

11217

163

Deji



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

PARTO DESPUES DE CESAREA Y CESAREA DE REPETICION ANALISIS DE LA MORBILIDAD PERINATAL ASOCIADA

Castellanos
DR. JUAN CASTELLANOS
DIRECTOR DE INVESTIGACIONES

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE:
E S P E C I A L I S T A E N
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

MARIA ANDREA ROBENO BARAJAS



DIRECCION DE ENSEÑANZA

TUTOR DRA JOSEFINA LIRA PLASCENCIA

ASESORES DRA IRMA CORIA SOTO

MTRA MARCELA ZAMBRANA C



[Signature]
CENCO D. PROFESORA TITULAR

1998



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

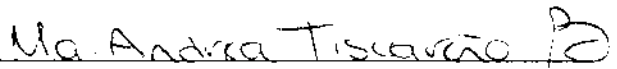
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



DRA. JOSEFINA LIRA PLASCENCIA
MEDICO ADSCRITO DE GINECO-OBSTETRICIA



DRA. MARIA ANDREA TISCAREÑO BARAJAS
ALUMNO DE LA ESPECIALIDAD.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS: por darme el privilegio de la vida y ayudarme a ser lo que soy.

A MIS PADRES: José Hugo y Delia,
por todo su amor y su apoyo incondicional.

A MIS HERMANOS: Por todo su amor y comprensión.

A LA DRA. LIRA: por su gran ayuda en la elaboración del presente trabajo.

AL DR. SAMUEL KARCHMER K.: por ser maestro y ejemplo en mi formación como gineco-obstetra.

A TODOS MIS MAESTROS, por sus enseñanzas

AL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA, por abrirme las puertas al conocimiento en mi especialidad.

Pero sobre todo, **A LAS PACIENTES,** que fueron el pilar de mi formación.

INDICE

Página

INTRODUCCION	1
MARCO TEORICO	4
OBJETIVO	22
MATERIAL Y METODOS	23
RESULTADOS	28
DISCUSION	42
CONCLUSIONES	48
BIBLIOGRAFIA	50

INTRODUCCION

El pilar principal sobre la atención de un parto vaginal o la realización de una cesárea en pacientes con una cesárea anterior, se basa en el probable riesgo de que ocurra desunión de la cicatriz uterina si el parto se atiende por vía vaginal. Cuando esto sucede se piensa que aumentaría la morbimortalidad materno fetal, teniendo el obstetra que enfrentar problemas médico legales derivados de dicho accidente. La forma más fácil para evitar estos inconvenientes sería la realización de una cesárea electiva, lo que desde el punto de vista ortodoxo resulta 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 Craigin 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 ⁽¹⁾. 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 ⁽²⁾.

El parto vaginal después de cesárea no es nuevo. Esto ha sido ampliamente practicado en todo el mundo, existiendo reportes ocasionales en los últimos 30 años ⁽³⁾. Lo realmente novedoso en este campo, es el interés por disminuir el número de nacimientos por cesárea ⁽⁴⁾.

En las últimas décadas ha habido un impresionante aumento en el índice de operación cesárea en la mayoría de los países incluyendo el nuestro, pasando por una incidencia de 5 a 7% en la década de los 60's, a cifras de 15 a 20% en la década de los 80's y del 35% en la década actual ⁽⁵⁾.

La operación cesárea en la actualidad es uno de los procedimientos quirúrgicos que se realizan con más frecuencia en México y los Estados Unidos (6).

Más del 25% de los nacimientos en los Estados Unidos y América Latina ocurren por vía abdominal y la indicación más común es la cesárea anterior (3)

En Europa, el aumento de la frecuencia de cesáreas ha pasado del 8.8% al 16.7% en 1989. En Estados Unidos se señala que la frecuencia se ha quintuplicado pasando del 15% en 1964 al 25% en 1988 y se calcula que de no producirse una variación en la asistencia obstétrica, para el año 2000 la frecuencia de cesáreas puede llegar al 40%. Nuestro país no ha permanecido ajeno a esta tendencia; la frecuencia actual de la práctica de esta intervención fluctúa desde el 24% hasta el 62% (8).

La incidencia de cesárea varía de una institución a otra, por ejemplo: el Hospital Juárez de México en el año de 1994 mostró una incidencia de cesárea del 33.04%, el Hospital de Ginecología y Obstetricia de la Universidad Veracruzana un 23% en 1995, el Hospital ABC en 1996 del 48.8% , en Toluca el Hospital de Ginecología y Obstetricia DIFEM tuvo una frecuencia de 31.53%, finalmente en el Hospital San José de Monterrey fue del 35.9% (7).

En el Hospital Regional de Especialidades "Dr. Ignacio Morones Prieto" del IMSS, el índice de operación cesárea fue de 45.8% en 1995 (6).

Quesnel et al, en su artículo hacen una comparación de los índices de cesárea tanto nacionales como internacionales, dentro de los nacionales tenemos al Hospital "Luis Castelazo Ayala" IMSS en 1986 con una incidencia de 24.2%. Hosp. Reg. "20 de Noviembre" ISSSTE 1964-88 era del 15.5%, el Centro Médico "La Raza" IMSS 1989-93 de 62%, Hosp. Central Militar de 1992 a 1994 fue de 26.8%, el Hosp. Civil de Guadalajara 1990-94 de 21.1%, la Clínica Conchita Monterrey 1989-93 de 30.2% y finalmente en su estudio realizado en el Instituto Nacional de Perinatología la incidencia encontrada en

11 años de trabajo fue de 40.6%, con lo que concluyen que cuatro de cada diez nacimientos son por cesárea. Entre los reportes internacionales que describen a varios autores, Iffy por ejemplo de 1983 a 1989 menciona una incidencia del 17.5%, Eskew 1970-90 del 16.8%, Gregory 1992 de 28.7%, y The National Center Health en 1992 fue de 23.3% ⁽⁹⁾

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 destacan una menor morbilidad postparto, menores riesgos quirúrgicos y anestésicos, ahorro financiero y el incalculable valor de la fácil y temprana interacción madre-hijo ^(10, 11)

El presente estudio tiene como objetivo analizar la morbilidad perinatal asociada en mujeres que cursaron con parto vaginal después de cesárea, en comparación con aquellas a las que se les realizó una cesárea de repetición.

MARCO TEORICO

Antes de que concluyera el milenio de 1800, eran tan frecuentes las muertes e incapacidades consecutivas a la operación cesárea que era rara la operación obstétrica subsiguiente. Sin embargo, como resultado de 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, Craigin sugirió el riesgo de ruptura uterina y dijo que era tan grande y tal acontecimiento tan costoso, que la operación cesárea debería de efectuarse antes del comienzo del trabajo de parto y tan pronto como se comprobara la madurez del producto (1). Esta idea no logró un apoyo unánime, si consideramos los conceptos vertidos en la edición de 1955 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 el objeto de que pueda efectuarse de inmediato laparotomía en caso de que ocurra la ruptura". Sin embargo en 1961 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 a considerar el parto vía vaginal pero con vigilancia muy estricta". 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 Craigin. Este cambio surgió probablemente debido a la creciente inocuidad de la operación cesárea, a la preocupación cada vez mayor respecto a la mortalidad perinatal y a ciertas presiones de tipo legal. Además, el sitio de la incisión uterina también ha

cambiado durante estos últimos 50 años desde un 100% corporal y vertical, a casi 100% segmento transversal. En la edición de 1989, la *Obstetricia de Williams* se refiere así al problema: "no cabe duda de que el parto vía 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; sin embargo hace hincapié en la importancia de considerar el parto vaginal en mujeres sometidas previamente a una cesárea con incisión transversal baja [12].

La circunstancia que ha detenido a los obstetras al momento de decidir 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 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% [4, 13-18].

El aforismo "una vez cesárea, siempre cesárea", pareciera ya no representar el criterio actual en la mayoría de los obstetras del mundo, dado que 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, enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo, disfunción uterina y hemorragia del tercer trimestre. Actualmente en la mayoría de los hospitales del 12 al 15% de los partos que se efectúan son por operación cesárea baja primaria, con incisión transversal baja y muchas de estas mujeres quedarán de nuevo embarazadas sin contraindicación alguna para parto vía vaginal [3].

En los últimos años ha habido un impresionante aumento en el índice de operación cesárea en la mayoría de los países incluyendo el nuestro, las razones para ello han sido la mayor seguridad de la interrupción gracias a los progresos de la anestesia, antibioticoterapia y hemoterapia, junto con el gran deseo del obstetra de obtener no sólo fetos vivos, sino sanos en todos los aspectos: anatómico, psicológico y funcional (5)

Otra de las razones de la alta incidencia de la operación cesárea es la cesárea de repetición, la cual ha venido siendo cada vez más frecuentemente realizada ya que tradicionalmente algunos autores o instituciones toman al pie de la letra el aforismo de Craigin. La presencia de este aforismo clásico en diferentes países hasta nuestros días, se ha debido fundamentalmente al temor de que se produzca una dehiscencia o ruptura de la cicatriz uterina durante el trabajo de parto. Sin embargo, con el advenimiento de la técnica de Kerr, este riesgo se ha reducido (19, 20)

Las implicaciones médicas y económicas también abogan por una revaloración del criterio: "una vez cesárea, siempre cesárea" . En efecto, el parto abdominal electivo es sin duda más costoso que el vaginal. Estos gastos adicionales se advierten ya desde el período previo al parto; ya que los exámenes de ultrasonido para calcular la edad gestacional y la localización placentaria, son ahora estándar para tales pacientes. También se lleva a cabo con cierta frecuencia el análisis del líquido amniótico para evaluar la madurez pulmonar fetal y prevenir el síndrome iatrógeno de dificultad respiratoria del recién nacido. Los gastos del hospital asimismo son mayores en los casos de operación cesárea, 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 iatrógena aunque con cautela a menudo puede evitarse (3, 21)

RIESGO MATERNO EN PARTO VAGINAL DESPUES DE CÉSAREA

La literatura inglesa desde 1930, no contiene ningún solo estudio que reporte muertes maternas debidas a la ruptura de una cicatriz uterina con incisión transversa baja entre mujeres con cesárea previa que habian intentado el parto vía vaginal. Se ha informado que la mortalidad materna esperada entre mujeres que sufrieron cesárea de repetición, sería 1.2 veces mayor que la mortalidad materna esperada entre el grupo de mujeres en las que se intentó un parto vía vaginal ⁽²¹⁾

El riesgo de ruptura uterina es diferente según el tipo de incisión. Así se informa que el riesgo de ruptura de una cicatriz uterina de una incisión 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 en las pacientes con incisión transversa baja fue de 0.8% antes del parto y de 1.2% durante el mismo ^(22, 23)

Lavin encontró que el 90% de todas las rupturas uterinas y el 96% de todas las muertes perinatales, se debían a la ruptura uterina en las pacientes con una incisión clásica previa ⁽²¹⁾

Phelan et al. en su estudio comenta que la incidencia global de dehiscencia fue de 2.2% y la incidencia fue similar en pacientes que estuvieron en trabajo de parto y en quienes no experimentaron el mismo. Estos autores comentan 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 histerorrafia es más difícil y es menor la probabilidad de detectar dehiscencias pequeñas y asintomáticas. Relatan también los autores 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. Relatan finalmente que la incidencia de ruptura uterina no está incrementada con el uso de oxitocina, lo cual concide con otros autores ^{13, 18, 24-26, 48}

Varios autores informan la incidencia de ruptura uterina es menor del 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 la dehiscencia cuando la cavidad uterina estaba separada de la cavidad abdominal por peritoneo visceral o ligamento ancho.^(4, 10, 13, 14, 17, 18, 24, 27, 28)

Cerda et al. relatan en su artículo que a 116 pacientes con cesárea previa se les permitió desencadenar trabajo de parto espontáneo de las cuales 66 terminaron en parto vía vaginal (57%) , al resto se le realizó cesárea de repetición. En ningún caso se presentó dehiscencia de la cicatriz uterina.⁽¹²⁾

En el Hospital de Gineco-obstetricia de Garza Garcia, N.L. Méx. en un estudio realizado en 104 pacientes, encontraron que el 15.3% de las mujeres presentaron algún tipo de complicación, predominando los desgarros de vagina, un caso de atonía uterina y un caso de punción de duramadre. No se encontró ningún caso de ruptura uterina, ni muerte materno-fetal.⁽⁵⁾

McMahon et al. describen en su estudio a un total de 6,138 pacientes con cesárea previa, de las cuales 3,249 se seleccionaron para trabajo de parto y 2,889 se les realizó una segunda cesárea. No hubo muertes maternas. El índice de la morbilidad materna en general fue de 8.1%; el 1.3% tuvieron complicaciones mayores (como necesidad de histerectomía, ruptura uterina o lesiones quirúrgicas) y el 6.9% presentaron complicaciones menores (fiebre puerperal, necesidad de transfusión sanguínea o infección de la herida quirúrgica). Si bien en general la incidencia de complicaciones maternas no fueron significativamente diferentes entre las mujeres que se eligieron para el trabajo de parto y en las que se realizó cesárea electiva de repetición las complicaciones mayores fueron casi dos veces más probables entre las mujeres que experimentaron trabajo de parto comparadas con las que se realizó una segunda cesárea electiva de repetición.⁽²⁶⁾

En el INPer se realizó un estudio de enero de 1989 a diciembre de 1994, durante este tiempo se registraron 35,080 nacimientos de los cuales 21 casos tuvieron el diagnóstico de ruptura uterina. Lo anterior con una incidencia del 0.05%, lo que equivale a un caso de ruptura por cada 1,670 nacimientos. De los 21 casos sólo una no presentaba antecedente de cicatriz uterina previa. El diagnóstico se realizó en 7 casos durante el trabajo de parto (33%), en cuatro en el transquirúrgico (19%), y en diez en el postparto inmediato. En 19 de los casos se utilizó oxitocina para conducción del trabajo de parto. La resolución del embarazo en nueve casos fue con fórceps (42.8%), diez via abdominal (47.6%) y sólo dos casos mediante eutocia ⁽³¹⁾

Asimismo el uso de anestesia peridural, algunos autores lo definen como sin influencia para el curso y presencia de la ruptura o dehiscencia uterinas

^(13, 18, 20)

El Consensus Conference, así como el ACOG Committee in Obstetricians Maternal and Fetal Medicine, han concluido que la incisión de la operación cesárea que no sea transversa es una contraindicación absoluta para intentar el parto por vía vaginal ⁽²⁷⁾.

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 presencia 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 en 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 éstas y otras que tuvieron un parto mediante operación 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 por vía vaginal. El Consensus Committee también concluyó que la transfusión sanguínea, los

fenómenos tromboembólicos, las complicaciones por anestesia y otros tipos de morbilidad materna, probablemente se reducirían si las pacientes seleccionadas se les permitiera intentar un parto por vía vaginal (21, 22, 27).

RIESGO FETAL CON EL PARTO VAGINAL DESPUES DE CESAREA

Diversos autores han establecido que la mortalidad perinatal esperada por cesáreas repetidas sería mayor que la mortalidad perinatal esperada en las pacientes que tuvieron un parto vía vaginal tras una cesárea previa. Si la mortalidad perinatal debida a la prematuridad iatrógena no fuera considerada, la mortalidad prenatal predicha de las dos formas de parto sería esencialmente igual (21).

La mortalidad perinatal asociada con la ruptura uterina puede ocurrir aunque es rara 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 (14, 24).

Rosen et al. en su estudio informa que la mortalidad perinatal que sigue a un trabajo de parto fue de 3 por 1,000 nacidos y la que siguió a una cesárea electiva de repetición fue de 4 por 1,000 nacidos (20).

En lo que se refiere a la calificación de Apgar al minuto y a los cinco minutos en los recién nacidos, que nacieron por parto vía vaginal después de una cesárea previa y que fueron menores de 6 y 8 respectivamente, se reportan incidencias que van desde el 2.3% después de nacimientos por vía vaginal y con cesárea previa hasta 5.9% en los niños nacidos mediante cesárea electiva de repetición (13, 18, 20, 32).

Con respecto a lo anterior, en el estudio realizado por Adair et al. encontraron que el Apgar al minuto y a los cinco minutos no fueron diferentes estadísticamente comparándolos con las pacientes que tienen parto vaginal sin antecedente de cesárea previa (33).

De la Garza et al. en su estudio observaron que el 91% de los productos tuvieron calificación de Apgar de 8 y 9 al minuto de nacidos (5).

PROBABILIDAD DE EXITO EN EL PARTO VAGINAL DE LAS MUJERES CON CESAREA ANTERIOR

La indicación de la cesárea anterior influye en forma directa en la probabilidad de un parto vía vaginal en un embarazo posterior. En varias 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 cefalo-pélvica y del 74.2% después que la paciente fue operada por falta de progreso en el trabajo de parto (3, 13, 21).

Según Lavin 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 (21).

Fiamm et al. en su estudio relata que la proporción más grande de pacientes bajo trabajo de parto después de una cesárea previa, eran pacientes operadas inicialmente por una desproporción cefalo-pélvica o por una falta de progreso en el trabajo de parto y si se hiciera con éstas 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 una cesárea previa (24).

Pickhardt et al. en el Centro Médico de la Universidad de Mississippi, estudiaron a un total de 288 mujeres, el éxito de nacimientos por vía vaginal fue del 63%, comparado con la literatura del 62%, mientras que al 37% se le realizó cesárea; la indicación principal fue desproporción cefalo-pélvica, no se incrementó la morbilidad materno-fetal, no se observó dehiscencia o ruptura uterina (34).

Jarrell et al. en su estudio describen que las pacientes que estuvieron bajo trabajo de parto después de ser operadas por desproporción cefalo-pélvica, sólo el 54% tuvieron parto vaginal y cuando el trabajo de parto terminó

en cesárea repetida, la desproporción cefalo-pélvica (65%) y el sufrimiento fetal agudo (15%), contribuyeron a un 30% del total de indicaciones para cesárea de repetición.⁽⁴⁾

La indicación de la cesárea previa, como se comentaba anteriormente, es importante para determinar el éxito del parto vía vaginal subsecuente. Phelan et al. en su artículo señalan que la mayor cantidad de pacientes con alta probabilidad de tener un parto vía vaginal, son aquellas a las que se les realizó una cesárea anterior por presentación de nalgas. Comentan también que más del 75% de las pacientes a las que se les realizó cesárea anterior por una desproporción cefalo-pélvica, tuvieron su parto por vía vaginal. Además relatan que en general, las mayores probabilidades que una paciente tenga un parto vía vaginal posterior a una cesárea es que el peso al nacimiento del producto anterior fuera menor de 4,000 gramos.⁽¹⁶⁾

En general varios autores coinciden que más de las dos terceras partes de todas las pacientes con cesárea previa, a quienes se les permite tener trabajo de parto, tiene la resolución de la gestación por vía vaginal.^{(4,10,11,15, 24, 26,}

35)

OTROS BENEFICIOS DEL PARTO VAGINAL DESPUES DE CESAREA

Los asuntos financieros son también importantes. El NIH 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 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 practicar una cesárea transversa 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 manejo de tales pacientes.

El aumento de la utilización del intento de parto en oposición a la repetición de una cesárea podría prever un ahorro sustancial y mejorar el estado psicológico en una gran parte de la población obstétrica.⁽²¹⁾

Si en un tiempo fue sin duda apropiado el aforismo según el cual "una vez cesárea, siempre cesárea", justo es reconocer que en muchas circunstancias hoy ha perdido su vigencia.⁽³⁵⁾

CONTROVERSIAS ACTUALES

Los puntos críticos actuales y la controversia se refieren a las siguientes interrogantes:

¿Cuál es la atención óptima del parto en la mujer con antecedente de cesárea?

¿A quién debe brindársele y a quién no una prueba de trabajo de parto?

Los oponentes a la propuesta general de parto vía vaginal después de cesárea aducirán varios motivos para la prueba de trabajo de parto. Como el temor de ruptura uterina completa. La morbilidad y la 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 (14, 21, 24).

Por otra parte, el riesgo de ruptura uterina es bastante bajo, según reportes de varios autores y ésta varía del 0 al 3.5% (4, 13-15, 18, 36)

PREOCUPACION POR LA SEGURIDAD MATERNA

La suposición de que el parto vía vaginal o la prueba de trabajo de parto después de una cesárea conlleva a 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 después de una cesárea previa. 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 (21).

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 vía vaginal (3).

PREOCUPACION POR LA SEGURIDAD FETAL

Ni el parto vía vaginal después de una cesárea, 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 uterina es rara (14, 24)

También hay otros puntos en contra del parto vía vaginal después de una cesárea previa relacionados especialmente con preocupación por recriminaciones legales, estrés e inconvenientes profesionales y económicos y resistencia de las pacientes (12, 15).

Los que están de acuerdo con el parto vía vaginal después de una cesárea suelen indicar la prueba de trabajo de parto porque si funciona y se ha descrito que 4 de cada 5 embarazadas a quienes se les 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 vía vaginal y evitar la cesárea

(3)

La experiencia de incontables investigadores y miles de pacientes que 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 sistemática ^(24, 26)

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 vía vaginal ^(4, 10, 26, 36, 37)

¿EN QUIENES ESTA INDICADA LA PRUEBA DE TRABAJO DE PARTO?

Anteriormente se excluía de la 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 cefalo-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 prueba de trabajo de parto.

En 1985 el American College of Obstetricians and Gynecologists revisaron los lineamientos acerca de las pacientes candidatas a parto vía vaginal después de cesárea previa incluyendo una larga lista de candidatas involucrando a las pacientes que habían sido operadas por falta de progreso en el trabajo de parto o desproporción cefalo-pélvica²⁷. En general, las

contraindicaciones específicas para dar la oportunidad de un trabajo de parto según la ACOG son:

1. Certeza o sospecha de que se realizó una incisión uterina clásica o vertical en el segmento uterino inferior. 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 cefalo-pélvica incontrovertible absoluta, que no debe confundirse con la falta de progreso en el trabajo de parto y que se ha visto relacionada con parto vaginal desfavorable hasta en un 70%.
3. La paciente que rechaza el procedimiento después de la descripción detallada del procedimiento.
4. Presentación pélvica.

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, sospecha de macrosomía fetal, falta de progreso en el trabajo de parto y desproporción cefalo-pélvica que como ya se ha descrito anteriormente, aproximadamente el 70% de estas pacientes logran tener un parto vía vaginal (4, 27, 28-33).

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 convergerse de la seguridad, eficacia y conveniencia económica de un programa selectivo de oportunidad de dar trabajo de parto y parto vaginal después de una cesárea previa.

La sentencia 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 la 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.⁽²²⁾

Finalmente, 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 recalcado 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.⁽²²⁾

NUEVAS TENDENCIAS

El American College of Obstetricians and Gynecologist recomendaron que las mujeres con una cesárea previa transversa baja, podrían 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 (26, 39, 40) donde demuestran la seguridad del trabajo de parto para éstas pacientes y refieren que los riesgos son más leves y menos que los que siguen a una cesárea de repetición.

Las normas de cuidado a seguir con este grupo de pacientes, son las mismas que se siguen con las pacientes con una cicatriz uterina previa. Se cree que si se sigue esta recomendación de estos autores, la tasa de cesárea de repetición para esta población bajaría hasta en un 32% (22, 27).

USO DE OXITOCINA EN PACIENTES CON CESAREA PREVIA

Una revisión de la literatura de los años de 1950 a 1980 reveló que la oxitocina fue utilizada solamente en 200 pacientes de las miles 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 (36).

Carlsson et al. reportan el uso de oxitocina para inducción en 29 pacientes y conducción en 47, solamente en dos casos hubo dehiscencia de histerorrafia (41).

En la serie descrita por Demianczuk et al. de 92 pruebas de trabajo de parto, hubo dos casos de dehiscencia de la histerorrafia de 23 pacientes que recibieron oxitocina, de cualquier manera, ellos no notaron incremento en la morbilidad materna o fetal (42).

Meier et al. en su estudio presentan 34 pacientes tratadas con oxitocina sin reportarse complicaciones (43).

Martin utilizó oxitocina en 25 pacientes sin efectos adversos (38).

Flamm la utilizó también en 94 pacientes sin evidencia de dehiscencia de la histerorrafia (44).

En otro estudio realizado por Flamm et al. encontró que en 6 de 1,686 pacientes en quienes administró oxitocina se presentó ruptura uterina, mientras

que en el grupo en que no se utilizó oxitocina se observó que en 4 de 4,047 pacientes se presentó la ruptura uterina; lo cual no fue estadísticamente diferente ⁽²⁸⁾.

Eglinton et al. demostraron que en 58 pacientes con cesárea previa en trabajo de parto utilizando oxitocina no hubo incremento de la morbimortalidad materna o fetal ⁽⁴⁵⁾.

Paul et al. 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. Ellos notaron que la ruptura uterina ocurrió al intentar rechazar la presentación para realizar cesárea por falta de progreso en el trabajo de parto ⁽³⁷⁾.

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 la histerorrafia sin muertes maternas, solamente una muerte neonatal por alteraciones congénitas ⁽⁴⁶⁾.

Cowan et al. 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 la histerorrafia de las cinco reportadas en el estudio, las otras tres no recibieron oxitocina ⁽⁴⁷⁾.

Con todo lo anterior, no existe razón para pensar que la utilización de oxitocina durante el trabajo de parto en pacientes con una cesárea previa, con vigilancia adecuada, aumente el riesgo de dehiscencia de la histerorrafia.

Arulkumaran et al. llevan a cabo un estudio en el cual evalúan los signos y síntomas relacionados con la dehiscencia de histerorrafia (disminución de la actividad uterina, dolor en el sitio de la cicatriz uterina previa y bradicardia fetal), estudiaron a 1,018 pacientes con una cesárea previa, de las cuales 722 tuvieron trabajo de parto con 70% de resolución de la gestación vía vaginal, con

cuatro dehiscencias de la histerorrafia (0.55%) y cinco rupturas uterinas (0.69%). Las nueve pacientes recibieron oxitocina, realizándosele el diagnóstico en tres de ellas en el postparto y en las otras seis durante el trabajo de parto; tres mostraron disminución de la actividad uterina, una dolor en el sitio de la cicatriz previa y bradicardia fetal sostenida y dos no presentaron signos o sintoma alguno, lo que indica que el monitoreo fetal electrónico continuo en estas pacientes es fundamental para ayudar al diagnóstico de ruptura uterina, sobre todo en pacientes sometidas al uso de oxitocina ⁽²³⁾

Cowan et al. realizan un estudio en 593 pacientes con cesárea previa (518 con una cesárea previa, 72 con dos cesáreas previas y 3 con tres cesáreas previas) con 81% de éxito de resolución via vaginal en las pacientes con una cesárea previa, 77% en las de dos cesáreas previas y 100% en las pacientes con tres cesáreas previas. Se presentaron cinco casos de dehiscencia de la histerorrafia de las cuales cuatro tenían una cesárea previa y solamente una tenía 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 la bradicardia fetal sostenida. El 95% de los partos fueron eutócicos, sin que esto aumentara la morbilidad materna o neonatal ⁽⁴⁷⁾

Leung et al. llevó a cabo un estudio en el que se determinaron los factores de riesgo de ruptura uterina en el trabajo de parto y el parto en aquellas pacientes con cesárea previa. Durante los años de estudio hubo un total de 8,513 pacientes en trabajo de parto con cesárea previa, identificándose en 70 de ellas ruptura uterina. Se administró oxitocina a 77% (54 de 70) del grupo de estudio, y 56% (39 de 70) del grupo control. Observándose que el trabajo de parto disfuncional incrementa el riesgo de ruptura uterina con riesgo relativo de 7.2. El trabajo de parto disfuncional se presentó en 44% (31 de 70) del grupo de estudio y 10% (7 de 70) del grupo control. El riesgo de ruptura uterina estuvo incrementado además en las pacientes en las que hubo un uso

excesivo de oxitocina, en quienes tenían historia de dos o más cesáreas, así como el trabajo de parto disfuncional ⁽⁶⁾.

OBJETIVO

OBJETIVO GENERAL

Revisar la morbilidad perinatal asociada en mujeres que cursaron con parto después de cesárea en comparación con aquellas a las cuales se les realizó cesárea de repetición.

MATERIAL Y METODOS

En el Instituto Nacional de Perinatología, centro de III nivel de referencia de la Secretaría de Salud se realizó un estudio descriptivo, transversal y observacional con el fin de comparar la morbilidad perinatal asociada en mujeres con antecedente de cesárea que cursaron con parto vaginal y a las que se les realizó cesárea de repetición. Se analizaron todos los casos de nacimiento vía vaginal y abdominal en mujeres que tuvieran el antecedente de una cesárea previa. El estudio abarcó de enero de 1996 a mayo de 1998 con 1371 casos, de los cuales 449 (32.7%) fueron vía vaginal y 922 (67.3%) vía abdominal.

CRITERIOS DE INCLUSION

- ⇒ Antecedente de cesárea segmento transversal previa.
- ⇒ Embarazo normal o de alto riesgo.
- ⇒ Embarazo con feto único.
- ⇒ Con o sin control prenatal en la Institución.
- ⇒ Con o sin trabajo de parto.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- ⇒ Antecedente de cesárea corporal, segmento corporal o incisión en "T".
- ⇒ Feto en situación transversa.
- ⇒ Embarazo múltiple.
- ⇒ Expediente clínico incompleto.

En el período de estudio, se presentaron 12, 057 nacimientos. Del total de 1, 371 casos con antecedente de cesárea se excluyeron 32. La muestra en estudio fue de 1,339 casos: 435 (32.5%) vía vaginal y 904 (67.5%) vía abdominal.

VARIABLES EN ESTUDIO

Edad materna: definido como el tiempo cumplido en años completos a partir de la fecha de nacimiento y hasta el momento de la resolución de la gestación .

Antecedentes obstétricos: se considera aquí al número de gestaciones, partos, abortos y cesáreas.

Gestaciones: definido como el número total de embarazos registrados en el expediente, incluyendo el embarazo actual.

* **Partos:** siendo el número total de nacimientos por vía vaginal.

* **Abortos:** número total de nacimientos antes de las 20 semanas de gestación y/o productos con peso menor a 499 grs.

* **Cesáreas:** número total de nacimientos por vía abdominal en embarazos de más de 27 semanas.

Años de realizada la cesárea previa: definido como el tiempo transcurrido en años desde el nacimiento anterior hasta el actual embarazo.

Indicación de cesárea previa: indicación materna o fetal que se encuentre registrada en el expediente, la cual se dividió en absoluta y relativa.

* **Absoluta:** son todas aquellas indicaciones en donde no existe controversia para su realización.

* **Relativa:** Son todas aquellas indicaciones en donde puede existir discusión para su realización y el motivo de la misma.

Peso del recién nacido de cesárea previa: peso del recién nacido expresado en gramos al nacimiento.

Morbilidad en embarazo índice: definida ésta como la patología materna, ya sea pregestacional o gestacional la cual produce repercusiones a la madre, al feto o ambos.

Semanas de gestación a la interrupción del embarazo índice: definiéndose como el tiempo transcurrido en semanas completas y cumplidas al momento del nacimiento a partir de la fecha de última menstruación, o en caso de desconocerse ésta (edad gestacional incierta), la calculada por fetometría mediante ultrasonografía.

Presencia o ausencia de trabajo de parto: definido como la presencia o la ausencia de contracciones uterinas con frecuencia, intensidad y duración regulares (3-4 contracciones en 10 minutos), suficientes para causar modificaciones cervicales (dilatación y/o borramiento).

Indicación de interrupción del embarazo actual: siendo esta parto y/o cesárea, definiéndose cada uno como:

* **Parto:** proceso mediante el cual el producto de la concepción y sus anexos son expulsados del organismo materno a través de las vías genitales. Se admite como parto a la expulsión del feto cuando pesa más de 500 gramos y la edad gestacional mayor de 20 semanas.

* **Cesárea:** es la intervención quirúrgica que tiene por objeto extraer el producto de la concepción (vivo o muerto) a través de una laparotomía e incisión de la pared uterina, después de que el embarazo ha llegado a las 27 semanas.

Atención del parto instrumentado: definiéndose como la aplicación de un instrumento diseñado para extraer la cabeza del producto, usado sólo para corregir ciertas anomalías en el mecanismo del trabajo de parto que interfiere con la evolución fisiológica del mismo (rotación, descenso o ambas), o

bien cuando no se ha perturbado el mecanismo del trabajo de parto y de continuar éste ocurrirá la expulsión del producto; la indicación generalmente es materna y previene complicaciones en mujeres que tienen cicatrices uterinas previas.

Tipo de instrumento utilizado en el parto quirúrgico: se utilizó básicamente dos tipos de instrumentos especiales y clásicos, siendo los primeros del tipo de Kjelland, Salas y Salinas (eminentemente rotadores) y los segundos del tipo de Simpson, Tuckey Macleoin y Hawks Denen (eminentemente tractores).

Cesárea de repetición programada o no: es cuando la decisión de la cesárea fue previa al ingreso hospitalario.

Médico cirujano que atendió el parto vaginal o abdominal: siendo éste un ginecoobstetra (médico adscrito) o un médico residente de la especialidad de ginecología y obstetricia (R4, R3, R2, R1).

Peso del recién nacido: peso expresado en gramos al momento del nacimiento.

Valoración de Apgar: definiéndose como la valoración clínica que se practica en el recién nacido al minuto y cinco minutos de nacido que permite reconocer la condición de vida al nacer, explorándose la frecuencia cardiaca, esfuerzo respiratorio, tono muscular, irritabilidad refleja y coloración.

Destino del recién nacido: definido como el sitio a donde se envía el recién nacido (UCIN, UCIREN, Cunero, Alojamiento conjunto).

Complicaciones maternas secundarias a la atención del evento obstétrico. Las cuales se dividieron en tres rubros:

* **Complicaciones mayores:** siendo éstas la histerectomía obstétrica, ruptura uterina, lesión intestinal y vesical.

* **Complicaciones menores:** hemorragia, desgarro de histerorrafia, infección o dehiscencia de la herida quirúrgica, ileo (metabólico, reflejo y mecánico), deciduoendometritis, dehiscencia de histerorrafia y desgarro de periné.

* **Sin complicaciones.**

VARIABLES DEPENDIENTES:

⇒ La morbilidad materna y neonatal.

VARIABLES INDEPENDIENTES:

⇒ La vía de nacimiento (parto o cesárea).

La información necesaria para nuestro estudio (nombre y registro de pacientes con cesárea previa) se obtuvo de manera directa por el investigador, recabándose de la bitácora de la unidad toco-quirúrgica. Se diseñó una hoja de captura de datos, los cuales fueron recolectados del expediente clínico y vaciados a dicha hoja de captura, el formulario fue llenado por una sola persona (el investigador). Una vez recabada la información, ésta fue vaciada a una base de datos Microsoft Excel 97. Se usó el paquete estadístico SPSS versión 6.

El análisis estadístico se realizó mediante la descripción de la población de estudio a través de medidas de tendencia central y de dispersión, así como a través de distribuciones de frecuencia. Para comparar si existen diferencias en la proporción de complicaciones maternas entre el grupo de cesáreas de repetición y el grupo que se resolvió por parto vaginal, se utilizó la prueba de ji cuadrada. Para evaluar si existen diferencias en cuanto a peso y Apgar entre los recién nacidos de ambos grupos, se utilizó la prueba de t de Student no pareada.

RESULTADOS

DESCRIPCION DE LA POBLACION GENERAL

Durante el período de estudio se presentaron 12,057 nacimientos, de los cuales 6,514 (54.1%) correspondieron a operación cesárea y 5,540 (45.9%) a vía vaginal. En el año de 1996 hubo 5,360 nacimientos, 2,460 (45.8%) vía vaginal y 2,898 (54.2%) cesáreas. En 1997 el total de nacimientos fue de 4,895, siendo 2,247 (45.9%) vía vaginal y 2,647 (54.1%) operación cesárea; observemos que la frecuencia de cesárea no se modificó de un año a otro. De enero a mayo de 1998 han habido 1,802 nacimientos, de los cuales 833 (46.3%) fueron vía vaginal y 969 (53.7%) cesárea.

En nuestro estudio se incluyeron 1,339 casos, correspondiendo 904 (67.5%) a cesárea y 435 (32.5%) a vía vaginal.

La media encontrada para el número de gestaciones fue de 2.94 (DE 1.19) rango 2-10, la media para la edad materna fue de 29.71 (DE 5.73) rango de 14 - 45, en lo que se refiere a los partos fue de 1.4 (DE 0.757), y para los abortos fue de 1.6 (DE 0.89).

En lo que corresponde a las características generales (Tabla I) de las mujeres embarazadas con cesárea previa que fueron sometidas a trabajo de parto (Grupo I) o cesárea de repetición (Grupo II) se encontró que la edad materna promedio en las pacientes del grupo I fue 28.8 años (DE 5.5), y en el grupo II fue de 30.4 años (DE 10.4), observando que a mayor edad es mayor la posibilidad de otra cesárea, con una diferencia significativa ($P= 0.003$). En cuanto al número de partos previos vemos que el promedio en el grupo I fue de 1.3 (DE 0.685), grupo II 1.4 (DE 0.811), sin diferencia significativa ($P= 0.392$). Con respecto a los años de realizada la cesárea anterior tenemos que para el grupo I fue de 6.2 (DE 4.1), en el grupo II fue de 7.5 (DE 11.1), con diferencia

muy significativa ($P=0.003$). Mostrando que a mayor tiempo de transcurrida la cesárea anterior, menor será la posibilidad de que sean sometidas a trabajo de parto. Observamos que las semanas de gestación al nacimiento en el embarazo índice en el grupo Y fue de 38.5 (DE 1.8) y en el grupo II de 37.9 (DE 2.7), con muy alta diferencia significativa ($P= 0.000$).

Tabla I.

CARACTERISTICAS GENERALES DE MUJERES EMBARAZADAS CON CESAREA PREVIA QUE FUERON SOMETIDAS A TRABAJO DE PARTO O CESAREA DE REPETICION.

CARACTERISTICA	TRABAJO DE PARTO (435 CASOS) GRUPO I PROMEDIO (DE)		CESAREA DE REPETICION (904 CASOS) GRUPO II PROMEDIO (DE)		P
EDAD MATERNA	28.8	5.5	30.4	10.4	0 0003
No. PARTOS	1.3	0.685	1.4	0.811	0 392
No. ABORTOS	1.5	0.755	1.6	0.943	0.214
AÑOS DE REALIZADA CESAREA ANT.	6.2	4.1	7.5	11.1	0.003
SEMANAS DE GESTACION AL NACIMIENTO INDICE	38.5	1.8	37.9	2.7	0 000
PESO EN grs DE RN INDICE	3077.5	473.1	3008.5	668.3	0 03

En cuanto a la morbilidad materna asociada en el embarazo índice (Tabla II) tenemos que 138 (10.3%) presentaron enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo, 65 (4.9%) diabetes mellitus, 43 (3.2%), tiroidopatía 34 (2.5%), trastornos inmunes 26 (1.9%), etc. Cabe resaltar que el 65% (870) eran mujeres sanas.

Tabla II.

DESCRIPCION DE MORBILIDAD MATERNA.

PATOLOGIA	No. CASOS	%
SANAS	870	65
EHIE	138	10.3
DM	65	4.9
FACTOR Rh NEGATIVO	43	3.2
TIROIDOPATIA	34	2.5
TRANS. INMUNES	26	1.9
INFERTILIDAD	24	1.8
CARDIOPATIA	21	1.6
MIOMATOSIS UTERINA	21	1.6
RPM	20	1.5
EPILEPSIA	19	1.4
OTROS***	58	4.3
TOTAL	1,339	100

EHIE: Enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo.

DM: Diabetes mellitus.

R.P.M.: Ruptura prematura de membranas.

*** Malformación mulleriana, virus de papiloma humano, placenta de inserción baja, HIV, enf. de Hodking, tumor pélvico

En lo referente a indicación de interrupción de la gestación en la cesárea previa y embarazo índice fue de la siguiente manera (Tabla III): en la cesárea previa la indicación fue DCP 29%, le sigue la electiva 16.9%, EHIE 14%, estrés fetal 8.8%, pélvico 6.7%, pretérmino 4.5%, FPDTP 4.3%, RCIU 1%. En contraposición con el embarazo índice, donde encontramos que la indicación principal fue la cirugía electiva en 13.3%, le continúa la DCP 11%, EHIE 10.7%.

estrés fetal y FPTDP en 65% cada una, pélvico 3.9%, etc. La vía vaginal en el embarazo índice correspondió sólo a 435 casos (32.5%).

Tabla III.

INDICACION DE INTERRUPCION DE LA GESTACION EN CESAREA PREVIA Y EMBARAZO INDICE.

INDICACION	EMBARAZO		CESAREA PREVIA	
	No.	INDICE %	No.	%
ELECTIVA	178	13.3	226	16.9
DCP	147	11.0	388	29.0
EHIE	143	10.7	188	14.0
ESTRES FETAL	65	4.9	118	8.8
FPTDP	65	4.9	57	4.3
PELVICO	52	3.9	90	6.7
RPM	47	3.5	30	2.2
PRETERMINO	28	2.1	60	4.5
RCIU	23	1.7	14	1.0
SOSPECHA DE RUPTURA UTERINA	20	1.5	NO CORRESPONDE	
VIA VAGINAL	435	32.5	NO CORRESPONDE	
OTROS	136	10.0**	168	12.6***
TOTAL	1,339		1,339	

DCP: Desproporción cefalo-pélvica.

EHIE: Enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo

FPTDP: Falta de progreso en el trabajo de parto.

R.P.M.: Ruptura prematura de membranas.

** Placenta previa, postérmino, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, periodo intergenésico corto, cirugía uterina previa, isoimmunización materno-fetal, feto malformado.

*** Prolapso de cordón, polihidramnios, hipertensión arterial crónica, placenta previa, virus de papiloma humano, cardiopatía.

Dentro de las características específicas de las mujeres embarazadas del grupo I y II (Tabla IV) se encontró en cuanto a la edad materna en las pacientes del grupo I mayor frecuencia en el grupo de 25 - 29 años (34%), le sigue el grupo de 30 - 34 años (24.3%), 20 - 24 años (20.5%). En contraposición con el grupo II que la mayor frecuencia estuvo en el grupo de 30 - 34 años (28.9%), le sigue 25-29 años (26.8%), 35 años o más (25.3%), 20-24 años (16.6%), con diferencia significativa ($P=0.002$). En cuanto a los años de realizada la cesárea anterior tenemos que en el grupo I el 53.7% tenían de 2-5 años de realizada la cirugía, de 6 - 9 años en 33.1%, y 10 años o más en 13.2%. Comparativamente con el grupo II que el 53.2% tenían de 2-5 años de realizada la cirugía, el 21% de 6-9 años, 16.1% 10 o más años y sólo en 9.7% tenían un año o menos de realizada la cirugía, con diferencia muy significativa ($P=0.0000$). En lo que se refiere a las semanas de gestación al nacimiento del embarazo índice tenemos que en el grupo I la mayor frecuencia estuvo de las 37 - 41 semanas (91%), posteriormente de 28 - 36 semanas (7.3%), 27 o menos en 2.2% y finalmente 42 o más en 1.4%. En el grupo II fue de 37 - 41 semanas en 80.3%, le continúa de 28 - 36 semanas (16.4%), 42 o más en 2.4% y por último de 27 o menos en 0.88%, con diferencia significativa ($P= 0.0001$).

Tabla IV.

**CARACTERISTICAS ESPECIFICAS DE MUJERES EMBARAZADAS
SOMETIDAS A TRABAJO DE PARTO EN COMPARACION A
CESAREA DE REPETICION.**

CARACTERISTICA	VIA VAGINAL GRUPO I (435)		VIA ABDOMINAL GRUPO II (904)		P
	No.	%	No.	%	
EDAD MATERNA					
≤ 19	13	2.9	21	2.4	
20 - 24	89	20.5	150	16.6	
25 - 29	148	34.0	243	26.8	
30 - 34	106	24.3	262	28.9	
≥ 35	79	18.2	228	25.3	0.002
AÑOS DE REALIZADA LA CESAREA ANT.					
≤ 1 AÑO	0	0	88	9.7	
2 - 5	234	53.7	481	53.2	
6 - 9 AÑOS	144	33.1	190	21.0	
≥ 10 AÑOS	57	13.2	145	16.1	0.0000
SEMANAS DE GESTACION AL NACIMIENTO INDICE					
≤ 27	1	0.22	8	0.88	
28 - 36	32	7.3	149	16.4	
37 - 41	396	91.0	726	80.3	
≥ 42	6	1.4	21	2.4	0.0001

Dentro de las características generales encontradas en las mujeres se les realizó cesárea de repetición (Tabla V) tenemos: en lo que se refiere a la indicación de la interrupción como absoluta que ésta se practicó sólo en 272 casos (30%) y relativa en 632 (70%), con diferencia significativa (P=0.00000). Sólo el 40% (369 casos) presentaron trabajo de parto y el 60% (535 casos).

Además el 26.2% fueron cirugías programadas (237 casos) y el 73.8% (667) no fueron programadas, con diferencia significativa (P= 0.00000).

Tabla V.

CARACTERISTICAS GENERALES EN MUJERES A LAS QUE SE LES REALIZO CESAREA DE REPETICION.

CARACTERISTICA	CESAREA DE REPETICION GRUPO II (904 CASOS)		P
	No.	%	
INDICACION DE LA INTERRUPCION			
ABSOLUTA	272	30	
RELATIVA	632	70	0.00000
TRABAJO DE PARTO			
SI	369	40	
NO	535	60	0.00000
PROGRAMADA			
SI	237	26.2	
NO	667	73.8	0.00000

El peso de los recién nacidos (Tabla VI) pacientes del grupo I se observó la mayor frecuencia entre los 2,500-3,999 gr en 388 (89.2%), y grupo II 693 (76.7%), le continúa en frecuencia los de 1,500-2,499 gr en 34 (7.8%) y 132 (14.6%) respectivamente, con diferencia significativa (P=0.0000). El Apgar al minuto en el grupo I fue de más de 8 en 390 (89.7%) y en 775 (85.8%) en el grupo II. Presentando sólo 9 (2.1%) del grupo I y 35 (3.8%) del grupo II una calificación de menos de 3, sin diferencia significativa (P= 0.1731). En relación al Apgar a los cinco minutos en el grupo I fue en 433 (99.5%) de más de 8, mientras en el grupo II fueron 879 (97.6%), sin diferencia significativa (P= 0.1128). En cuanto al destino del RN se enviaron a la mayoría a alojamiento conjunto, 390 (89.7%) del grupo I y 681 (75.4%) del grupo II. En

cuanto al ingreso a terapias tenemos que del grupo I en 9.4% fue enviado a UCIREN y sólo el 0.9% a UCIN, en contra parte el grupo II que el 19.9% se enviaron a UCIREN y el 4.3% a UCIN. Hubo cuatro RN con destino a patología, cabe mencionar que se realizó diagnóstico de muerte ante parto en todos ellos, con diferencia muy significativa (P= 0.0000).

Tabla VI

CARACTERISTICAS NEONATALES DE MUJERES SOMETIDAS A TRABAJO DE PARTO EN COMPARACION A CESAREA DE REPETICION.

CARACTERISTICA	VIA VAGINAL GRUPO I (904*)		VIA ABDOMINAL GRUPO III (435*)		P
	No.	%	No.	%	
PESO EN grs.					
≤ 1400	4	0.9	30	3.3	
1500 - 2499	34	7.8	132	14.6	
2500 - 3999	388	89.2	693	76.7	
≥ 4000	9	2.1	49	5.4	0.00000
VALORACION APGAR AL MINUTO					
0 - 3	9	2.1	35	3.8	
4 - 7	36	8.3	94	10.4	
≥ 8	390	89.7	775	85.8	0.1731
VALORACION APGAR CINCO MINUTOS					
0 - 3	NINGUNO		6	0.7	
4 - 7	2	0.5	15	1.7	
≥ 8	433	99.5	879	97.6	0.1128
DESTINO DEL RN					
ALOJAMIENTO CONJUNTO	390	89.7	681	75.4	
UCIREN	41	9.4	180	19.9	
UCIN	4	0.9	39	4.3	
PATOLOGIA	NINGUNO		4	0.4	0.00000

* Casos

En relación al cirujano que realiza la cesárea de acuerdo a la indicación (Tabla VII), tenemos que el R2 en 114 casos (41.9%) es quién realiza las cesáreas con indicación absoluta, le continúa el R3 en 112 (41.2%); mientras que de igual manera el R2 es quién más frecuentemente realiza las cesáreas con indicación relativa en 327 (51.8%), el R3 en 182 (28.8%), el médico

adscrito en 94 (14.9%) y finalmente el R4 en 8 (1.2%), con diferencia significativa (P= 0.0003).

Tabla VII.

**RELACION DE CIRUJANO POR INDICACION ABSOLUTA
Y/O RELATIVA EN CESAREA DE REPETICION**

TIPO DE INDICACION	MEDICO ADSCRITO		RESIDENTE 4TO. AÑO		RESIDENTE 3ER AÑO		RESIDENTE 2DO. AÑO		RESIDENTE 1ER AÑO		TOTAL
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
ABSOLUTA	36	13.3	10	3.6	112	41.2	114	41.9	0	0	272
RELATIVA	94	14.9	8	1.2	182	28.8	327	51.8	21	3.3	632

P= 0.0003

Ahora bien, en relación al cirujano que atiende la eutocia o el parto instrumentado (Tabla VIII), tenemos que de las eutocias el R2 atiende 37 casos (52.9%), el R1 26 (37.1%), el R3 6 (8.6%) ; mientras que de los partos instrumentados el R2 atiende a 172 (47.4%), el R1 154 (42.4%), el R4 83.3 (1.4%) y el R3 31 (8.5%), sin diferencia significativa (P=0.9169).

Tabla VIII.

**RELACION DE CIRUJANO POR ATENCION DE EUTOCIA
O PARTO INSTRUMENTADO.**

PARTO	MEDICO ADSCRITO		RESIDENTE 4TO. AÑO		RESIDENTE 3ER AÑO		RESIDENTE 2DO. AÑO		RESIDENTE 1ER AÑO		TOTAL
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
EUTOCIA	0	0	1	0.3	6	8.6	37	52.9	26	37.1	70
INSTRUMENTAD O	1	0.3	83.3	8.5	31	8.5	172	47.4	154	42.4	441

P= 0.9169

Las complicaciones maternas fueron divididas en mayores y menores (Tabla IX). De las mayores se presentó la histerectomía obstétrica en 8 casos (0.7%), 2 rupturas uterinas (0.2%), lesión intestinal 1 y vesical 1 (0.1% cada una). Como complicación menor se presentó el desgarro de periné en 95 (7.0%), la hemorragia en 22 (1.6%), desgarro de histerorrafia en 19 (1.4%), deciduoendometritis en 11 (0.8%). En 1,156 casos no se presentó ninguna complicación (86.3%).

Tabla IX.

**DESCRIPCION DE COMPLICACIONES MATERNAS
SECUNDARIAS A VIA DE NACIMIENTO.**

COMPLICACIONES MAYORES	NUMERO DE CASOS	PORCIENTO
HISTERECTOMIA OBSTETRICA	8	0.7
RUPTURA UTERINA	2	0.2
LESION INTESTINAL	1	0.1
LESION VESICAL	1	0.1
TOTAL	12	1.1

COMPLICACIONES MENORES	NUMERO DE CASOS	PORCIENTO
DESGARRO DE PERINE	95	7.0
HEMORRAGIA	22	1.6
DESGARRO DE HISTERORRAFIA	19	1.4
INFECCION O DEHISCENCIA DE HERIDA QUIRURGICA	12	0.9
DECIDUOENDOMETRITIS	11	0.8
DEHISCENCIA DE HISTERORRAFIA	6	0.5
ILEO (MECANICO, REFLEJO , METABOLICO)	5	0.4
TOTAL	170	12.6

COMPLICACION	NUMERO DE CASOS	PORCIENTO
NINGUNA	1,156	86.3

En relación a la vía de nacimiento (Tabla X) las complicaciones mayores en 11 (90.9%) de las pacientes en que se realizó cesárea. 1 (9.1%) por vía vaginal. Las complicaciones menores en 68 (40.2%) y 102 (59.8%) respectivamente, con diferencia significativa ($P=0.001$).

Tabla X.

**DESCRIPCION DE COMPLICACIONES MAYORES Y MENORES
EN RELACION A VIA DE NACIMIENTO.**

VIA DE RESOLUCION	COMPLICACION MAYOR		COMPLICACION MENOR	
	No.	%	No.	%
ABDOMINAL	11	90.9	68	40.2
VAGINAL	1	9.1	102	59.8
TOTAL	12	100	170	100

$P= 0.001$

De acuerdo a la indicación de absoluta o relativa de la cesárea de repetición (Tabla XI) tenemos que las complicaciones mayores se presentaron en 6 (54.5%) y 5 (45.4%) respectivamente, las complicaciones menores en 24 (35.2%) y 44 (64.7%) respectivamente, sin diferencia significativa ($P= 0.388$).

Tabla XI.

**DESCRIPCION DE COMPLICACIONES (MAYORES - MENORES) EN
CESAREA DE REPETICION CON RELACION A TIPO DE INDICACION
(ABSOLUTA - RELATIVA).**

INDICACION	COMPLICACION MAYOR		COMPLICACION MENOR	
	No.	%	No.	%
ABSOLUTA	6	64.6	24	35.3
RELATIVA	5	45.4	44	64.7
TOTAL	11	100	68	100

P= 0.388

En lo referente a las complicaciones en relación al cirujano que atendió el procedimiento (Tabla XII) tenemos al R2 en 6 (50%), R4 en 3 (25%), R3 en 2 (16.6%) de las complicaciones mayores y al R2 en 87 (50.9%), R3 en 52 (30.8%), R1 en 27 (16.0%), el médico adscrito en 3 (1.7%) de las complicaciones menores, con diferencia significativa (P= 0.0000). Se observa claramente que el R2 es el que se encuentra con mayor frecuencia involucrado tanto en las complicaciones mayores como menores, esto se debe a que es quién más procedimientos quirúrgicos realiza.

Tabla XII.

**DESCRIPCION DE COMPLICACIONES (MAYORES - MENORES)
EN RELACION A CIRUJANO.**

COMPLICACION	MEDICO ADSCRITO		RESIDENTE 4TO. AÑO		RESIDENTE 3ER AÑO		RESIDENTE 2DO. AÑO		RESIDENTE 1ER AÑO		TOTAL
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
MAYOR	1	8.4	3	25	2	16.6	6	50	0	0	12
MENOR	3	1.7	1	0.6	52	30.8	87	50.9	27	16.0	170

P= 0.00000

En cuanto a la relación de las complicaciones (mayores y menores) y tipo de vía de nacimiento vaginal (Tabla XIII), tenemos 1 (100%) complicación mayor por eutócía, 14 (13.6%) menores por eutócías y 89 (86.4%) por parto instrumentado, con diferencia significativa (P= 0.014).

Tabla XIII.

**DESCRIPCION DE COMPLICACIONES (MAYORES - MENORES)
EN RELACION A TIPO DE NACIMIENTO VAGINAL.**

PARTO	COMPLICACION MAYOR		COMPLICACION MENOR	
	No.	%	No.	%
EUTOCIA	1	100	14	13.6
INSTRUMENTADO	NINGUNO		89	86.4
TOTAL	1	100	103	100

P= 0.014

DISCUSION

Con el objetivo de conocer la morbilidad materno-fetal asociada en las pacientes que se atendieron de parto después de cesárea y cesárea de repetición, se revisaron 1,339 casos en forma transversal, descriptiva y observacional desde el 1° de enero de 1996 hasta el 31 de mayo de 1998, atendidas en el servicio de tococirugía del Instituto Nacional de Perinatología.

Esta investigación confirma que el permitir trabajo de parto a las pacientes con cesárea previa es tan seguro como en las pacientes sin cirugía uterina previa, siempre que se seleccionen los casos y se respeten algunos requisitos previamente establecidos para este propósito. Así mismo se observó un incremento en la morbilidad materna asociada a las pacientes que se sometieron a cesárea de repetición.

Durante el periodo de estudio observamos una incidencia de nacimientos por cesárea de repetición del 67.5% (904 casos) y sólo un 32.5% (435 casos) de nacimientos por vía vaginal. Comparando nuestros resultados con los de otros autores tenemos que Pichardt en su estudio observó un 63% de nacimientos por vía vaginal y 37% por cesárea de repetición⁽³⁴⁾. En general varios autores^(4, 10, 11, 18, 24, 29, 35) coinciden que más de dos terceras partes de las mujeres con cesárea previa a las que se les da oportunidad de trabajo de parto la resolución de la gestación se presentará por vía vaginal. En base a nuestros resultados podemos concluir que en nuestra institución sólo una tercera parte de las pacientes con cesárea previa se resuelven por parto y dos terceras partes por cesárea de repetición.

El promedio de edad en años en las pacientes sometidas a trabajo de parto fue de 28.8 (5.5 DE), en contra parte con el grupo de cesárea de repetición que fue de 30.4 (10.4), esto probablemente nos habla de que a las

pacientes más jóvenes son a las que se les brinda la oportunidad de ser sometidas a trabajo de parto, no así a las de más edad, mostrando una diferencia muy significativa ($P= 0.0003$). El promedio de años de realizada la cesárea anterior, en el grupo I fue de 6.2 (4.1 DE) y el grupo II de 7.5 (11.1 DE) lo cual indica que a mayor tiempo de transcurrida la cesárea anterior el próximo evento obstétrico será resuelto por cesárea de repetición. El promedio para las semanas de gestación al momento de la interrupción vimos que en el grupo I fue de 38.5 (1.8 DE) y el grupo II 37.9 (2.7 DE), lo cual nos indica que por alguna razón se interrumpe más tempranamente por vía abdominal que por vaginal ($P= 0.000$). En cuanto al promedio del peso del RN al nacimiento, en los RN del grupo I fue de 3077.5 (473.1 DE) y del grupo II de 3008.5 (668.3 DE), lo que indica que tienen menor peso los del grupo II por nacer más tempranamente que los del grupo I ($P= 0.03$).

En nuestra revisión encontramos que el 65% de las pacientes eran sanas y sólo el 45% enfermas, se verificó que si bien ciertas patologías se agravan durante la gestación y afectan a la misma, con un buen control prenatal no se modifica la morbilidad materno-fetal en comparación con las mujeres sanas.

Tenemos que la indicación más frecuente de cesárea anterior en nuestro grupo de estudio fue por DCP en 29%, le sigue la cirugía electiva en 6.9%, EHIE 14%, pélvico 6.7%, pretérmino 4.5%, falta de progreso en el trabajo de parto 4.3% y la indicación en el embarazo actual fue en primer lugar la cirugía electiva en 13.3%, le sigue la DCP en 11%, EHIE 10.7%, estrés fetal y falta de progreso en el trabajo de parto cada una con 4.9%, pélvico 3.9%, R.P.M 3.5% y sospecha de ruptura uterina sólo el 1.5%. Al observar con detalle las indicaciones tenemos que la mayoría de las cesáreas previas son indicaciones relativas, de igual manera las cesáreas de repetición son en su gran mayoría indicaciones relativas; esto quiere decir que se está abusando del procedimiento quirúrgico en nuestra institución. De lo antes comentado varios

autores han demostrado su experiencia que no difiere con nuestros resultados (4, 8, 15, 16, 24,28). Sólo 435 casos (32.5%) de nuestro grupo de estudio, nacieron por vía vaginal.

Ahora en lo que corresponde a la cesárea de repetición por indicación absoluta o relativa, encontramos que sólo el 30% fueron absolutas y el 70% relativas. De los 904 casos de cesárea de repetición sólo el 40% tuvieron trabajo de parto y el 60% no. Importante comentar que el 26.2% del total de las cirugías fueron programadas, lo cual quiere decir que no se está practicando adecuadamente la norma institucional ya que la gran mayoría de las cesáreas de repetición no tienen una indicación absoluta y además no se permite a las pacientes ser sometidas a trabajo de parto ya que en su gran mayoría son con indicación electiva (P= 0.00000).

Con respecto a la calificación de Apgar al minuto encontrada en nuestra serie observamos que ésta se encontró dentro del rubro de 8 o más en ambos grupos (grupo I con 89.7% y grupo II con 85.8%), de 4-7 en el grupo I fue de 8.3% y grupo II de 10.4%, de 0-3 en el grupo I de 2.1% y de 3.8% en el grupo II (P= 0.1731). A los cinco minutos la calificación en el grupo I 99.5% de 8 o más, 0.5% de 4-7, y ninguno de los RN persistió con calificación de 0-3. Sin embargo, en el grupo II observamos que el 97.6% fue de 8 o más, el 1.7% de 4-7 y 0.7% con calificación de 0-3 (P= 0.1128). Con lo anterior corroboramos que el parto vaginal es seguro y la morbilidad neonatal no se ve incrementada, lo contrario con el grupo de cesárea de repetición en el cual el Apgar bajo persistió en un 0.5%, no así en el grupo de parto después de cesárea. Esto quiere decir que la cesárea no es tan segura como se cree y que realmente no se disminuye la morbilidad neonatal al realizar electivamente dicho procedimiento. Lo encontrado en nuestras pacientes es similar a lo descrito por varios autores (5,13,18,20,32,33)

El 89.7% de los RN del grupo I fueron enviados a alojamiento conjunto, 9.4% a UCIREN y sólo en 0.9% a UCIN. En contra parte con el grupo II sólo el

75.4% se enviaron a alojamiento conjunto, el 19.9% a UCIREN y el 4.3% a UCIN . De lo anterior concluimos que un número significativo de los RN obtenidos por cesárea de repetición ingresan a UCIN y UCIREN, además su estancia en dichos servicios es prolongada, lo cual habla de que el Apgar bajo afecta significativamente ($P= 0.00000$). Cabe mencionar que en nuestra serie hubo 4 muertes fetales en el grupo de cesárea de repetición, sin embargo el diagnóstico de ésta se realizó ante parto.

En cuanto al cirujano que realiza la cesárea de repetición con indicación absoluta el R2 practica el 41.9%, le sigue el R3 con 41.2%, médico adscrito 13.3% y el R4 3.6%. Mientras que por indicación relativa el R2 realiza el 51.8%, le continúa el R3 con 28.8%, médico adscrito 14.9%, R1 3.3% y el R4 1.2%. Lo anterior se explica ya que nuestra institución es centro de instrucción y formación académica por lo tanto, la mayoría de las cirugías son realizadas por residentes, de éstos el R2 es encargado de realizar la mayoría de las cesáreas.

Es importante mencionar que 1156 casos en nuestra serie no presentaron ningún tipo de complicación sin embargo, el 1.1% presentaron complicaciones mayores, de éstas la histerectomía obstétrica se presentó en 0.7%, la ruptura uterina en 0.2%, lesión a intestino y vejiga en 0.1% cada una. El 12.6% presentaron complicaciones menores de éstas el desgarró de periné fue el más frecuente con un 7%, posteriormente la hemorragia con 1.6%, desgarró de histerorrafia 1.4%, deciduoendometritis 0.8%, dehiscencia de histerorrafia 0.5%, íleo 0.4%. Al comparar lo encontrado en nuestras pacientes con lo escrito por otros autores vemos que la incidencia de ruptura uterina encontrada en nuestro estudio es similar a lo reportado en la literatura (4, 13-15, 18, 31, 36). Así mismo la incidencia de las complicaciones mayores encontradas en nuestro grupo de estudio no difiere comparativamente con la serie de MacMahon (1.3%). Por otra parte, la incidencia de dehiscencia de histerorrafia encontrada en nuestra serie fue semejante a lo reportado por diversos autores

(24, 28, 41, 42, 44, 47)

En cuanto a la presencia de complicaciones mayores o menores en relación a la vía de nacimiento observamos lo siguiente: el 90.9% de las complicaciones mayores se ubicaron en el grupo II y sólo el 9.1% en el grupo I, el 59.8% de las complicaciones menores estuvieron en el grupo I y 40.2% en el grupo II ($P= 0.001$). Es evidente que la cesárea de repetición conduce a una mayor incidencia de complicaciones mayores y si recordamos que el 70% de las cesáreas de repetición realizadas en nuestro estudio tienen una indicación relativa nos obliga a tener una selección más rigurosa de aquellas pacientes que se van a someter a cesárea de repetición para así disminuir el riesgo de complicaciones, además debemos recordar que la cesárea de repetición es la antesala de una indicación absoluta.

Con respecto a la cesárea con indicación absoluta observamos que el 54.6% de las complicaciones fueron mayores y el 35.3% menores, en la indicación relativa se vio que el 45.4% eran mayores y el 64.7% menores ($P = 0.388$). Aunque no hubo diferencia significativa al respecto se observa una incidencia considerable de complicaciones tanto mayores como menores en la cesárea con indicación relativa.

Como ya se había comentado anteriormente el R2 es quién realiza la mayor cantidad de cesáreas, era de esperarse que fuera éste quién presentara la mayor proporción de complicaciones mayores y menores (50 y 50.9% respectivamente).

No se encontró ninguna muerte materna en nuestro estudio, lo cual concuerda con lo escrito por otros autores (11, 29, 31, 45-46;

Mediante el análisis y discusión anteriormente expuesto, se pudo comprobar que el parto vaginal después de cesárea es un procedimiento seguro y que no aumenta la morbimortalidad materno-fetal; sin embargo, debe de recordarse que los resultados favorables del parto después de cesárea

dependen de la selección adecuada de las pacientes candidatas al procedimiento, de vigilancia cuidadosa del trabajo de parto con uso cuidadoso de oxitocina, monitoreo fetal electrónico y de una adecuada atención del procedimiento obstétrico.

Hay que destacar que las pacientes sometidas a cesárea de repetición fueron las que presentaron la más alta incidencia de complicaciones mayores (90.9%) lo cual nos demuestra la exposición a un riesgo mayor a éstas pacientes ya que el 70% de las cesáreas de repetición tienen una indicación relativa la cual se pudiera evitar si fueran sometidas a trabajo de parto.

CONCLUSIONES

1. El parto después de cesárea es un procedimiento que no aumenta la morbilidad materno-fetal, no así la cesárea de repetición.
2. El resultado perinatal favorable con respecto al parto después de cesárea, depende en gran parte a una selección adecuada de pacientes candidatas al procedimiento, monitoreo fetal electrónico continuo y atención del procedimiento obstétrico por personal capacitado.
3. Reevaluación detallada y crítica de toda aquella paciente que se haya sometido a una operación cesárea, para en la actual gestación ofrecerle la posibilidad de un parto.
4. El uso adecuado de la oxitocina en la conducción del trabajo de parto en pacientes con cesárea previa no incrementa la morbilidad materna ni perinatal.
5. La cesárea de repetición muestra una mayor morbilidad comparada con el parto después de cesárea.
6. La cesárea de repetición con indicación relativa debe ser más estrictamente valorada ya ésta es la antesala de una indicación absoluta.
7. La incidencia encontrada de dehiscencia de histerorrafia en nuestra población de estudio fue del 0.5% , igual a lo descrito en la literatura.
8. La incidencia de ruptura uterina encontrada en nuestro estudio (0.2%) es similar a la descrita en la literatura (0 a 3%).

9. El aumento de la utilización del intento de parto en oposición a la repetición de una cesárea (sin indicación absoluta) podría prever un ahorro sustancial, disminuir la incapacidad física de la parturienta y mejorar el estado psicológico en una gran parte de la población obstétrica.

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

BIBLIOGRAFIA:

1. Craigin E. Conservatism in Obstetrics. NY State J Med 1916; 104: 1-4.
2. Guzmán S, González M, González G, Villa V. Que hacer para reducir el número de cesáreas ?. Ginec Obst Méx. 1997; 65: 273-6.
3. Gibbs C. Parto planeado después de operación cesárea. Clínicas obstétricas y ginecológicas: actualización sobre obstetricia operatoria. Volumen 2, primera edición. Editorial Interamericana, 1980; Madrid.
4. Jarrell M, Ashmead G, Mead P, Harris R, Hyman C. Vaginal delivery after cesarean section: a five year study. Obstet Gynecol 1985; 65: 628-31.
5. De la Garza Q, Celaya J, Hernández E. Parto después de cesárea en el Hospital de Ginecoobstetricia de Garza García, N. L. Ginec Obst Méx. 1997; 65: 126-30.
6. Leung A, Farmer R, Leung E, Medearis A, Paul R. Risk factors associated with uterine rupture during trial of labor after cesarean delivery: a case-control study. Am J Obstet Gynecol 1993; 168: 1358-63.
7. Kably A, Toscano F, Méndez R, Coronel B, Pulido O, Risco C, et al. Operación cesárea estado actual. VI Congreso Nacional de Ginecología y Obstetricia. Ginec Obst Méx. 1996; 64 (1).
8. Treviño T, Puente G. Indicación de la operación cesárea: revisión de 300 casos. Ginec Obst Méx. 1998; 66: 411-3.
9. Quesnel G, Lira P, Ibarquengoitia O, Neri M, Aguayo G. Operación cesárea: ¿ciencia o ansiedad? Once años de experiencia institucional. Ginec Obst Méx 1997; 65: 247-53.
10. Kirk P, Doyle K, Beacham W, Flasksman M, Freda D. Vaginal birth after cesarean section: medical risks or social realities ?. Am J Obstet Gynecol 1990; 162: 1398-405.
11. Notzon F, Placek P, Vollman J, Barlow R, Allen L. Comparison of national cesarean section rates. N Engl J Med. 1987; 316: 368-9.

BIBLIOGRAFIA:

1. Craigin E. Conservatism in Obstetrics. NY State J Med 1916; 104: 1-4.
2. Guzmán S, González M, González G, Villa V. Que hacer para reducir el número de cesáreas ?. Ginec Obst Méx. 1997; 65: 273-6.
3. Gibbs C. Parto planeado después de operación cesárea. Clínicas obstétricas y ginecológicas: actualización sobre obstetricia operatoria. Volumen 2, primera edición. Editorial Interamericana, 1980; Madrid.
4. Jarrell M, Ashmead G, Mead P, Harris R, Hyman C. Vaginal delivery after cesarean section: a five year study. Obstet Gynecol 1985; 65: 628-31.
5. De la Garza Q, Celaya J, Hernández E. Parto después de cesárea en el Hospital de Ginecoobstetricia de Garza García, N. L. Ginec Obst Méx. 1997; 65: 126-30.
6. Leung A, Farmer R, Leung E, Medearis A, Paul R. Risk factors associated with uterine rupture during trial of labor after cesarean delivery: a case-control study. Am J Obstet Gynecol 1993; 168: 1358-63.
7. Kably A, Toscano F, Méndez R, Coronel B, Pulido O, Risco C, et al. Operación cesárea estado actual. VI Congreso Nacional de Ginecología y Obstetricia. Ginec Obst Méx. 1996; 64 (1).
8. Treviño T, Puente G. Indicación de la operación cesárea: revisión de 300 casos. Ginec Obst Méx. 1998; 66: 411-3.
9. Quesnel G, Lira P, Ibarquengoitia O, Neri M, Aguayo G. Operación cesárea: ¿ciencia o ansiedad? Once años de experiencia institucional. Ginec Obst Méx 1997; 65: 247-53.
10. Kirk P, Doyle K, Beacham W, Flasksman M, Freda D. Vaginal birth after cesarean section: medical risks or social realities ?. Am J Obstet Gynecol 1990; 162: 1398-405.
11. Notzon F, Placek P, Vollman J, Barlow R, Allen L. Comparison of national cesarean section rates. N Engl J Med. 1987; 316: 368-9.

12. Pritchard J, MacDonald P, Usher R, Norman F. Operación cesárea con histerectomía. Williams Obstetricia. Tercera edición. Salvat editores, S. A. 1986, Barcelona.
13. Farmer R, Kirschbaun D, Lester D, Beck A. Uterine rupture during trial of labor after previous cesarean section. Am J Obstet Gynecol 1991; 165: 996-1001.
14. Jones R, Nagashima A, Gleicher N, Notzon F, Phelan J. Rupture of low transverse cesarean scar during trial of labor. Obstet Gynecol 1991; 77: 815-7.
15. Joseph G, Stedman C, Robichaux A. Vaginal birth after cesarean section: the impact of patient resistance to a trial of labor. Am J Obstet Gynecol 1991; 164: 1441-7.
16. Phelan J, Clark S, Placek G, Collins B. Vaginal birth after cesarean . Am J Obstet Gynecol 1987; 157: 1510-5.
17. Scott J, Camus M, Finley B, Planchais O. Mandatory trial of labor after cesarean delivery: an alternative view point. Obstet Gynecol 1991; 77: 811-4.
18. Yetman T, Nolan T, Botella L, Kopel R, Gabbe R. Vaginal birth cesarean section: a reappraisal of risk. Am J Obstet Gynecol 1989; 161: 119-23.
19. Cerda H, Beavides de A, Martínez D. Atención del parto después de operación cesárea. Ginec Obst Méx 1994; 62: 312-4.
20. Rosen M, Dickinson J, Westhoff C. Vaginal birth after cesarean: a meta-analysis of morbidity and mortality. Obstet Gynecol 1991; 77: 465-9.
21. Lavin J. Parto vaginal después del nacimiento: preguntas que se formulan con frecuencia. Clinicas de perinatología. Obstetricia operatoria. Volumen 2, primera edición. Editorial Interamericana, 1983; Madrid.
22. American College of Obstetricians and Gynecologists. Vaginal delivery after previous cesarean birth. ACOG Practice Patterns 1995; 1: 1-8.
23. Arulkumaran S, Chua S, Beall M, Eglinton G, Pruett K, Lipson J. Symptoms and signs with scar rupture value of uterine activity measurements. Aust N Z J Obstet Gynaecol 1992; 32: 208-12.
24. Flamm B, Lim O, Jones C, Fallon D, Newmwn L, Mantis K. Vaginal birth after cesarean section: results of multicenter study. Am J Obstet Gynecol 1988; 158: 1079-84.

25. Lao T, Leung F, Horenstein J, Yeh S. Labor induction for planned vaginal delivery in patient with previous cesarean section. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1987; 66: 413-6.
26. Sakata E, Kaye S, Eriksen J. Oxytocine user after previous cesarean: why a higher rate of failed labor trial ?. *Obstet Gynecol* 1990; 75: 356-9.
27. American College of Obstetricians and Gynecologists. Vaginal delivery after a previous cesarean birth. ACOG committee opinion. *Int J Gynecol Obstet* 1995; 48: 127-9.
28. Flamm B, Newman L, Thomas S, Fallon D, Yoshida M. Vaginal birth after cesarean delivery: results of a 5 year multicenter collaborative study. *Obstet Gynecol* 1990; 76: 750-4.
29. MacMahon M, Luther E, Bowes W, Olshan A. Comparison of a trial of labor with an elective second cesarean section. *N Engl J Med* 1996; 335: 689-95.
30. Beckley S, Gee H, Mootabar L, Novas B. Scar rupture in labor after previous lower uterine segment cesarean section: the role of uterine activity measurements. *Br J Obstet Gynaecol* 1991; 98: 265-9.
31. Bolaños A, Bonfante R, Montes de Oca D, Gutiérrez R, Juárez G, Suárez P. Ruptura uterina en el Instituto Nacional de Perinatología. *Ginec Obst Méx* 1997; 65: 492-4.
32. Burt R, Vaugahn T, Chalmers N, Breslow J. Evaluating risks of cesarean section: low Apgar scores in repeat C-section and vaginal deliveries. *Am J Public Health* 1988; 78: 1312-4.
33. Adair D, Sánchez R, Whitaker D, McDyer D, Fara L, Briones D. Trial of labor in patients with a previous lower uterine vertical cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 174: 966-70.
34. Pickhardt M, Martin J, Meydrech E, Blake P, Perry K, Morrison J. Vaginal birth after cesarean delivery: are there useful and valid predictors of success or failure ?. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 166: 1811-9.
35. Phelan J, Ock M, Graham A, Moore N. Twice a cesarean, always a cesarean ?. *Am J Obstet Gynecol* 1989; 73: 161-5.
36. Lavin J, Stephens R, Duff P, Southmayd K. Vaginal delivery in patients with a prior secarean section. *Obstet Gynecol* 1982; 59: 135-9.

37. Paul R, Phelan J, Pruett K, Silver R, Sarno A. Trial of labor in the patient with a prior cesarean birth. *Am J Obstet Gynecol* 1985; 151: 297-301.
38. Martin J, Harris B, Clark S. Vaginal delivery following previous birth. *Am J Obstet Gynecol* 1983; 146: 255-8.
39. Farmakides G, Duvivier R, Mahan L, Taylor M. Vaginal birth after two or more previous cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 1987; 156: 565-6.
40. Pruett K, Kirshon B, Shiono P, Fielden J. Is vaginal birth after two or more cesarean section safe ?. *Obstet Gynecol* 1988; 72: 163-5.
41. Carlsson C, Nybell-Lindahl G, Fischermann E. Extradural block in patients who have previously undergone cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 134: 112-5.
42. Demianczuk N, Hunter D, McNeillis D, Quilligan E. Trial of labor after previous cesarean section: prognostic indicators of outcome. *Am J Obstet Gynecol* 1982; 142: 640-4.
43. Meier P, Porreco R, Geliman E, Goldstein M. Trial labor following cesarean section: a two year experience. *Am J Obstet Gynecol* 1982; 144: 671-6.
44. Flamm B, Dunnett C, Newton J, Rhoads G, Shy K. Vaginal delivery following cesarean section: use of oxytocin augmentation and epidural anesthesia. *Am J Obstet Gynecol* 1984; 148: 759-63.
45. Eglinton G, Phelan J, Yeh S, Díaz F, Wallace T, Paul R. Outcome of a trial of labor after prior cesarean delivery. *J Reprod Med* 1984; 29: 3-8.
46. Raynor B, Gleicher N, Myers S, Nolan T. The experience with vaginal birth after cesarean section delivery in a small rural community practice. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 168: 60-2.
47. Cowan R, Kinch R, Elis B, Anderson R. Trial of labor following cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 1994; 83: 933-6.
48. Kakobi P, Simmer E, Strong T, Wessel J. Oxytocin administration and uterine exploration in the management of vaginal birth after cesarean. Not routine procedures. *Am J Obstet Gynecol* 1989; 45: 1538-9.