

11217
152



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

**“FORCEPS PROFILACTICOS VS PARTO EUTOCICO EN
PACIENTES CON UNA CESAREA PREVIA.
COMPARACION DE MORBILIDAD”**

[Signature]
DR. SAMUEL KARCHMER K.
DIRECTOR DE GINECOLOGIA
PROFESOR TITULAR

[Signature]

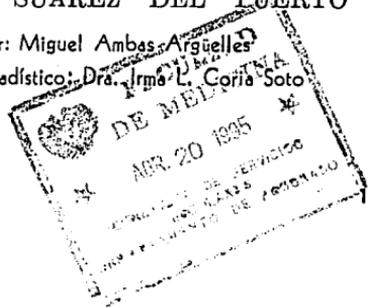
T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALIDAD EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A
HORACIO SUAREZ DEL PUERTO

Tutor: Miguel Ambros Argüelles
Asesor Estadístico: Dra. Irma L. Coria Soto



INPer

MEXICO, D. F.



1985



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.

11217
152
2EJ



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA

**“FORCEPS PROFILACTICOS VS PARTO EUTOCICO EN
PACIENTES CON UNA CESAREA PREVIA.
COMPARACION DE MORBILIDAD”**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALIDAD EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A
HORACIO SUAREZ DEL PUERTO

Tutor: Miguel Ambas Argüelles



INPer

MEXICO, D.F.

1995

DEDICATORIAS

A MI ABUELA RUTH:

POR SU AMOR Y APOYO, A ELLA LE DEDICO
TODOS MIS MEJORES LOGROS Y TRIUNFOS
AHORA Y SIEMPRE.

A MI MADRE:

POR SU COMPRESION Y AMOR
EN TODO MOMENTO.

A MIS HERMANOS:

VERDADEROS AMIGOS, QUE HAN
ESTADO SIEMPRE A MI LADO.

A MIS TIAS: RUTH Y GUADALUPE,

PORQUE SU CARIÑO SIEMPRE HA SIDO
COMO EL DE UNA MADRE.

A MIS TIOS DUAN Y ELSA:

GRACIAS POR SU APOYO Y CARIÑO.

AL DR. CARLOS QUESNEL GARCIA-BENITEZ

VERDADERO MAESTRO Y AMIGO.

AL DR. SERGIO VALENZUELA LOPEZ

POR SU AMISTAD Y SABIOS CONSEJOS.

A LOS DOCTORES:

MIGUEL AMBAS ARGÜELLES

JORGE BELTRAN

IRMA L. CORIA SOTO

POR SU COLABORACION EN EL PRESENTE TRABAJO.

AL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

POR SU FORMACION.

INDICE

	Página
INTRODUCCION	1
MARCO TEORICO	4
OBJETIVOS	25
MATERIAL Y METODOS	26
RESULTADOS	33
GRAFICAS	47
DISCUSION	69
CONCLUSIONES	78
BIBLIOGRAFIA	80

INTRODUCCION

El pilar principal sobre la atención de un parto vaginal o la realización de una cesárea en pacientes con cesárea anterior, se basa en el probable riesgo de que ocurra desunión de la cicatriz, si el parto se atiende por vía vaginal. Cuando eso sucede, se piensa que aumentaría la morbimortalidad materno fetal. Teniendo el obstetra que enfrentar problemas médico legales secundarios a dicho accidente. La forma más fácil para evitar estos inconvenientes secundaria la realización de una cesárea electiva, resultando este planteamiento equivocado y sin fundamento científico.

El temor de la atención del parto vaginal en pacientes con cesárea anterior se inició con la famosa frase de Cragin en 1916. "Una vez cesárea, siempre cesárea", que hoy ya no tiene vigencia, ya que este principio surgió a raíz de necesidades propias de aquella época y hoy en día se ha derrumbado gracias a conocimientos propios de la época actual. Están demostradas las bondades del parto vaginal sobre la cesárea, a pesar de que existe previamente una cicatriz uterina, observándose claramente la baja posibilidad de que ocurra desunión del segmento, y la alta morbimortalidad materno-fetal, además de la vasta diferencia de los costos económicos que representa la intervención cesárea en comparación con el parto vaginal (31).

El parto vaginal después de cesárea no es nuevo. Esto ha sido practicado ampliamente a lo largo y ancho de todo el mundo y en los Estados Unidos e Inglaterra, existen reportes ocasionales en los pasados 30 años. Lo nuevo en este campo, es el interés por disminuir el número de nacimientos por cesárea (15).

Más del 25% de los nacimientos en Estados Unidos y América Latina ocurren por vía abdominal y la indicación más común es la cesárea anterior (13).

En base a lo anterior se han hecho esfuerzos para limitar el número de nacimientos por vía abdominal sin sacrificar los criterios aceptados como seguros en Obstetricia y en el cuidado prenatal. Los beneficios del parto vaginal sobre el abdominal son muchos, entre los que se incluyen : menor morbilidad postparto, menores riesgos quirúrgicos y anestésicos, ahorro financiero y el incalculable valor de la fácil y temprana interacción madre-hijo (18, 24).

El objetivo del presente estudio es evaluar las diferencias que existen entre el parto eutócico y el parto vaginal con fórceps profilácticos en pacientes con una cesárea previa, para ratificar lo descrito en la literatura internacional con respecto a que el parto eutócico en pacientes con cesárea previa no aumenta la morbimortalidad materno-fetal, y de esta

**FORCEPS PROFILACTICO VS PARTO EUTOCICO EN PACIENTES CON UNA CESAREA PREVIA
COMPARACION DE MORBILIDAD**

manera modificar las normas y procedimientos del Instituto Nacional de Perinatología (INPer), en lo referente a la aplicación de fórceps profiláctico por cesárea previa.

MARCO TEORICO

PARTO VAGINAL DESPUES DE OPERACION CESAREA: consideraciones y comentarios:

Antes de la década de los años 1900, eran tan frecuentes las muertes e incapacidades consecutivas a la operación cesárea inicial que más tarde fue en verdad un problema raro la operación obstétrica subsiguiente. Sin embargo, como resultado en los progresos del parto abdominal y del aumento en su número, se llegó a considerar que el útero con una incisión quirúrgica podría experimentar una alteración en su estructura, lo que sin duda representaría un riesgo potencial.

En 1916, Cragin sugirió el riesgo de ruptura uterina, y dijo que era tan grande y tal acontecimiento tan costoso, que la operación cesárea debería efectuarse antes del comienzo del trabajo de parto y tan pronto como se comprobara la madurez del producto.

Es evidente que esta idea no logró pronto apoyo unánime, si consideramos los conceptos vertidos en la séptima edición de la Obstetricia de Williams, en la que se afirma al respecto: "En tales casos, debe ser anticipada una terminación espontánea normal de los partos subsiguientes... pero es aconsejable que la enferma sea observada en el hospital con

objeto de que pueda efectuarse de inmediato laparotomía en caso de que ocurra la ruptura”.

La décima edición se expresa en los mismos términos.

En 1961, sin embargo, el texto decía: “Si no perduran las indicaciones para la primera operación y si la paciente ya ha dado a luz en forma espontánea, procede considerar el parto por vía vaginal pero con vigilancia muy cuidadosa”.

La edición de 1976 aconseja como plan general de acción, repetir la operación cesárea. Vemos por lo tanto, que 50 años después de la recomendación original, una de las obras estándar clásicas de la literatura norteamericana ha confirmado la sugestión del doctor Cragin. Surgió este cambio probablemente debido a la creciente inocuidad de la intervención cesárea, a la preocupación cada vez mayor respecto a la mortalidad perinatales y a ciertas presiones de tipo legal. Por otra parte, el sitio de la incisión uterina también ha cambiado durante éstos 50 años desde 100% corporal y vertical, a casi 100% cervical baja, con una gran mayoría en dirección transversal.

En su edición de 1989, la Obstetricia de Williams se refiere así al problema: “No existe duda de que el parto vaginal sea seguro la mayoría de las veces, aunque haya habido cesárea previa” y relata múltiples citas de autores en lo relacionado a la seguridad y eficacia del parto vaginal en mujeres previamente sometidas a operación cesárea; no obstante hace

hincapié en la importancia de considerar el parto vaginal sólo en las mujeres sometidas previamente a una cesárea con incisión transversal baja (28).

La circunstancia que ha detenido a los obstetras a la hora de seguir un parto vaginal con una cesárea previa, ha sido el temor de ruptura o dehiscencia de la cicatriz uterina. Sin embargo muchos autores han abordado el tema (9, 15, 16, 17, 26, 34, 35) y relatan incidencias de ruptura o dehiscencias que van desde 0.2 a 3.2%, similar a lo observado en las pacientes sin cicatrices uterinas previas, o sea 0.5%.

El aforismo "Una vez cesárea, siempre cesárea", pareciera representar el criterio actual de la mayoría de los obstetras del mundo, al menos hace una década y menos actualmente y ésto se ha dado porque se ha registrado un gran incremento en el número de candidatas para ensayo de parto espontáneo. Hasta hace aproximadamente tres décadas, tan sólo 1 a 2% de los nacimientos fueron por cesárea inicial. Tales circunstancias han cambiado hoy totalmente. En efecto, en la actualidad se consideran indicaciones comunes para intervención, a menudo no recurrentes, en primigrávidas jóvenes la sospecha de sufrimiento fetal, presentación de nalgas, parto con duración de 12 a 15 horas, gestación múltiple, hipertensión inducida por el embarazo, disfunción uterina y hemorragia en el tercer trimestre. Hoy en muchos hospitales 12 a 15% de los partos se efectúan por operación

cesárea baja primaria, con incisión transversal y muchas de estas mujeres quedarán de nuevo embarazadas sin contraindicación alguna para parto vaginal (13).

Las implicaciones médicas y económicas también abogan por una revaloración del criterio "Una vez operación, siempre operación". En efecto, el parto abdominal electivo es sin duda más costoso que el vaginal. Estos gastos adicionales advierten ya desde el periodo previo al parto, ya que los exámenes de ultrasonido para calcular edad fetal y localización placentaria, son ahora estándar para tales pacientes. También se lleva a cabo con frecuencia análisis de líquido amniótico para investigar la madurez pulmonar y prevenir síndrome iatrógeno de dificultad respiratoria. Los gastos del hospital asimismo son mayores en casos de parto quirúrgico, debido a la anestesia y a la hospitalización prolongada. Por otra parte, la operación cesárea es también más costosa en términos de morbilidad y mortalidad maternas. Las operaciones electivas implican así mismo el riesgo de prematuridad iatrogénica aunque con cuidado a menudo puede evitarse.

RIESGO PARA LA MADRE CON EL PARTO VAGINAL DESPUÉS DE CESAREA: La bibliografía inglesa, desde 1930, no contiene ningún solo estudio de muertes maternas debidas a la ruptura de una cicatriz transversa baja entre mujeres con cesárea previa que habían intentado el parto normal. Se ha informado que la mortalidad materna esperada entre las mujeres que sufrieron cesárea de repetición, sería 1.2 veces

mayor que la mortalidad materna esperada entre un grupo de mujeres en las que se intentó un parto normal (20).

El riesgo de ruptura uterina es diferente según el tipo de incisión. Así se informa que el riesgo de ruptura de una cicatriz uterina clásica era de un 2.2% antes del parto y de un 4.7% durante el parto. Por el contrario, el riesgo de ruptura uterina entre pacientes con incisión transversa baja fue de 0.8% antes del parto y de 1.2% durante el mismo.

Müller y cols. (20), encontraron que el 90% de todas las rupturas y el 96% de todas las muertes perinatales, se debían a la ruptura uterina en las pacientes con una incisión clásica previa. Phelan et al (26) en su artículo comenta que la incidencia global de dehiscencia fue de 2.2% y la incidencia fue similar en pacientes que estuvieron bajo trabajo de parto y en quienes no experimentaron el mismo. Comentan estos autores que la aparentemente más alta incidencia observada o diagnosticada en las pacientes con cesáreas repetidas se debía a que el defecto se observaba directamente al momento de la cirugía. Después de un parto vaginal, el examen de la histerografía es más difícil y es menor la probabilidad de detectar dehiscencias pequeñas y asintomáticas. Estos autores también relatan que la incidencia de rupturas fueron asociadas más frecuentemente en pacientes que tenían una incisión fúndica previa o incisiones clásicas que en las que tenían incisiones transversales bajas.

Por último, éstos autores relatan que la incidencia de ruptura no está incrementada con el uso de oxitocina, lo cual está de acuerdo con otros autores (9, 11, 14, 19, 33, 35).

Otros autores (2, 9, 11, 12, 15, 16, 18, 34, 35) informan incidencia de rupturas que van desde el 0 hasta el 3.5%, obviamente hay que tener en cuenta las definiciones usadas para determinar ruptura y dehiscencia, definiéndose la primera, según los autores, como la separación completa de la pared uterina en todas sus capas y que la comunican con la cavidad abdominal y definiendo dehiscencia cuando la cavidad uterina estaba separada de la abdominal por peritoneo visceral o ligamento ancho.

Asimismo el uso de anestesia peridural, algunos autores lo definen como sin influencia para el curso y presencia de la ruptura o dehiscencia (2, 9, 35).

El Consensus Conference, así como el ACOG Committee en Obstetricia: Maternal and Fetal Medicine, han concluido que la incisión de la cesárea que no sea transversa es una contraindicación absoluta para intentar el parto por vía vaginal. También se han sugerido otros factores que alteran la incidencia de ruptura uterina como la aparición de fiebre en la cesárea anterior, el número de cesáreas previas, la existencia de algún parto normal, la localización de la placenta en relación con las cicatrices uterinas previas, el grado de distensión uterina durante el embarazo y la pérdida de sangre durante la cesárea anterior.

La fiebre es también uno de los riesgos más importantes en la cesárea, se ha encontrado que la incidencia de fiebre es más baja en las pacientes que tuvieron un parto vaginal después de cesárea y no fue diferente entre estas y otras que tuvieron parto vaginal sin haber sufrido una cesárea anterior y se ha encontrado que la incidencia de fiebre era más elevada entre las pacientes que tuvieron un parto mediante cesárea repetida electiva. Así mismo, la fiebre era más elevada entre aquellas pacientes que tuvieron parto mediante cesárea de repetición después de intentar un parto normal.

El Consensus Committe también concluyó que la transfusión sanguínea, los fenómenos tromboembólicos, las complicaciones por anestesia y otros tipos de morbilidad materna, probablemente se reducirían si a las pacientes seleccionadas se les permitiera intentar el parto normal.

RIESGO FETAL CON EL PARTO VAGINAL DESPUES DE CESAREA: Hay varios autores que han establecido que la mortalidad perinatal esperada por cesáreas repetidas sería mayor que la mortalidad perinatal esperada de las pacientes que tuvieron un parto normal tras una cesárea anterior. Si la mortalidad perinatal debida a la prematuridad iatrógena no fuera considerada, la mortalidad perinatal predicha de las dos formas de parto sería esencialmente igual (20).

La mortalidad perinatal relacionada con la ruptura uterina puede ocurrir aunque es rara (11, 16), y está claro que la cesárea electiva repetida no está exenta de riesgos para el feto, ya que los casos de prematuridad iatrógena están bien reportados.

Rosen et al (32) en su estudio informa que la mortalidad perinatal que sigue a un trabajo de parto fue de 3 por 1,000 y la que siguió a una cesárea electiva de repetición fue 4 por 1,000.

Con respecto al Apgar a los cinco minutos en los recién nacidos, que nacieron de parto vaginal después de cesárea y que fueron menores de 6, se reportan incidencias que van desde el 2.3% después de nacimientos por vía vaginal y con cesárea previa hasta 5.9% en niños nacidos por cesárea electiva repetida (3, 9, 35).

PROBABILIDAD DE EXITO EN EL PARTO VAGINAL DE LAS MUJERES CON CESAREA ANTERIOR: La indicación de la cesárea anterior influye en forma clara en la probabilidad de un parto vaginal en un embarazo posterior. En series publicadas se ha dicho que la frecuencia global de los partos vaginales fue del 33.3% después de que la paciente fue operada por desproporción céfalo-pélvica y del 74.2% después que la paciente fue operada por falta de progreso en el trabajo de parto (20).

Un segundo factor que influyó en la probabilidad de éxito en el parto vaginal con cesárea previa, es la existencia de un parto vaginal previo.

Flamm et al en su estudio (11), escribe que la proporción más grande de pacientes bajo trabajo de parto después de una cesárea eran pacientes operadas inicialmente por una desproporción céfalo-pélvica o por falta de progreso en el trabajo de parto y si se hiciera con estas pacientes lo que otros autores proponen (no darles prueba de trabajo de parto) automáticamente se excluirían la mitad de todas las candidatas para parto vaginal después de cesárea.

En 1985 la American College of Obstetricians and Gynecologist revisaron los lineamientos acerca de las pacientes candidatas a parto vaginal después de cesárea incluyendo a una larga lista de candidatas involucrando a las pacientes que habían sido operadas por falta de progreso en el trabajo de parto o desproporción céfalo-pélvica.

Jarrel et al (15) en su artículo relatan que las pacientes que estuvieron bajo trabajo de parto después de ser operadas por desproporción céfalo-pélvica, sólo el 54% tuvieron parto vaginal y cuando el trabajo de parto terminó en cesárea repetida, la desproporción céfalo-pélvica (65%) y el sufrimiento fetal agudo (15%), contribuyeron a un 30% del total de indicaciones para cesárea repetida.

La indicación de la cesárea previa, como se mencionaba anteriormente, es importante para determinar el éxito del parto vaginal subsecuente. Phelan et al (26) en su artículo señala que la mayor cantidad de pacientes con alta probabilidad de tener un parto vaginal, son aquellas a las que se les realizó la cesárea anterior por presentación pélvica. También relatan que más del 75% de las pacientes a las que se les realizó la cesárea anterior por una desproporción céfalo-pélvica, tuvieron su parto por vía vaginal. Además relatan que en general, las mayores probabilidades que una paciente tenga un parto vaginal posterior a una cesárea es que el peso al nacimiento del producto anterior fuera menor de 4,000 gramos.

En general, se ha dicho que más de las dos terceras partes de todas las pacientes con cesárea previa, a quienes se les permite tener trabajo de parto, lo tienen por vía vaginal (11, 12, 15, 18, 26, 35).

OTROS BENEFICIOS DEL PARTO VAGINAL DESPUES DE CESAREA: Los asuntos financieros son importantes; el NTH Consensus Development Conference on Cesarean Section, ha estimado que el costo de la cesárea de repetición es de un 47 a 87% más alto que los partos vaginales. Así pues, si las mujeres que dan a luz por cesárea se les permitiera intentar el parto normal, los costos totales disminuirían.

Hay también posibles beneficios psicológicos en esta estrategia de cambio. Algunos autores han observado (18, 20) respuestas psicológicas negativas en lo que se refiere a la imagen de uno mismo, sentimiento de frustración, actitudes maternas hacia sus hijos, cuando las madres que dieron a luz por cesárea se comparan a las que lo hicieron por vía vaginal. La utilización más frecuente del intento de parto debería llevar consigo una mejoría del estado psicológico en esta gran parte de la población obstétrica.

En resumen, un intento de parto después de realizar una cesárea transversal baja, parece ser un procedimiento relativamente seguro tanto para la madre como para el feto. Existen pautas bien definidas para la dirección del parto en estas mujeres con cesárea previa; sin embargo, existen polémicas en relación al papel de la anestesia regional, la administración de oxitocina y el fórceps profiláctico bajo en el momento de estas pacientes. El aumento de la utilización del intento de parto vaginal en oposición a la repetición de una cesárea podría prever un ahorro substancial y mejorar el estado psicológico en una gran parte de la población obstétrica.

Si en un tiempo fue sin duda apropiado el aforismo según el cual “una vez operación, siempre operación”, justo es reconocer que en muchas circunstancias hoy ha perdido su vigencia.

CONTROVERSIAS ACTUALES: Los puntos criticos actuales y la controversia se refieren a los siguientes interrogantes: Cual es la atención óptima del parto en la mujer con antecedente de cesárea?. A quien debe brindársele y a quien no una prueba de trabajo de parto?.

Los oponentes a la propuesta general de parto vaginal después de parto vaginal después de cesárea aducirán varios motivos para negar la prueba de trabajo de parto. Temor de ruptura uterina completa: La morbilidad y mortalidad materna y perinatal estará relacionada con la magnitud de la ruptura (si se comunica la cavidad uterina con la cavidad peritoneal) o si ocurre dehiscencia (Apertura no completa del útero). En el primer caso la mortalidad perinatal es alta, más no en el segundo (11, 16, 20).

Por otra parte el riesgo de ruptura uterina es bastante bajo, según reportes de varios autores (9, 15, 16, 17, 21, 35) y varía del 0 al 3.5%.

Preocupación por la seguridad materna: La suposición de que el parto vaginal o la prueba de trabajo de parto después de cesárea conlleva mayor riesgo materno y que al hacer una cesárea de repetición sistemática significa una mayor seguridad para la madre está muy difundida. Sin embargo, en países desarrollados no se ha reportado durante decenios muertes maternas relacionadas con el parto vaginal post cesárea. Se han citado cifras de

mortalidad materna por operaciones primarias o de repetición de 1 por 500 a 1,000 y por parto vaginal de 1 por 2,000 a 4,000.

Se ha informado en general que la mortalidad materna esperada entre un grupo de mujeres con cesárea de repetición sería 1.2 veces mayor que la mortalidad materna esperada entre un grupo de mujeres en las que se intentó un parto normal. (20).

Preocupación por la seguridad fetal: Ni el parto vaginal postcesárea ni la cesárea electiva de repetición carecen de riesgos para el feto. En general se considera que la mortalidad perinatal que sigue a un parto vaginal postcesárea es menor que la que sigue a una cesárea de repetición y globalmente se considera que la mortalidad secundaria a la ruptura es rara (11, 16).

También hay otros puntos en contra del parto vaginal después de cesárea relacionados especialmente con: preocupación por recriminaciones legales, estrés e inconvenientes profesionales y económicos y resistencia de las pacientes (17, 18).

Los que están de acuerdo con el parto vaginal después de cesárea suelen indicar la prueba de trabajo de parto porque si funciona, y se ha escrito que 4 de cada 5 embarazadas a quienes se proporciona acceso a la prueba de trabajo de parto (que representan casi el

66% de las que tienen antecedentes de cesárea) pueden tener un parto vaginal y evitar la cesárea.

La experiencia de incontables investigadores y miles de pacientes reflejan una menor morbimortalidad global en embarazadas bien seleccionadas a quienes se les brindó prueba de trabajo de parto, que en las sometidas a cesárea electiva de repetición sistémica.

Aproximadamente más del 70% de todas las pacientes con cesárea previa y a quienes se les da prueba de trabajo de parto, tienen su parto via vaginal (12, 15, 18, 21, 35).

EN QUIEN ESTA INDICADA LA PRUEBA DE TRABAJO DE PARTO: anteriormente se excluían para dársele oportunidad de trabajo de parto a cualquier mujer que no tuviera un embarazo único en presentación de vértice y a término y con un solo antecedente de incisión transversal baja, efectuada idealmente por una desproporción céfalo-pélvica no recurrente o por falta de progreso en el trabajo de parto. Con experiencia, los márgenes de seguridad se han ampliado para incluir a un gran número de embarazadas a quienes puede ofrecerse una prueba de trabajo de parto.

En general, las contraindicaciones específicas para dar la oportunidad de un trabajo de parto son:

1. - Saber o sospechar que se hizo una incisión uterina clásica, a este grupo pertenecen las pacientes con cirugía uterina reconstructiva extensa, grandes miomectomías intramurales o extensiones en T de incisiones segmentarias inferiores.

2.- La rara entidad clínica de desproporción céfalo-pélvica incontrovertible absoluta, que no debe confundirse con falta de progreso en el trabajo de parto y que se ha visto relacionada con parto vaginal favorable hasta en un 70%.

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

Algunos autores se salen hoy en día de lo clásico en cuanto a requisitos para dar trabajo de parto a pacientes con cesárea previa e incluyen como pacientes candidatas a este trabajo de parto, a pacientes con antecedente de incisión vertical segmentaria baja, embarazo múltiple, falta de progreso en el trabajo de parto y desproporción céfalo-pélvica que como ya se ha descrito anteriormente, aproximadamente el 70% de estas pacientes logran tener un parto vaginal (12, 15, 18, 21, 35).

Como conclusión podemos decir que en vista de los abundantes estudios que ofrecen datos muy favorables acerca del parto vaginal después de cesárea, es obvio que más obstetras deben convencerse de la seguridad, eficacia y conveniencia económica de un

programa selectivo de oportunidad de dar trabajo de parto y parto vaginal después de cesárea.

La norma de “después de cesárea, siempre cesárea” se aplica correctamente sólo en el grupo de pacientes al que está dirigido y que son aquellas con incisiones uterinas clásicas o fúndicas. Conforme a la insistencia de dar oportunidad de trabajo de parto en parturientas sin contraindicaciones se vuelva norma en la población obstétrica del mundo que tenga las condiciones adecuadas para enfrentarlas, presenciaremos el abandono definitivo de la cesárea repetida sistemática.

Por último, es necesario hablar de recursos y personal adecuados: dado que la necesidad de una cesárea de urgencia parece no ser mayor para un parto vaginal bien valorado después de cesárea que en aquellas embarazadas que no tienen este antecedente quirúrgico, se requiere de personal y recursos adecuados para el tratamiento moderno del trabajo de parto y el parto en ambos grupos. Los pequeños hospitales bien equipados pueden servir bien. Específicamente se han recalado cinco componentes de los cuidados, a saber:

- 1.- Disponibilidad de registro electrónico fetal continuo.
- 2.- Recursos profesionales e institucionales que puedan apoyar en caso de urgencia obstétrica intraparto aguda.

- 3.- Banco de sangre disponible las 24 horas.
- 4.- Posibilidad de responder a la necesidad de una cesárea, sin que transcurran más de 30 minutos entre la decisión y la incisión.
- 5.- Disponibilidad de un médico que pueda valorar el trabajo de parto y hacer una cesárea.

NUEVAS TENDENCIAS: La American College of Obstetricians and Gynecologist recomendaron que las mujeres con una cesárea previa transversa baja, podría tener trabajo de parto y una de las exclusiones para esta recomendación fue más de una cicatriz uterina previa. A pesar de lo anterior, se han realizado estudios (8, 27, 19) donde demuestran la seguridad del trabajo de parto para estas pacientes y refieren que los riesgos son más leves y menos que los que siguen a una cesárea repetida.

Las normas de cuidado a seguir con este grupo de pacientes, son las mismas que se siguen con las pacientes con una cicatriz previa. Se cree que si se sigue esta recomendación de estos autores, la tasa de cesárea repetidas para esta población bajaría hasta en un 32%.

Uso de oxitocina en pacientes con cesárea previa: una revisión realizada en los años de 1950 a 1980 reveló que la oxitocina fue utilizada solamente en 200 pacientes de las miles

FORCEPS PROFILACTICO VS PARTO EUTOCICO EN PACIENTES CON UNA CESAREA PREVIA.
COMPARACION DE MORBILIDAD

de mujeres en trabajo de parto con cesárea previa, esto debido probablemente a que los datos obtenidos fueron anteriores al uso del monitoreo fetal electrónico (21).

Carlson reporta el uso de oxitocina para inducción en 29 pacientes y conducción de 47 (4); solamente dos casos de dehiscencia de histerorrafia.

En la serie de Demianczuk de 92 pruebas de trabajo de parto, hubo dos casos de dehiscencia de histerorrafia de 23 pacientes que recibieron oxitocina (6); de cualquier manera, ellos no notaron incremento en la morbilidad materna o fetal.

Meier presentó 34 pacientes tratadas con oxitocina sin reportarse complicaciones (23).

Martin utilizó oxitocina en 25 pacientes sin efectos adversos (22).

Flamm la utilizó también en 94 pacientes sin evidencia de dehiscencia de histerorrafia (10).

Eglinton y colaboradores demostraron que en 58 pacientes con cesárea previa en trabajo de parto utilizando oxitocina no hubo incremento de la morbimortalidad materna o fetal (7).

Paul describió la utilización de oxitocina en 289 pacientes con cesárea previa, con un caso de ruptura uterina, sin resultados desfavorables para la madre o el recién nacido (25); ellos notaron que la ruptura uterina ocurrió al intentar rechazar la presentación para realizar cesárea por falta de progreso en el trabajo de parto.

Raynor realiza un estudio con 67 pacientes en trabajo de parto con cesárea previa en una clínica rural, teniendo 60% de partos vaginales, utilizando oxitocina en 49 pacientes con dos dehiscencias de histerorrafa sin muertes maternas, solamente una muerte neonatal por alteraciones congénitas (30)

Cowan y colaboradores demuestran que en pacientes con cesárea previa se utilizó oxitocina en 67 para conducción y 67 para inducción del trabajo de parto, ocurriendo dos dehiscencias de histerorrafa de las cinco reportadas en el estudio, las otras tres no recibieron oxitocina (5).

Con todos estos reportes, no existe razón para pensar que la utilización de oxitocina durante el trabajo de parto en paciente con una cesárea previa, con vigilancia adecuada, aumente el riesgo de dehiscencia de histerorrafia.

Para valorar los signos y síntomas de la dehiscencia de histerorrafia en relación a la actividad uterina, Arulkumaran y colaboradores realizaron un estudio en 1,018 pacientes con una cesárea previa de las cuales 722 tuvieron trabajo de parto con 70% de resolución vaginal, con cuatro dehiscencias incompletas de histerorrafia (0.55%) y cinco dehiscencias completas (0.69%).

Las nueve pacientes recibieron oxitocina, realizándose el diagnóstico en tres postparto y seis durante el trabajo de parto, de las cuales tres mostraron disminución de la actividad uterina, una dolor en el sitio de la cicatriz y bradicardia fetal sostenida y dos no presentaron signos o síntomas alguno (1); lo que indica que el monitoreo fetal electrónico continuo en esta pacientes es fundamental para ayudar al diagnóstico de dehiscencia de histerorrafia, sobre todo en pacientes sometidas al uso de oxitocina.

Cowan y colaboradores realizan un estudio en 593 pacientes con cesáreas previas (518 con una cesárea previa, 72 con dos cesáreas previas y 3 con tres cesáreas previas) con 81% de éxito en las pacientes con una cesárea previa, 77% en las de dos cesáreas previas y

FORCEPS PROFILACTICO VS PARTO EUTOCICO EN PACIENTES CON UNA CESAREA PREVIA.
COMPARACION DE MORBILIDAD

100% en las pacientes con tres cesáreas previas. Se presentaron cinco casos de dehiscencia de histerorrafia de las cuales cuatro tenían una cesárea previa y solamente una tenía el antecedente de dos cesáreas, de éstas pacientes, solamente en dos se utilizó oxitocina. No hubo muertes maternas o fetales. La dehiscencia de histerorrafia fue diagnosticada durante el trabajo de parto, teniendo como único signo bradicardia fetal sostenida. El 95% de los partos fueron eutócicos, sin que esto aumentara la morbimortalidad materna o neonatal (5)

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Comparar la morbilidad materna y perinatal entre parto eutócico y parto con fórceps profilácticos, comprobando que no hay aumento de la morbilidad en el parto eutócico cuando se compara con la utilización del fórceps profiláctico en pacientes con una cesárea previa.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Comprobar la seguridad del parto eutócico en pacientes con una cesárea previa.
- Demostrar que la morbilidad materna y perinatal no se afecta en el parto eutócico después de una cesárea cuando se compara con el uso de fórceps profilácticos.
- Modificar las normas y procedimientos del Instituto Nacional de Perinatología en cuanto a la aplicación de fórceps profiláctico en pacientes con una cesárea previa.

MATERIAL Y METODOS

En el Instituto Nacional de Perinatología se realizó un estudio prospectivo del 1º de octubre de 1993 al 30 de septiembre de 1994 con el fin de comparar la morbilidad materna y perinatal entre el parto eutócico y la utilización de fórceps profilácticos en pacientes con una cesárea previa.

Para tal fin, los grupos de comparación fueron divididos en 2: 100 pacientes con una cesárea previa con resolución del embarazo por parto eutócico y 100 pacientes con una cesárea previa con resolución del embarazo con aplicación de fórceps profilácticos.

La selección de las pacientes fue de manera aleatoria en el momento del segundo periodo del trabajo de parto, excluyendo a las pacientes en las cuales no se culminará con parto eutócico o hubiera alguna indicación diferente a la profilaxis por cesárea previa para la utilización de fórceps; en caso de utilizar fórceps profiláctico, en el grupo control, se utilizó únicamente el fórceps Simpson de Lee para evitar el sesgo que pudiera presentarse al utilizar diferentes instrumentos.

Para recolectar los datos a analizar de los grupos de estudio, se procedió de la siguiente manera: se revisaron las libretas en donde se deja constancia de los procedimientos

FORCEPS PROFILACTICO VS PARTO EUTOCICO EN PACIENTES CON UNA CESAREA PREVIA.
COMPARACION DE MORBILIDAD

quirúrgicos realizados diariamente en la unidad tocoquirúrgica durante el periodo mencionado con anterioridad, y de allí se extrajeron los datos de nombre y registro de las pacientes con parto vaginal después de cesárea, tanto eutócicos como con la utilización de fórceps profilácticos.

Se realizó un formulario (Ver página correspondiente) donde se vaciaría la información obtenida de los expedientes. El formulario se confeccionó con las variables independientes, intercurrentes y dependientes que se querían analizar y se recodificó con el fin de vaciarlos posteriormente en una computadora y realizar el análisis estadístico.

Así, se revisaron en el Archivo Clínico del Instituto Nacional de Perinatología un total de 400 expedientes que correspondían: 100 al grupo de estudio con los 100 expedientes correspondientes del neonato; y 100 expedientes del grupo control con los correspondientes 100 expedientes de los neonatos.

El formulario fue llenado por una sola persona (el investigador); posterior a la recolección de la información, se procedió a la confección de la base de datos para capturar la información, se realizó el directorio de variables y la codificación respectiva, de acuerdo a lo encontrado.

FORCEPS PROFILACTICO VS PARTO EUTOCICO EN PACIENTES CON UNA CESAREA PREVIA. COMPARACION DE MORBILIDAD

Se capturó la información en D-Base versión 3.0 y el análisis de los datos se llevó a cabo con el paquete SPSS + versión 3.0.

El análisis estadístico se llevó a cabo utilizando medidas de dispersión como la desviación estándar, medidas de tendencia central como la media, prueba de X^2 , distribuciones porcentuales y prueba de t no pareada.

Definición de variables: se tienen variables independientes, intercurrentes y dependientes.

Las variables independientes fueron:

- Parto eutócico después de cesárea: pacientes que tuvieron parto vaginal con feto en presentación cefálica, variedad de vértice, que culmina sin la necesidad de maniobras especiales y con el antecedente de una cesárea.
- Parto vaginal con aplicación de fórceps profiláctico por cesárea previa; pacientes en las que se aplicó fórceps Simpson de Lee en el parto vaginal, teniendo como única indicación para utilizarlos el antecedente de cesárea.

LAS VARIABLES DEPENDIENTES FUERON:

- **MORBILIDAD MATERNA:** definida como la presentación o no de desgarros vaginales o perineales, clasificados de acuerdo a las normas y procedimientos de Ginecología y Obstetricia del Instituto Nacional de Perinatología de la siguiente manera: Desgarros perineo-vaginales de primer grado, los cuales comprenden solamente la mucosa vaginal, la horquilla y la piel del perineo; los de segundo grado comprenden el cuerpo perineal, lesionando al músculo transverso del perineo y exponiendo al esfínter; los de tercer grado abarcan el cuerpo perineal con lesión al esfínter rectal y los músculos perineales profundos; si sólo lesionan al esfínter, se llaman incompletos; si el recto se encuentra abierto, se le considera completo.

Así mismo, dentro de la morbilidad materna se considera a la ruptura uterina, la cual se clasifica de acuerdo a las normas y procedimientos de Ginecología y obstetricia del Instituto Nacional de Perinatología, así: Ruptura espontánea, cuando no se ha realizado ningún procedimiento médico y ruptura traumática aquella en la que ha intervenido algún factor extrínseco (oxitócicos, parto pélvico, fórceps, versión uterina). Además se clasifica de acuerdo al grado de viscera involucrada así: Completas o incompletas; las primeras abarcan todo el espesor del músculo uterino y el peritoneo visceral. Las incompletas en cambio, no incluyen el peritoneo visceral. Totales o parciales: Las totales se consideran

cuando involucran tanto al segmento como al cuerpo uterino y las parciales sólo al segmento o al cuerpo uterino.

- **MORBILIDAD PERINATAL:** definida como la presencia de lesiones en el neonato, producidas por el fórceps o algún otro traumatismo por el paso a través del canal del parto. Así mismo por la valoración de Apgar al minuto y 5 minutos.

LAS VARIABLES INTERCURRENTES FUERON:

- * **TIEMPO DE LA CESAREA ANTERIOR:** definido como el tiempo transcurrido desde la resolución del embarazo por cesárea y la resolución del embarazo actual. Se expresó en años completos.

- * **EDAD GESTACIONAL:** definiéndose en semanas completas, cumplidas al momento del nacimiento a partir de la fecha de última menstruación, o en caso de desconocerse ésta última (edad gestacional incierta), la calculada por ultrasonografía.

- * **DURACION DEL TRABAJO DE PARTO** se definió como la cantidad de tiempo en horas desde que la paciente ingresó a la sala de trabajo de parto, hasta la resolución del evento obstétrico. Se expresó en horas completas.

OTRAS VARIABLES INTERCURRENTES QUE NO NECESITAN DEFINICION

SON:

- Evento obstétrico anterior
- Indicación de la cesárea anterior
- Patología materna
- Peso al nacimiento
- Calificación de Apgar
- Sexo del recién nacido
- Días de estancia hospitalaria
- Talla del recién nacido
- Condiciones de egreso del recién nacido
- Destino del recién nacido.
- Calificación de Silverman Anderson

CRITERIOS DE INCLUSION:

- Pacientes con una cesárea previa en segundo periodo del trabajo de parto
- Que no exista indicación para interrumpir el embarazo por vía abdominal, como en el caso de antecedentes de cesárea corporal previa, placenta previa, desprendimiento

FORCEPS PROFILACTICO VS PARTO EUTOCICO EN PACIENTES CON UNA CESAREA PREVIA.
COMPARACION DE MORBILIDAD

premature de placenta normoinserta, embarazo gemelar, sufrimiento fetal agudo, presentación pélvica, etc.

- Que no requiere fórceps indicado
- Embarazo de término

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Que no cumpla con los criterios de inclusión

CRITERIOS DE ELIMINACION:

- Cesárea de urgencia
- Fórceps indicados.

RESULTADOS

Descripción de la población general: se revisaron 200 expedientes de pacientes con una cesárea previa y resolución vía vaginal posterior, de los cuales 100 correspondían al grupo de parto eutócico y 100 al grupo de fórceps profilácticos; así mismo se revisaron los 200 expedientes correspondientes a los recién nacidos.

Los grupos se dividieron de la siguiente manera:

- Grupo 1: Parto distócico
- Grupo 2: Parto eutócico

Se usó prueba de t no pareada, media y desviación estándar para: edad gestacional, peso del recién nacido, talla del recién nacido, Apgar 1 y 5 minutos, Silverman Anderson, duración del trabajo de parto, días de hospitalización de la madre y el recién nacido y tiempo de la cesárea anterior, edad materna, gestas, paras y abortos.

En el resto de las variables se utilizó chi cuadrada (χ^2) y distribuciones porcentuales, haciendo cruce de variables.

Se considera P menor de 0.05 como estadísticamente significativa.

En cuanto a edad materna, la media para el grupo 1 fue de 28.16 años con una desviación estándar de 5.37 y para el grupo 2 la media fue de 28.09 años con desviación estándar de 5.14. Sin diferencia estadísticamente significativa ($P= 0.925$).

La distribución de gestaciones incluyendo el embarazo actual, fue de la siguiente manera:

Para el grupo 1, una media de 3,02 gestas con desviación estándar de 1.32 y para el grupo 2 una media de 3.11 con desviación estándar de 1.45. Sin diferencia significativa ($P 0.645$).

El número de partos previos tuvo en el grupo 1 una media de 0.51 con desviación estándar de 0.85 y para el grupo 2 la media fue de 0.73 con una desviación estándar de 1.19. Sin diferencia significativa ($P 0.13$).

El grupo 1 tuvo una media de 0.5 abortos previos, con una desviación estándar de 1.0 y el grupo 2 una media de 0.48 con desviación estándar de 0.82, sin diferencia significativa ($P 0.87$).

FORCEPS PROFILACTICO VS PARTO EUTOCICO EN PACIENTES CON UNA CFSAREA PREVIA.
COMPARACION DE MORBILIDAD

En lo referente a la edad gestacional en el embarazo actual, en el grupo uno se observó una media de 39.3 semanas con una desviación estándar de 1.10 y en el grupo 2 una media de 38.6 semanas con una desviación estándar de 1.30. Con una P significativa de 0.018.

En cuanto al peso de los recién nacidos, el grupo 1 tuvo una media de 3,177.27 gramos con desviación estándar de 391.25 y el grupo 2 una media de 3,062.20 gramos con una desviación estándar de 375.40; con una P significativa de 0.036.

La talla de los recién nacidos tuvo una P no significativa de 0.332 con una media de 51.63 cm con desviación estándar de 8.63 para el grupo 1 y una media de 50.53 cm con una desviación estándar de 7.30 para el grupo 2.

El Apgar al minuto en el grupo 1 tuvo una media de 7.94 con una desviación estándar de 1.04 y en el grupo 2 una media de 7.86 con desviación estándar de 0.53, con una P no significativa 0.49.

En relación al Apgar a los 5 minutos el grupo 1 tuvo una media de 8.93 con una desviación estándar de 0.38 y en el grupo 2 una media de 8.89 con una desviación estándar de 0.4; con una P no significativa de 0.22.

El Silverman Anderson en los recién nacidos tuvo una media en el grupo 1 de 1.58 con una desviación estándar de 0.75 y en el grupo 2 una media de 1.66 con desviación estándar de 0.63; con una P no significativa de 0.38.

La duración del trabajo de parto en el grupo 1 tuvo una media de 3.40 horas con una desviación estándar de 2.59 y en el grupo 2 una media de 3.27 horas con una desviación estándar de 1.60 horas; con P no significativa de 0.67.

En cuanto a los días de estancia hospitalaria del recién nacido, el grupo 1 tuvo una media de 1.15 días con desviación estándar de 0.56, y en el grupo 2 una media de 1.05 días con desviación estándar de 0.26; P no significativa de 0.099.

En el grupo 1 la media de días de hospitalización materna fue de 1.09 con una desviación estándar de 0.37 y en el grupo 2 una media de 1.05 días con una desviación estándar de 0.26; P no significativa de 0.38.

El tiempo transcurrido desde la cesárea anterior hasta el parto, tuvo una media de 4.39 años con una desviación estándar de 3.15 para el grupo 1 y una media de 4.58 años con desviación estándar de 3.63 para el grupo 2, con una P no significativa de 0.69.

FORCÉPS PROFILÁCTICO VS PARTO EUTÓCICO EN PACIENTES CON UNA CESÁREA PREVIA.
COMPARACIÓN DE MORBILIDAD

La indicación de la cesárea previa tuvo la siguiente distribución:

INDICACION	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
Desproporción céfalo-pélvica	74	37.0
Presentación pélvica	24	12.0
Sufrimiento fetal agudo	22	11.0
Preeclampsia	22	11.0
Desconocida	16	8.0
Ruptura prematura de membranas	13	6.5
Electiva	9	4.5
Pretérmino	4	2.0
Embarazo gemelar	4	2.0
Condilomatosis	3	1.5
Situación Transversa	3	1.5
Placenta previa	3	1.5
Desprendimiento prematuro de placenta	2	1.0
Retardo en el crecimiento intrauterino	1	0.5
T o t a l	200	100

FORCEPS PROFILACTICO VS PARTO EUTOCICO EN PACIENTES CON UNA CESARÍA PREVIA.
COMPARACION DE MORBILIDAD

50 pacientes tenían patología agregada al embarazo con la siguiente distribución:

PATOLOGIA	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
Preeclampsia	12	24.0
Asma bronquial	9	18.0
Incompetencia istmico-cervical	8	16.0
Epilepsia	5	10.0
Hipertensión arterial sistémica crónica	4	8.0
Diabetes gestacional	4	8.0
Hipotiroidismo	2	4.0
Artritis reumatoide	2	4.0
Lupus eritematoso sistémico	2	4.0
Migraña	2	4.0
Total	50	100

FORCEPS PROFILACTICO VS PARTO EUTOCICO EN PACIENTES CON UNA CESAREA PREVIA.
COMPARACION DE MORBILIDAD

El evento obstétrico anterior fue de la siguiente manera:

EVENTO OBSTETRICO	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
Parto	32	16.0
Cesárea	139	69.5
Aborto	29	14.5
Total	200	100

En cuanto a la presencia de trauma obstétrico en relación al tipo de parto, el grupo 1 (Parto distócico), tuvo 18 recién nacidos catalogados con trauma obstétrico representando el 18% de este grupo y el grupo 2 (Parto eutócico), sin reportes de trauma obstétrico; esto da una P de 0.00001 lo que lo hace altamente significativo. El porcentaje global de trauma obstétrico tomando en cuenta ambos grupos (200 pacientes) fue de 9%. Los 18 recién nacidos con trauma obstétrico fueron catalogados así, por la presencia de zonas equimóticas en la región malar, egresándose a las 24 horas de hospitalización en buenas condiciones. La simple huella de fórceps sin zonas equimóticas u otras lesiones asociadas no se consideró como trauma obstétrico.

FORCEPS PROFILACTICO VS PARTO EUTOCICO EN PACIENTES CON UNA CESAREA PREVIA.
COMPARACION DE MORBILIDAD

Referente al uso de oxitocina hubo tres grupos de pacientes: El primer grupo en el que no se utilizó oxitocina, el segundo en el cual se utilizó para inducir el trabajo de parto y el tercer grupo en el cual se utilizó oxitocina para conducción del trabajo de parto.

En el grupo que no se utilizó oxitocina, hubo un total de 33 pacientes, de las cuales 19 tuvieron parto distócico y 14 parto eutócico, esto representa el 19 y 14% para los grupos 1 y 2 respectivamente. Del total de 33 pacientes sin uso de oxitocina, 57.6% tuvieron parto distócico y 42.4% parto eutócico. De las 200 pacientes en total, el 9.6% no utilizó oxitocina y tuvieron parto distócico y el 7% parto eutócico sin oxitocina.

Se utilizó oxitocina para inducir el trabajo de parto en 3 pacientes, de las cuales 2 pertenecían al grupo 1 representando el 2% de este grupo y una pertenecía al grupo 2 representando el 1% de este grupo. Del total de las 200 pacientes, el 1% requirió oxitocina para inducción del trabajo de parto y tuvieron parto distócico y el 0.5% parto eutócico con inducción de oxitocina.

En cuanto al grupo en quienes se utilizó oxitocina para conducción del trabajo de parto, fueron 79 pacientes del grupo 1 representando el 79% de este grupo y 85 % de este grupo, haciendo un total de 164 pacientes, de estas pacientes, el 47.5% tuvo parto distócico y el 51.2% parto eutócico. De las 200 pacientes estudiadas, el 39.5% requirió oxitocina

para conducción del trabajo de parto y tuvieron parto distócico y el 42.5% tuvo parto eutócico con oxitocina para conducción del trabajo de parto.

La tasa de pacientes sin uso de oxitocina en general, fue del 16.5%, oxitocina para inducción del trabajo de parto en el 1.5% y en el 82% del total de las pacientes se uso oxitocina para conducción del trabajo de parto.

El total de desgarros encontrados en el total de partos fue de 41 desgarros lo que representa el 21%, de los cuales 25 fueron vaginales representando el 12.5% de todos los partos y el 60.9% del total de desgarros; 11 desgarros perineales de tercer grado incompleto lo que corresponde al 5.5% de todos los partos y al 26.8% de todos los desgarros; 5 desgarros del tercer grado completo que representa el 2.5% sobre todos los partos y el 12.1% de todos los desgarros. De todos estos desgarros, solamente uno perineal de tercer grado incompleto corresponde al grupo 2, y el resto al grupo 1; quien cuenta con el 97.5% de todos los desgarros.

Los residentes de primer año atendieron un total de 127 partos, lo que corresponde al 63.5% de los 200 partos, de estos 37 fueron distocias que corresponde al 18.5% y 90 eutocias que corresponde al 45% de todos los partos. En cuanto al porcentaje de atención por parte de estos residentes en cada grupo, atendieron 37% de partos del grupo 1 y el 90%

de los partos del grupo 2; en el grupo de distocias tuvieron 9 pacientes con desgarros vaginales que representa el 69.2% de todos los desgarros vaginoperineales de este grupo, 3 pacientes con desgarro perineal de tercer grado completo que representa el 7.7% de todos los desgarros de este grupo. En el grupo de eutocias (Grupo 2), los residentes de primer año tuvieron un desgarro perineal de tercer grado incompleto. P 0.26 no significativa. La tasa de desgarros en el grupo de los residentes de primer año en relación al total de partos fue de 7%.

Los residentes de segundo año atendieron un total de 68 partos que representa el 34% de todos los partos en estudio, de los cuales fueron 59 distocias que representan el 29.5% de todos los partos y 9 eutocias que representan el 4.5% de todos los partos. Ellos atendieron el 59% de partos del grupo 1 y el 9% de partos del grupo 2.

De las pacientes atendidas por los residentes de segundo año, solamente presentaron desgarros vaginoperineales las del grupo 1, siendo 16 pacientes con desgarro vaginal, lo que corresponde al 59.3% del total de distocias atendidas por residentes de segundo año. Siete pacientes con desgarro de tercer grado incompleto del periné, lo que representa el 25.9% y 4 desgarros de tercer grado completo del periné, que representa el 14.8% de todas las distocias atendidas por residentes de segundo año.

El total de desgarros en este grupo fue de 27 pacientes, lo que corresponde al 13.5% del total de partos.

Los residentes de tercer año atendieron un total de 5 partos, lo que representa el 2.5% de todos los partos, de los cuales 4 fueron distócicos que representa el 2% del total de partos y 1 eutócico que representa el 0.5% de todos los partos. En este grupo no se presentaron desgarros vagino-perineales

Al comparar la presencia de desgarros con los residentes de primer y segundo año no hubo diferencia significativa $P = 0.77$.

Cuando se comparó la presencia de desgarros con la patología materna se encontró lo siguiente: Una paciente con hipotiroidismo presentó desgarro de tercer grado incompleto, lo mismo que dos pacientes con artritis reumatoide, en cuanto a desgarros vaginales los presentaron tres pacientes con preeclampsia, una con incompetencia ístmico cervical y 2 con hipertensión arterial sistémica crónica, con una P no significativa de 0.06.

En cuanto a la relación de desgarros con complicaciones en el puerperio estas ocurrieron en el puerperio inmediato, las cuales fueron las siguientes: una paciente presentó

shock hipovolémico secundario a hemorragia por desgarro vaginal y dehiscencia de histerorrafia y una paciente con hemorragia asociada a desgarros vaginales.

Los desgarros vagino-perineales en relación a la duración del trabajo de parto de 1 a 3 horas presentaron: 18 desgarro vaginal, 5 desgarros de tercer grado incompleto y 3 desgarro de tercer grado completo, representando el 61.9% de todos los desgarros y el 13% de desgarros en el total de pacientes. 12 pacientes con duración de trabajo de parto de 4 a 6 horas presentaron: 8 desgarro vaginal, 2 desgarro perineal de tercer grado incompleto y 2 con desgarro de tercer grado completo, representando el 28.5% de los desgarros y el 6% en el total de las pacientes. 4 pacientes con duración del trabajo de parto de 7 a 9 horas, de las cuales las cuatro presentaron desgarro de periné de tercer grado incompleto, lo que representa el 9.6% de todos los desgarros y el 2% de desgarros en relación al total de las pacientes. Con P significativa de 0.005.

Al comparar los días de hospitalización de la madre y el recién nacido con el tipo de parto, no se encontró diferencia significativa.

Tampoco hubo diferencia significativa al comparar la presencia de trauma obstétrico y el médico que atendió el parto: 9 recién nacidos con trauma obstétrico atendidos por residentes de primer año y 9 por residentes de segundo año, todos en el grupo de parto

distócico, en ambos grupos el trauma obstétrico representa el 4.5% de todos los partos, siendo un total de 9% de trauma obstétrico en las 200 pacientes.

Se presentaron durante el estudio dos dehiscencias de histerorrafia detectadas por exploración manual transcervical postparto inmediato: una dehiscencia en el grupo de fórceps, la cual fue incompleta, parcial, con shock hipovolémico secundario a hemorragia, que ameritó histerectomía total abdominal, egresándose a la paciente en buenas condiciones al cuarto día post operatorio. La segunda dehiscencia de histerorrafia también fue incompleta, parcial; en esta no existió hemorragia, por lo que se dio manejo expectante, egresándose a la paciente a las 24 horas post parto, acudiendo a consulta de control del puerperio a los 40 días post parto sin evidencia de complicaciones, esta paciente perteneció al grupo de parto eutócico.

La descripción de cada paciente es la siguiente:

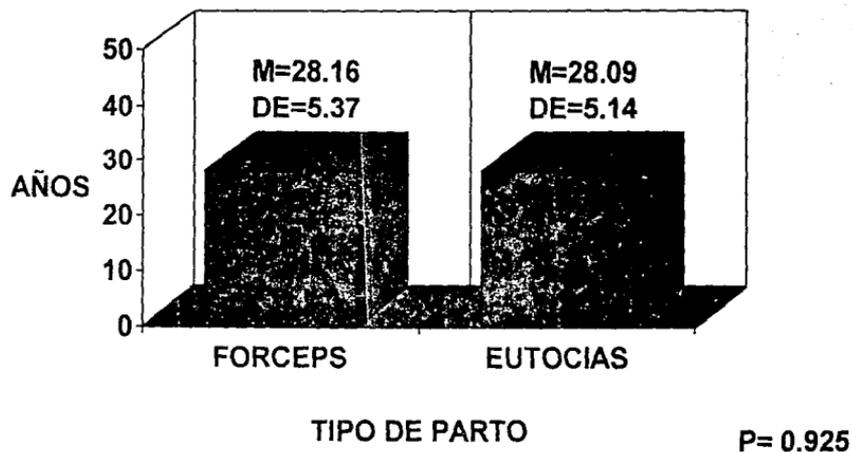
Caso 1: 29 años de edad, gestas 3, abortos 1, cesárea 1, embarazo de 39.6 semanas de gestación, evento obstétrico previo: cesárea indicada por desproporción céfalo-pélvica, sin patología materna, 3 años de intervalo desde la cesárea hasta el parto actual, con tres horas de duración del trabajo de parto, se utilizó oxitocina para conducción del trabajo de parto, obteniéndose un recién nacido femenino, peso 3,500 gramos, talla 50 cm , Apgar 9/9,

Silverman Anderson de 2, que pasa a cunero y se egresa con la madre en buenas condiciones. La paciente amerita histerectomía total abdominal por dehiscencia de histerorrafia, ameritando transfusión de concentrados globulares por shock hipovolémico.

Caso 2: 21 años de edad, gesta 2, cesárea 1, cesárea previa dos años anteriores al parto actual, indicada por embarazo pretérmino con ruptura prematura de membranas, con embarazo actual de 37.2 semanas, sin patología materna, con una hora de duración del trabajo de parto, en la cual no se utilizó oxitocina, obteniéndose un recién nacido masculino, con peso de 2,925 gramos, talla de 50 centímetros, Apgar 8/9, Silverman Anderson de 2, el cual pasa a cunero y se egresa con su madre a las 24 horas post parto en buenas condiciones. En esta paciente no fue necesario realizar laparotomía ya que la dehiscencia de histerorrafia no produjo hemorragia y se dio manejo expectante egresándose a la paciente a las 24 horas post parto sin complicaciones.

EDAD MATERNA

GRAFICA 1

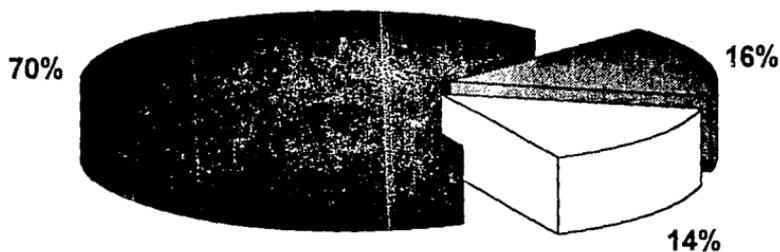
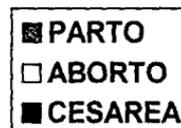


M= MEDIA

DE= DESVIACION ESTANDAR

EVENTO OBSTETRICO ANTERIOR

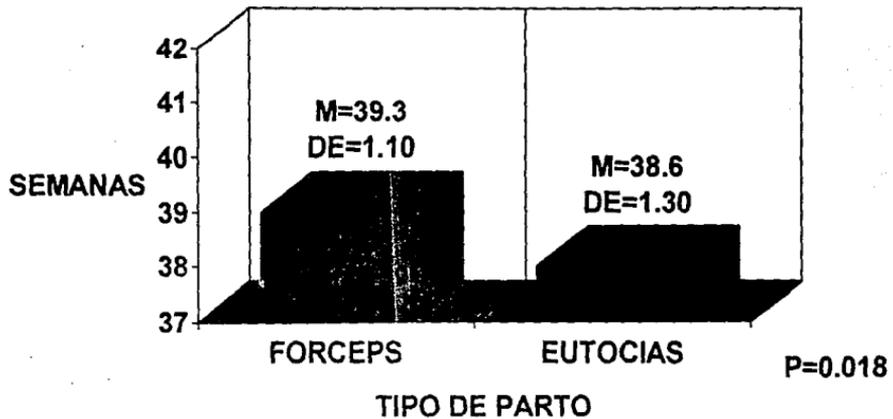
GRAFICA 2



n= 200

EDAD GESTACIONAL

GRAFICA 3

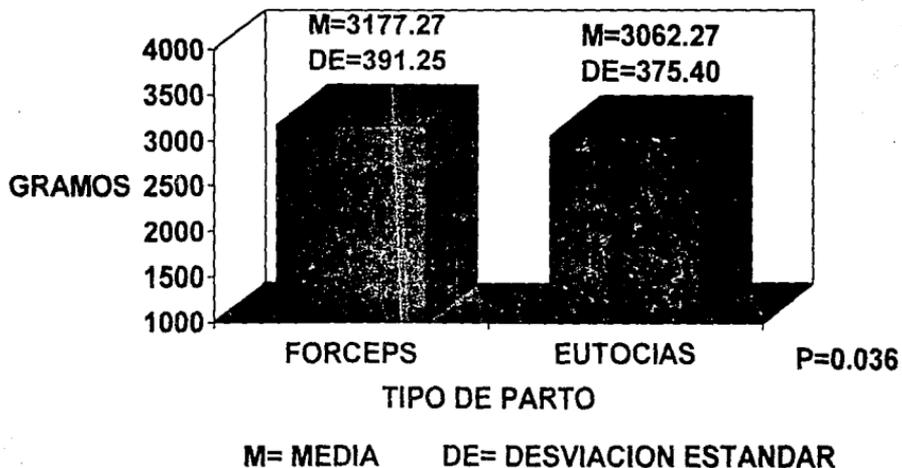


M= MEDIA

DE= DESVIACION ESTANDAR

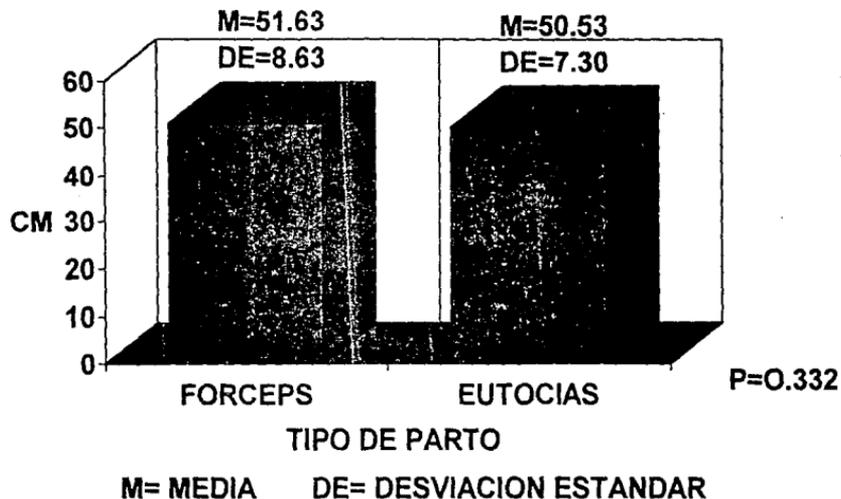
PESO DE LOS RECIEN NACIDOS

GRAFICA 4



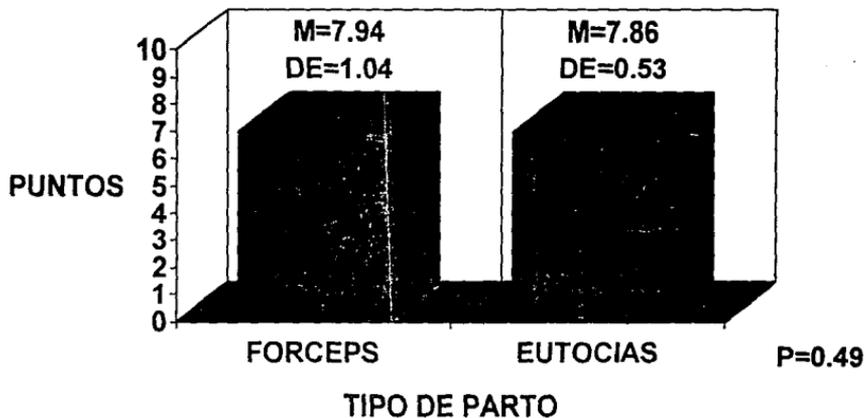
TALLA DE LOS RECIEN NACIDOS

GRAFICA 5



APGAR 1 MINUTO

GRAFICA 6

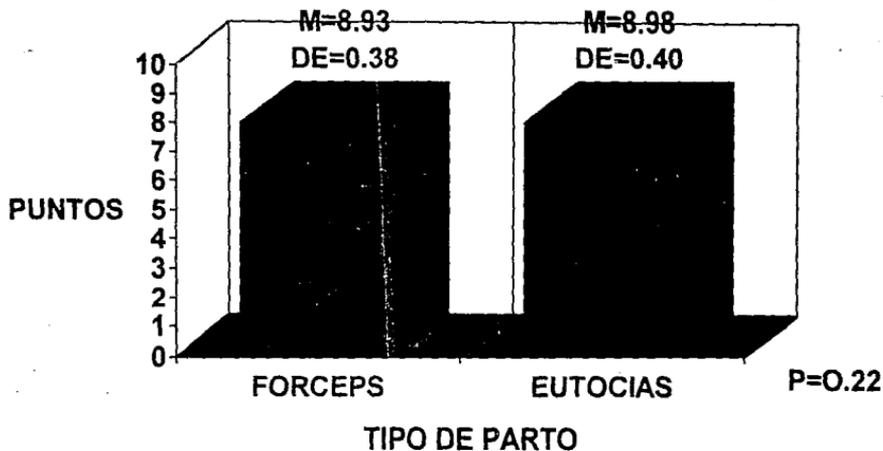


M= MEDIA

DE = DESVIACION ESTANDAR

APGAR 5 MINUTOS

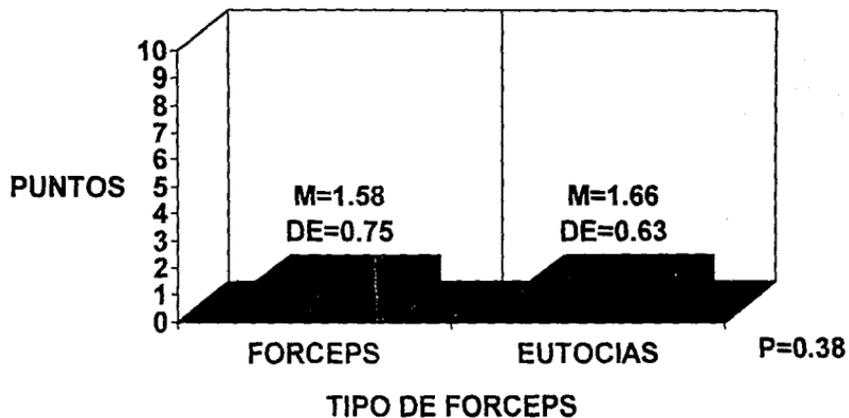
GRAFICA 7



M= MEDIA DE= DESVIACION ESTANDAR

SILVERMAN ANDERSON

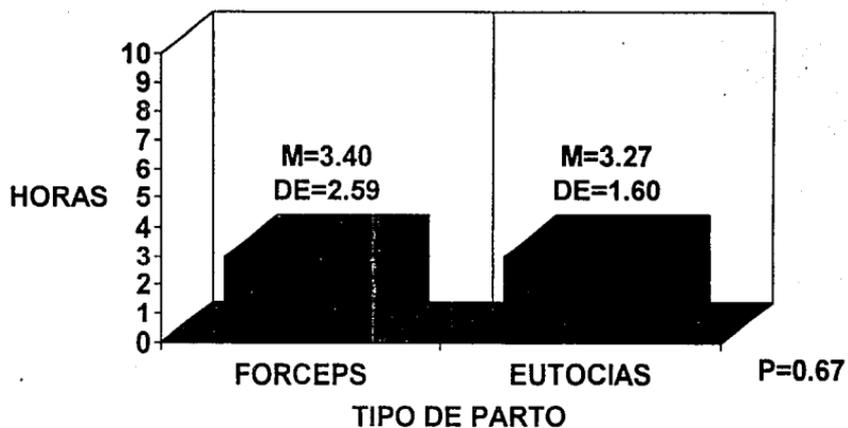
GRAFICA 8



M= MEDIA DE = DESVIACION ESTANDAR

DURACION DEL TRABAJO DE PARTO

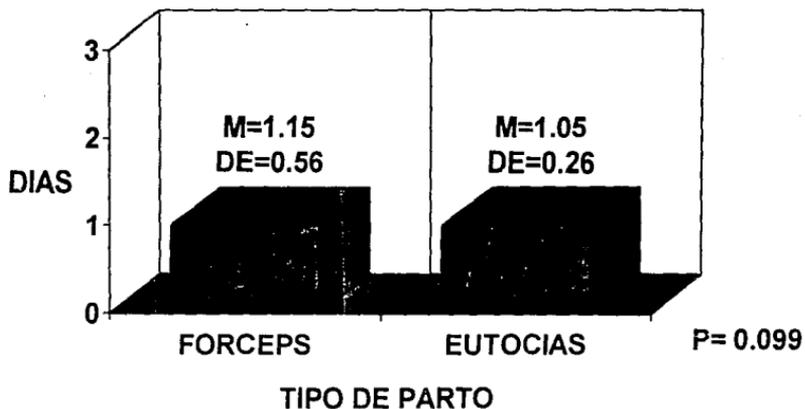
GRAFICA 9



M= MEDIA DE= DESVIACION ESTANDAR

DIAS DE HOSPITALIZACION DEL RECIEN NACIDO

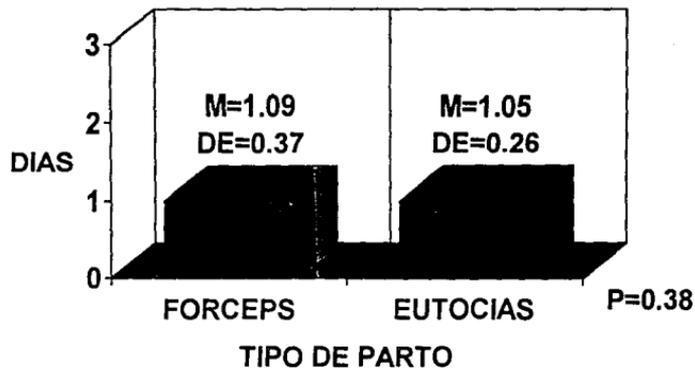
GRAFICA 10



M= MEDIA DE= DESVIACION ESTANDAR

DIAS DE HOSPITALIZACION MATERNA

GRAFICA 11

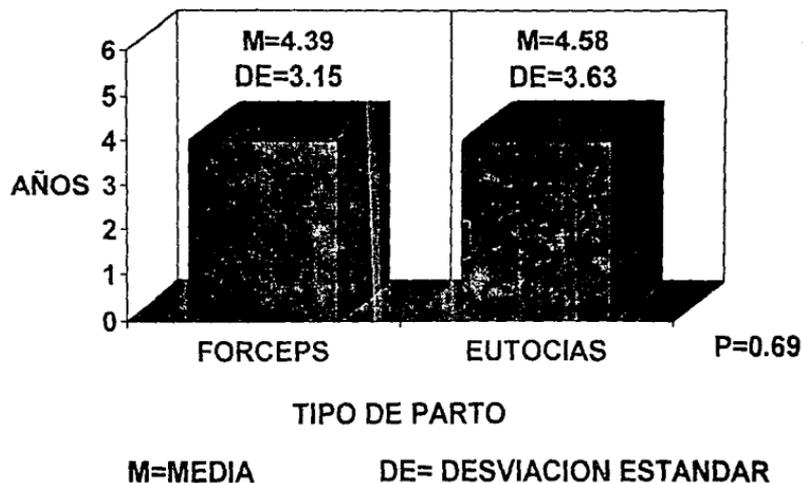


M= MEDIA

DE= DESVIACION ESTANDAR

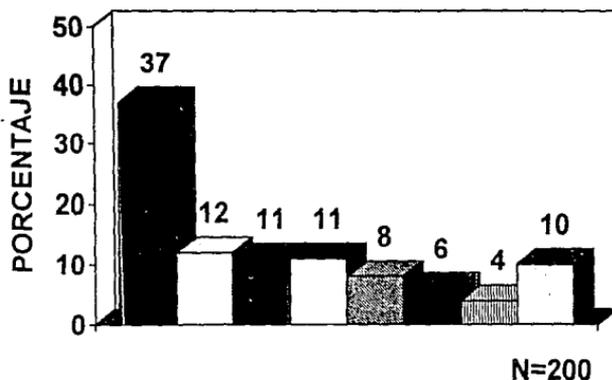
TIEMPO DE LA CESAREA ANTERIOR

GRAFICA 12



INDICACION DE LA CESAREA PREVIA

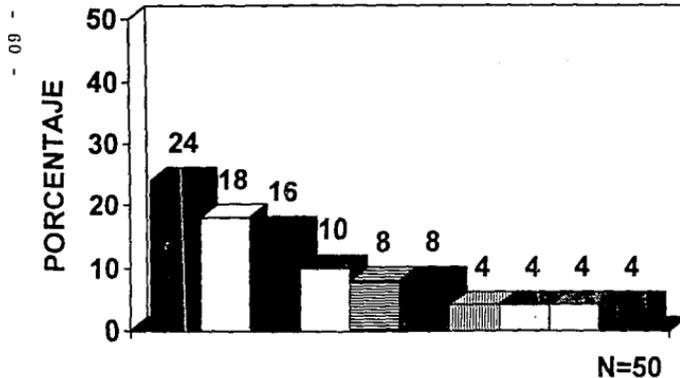
GRAFICA 13



- DESPROPORCION CEFALO PELVICA
- PRESENTACION PELVICA
- SUFRIMIENTO FETAL AGUDO
- PREECLAMPSIA
- DESCONOCIDA
- RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS
- ▨ ELECTIVA
- OTRAS

PATOLOGIA MATERNA

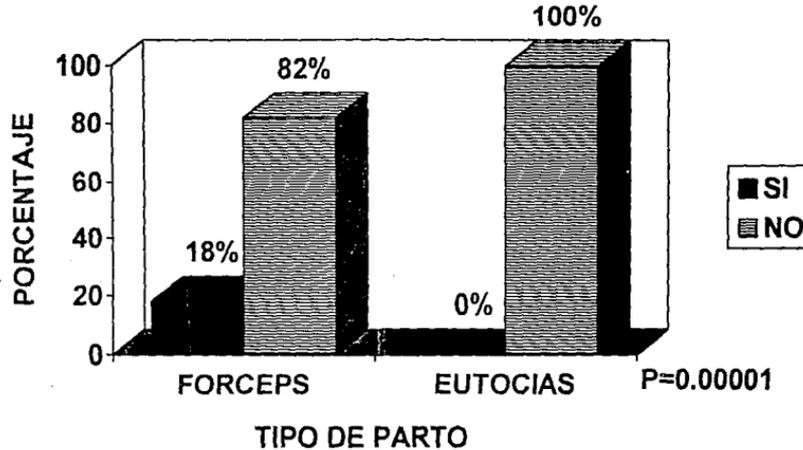
GRAFICA 14



- PREECLAMPSIA
- ASMA BRONQUIAL
- INCOMPETENCIA ISTMICO CERVICAL
- EILEPSIA
- ▨ HIPERTENSION CRONICA
- DIABETES GESTACIONAL
- ▨ HIPOTIROIDISMO
- ARTRITIS REUMATOIDE
- LUPUS ERITEMATOSO
- MIGRAÑA

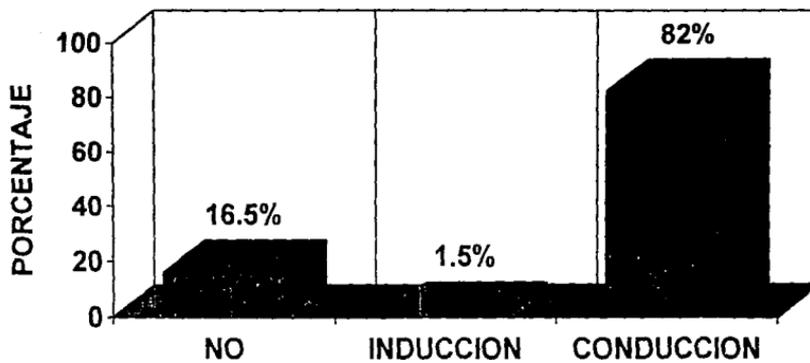
RELACION ENTRE TRAUMA OBSTETRICO Y TIPO DE PARTO

GRAFICA 15



OXITOCINA

GRAFICA 16

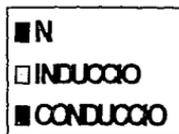


N=200

USO DE OXITOCINA POR TIPO DE PARTO

GRAFICA 17

- 63 -



FORCEPS

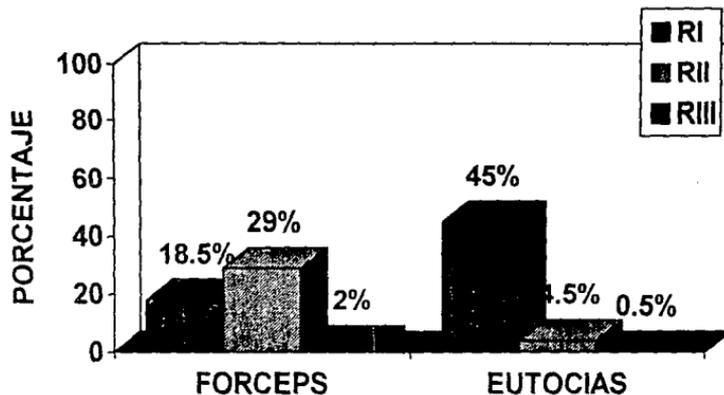


EUTOCIA

P=0.518

MEDICO QUE ATENDIO EL PROCEDIMIENTO

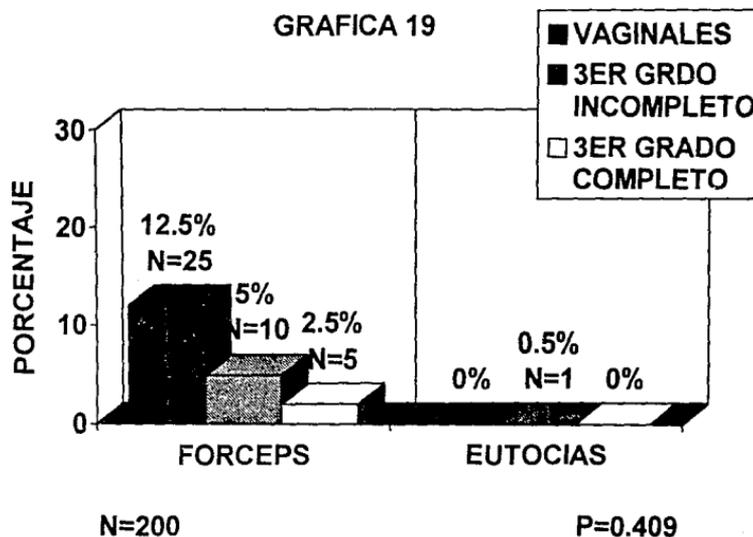
GRAFICA 18



N=200

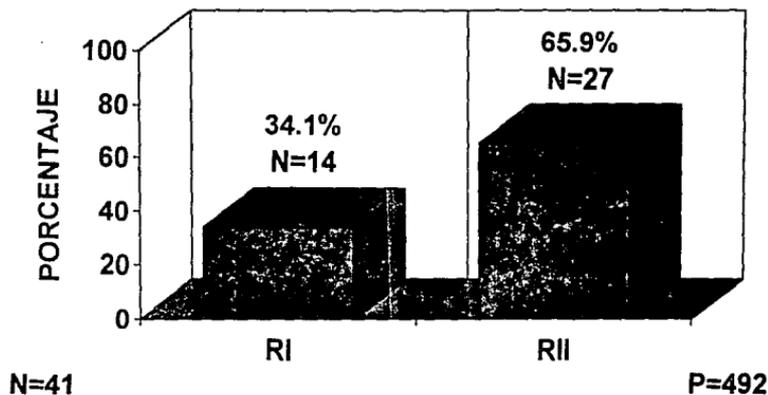
RELACION ENTRE TIPO DE PARTO Y DESGARROS VAGINALES Y PERINEALES

GRAFICA 19



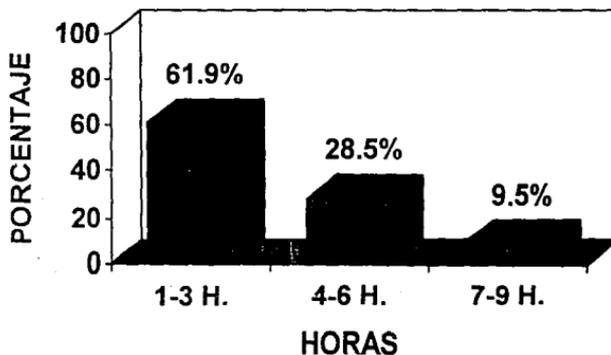
RELACION ENTRE DESGARROS Y MEDICO QUE ATENDIO EL PROCEDIMIENTO

GRAFICA 20



RELACION ENTRE DESGARROS Y DURACION DEL TRABAJO DE PARTO

GRAFICA 21



N=200

P=0.005

**TITULO DE LA TESIS: "FORCEPS PROFILACTICO VS PARTO EUTOCICO EN
PACIENTES CON UNA CESAREA PREVIA. COMPARACION DE MORBILIDAD"**

NOMBRE: _____

REGISTRO: _____

EDAD MATERNA: _____ GESTA: _____ PARTO: _____ ABORTO: _____ CESAREA: _____ ECTOPICO: _____

TIEMPO DE LA CESAREA ANTERIOR: _____ INDICACION DE LA CESAREA PREVIA: _____

EVENTO OBSTETRICO ANTERIOR: _____

EDAD GESTACIONAL EN EL EMBARAZO ACTUAL: _____

PATOLOGIA MATERNA: NO: _____ SI: _____

USO DE OXITOCINA EN EL TRABAJO DE PARTO: _____

NO: _____ SI: _____ INDUCCION _____ CONDUCCION: _____

DURACION DEL TRABAJO DE PARTO: _____

RECIEN NACIDO: MASCULINO _____ FEMENINO _____ PESO: _____ TALLA: _____

APGAR 1' : _____ 5' : _____ SILVERMAN ANDERSON: _____

TRAUMA OBSTETRICO: NO _____ SI: _____

DESTINO DEL RECIEN NACIDO:

ALOJAMIENTO CONJUNTO _____ UCIREN _____ UCIN _____

DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA DEL RECIEN NACIDO: _____

CONDICIONES DE EGRESO DEL RECIEN NACIDO:

SANO: _____ ENFERMO: _____

COMPLICACIONES DEL PARTO:

DESGARROS: CERVICALES _____ VAGINALES _____

PERINEALES: I: _____ II: _____ III: _____ IV: _____

MEDICO QUE ATENDIO EL PROCEDIMIENTO: RI: _____ RII: _____ RIII: _____ RIV: _____ ADSCRITO: _____

DEHISCENCIA DE HISTERORRAFIA: NO _____ SI _____

DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA MATERNA: _____ COMPLICACIONES EN EL PUERPERIO:

INMEDIATO:

MEDIATO:

TARDIO:

DISCUSION

El objetivo principal del presente estudio fue comparar la morbilidad entre el parto eutócico y el parto con fórceps profilácticos en pacientes con una cesárea previa. Por medio de la comparación anterior se pretendió demostrar que el parto vaginal eutócico después de cesárea es tan seguro para la madre y el recién nacido como con el parto con fórceps profiláctico por cesárea previa.

En vista de la alta tasa de cesárea actualmente en el mundo (24), en 1980 los National Institutes of Health celebraron su Consensus Development Conference on Cesarean Childbirth, el cual recomendó el trabajo de parto para mujeres con cesárea previa y habló de su seguridad. Casi por el mismo tiempo, en 1982, el American College of Obstetricians and Gynecologist publicó sus lineamientos, que más tarde actualizó en 1985, para promover el trabajo de parto y el parto vaginal después de cesárea.

Existen diferentes estudios entre los que destaca el de Cowan y colaboradores (5) quienes demuestran la seguridad del parto eutócico después de cesárea.

Por todo lo anterior, se justifica la realización del presente estudio en el Instituto Nacional de Perinatología, en donde por norma institucional se utiliza el fórceps profiláctico

en pacientes con cesárea previa, sin contemplarse la posibilidad de parto eutócico en este tipo de pacientes.

El análisis del presente estudio confirmó la baja morbilidad materna y perinatal del parto vaginal eutócico en pacientes con cesárea previa, comparativamente con el parto con fórceps en este tipo de pacientes.

Al comparar la edad materna en ambos grupos, no se encontró diferencia significativa, lo mismo que en la distribución de los antecedentes obstétricos de las pacientes de ambos grupos (parto eutócico Vs parto distócico).

En cuanto a la edad gestacional, hubo diferencia significativa (P 0.018) entre ambos grupos, siendo mayor en el grupo de parto distócico (media de 39.3 semanas) que en el grupo de parto eutócico (media de 38.6 semanas); sin embargo esto no resulta relevante, dado que en ambos grupos se trató de embarazos de término. Así mismo el peso de los recién nacidos también fue mayor en el grupo de parto, distócico (media de 3177,22 gramos) en comparación con el grupo de parto eutócico (media de 3,063.20 gramos) con diferencia significativa (P 0.036); por esto podría esperarse mayor incidencia de desgarros vaginal-perineales en el grupo de parto distócico, sin embargo al comparar ambos grupos en

cuanto a la presencia de desgarros no se obtuvo diferencia significativa. La talla de los recién nacidos no tuvo diferencia significativa al comparar ambos grupos.

El apgar al minuto y 5 minutos son dos variables dependientes importantes para valorar la morbimortalidad perinatal, sin embargo, aquí consideramos el Apgar a los 5 minutos porque es el que mejor refleja el estado de hipoxia in útero. En el estudio, la media de Apgar bajo en el grupo de parto distócico fue de 7.94 al minuto y 8.93 a los 5 minutos, en el grupo de parto eutócico hubo una media de 7.86 al minuto y 8.98 a los 5 minutos, sin diferencia significativa, con una incidencia de 4% de Apgar menor a 6 al minuto en el grupo de parto distócico, sin Apgar menor de 6 a los 5 minutos en este mismo grupo, en el grupo de parto eutócico no hubo calificaciones de Apgar menor de 6 al minuto ni a los 5 minutos; ésto está por debajo de lo reportado en la literatura, donde reportan incidencias de Apgar bajo en el 2.3% de los pacientes nacidos por vía vaginal, hijos de madres con cesárea previa (3, 9, 35); por lo que se demuestra la seguridad del parto eutócico después de cesárea.

La calificación de Silverman Anderson no tuvo diferencia significativa al comparar ambos grupos de recién nacidos, con una media para el grupo 1 de 1.58 y de 1.66 en el grupo 2; este resultado era de esperarse por tratarse de embarazos de término y que la mayoría de las pacientes no presentaba patología que pudiera relacionarse con síndrome de dificultad respiratoria.

En cuanto a los días de hospitalización materna y neonatal, el promedio fue de un día en ambos grupos, sin diferencia significativa, solamente una paciente permaneció cuatro días hospitalizada por cuidados del post operatorio de histerectomía obstétrica indicada por dehiscencia de histerorrafa con Shock hipovolémico en el grupo de parto con fórceps, esto pone de manifiesto que en ambos grupos el resultado del evento obstétrico es favorable pudiéndose egresar a la paciente a las 24 horas del puerperio, así mismo, la dehiscencia de histerorrafa queda dentro del rango reportado de porcentaje de dehiscencia de histerorrafa que va del 0 al 3.5% (2, 9, 11, 15, 18, 34, 35).

El tiempo transcurrido desde la cesárea anterior hasta el parto actual tuvo una media de 4.39 años para el grupo 1 y 4.58 años para el grupo 2. Es importante hacer notar que en ambos grupos el promedio de periodo intergenésico fue mayor del recomendado y aceptable entre un embarazo y otro, el cual es de dos años.

La duración del trabajo de parto tuvo una media de 3.40 horas en el grupo 1 y 3.27 horas en el grupo 2; este tiempo realmente es variable según lo reportado en la literatura, dependiendo de los antecedentes obstétricos de la paciente, pero aquí probablemente, sea más corto que lo usual como consecuencia de la conducción del trabajo de parto con oxitocina en el Instituto, esto debido a que secundariamente al bloqueo peridural, que se

realiza a toda paciente en trabajo de parto en el instituto, las contracciones uterinas se pueden tornar irregulares o esporádicas, necesitando el uso de oxitocina para regularizarlas.

La indicación más frecuente de la cesárea anterior fue por desproporción céfalo-pélvica en un 37%, seguido por presentación pélvica en un 12%, sufrimiento fetal agudo en 11% lo mismo que preeclampsia, desconocida en un 8%, ruptura prematura de membranas en 6.5%, electiva en 4.5%, embarazo pretérmino y embarazo gemelar 2%, condilomatosis, situación transversa y placenta previa en 1.5%, desprendimiento prematuro de placenta normoinsera 1% y retardo en el crecimiento intrauterino en 0.5%. Según algunos autores, en general, el 65 a 75% de las pacientes con cesárea previa por desproporción céfalo-pélvica, tienen posteriormente parto vaginal (5, 26). En el caso del presente estudio, los resultados no son valorables ya que las pacientes fueron incluidas en el segundo período de trabajo de parto, por lo que se desconoce el dato del total de pacientes que ingresan a UTQ para trabajo de parto con antecedente de una cesárea por desproporción céfalo-pélvica, y de estas, cuales terminan en parto y cuales en cesárea repetida por desproporción céfalo-pélvica o alguna otra indicación. Lo que si se puede observar es que, como se reporta en otros estudios, la indicación más frecuente de primera cesárea es por desproporción céfalo-pélvica (5, 12, 15, 18, 35).

Se encontraron 50 pacientes con patología, de las cuales la más frecuente fue la preeclampsia en un 24%, seguida por asma bronquial 18% e incompetencia istmico cervical y epilepsia en 10%, hipertensión crónica y diabetes gestacional 8%, hipotiroidismo, artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico y migraña en un 4%, no se encontró relación entre la patología materna y la presencia de desgarros vaginoperineales, aunque se encontró una P muy cercana a la significancia (0.06), esto tomando en cuenta el pequeño número de pacientes con patología en el estudio, ameritaría realizar un estudio con mayor número de pacientes para buscar correlación entre estas dos variables.

El Concensus Conference y el ACOG, mencionan que las pacientes que tienen el antecedente de parto vaginal post cesárea, tienen mayor riesgo de presentar dehiscencia de histerorrafia en un parto posterior, en este estudio el 16% de las pacientes tenían este antecedente sin que se presentara dehiscencia de histerorrafia en ninguna.

Se encontró una incidencia de trauma obstétrico en el 18% de los recién nacidos del grupo de parto con fórceps, mientras que en los recién nacidos del grupo de parto eutócico no se presentó esta complicación. Esto demuestra una diferencia altamente significativa con $P < 0.00001$; demostrándose así el beneficio y disminución de la morbilidad perinatal en los recién nacidos obtenidos por parto eutócico en pacientes con una cesárea previa.

En el estudio se utilizó oxitocina para conducción del trabajo de parto en el 82% de las pacientes, para inducción del trabajo de parto en el 1.5% y no se usó oxitocina en el 16.5%. En el Instituto se utiliza oxitocina para conducción del trabajo de parto, bajo vigilancia estrecha, ya que secundariamente al bloqueo peridural, este trabajo de parto se torna irregular en la mayoría de las pacientes. Se desconoce la indicación de inducción del trabajo de parto en las tres pacientes sometidas a este procedimiento: A las pacientes que no se les administró oxitocina fue por haber llegado a la unidad tocoquirúrgica en período expulsivo o presentar actividad uterina adecuada a pesar del bloqueo peridural. No se encontró diferencia significativa al comparar ambos grupos en lo referente a esta variable, así mismo, se corrobora lo descrito en diversos estudios (4, 6, 7, 10, 21, 22, 23, 25) referente a que la oxitocina no aumenta la incidencia de dehiscencia de histerorrafia, la cual ocurrió sólo en dos pacientes del estudio, una con oxitocina para conducción del trabajo de parto y la otra sin oxitocina.

La tasa de desgarros vagino perineales fue de 21% en general, de estos, el 60.9% fueron desgarros vaginales, 26.8% perineales de tercer grado incompleto y el 12.1% perineales de tercer grado completo. El 97% de todos los desgarros perteneció al grupo de parto con fórceps. Esto apoya nuevamente las ventajas del parto eutócico sobre el distócico en pacientes con cesárea previa.

No se encontró diferencia significativa entre la jerarquía del médico que atendió el procedimiento, que en su totalidad fue por residentes, y la presencia de desgarros, lo cual era de esperarse ya que en el Instituto todos los procedimientos son supervisados.

En el estudio se encontró mayor incidencia de desgarros vagino-perineales en las pacientes que permanecieron de 1 a 3 horas en trabajo de parto, sin embargo, esto no es valorable ya que la cuantificación de las horas de trabajo de parto se inició al momento en que la paciente ingresó a la unidad de tococirugía y la dilatación cervical en cada paciente a su ingreso es variable; para determinar una relación correcta entre las dos variables (desgarros-duración del trabajo de parto) es necesario precisar el tiempo en cada paciente entre el inicio de actividad uterina regular y el parto.

La incidencia de dehiscencia de histerorrafia encontrada en el estudio fue de 1% lo cual se encuentra dentro de lo descrito en diferentes trabajos publicados (2, 9, 11, 15, 18, 34, 35) quienes reportan una incidencia del 0 al 3.5%. No se encontró diferencia significativa al comparar el grupo de distocias con el de eutocias en cuanto a dehiscencia de histerorrafia. Esto apoya lo descrito por Cowan y colaboradores (5) referente a que el parto eutócico en pacientes con cesárea previa no aumenta la morbimortalidad materna ni perinatal. No hubo muertes maternas, fetales ni neonatales en el estudio.

Mediante el análisis y discusión anteriormente expuesta, se pudo comprobar que el parto eutócico post-cesárea es un procedimiento seguro y que no aumenta la morbimortalidad materna o neonatal; sin embargo, debe de recordarse que los resultados favorables del parto eutócico post-cesárea dependen de la selección adecuada de las pacientes candidatas al procedimiento, de vigilancia cuidadosa del trabajo de parto con monitoreo fetal electrónico y de una adecuada atención del procedimiento obstétrico.

También se observó que en el grupo de pacientes con parto con fórceps, la incidencia de desgarros vaginales y perineales fue mayor que en el grupo de parto eutócico, lo mismo que la presencia de trauma obstétrico en el recién nacido, el cual sólo se presentó en el grupo de parto con fórceps; tomando en cuenta todo lo anteriormente expuesto, no existe justificación alguna para que continúe en la norma institucional la indicación de fórceps profilácticos en pacientes con cesárea previa, no solamente porque está demostrado que el parto eutócico post cesárea es seguro, sino también porque en algunas pacientes la utilización del fórceps profiláctico por cesárea previa, aumenta la morbilidad materna y neonatal cuando se compara con el parto eutócico.

CONCLUSIONES

1.- El parto eutócico en pacientes con una cesárea previa, es un procedimiento que no aumenta la morbilidad materna ni perinatal.

2.- El resultado favorable del parto eutócico después de cesárea, depende en gran parte de una selección adecuada de las pacientes candidatas al procedimiento, vigilancia cuidadosa del trabajo de parto con monitoreo fetal electrónico y atención del parto por personal capacitado.

3.- El parto con fórceps profilácticos por cesárea previa tiene una morbilidad materna y perinatal mayor en cuanto a desgarros vaginales y perineales y la presencia de trauma obstétrico en el recién nacido cuando se compara con el parto eutócico post cesárea.

4.- El uso de oxitocina durante el trabajo de parto en pacientes con una cesárea previa no aumenta la morbimortalidad materna ni perinatal.

5.- La incidencia de dehiscencia de histerorrafia post parto en pacientes con una cesárea previa es similar en el parto eutócico y en el parto con fórceps profilácticos.

6.- Dado que está demostrado que el parto eutócico post cesárea no aumenta la morbilidad materna ni perinatal, y que en algunas pacientes el uso de fórceps aumenta la incidencia de desgarros vaginales y perineales, así como la presencia de trauma obstétrico en el recién nacido, no hay justificación para que en la norma institucional continúe la indicación del uso de fórceps profilácticos en pacientes con una cesárea previa, por lo que debe de valorarse su modificación.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

BIBLIOGRAFIA

1. Anulkumar S, Chua S, et al; Symptoms and signs with scar rupture value of uterine activity measurements.
Aus NZJ Obstet Gynaecol; 1992; 32: 208-12.
2. Beckley S, GeeH, et al; Scar rupture in labor after previous lower uterine segment cesarean section: the role of uterine activity measurement.
Br J Obstet Gynaecol; 1991; 98: 265-69.
3. -Burt R, Vaugahn T, et al; Evaluating risks of cesarean section: Low Appgar scores in repeat C-section and vaginal deliveries.
Am J Public Health; 1988; 78: 1312-314.
4. -Carlsson C, Nybell-Lindahl G, et al; Extradural block in patients who have previously undergone cesarean section.
Am J Obstet Gynecol 1990; 134: 112.
5. -Cowan R, Kinch R, et al; Trial of labor following cesarean delivery.
Obstet Gynecol 1994; 83: 933-6.
6. Demianczuk N, Hunter D, et al; Trial of labor after previous cesarean section: prognostics indicators of outcome.

FORCEPS PROFILACTICO VS PARTO EUTOCICO EN PACIENTES CON UNA CESAREA PREVIA-
COMPARACION DE MORBILIDAD

- Am J Obstet Gynecol 1982; 142: 640.
7. - Eglinton G, Phelan J, et al; Outcome of a trial of labor after prior cesarean delivery.
J Reprod Med 1984; 29: 3.
8. - Farmakides G, Duvivier R, et al; Vaginal birth after two or more previous cesarean
section.
Am J Obstet Gynecol; 1987; 156: 565-6.
9. - Farmer R, Kirschbaun, et al; Uterine rupture during trial of labor after previous cesarean
section.
Am J Obstet Gynecol; 1991; 165: 996-1001.
10. -Flamm B, Dunnett C, et al; Vaginal delivery following cesarean section: use of
oxytocin augmentation and epidural anesthesia.
Am J.Obstet Gynecol 1984; 148: 759.
11. -Flamm B, Lim O, et al; vaginal birth after cesarean section: Results of a multicenter
colaborative study.
Am J Obstet Gynecol; 1988; 158: 1079-84.

12. - Flamm B, Newman R, et al; Vaginal birth after cesarean delivery: Results of a 5 year multicenter co- laborative study.
Am J Obstet Gynecol; 1990; 76: 750-54.
13. - Gibbs C; Parto planeado después de operación cesárea.
Clínicas obstétricas y ginecológicas. Actualización sobre obstetricia operatoria
Volumen 2, primera edic. Editorial Interamericana, 1980, Madrid.
14. - Kakobi P, Simmer E, et al; Oxytocin administration and uterine exploration in the management of vaginal birth after cesarean. Not routine procedures.
Am J Obstet Gynecol; 1989; 1538-9.
15. - Jarell M, Ashmead G, et al; Vaginal delivery after cesarean section: a five year study.
Obstet Gynecol; 1985; 65: 628-31.
16. - Jones R, Nagashima A, et al; Rupture of low transverse cesarean scars during trial of labor.
Obstet Gynecol; 1991; 77: 815-17.
17. - Josheph G, Stedman C, et al; Vaginal birth after cesarean section: The impact of patient

- resistance to a trial of labor.
- Am J Obstet Gynecol; 1991; 164: 1441-7.
18. - Kirk P, Doyle K, et al; Vaginal birth after cesarean or repeat cesarean section: Medical risks or social realities?
- Am J Obstet Gynecol; 1990; 162: 1398-405.
19. - Lao T, Leung F; Labor induction for planned vaginal delivery in patient with previous cesarean section.
- Acta Obstet Gynecol Scand; 1987; 66: 413-16.
20. - Lavin J; Parto vaginal después del nacimiento por cesárea. Preguntas que se formulan con frecuencia.
- Clinicas de Perinatología: Obstetricia operatoria.
- Vol. 2, primera edic. Editorial Interamericana, 1983, Madrid.
21. - Lavin J, Stephens R, et al; Vaginal delivery in patients with a prior cesarean section.
- Obstet Gynecol 1982; 59: 135.
22. - Martin J, Harris B, et al; Vaginal delivery following previous cesarean birth
- Am J Obstet Gynecol; 1983; 146: 255.

23. - Meier P, Porreco R; Trial labor following cesarean section: a two year experience.
Am J Obstet Gynecol 1982; 144: 671.
24. - Notzon F, Placek P, et al; Comparison of national cesarean section rates.
N Engl J Med; 1987; 316: 368-9.
25. - Paul R, Phelan J, et al; Trial of labor in the patient with a prior cesarean birth.
Am J Obstet Gynecol 1985; 151: 297.
26. - Phelan J, Clark S, et al; Vaginal birth after cesarean.
Am J Obstet Gynecol, 1987; 157: 1510-15.
27. - Phelan J, Ock M, et al; Twice a cesarean, always a cesarean?
Am J Obstet Gynecol; 1989; 73: 161-5.
28. - Pritchard J, MacDonald P, et al; Operacion cesárea con histerectomía.
Williams Obstetricia. Tercera edición. Salvat Editores, S.A. 1986, Barcelona.
29. - Pruett K, Kirshon B, et al; Is vaginal birth after two or more cesarean section safe?
Obstet Gynecol; 1988; 72: 163-5.

FORCEPS PROFILACTICO VS PARTO EUTOCICO EN PACIENTES CON UNA CESAREA PREVIA-
COMPARACION DE MORBILIDAD

30. - Raynor B; The experience with vaginal birth after cesarean delivery in a small rural community practice.
Am J Obstet Gynecol; 1993; 168: 60-2.
31. - Rodríguez E, Jiménez E, et al; Parto vaginal después de dos o más cesáreas.
Rev Obstet Ginecol Venez; 1993; 53: 159-63.
32. - Rosen M, Dickinson J, et al; Vaginal birth after cesarean: a meta-analysis of morbidity and mortality.
Obstet Gynecol; 1991; 77: 465-9.
33. - Sakala E, Kaye S, et al; Oxytocine use after previous cesarean: Why a higher rate of failed labor trial?
Obstet Gynecol; 1990; 75: 356-9.
34. - Scott J; Mandatory trial of labor after cesarean delivery: an alternative view point.
Obstet Gynecol; 1991; 77: 811-4.
35. - Yetman T, Nolan T; Vaginal birth after cesarean section: A reappraisal of risk
Am J Obstet Gynecol; 1989; 161: 119-23.