades que fueron indicaciones para realizar cesárea primaria en nuestras pacientes, entre ellas tenemos:

Várices vulvares, embarazo gemelar, situación transversa -- (ver tabla III).

La nueva controversia (uso de oxitocina).

Utilizamos oxitocina intravenosa en 24 pacientes de nuestro estudio, dándonos un porcentaje del 80%, 6 pacientes tuvieron trabajo de parto espontáneo (20%) ya que ingresaron al servicio de labor con actividad uterina regular en la fase activa o por llegar en periodo expulsivo.

Observamos un porcentaje elevado del 80% en nuestras pacientes conducidas con oxitocina y con vigilancia estrecha de madre y feto, que no tuvieron alteración del trabajo de parto, basándonos en el partograma (ver tabla II y IV), esto no está en relación -- con algunos autores que han observado que cuando la oxitocina se usa en pacientes con cesárea previa se asocia con alto índice de trabajo de parto fallido (20).

Sin embargo, la necesidad de oxitocina durante una prueba de trabajo de parto se relaciona con una mayor posibilidad de otra cesárea.

El uso de anestesia regional (bloqueo peridural) con bupivacaína en 20 pacientes (66.66%), y con xilocaina en 8 pacientes -- (26.68%) nos demostró que no están justificados los temores de enmascarar el dolor de la rotura uterina, confundir la interpretación de hipotensión y hemorragia, fomentar la posibilidad de una cesárea repetida o aumentar la morbilidad materna y fetal.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

Se observó que el uso de bupivacaina aceleraba la dilatación cervical más que la xilocaína.

El peso de los recién nacidos osciló entre los 2 550 gramos y 3 650 gramos. Esto demuestra que el peso fetal con una pelvis útil, puede favorecer una prueba de trabajo de parto.

Phelan, reveló que el 66% de 140 pacientes estudiadas con peso fetales mayores de 4 000 gramos, tuvieron un parto vaginal -- después de cesárea previa, sin mayor tasa de dehiscencia uterina o distocia de hombros.

Analizando el Apgar, se reportó un caso con hipoxia moderada al minuto, no persistiendo a los 5 minutos, en esta paciente se -- detectó el sufrimiento fetal agudo durante la prueba de trabajo -- de parto, realizándole cesárea. 29 productos con Apgar de 7-10 -- al minuto y a los 5 minutos respectivamente.

Esto nos demuestra que la morbimortalidad fetal es mayor en cesárea electiva repetida que con la prueba de trabajo de parto y parto vaginal después de cesárea (6, 9).

No se observó en ninguna paciente rotura uterina (ver tabla VIII), realizando la exploración después del parto o al realizar la cesárea de repetición.

Craigin, tenía razón al adoptar dicha conducta de "DESPUES -- DE CESAREA SIEMPRE CESAREA", porque en el siglo pasado la mayoría de las cesáreas eran corporales, pero actualmente son incisiones segmentarias.

Las complicaciones que se presentaron durante la prueba de -- trabajo de parto fueron: sufrimiento fetal agudo en una paciente realizándole cesárea una vez lograda la recuperación fetal, y en tres pacientes ocurrió trabajo de parto estacionario a quienes se

les realizó también cesárea.

En veinticuatro pacientes de nuestro estudio (92.30%) no hubo necesidad de la aplicación de fórceps, sólo en 2 de ellas --- (7.70%), una por período expulsivo prolongado de 1 hora 30 minutos y otra por variedad de posición persistente (OTD). No se -- observó dehiscencia de cicatriz uterina.

La aplicación de fórceps bajo, bien utilizado, puede acelerar el segundo período del trabajo de parto, pero no es imperativo.

CONCLUSIONES

El objetivo planteado en la tesis se cumplió satisfactoriamente, ya que:

- 1.- El parto normal después de cesárea, es un método seguro de nacimiento, con baja tasa de morbimortalidad materno-fetal, teniendo en nuestro estudio una frecuencia alta del 80%
- 2.- La realización de una prueba de trabajo de parto con oxitocina después de una cesárea previa, -- constituye la forma mejor y más inocua de tratamiento obstétrico
- 3.- La mayoría de las mujeres que han tenido cesárea primaria por desproporción cefalopélvica, debe dárseles oportunidad de recibir prueba de trabajo de parto y parto vaginal en embarazo a término
- 4.- Una cesárea previa, en sí, raramente es indicación para una cesárea electiva de repetición
- 5.- El viejo aforismo de Craigin, aplicado inicialmente a la cesárea clásica, debe abandonarse
- 6.- Se puede prescindir del fórceps profiláctico en el nacimiento vaginal después de cesárea previa
- 7.- Respecto al período intergenésico corto y la cesárea previa como indicación para cesárea, no se acepta de forma absoluta

- 8.- Se puede disminuir el número de cesáreas repetidas en forma innecesaria
- 9.- No existe incremento en el riesgo de rotura uterina en relación con pacientes con útero íntegro
- 10.- No se demostró un incremento en la asfixia perinatal en pacientes con eutocia después de cesárea

"LA INTERROGANTE NO ES TANTO SI EL AFORISMO DE LA CESAREA -- REPETIDA SIGUE SIENDO VALIDO, SINO PORQUE PUDIMOS ACEPTARLO DURANTE MAS DE 60 AÑOS, COMO SI HUBIERA ESTADO GRABADO EN GRANITO".

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

- 1.- Chazotte C.; Madden R.; Cohen WR. "Labor patterns in women - with previous cesareans". Obstet Gynecol.; 1990 Mar. 75 (3 ptl.) page 3505.
- 2.- Danforth D. N., Obstetries and Gynecology, Editorial Interamericana, 4ª. edición 1987. "Peligros, complicaciones y limitaciones del uso de la Oxitocina". Capítulo 35, pág. 504. Parto vs. Cesárea. Cap. 35. pág. 445. -Tratamiento de la paciente con una cesárea previa- Capítulo 35, págs. 750, 751
- 3.- Diana H. Petiti. "Mortalidad y Morbilidad materna en la cesárea". Clínicas G. O.. Vol. 4, 1985, pág. 95967
- 4.- Egwuatu VE., Ezeh IO, "VAginal delivery en Nigerian women - after a previous cesarean section". J. Ginecol and Obstet. 1990, may.. 32 (1), page 16.
- 5.- Elliot H. Philipson. "Tendencia en la Frecuencia de Parto posterior a Cesárea". Clínicas obstétricas y ginecológicas. Vol. 4, pág. 869, 1986.
- 6.- Flamm Bruce L.. "Parto vaginal después de cesárea, Controversias Antiguas y Nuevas". Clínicas obstétricas y ginecológicas, 1985. Vol. 4, págs. 925, 935.
- 7.- Garel M., Lelong N., Mrchaud A. Kanisky M.. "Maternal consequences of Cesareans delivery. Result of a 4 year follow up". J. Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 1990, 19 (1). pages - 83, 89
- 8.- ---Gibbs C.. "Parto Vaginal Planeado después de Cesárea". - Clínicas Obstétricas y Ginecológicas 1980. Vol. 4, pág. 514
- 9.- James N. Martin. "Parto vaginal después de Cesárea". Clínicas Ginecológicas y Obstétricas, 1988. Vol. 4, págs. 713, 726.

- 10.- Jay D. Lame.. "Cuando debe interrumpirse el parto para permitir un alumbramiento mediante cesárea". Clínicas obstétricas y ginecológicas 1985. Vol. 4. pág. 937
- 11.- Lame Jay D., Reis Rosemary. "Cuando debe interrumpirse el parto para practicar un alumbramiento mediante cesárea". Clínicas obstétricas y ginecológicas. Vol. 4, 1985. págs. 938 945.
- 12.- Lavin J. Stephens R.. "Vaginal delivery in patients with a prior cesarean section". AM. J. Obstet Ffinecol. 1985, 59. page 135.
- 13.- Mauren A. Jarrel, MD. Graham G.. "Vaginal delivery after cesarean section: A Fiveyear study". Obstetric Ginecol. Vol. 65, Nº 5, may. 1985. pages 628, 632
- 14.- M. J. O'sullivan, Fred Fumia. "Parto vaginal después de cesárea". Clínicas gineco y obstet.. 1985, perinatología, Vol. 1, págs. 131, 142.
- 15.- Mor Yosef S., Seevi D.. "Vaginal delivery following one previous cesareans birth". J. obstetginecol. 1990. March 16 -- (1), pages 33.7.
- 16.- Ortega Sánchez Marco Antonio, Vargas García Carlos. "Perspectivas para disminuir el índice de cesáreas". Tesis ISSSTE--UNAM, 1988.
- 17.- Reyes Ceja Luis. "La prueba de trabajo de parto en pacientes con cesárea anterior". Ginecología y Obstetricia, Méx.- 1959, 24:111.
- 18.- Roumen Fj. Jansen AA. "The course of delivery after previous cesarean section". J. Obstet. Ginecol. Reprod. Biol.. 1990 Jan-Feb. 34 (12), pages 15, 20.
- 19.- Rudick V. Niv. D., Hetman Peri M., Geller E., "Epidural --- analgesia for planned vaginal delivery following previous cesarean section. Obstet. Ginecol. 1984. 64:621.
- 20.- Sakala EP., Kayes S., Murray RD., Munson LJ.. "Oxitocin use after previous cesarean". Obstet Ginecol. 1990 mar. 75 (3 pt 1), pages 356, 359.

- 21.- Suárez M. Alvarado, A. y Cols.. "Simposium sobre conducta a seguir en la embarazada con cesárea previa". Ginecología y Obstetricia. México 26:9, 1961.