

11217



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL DE MEXICO
ASOCIACION GINECO-OBSTETRICA, S.A. DE C.V.

PARTO DESPUES DE OPERACION CESAREA.
EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DE MEXICO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO EN LA ESPECIALIDAD DE:

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

DRA. ARACELI IVONNE MATIAS OLVERA

288683



MEXICO, D. F.

2001



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).

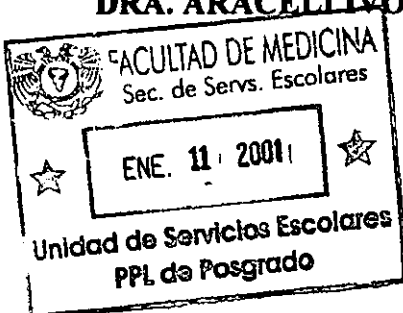
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

82

**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL DE MEXICO
ASOCIACION GINECO-OBSTETRICA S.A. DE C.V.**

**PARTO DESPUES DE OPERACION CESAREA.
EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DE MEXICO**

**T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO EN LA ESPECIALIDAD DE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A
DRA. ARACELIVONNE MATIAS OLVERA**



México D.F. 1999

**HOSPITAL DE MEXICO
ASOCIACION GINECO-OBSTETRICA, S.A. DE C.V.**

JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

ESPECIALIDAD EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

TITULO:

**PARTO DESPUES DE OPERACIÓN CESAREA.
EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DE MEXICO**

ALUMNA:



DRA. ARACELI IVONNE MATIAS OLVERA

AUTOR DE TESIS:



DR. MANUEL VILLALOBOS ROMAN

JEFE DE ENSEÑANZA:



DR. JOSE ANTONIO AGUILAR GUERRERO

PROFESOR TITULAR:



DR. EDUARDO ONTIVEROS CERDA

A G R A D E C I M I E N T O S

A DIOS

Por permitirme conocer
el milagro de la vida.

A MI PADRE

Por enseñarme que cada día
debe enfrentarse con valor.

A MI MADRE

Por su apoyo incondicional
en cada momento de mi vida
mi eterno agradecimiento.

A MI ESPOSO GERARDO

Porque siempre seremos uno mismo
y por ser la razón de mi vida.
Te amaré eternamente.

MI AMADO HIJO ALEJANDRO

Por ser la expresión más tierna
del amor y por la ilusión
que da a nuestras vidas.

MIS MAESTROS

Por todas sus enseñanzas,
su cariño y comprensión.

MIS AMIGOS Y COMPAÑEROS

Por todos los momentos
que hemos compartido.

I N D I C E

	Página
INTRODUCCION	1
MARCO TEORICO	6
Características de la cicatriz uterina	6
Trabajo de parto con cesárea previa	13
Inducto conducción del trabajo de parto	19
Atención del parto	22
Analgesia durante el parto	23
Complicaciones maternas	24
Complicaciones fetales	30
MATERIAL Y METODO	33
RESULTADOS	36
DISCUSION	47
CONCLUSIONES	51
BIBLIOGRAFIA	53

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

En 1790 el obstetra francés M. Jean Louis Baudelocque dió la definición original de cesárea: "operación por la que se abre una vía para el nacimiento de un niño, diferente a la natural". Actualmente se define como una laparotomía con histerotomía para extraer un feto. El origen del término es controversial y abundan las teorías, aunque se pensaba que el nombre provenía de Julio César, quien supuestamente había nacido por este método, hoy esta idea se ha vuelto insostenible. Jacques Guillimeau en su libro de obstetricia fechado en 1598, es el primero en usar la palabra "operación" en conexión al nacimiento por vía abdominal (1,2).

La frecuencia de la cesárea ha aumentado considerablemente durante los últimos años; pasando del

5 a 7% en los años 60s, al 15 a 20% en los 80s, representando en la actual década el 35% de los nacimientos. Las razones para ello han sido la seguridad de la intervención, gracias a los progresos de la anestesia, antibióticoterapia y hemoterapia (3,4).

La existencia de una cicatriz uterina, condicionó cada vez más la decisión de una cesárea de repetición, la mayoría de las estadísticas disponibles indican que ésta representa el 25-40% de los casos de cesárea (5).

El aforismo de E. B. Craigin “después de cesárea siempre cesárea” (6), data de 1916, época en la que la mayoría se realizaban mediante una incisión clásica; a finales del decenio de 1940 se inició una mayor tendencia hacia la utilización de incisiones del segmento uterino inferior, con raros casos de ruptura subsecuente. Desde 1970 hasta la

actualidad esporádicamente se usó la incisión clásica, excepto en circunstancias especiales (4,7).

Antes de 1950 el parto con cesárea previa era común en Europa pero no en Estados Unidos; entre 1950 y 1980 fueron reportadas en la literatura en idioma inglés más de 5,000 pacientes con antecedente de cesárea y prueba de trabajo de parto, sin muertes maternas y pocas fetales. Después de esta fecha grandes estudios multicéntricos han confirmado la relativa seguridad del parto postcesárea (8).

En 1980 The Consensus Development Conference on Cesarean Section, of National Institutes of Health, revisó este tema recomendando abandonar la práctica de la cesárea de repetición automática, considerando la indicación de parto después de cesárea con incisión transversa. En 1982 el American College of Obstetricians

and Gynecologists publicó directrices en cuanto al parto después de cesárea, cuya revisión en 1985 demostró su gran utilidad, apoyada en excelentes informes de investigadores clínicos. También en 1985 The National Consensus Conference on Aspects of Cesarean Birth in Canadá recomendó el trabajo de parto a mujeres con cesárea previa, que cumplieran los siguientes requisitos: antecedente de incisión transversa, embarazo actual con producto único, en presentación cefálica y ausencia de indicación absoluta de segunda cesárea. Conforme avanza la experiencia en el trabajo de parto con antecedentes de cesárea, se reafirma la seguridad de esta práctica (7-9).

El número de mujeres que han tenido un parto con el antecedente de cesárea se ha incrementado en Estados Unidos de 3.4% en 1980 a 25% en 1993 (8).

En mujeres cuya primera cesárea se realizó por una indicación no recidivante (como malpresentación o malposición, placenta previa, sufrimiento fetal, desprendimiento prematuro de placenta), la incidencia de un parto es similar a la incidencia global en pacientes sin dicho antecedente, reportándose del 88%. En pacientes con indicaciones recurrentes como desproporción cefalopélvica, la tasa de éxito disminuye hasta el 60% (10).

Considerando la importancia de estos aspectos y sus antecedentes se tomó la decisión de efectuar un estudio retrospectivo para conocer la situación que se presenta en un hospital de asistencia privada de la Ciudad de México y realizarlo como tesis de postgrado para la obtención del título como especialista de Ginecología y Obstetricia.

M A R C O T E O R I C O

Características de la cicatriz uterina

Los riesgos maternos por trabajo de parto con cesárea previa se relacionan sobre todo con grados variables de dehiscencia de la cicatriz uterina y hemorragia vinculada. Existen innumerables informes sobre los beneficios y la seguridad de tales partos; siendo el factor pronóstico más seguro la localización de la cicatriz uterina (10).

El útero deriva de la fusión de los canales mesonéfricos. El miometrio proviene del mesénquima que rodea dichos canales, con tres planos de fibras musculares lisas:

- Plano interno, constituido por fibras musculares longitudinales y circulares periféricas.
- Plano medio, el más grueso constituido por fibras sin dirección definida (capa plexiforme).
-
- Plano externo, el más delgado, constituido por fibras longitudinales externas y transversales internas.

Estas fibras musculares están envueltas en tejido conjuntivo, constituido por fibras de colágeno, reticulina y elastina, sumergidas en una sustancia fundamental. A nivel del cuerpo uterino, las fibras musculares forman mayoría y su preponderancia aumenta durante el embarazo (11).

Estas fibras musculares presentan dos propiedades fundamentales: extensibilidad y contractilidad. La sección

de estas fibras forma una cicatriz en la que predomina el tejido fibroso. La infiltración fibroblástica y los depósitos de fibrina preceden la constitución del tejido conjuntivo; una vez concluido el proceso, la cicatriz presenta tejido fibroso, formado en proporciones variables, por fascículos musculares lisos cortos y neovasos. Ciertos fenómenos histológicos como: fragmentación muscular, hialinización, inflamación y proliferación fibroblástica, contribuyen a la fragilidad de la cicatriz. No obstante, los fenómenos que rigen la cicatrización son de carácter dinámico y pueden mejorar con el tiempo (12).

El factor pronóstico de mayor confianza para el trabajo de parto en pacientes con cesárea previa es la localización de la cicatriz uterina. Según estudios estadísticos rigurosos. El riesgo grave de ruptura uterina es mayor en caso de cicatriz corporal o segmento corporal. Los tipos de rotura de cicatriz uterina que pueden presentarse son:

- Dehiscencia de cicatriz: abertura de la cicatriz previa, con integridad del peritoneo visceral suprayacente, sin expulsión del contenido uterino (también llamada ventana).
- Rotura incompleta: abertura de la cicatriz previa, pero no del peritoneo suprayacente, con expulsión del contenido uterino.
- Rotura completa: abertura de la cicatriz previa y el peritoneo suprayacente, con expulsión del contenido intrauterino hacia la cavidad peritoneal (10).

Diferentes investigaciones clínicas y paraclínicas permiten evaluar la calidad de la cicatriz uterina:

- *Tacto vaginal*. No permite evaluar la cicatriz. Durante el trabajo de parto la exploración digital requiere destreza y a veces resulta imposible y de difícil interpretación.

- *Ecografía*. Puede realizarse durante el embarazo, siendo una técnica poco invasiva. El criterio esencial reside en la evaluación del espesor del segmento inferior, pudiendo observarse:
 - Una cicatriz invisible, con segmento inferior homogéneo de contornos regulares.

 - Un adelgazamiento localizado, de pronóstico desfavorable si el espesor es menor de 2 mm.

- El rodete cicatrizal isodenso que sobresale del líquido amniótico y que levanta al detrusor.
-
- La dehiscencia cicatrizal total, con solución de continuidad y en su extremo una hernia amniótica que levanta al detrusor.
-
- *Histerografía*. Constituye un método invasivo de indicación variable. Debe practicarse a partir de los seis meses de realizada la incisión. Se ha propuesto la siguiente clasificación:
- Grupo I. Cicatriz invisible.
- Grupo II. Pequeña deformación inferior de 4 mm.

- Grupo III. Adelgazamiento parietal con imagen de adición de 4 a 6 mm.
- Grupo IV. Deformación importante, mayor de 6 mm y morfológicamente inquietante por divertículo o fístula.

Los dos primeros grupos corresponden a cicatrices sólidas y los dos últimos a defectuosas; sin embargo, la correlación clínica resulta poco confiable.

- *Histeroscopia*. Constituye una técnica invasiva, practicada después de los seis meses de realizada la incisión, revela aspectos precisos del lado interno de la cicatriz.

Según las observaciones se propone la siguiente clasificación:

- Alteraciones del arco interior.
- Una reacción hipertrófica.
- Una pérdida de sustancia.
- Una anomalía de coloración, relacionada con fibrosis.

Resulta difícil establecer una correlación entre los datos ecográficos o histerográficos y los aspectos histeroscópicos (12).

Trabajo de parto con cesárea previa

Hay pocas contraindicaciones absolutas de trabajo de parto en pacientes con antecedente de cesárea. En primer lugar incisión uterina clásica, en razón del riesgo importante de ruptura uterina. El peligro proviene de las fuerzas divergentes de los fascículos musculares uterinos circulares, interrumpidos por una banda fibrosa vertical. Además, en caso de dehiscencia, la probabilidad de muerte fetal aumenta y hay mayor riesgo de complicaciones infecciosas. En segundo lugar está la entidad clínica de desproporción cefalopélvica absoluta y en tercero la paciente que rechaza el procedimiento después de su descripción detallada (7,12,13).

Se ha observado además que las pacientes con cesárea por desproporción cefalopélvica o por falta de progresión

del trabajo de parto tiene menos probabilidades de parto que aquellas cuya cesárea se realizó por trabajo de parto prolongado, sufrimiento fetal, hemorragia o hipertensión. En cambio pacientes con antecedentes de cesárea por una causa no recurrente como por presentación anormal, puede tener parto como cualquier primípara (12).

Entre las circunstancias obstétricas especiales en las cuales es aconsejable una prueba de trabajo de parto, se encuentran las siguientes:

Cicatriz vertical baja. Si la incisión se hizo en el segmento uterino inferior el riesgo es similar al de la incisión transversa. Cuando la incisión se realizó en un segmento uterino inferior no desarrollado, en embarazos pretérmino, con probable extensión hacia el segmento activo o el fondo del útero, el riesgo de ruptura uterina tal vez sea mayor (10).

Embarazo múltiple. Generalmente suele excluirse de la prueba de trabajo de parto ya que es de esperar que la sobredistensión del útero predisponga a la ruptura uterina. Existen dos estudios en los cuales se realizó prueba de trabajo de parto con una alta tasa de éxito, si bien se encontró dehiscencia de cicatriz en el 4%, que corresponde al doble de la reportada en embarazos únicos, no se presentaron casos de ruptura uterina (14,15).

Macrosomía. No parece ser contraindicación del trabajo de parto con cesárea previa, deberá considerarse con base en el cálculo real del peso fetal y la pelvimetría materna (16)

Presentación anormal. Se excluye de las consideraciones de un parto. Aunque un feto en presentación pélvica no

debería modificar el riesgo de ruptura uterina, existen pocos estudios al respecto (10).

Cesáreas múltiples. Los investigadores que comunican resultados de grandes números de pacientes en trabajo de parto con cesárea previa que incluyeron a aquellas con dos cesáreas, reportan seguridad en el mismo (17-20). En los informes de pacientes con tres o más cesáreas previas no parece haber aumento del riesgo, aunque se incluyen muy pocas pacientes (21)

Embarazo postérmino. Dos informes reportan la evolución de pacientes con embarazo postérmino sometidas a prueba de trabajo de parto con una tasa total de éxito del 75% (22,23).

Implantación placentaria. La implantación de la placenta sobre la cicatriz uterina puede predisponer a anomalías de inserción placentaria; sin embargo, estos trastornos pueden complicar la prueba de trabajo de parto tanto como la cesárea electiva de repetición. Se discute la influencia de la localización de la placenta en el riesgo de ruptura; además el riesgo de hemorragia podría aumentar cuando el borde inferior de la placenta se ubica justo por encima de la cicatriz. Se considera que la inserción previa podría erosionar y adelgazar la cicatriz hasta provocar su desgarro (7,10).

En pacientes con antecedentes de cesárea, la atención del trabajo de parto no es necesariamente muy diferente de aquellas que no tienen cicatriz uterina. Por lo general se espera que comience el trabajo de parto en forma espontánea. El registro de la frecuencia cardíaca fetal debe ser permanente (10).

La duración del trabajo del parto no debe exceder la duración media admitida para una primípara. Ciertos autores consideran incluso que el trabajo de una paciente con cesárea anterior puede compararse, en su fase activa, al de una múltipara (24), otros admiten que un antecedente de cesárea por distocia en cualquier fase del trabajo de parto provoca un alargamiento de todas las etapas ulteriores (12, 25).

La presencia de una cicatriz parece no influir en la actividad uterina; su evaluación muestra que las pacientes con una cesárea anterior realizada antes o al comienzo del trabajo de parto se comportan como primíparas (24).

Se ha observado que cuando en el primer examen la dilatación del cuello uterino es mayor de 3 cm, el pronóstico resulta favorable, con un 69% de partos y que

cuando es menor de 3 cm solo se presenta parto en el 27% (26).

Inducto-conducción de trabajo de parto

Los estudios con grupos control publicados no ha mostrado mayor riesgo de ruptura uterina cuando se usa oxitocina, por lo tanto, el uso de esta para inducción o conducción de trabajo de parto no está contraindicado en mujeres con antecedente de cesárea (10, 27). Según la mayoría de los autores, cuando es necesario recurrir a la oxitocina la tasa de parto por vía vaginal es del 13% menor (28-34), este efecto parece independiente del de la anestesia peridural que no modifica las posibilidades de parto (35), lo mismo sucede en caso de cesárea múltiple (16,28). Ciertos autores no observan esta asociación negativa (36,37).

La rapidez de la dilatación cervical durante las primeras dos horas de conducción con oxitocina permite predecir el

éxito del parto vaginal, se encontró que todas las pacientes con dilatación cervical a razón de 1 cm por hora tuvieron partos, de las pacientes que no mostraron cambios cervicales durante este período, solo el 25% tuvieron partos (10, 38).

Al utilizar oxitocina deberá hacerse una vigilancia óptima de las contracciones, evitarse la hiperestimulación y es de especial importancia, en pacientes con cicatrices uterinas, el diagnóstico oportuno y el tratamiento de los trastornos del trabajo de parto (10).

Numerosos autores utilizan las prostaglandinas (PGE₂) para lograr una maduración cervical o el desencadenamiento del trabajo de parto (12). Las PGE₂ provocan contracciones uterinas de corta duración y escasa amplitud (39). Sin embargo, ciertos autores, critican la vía de aplicación vaginal porque la acción del producto

es más difícil de interrumpir y es donde se registran la mayoría de los casos de ruptura, lo que generalmente contraindica las PGE2 en un útero cicatrizal (40-42). No obstante, en una serie de 143 úteros cicatrizales tratados con PGE2 vaginales, se obtuvo el 76% de partos vaginales, sin ninguna ruptura (22).

The American College of Obstetricians and Gynecologists Committee Opinion publicado en junio de 1993 sobre este tópico señala que no se ha determinado la seguridad de PGE2 en pacientes con antecedente de cesárea (27,43).

Atención del parto

En la atención del período expulsivo, el acortamiento del segundo período del trabajo de parto con un fórceps bajo profiláctico, cuando las condiciones son las adecuadas para llevarlo a cabo en forma sencilla y atraumática, parece razonable pero no imperativo (44).

Después del parto es indispensable hacer exploración manual del útero y revisión de la cicatriz uterina, sin embargo, la palpación digital transcervical del segmento uterino inferior no es tan sensible para el diagnóstico de dehiscencia de cicatriz (7,10,45).

Analgesia durante el trabajo de parto

La anestesia epidural no está contraindicada en pacientes con cesárea previa en quienes se realiza prueba de trabajo de parto (35,46,47).

Aunque originalmente se le consideró inadecuada por el potencial de enmascarar signos de ruptura y de limitar la vasoconstricción refleja y la taquicardia materna en caso de hemorragia. La anestesia peridural no anula el dolor de la ruptura uterina, así el dolor uterino que persiste debe alertar sobre la posibilidad de ruptura; además proporciona mayor bienestar a la madre durante el trabajo de parto y permite un relajamiento importante durante la extracción instrumental, evitando también la anestesia general, para la revisión uterina sistemática, contribuyendo a la seguridad materna (7,10,12, 48).

Complicaciones maternas

La complicación más importante en mujeres embarazadas con antecedente de cesárea es la dehiscencia y/o ruptura uterinas. La frecuencia se sitúa entre el 1 y 8% para los úteros cicatrizales, las cifras más elevadas son a menudo las más antiguas y corresponden a la época en que las cicatrices corporales eran numerosas y no existía el monitoreo, las tasas más recientes son cercanas al 1% (12). Para varios autores el número de adelgazamientos extremos de la cicatriz e incluso de rupturas, es similar tanto para las cesáreas antes del trabajo de parto como después de la vía vaginal, situándose alrededor del 2%; esta tasa parece levemente superior en el subgrupo de cesáreas durante el trabajo de parto, sin que pueda establecerse claramente el papel de la oxitocina en el embarazo actual

o de la desproporción cefalopélvica en la primera cesárea (21,34,49).

Considerando que las rupturas uterinas pueden ser clasificadas según el momento en que se produzcan en anteparto o intraparto; según el mecanismo en que se produzcan en espontáneas o traumáticas. Diferentes autores informan que del conjunto de rupturas entre uno y dos tercios corresponden a úteros cicatrizales (50,51).

El tratamiento de una paciente con un defecto uterino identificado después del parto vaginal depende del tamaño y localización de aquel, así como de la presencia o no de hemorragia. Los defectos del segmento uterino no sangrantes en una paciente hemodinámicamente estable no requieren reparación, la laparotomía exploradora y reparación están indicadas si hay hemorragia o inestabilidad hemodinámica o cuando el defecto altera todo el grosor del segmento (7).

La presentación más frecuente es la desunión de la cicatriz segmentaria, suele ser asintomática y rara vez se complica por hemorragia excesiva, porque se produce en una zona fibrosa relativamente avascular del miometrio (10,51). Se descubre de manera fortuita, generalmente el feto alojado en la cavidad está vivo, ya que no existe desprendimiento de placenta ni retracción del útero. No se observa sufrimiento fetal en tanto el feto permanece dentro del útero y la placenta adherida. Pequeños signos pueden hacer sospechar esta complicación: dolor del segmento diferente al de las contracciones, aprensión materna y taquicardia, líquido amniótico rosado, hipercinesia o hipocinesia, defecto de relajamiento entre las contracciones y alteración del ritmo cardiaco fetal (12)

Existen en la literatura diferentes informes en el sentido de que cuando hay una dehiscencia asintomática no es indispensable la corrección quirúrgica inmediata argumentando que el peritoneo íntegro favorece la

cicatrización espontánea y que incluso no hay mayor riesgo para embarazos futuros. Sin embargo, otros autores aconsejan que la reparación inmediata debe ser realizada, particularmente en mujeres que desean un embarazo futuro (10,21,52).

La ruptura uterina generalmente ocurre en casos de cicatriz corporal. Sus signos son similares a los de la ruptura de un útero sano, precedidos de hipercinesia. Se ha observado una fase prodrómica de retracción uterina, seguida por una fase inminente de ruptura, caracterizada por el ascenso del anillo de retracción que confiere al útero un aspecto de reloj de arena, dolor intenso y continuo, agitación y ansiedad maternas y en cierto casos, a partir de esta fase, sufrimiento fetal agudo con muerte. Posteriormente, estado de choque, desaparición del dolor, brusco relajamiento uterino que anuncia el parto intraabdominal, palpación del feto en el abdomen y ausencia de presentación al tacto, sangrado poco

abundante y oscuro. La mayoría de los casos de ruptura uterina requieren laparotomía durante el trabajo de parto o al inicio del postparto, en 50 al 90% de los casos es factible la reparación de la ruptura; cuando existe extensión hacia los vasos del ligamento ancho el daño excesivo del miometrio o el vínculo con placenta acreta hacen necesaria la histerectomía. En la laparotomía de urgencia se observa con frecuencia el feto muerto en el abdomen, la placenta desprendida y la ruptura uterina. En la mayoría de los casos es necesaria una histerectomía (10,12)

Las publicaciones más recientes concuerdan en la falta de gravedad de la ruptura de una cicatriz transversa, considerándola como un acontecimiento cuyo diagnóstico se establece en la mayoría de los casos después del parto. La mortalidad materna es actualmente nula en estos casos Esta conclusión se basa en importantes estudios multicéntricos (12,30). En cambio el riesgo de

muerte materna por cesárea iterativa se multiplica de 2 a 11 veces (53,54).

La dehiscencia o ruptura uterina no contraindica un embarazo ulterior, sin embargo, estas pacientes pueden tener mayor riesgo de repetición del trastorno, un especial si la primera ruptura incluyó el segmento activo del útero. En mujeres con ruptura previa del útero se prefiere cesárea programada, si la ruptura incluyó el segmento activo la regla es realizar el procedimiento antes del inicio del trabajo de parto. Si la ruptura se localizó en el segmento inferior, teóricamente es debatible la cesárea repetida automáticamente, porque hay informes de partos vaginales satisfactorios en mujeres con ruptura uterina previa (10).

Complicaciones fetales

En lo que se refiere a la mortalidad fetal atribuida a la ruptura uterina, el panorama es confuso, al respecto debe distinguirse la ruptura de la cicatriz corporal, a menudo grave para el feto; de la ruptura transversal baja por lo general asintomática tanto para la madre como para el feto (12). Considerando varios miles de pruebas de trabajo de parto y unas decenas de rupturas uterinas, la mortalidad perinatal parece ubicarse alrededor de 0.5%, siendo comparable a la tasa de muerte fetal de las cesáreas practicadas antes del trabajo de parto (18,36,55-57).

En un metanálisis reciente, al comparar calificaciones de Apgar, los nacidos vivos después de una prueba de trabajo de parto, tuvieron cifras bajas a los cinco minutos,

2.1 veces más a menudo que los nacidos por cesárea electiva repetida. Sin embargo, en esta comparación no se dispuso de datos para excluir a recién nacidos con peso menor de 750 g o los que tenía anomalías congénitas graves. Además el número absoluto de niños con calificaciones bajas fue pequeño, 16 en 1,000 para cesárea electiva de repetición y 24 en 1,000 para la prueba de trabajo de parto (58).

Informes recientes indican que la morbimortalidad fetal puede ser mayor en relación con cesárea electiva de repetición que con la prueba de trabajo de parto y parto vaginal (21,56,57), además no se ha encontrado diferencia entre los recién nacidos obtenidos por parto vaginal después de cesárea con respecto a los que no cuentan con este antecedente. (59). La morbilidad pulmonar, independientemente de la edad gestacional, es mayor en embarazos que terminan por vía abdominal en ausencia de trabajo de parto (60). La taquipnea transitoria del recién

nacido que requiere cuidados neonatales especiales representa casi toda la morbilidad del recién nacido de término.

Se considera que la adecuada evaluación de las pacientes con antecedentes de cesárea permite identificar las características requeridas para el trabajo de parto en estas pacientes, reportándose una baja morbilidad materna, con buenos resultados perinatales, además de disminuir la incidencia de cesárea iterativa.

MATERIAL Y METODO

Se investigaron en el archivo clínico del Hospital de México los ingresos de pacientes que acudieron para atención gineco-obstétrica ocurridos en el periodo comprendido del 1° de enero al 31 de diciembre de 1996. De estos se seleccionaron los expedientes de pacientes cuyo motivo de atención fue la resolución del embarazo con una edad gestacional mayor de 28 semanas.

Se seleccionaron los expedientes de pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión siguientes:

1. Embarazo actual mayor de 28 semanas de gestación.
2. Antecedente de cesárea previa.

3. Expedientes con información completa

De la misma forma se eliminaron aquellos que cumplieron con los criterios de exclusión siguientes:

- 1. Expedientes de pacientes atendidos por otra causa diferente a resolución de embarazo**
- 2. Embarazo actual menor de 28 semanas de gestación.**
- 3. Primigestas.**
- 4. Pacientes sin antecedente de cesárea previa.**
- 5. Expedientes que no contengan información completa.**

Se analizaron los datos siguientes: edad, edad del embarazo, antecedente de cesárea y su indicación,

realización de prueba de trabajo de parto o cesárea programada, resolución del embarazo por vía vaginal o abdominal; peso del recién nacido, calificación de Apgar, presentación de complicaciones maternas y/o fetales.

Se trata de un estudio retrospectivo, transversal, comparativo, observacional y no experimental. Los resultados se presentan con tablas de frecuencias, graficándose mediante sectores. El análisis de los datos se realizó mediante métodos convencionales de cálculo: proporciones, porcentaje y distribución de frecuencias.

RESULTADOS

El total de pacientes para atención gineco-obstétrica registrado durante el periodo correspondiente al año 1996 fue de 4083, de los cuales 1468 (35.9%) el motivo de ingreso fue por resolución del embarazo. De estas 973 (66.3%) se resolvieron por cesárea y 495 por parto (33.7%).

Aplicando los criterios de inclusión y de exclusión se eliminaron 1127 casos. El total de pacientes incluidas en el estudio fue de 341 que corresponde al 23.2%.

La edad de las pacientes se muestra en la Tabla 1, en la cual se observa que la mayoría (83.3%) se encontraban entre 26 y 35 años.

TABLA 1. DISTRIBUCION POR GRUPO DE EDAD

Grupo de Edad	No. de pacientes	Porcentaje
20 a 25 años	13	3.8
26-30 años	116	34.0
31-35 años	168	49.3
36 y más años	44	12.9

Fuente: Expedientes de Archivos del Hospital de México 010196-311296

En la Tabla 2 se indica la edad gestacional al momento de ingresar. El mayor porcentaje (92.7%) correspondió a embarazos mayores de 36 semanas.

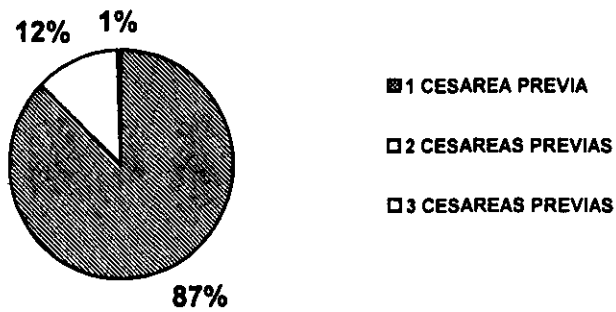
TABLA 2 EDAD DE EMBARAZO ACTUAL

Semanas de Gestación	No. de Pacientes	Porcentaje
28 a 31	7	2.0
32 a 35	18	5.3
36 a 40	316	92.7

Fuente: Expedientes de Archivos del Hospital de México 010196-311296

El número de cesáreas anteriores que se encontró en las pacientes fue: una cesárea previa 294 casos (86.2%), dos cesáreas previas 45 casos (13.2%) y tres cesáreas previas en 2 casos (0.6%) (Gráfica 1). En todos los casos en que se realizó prueba de trabajo de parto el antecedente fue de una cesárea previa, con dos o más las pacientes fueron programadas para cesárea iterativa.

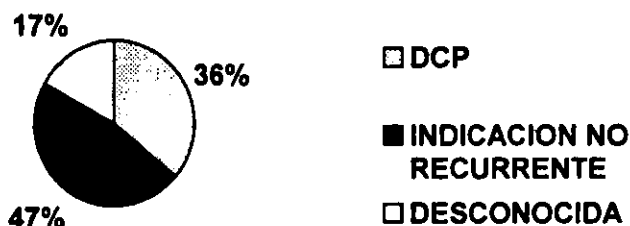
GRAFICA 1. NUMERO DE CESÁREAS ANTERIORES



Fuente: Expedientes de Archivos del Hospital de México 010196-311296

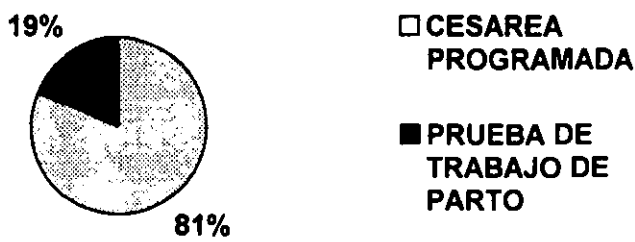
La indicación para las cesáreas previas fue en 123 casos la desproporción cefalopélvica (DCP) (36.1%); 160 casos (46.9%) la indicación fue por causas consideradas no recidivantes, tales como malpresentación (26 casos), placenta previa (3 casos), sufrimiento fetal (70 casos), desprendimiento prematuro de placenta normoinsera (3 casos), embarazo gemelar (5 casos); electiva (53 casos) y en 58 casos (17.0%) la indicación fue desconocida. (Gráfica 2).

GRAFICA 2. INDICACION DE CESAREA PREVIA



De las 341 pacientes estudiadas, 278 (81.5%) ingresaron para resolución del embarazo por cesárea programada, en 63 (18.5%) se realizó prueba de trabajo de parto (Gráfica 3).

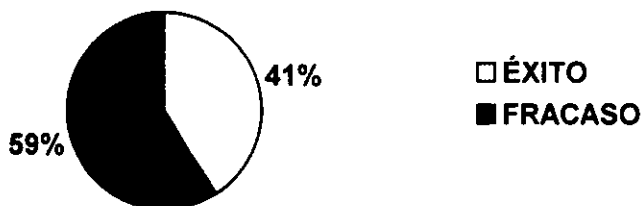
GRAFICA 3.INDICACIONES AL INGRESO



Fuente: Expediente de Archivos del Hospital de México 010196-311296

De las pacientes en quienes se realizó prueba de trabajo de parto (63 casos) se obtuvieron 26 nacimientos por vía vaginal, con una tasa de éxito de 41.2% (Gráfica 4).

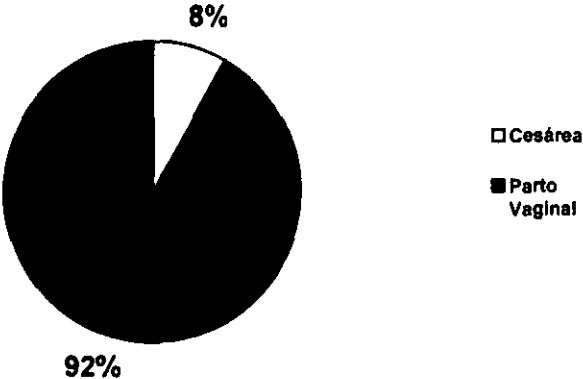
GRAFICA 4. EXITO DE TRABAJO DE PARTO



Fuente. Expedientes del Archivo del Hospital de México 010196-311296

De las 341 pacientes incluidas 315 tuvieron resolución por cesárea correspondiendo al 92.4% y 26 por parto, es decir, el 7.6%. (Gráfica 5).

GRAFICA 5. TIPOS DE PARTO



Fuente. Expedientes del Archivo del Hospital de México 010196-311296

En esta serie hubo 16 embarazos gemelares, lo que representa un total de 357 recién nacidos. En la Tabla 3 se indica el peso de los recién nacidos, donde se observa que solamente 22 de ellos (6%) tuvieron pesos menores de 2500 g.

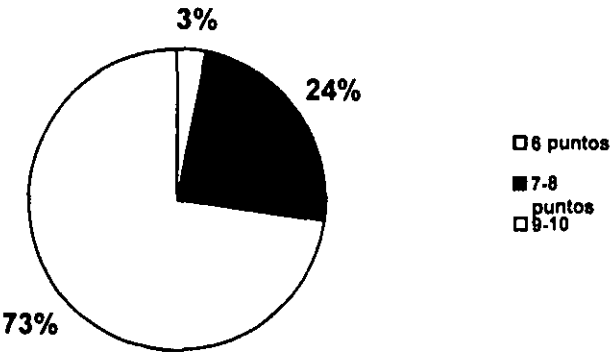
TABLA 3. PESO DE RECIEN NACIDOS

Peso en Gramos	No. de pacientes	Porcentaje
Menos de 2,500	22	6.2
2,501 a 3,000	141	39.5
3,001 a 3,500	173	48.4
3,500 y más	21	5.9

Fuente: Expedientes de Archivos del Hospital de México 010196-311296

La calificación de Apgar que se otorgó a los recién nacidos a los cinco minutos se indica en la Gráfica 6. Se encontró en 6 puntos y menos en 11 casos (3.1%), entre 7 y 8 puntos en 86 casos (24.1%) y con puntuación de 9 a 10 en 260 casos (72.8%).

GRAFICA 6. PUNTUACION DE APGAR EN RECIEN NACIDOS



Fuente: Expedientes del Archivo del Hospital de México 010196-311296

Las complicaciones maternas que se presentaron fueron las siguientes: dehiscencia de cicatriz anterior en 2 casos (0.6%), en uno de los cuales la resolución del embarazo fue por cesárea programada. Hubo un caso (0.3%) de ruptura uterina en una paciente que fue sometida a prueba de trabajo de parto. En todos los casos las lesiones fueron reparadas, sin complicaciones agregadas. Solo se encontró un caso de antecedente de cesárea con incisión clásica, la cual fue programada para cesárea. No hubo ninguna muerte materna.

En lo referente a complicaciones en los recién nacidos se encontraron 26 casos (7.3%) de síndrome de dificultad respiratoria, correspondiendo 14 casos a nacimientos por cesárea y 12 casos obtenidos por vía vaginal.

DISCUSION

Existen numerosos estudios que ofrecen datos muy favorables de parto vaginal en pacientes con antecedente de cesárea. Informes recientes de varios países indican una tendencia más amplia a evitar la cesárea de repetición automática en embarazadas con antecedente de incisión uterina segmentaria inferior y una mayor preferencia por la prueba de trabajo de parto. (7)

En 1994 The American College of Obstetricians and Gynecologists publicó lineamientos para el parto después de cesárea, en estas guías se sugiere a los médicos motivar a las mujeres para intentar planear un parto, en vez de una cesárea de repetición, basados en la evidencia actual de que la mayoría de las mujeres con cesárea previa pueden tener un parto vaginal, incluyendo

a mujeres con 2 o más incisiones en segmento uterino inferior, cesárea previa por falta de progresión de trabajo de parto o DCP, mujeres no diabéticas en las que el peso aproximado del recién nacido se espera mayor de 4,000 g, pacientes que pudieran necesitar oxitocina para aumentar la intensidad de las contracciones, así como aquellas que requieran anestesia (61).

En este trabajo realizado en el Hospital de México se encontró que la frecuencia total de cesárea es alta, representando el 66.3% de los nacimientos, siendo una causa posible el hecho de que se trata de un hospital de práctica privada. Se han reportado diversos estudios en que se analizan los factores contribuyentes para la elección de cesárea o parto, estos incluyen, por ejemplo: honorarios médicos más elevados por la operación cesárea, algunas compañías de seguros incluyen el pago por cesárea subsecuente, la idea creciente de que es más seguro el nacimiento por cesárea, el empleo

indiscriminado y no experto de la monitorización fetal intraparto, el sobrediagnóstico de índice biofísico anormal, así como, las demandas crecientes por deficiente conducta médica. (62-66)

De las pacientes incluidas en el estudio se encontró una alta frecuencia de interrupción de embarazo por cesárea programada, sólo el 18.5 % fueron sometidas a prueba de trabajo de parto y el total de ellas tenía antecedente de solo una cesárea previa La tasa de éxito observada fue de 41.2% que es menor a la reportada en la mayoría de los estudios publicados.

Las complicaciones maternas que se presentaron fueron dehiscencia de cicatriz uterina que correspondió al 0.6% siendo más elevada de las publicadas, que se ubican en 0.2%. Se encontró un caso de ruptura uterina correspondiendo al 0.3%, en ninguno de los casos se

presentaron eventos agregados, lo cual coincide con la mayoría de las publicaciones que indican que la lesión en la cicatriz previa, cuando esta corresponde a una incisión segmentaria inferior, no presenta situaciones de gravedad. La necesidad de intervención urgente en estas pacientes no es mayor que en aquellas que la requieren por varias otras causas (21).

Las complicaciones fetales que se encontraron son similares a las reportadas en la literatura, aunque en este caso no existió diferencia entre los recién nacidos por vía vaginal en comparación con los nacidos por cesárea.

En la mayoría de las publicaciones se considera que no esta contraindicado el uso de oxitocina, así como de anestesia epidural, ya que esta no enmascara los signos y síntomas de la ruptura uterina (67).

CONCLUSIONES

Del análisis de los resultados obtenidos en este trabajo, podemos hacer las siguientes conclusiones:

- ◆ Para reducir la frecuencia de cesárea iterativa deberá reducirse la frecuencia de la primera cesárea.
- ◆ La norma de “ después de cesárea siempre cesárea” debe aplicarse solo en un grupo determinado de pacientes.
- ◆ El axioma “después de una cesárea, puede ocurrir parto” deberá guiar el criterio inicial del médico.

- ◆ El análisis acucioso, de las condiciones que propiciaron la cesárea anterior, así como de la evolución transoperatoria y postoperatoria, ayudará a seleccionar a las pacientes aptas para prueba de trabajo de parto y valorar el grado de riesgo vinculado.
- ◆ Cuando se decide realizar prueba de trabajo de parto la vigilancia materna y fetal debe ser estrecha, para proseguir o decidir la interrupción de esta con el fin de evitar la presentación de complicaciones maternas y fetales.

BIBLIOGRAFIA

1. Young JH. The history of cesarean sections. London, HK Lewis, 1944
2. Gabert H, Bey M. Historia y desarrollo de la cesárea. Ginec Obstet Temas Actuales 1988; 4: 591-604
3. Celaya JA, Davila RA, Dure SJM, González SMV, Damas VI. Morbilidad y mortalidad materna y perinatal post-operación cesárea en el Hospital de gineco-obstetricia de Garza García N. L. Ginec Obstet de Mex 1992; 60 sup 1
4. De la Garza C, Celaya JA, Hernández C. Parto después de cesárea en el Hospital de gineco-obstetricia de Garza García, N.L. Ginec Obstet de Mex 1997; 65: 126-30
5. Asakura H, Myers SA. More than one previous cesarean delivery: a 5-years experience with 435 patients. Obstet Gynecol 1995; 85: 924-9

6. Craigin EB. Conservatism in obstetrics. NY State J med 1916; 104: 1
7. Martin J, Morrison J, Wiser W. Parto vaginal después de cesárea. Ginec Obstet Temas Actuales. 1988; 4: 713-30
8. Flamm MD, Bruce L. One a cesarean, always a controversy. Obstet Gynecol 1997; 90 (2): 312-5
9. McMahon JM, Luther ER, Bowes WA, Olshan AF. Comparison of a trial of labor with an elective second cesarean section. New Eng J Med 1996; 335 (10): 689- 95
10. Pridjian G. Trabajo de parto con cesárea previa. Clin Obstet Ginecol 1992; 3: 429-38
11. Rorie DK, Newton M. Histological and chemical studies of smooth muscle in the human cervix and corpus uterin. Am J Obstet Gynecol 1967; 99: 466-9
12. De Saint-Hilaire P, Gaucherand P, Bagou G, Rudigoz RC. Embarazo y cicatrices uterinas. Enciclopedia médica–quirúrgica. Obstetrique 5016-D-20.1992

13. Halperin ME, Moore DC, Hannah WJ. Classical versus low-segment transverse incision for preterm cesarean section: maternal complications and outcome of subsequent pregnancies. *Br J Obstet Gynecol* 1988; 95: 990-6
14. Strong TH, Phelan JP, Ahn MO, Sarno AP. Vaginal birth after cesarean delivery in the twin gestation. *Am J Obstet Gynecol* 1989; 16: 129-33
15. Miller DA, Mullin P, Hou D, Paul RH. Vaginal birth after cesarean section in twin gestation. *Am J Obstet Gynecol* 1996, 175 (1): 194-8
16. Flamm BL, Goigs JR. Vaginal birth after cesarean section: is suspected fetal macrosomia a contraindication? *Obstet Gynecol* 1989; 74: 694-7
17. Farmakides G, Duvivier R, Schulman H. Vaginal birth after two or more previous cesarean sections. *Am J Obstet Gynecol* 1987; 156: 565
18. Meier PR, Porreco RP. Trial of labor following cesarean section. A two years experience. *Am J Obstet Gynecol* 1982; 144: 671-8

19. Porreco RP, Meier PR. Trial of labor in patients with multiple previous cesarean sections. *J Reprod Med* 1983; 28: 770-2
20. Saldana L, Schulman R, Reuss L. Management of pregnancy after cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 1989; 135: 555-7
21. Phelan JP, Clark SL, Diaz F, Paul RH. Vaginal birth after cesarean. *Am J Obstet Gynecol* 1987; 157: 1510-15
22. MacKenzie IZ, Bradley S, Embrey MP. Vaginal prostaglandins and labour induction for patients previously delivered by cesarean section. *Br J Obstet Gynecol* 1984; 91: 7-10
23. Yeh S, Huang X, Phelan JP. Postterm pregnancy after previous cesarean section. *J Repord Med* 1984; 29: 41-4
24. Arulkumaran S, Gibb DM, Ingemarsson I. Uterine activity during spontaneous labor after previous lower-segment cesarean section. *Br J Obstet Gynecol* 1989; 96: 939-41

25. Harlass FE, Duff P. The duration of labor in primiparas undergoig vaginal birth after cesarean deliver. *Obstet Gynecol* 1990; 75: 45-7
26. Demianezula NN, Hunter DJ, Taylor DW. Trial of labor after previous cesarean section: pronostic indicators of outcomes. *Am J Obstet Gynecol* 1982; 142: 640-2
27. Chez RA. Maduración cervical e inducción del trabajo de parto con antecedente de cesárea. *Clin Obstet Ginecol* 1995; 2: 277-82
28. Clark SL. Rupture of the scarred uterus. *Obstet Gynecol. Clin North Am* 1988; 15: 734-44
29. Flamm BL, Goigs JR, Fuelberth NJ, Fischermann NE, Jones C, Hersh E. Oxytocin during labor after previous cesarean section: results of a multicenter study. *Obstet Gynecol* 1987; 70: 709-12
30. Flamm BL, Lim OW, Jones C. Vaginal birth after cesarean section: results of a multicenter study. *Am J Obstet Gynecol* 1988; 74: 694-7

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

31. Flamm BL, Newman LA. Vaginal birth after cesarean delivery: results of a 5 years multicenter collaborative study. *Obstet Gynecol* 1990;76: 750-4
32. Horenstein JM, Phelan JP. Previous cesarean section, the risks and benefits of oxytocin usage in a trial of labor. *Am J Obstet Gynecol* 1985; 151: 564-9
33. Molloy BG, Sheil O, Duignan NM. Delivery after cesarean section: review of 2,176 consecutive cases. *Br Med J* 1987; 294: 1645-7
34. Rosen MG, Dickinson JV. Vaginal birth after cesarean: a meta-analysis of indicators for success. *Obstet Gynecol* 1990; 76: 865-9
35. Stovall TG, Shaver DC, Solomon SK, Anderson GD. Trial of labor in previous cesarean section patients, excluding classical cesarean sections. *Obstet Gynecol* 1987; 70: 713-7
36. Martin JN, Harris SA, Huddleston JF. Vaginal delivery following previous cesarean birth. *Am J Obstet Gynecol* 1983; 146: 255-63

37. Meehan FP, Magani IM. True rupture of the cesarean section scar: a 15-years review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1989; 30: 129-35
38. Silver RK, Gibbs RS. Predictors of vaginal delivery in patients with a previous cesarean section, who require oxytocin. *Am J Obstet Gynecol* 1987; 56: 57-62
39. Golderger SB, Rosen DJ, Michaeli G. The use of PGE₂ for induction of labor in parturiens with a previous cesarean section scar. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1989; 68: 523- 6
40. Lao TT, Leung BF. Labor induction for planned vaginal delivery in patients with previous cesarean section. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1987; 66: 413-6
41. Bromham DR, Andersib RS. Uterine scar rupture in labor induced with vaginal prostaglandin E₂. *The Lancet* 1980; II: 485-6
42. Sawyer MM, Lipshitz J Anderson GD, Dilts PV. Third trimester uterine rupture associated with vaginal prostaglandin E₂. *Am J Obstet Gynecol* 1981; 140: 710-1

43. Prostaglandin E2 gel for cervical ripening. ACOG Committee Opinion #123. American College of Obstetrics and Gynecology. Washington, D.C. 1993
44. Lavin J, Stephens R, Miodovnik M, Barden TP. Vaginal delivery in patients with a prior cesarean section. *Obstet Gynecol* 1982; 59: 135-48
45. Yetman TJ, Nolan TE. Vaginal birth after cesarean section: a reappraisal of risk. *Am J Obstet Gynecol* 1989; 161: 1119-23
46. Uppington J. Epidural analgesia and previous cesarean section. *Anesthesia* 1983; 38: 336-9
47. Hadley CB, Mennuti MT, Gabbe SG. An evaluation of the relative risks of a trial of labor versus elective repeat cesarean section. *Am J perinatol* 1986; 3: 107-14
48. Rudick V, Niv D, Harman-Peri M. Epidural analgesia for planned vaginal delivery following previous cesarean section. *Obstet Gynecol* 1984; 64: 621-3

49. Paul RH, Phelan JP, Yeh S. Trial of labor in the patient with a prior cesarean birth. *Am J Obstet Gynecol* 1985; 151: 297-304
50. Chazotte C, Cohen WR. Catastrophic complications of previous cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 163: 738-42
51. Golan A, Sandbank O, Rubin A. Rupture of the pregnant uterus. *Obstet Gynecol* 1980; 56: 549-54
52. Meehn FP, Burkw G, Kehoe JT, Magini IM. True rupture scar dehiscence in delivery following prior section. *Int J Gynecol Obstet* 1990; 31: 249-55
53. Clark SL. Rupture of the scarred uterus. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1988; 15: 737-44
54. Petitti DB. Maternal mortality and morbidity in cesarean section. *Clin Obstet Gynecol* 1985; 28: 763-9
55. Falmm BL, Dunnett C, Fischermann E, Quilligan E. Vaginal delivery following cesarean section: use of oxytocin augmentation and epidural anesthesia. *Am J Obstet Gynecol* 1984; 148: 759-63

56. Flamm BL. Vaginal birth after cesarean section: controversies old and new. *Clin Obstet Gynecol* 1985; 28: 735-44
57. Shy KK, Logerfo JP, Karp LE. Evaluation of elective repeat cesarean section as a standard of care: an application of decision analysis. *Am J Obstet Gynecol* 1981; 139: 123-9
58. Rosen MG, Dickinson JC, Westhoff CL. Vaginal birth after cesarean: a meta-analysis of morbidity and mortality. *Obstet Gynecol* 1991; 77: 465-9
59. Boyers SP, Gilbert WM. Elective repeat caesarean section vs trial of labour: the neonatologist's view. *The Lancet* 1998; 335: 155
60. Cohen M, Carson BS. Respiratory morbidity benefit of awaiting onset of labor after elective repeat cesarean section. *Obstet Gynecol* 1985; 65: 818-24
61. American College of Obstetricians and Gynecologists. Vaginal delivery After a Previous Cesarean Birth. ACOG Committee Opinion No. 143, 1994

62. Flamm BL, Geiger AM. Vaginal birth after cesarean delivery: an admission scoring system. *Obstet Gynecol* 1997;90 (6): 907-10
63. King DE, Kajal MA. Socioeconomic factors and the odds of vaginal birth after cesarean delivery. *JAMA* 1994; 272: 524-9
64. Hanley ML, Smulian JC, Lake MF, McLean DA. Analysis of repeat cesarean delivery indications: implications of heterogeneity. *Obstet Gynecol* 1996; 175:883-8
65. Lagrew DC, Morgan MA. Decreasing the cesarean section rate in a private hospital: Success without mandated clinical changes. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 174: 184-91
66. Fraser W, Maunsell E, Hodnett E, Moutquin JM. Randomized controlled trial of a prenatal vaginal birth after cesarean section education and support program. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 176: 419-25
67. Norman P. Vaginal birth after cesarean section. *The Lancet* 1995; 345:142.