

11211



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

26
2ej

"HOSPITAL DE LA MUJER"

FACULTAD DE MEDICINA
MAR. 7 1994
COMPORTAMIENTO DE LA CICATRIZ UTERINA EN PACIENTES ESCOLARES DE LA CIUDAD DE MEXICO



COMPORTAMIENTO DE LA CICATRIZ UTERINA EN PACIENTES ESCOLARES DE LA CIUDAD DE MEXICO
HOSPITAL DE LA MUJER
CESAREA BREVIA

X *[Signature]*

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN
GINECO - OBSTETRICIA
P R E S E N T A I
DRA. MIREYA DEL CARMEN
CASTANEDA OLMOS

ASESOR: DR. ANTONIO PEREZ ALVARADO

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D. F.

ABRIL DE 1993



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE :

Introducción	1
Antecedentes Historicos	2
Factores Coadyuvantes para el Aumento del Número de Cesáreas	10
Prueba de Trabajo de Parto en Embarazadas con Cesárea Anterior	12
Factores en Contra del Parto Vaginal Después de Cesárea	18
Morbi - Mortalidad Materna	20
Morbi - Mortalidad Perinatal	24
Evaluación Ultrasonográfica de la cicatriz Uterina	25
Uso de Oxitocina en Pacientes Embarazadas con Cesrea Previa	26
Anestesia en la Prueba de Trabajo de Parto	28
Aspectos Económicos y Estancia Hospitalaria	29
Actitud de la Paciente ante la Prueba de Trabajo de Parto	31
Atención del Parto con Cesárea Previa	32
Justificación	33
Objetivos	35
Material y Métodos	36
Resultados	37
Discusión	61
Conclusiones	66
Referencias Bibliográficas	68

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

La operacion cesarea se ha convertido en la intervencion quirúrgica que se realiza con mayor frecuencia en todo el mundo, alcanzando cifras preocupantes en algunos países incluyendo al nuestro.

Entre los factores que han influido directa e indirectamente en este incremento se cuentan: las actuales condiciones de relativa seguridad para efectuar dicha operacion: la avanzada tecnologia que permite el estudio biofisico del feto y en consecuencia la oportuna detección de alteraciones del mismo; así como tambien, la creciente frecuencia con la que se han observado procesos virales en el canal del parto, pero sobre todo, la alta incidencia de la cesarea electiva de repeticion, para la cual se han argumentado numerosas razones de caracter medico como disminuir la morbilidad materna y perinatal, de conveniencia tanto por parte del medico como de la paciente; así como la posibilidad de enfrentar demandas por mal praxis en casos de complicaciones. Sin descartar las implicaciones economicas particulares e institucionales.

Todo esto ha provocado que en la actualidad la mayor controversia en la práctica obstetrica gire alrededor de la decisión entre efectuar una cesarea o permitir el parto por la via natural en pacientes con antecedentes de

cesarea.

Siendo esta la razón que motivó esta investigación, con la cual se pretende conocer el comportamiento de la cicatriz uterina por cesárea previa, en pacientes sometidas a una nueva cesárea con o sin trabajo de parto.

ANTECEDENTES HISTORICOS

SIGNIFICADO DE LA PALABRA CESAREA.- El nacimiento de un niño mediante un corte a través de la pared abdominal, viene del verbo latino caedere que significa cortar, y a los fetos extraídos en esta forma se les llama caesones o caesares. La definición original en 1790 por el obstetra francés M. Jean Louis Baudelocque (1746-1810) era: "operación por la que se abre una vía para el nacimiento de un niño, diferente a la natural". Hoy se define a la cesárea en general como una laparatomía (abertura de la cavidad abdominal a través de una incisión anterior) más histerotomía (incisión en el útero para extraer al feto). En la historia de nacimientos por cesarea encontramos 3 periodos básicos: el primero, antes del año 1500, lleno de mitos. La operación se utilizaba en extraer niños vivos de madres muertas o, con mayor frecuencia, niños muertos de madres muertas, dada la

alta tasa de mortalidad relacionada con la operación. El segundo periodo va del año 1500 al 1876 y durante el se desarrolló la operación y se hizo por primera vez profesionalmente en una mujer viva. El tercer periodo se inicia en 1876 y alcanzó el desarrollo y refinamiento de la técnica moderna por el trabajo de Porro y Sanger.

La operación de Porro fue descrita como cesárea seguida por histerectomía subtotal y anexectomía bilateral.

La operación de Max Sanger (1853-1903), médico alemán la concibió como una cesárea conservadora; en donde el peritoneo se separaba de la pared uterina y a continuación se reseca una cuña de pared uterina de 2 cm. de ancho. Los bordes libres se colocaban sobre la capa muscular y se aplicaban unos puntos de sutura, primero profundos con alambre de plata que penetraban las capas peritoneal y muscular sin llegar a la decidua y después puntos superficiales de seda en peritoneo.

TECNICA OPERATORIA.- Lord Lister presentó por primera vez técnicas antisépticas en 1876 consistentes en rasurado de los genitales externos y la aplicación de soluciones antisépticas a los tegumentos abdominales. En cuanto a la incisión abdominal al principio se hacía en el lado derecho

o en el lado izquierdo, posteriormente se utilizó la incisión media a través de la línea alba, aunque no hay acuerdo de quien originó esta incisión, en 1842.

INCISION UTERINA.- Casi todos los primeros cirujanos sugirieron una incisión longitudinal (1770). Lauerjat (1788) recomendó una incisión transversa alta, Millot (1795) sugirió la incisión en la cara lateral del útero, Kehrler de Heidelberg sugirió la incisión transversal baja en 1882, con el propósito de encontrar un sitio donde pudiera cerrarse el útero con seguridad sin dejar aberturas y con un drenaje adecuado.

Para finales del siglo y después de la operación de Porro en forma exitosa se empieza a utilizar la cesárea más histerectomía, la operación fue practicada por el doctor Fernando Zárraga, quien tuvo como ayudantes a los doctores Garay y Castillo y se llevó a cabo en el Hospital Juárez de esta ciudad de México. Siendo la primera en la que se logró la supervivencia del feto y de la madre.

En 1910 en el IV Congreso Nacional en la sección de Obstetricia se señalan las indicaciones de la cesárea.

En 1911 se elaboran varias tesis sobre el tema enfatizandose la importancia de la incisión del cuerpo uterino y de la sutura del mismo. Alberto Lara en su tesis sobre la operación cesárea, describe la operación cesárea corporal y establece las indicaciones de la misma.

En virtud de la elevada mortalidad de las pacientes operadas a principio de siglo, la mayoría por procesos infecciosos se popularizó la cesárea extraperitoneal en los casos contaminados. Aunque, en poco tiempo perdió adeptos por las dificultades técnicas y sus complicaciones.

La primera operación cesárea segmentaria transperitoneal se llevó a cabo en nuestro país en el año de 1926 en el Hospital Juárez y posteriormente en el Hospital General.

Al finalizar la segunda guerra mundial y con el advenimiento de los antibióticos y quimioterápicos se dejan de utilizar las técnicas extraperitoneales quedando en uso únicamente la operación cesárea corporal clásica.

La cesárea ha llegado a ser de los métodos quirúrgicos más utilizados que hoy en día disminuyen la morbi-mortalidad materno-fetal. (61,62).

El aumento dramático de la operación cesárea en Estados Unidos y México en las dos últimas décadas, ha motivado numerosas investigaciones con el siguiente resultado; en 1970 el índice de cesárea era de 5.5% y en 1989 sobrepasa el 25% (18, 25, 36, 40, 41, 42, 51, 52). Nair en Canadá observó una incidencia de operación cesárea de 5.8% en 1970 con un incremento hasta 19.5% en 1989 (41). En México se reportó que el 45% del total de las

intervenciones quirúrgicas que se realizaron en un hospital general del IMSS correspondieron a la operación cesárea (59). Por su parte Ahued-Ahued en una revisión que incluyó diferentes instituciones de salud y poblaciones distintas, en 1989, encontró en el Hospital de la Mujer SSA de 1979 a 1987 una frecuencia de cesárea del 27% con pocas variaciones anuales. En el Hospital de Gineco-Obstetricia "Dr. Luis Castelazo Ayala" IMSS en 1983 un índice del 21.6% comparado con 31.4% en 1987. En el Centro Hospitalario "20 de Noviembre" ISSSTE observó 23.3% en 1982 con un incremento hasta el 30% en 1987. En tanto que el Instituto Nacional de Perinatología de 1982 a 1987 se ha mantenido con algunas variaciones en 39% (6); más recientemente Figueroa, en el mismo Instituto, en 1992 reporta una frecuencia de cesárea del 48% (18,30). En el Hospital de la Mujer, SSA se atendieron en los últimos cinco años 64,270 pacientes embarazadas. de las cuales 17,814 (27.7%) se resolvieron por cesárea, lo que nos indica que no ha habido variación significativa en el índice de operación cesárea.

Aunque desde finales del siglo XIX se consideró que la cesárea podría dar buenos resultados si se operaba a las pacientes en etapas tempranas del trabajo de parto, las membranas estaban intactas y las exploraciones vaginales eran limitadas, en una mujer en buen estado de salud (22); la tendencia actual a realizar un creciente número de operaciones cesarea, plantea dudas sobre los riesgos y

beneficios de este procedimiento (16).

Este fenómeno que causó gran preocupación, propició que en 1981 se formara en Estados Unidos un Comité para estudiar estos incrementos, proponiendo medidas tendientes a reducir los índices, sin deterioro en el descenso de la morbi-mortalidad perinatal (7,8).

En México, la Academia Nacional de Medicina en 1984, sugirió normas de manejo para la atención del parto por vía natural en mujeres con cesárea previa (7, 8, 41).

En 1985 el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) en Estados Unidos, recomienda no precipitarse en la decisión de efectuar una primera cesárea y señala que en el 50 a 80% de los casos se pueden evitar las cesáreas de repetición, permitiéndose la prueba de trabajo de parto (1, 2).

En Octubre de 1988 el Comité sobre Medicina Materna Fetal del propio Colegio concluyó que el nacimiento por vía vaginal después de una cesárea es un procedimiento aconsejable en ausencia de contraindicaciones específicas (3).

La tasa de operación cesárea se ha triplicado en los Estados Unidos en los últimos 10 años y los nacimientos

por cesárea repetida representan el 25% del incremento registrado, considerándose que para reducir las cesáreas repetidas se debería aplicar un enfoque selectivo (9, 51).

En 1989, el mismo ACOG afirma en opinión oficial que la prueba de trabajo de parto y el nacimiento por vías naturales, pueden ser rutinarios en mujeres con cesárea previa (4).

O'Driscoll refiere que el 5% de los nacidos en Estados Unidos lo hacen por Cesárea de repetición (4).

Graham afirma que la cesárea repetida electiva es el método estandar en Estados Unidos en mujeres con cesárea previa y que las nuevas indicaciones como el herpes genital activo harán que vaya en aumento (26).

Taffel en un análisis de 1980 a 1985 encontró que casi la mitad (48%) del aumento en la tasa de cesárea se relaciono con una cesárea previa, 29% con distocia, 16% con sufrimiento fetal, 5% con presentación pélvica y 2% con todas las demas complicaciones (58).

En 1977, Evrard y Cols. estudiaron 5467 partos de los cuales el 18.5% (1,011 casos) fueron cesáreas y 322 de estas (31.8%) fueron cesáreas de repetición electivas (14).

Las cesáreas de repetición representan un número cada vez mayor del total de cesáreas, que cambió de 25.2% en 1970 a 34.3% en 1986. En su revisión Placsek reporta solo 29,000 partos vaginales después de cesárea en 1986, comparados con 310,000 cesáreas de repetición. Un análisis de este fenómeno en el periodo de 1980 a 1985 revela que si se siguieran las pautas del ACOG actuales, más de 500,000 del 1.4 millones de cesáreas de repetición podrían haber sido partos vaginales (48).

El concepto de cesárea de repetición debe eliminarse y en ausencia de una contraindicación obstétrica específica, toda mujer con una cesárea previa e incisión transversal baja puede entrar en Trabajo de Parto (5, 51).

FACTORES COADYUVANTES PARA EL AUMENTO DEL NUMERO DE CESAREAS

Múltiples han sido las circunstancias y los factores que han participado directa e indirectamente, para el incremento tan significativo de la cesarea en los últimos años, algunos de ellos considerados como determinantes, entre los que podemos mencionar:

El precepto atribuido a E.E. Craigin de principios de siglo de "una vez cesárea, siempre cesárea", válido en su época, cuando se efectuaban incisiones clásicas, no se contaba con bancos de sangre ni con la gama de antibióticos; en la actualidad no es aplicable y sin embargo, se sigue considerando (36,52).

Casi el 20% de las madres adolescentes y aquellas en los primeros años del tercer decenio de vida tienen a sus hijos por cesárea (48). Otro factor es el aumento de la proporción de nulíparas. Así como la atención médica multidisciplinaria a embarazadas (51).

La justificación para algunos es la disminución en los índices de mortalidad perinatal, (44) con la utilización del registro cardiotocográfico que ha contribuido al diagnóstico precoz de complicaciones (48).

Existe también la convicción de que se ha logrado un menor riesgo operatorio para las madres y para el hijo y un mejor pronóstico de vida para recién nacido de bajo peso (51).

Se ha observado que las causas obstétricas específicas que determinaron el 85% del incremento total de cesáreas corresponde a distocias, cesáreas previas, presentación pélvica y sufrimiento fetal (51). Para otros autores la cesárea repetida constituye una tercera parte de todas las cesáreas, y afirman que esto no mejora la evolución perinatal (15).

Un argumento que ha originado gran preocupación es la práctica obstétrica defensiva o de protección al obstetra para evitar demandas (51). El aumento de reclamaciones por irresponsabilidad profesional también se ha incrementado; en 1985 el 73% de los miembros del ACOG habrían tenido una o más reclamaciones, en comparación con 67% en 1983 (48).

Finalmente, la operación cesárea repetida electiva es un método más cómodo para la paciente y el médico (26); asegurándose que la conveniencia es probablemente el factor más importante para adoptar esta decisión, que los presuntos riesgos del parto en un útero cicatrizado (23).

PRUEBA DE TRABAJO DE PARTO EN EMBARAZADAS CON CESAREA ANTERIOR

Actualmente en Estados Unidos se promueve la conducta sostenida en Europa de nacimiento vaginal después de cesárea, si no hay contraindicación. Considerando que dos terceras partes de las cesareas corresponden a primeras cesareas y una tercera parte a cesareas de repetición (51).

La política liberal de nacimiento vaginal poscesárea entre 1982 y 1984, permitió el grupo de Phelan reducir al 54% su tasa de cesárea repetida (47). En un estudio de 1985 se encontró que 92% de las embarazadas con antecedentes de cesárea no recibían la oportunidad de una prueba de trabajo de parto, concluyendo que la conducta de intentar el parto vaginal después de cesárea no parece ser muy aceptada (52). Camerio en 1986 reporta que la cesárea iterativa represento el 35% de las indicaciones de cesárea y en 1990 se redujo la cifra a 23% permitiendo la prueba de trabajo de parto, con un éxito de 84.2% ya que el 15.8% terminaron en cesárea iterativa. No hubo complicaciones neonatales ni maternas (13). Por su parte, Blouin señala la disminución de 20 a 15% en 5 años con la adopción de la política en favor del parto vaginal siguiendo a una cesarea previa y la posibilidad según su análisis de disminuirlo a menos de 12% (7). Flamm en su estudio de 230 pacientes con prueba de trabajo de parto tuvo éxito en 79% de los casos

(17). Taffel refiere que las cifras elevadas de nacimientos por cesarea continúan en Estados Unidos sin diferencias significativas, 24.1% en 1986 a 23.8% en 1989; y que el porcentaje de primera cesarea (17%) tampoco difiere significativamente. No obstante, el numero de nacimientos vaginales despues de cesarea previa mostró una elevacion marcada de 12.6% en 1988 a 18.5% en 1989 (57). En 3,214 pacientes de 1950 a 1980 se encontro una tasa de partos vaginales despues de cesàrea de 66.7% (33, 36). Publicaciones de 1980 a 1984 de 2,258 pruebas de trabajo de parto mostraron una tasa de parto vaginal satisfactorio en 86% (19). Desde 1985 de 2,108 embarazadas el 81% tuvieron parto vaginal. Series de los últimos 40 años de 9,212 casos exitosos de un total de 11,580 pruebas de trabajo de parto, corresponden a una tasa de buenos resultados del 79.6%. Por lo que 4 de 5 embarazadas a quienes se proporciono prueba de trabajo de parto, pueden tener un parto vaginal y evitar la cesàrea repetida (36). Paterson en una revision 1,059 mujeres embarazadas en 1988 con cesarea previa observó que al 67% se les permitio una prueba de trabajo de parto y de estas el 71% lograron un parto vaginal: apoyando ampliamente esta medida (43).

Graham en su estudio de 242 pacientes con prueba de trabajo de parto logró parto vaginal en el 68.6%. Casi todos los partos fueron bajo anestesia por bloqueo

epidural y aplicación de forceps bajo (26).

Gellman refiere un índice de parto vaginal de 89% y menciona que el trabajo de parto y el parto vaginal después de cesárea no se acompaña de un riesgo elevado para la madre y el feto en casos correctamente seleccionados (23).

Demianczuk reporta 54.3% de éxito en partos vaginales de 92 pacientes con prueba de trabajo de parto, después de cesárea previa segmentaria. Utilizando fórceps en el 29.3% de los casos (15).

Mock en Africa obtuvo éxito en el 66% de 169 pacientes con prueba de trabajo de parto. No hubo diferencia significativa respecto a la evolución materna y fetal entre el grupo sometido a dicha prueba y el no sometido a prueba de trabajo de parto (39).

Rosen menciona que las cifras de nacimientos por cesárea han continuado elevándose a pesar de los esfuerzos realizados. La principal razón de este incremento es la práctica de la cesárea electiva de repetición. Por lo que propone permitir más pruebas de trabajo de parto en mujeres con cesárea anterior (51).

Se ha insistido en que un factor limitante para la prueba de trabajo de parto es la falta de recursos humanos y

materiales en los hospitales pequeños. No obstante, Heddleston refiere que en un hospital pequeño la prueba de trabajo de parto fué exitosa en 76% de pacientes con cesarera previa, subrayando que a pesar de las limitaciones, el parto vaginal puede ser ofrecido a pacientes seleccionadas (27).

Klein señaló que "el miedo a la mortalidad materna y neonatal por rotura uterina en la prueba de trabajo de parto es injustificado según datos estadísticos actuales" (48). Con experiencia, los márgenes de posibilidad y seguridad se han ampliado para incluir a un gran número de embarazadas a quienes puede ofrecerse una prueba de trabajo de parto (36). Por su parte, el ACOG considera factible el parto en mujeres con dos o más cesáreas previas y señala que los riesgos maternos fetales no son mayores que los observados en mujeres con una sola cesárea anterior; siempre en ausencia de contraindicaciones específicas (5, 45, 49, 50).

A pesar de las recomendaciones del ACOG y de la numerosa bibliografía el parto vaginal después de una cesárea sigue siendo poco frecuente en los Estados Unidos (48). Sin embargo, las tasas de éxito de la prueba de trabajo de parto en pacientes con cesárea previa reportadas de 40 a 80%, sugieren que las tasas de parto vaginal son bajas, no por fracaso de la prueba de trabajo de parto, sino porque a menudo no se efectúa (51).

CRITERIOS DE SELECCION DE PACIENTES PARA PRUEBA DE TRABAJO DE PARTO. (23, 26, 28).

- .- Cesarea previa segmentaria, baja, transversa, documentada.
- .- Feto único.
- .- Presentación de vértice.
- .- Embarazo de 37 semanas o más.
- .- Consentimiento de la paciente.

CONTRAINDICACIONES PARA LA PRUEBA DE TRABAJO DE PARTO (5, 51).

- .- Cesárea previa clásica o corporal.
- .- Embarazo múltiple.
- .- Presentación pélvica.
- .- Feto grande.

Actualmente existen tres circunstancias que se consideran contraindicaciones absolutas para una prueba de trabajo de parto: (45)

1. Conocer o sospechar que se hizo una incisión uterina clásica; antecedente de cirugía uterina reconstructiva extensa, grandes miomectomías intramurales, o extensiones en T de incisiones segmentarias inferiores.
2. Desproporción cefalo-pélvica absoluta, no confundir con el antecedente de "falta de

evolución del trabajo de parto".

3. La paciente que rechaza el procedimiento después de su descripción detallada.

Sin embargo, el obstetra tiene el derecho y responsabilidad de usar su mejor juicio para decidir en cada caso cuando debe estar contraindicada una prueba de trabajo de parto (36).

REQUISITOS PARA LA VALORACION CORRECTA DE LA PRUEBA DE TRABAJO DE PARTO (5, 23, 28, 36, 48, 51) NORMAS DEL ACOG.

- .- Disposición de monitoreo fetal continuo.
- .- Disponibilidad de un obstetra que pueda valorar la prueba de trabajo de parto.
- .- Recursos profesionales e institucionales que puedan apoyar en caso de urgencia obstétrica intraparto.
- .- Banco de sangre disponible las 24 horas.
- .- Posibilidad de efectuar una cesarea en los siguientes 30 minutos de que se toma la decisión.
- .- Laboratorio para estudios hematológicos a la paciente.
- .- Apoyo anestésico continuo.

FACTORES EN CONTRA DEL PARTO VAGINAL DESPUES DE CESAREA

- Hospitales pequeños con menores facilidades de banco de sangre y de apoyo anestésico.
- Se requiere una estancia del medico significativamente mayor en horas junto a la paciente, durante la prueba de trabajo de parto que para una cesarea de repetición (27).
- Otro factor para la baja tasa de parto vaginal en paciente con cesarea anterior es el aspecto legal, ya que muchos hospitales no pueden cumplir con las normas ACOG ya mencionadas anteriormente (48).
- Muchos médicos consideran, a pesar de todos los informes publicados, la prueba de trabajo de parto como método mas estresante para ellos que la programación de de una cesárea electiva de repetición y la evasión del supuesto riesgo (36).
- La conveniencia de la programación y la seguridad de disponer de tiempo suelen ser factores poderosos en contra del parto vaginal (36).
- Es indiscutible la importancia del aspecto legal y el temor a demandas por mal praxis en caso de resultados desfavorables (26). Ya que existe una idea muy difundida entre obstetras de que la cesarea casi garantiza inmunidad respecto a querellas legales (26, 33). Sin embargo, solo podría considerarse negligente la ejecución de un parto vaginal poscesarea con

secuelas adversas, si el obstetra se desviara mucho de las normas de aceptación general como las publicadas por el ACOG en 1985 (36).

Por otra parte debe mencionarse que empiezan a aparecer litigios en que se alega negligencia por complicaciones quirúrgicas consecutivas a cesárea repetida electiva (36). De igual manera, la lesión vesical durante la apertura quirúrgica del abdomen ha sido motivo de varios litigios en caso de cesárea repetida (14).

Por lo anterior se recomienda ofrecer la opción de la prueba de trabajo de parto a pacientes con antecedentes de cesárea, y solicitar su autorización con base en información, antes de hacer una cesárea repetitiva electiva.

MORBI - MORTALIDAD

Se ha comprobado menor morbilidad global en embarazadas bien seleccionadas a quienes se brindó prueba de trabajo de parto, que en las sometidas a cesárea electiva de repetición sistemática (36, 51). Phelan en 1,796 embarazadas con prueba de trabajo de parto, encontró menor morbilidad febril y estancia hospitalaria más breve (47). En tanto que Flamm reporta una morbilidad materna en parto de 5%, en contraste con la morbilidad en cesárea del 32.7% (17). Evrard señala una tasa de complicaciones de 24.3% para la cesárea primaria y 10.2% para las repetidas; debiéndose el 75% de la morbilidad posoperatoria a complicaciones sépticas (16). A su vez, Hadley manifiesta que el 50% de las mujeres con cesáreas electiva presentaron morbilidad febril (28). Para Demianczuk la morbilidad materna febril fue mayor en las pacientes que requirieron cesárea repetida, que las de parto vaginal (15). Gellman refiere que no se produjo morbilidad materno-fetal, ni se detectaron roturas uterinas en la evaluación posparto o durante la cesárea, en su estudio (23).

Por otra parte, en opinión del ACOG, la rotura uterina casi nunca representa la complicación catastrófica que muchos temen (5). En el trabajo de Flamm de 230 casos de prueba de trabajo de parto 94 con inducto-conducción, no

hubo rotura de cicatriz uterina y 65% de estas pacientes tuvieron parto vaginal; observando el segmento adelgazado en tres casos, 1.3% (17). Yilmazturk revisó la cicatriz uterina siguiendo al parto con cesarea previa en 42 casos y no encontró ningún caso de rotura uterina, enfatizando la importancia de observar la evolución clínica (60).

En controversia con lo anterior, Bowers y Cols. afirma que la espera del trabajo de parto espontáneo antes de repetir la cesárea en embarazadas de término, tiene como riesgo principal la rotura uterina (10).

En su revisión, Jones reporta 8 casos de rotura de cicatriz de cesárea transversa, baja, ocurridas en pruebas de trabajo de parto con una incidencia de 0.7%; tres laceraciones de vejiga y una histerectomía (31). Lee refiere rotura de útero y vejiga en una paciente a la que se le aplicó oxitocina y que tenía anestesia epidural, con cesárea previa y a la cual se le practicó histerectomía subtotal y reparación vesical con recuperación satisfactoria (35).

En cuanto a la dehiscencia cicatricial Demianczuk la refiere en 3.2%, tres pacientes, siendo completa en dos y parcial en una (15). Graham la encontró en un caso de 166 pacientes con prueba de trabajo de parto y parto vaginal

(26). En el estudio de Phelan ocurrió rotura uterina y dehiscencia de la cicatriz con frecuencia equivalente tanto en pacientes con cesarea electiva como en las de prueba de trabajo de parto, siempre precedidas de incisiones fúndidas o clásicas. No se relacionaron con el uso de oxitocina, anestesia epidural, indicación previa de cesárea o el número de cesárea previas (47). Experiencia compartida por Rosen quien menciona que la vía de nacimiento no hizo diferencia en cifras de dehiscencia o rotura uterina ni el desconocimiento de la cicatriz uterina previa (51). En el estudio de 75 pacientes de Hadley, solo en un caso se comprobó adelgazamiento del segmento en la cicatriz uterina (28), 1.3%.

Sweet en un total de 5,972 partos encontró una morbilidad poscesárea de 36%, mientras que en partos vaginales fue de 2.6% (29). La cesarea electiva y la de urgencia por fracaso de la prueba de parto estuvieron asociadas con una cifra significativamente mayor de infección puerperal que el parto vaginal (14.7%, 16% y 3.4% respectivamente) (31). Por lo que se ha considerado que la cesárea es el factor predisponente más importante para la presentación de una infección uterina (13, 24). La incidencia de endometritis después de cesarea va del 12 al 95% mientras que después de parto vaginal rara vez se

presenta en más del 3%. Esto explica la relación directa entre el incremento de el número de cesáreas y el aumento en la frecuencia de endometritis (18).

Por lo tanto, la reducción en la frecuencia de infecciones puerperales contempla varias medida, entre ellas un adecuado manejo obstétrico, incluyendo una indicación más juiciosa y razonada de la operación cesárea (18).

En recientes publicaciones se ha demostrado que las cifras de mortalidad materna y perinatal en nacimientos por parto con antecedente de cesárea previa, son menores que las registradas en nacimientos por cesrea de repetición; evitándose además las complicaciones trans y posoperatorias (13, 48, 49, 51).

En cuanto a la mortalidad materna por cesárea, según Bottons se ha convertido en una rareza (9). Sin embargo, Phelan refiere una muerte materna en el grupo de pacientes con prueba de trabajo de parto, relacionada con rotura de cicatriz uterina (47).

La mortalidd materna global por cesárea es de 3 a 8 veces mayor que la relacionada con parto vaginal. En cesárea primarias 1 por 500 a 1,000 operaciones y por cesárea de repetición es igual y por parto vaginal 1 por 2,000 a 4,000 (36).

MORBI - MORTALIDAD PERINATAL

Se ha observado una disminución progresiva en la mortalidad perinatal de 42.1% en 1965 a 18/1,000 recién nacidos con pesos superior a 500 grs. en Estados Unidos, sin que el aumento de cesárea haya contribuido significativamente a tal reducción (41, 44).

Diversas investigaciones han confirmado que la prueba de trabajo de parto y partos en pacientes con cesárea previa, no produjeron mortalidad ni morbilidad fetal significativa (26, 52). Aunque Bottoms considera que el uso selectivo de la cesárea mejorará el pronóstico para el feto (9). Por su parte Flamm refiere morbilidad perinatal en parto de 3.3% y en cesárea de 12.2% (17). Asimismo, la espera del trabajo de parto espontáneo antes de repetir la cesárea en mujeres con embarazo a término, es un efectivo medio de asegurar la madurez fetal. En cambio los recién nacidos por cesárea electiva de repetición, incluso aquellas de 38 semanas de gestación o más, se encuentran ante un sustancial riesgo de desarrollar síndrome de dificultad respiratoria (10, 26, 36).

Informes recientes indican que la morbi-mortalidad fetal puede ser paradójicamente mayor en relación con cesárea electiva repetida que con la prueba de trabajo de parto y el parto vaginal (16, 19, 47, 54).

EVALUACION ULTRASONOGRAFICA DE LA CICATRIZ UTERINA

En manos experimentadas, la valoración y vigilancia sonográficas son un medio confiable y práctico de estudio del segmento uterino inferior en pacientes aptas para parto vaginal poscesárea después de una prueba de trabajo de parto (38). Sin embargo, Martín recomienda, hasta que se hagan mayores investigaciones, precaución en cuanto a la correlación de datos ultrasonográficos y decisiones clínicas para permitir o prohibir una prueba de trabajo de parto (36). A pesar de que Belousov y Lebedev destacan el valor diagnóstico del examen ultrasonográfico de la cicatriz uterina durante el trabajo de parto e inmediatamente después y señalan los criterios para considerar adecuado el segmento uterino: corte en V, grosor de 3 - 4 mm., contorno continuo, ecoestructura homogénea o con pequeños sitios de elevada ecogenicidad. Sosteniendo que es un método valioso para el diagnóstico del estado de la cicatriz uterina y para elegir el modo de parto en la mujer embarazada con cesárea anterior (34).

USO DE OXITOCINA EN PACIENTES EMBARAZADAS CON CESAREA PREVIA

En todas las embarazadas debe controlarse estrechamente la administración de oxitocina intravenosa, con bombas de infusión y vigilancia cuidadosa de madre y feto. Se ha demostrado que la oxitocina para mejorar la contractilidad uterina no representa mayor riesgo en mujeres con cesárea previas, segmentarias, transversales con respecto a la población general (20, 29, 50). No obstante, incluye dentro de los criterios de seguridad para ofrecer el parto vaginal a pacientes con cesárea previa, la NO administración de oxitocina (23). Por otra parte, se menciona que el riesgo de dehiscencia o rotura uterinas, transfusión, traumatismo obstétrico o evolución adversa materna o neonatal, 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 (36).

Paterson señala una tendencia hacia porcentajes mayores de éxito en pruebas de Trabajo de parto en los hospitales que permitieron una duración mayor del trabajo de parto y aquellos con un empleo mayor de oxitocina para estimular la contractilidad uterina (43).

En un estudio de 23 pacientes a las que se les

administró oxitocina, diez presentaron parto vaginal; enfatizando que la atención a la dilatación cervical al comienzo del trabajo de parto y la precaución en el empleo de oxitocina aumentarán el éxito y la seguridad en la prueba del parto vaginal consecutivo a una cesárea previa segmentaria (15).

En otro estudio de 230 pacientes con prueba de trabajo de parto, en 94 casos (41%) se utilizó inducción o estimulación con oxitocina y 65% de estas pacientes tuvieron parto vaginal. No hubo muertes maternas ni perinatales, ni roturas uterinas (17).

El uso de prostaglandinas en este tipo de pacientes es aun más controversial que la oxitocina. En un estudio de 143 embarazadas a término con cesárea anterior seleccionadas, se indujo el trabajo de parto con PGE₂ vaginal. Todas tuvieron nacimientos sin complicaciones maternas ni fetales serias. Nunca hubo compromiso del segmento uterino inferior. Se logró el parto vaginal en 76% de las pacientes, incluyendo 68% con cervix desfavorable al administrar PGE₂. Sin embargo, se recomienda que en ausencia de indicación es preferible esperar la iniciación espontánea del trabajo de parto (36).

Actualmente el uso de prostaglandinas en pacientes

con cesárea previa no se recomienda en cualquier circunstancia diferente a la de un protocolo de investigación especial (36).

ANESTESIA EN LA PRUEBA DE TRABAJO DE PARTO

A pesar de la preocupación en cuanto al uso de anestesia regional durante una prueba de trabajo de parto, que podría 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 (36).

Por el contrario, la anestesia epidural no está contraindicada en el trabajo de parto de mujeres con cesárea previa (5, 21, 45). Así como tampoco la inducto-conducción para el uso de bloqueo epidural en estas pacientes (17).

ASPECTOS ECONOMICOS Y ESTANCIA HOSPITALARIA

La elevada tasa de cesárea afecta los costos de los cuidados de la salud en muchos millones de dólares en los Estados Unidos y paradójicamente parece que con estos dólares se compra un aumento en la morbi-mortalidad materna y perinatal; no solo los números, sino también los principios parecen apoyar esta opción de tratamiento (36).

La bibliografía abunda en referencias sobre la seguridad del parto vaginal cuando hay antecedente de cesárea por lo que se han hecho campañas referentes a evitar la cesárea automática (48). Se ha comprobado que la prueba de trabajo de parto exitosa reduce los días de estancia y en consecuencia los costos significativamente (26, 28, 33, 36); con un beneficio emocional del parto para la paciente (17).

La estancia hospitalaria promedio en general ha sido más corta en 1986 que en 1980 y 1970. La estancia por cesárea primaria es de 5.2 días; por cesárea repetida de 4.7 días y por parto de 2.6 días. Mientras que la estancia en partos posteriores a cesárea es de 2.7 días (17, 48). Solo el 20% de las madres con partos vaginales y antecedentes de cesárea permanecen cuatro o más días en el hospital, en comparación con más del 80% de aquellas con cesárea de repetición (48).

Spellacy pondera las ventajas del parto en pacientes apropiadamente seleccionadas con cesárea previa y considera injusto el sistema de pago actual, mayor, tanto al médico como al hospital por cesárea de repetición que por parto y propone un sistema de incentivos con el cual el médico sea mejor pagado por un nacimiento vaginal que por una cesárea; como una medida coadyuvante para abatir la frecuencia de cesárea de repetición (55).

Es interesante la observación de que las pacientes en cualquier tipo de seguro privado tienen la tasa más elevada de cesáreas (29.3%), que las que pagan por sí mismas (20.4%) (48).

Por lo que algunas aseguradoras han hecho equivalente el pago por el parto, independientemente de la vía por la que ocurra; y más bien han comenzado a solicitar justificación por realizar una cesárea repetida sin antes haber hecho prueba de trabajo de parto (36, 48).

ACTITUD DE LA PACIENTE ANTE LA PRUEBA DE TRABAJO DE PARTO

Un motivo para el incremento de cesáreas como ya se ha mencionado es el rechazo de las pacientes al parto vaginal después de una cesárea (48).

En un estudio prospectivo realizado en 1989, para evaluar la resistencia de las pacientes con cesárea previa para la prueba de trabajo de parto, en 167 pacientes seleccionadas que fueron informadas y se les proporcionaron los lineamientos del ACOG para nacimiento vaginal después de cesárea, el 50% optó por una cesárea electiva de repetición sin prueba de trabajo de parto (32).

Las razones que suelen darse para rechazar una prueba de trabajo de parto incluyen: conveniencia, pronosticabilidad de una operación programada, evitar un trabajo de parto psicóico, el acortamiento de este y del nacimiento y la realización concurrente de un procedimiento de esterilización; así como también experiencia en nacimientos previos, propósitos sociales, circunstancias profesionales y personales (36, 37).

ATENCION DEL PARTO VAGINAL CON CESAREA PREVIA

La aceleración del segundo periodo de trabajo de parto con un forceps bajo bien utilizado, parece razonable, pero no imperativo. Después del parto, debe hacerse exploración manual del útero y revisión de la cicatriz uterina, cuyo resultado se anota en el expediente clínico. Se reconoce que la utilidad y precisión de esta maniobra para identificar defectos uterinos es limitada. El tratamiento de embarazadas con un defecto uterino identificado después del 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. No obstante, 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 (36).

JUSTIFICACION

El hospital de la Mujer S.S.A. considerado de 2o. y 3er. nivel de atención, con características singulares, es un hospital de concentración de patología ginecológica y obstétrica, que presta sus servicios fundamentalmente a una población de nivel socio-económico bajo. Es además, un centro ginecológico-obstétrico de enseñanza en la especialidad. Por lo anterior la frecuencia de operación cesárea es elevada y en consecuencia las complicaciones trans y posoperatorias no son raras. sobre todo las infecciosas.

El incremento observado en el número total de cesáreas parece depender en forma importante de la cesárea de repetición, de manera similar a lo reportado por numerosos autores; con las repercusiones médicas, sociales, económicas, legales, etc. que han sido extensamente analizadas.

Por lo que, en total acuerdo con las propuestas de la Academia Nacional de Medicina y del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, consideramos trascendental e impostergable la revisión de la tendencia actual de manejo de embarcadas con antecedente de cesárea en el Hospital de la Mujer, para que con base en los resultados obtenidos.

proponer la prueba de trabajo de parto y el parto por vía natural en pacientes seleccionadas con operación cesárea previa.

OBJETIVO PRINCIPAL

Conocer la tendencia actual de conducta obstétrica en embarazadas con antecedente de una o más cesáreas.

OBJETIVOS SECUNDARIOS

- Determinar el índice de operación cesárea en el Hospital de la Mujer SSA.
- Determinar la frecuencia con que se realiza la cesárea de repetición.
- Identificar las indicaciones para la cesárea de repetición.
- Conocer el estado de la cicatriz uterina en el momento de la cesárea y su relación con el trabajo de parto.
- Determinar el tipo y la frecuencia de los hallazgos transoperatorios.
- Conocer el peso y la calificación de apgar de los recién nacidos.
- Determinar el índice de la morbilidad posoperatorio.
- Determinar el índice de mortalidad en este tipo de pacientes.
- Determinar el promedio de días de estancia hospitalaria.

MATERIAL Y METODO

Se efectuó un estudio retrospectivo, observacional, transversal; consistente en la revisión de los expedientes clínicos de 500 pacientes embarazadas con antecedente de cesarea y a las cuales se les practicó una nueva cesarea en el Hospital de la Mujer SSA., del 19 de enero al 24 de agosto de 1991.

Se investigaron las siguientes variables: edad, número de gestaciones, número de cesareas previas, semanas de gestación diagnóstico de la cesarea primaria, presencia de trabajo de parto dividido en pródromos de trabajo de parto, trabajo de parto inicial y trabajo de parto avanzado, diagnóstico preoperatorio, hallazgos transcoperatorios incluyendo el estado de la cicatriz uterina, condición del producto al nacimiento a través de la calificación de apgar al minuto y a los cinco minutos y el peso, complicaciones posoperatorias, morbilidad, morbilidad materna y días de estancia hospitalaria.

Se efectuó el análisis de los resultados, representándolos en cuadros y gráficas. Se llevó a cabo la discusión de los mismos en relación con la literatura consultada y se establecieron conclusiones. Finalmente se anotaron las referencias bibliográficas.

RESULTADOS:

En relación a los grupos etáreos encontramos que el mayor número de casos corresponden a las edades de 21 a 30 años (70%) y sólo el 2.25 a embarazadas de más de 35 años (ver cuadro No. 1).

C U A D R O No. 1

E D A D

EDAD	No. DE CASOS	PORCENTAJE
MENORES DE 20 AÑOS	99	19.8%
21 A 25 AÑOS	228	45.6%
26 A 30 AÑOS	120	24.4%
31 A 35 AÑOS	43	8.6%
36 A 40 AÑOS	5	1.0%
41 A MAYORES	2	0.6%
TOTAL	500	100.0%

NUMERO DE GESTACIONES.

Respecto al número de gestaciones el 80% tenía tres o menos y en consecuencia solo el 20% había tenido más de 4 embarazos (ver cuadro No. 2).

C U A D R O No. 2
N U M E R O D E G E S T A C I O N E S

No. DE GESTACIONES	No. DE CASOS	FORCENTAJE
III ó MENOS	397	79.4%
IV A VI	95	19.0%
VII ó MAS	8	1.6%

NUMERO DE CESAREAS PREVIAS.

En cuanto al número de cesareas previas más de la mitad había tenido una cesárea y solo el 1.4% tenía el antecedente de 3 o más cesáreas (ver cuadro No. 3).

C U A D R O No. 3
N U M E R O D E C E S A R E A S P R E V I A S

No. DE CESAREAS PREVIAS	No. DE CASOS	FORCENTAJE
I	279	55.6%
II	214	42.8%
III	7	1.4%
TOTAL -----	500	100.0%

SEMANAS DE GESTACION

De acuerdo a la duracion del embarazo el 84% se considero a termino y únicamente el 5% fue postérmino (ver el cuadro No. 4).

C U A D R O No. 4
S E M A N A S D E G E S T A C I O N

SEMANAS DE GESTACION	No. DE CASOS	FORCENTAJE
MENOS DE 37	56	11.2%
37 A 42	418	83.6%
MAS DE 42	26	5.2%

INDICACION DE LA CESAREA PRIMARIA.

La indicacion más frecuente de la cesárea primaria sigue siendo la Desproporción cefalopelvica y en el 27% de los casos se ignoraba la causa de la cesárea (ver cuadro No. 5).

CUADRO No. 5
INDICACION DE LA CESAREA
PRIMARIA

DIAGNOSTICOS	No. DE CASOS	PORCENTAJE
DESPROPORCION CEFALOPELVICA	197	39.4%
PRESENTACION O SITUACION ANORMAL DEL FETO	61	12.2%
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO	22	4.4%
SE IGNORA	146	29.2%
OTROS	74	14.8%

DIAGNOSTICO PREOPERATORIOS.

En relación a los diagnósticos preoperatorios, no se pueden obtener porcentajes en virtud de que algunas pacientes tenían más de un diagnóstico. Sin embargo se destaca la elevada frecuencia de la cesarea electiva de repetición, la cual junto con la discutible indicación de "Período intergenesico corto" constituye el primer lugar (ver cuadro No. 6).

CUADRO No. 2
DIAGNOSTICO PREOPERATORIO

DIAGNOSTICOS	NUMERO DE CASOS
DESPROPORCION CEFALOFELVICA	202
ITERATIVA	169
PERIODO INTERGENESICO CORTO	124
SITUACION O PRESENTACION ANORMAL DEL FETO	62
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO	49
ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	27
SE IGNORA	48
OTRAS	94

TRABAJO DE PARTO.

Para esta variable se dividieron en tres grupos. Se consideraron tres situaciones:

a) Prodomio de trabajo de parto: contracciones uterinas irregulares con menor o igual a dos centímetros de dilatación cervical.

b) Trabajo de parto inicial: contracciones uterinas de dos a tres en diez minutos y de tres a cuatro centímetros de dilatación cervical y

c) Trabajo de parto avanzado con tres o cuatro contracciones uterinas en diez minutos y cinco o mas centimetros de dilatacion cervical (ver cuadro No. 7).

C U A D R O No. 7
T R A B A J O D E P A R T O

TRABAJO DE PARTO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
FODROMO TRABAJO DE PARTO	214	42.8%
TRABAJO DE PARTO INICIAL	190	38.0%
TRABAJO DE PARTO AVANZADO	<u>96</u>	<u>19.2%</u>
TOTAL DE CASOS -----	500	----- 100.0%

HALLAZGOS TRANSOPERATORIOS.

El hallazgo transoperatorio mas frecuente fue la presencia de adherencias en 15% de los casos: el adelgazamiento del segmento se observo en el 13% y solo en 1.6% de los casos se observo deniscencia de nieterorrafia (ver cuadro No. 8).

C U A D R O N o. 8

H A L L A Z G O S T R A N S P E R A T O R I O S

HALLAZGOS	No. DE CASOS	PORCENTAJE
MULTIPLES ADHERENCIAS	75	15.0%
SEGMENTO ADELGAZADO	67	13.4%
VEJIGA ALTA ADHERIDA	26	5.2%
DEHISCENCIA DE HISTERORRAFIA	8	1.6%
HEMATOMA SUBCAPSULAR HEPATICO	1	0.2%

PESO DE LOS PRODUCTOS AL NACIMIENTO.

En cuanto al peso de los productos al nacimiento, dos terceras partes correspondieron al grupo de 3000 gramos a 3999 gramos y sólo el 5% a productos macrosomicos (ver cuadro No.9).

C U A D R O N o. 9

P E S O A L N A C I M I E N T O

PESO DE LOS RECIEN NACIDOS (g)	No. DE CASOS	PORCENTAJE
MEÑOS O IGUAL A 1999	8	1.6%
2000 A 2999	151	30.2%
3000 A 3999	321	64.2%
4000 A 4999	20	4.0%
TOTAL DE CASOS	500	100.0%

CONDICION DE LOS PRODUCTOS AL NACIMIENTO

CALIFICACION DE APGAR AL MINUTO.

El 93% de los Recien Nacidos fueron calificados con APGAR 7 y 8 y 1% con APGAR de 6 o menos al minuto de vida (ver cuadro No. 10).

C U A D R O No. 10
CALIFICACION DE APGAR AL MINUTO

	No. DE RECIEN NACIDO	PORCENTAJE
MENOR O IGUAL A 6	81	16.2%
7 A 8	416	83.2%
9 A 10	<u>3</u>	<u>0.6%</u>
TOTAL DE CASOS	500	100.0%

En tanto que a los cinco minutos, más de la mitad de los recién nacidos obtuvieron una calificación de APGAR de nueve y diez (ver cuadro No. 11).

C U A D R O No. 11
CALIFICACION DE APGAR A LOS
CINCO MINUTOS

	No. DE RECIEN NACIDOS	PORCENTAJE
MENOR O IGUAL A 6	17	3.4%
7 A 8	212	42.4%
9 A 10	<u>271</u>	<u>54.2%</u>
TOTAL DE CASOS	500	100.0%

COMPORTAMIENTO DE LA CICATRIZ DE CESAREA ANTERIOR.

En cuanto al comportamiento de la cicatriz uterina, se reportó adelgazamiento del segmento en 40 casos (8%) observándose el mayor número, en pacientes con antecedentes de dos cesareas anteriores y con prodromos de trabajo de parto (ver cuadro No. 12).

C U A D R O No. 12
A D E L G A Z A M I E N T O D E L S E G M E N T O
U T E R I N O

No. DE CESAREAS ANTERIORES	I	II	III o MAS
PRODROMOS TRABAJO DE PARTO	7	23	0
PARTO INICIAL	2	3	0
TRABAJO DE PARTO AVANZADO	4	1	0
TOTAL DE CASOS	13	27	0

RELACION DEL NUMERO DE CESAREAS ANTERIORES. PERIODO INTERGENESICO CORTO Y TRABAJO DE PARTO.

En relacion al numero de cesareas anteriores - Periodo intergenesico corto (PIC) + Trabajo de Parto encontramos el segmento adelgazado en 20 casos (4%) con un predominio de las pacientes en prodromos de Trabajo de Parto y Trabajo de Parto Inicial con antecedente de una cesarea (ver cuadro No. 13).

C U A D R O No. 13

S E G M E N T O A D E L G A Z A D O Y P I C

No. DE CESAREAS ANTERIORES	I	II	III o MAS
PRODOMOS DE TRABAJO DE PARTO	7	6	
TRABAJO DE PARTO INICIAL	10		1
TRABAJO DE PARTO AVANZADO	2		
TOTAL DE CASOS -----	20	6	1

RELACION DE DEHISCENCIA DE CICATRIZ CON PERIODO INTERGENESICO CORTO + TRABAJO DE PARTO Y NUMERO DE CESAREAS PREVIAS.

El hallazgo de dehiscencia de cicatriz uterina sólo se observó en el 1.6% de los casos, la mayoría con una cesarea anterior (ver cuadro No. 14).

C U A D R O No. 14

D E H I S C E N C I A D E C I C A T R I Z
U T E R I N A Y P I C

No. DE CESAREAS ANTERIORES	I	II
PRODOMOS DE TRABAJO DE PARTO	2	1
TRABAJO DE PARTO INICIAL	1	1
TRABAJO DE PARTO AVANZADO	2	1
TOTAL DE CASOS -----	5	3

MORBILIDAD MATERNA.

Se observo una mayor frecuencia de endometritis, toxemia y absceso de pared con una morbilidad global de 10.6% (ver cuadro No. 15).

C U A D R O No. 15
M O R B I L I D A D M A T E R N A

MORBILIDAD	No. DE CASOS	FORCENTAJE
ENDOMETRITIS	12	2.4%
TOXEMIA	10	2.0%
ABSCESO DE PARED	7	1.4%
SE IGNORA	8	1.6%
ANEMIA	4	0.8%
SINDROME FEBRIL	4	0.8%
INFECCION DE VIAS RESPIRATORIAS	3	0.6%
INFECCION DE VIAS URINARIAS	3	0.6%
HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL	2	<u>0.4%</u>
TOTAL DE CASOS -----	53	----- 10.6%

MORTALIDAD MATERNA.

En cuanto a la mortalidad materna en 7571 partos fue de 11 pacientes para un indice de 0.14.

La mortalidad materna en pacientes con antecedentes de cesárea previa fué de tres casos para un índice de 0.00%.

ESTANCIA HOSPITALARIA.

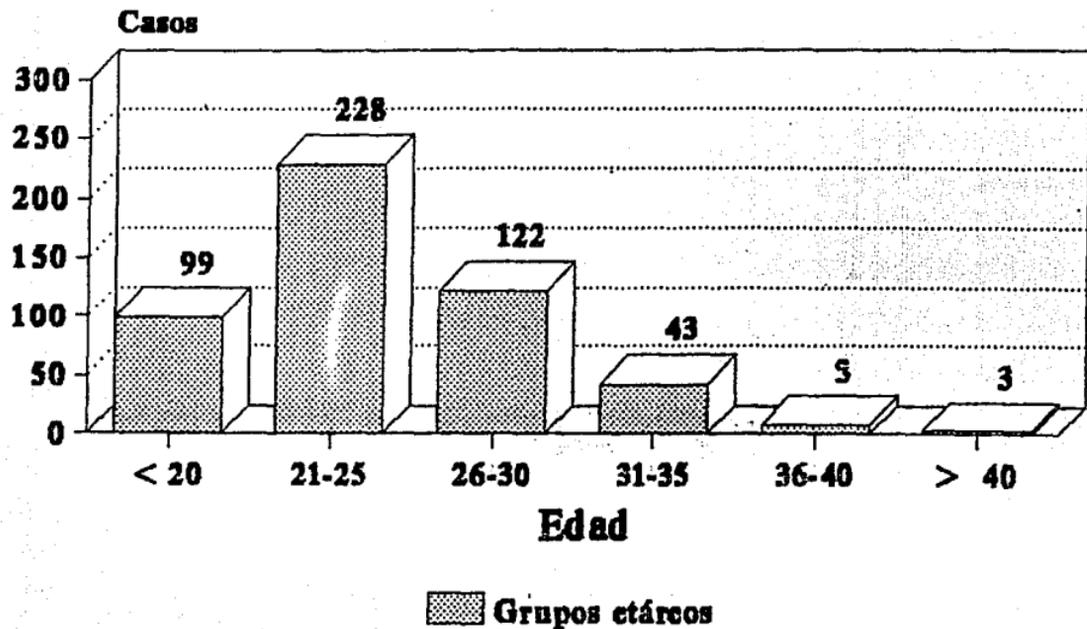
El promedio de estancia hospitalaria fué de 3.2 días.

En relación a los días de estancias el 82% permaneció hospitalizada tres días y solo el 18% más de 4 días (ver cuadro No. 16).

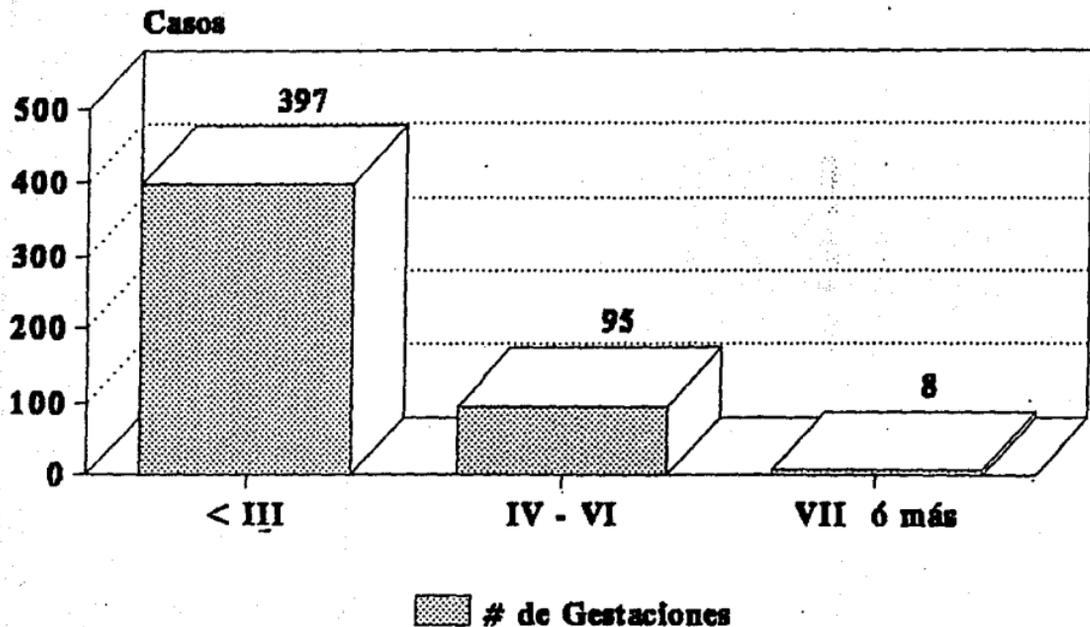
C U A D R O No. 16
E S T A N C I A H O S P I T A L A R I A

NUMERO DE DIAS	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
MENOR O IGUAL A 2	2	0.4%
3	409	81.8%
4	46	9.2%
S O M A S	41	8.2%
TRASLADO	1	0.4%
TOTAL DE CASOS	500	100.0%

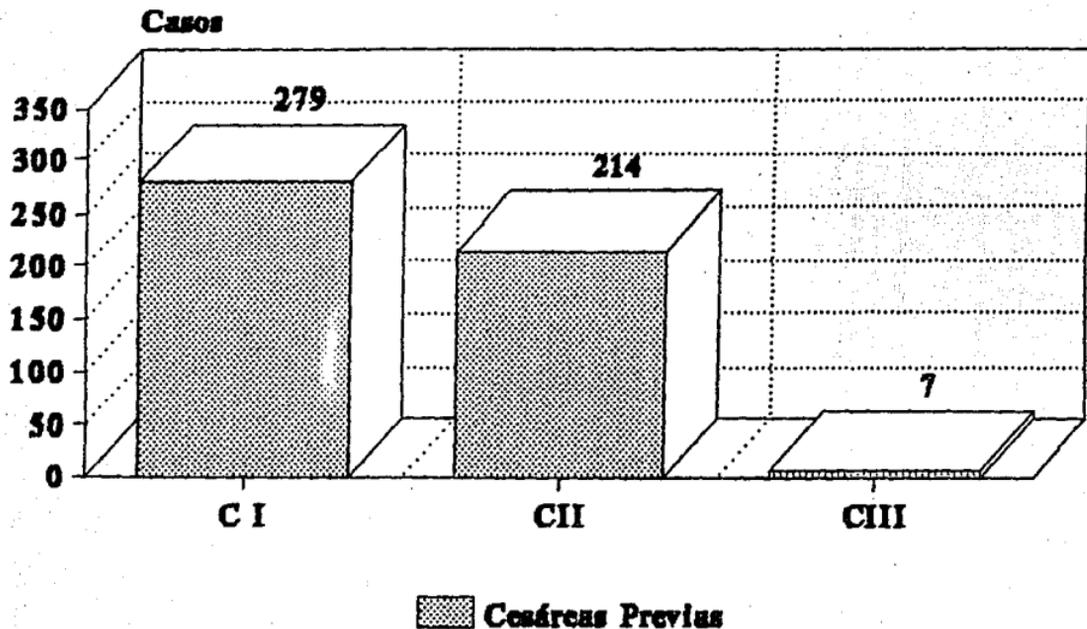
COMPORTAMIENTO DE CICATRIZ UTERINA EN EMBARAZADAS



COMPORTAMIENTO DE CICATRIZ UTERINA EN EMBARAZADAS

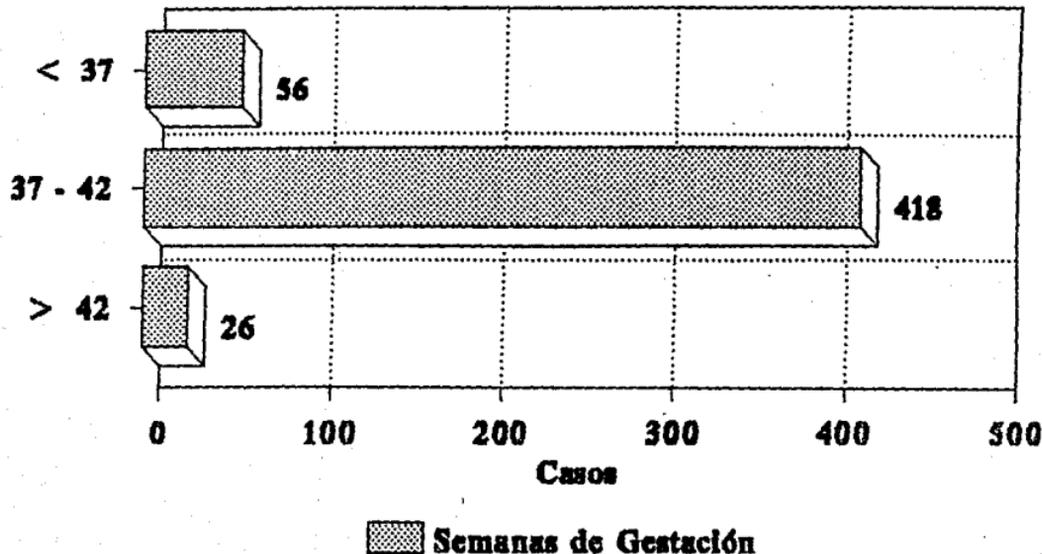


COMPORTAMIENTO DE CICATRIZ UTERINA EN EMBARAZADAS

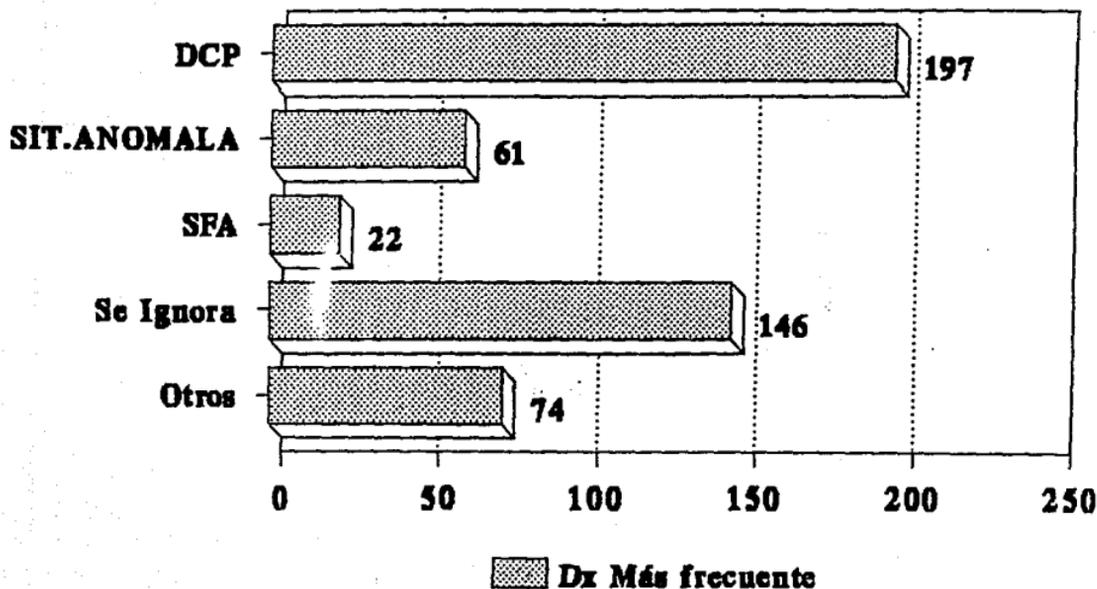


COMPORTAMIENTO DE CICATRIZ UTERINA EN EMBARAZADAS

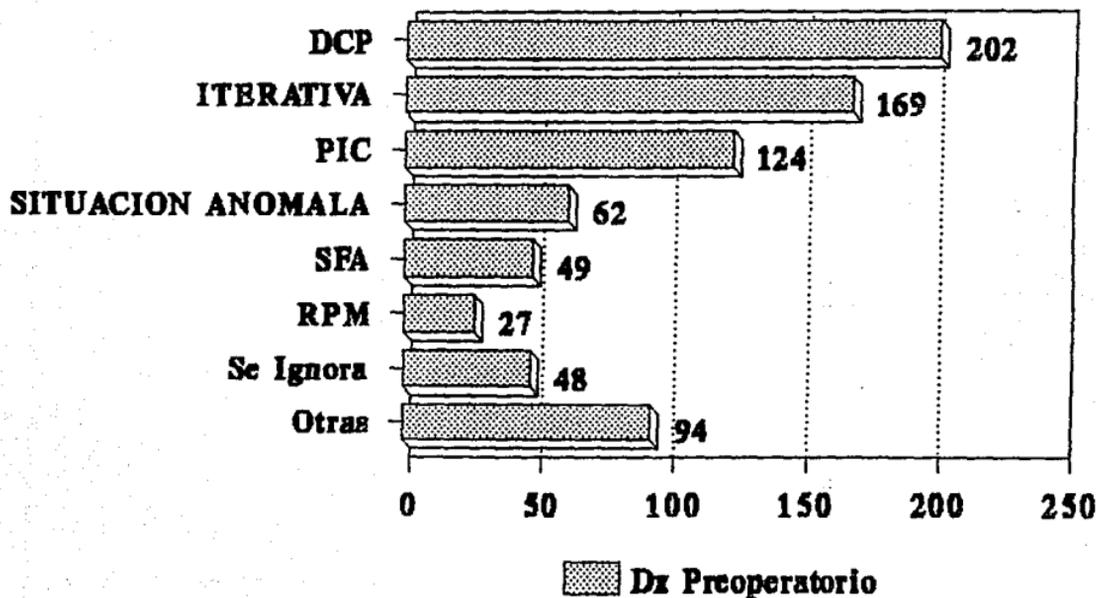
Semanas



COMPORTAMIENTO DE CICATRIZ UTERINA EN EMBARAZADAS

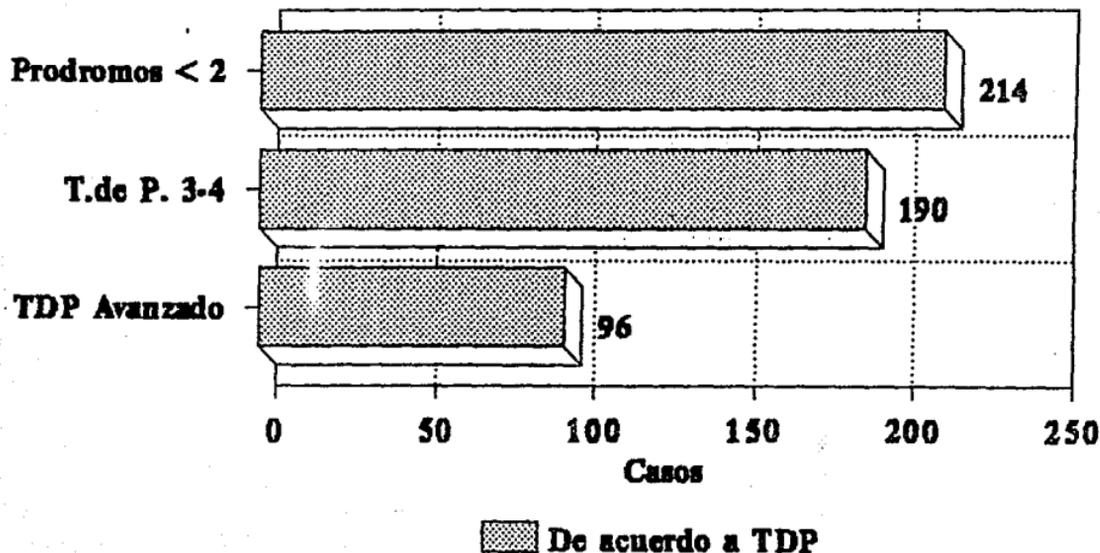


COMPORTAMIENTO DE CICATRIZ UTERINA EN EMBARAZADAS

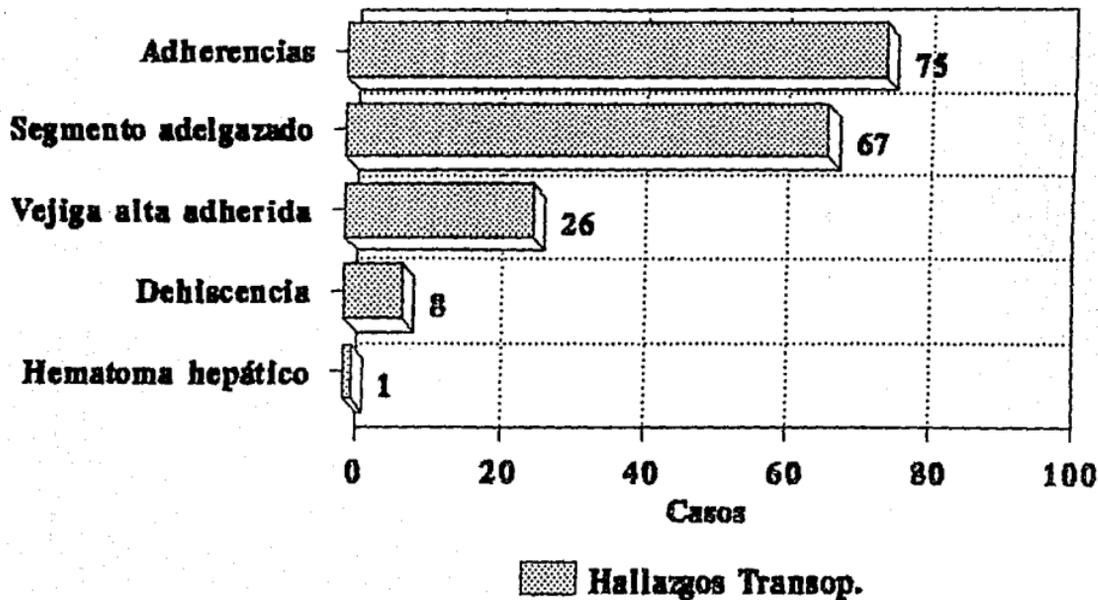


COMPORTAMIENTO DE CICATRIZ UTERINA EN EMBARAZADAS

Dilatación

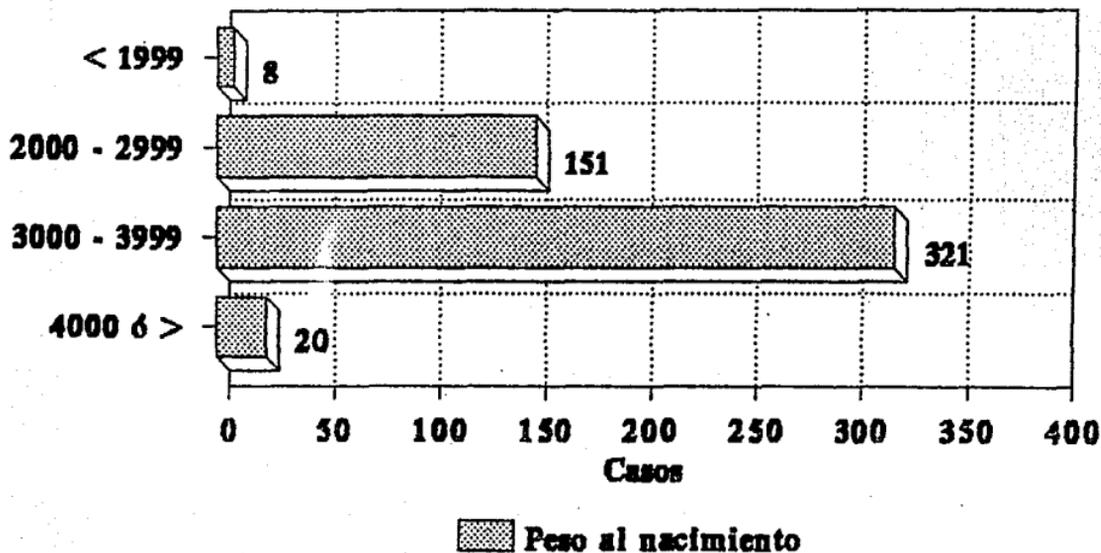


COMPORTAMIENTO DE CICATRIZ UTERINA EN EMBARAZADAS



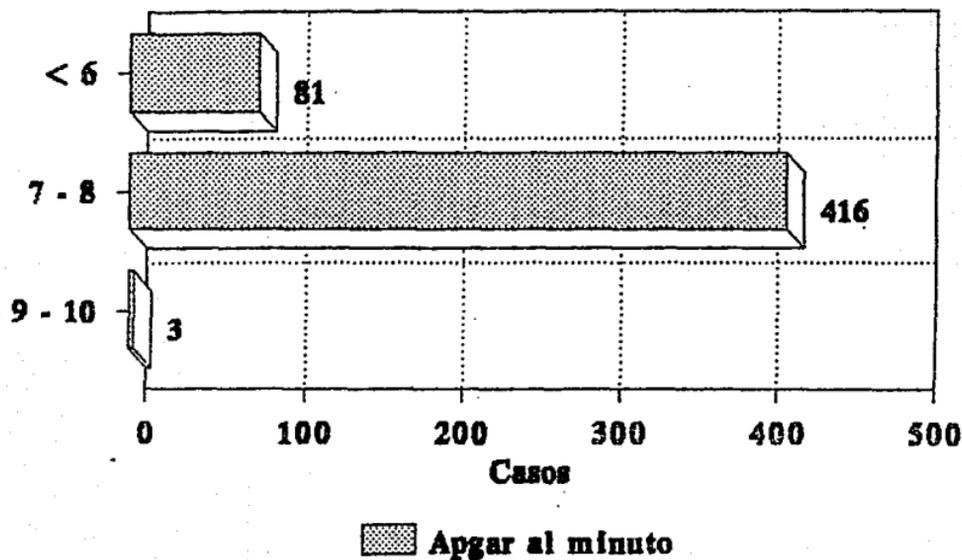
COMPORTAMIENTO DE CICATRIZ UTERINA EN EMBARAZADAS

gramos



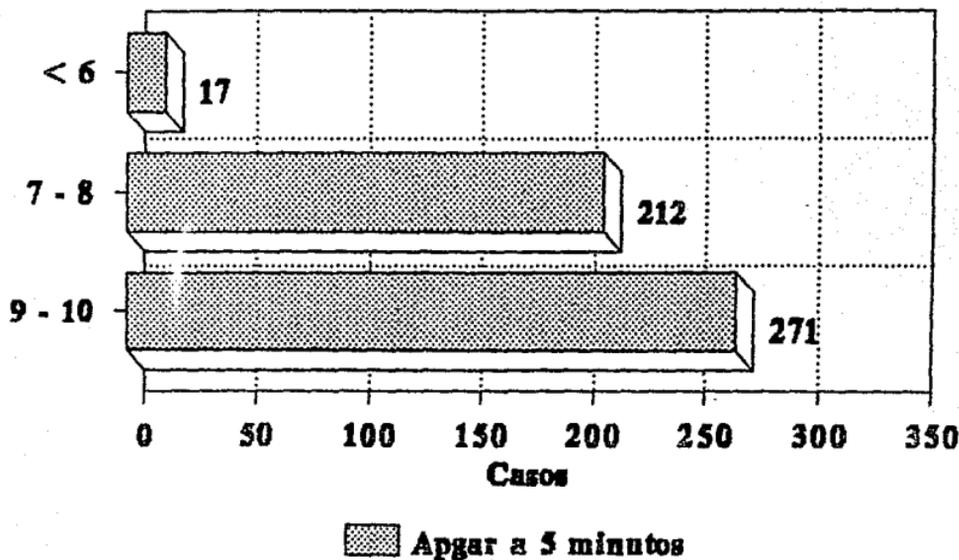
COMPORTAMIENTO DE CICATRIZ UTERINA EN EMBARAZADAS

Calificación

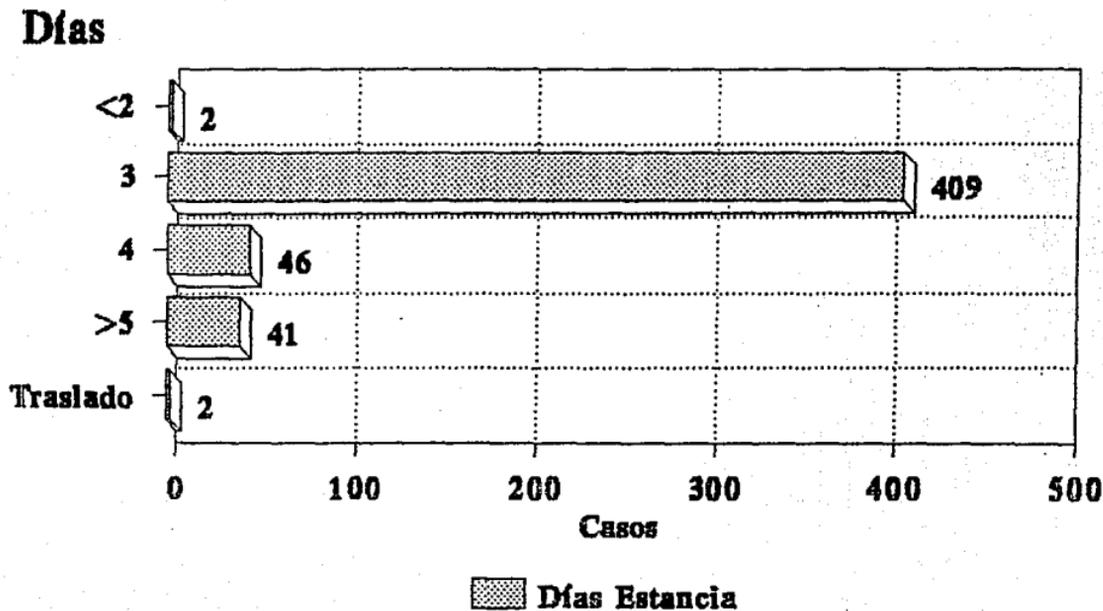


COMPORTAMIENTO DE CICATRIZ UTERINA EN EMBARAZADAS

Calificación



COMPORTAMIENTO DE CICATRIZ UTERINA EN EMBARAZADAS



DISCUSION:

En el periodo comprendido del 1º de enero al 31 de agosto de 1991, se atendieron en el Hospital de la Mujer, SSA. 7,971 embarazadas a término, con 7,867 nacidos vivos. Resolviéndose el embarazo por vía vaginal en 5,756 casos (72%) y por vía abdominal 2,213 (28%).

Del total de pacientes atendidas, 789 (9.9%) tenían antecedente de cesárea, correspondiendo a partos 289 (36.6%) y a cesárea las 500 restantes (63.4%). Lo que indica que el prto después de cesárea sigue siendo bajo.

Se confirma que el índice total de cesárea (27.8%) no ha variado significativamente en los últimos 15 años (6) en este Hospital, y que el índice de cesarea primaria es de 21.5%.

Por otra parte, se observó que del total de cesáreas el 22.6% correspondió a cesareas de repetición; cifra menor a la reportada por otros autores que va del 25 al 46% (9, 13, 15, 16, 48, 51, 58).

Del total de pacientes atendidas (7,971) en este periodo el 3.6%, correspondió a partos en pacientes con cesárea anterior, inferior al 8.3% reportado por Blazel (48).

Al igual que el estudio de Placek, el 20% de las pacientes tenían 20 años o menos y el 70% se encontraba en la tercera década de la vida (45).

El 80% de las pacientes tenía 3 o menos embarazos y solo el 1.6% correspondió a grandes multigestas (VII o más embarazos).

El número de partos en pacientes con cesárea anterior se bajó (36.6%), si consideramos que el 55.8% del total estudiado tenía solo una cesárea previa. No obstante, numerosos autores han reportado un incremento de los nacimientos vaginales con la prueba de trabajo de parto en pacientes con cesárea anterior en una tasa de 54% a 69% (15, 19, 27, 28, 33, 36, 39, 43).

No se observó que la cesárea fuera un factor determinante para modificar los índices de morbilidad perinatal por prematuros y/o postmaduros, ya que el 83.6% de las embarazadas contaba con 37 a 42 semanas de gestación.

La indicación de la cesárea primaria más frecuente fue la desproporción cefalo-pelvica (79% de los casos).

Similar a lo reportado en la literatura (10, 32, 58). Llamando la atención que en nuestro medio el 29% de las pacientes ignora la indicación de la cesárea primaria:

cifra alarmante que podría deberse a la falta de explicación clara y precisa por parte del médico, a desinterés e ignorancia de la paciente o ambas.

En relación al diagnóstico preoperatorio, destaca la elevada frecuencia de cesárea electiva de repetición y de la novedosa indicación de "Periodo Intergenesico corto", los que juntos constituyen la indicación más frecuente de cesárea en este tipo de pacientes: muy por encima de lo reportado por otros autores (47, 51, 52, 57).

En cuanto a la presencia de trabajo de parto espontáneo, al 43% de las pacientes no se les ofreció la oportunidad de una prueba de trabajo de parto, y al 19% no se les brindó la posibilidad de parto natural a pesar de tener un trabajo de parto avanzado al momento de la decisión de intervenir.

Respecto a los hallazgos transoperatorios, al igual que numerosos autores (5, 17, 20, 24, 45, 46, 49, 50, 60), no se observó ningún caso de ruptura uterina. La dehiscencia de cicatriz uterina solo se observó en cinco casos (1.5%) comparado con el 0.6% a 3.2% en Estados Unidos (15, 26). El adelgazamiento del segmento se encontró en 13% reportado (17, 28).

Para el analisis del peso de los productos y la morbimortalidad perinatal debiera posteriormente evaluarse en forma comparativa con los recién nacidos por via vaginal con cesarea anterior.

En la relación al comportamiento de la cicatriz uterina, contrario a lo esperado se observo adelgazamiento del segmento mas frecuentemente en pacientes con pródromos de trabajo de parto con una cesarea previa en 7 casos y en 23 con dos cesareas anteriores. Considerando la variable de periodo intergenesico corto tambien fue mas elevado en las pacientes con una cesarea anterior en pródromos de trabajo de parto y en trabajo de parto inicial. Finalmente la deniscencia de cicatriz uterina fue más frecuente en pacientes con antecedente de una cesarea. Por lo que se concluye, que tanto el adelgazamiento del segmento como la deniscencia de la cicatriz uterina no se relacionan directamente con el numero de cesareas previas ni con la presencia de trabajo de parto semejante a lo reportado en otras investigaciones (10, 47, 51). Aunque, si se encontro relacion entre el periodo intergenesico corto y el adelgazamiento del segmento, en la quinta parte de los casos.

En cuanto a la morbilidad materna encontramos una mayor frecuencia de endometritis, toxemia y desceso de pared: correspondiendo el 10,6% a la morbilidad global. la

cual comparada con la reportada es baja (15, 16, 17, 29).

Con respecto a la mortalidad materna en pacientes con antecedente de cesárea previa fue un índice muy bajo de 3 casos que correspondieron a hemorragia por placenta previa, acretismo placentario y atonia uterina, este bajo índice está de acuerdo con lo reportado por otros investigadores (9), mientras que la mortalidad materna global encontramos que fue mayor a lo observado en otras investigaciones (36), tal vez debido a la elevada frecuencia de muertes maternas por toxemia.

Por lo que respecta a la estancia hospitalaria encontramos que el promedio corresponde a 3.2 días (82%), siendo menor al reportado en la literatura (17, 48) de 4.7 días.

CONCLUSIONES:

- El índice de cesárea en el Hospital de la Mujer, SSA., se ha mantenido estable en los últimos 10 años, siendo actualmente de 27.8%.
- La cesárea electiva de repetición corresponde a la tercera parte del total de cesareas (3.9%).
- El hallazgo de bajos porcentajes de adelgazamiento del segmento uterino y dehiscencia de cicatriz uterina, así como, la ausencia de ruptura uterina apoyan la conducta obstétrica de permitir la prueba de trabajo de parto a las pacientes con cesarea anterior que no presenten contraindicaciones específicas.
- La morbilidad mayor al igual que lo reportado en literatura mundial corresponde a la endometritis aunque el porcentaje obtenido fue muy bajo (2.4). Siendo la morbilidad total de 10.6%.
- La mortalidad materna en pacientes con antecedente de cesares no fue mayor a la mortalidad en general.

- El promedio de estancia hospitalaria es bajo en el 82% de los casos, teniendo como promedio 3.2 días.

- Existe acuerdo unánime en que una forma importante de abatir las elevadas cifras de cesáreas es a través del manejo adecuado del trabajo de parto y el nacimiento por vía vaginal en mujeres con cesárea previa segmentaria transversal.

- Con toda esta información es obvio que más obstetras deben convencerse de la seguridad, eficacia y tal vez conveniencia económica de un programa selectivo de prueba de trabajo de parto y parto vaginal después de cesárea.

- Se planea en el futuro, para completar esta investigación, la revisión de expedientes de embarazadas con cesárea anterior que se atendieron durante el mismo lapso por vía vaginal, para poder evaluar comparativamente la morbi-mortalidad materna y perinatal.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS :

1. ACOG Newsletter. 29-2:1, 1985.
2. ACOG Newsletter. 29-3:1, 1985.
3. ACOG Newsletter. 32-10:8, 1988.
4. ACOG Newsletter. 33-1:1, 1989.
5. ACOG Committee Opinion 64:1988.
6. Ahued Ahued JR: Tendencias de la operatoria obstetrica. Actualidades en Ginecologia y Obstetricia AMGO:139, 1989.
7. Blouin D: Is a cesarean section rate of less than 12% possible in a tertiary level hospital center? Union Med Can 121:96-100, 1992.
8. Boletin de informacin terapeutica. Academia Nacional de Medicina 5: 1984.
9. Bottoms FS, Rosen GM, Sokol JR: aumento de la tasa de operaciones cesareas. New Engl J Med 302:259, 1980.
10. Bowers SK, Mac Donald HM, Shapiro ED: Prevencion del Sindrome de Dificultad Respiratoria Neonatal iatrogenico: Cesarea repetida electiva y trabajo de parto espontaneo. Am J Obstet Gynecol 143:18c-189, 1982.
11. Cohen M, Carson BS: Respiratory Morbidity benefit of awaiting onset of labor after elective repeat cesarean section. Obstet Gynecol 65:818-824, 1985.
12. Comerio D, Crescini U, Idi G, et.al: Delivery after

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- previous cesarean section. Experience with 172 patients. *Minerva Ginecol* 47: 517-518, 1991.
13. Cox E, Gilstrap L: Postpartum endometritis. *Obstet Gynecol Clin North Am* 16: 363-371, 1989.
14. Danforth DN: Cesarean section state of the art/review. *JAMA* 253: 811-816, 1985.
15. Demianczuk NN, Hunter DJS, Wayne TD: Experiencia con trabajo de parto consecutivo a una cesarea previa: Indicadores pronosticos del resultado. *Am J Obstet Gynecol* 142: 640-642, 1982.
16. Evrard JR, Gold EM, Cahill TF: Operacion cesárea: Valoración Contemporánea. *J Reprod Med* 24: 147-152, 1980.
17. Flamm BL, Dunnet C, Fischermann E, Quilligan JE: Parto Vaginal después de la operacion cesarea: Uso de oxitocina y anestesia epidural con monitoreo interno tocodinámico y fetal. *Am J Obstet Gynecol*. 148: 759-763, 1984.
18. Figueroa DR, Galindo SJ, Arredondo GJL: Experiencia del manejo de la endometritis en el Instituto Nacional de Perinatología (INPer). *Rev Ginec y Obstet de Mex.* 60: 272, 1992.
19. Flamm BL: Vaginal Birth after cesarean section: Controversies old and new. *Clin Obstet Gynecol* 28: 735-744, 1985.
20. Flamm BL, Goings JR, Fuelberth NJ, et.al.: Oxytocin

- during labor after previous cesarean section: Results of a multicenter study. Am J Obstet Gynecol 158: 1079-1084, 1988.
21. Flamm BL, Lim OW, Jones C, et.al. Vaginal Birth after cesarean section results of a multicenter study. Am J Obstet Gynecol 158: 1079-1084, 1988.
 22. Gabert AH, Bey M: Historia y desarrollo de la cesárea. Ginec Obstet Temas Actuales 4: 597, 1988.
 23. Gellman E, Goldstein MS, Kaplan E, Shapiro WJ: Parto vaginal despues de la operación cesarea: Experiencia en la práctica. JAMA 249: 2935-2937, 1983.
 24. Gibbs R: Infection after cesarean section. Clin Obstet Gynecol 28:697-710, 1985.
 25. Gleicher N: Cesarean section rates in the United States. JAMA 252: 3273-3276, 1984.
 26. Graham AR: Ensayo de parto despues de operación cesárea previa. Am J Obstet Gynecol 149: 35-45, 1984.
 27. Heddleston LN, Watson WJ: Vaginal Birth after cesarean in a small hospital. Mil Med 156: 219-240, 1991.
 28. Hadley CB, Mennuti MT, Gabbe SG: Una evaluación de los riesgos relativos de una tentativa reiterada. 3:107-114, 1986.
 29. Horenstein JM, Phelan JP: Previous cesarean section: The risks and benefits of oxytocin usage in a trial of labor. Am J Obstet Gynecol 151: 564-567, 1985.
 30. Instituto Nacional de Perinatología (INPer) Anuario

Estadístico 1990.

31. Jones RU, Nagashima AW, Hartnett-Goodman MM, Goodlin RU: Rupture of low transverse cesarean scars during trial of labor. *Obstet Gynecol* 8: 815, 1991.
32. Joseph GR, Stedman UM, Robichaux AG: Vaginal birth after cesarean section: The impact of patient resistance to a trial of labor. *Am J Obstet Gynecol* 164: 1441-4, 1991.
33. Lavin JP: Vaginal delivery after cesarean births: Frequently asked questions. *Clin Perinatol* 10: 438-453, 1983.
34. Lebedev VA, Striznakov AN, Zheleznov EI: Echographic and morphological parallels in the evaluation of the condition at the uterine scar. *Akush Ginekol* 8: 44-9, 1991.
35. Lee JY, Cass AS: Spontaneous bladder and uterine rupture with attempted vaginal delivery after cesarean section. *J Urol* 14: 691-692, 1992.
36. Martin NJ, Morrison CJ, Wiser LW: Parto vaginal despues de cesárea: Abolición de la cesárea repetida sistemática. *Ginec Obstet Temas Actuales*. 4: 712-729, 1988.
37. Mc Clain Cs: Why women choose trial of labor or repeat cesarean section. *J Fam Prod* 21: 210-216, 1985.
38. Michaels WH, Thompson HO, Boutt A, et al.: Ultrasound diagnosis of defects in the scarred lower uterine segment during pregnancy. *Obstet Gynecol* 71: 112-120,

1988.

39. Mock UN, Visser L, Elkins IE, Wilson JH: Vaginal delivery after previous cesarean section in a rural West African Hospital. In J Obstet Gynecol 36: 187-193, 1991.
40. Nair U: Trends in cesarean section deliveries in Canada. Health Rep 3: 203-219, 1991.
41. O'Driscoll K, Foley M: Correlación entre la disminución de la mortalidad perinatal y el aumento del índice de operaciones cesareas. Obstet Gynecol 61: 1-5, 1983.
42. Pastorek JG, Danders C: Antibiotic therapy for postcesarean endomyometritis. Rev Infect Dis 13: s752 s757, 1991.
43. Paterson CM, Saunders NJ: Mode of delivery after one caesarean section: Audit of current practice in health region. B M J 303: 818-821, 1991.
44. Pearson WJ: Operación cesárea, mortalidad perinatal: Experiencia de 9 años en un hospital regional. Am J Obstet Gynecol 148: 155-159, 1984.
45. Phelan Jp, Ann MO, Diaz F: Twice a cesarean, always a cesarean abstract 36th Annual Clinical Meeting, American College of Obstetricians and Gynecologists, 1988.
46. Phelan JP, Eglinton GS, Horenstein JM, et.al.: Previous cesarean birth trial of labor in women with macrosomic infant. J Reprod Med 29: 36-40, 1984.

47. Phelan JP, Clark SL, Diaz F et.al.: Vaginal Birth after cesarean Am J Obstet Gynecol 157: 1510-1515, 1987.
48. Placer JP, Taffel MS: Patrones recientes de la cesárea en Estados Unidos. Ginec Obstet Temas Actuales 4: 608, 1988.
49. Porreco RP, Meier FR: Trial of labor in patients with multiple previous cesarean section. JReprod Med 28: 770-772, 1983.
50. Pruett KM, et.al.: Is Vaginal Birth after two or more cesarean sections safe? mencionado en cita 51.
51. Rodríguez Arguëlles J: Una vez cesárea, no siempre cesárea. Actualidades en Ginec Obstet A M G O 94-98, 1989.
52. Rosen MG, Dickinson JC, Westhoff CL: Vaginal Birth after cesarean a meta analysis of morbidity and mortality. Obstet Gynecol 3: 465-470, 1991.
53. Shiono PH, Fielden JG, McNellis D, et.al.: Recent trends in cesarean birth and trial of labor rates in the United States. JAMA 257: 494-497, 1987.
54. Shy MK, LoGerfo JF, Karp L: Evaluation of elective repeat cesarean section as a standard of care: an application of decision analysis. Am J Obstet Gynecol 139: 120-123, 1981.
55. Ebellody WM: Vaginal birth after cesareans: A reward penalty system for national implementation. Obstet Gynecol 3: 316, 1991.

56. Sweet RL. Ledger W: Puerperal infectious morbidity: A two year review. Am J Obstet Gynecol 117: 1093-1099, 1975.
57. Taffel SM, Placek PJ, Molen M, Kosary CL: 1989 U.S. cesarean section rate steadies VBAC rate rises to nearly one in five. Birth 18: 73-77, 1991.
58. Taffel SM, Placek PJ, Liss: Trends in the United States cesarean section rates and reason for the 1980-1985 rise. Am J Public Health 77: 955-959, 1987.
59. Wales R, González JA, Fonseca J: Antibioticoterapia en endometritis poscesárea. Comparación de los esquemas ampicilina-gentamicina y ampicilina-metronidazol. Gac Med Mex: 126: 102-107, 1990.
60. Yilmazturk A, Schluter W: Manual palpation of the uterine scar following vaginal delivery in previous cesarean section is it really necessary? Entralbl-Gynakol 113: 3-5, 1991.
61. Harvey A, Gabert y Mohammed Bey: Historia y desarrollo de la cesárea. Temas Actuales de Ginecología y Obstetricia 4: 591-600, 1988.
62. Ruiz Velasco V: La Operación Cesárea. La Prensa Médica Mexicana, Mexico, 1971.