

11217
93
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Postgrado
Hospital de Gineco-Obstetricia No. 4
Luis Castelazo Ayala
I . M . S . S .

REVALORACION DE LA UTILIDAD DEL FORCEPS PROFILACTICO EN LA PACIENTE CON CESAREA PREVIA

TESIS DE POSTGRADO

Que para obtener el Título de
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

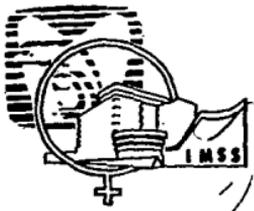
p r e s e n t a

DR. MANUEL MARTINEZ ARROYO

TESIS CON

Asesor de Tesis
FALLA DE ORIGEN

DR. FRANCISCO JAVIER GOMEZ GARCIA



MEXICO, D. F.

1991



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.

I N D I C EPAGINA

a).- Motivo de presentación de la tesis.	I - 2
b).- Prólogo.	3 - 5
c).- Introducción.	6 - 11
d).- Material y métodos	12 - 14
e).- Resultados	15 - 17
f).- Análisis estadístico	18 - 19
g).- Cuadros	20 - 32
h).- Comentario	33 - 34
i).- Conclusiones	35 - 36
j).- Bibliografía	37 - 41

MOTIVO DE PRESENTACION DE LA TESIS

Se ha visto que en el servicio de tocoqui
rúrgica, en particular en la sala de labor, el
número de pacientes con cesárea previa que ingre-
san al servicio en trabajo de parto va aumentan-
do paulatinamente, y generalmente durante el pe-
riód^o expulsivo existe la duda de la evolución -
de la cicatriz uterina previa, por lo que en la
mayoría de los casos se aplica un fórceps profi-
láctico con el fin de preservar hasta donde sea
posible la integridad uterina. Pero no en todos-
los casos es posible aplicar un fórceps oportuna-
mente por las condiciones de evolución variantes
de las pacientes, ya que sabemos que muchas ve-
ces el trabajo de parto es muy rápido o bien por
el hecho de que muy frecuentemente las pacientes
llegan en período expulsivo y pasan directamente
a la sala de expulsión lo que no permite la apli-
cación del fórceps profiláctico, y prácticamente
sin aumento en la morbimortalidad materno fetal.

Al observar esto y revisar la literatura-
surgió la inquietud de presentar el presente tra-
bajo.

Planteamiento del Problema

¿ Cual es la ventaja de utilizar el fór -
ceps profiláctico en pacientes con cesárea pre -
via en comparación con los que se dejan a parto -
expontáneo ?

Hipótesis

Hipótesis Nula:

La utilización de fórceps profiláctico en
pacientes con cesárea previa tiene las mismas --
ventajas que si se deja a parto expontáneo.

Hipótesis Alterna:

Son más frecuentes las complicaciones en
las pacientes que se aplica fórceps profiláctico
con cesárea previa que en las que se tienen par -
tos expontáneos.

PROLOGO

Tanto en libros de texto como en muchas salas de expulsión, la instrucción clara acerca del uso del fórceps es insuficiente. El principiante, bajo una supervisión limitada, aprende en base a la experiencia.

La seguridad de madre e hijo depende de que el obstetra posea un conocimiento exhaustivo del fórceps a utilizar, pues de esa manera la experiencia tendrá más valor y la destresa se logrará en menos tiempo. (5,6,16)

Se considera el fórceps como el instrumento de mayor utilidad en la práctica obstétrica y su adecuado empleo ha permitido resolver dificultades diversas que se presentan en la misma. Sin embargo, su uso en manos inexpertas causa daños tanto maternos como fetales, que pueden llegar a ser de gran consideración.

Teniendo en cuenta el concepto actual de la obstetricia de ser más ciencia que arte, la ejecución de ciertas maniobras, como la aplicación de fórceps, ha determinado que el estudio y entrenamiento se actualicen constantemente, adaptándolos a las realidades que señalan los conoci

mientos derivados de la experiencia.

Las agresiones materno fetales que por -- inexperiencia se han llegado a causar con el fórceps, han sido de tal magnitud, que se ha pretendido el rechazo de dicho instrumento; así mismo se le han atribuido daños al producto que por -- otra parte son difíciles de comprobar cuando concurren diversos factores que pueden ocasionarlos (6)

Una de las características de la obstetricia es que cuando surgen problemas su resolución debe ser rápida, por lo que el obstetra deberá -- resolverlos con conocimiento, técnica y pacien -- cia sin dejarse dominar por el único afán de extraer al producto; en el caso particular del empleo del fórceps, los aforismos antiguos " Pri -- mum non nocere " (primero no hacer daño), y -- " Non vi sed arte " (con destreza no con fuer -- za), tendrá que estar siempre en la mente del -- médico obstetra; por lo tanto, la educación y en -- trenamiento del mismo impone una disciplina rigurosa, que en ciertos momentos llega a ser enfadante pero que debe proseguirse sin desmayo, para -- obtener los resultados deseados. (5,6)

Por muchos años la mujer a quien se le ha -- bía sometido a una cesárea casi inevitablemente--

se sometía a cesárea en el siguiente embarazo. -
(5)

El parto en las pacientes con antecedente de cesárea previa trae consigo la disyuntiva de la aplicación o no de fórceps profiláctico, como medio para evitar la complicación de la ruptura de la cicatriz uterina previa. (5,6,16)

INTRODUCCION

Desde tiempos inmemorables se refieren - problemas para la resolución del parto con antecedente de cesárea previa, 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 cesárea y la aplicación de fórceps.

El fórceps tiene un origen antiquísimo, - la primera mención sobre un instrumento actual - data de médicos egipcios aproximadamente 1 900 - años A.C. (5,6,16)

En la medicina india se hace mención --- " ganchos pareados " descritos en el documento - ayurveda que data de 1 500 años A.C.

Los escritos indús, 1 000 años A.C. referían el uso de un gancho y un cuchillo en los -- partos difíciles, el cuchillo era usado para perforar la cabeza fetal y el gancho para extraer - el producto muerto. (6,16)

El primer hombre que pensó en la función del fórceps como salvador fué un obstetra árabe llamado Aulcenna, los dibujos hechos en aquél -- tiempo por sus contemporáneos Albucasis, 1 000 -

años A.C. muestran un instrumento cruzado con -- múltiples dientes los cuales se incrustaban en -- la cabeza del producto con lo cual el nacimiento de un niño vivo era imposible. (6,23)

Las especulaciones históricas, señalan -- otra figura antes de los Chamberlens, que quizás es el inventor del fórceps conservador, Jacob -- Rurff, médico Suizo, que presentó en 1554 un dibujo de un instrumento con pequeñas hojas que -- era conservador en apariencia, era un instrumento con ramas cruzadas, anclandose con copas en -- lugar de dientes, debido a que este instrumento -- tenía una estructura muy rígida, se presume que -- era usado en la extracción de productos muertos -- (5,6,16,23)

El primer fórceps conservador usado sin -- perjuicio para la madre y el feto se debe a una familia de médicos ingleses que practicaron la -- obstetricia durante el siglo XVII "Los Chamber-- lens". De hecho el mérito corresponde a William Chamberlens quien tuvo la idea de introducir las dos ramas por separado y articularlas secundaria mente. Este médico murió en el año de 1596 dejan do una extensa familia; dos de sus hijos que ten ían el nombre de Pedro estudiaron medicina y se establecieron en la ciudad de Londres. Ambos al canzaron fama en poco tiempo, dedicando gran ---

tiempo de su atención a la obstetricia, su inter
vención no se hizo pública en seguida, se mantuvo el secreto en familia por más de cuatro generaciones. (5,6,23)

Posteriormente al invento de los Chamberlens en la mitad del siglo XVIII, el mejor conocimiento del mecanismo de parto permitió la crea
ción de los instrumentos de Palfyn, Dusee, Giffard, Chapman, Pugh, Lauret y Smellie.

La primera inovación importante fué hecha por Dusee de Francia en 1730, el aplanó los pedfculos de su fórceps en el sitio de su cruzamiento y le añadió un sistema de fijación removible con esto contribuyó en gran parte al diseño de sus articulaciones Francesas y Alemanas. (5,16 - 23)

Lauret en 1747 hace pública la creación de la curvatura pélvica con las cuales disminuye las lesiones maternas. En 1916 en que el médico-Escandinavo Kielland presentó un modelo de fórceps que tiene muy escasa curvatura pelviana y una articulación original en la que una rama se desliza libremente dentro de un canal labrado so
bre la otra.

En la actualidad cada país tiene su fórceps; el Neagle se utiliza en Alemania, en norte
américa se utilizan el Simpson, en Sudamérica el

Simpson, Kielland, Salinas y Salas, estos dos últimos inventados por médicos mexicanos. (5,6,16-23)

Desde que la cesárea 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 incertidumbre de como debería resolverse el embarazo siguiente de la paciente -- con cesárea previa, ya que errores en el juicio de resolución pueden significar aún en nuestros días ruptura uterina, con el consiguiente desceso tanto del producto como de la madre. (16)

Desde 1908, Edward Cragin, 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 frase " Una vez cesárea, siempre cesárea ", vino a mantener a las pacientes que habían sido sometidas a cesárea ajenas a investigación. (16)

Entre las razones que se dan para contraindicar la resolución del embarazo por parto eutócico son que el útero tiene una cicatriz, es -- decir un punto débil que en caso de que se permita el trabajo de parto se puede romper, pensando se actualmente que la cicatriz uterina segmenta-

ria resiste el trabajo de parto mejor que la cicatriz uterina corporal como es conocido, otro punto que tomó gran importancia en los últimos tiempos y que ha perdido fuerza, es el intervalo entre la cesárea previa y el embarazo actual, se recomendaba no permitir el trabajo de parto si la cesárea se había efectuado antes de dos años - tal concepto en nuestro medio no se maneja. (16-23)

En numerosos estudios se ha visto que la evolución del trabajo de parto hacia la resolución vaginal de este, es más frecuente en grupos de pacientes en los que la cesárea anterior se efectuó por motivos diferentes a la desproporción cefalopélvica o falla en la progresión del trabajo de parto. (16)

El uso de oxitocina en pacientes con cesárea 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 este fármaco como un instrumento valioso en la obstetricia moderna. (16)

Es interesante el hecho de que pacientes con partos previos a la cesárea o posteriores, no tienen una menor frecuencia aparente de dehiscencia de cicatriz uterina que aquellas que no han tenido partos. (6,16)

Se establece el antecedente que una cesárea segmentaria no condiciona una nueva cesárea a menos que la indicación que ameritó la cesárea se repita nuevamente. Las pacientes con dos o más cesáreas no son tributarias de trabajo de parto, y es condicionante de cesárea. (6)

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

- a).- Cérvix favorable (más de dos centímetros - de dilatación).
- b).- Presentación cefálica.
- c).- Que no exista desproporción cefalopélvica.
- d).- Producto vivo y viable o bién obito donde - existan condiciones cervicales favorables - para conducción.
- e).- Vigilancia estrecha.

Es una contraindicación absoluta para la conducción del trabajo de parto cuando se tenga el antecedente de cesárea previa con cicatriz -- corporal.

MATERIAL Y METODOS

Este trabajo constituye un estudio prospectivo, cuyo objetivo general es valorar la utilidad de la aplicación del fórceps profiláctico en pacientes con cesárea previa con respecto a las pacientes con cesárea previa que se dejan a parto espontáneo.

Se formaron dos grupos de 50 pacientes cada uno, el grupo número 1, son aquellas pacientes con cesárea previa a quienes se les aplicó fórceps profiláctico, comparado con el grupo número 2, que son aquellas pacientes con cesárea previa en la que no se aplicó fórceps profiláctico y que se dejó a parto espontáneo.

El presente estudio se llevó a cabo con pacientes que acudieron al hospital " Luis Castelazo Ayala ", del IMSS, en pacientes que se les atendió de parto con antecedente de cesárea previa.

Las características del grupo experimental (grupo 1), y del grupo control (grupo 2), -- fueron pacientes con antecedente de cesárea previa en trabajo de parto, con los siguientes criterios de exclusión, que a continuación se mencionan.

- a).- Pacientes embarazadas con antecedente de ce
sárea previa y desproporción cefalopélvica.
- b).- Variedades de posición transversas persis -
tentes.
- c).- Períodos expulsivos prolongados.

Descripción del Programa de Trabajo

La muestra fué obtenida en aquellas pa --
cientes que tenían el antecedente de cesárea pre
via en trabajo de parto que reunieron las caracte --
rísticas del grupo control y experimental.

Se estudiaron dos grupos de pacientes en --
forma prospectiva, 50 de ellas se les aplicó fór
ceps profiláctico y a otras 50 pacientes se les --
dejó a parto espontáneo en la unidad tocoquirúr --
gica, se les atendió de parto eutócico y distóci
co respectivamente, posteriormente se valoró si --
existe o no beneficio en la aplicación de fór --
ceps profiláctico comparando el número de compli
caciones maternas y fetales, una vez que se obtu --
vieron los resultados se realizaron cuadros, con
clusiones y posteriormente los comentarios al --
respecto, recopilados de la hoja de captación de
datos. (ver hoja anexa).

HOJA DE CAPTACION DE DATOS

Fecha: _____

Nombre: _____ Cédula: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____

Gesta: _____

Para: _____

Abortos: _____

Cesáreas: _____ Indicación: _____

Período Intergenésico: _____ Complicaciones: _____

Se aplicó Fórceps: Si () No ()

Tipo: _____

COMPLICACIONES: Desgarro perineal I grado: _____

Desgarro perineal II grado: _____

Desgarro perineal III grado: _____

Dehiscencia de histerorrafia: _____

COMPLICACIONES FETALES: Si () No ()

Cuales: _____

Apgar: _____

PARTO EUTOCICO

Duración del período expulsivo: _____

COMPLICACIONES: Desgarro perineal I grado: _____

Desgarro perineal II grado: _____

Desgarro perineal III grado: _____

Dehiscencia de histerorrafia: _____

Condiciones del producto al nacer: _____

Apgar: _____

RESULTADOS

Los resultados obtenidos, una vez terminado el estudio y haciendo un análisis de los puntos estudiados, se encontró que las principales indicaciones de la cesárea previa en pacientes - en las que se aplicó fórceps profiláctico y las que tuvieron parto eutócico, los resultados fueron similares, ocupando los primeros cuatro lugares la desproporción cefalopélvica, presentación pélvica, sufrimiento fetal agudo, y la ruptura prematura de membranas, etc., como lo muestran los cuadros I y II.

La paridad en las pacientes con antecedente de cesárea previa en las que se aplicó fórceps profiláctico, así como en las que tuvieron parto eutócico fué similar predominando en ambos grupos, las gestas 2, 3, y 4 en menor número las grandes multíparas (cuadro III y IV).

En relación con el período intergenésico se vió que en las pacientes que tuvieron parto eutócico, el período intergenésico fué menor -- siendo de 1 a 2 años en relación a las pacientes que se les aplicó fórceps que fué de 2 a 3 años (cuadros V y VI).

El tipo de fórceps profiláctico más utili

zado fué el Simpson que ocupó un 84% de los casos, ocupando el segundo lugar el fórceps Kie -- lland y el menos utilizado fué el Salinas. (cuadro VII).

La duración del período expulsivo en la paciente que tuvo parto eutócico osciló entre 20 y 60 minutos, no encontrando mayor número de com plicaciones materno fetales en las que tuvieron más tiempo de período expulsivo (cuadro VIII).

La calificación de apgar en los productos en los que se aplicó fórceps profiláctico, ocupó el mayor porcentaje la calificación de 8 - 10, - se observó que las condiciones para los productos en general fueron buenas. (cuadro IX).

La calificación de apgar en los productos de parto eutócico en su mayoría fueron buenos, - sin embargo, hubo tres productos con calificación baja que fué, producto de parto pretérmino - por utero arcuato, otro producto con sufrimiento fetal agudo secundario a circular a cuello apretada, un producto anencéfalo agónico, y cuatro - obitos fetales, uno de ellos fué muerte transpar to por distocia de hombros por más de 2 horas -- atendido por partera empírica. (Cuadro X).

La morbilidad materna en cada grupo, se - puede observar que la presencia de desgarros vul

vovaginales aparecen con mayor frecuencia en el grupo de pacientes en las que se aplicó fórceps profiláctico, en ninguna paciente se observó - dehiscencia de histerorrafia (cuadro XI y XII)

Respecto a las complicaciones fetales en productos en los que se aplicó fórceps profiláctico fueron leves y ocupando una minoría de casos (cuadro XIII).

ANALISIS ESTADISTICO

Una vez aceptada toda la información para realizar el estudio se efectuó la valoración estadística.

Dependiendo de como se tenga la información y de la cantidad de datos captados, existen diversos métodos de procesamiento que permiten analizar la información más fácilmente.

En este trabajo a pesar de que el volumen de trabajo no es grande toda la información se procesó en computadora.

En este trabajo que es un estudio prospectivo lineal comparativo, de acuerdo a las hipótesis propuestas, a los objetivos y a la escala de medición de las variables involucradas se utilizó la técnica estadística de la prueba exacta de Fisher.

	CASOS (+)	CONTROLES (-)
CASOS	40	47
CONTROLES	10	03
	<hr/>	<hr/>
	50	50

Una vez hecho el análisis estadístico y - haber procesado toda la información en computadora, se concluyó que la prueba es estadísticamente significativa con una P menor de 0.03.

INDICACION DE LA CESAREA PREVIA EN LA PACIENTE
QUE SE APLICO FORCEPS PROFILACTICO

INDICACION	CASO	PORCENTAJE
DESproporcion cefalo pelvica	17	34
Presentacion pelvica	13	26
Sufrimiento fetal agudo	5	10
Ruptura prematura de membranas	4	8
Situacion transversa	2	4
Embarazo gemelar	2	4
Placenta previa	2	4
Toxemia severa	2	4
Parto pretermino	1	2
Embarazo prolongado	1	2
Presentacion de cara	1	2
TOTAL	50	100%

INDICACION DE LA CESAREA PREVIA EN LA PACIENTE
QUE TUVO PARTO EUTOCICO

INDICACION	CASO	PORCENTAJE
DESPROPORCION CEFALO PELVICA	14	28
PRESENTACION PELVICA	13	26
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO	9	18
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	4	8
SITUACION TRANSVERSA	3	6
PARTO PRETERMINO	2	4
CONDILOMATOSIS GENITAL	1	2
OLIGOHIDRAMNIOS SEVERO	1	2
TOXEMIA SEVERA	1	2
EMBARAZO GEMELAR	1	2
DESPRENDIMIENTO DE PLACENTA	1	2
TOTAL	50	100%

PARIDAD EN LAS PACIENTES QUE SE APLICO FORCEPS PROFILACTICO

GESTA	CASO	PORCENTAJE
II	27	54
III	17	34
IV	3	6
V	2	4
IX	1	2
	<hr/>	<hr/>
TOTAL	50	100%

CUADRO III

PARIDAD EN LAS PACIENTES QUE TUVIERON PARTO EUTOCICO

GESTA	CASO	PORCENTAJE
II	28	56
III	9	18
IV	7	14
V	2	4
VI	1	2
VIII	1	2
IX	2	4
	<hr/>	<hr/>
TOTAL	50	100%

CUADRO IV

PERIODO INTERGENESICO EN LA PACIENTE CON CESAREA PREVIA
Y APLICACION DE FORCEPS PROFILACTICO

AÑOS	CASOS	PORCENTAJE
1	5	10
2	14	28
3	13	26
4	5	10
5	6	12
6	5	10
7	1	2
8	1	2
TOTAL	50	100%

CUADRO V

PERIODO INTERGENESICO EN LA PACIENTE CON CESAREA PREVIA
QUE TUVO PARTO EUTOCICO

AÑOS	CASO	PORCENTAJE
1	10	20
2	15	30
3	5	10
4	4	8
5	7	14
6	3	6
7	3	6
8	1	2
9	1	2
10	1	2
	<hr/>	<hr/>
TOTAL	50	100%

TIPO DE FORCEPS UTILIZADO EN LA PACIENTE CON CESAREA PREVIA

<u>TIPO</u>	<u>CASOS</u>	<u>PORCENTAJE</u>
SIMPSON	42	84
KIELLAND	6	12
SALINAS	2	4
	<hr/>	<hr/>
TOTAL	50	100%

CUADRO VII

DURACION DEL PERIODO EXPULSIVO EN LA PACIENTE
QUE TUVO PARTO EUTOCICO

MINUTOS	CASOS	PORCENTAJE
10 - 20	8	16
20 - 30	14	28
30 - 40	13	26
40 - 50	4	8
50 - 60	11	22
	<hr/>	<hr/>
TOTAL	50	100%

CALIFICACION DE APGAR EN PRODUCTOS QUE SE APLICÓ FORCEPS PROFILACTICO

CALIFICACION	CASOS	PORCENTAJE
8 - 10	32	64
7 - 8	18	36
	<hr/>	<hr/>
TOTAL	50	100%

CUADRO IX

CALIFICACION DE APGAR EN PRODUCTOS DE PARTO EUTOCICO

CALIFICACION	CASOS	PORCENTAJE
8 - 10	37	74
7 - 8	6	12
6 - 7	1	2
5 - 6	1	2
4 - 5	4	8
	<hr/>	<hr/>
TOTAL	50	100%

DESGARROS PRESENTADOS EN LA APLICACION DE FORCEPS PROFILACTICO

GRADO	CASOS	PORCENTAJE
I	2	4
II	3	6
III	5	10
SIN COMPLICACIONES	40	80
	<hr/>	<hr/>
TOTAL	50	100%

CUADRO XI

DESGARROS PRESENTADOS EN LA PACIENTE QUE TUVO PARTO EUTOCICO

GRADO	CASOS	PORCENTAJE
I	0	0
II	1	2
III	2	4
SIN COMPLICACIONES	47	94
	<hr/>	<hr/>
TOTAL	50	100%

CUADRO XII

COMPLICACIONES FETALES EN PRODUCTOS QUE SE APLICO FORCEPS PROFILACTICO

COMPLICACIONES	CASOS	PORCENTAJE
HUELLAS FACIALES	15	30
SIN COMPLICACIONES	35	70
	<hr/>	<hr/>
TOTAL	50	100%

CUADRO XIII

COMENTARIO

Es importante destacar que el pronóstico de la evolución del embarazo siguiente hacia la cesárea o hacia el parto está grandemente influenciado por el motivo que originó la cesárea anterior.

El intervalo de la cesárea previa no hace variar el pronóstico de la integridad 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 bien una nueva desproporción cefalopélvica.

El objetivo de disminuir el tiempo de período expulsivo en la paciente con antecedente de cesárea previa para preservar la integridad de la cicatriz uterina, después de analizar el tiempo que tardaron en expulsivo un número significativo de pacientes, es cuestionable. Existieron períodos expulsivos hasta de más de 60 minutos, y no hubo ninguna dehiscencia de histerorr~~ra~~fa.

El fórceps en nuestro hospital únicamente se aplican como profilácticos los fórceps bajos - los instrumentos más usados son el Simpson, Kie-

lland, Salinas y la morbilidad presentada de acuerdo al manejo, experiencia y grado de dificultad que haya tenido el operador.

Si existe aunque en pequeña proporción -- un aumento de la morbilidad materno fetal con la aplicación del fórceps profiláctico, aunque esta es mínima y aparentemente sin consecuencias futuras tanto para la madre como para el producto.

Por lo tanto esto justifica que cualquier tipo de fórceps sólo sea manejado por manos expertas.

Un requisito que nunca se debe de omitir en la paciente con cesárea previa es la revisión de cavidad con el fin de detectar dehiscencia de histerorrafia.

CONCLUSIONES

El riesgo de dehiscencia de histerorrafia en la paciente con cesárea previa no se presentó en ninguna paciente, en las que se dejó a parto-eutócico, sin la aplicación de fórceps.

La morbilidad materno fetal es ligeramente más elevada en las pacientes a las que se les aplica fórceps profiláctico.

El intervalo de la cesárea previa y el embarazo posterior no representa un problema adicional, y no condiciona siempre la repetición de la cesárea.

La paridad es un factor condicionante de la mejor resolución por vía vaginal del siguiente embarazo a la cesárea así, en pacientes con antecedentes de partos previos o posterior al embarazo en estudio, es más probable una resolución satisfactoria por vía vaginal.

No siempre cuando la cesárea previa fué por desproporción cefalopélvica sea indicación de una nueva cesárea mucho menos cuando fué por otras causas como la presentación pélvica, el sufrimiento fetal agudo, la ruptura prematura de membranas, etc.

El aplicar un fórceps profiláctico a una paciente con cesárea previa puede aumentar la -- morbilidad materno fetal, sobre todo si no se -- tiene experiencia y conocimiento amplio del instrumento.

Las palabras de Edward Cragin " Una vez - cesárea, siempre cesárea ", debe ser tomada con reserva y dejarlas como un hecho histórico.

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

- 1.- Benedetti TJ, Platt L, Druzin M: Vaginal delivery after previous cesarean section for a nonrecurrent cause. Am J Obstet Gynecol 1982 142:358-59
- 2.- Confino E, Ismajovich B, Sherser A, Peyser R Vaginal versus cesarean section oriented approaches in the management of breech delivery. Int Gynecol Obstet 1985;23:1-6
- 3.- Chesnut DH, Eden RD, Gall SA, Parker RT: Peripartum hysterectomy: A review of cesarean- and postpartum hysterectomy. Obstet Gynecol- 1985;65:365-70
- 4.- Demianczuk NM, Hunter D, Taylor DW: Trial of labor after previous cesarean section: Prognostic indicators of outcome. Am J Obstet Gynecol 1982;142:640-42
- 5.- Dennen EH, Garcia RF: Fórceps en obstetricia Editorial manual moderno 1983:1-160

- 6.- Gellman E, Goldstein MS, Kaplan S, Shapiro -- WJ: Vaginal delivery after cesarean section-experience in private practice. JAMA 1983; - 249:2935-37
- 7.- Horenstein J, Phelan JP: Previous cesarean - section: The risk and benefits of oxytocin - usage in a trial of labor. Am J Obstet Gynecol 1985;151:564-69
- 8.- Jarrel M, Graham G, Mann LI: Vaginal delivery after cesarean section: A five year study Obstet Gynecol 1985;65:628-32
- 9.- Lavin JP, Stephens RJ, Miodovnik M, et al:- Vaginal delivery in patients with a prior ce sarean section. Obstet Gynecol 1982;59:135 - 48
- 10.-Martin JN, Harris BA, Huddleston JF, et al:- Vaginal delivery following previous cesarean birth. Am J Obstet Gynecol 1983;146:255-63

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 11.- Mendoza PJ, Rodríguez L, López C: Morbimortalidad materno fetal con el fórceps Sali - nas II. Ginec Obstet Mex 1984;52:251-56
- 12.- Marril B, Gibbs CE: Planned vaginal delive - ry following cesarean section. Obstet Gyne - col 1978;52:50-2
- 13.- NGU A, Quinn MA: Vaginal delivery following cesarean section. Aust and NZ J Obstet Gyne - col 1985;25:41-3
- 14.- NIH Consensus development task force state - ment on cesarean childbirth. Am J Obstet Gy - necol 1981;139:902-9
- 15.- O' Grandy JP: Modern instrumental delivery - Edición William, Wilkins 1988:1-180
- 16.- Porreco RP: Elective repeat cesarean sec -- tion. Obstet Gynecol 1980;139:613-15
- 17.- Poverstein CJ: Labor after cesarean section from precept to practice. The J Reprod Med - 1981;26:409-12

- 18.- Rajaram P, Oumachigi A: Trial of labor after cesarean section. Am J Obstet Gynecol 1984;149:35-8
- 19.- Saldana LR, Schulman H, Reuss L: Management of pregnancy after cesarean section. Am J Obstet Gynecol 1979;135:555-61
- 20.- Steven L, Clark MD, Gary S, Eglinton MD: -- Effect of indication for previous cesarean-section on subsequent delivery outcome in patients undergoing a trial of labor. Am J Obstet Gynecol 1984;29:22-5
- 21.- Tahilramaney M, Boucher M, Eglinton G, --- Beall M: Previous cesarean section and trial of labor factors related to uterine dehiscence. The J Reprod Med 1984;29:17-21
- 22.- Walss R, Casillas A: Morbilidad materno fetal inmediata a la aplicación de fórceps: - Estudio comparativo entre fórceps divergentes y fórceps cruzados. Ginec Obstet Mex -- 1984;52:121-25

- 23.- Williams, Pritchard JA, Macdonald PC, Gant-
NF: Parto mediante fórceps y técnicas afi-
nes: Obstetricia Williams. Editorial Salvat
1987:811-27