

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

PETROLEOS MEXICANOS

DIRECCIÓN CORPORATIVA DE SERVICIOS MÉDICOS

GERENCIA DE SERVICIOS MÉDICOS

HOSPITAL CENTRAL NORTE

**FACTORES CONDICIONANTES DE PARTO VAGINAL
EN PACIENTES CON CESAREA PREVIA**

TESIS DE POSGRADO

PARA OBTENER EL TITULO EN LA ESPECIALIDAD DE:

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A

DRA. ILIANA DEL CARMEN MEJIA HERRERA

ASESORES:

DR. JORGE ZEPEDA ZARAGOZA

DR. ISMAEL MADRIGAL GARCIA

DRA. MARTHA LAURA CRUZ ISLAS

MEXICO, D.F.

2007.



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.

AUTORIDADES

**DR. JAIME ELOY ESTEBAN BAZ
DIRECTOR DEL HOSPITAL CENTRAL NORTE**

**DRA. MARTHA LAURA CRUZ ISLAS
JEFE DE SERVICIO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
HOSPITAL CENTRAL NORTE**

**DR. JORGE ZEPEDA ZARAGOZA
PROFESOR TITULAR
JEFE DE SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
HOSPITAL CENTRAL NORTE**

DEDICATORIA

A DIOS

El principal motor que da fuerza y movimiento al ser humano a realizar lo que pareciera imposible.

A mi Padre

Por darme ese impulso invisible y etéreo aunque tangible desde donde se encuentre.

A Mau

Por enseñarme la grandeza de ser mujer y el incondicional apoyo de Madre y amiga.

A Marychulis que ha fungido siempre como Mamá emergente y a mis hermanos Raúl y Noñito que son parte fundamental en mi vida.

AGRADECIMIENTOS

A mis maestros Jorge Zepeda Zaragoza, José Andrés Hernández Denis, Armando Enrique Ortiz Bravo, Edgardo Bustillos Alamilla, Manuel Amezcua Villanueva, Ismael Madrigal García, Humberto Polanco Fierro, Rubén Mireles Reyes por enseñarme Ginec Obstetricia y lecciones de vida.

A la Dra. Martha Laura Cruz Islas por su enorme paciencia y apoyo en la elaboración de este trabajo.

A mis compañeritos y amigos Karlita, Guille, Joel, Omarin, Keren, Mary, Ferh, Carlos, Jacobo, Patty y Alni por compartir las buenas, las malas y las peores.

A todo el personal médico, de enfermería y administrativo y sobre todo a las pacientes que en este largo camino contribuyeron a mi formación.

A todas aquellas personas que en el transcurrir de mi vida han sido obstáculo y a la vez un fuerte incentivo para reafirmar mis objetivos.

CONTENIDO

I. INTRODUCCION	7
II. MARCO TEORICO	8
II.I Reseña Histórica	
II.II Evolución de las tasas de cesárea	
II.III Indicaciones de cesárea	
II.IV Morbilidad y Moratlidad Materna por cesárea	
II.V Tipos de cesárea	
II.VI Parto vaginal con cesárea previa	
II.VI.A Tasas de éxito	
II.VI.B Requisitos	
II.VI.C Contraindicaciones	
II.VI.D Complicaciones maternas y fetales	
II.VI.E Inducción y conducción	
II.VI.F Analgésia obstétrica	
II.VI.G Beneficios	
III. JUSTIFICACIÓN	25
IV. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	26
V. OBJETIVOS	27
VI. HIPÓTESIS	28
VII. MATERIAL Y MÉTODOS	29
VII.I Diseño del estudio	
VII.II Tamaño de la muestra	
VII.III Descripción de Variables	
VII.IV Recursos	
VIII. PROCEDIMIENTO	36
IX. RESULTADOS	37
X. DISCUSIÓN	48
XI. CONCLUSIONES	52
XII. BIBLIOGRAFÍA	54

I. INTRODUCCIÓN

El parto vaginal en pacientes con cesárea previa es una condición ampliamente debatida desde hace muchos años, presentando controversias en su manejo como es la vía de terminación del embarazo y sus ventajas tanto para la madre como para el feto.

Las cesáreas innecesarias representan un incremento en el costo de los servicios y del riesgo para la salud materna y del producto; por ejemplo, se estima que el riesgo de mortalidad materna puede ser 2.8 veces mayor en comparación a un parto vaginal; otros riesgos incluyen incremento en la morbilidad que esta presente en cualquier intervención abdominal así como la generada por la presencia de una cicatriz uterina, disminución en la fertilidad, aborto y embarazo ectópico entre otros.

Actualmente se presenta el parto vaginal en pacientes con cesárea previa, como una alternativa segura que no presenta un incremento en la morbi-mortalidad materno-fetal y debe adoptarse siempre y cuando no existan contraindicaciones para el mismo. El principal argumento que se tenía para contraindicar esta conducta en las pacientes con cesárea previa, lo constituía el temor a la ruptura uterina; sin embargo los estudios epidemiológicos revelan que este riesgo no es mayor a los beneficios que puedan obtenerse con un parto por vía vaginal.

II. MARCO TEORICO

II.I. Reseña Històrica

La operación cesárea corresponde a un procedimiento quirúrgico mayor, cuya definición original corresponde al obstetra francés Jean Louis Baudelocque: "Es una operación por la que se abre una vía para extraer al feto diferente de la natural". (1)

El término cesárea puede ser debido a que Julio César pudo haber nacido de esta manera, sin embargo hay otras teorías de carácter histórico que puedan explicar el origen de la palabra como la "Lex Regia" o "Lex cesárea" impuesta en el año 715 a.C. cuando Pompilio rey de Roma impuso esta ley que se aplicaba a toda madre que fallecía embarazada, entonces tanto la madre como el feto debían enterrarse separadamente. También se cree que pueda derivarse del verbo latino "Caedere" que significa "Cortar", por lo que simplemente indicaría "Parto por corte". (2) La primera cesárea realizada a una mujer viva de manera intencional fue el 21 de abril de 1610 por Wittenberg, la paciente falleció a los 25 días del postoperatorio siendo lo más factible a causa de una septicemia. (2) En Colombia según los registros históricos, sólo hasta el siglo pasado fue realizada la primera cesárea por el Dr. José Ignacio Quevedo en la ciudad de Medellín. (3) Barlow en 1793 hace la primera cesárea exitosa, sin embargo la mortalidad en esa época era muy alta, debido al desconocimiento de una técnica quirúrgica adecuada, al ausente desarrollo de la anestesia y al desconocimiento de los factores causales de infección. (2) El principal problema de este procedimiento lo constituyó la hemorragia hasta que en 1882 Max Sanguer introdujo la técnica de sutura uterina con hilos de plata para así lograr una hemostasia, teniendo presente que en la época aún no se realizaba cierre de la herida uterina. (1)

En 1876 con el fin de lograr un control de la infección en las pacientes intervenidas, Porro De Pavia impone la cesárea seguida de anexo-histerectomía subtotal. (2) Sin embargo esto sólo disminuyó parcialmente la mortalidad infecciosa post operatoria hasta que Frank en 1907 introduce la técnica de cesárea extraperitoneal que se mantuvo vigente hasta la década de los 40 del presente siglo, con esta técnica se pretendía evitar un abordaje intracavitario lo que limitaría la infección en caso de que se presentara y así disminuir la mortalidad por esta frecuente complicación. (1) Esto demuestra que esta operación hasta finales del siglo pasado era poco realizada, pero con el advenimiento de la anestesia, el desarrollo de la técnica quirúrgica y el uso de antibióticos eficaces para el control de la infección, este procedimiento logró tal popularidad, llegándose a constituir en el procedimiento quirúrgico mayor más realizado en todo el mundo.

El problema actual de las pacientes con cesárea previa consiste en el temor de muchos obstetras en ofrecer trabajo de parto y parto vaginal con el argumento de que esta conducta constituye un riesgo elevado tanto para la madre como para el feto y que durante su transcurso se presente una ruptura uterina. Esta mentalidad fue propuesta inicialmente por Cragin en mayo 12 de 1916 en un artículo publicado en el New York Medical Journal titulado "Conservación en Obstetricia", en cual concluye que una vez se realice cesárea, en los partos siguientes siempre se debe realizar cesárea. (2) (4) Pocos pronunciamientos han sido universalmente aceptados en la comunidad obstétrica como este, llevando a una conducta generalizada para este tipo de pacientes. (1) Sin embargo el

aforismo de Cragin corresponde a una época en donde una mayor parte de las cesáreas incluía una incisión uterina clásica, además los antibióticos y las transfusiones eran prácticamente desconocidas.

Es así como en la actualidad muchos obstetras e instituciones tratan este aforismo viejo como si fuera la conclusión de un estudio reciente por lo que consideran que toda paciente con cesárea previa es una contraindicación para un parto por vía vaginal y que se debe hacer siempre una cesárea electiva una vez el embarazo alcance clínicamente el término. (5)

II.II Evolucion de las tasas de cesarea

La tasa de cesáreas puede variar de un país a otro y de una institución a otra. En EE.UU. constituye el principal procedimiento quirúrgico mayor, cuadruplicándose en la década pasada, al grado que de cada cuatro nacimientos actualmente uno es por cesárea. (7) La tasa de cesáreas se mantenía estable hasta la década de los 70 y en ningún momento sobrepasaba el 10%, presentándose un aumento progresivo en las dos últimas décadas

El incremento en la proporción de cesáreas es un asunto de importancia y producto principalmente del último cuarto de siglo XX. Así, por ejemplo en un estudio reportado por Castelazo se encontró que la frecuencia de cesáreas en 1957 fue de solo 2.3%. Lo mismo ocurre con otros casos registrados en la década de 1970 como el de Canadá con 5.0% en 1971, estados Unidos con 5.5% en 1970 o el de Inglaterra y Gales, cuya cifra en 1975 era inferior al 6%. Sin embargo, a partir de entonces el aumento es importante y generalizado en numerosos países.

Desde hace más de dos décadas varias voces se han alzado para señalar los inconvenientes de dicha práctica y la necesidad de ponerle un alto. La OMS estableció en 1985 que el porcentaje de cesáreas no deberá rebasar el 15% y recomendó a los países que tuvieran una frecuencia superior poner en práctica medidas que detuvieran el crecimiento de la intervención, además de procurar regresarla a niveles menores del máximo aceptado.

En el caso de México esto es cada vez más preocupante, De acuerdo con datos oficiales, el porcentaje nacional de cesareas ha aumentado de manera significativa, Por ejemplo en 1999 se atendieron de forma institucional 1,772,430 nacimientos; de ellos, 1,442,082 se manejaron en las Instituciones públicas, lo cual representa el 81.4% de los casos en tanto que los 330,348 restantes (18.6%) se trataron en Hospitales del sector privado. Esta documentado que en ese año 35.2% de los embarazos concluyeron en cesárea en el sector público, en tanto que en privado la cifra se elevó a 53%. La Secretaria de salud estimó que durante ese mismo año se practicaron más de 360 mil cesáreas de las que en realidad se necesitaban (4).

En el ámbito Nacional, 36.2% de los nacimientos atendidos en unidades medicas se resuelven por vía abdominal y solo cinco entidades federativas tuvieron en 1999 porcentaje menor al 30%: Zacatecas 24.9%. Guerrero (26.2%), San Luis Potosí (26.9%), Chipas (27.2%) y Nayarit (27.6%). Entre los Estados con cifras mas altas están: Nuevo león (49.9%), Distrito Federal (43.3%), Colima (39.4%) Yucatán (38,8%) y Tamaulipas (38.6%). Es muy preocupante que en el ISSSTE uno de cada dos embarazos (50.7%) termine en cesárea y que en algunos hospitales privador 70% o mas de ellos concluyan en dicha intervención.

De acuerdo con el análisis realizado que incluyo datos del periodo de 1976-1983 de cuatro hospitales públicos, se informo que de 207,657 mujeres embarazadas a 37,145 se les realizo cesárea (17.9%). Un resultado de este estudio consistió en mostrara las diferencias en la frecuencia de hospitales analizados. El Hospital con la menor frecuencia fue el Nacional Homeopático, cuya tasa de cesáreas fue de ocho por cada 100 embarazos, en tanto que la cifra mas alta se aprecio en el Hospital de la Mujer con 24.3%. (5)

El problema es realmente complejo y en su origen intervienen varios elementos. Sin embargo, no hay duda que en algunos países, como los Escandinavos u Holanda y Japón no han seguido la tendencia general de los últimos treinta años en la mayor parte del mundo desarrollado. También es cierto que algunas naciones y hospitales han podido estabilizar la tendencia e incluso disminuir la frecuencia de dicha practica. Lo anterior se debe, entre otras cosas, a que la educación entre los médicos y la sociedad considera al parto como algo fisiológico, y por lo tanto se valoran pobremente las intervenciones médicas excesivas en el cuidado del embarazo y en la atención del parto. (7)



II.III Indicaciones de la operación cesárea

La indicación para realizar una operación cesárea puede ser por causas: maternas, fetales o mixtas (13).

Causas maternas

Distocia de partes óseas (desproporción cefalopélvica)

- Estrechez pélvica
- Pelvis asimétrica o deformada
- Tumores óseos de la pelvis

Distocia de partes blandas

- Malformaciones congénitas
- Tumores del cuerpo o segmento uterino, cerviz, vagina y vulva que obstruyen el conducto del parto
- Cirugía previa del segmento y/o cuerpo uterino, incluyendo operaciones cesáreas previas
- Cirugía previa del cerviz, vagina y vulva que interfiere con el progreso adecuado del trabajo de parto

Distocia de la contracción

Hemorragia (placenta previa o desprendimiento prematuro de la placenta normoinserta)

Causas fetales:

- Macrosomía fetal que condiciona desproporción cefalopelvica
- Alteraciones de la situación, presentación o actitud fetal
- Prolapso del cordón umbilical
- Sufrimiento fetal
- Malformaciones fetales incompatibles con el parto
- Embarazo prolongado con contra indicación para parto vaginal
- Cesárea postmortem

Causas mixtas

- Síndrome de desproporción cefalopelvica
- Preeclampsia-eclampsia
- Embarazo múltiple
- Infección amniótica
- Isoinmunización materno-fetal

INDICACIONES MAS FRECUENTES DE LA OPERACION CESÁREA

Las principales implicaciones de la operación cesárea son:

1. Desproporción cefalopelvica
2. Cesárea previa
3. Sufrimiento fetal
4. Ruptura prematura de membranas
5. Presentación pélvica

Aunque la ruptura prematura de membranas no se considera entre las principales indicaciones médicas, en nuestro país se ha observado que esta complicación condiciona un incremento relativo en el número de cesáreas.

1.- DESPROPORCIÓN CEFALOPÉLVICA

Condición de origen materno, fetal o mixto, dependiente de la relación existente entre el feto y la pelvis, que impide la resolución del parto por vía vaginal.

La desproporción cefalopélvica ocurre en las siguientes circunstancias:

- Pelvis estrecha, deformada u obstruida y feto normal, con buena actitud
- Pelvis normal y feto grande, anómalo (gigantismo o hidrocefalia) o con mala actitud
- Pelvis y feto normales con relaciones fetopélvicas ajustadas, después de una prueba de trabajo de parto infructuosa

El diagnóstico de la desproporción cefalopélvica, se establece mediante una valoración clínica adecuada de los estrechos superior, medio e inferior de la pelvis materna y su relación con el feto, con el apoyo de estudios de imagenología. Ante la duda diagnóstica se deberá utilizar la prueba de trabajo de parto.

Prueba de trabajo de parto

Es el procedimiento obstétrico a que se somete una parturienta con relación cefalopélvica límite y mediante su vigilancia y conducción, sin riesgo materno; tiene por objeto conseguir la evolución del trabajo de parto, venciendo obstáculos previstos y presumiblemente franqueables.

Toda prueba de trabajo de parto debe apegarse estrictamente a los requisitos para su inicio, la metodología para su ejecución y la decisión oportuna del momento de su terminación. En algunas instituciones la prueba de trabajo de parto se realiza en mujeres con cesárea previa pacientes con fetos en presentación pélvica.

A. Requisitos para iniciar la prueba

- Embarazo a término
- Presentación cefálica abocada

- Dilatación de 4 cm. o más
- Actividad uterina regular (espontánea o inducida con oxitócicos)
- Membranas rotas
- Buen estado materno y fetal
- Evacuación de vejiga y recto
- Al iniciar la prueba debe ser realizada una estimación del progreso del trabajo de parto que se espera obtener en un período determinado y vigilar cuidadosamente la evolución mediante un partograma
- La presencia de meconio fluído no contraindica la prueba
- La analgesia/anestesia puede estar indicada a criterio del médico tratante

2.- CESÁREA PREVIA

La práctica del parto vaginal en casos seleccionados de pacientes con cesárea previa es cada vez más frecuente. El propósito de esta conducta es evitar los posibles riesgos asociados a la operación cesárea, sin embargo el concepto clásico de "una vez cesárea, siempre cesárea" ha prevalecido en el ámbito médico por lo que esta condición representa una de las principales indicaciones de esta operación.

De acuerdo a estudios de investigación recientes, la estrategia de ofrecer una prueba de trabajo de parto a pacientes con cesárea previa bajo condiciones controladas, logra un incremento en los nacimientos por vía vaginal sin complicaciones.

Se decidirá realizar la prueba de trabajo de parto, en mujeres con cesárea previa, únicamente en unidades de segundo o tercer nivel de atención, con personal capacitado para resolver cualquier complicación que pudiera presentarse.

Contraindicaciones para la prueba de trabajo de parto en mujeres cesárea previa:

- Antecedente de dos o más cesáreas previas segmento – arciformes
- Antecedentes de cesárea previa segmento-corporal, corporal o presencia de otras cirugías uterinas
- Antecedente de cesárea previa reciente (menor a seis meses)
- Antecedentes de ruptura uterina o dehiscencia de histerorrafia
- Pelvis no útil clínicamente

En embarazos pretérmino y postérmino, gemelares o con productos macrosómicos, se valorará cuidadosamente el caso.

Precauciones durante la Prueba de Trabajo de Parto en pacientes con cesárea previa.

a) Primer período del parto (dilatación cervical):

- Estar debidamente preparados para realizar una cesárea de urgencia en un lapso menor de 30 min.

- Vigilancia estrecha del trabajo de parto y monitoreo de la frecuencia cardíaca fetal por medios clínicos: estetoscopio de Pinard o equipo Doppler, o preferentemente con medios electrónicos si se cuenta con este recurso
- Analgesia/anestesia a criterio del médico tratante
- El uso de oxitocina para la conducción, se decidirá únicamente en el segundo o tercer niveles de atención

b) Segundo período del parto (expulsivo):

Se recomienda la aplicación profiláctica de fórceps o extractor de vacío bajo, en caso de contar con personal entrenado, a fin de abreviar el periodo expulsivo y evitar complicaciones maternas, aunque no se considera un requisito indispensable para permitir un parto por vía vaginal

c) Tercer período del parto (alumbramiento):

- Vigilancia estrecha del alumbramiento
- Revisión sistemática y cuidadosa de la cavidad uterina incluyendo la histerorrafia previa

d) Suspensión de la prueba de trabajo de parto

La prueba de trabajo de parto deberá suspenderse bajo las siguientes circunstancias:

- Sospecha de dehiscencia de histerorrafia
- Sufrimiento fetal agudo
- Falta de progresión del trabajo de parto

3. SUFRIMIENTO FETAL

El sufrimiento fetal se define como una alteración causada por la disminución del intercambio metabólico materno-fetal, que ocasiona hipoxia, hipercapnia, hipoglucemia y acidosis. Estas alteraciones provocan un funcionamiento celular anormal que puede conducir a daños irreversibles, con secuelas e incluso muerte fetal.

Los factores causales del sufrimiento fetal pueden ser reversibles (hipotensión materna, efecto Poseiro, hipercontractilidad por uso de oxitócicos), o irreversibles (causa fetal, placentaria o del cordón umbilical).

El concepto de sufrimiento fetal no es suficientemente preciso, por lo que se ha recomendado utilizar: "alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal", término que ayuda a describir clínicamente el tipo y severidad de las modificaciones que existen.

El sufrimiento fetal puede ser agudo o crónico. En su forma crónica se presenta antes del inicio del trabajo de parto, generalmente relacionado con padecimientos materno-fetales con compromiso de la perfusión placentaria, como: infecciones, trastornos hipertensivos,

isoimmunización Rh, diabetes con daño vascular, anemia severo, que se traducen generalmente en un retardo en el crecimiento fetal intrauterino y oligoamnios. Estos embarazos se consideran de alto riesgo y deben ser vigilados con pruebas de bienestar fetal y en caso de encontrar alteraciones de las mismas, se valorará el momento y la vía más adecuada para la interrupción de la gestación.

4. RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

Es la salida de líquido amniótico, a través de una solución de continuidad de las membranas ovulares, en embarazo mayores de 20 semanas y/o por lo menos 2 hrs. antes de inicio del trabajo de parto.

5. PRESENTACIÓN PÉLVICA

La presentación pélvica ocurre en el 3-4 % del total de los embarazos. En la mayoría de las unidades obstétricas, esta modalidad de presentación constituye una indicación de cesárea (excepto cuando la paciente acude en periodo expulsivo).

El parto vaginal en presentación pélvica se permitirá únicamente bajo ciertas condiciones:

- Experiencia del médico en la atención del parto en presentación pélvica
- Antecedentes de cuando menos un parto vaginal previo
- Embarazo a término
- Pelvis clínicamente útil
- Inicio espontáneo del trabajo de parto
- Variedad de presentación franca de nalgas, con buena actitud de la cabeza y de los miembros superiores
- Presentación en un segundo o tercer plano de Hodge
- Peso fetal estimado entre 2300 y 3600 gramos
- Bolsa amniótica íntegra
- Posibilidad de monitoreo electrónico de la frecuencia cardíaca fetal y de las contracciones uterinas

II.IV Morbilidad y Mortalidad Materna por Cesarea

Toda paciente sometida a un acto quirúrgico mayor, no esta exenta de riesgos tanto quirúrgicos como anestésicos y la cesárea no es la excepción. La tasa de mortalidad por cesárea es de 0.8% siendo las enfermedades asociadas la principal causa de muerte con un 37% del total de fallecimientos directamente relacionados con este procedimiento y en segundo lugar, problemas relacionados con la anestesia con 21% , otras corresponden a

trastornos hipertensivos durante el embarazo y sus complicaciones, hemorragia durante el procedimiento quirúrgico, sepsis y embolia pulmonar. (2)

En el momento de definir una cesárea en un embarazo podemos estar ante una edad gestacional diferente a la que hemos calculado, por lo tanto uno de los riesgos bien documentados de cesárea electiva corresponde a la prematuridad iatrogénica como causal de morbi-mortalidad fetal. (7) (21)

II.V Tipos de cesarea

- A. Según antecedentes obstétricos de la paciente
- Primera: Es la que se realiza por primera vez
 - Iterativa: Es la que se practica en una mujer con antecedentes de dos o más cesáreas previas
- B. Según indicaciones
- Urgente: Es la que se practica para resolver o prevenir una complicación materna o fetal en etapa crítica
 - Electiva: Es la que se programa para ser realizada en una fecha determinada por alguna indicación médica y se lleva a cabo antes de que inicie el trabajo de parto
- C. Según técnica quirúrgica
- Transperitoneal
- • Corporal o clásica
 - • Segmento—Corporal (Tipo Beck)
 - • Segmento—Arciforme (Tipo Kerr)
- Extraperitoneal

TRANSPERITONEAL

- Corporal o clásica: La incisión se realiza en el cuerpo uterino. Sus indicaciones más frecuentes son: Cáncer cérvico—uterino invasor, embarazo pretérmino, histerorrafia corporal previa, procesos adherenciales o varicosos importantes en el segmento inferior, placenta previa en cara anterior, cesárea postmortem y cuando después de la cesárea se realizará una histerectomía. Sus desventajas son: apertura y cierre más difícil, mayor hemorragia, adherencias más frecuentes, histerorrafia menos resistente que puede hacerse dehiscente durante un nuevo embarazo.
- Segmento—corporal: La incisión se realiza sobre el segmento y parte del cuerpo uterino. Sus principales indicaciones son: embarazo pretérmino, embarazo

gemelar, situación fetal transversa con dorso inferior, presentación pélvica, placenta previa en la cara anterior del útero, anillo de retracción e histerorrafias corporales previas. Las desventajas de esta técnica son similares a las observadas con la técnica corporal.

- Segmento—arciforme o transversal: Es la técnica quirúrgica más usada por sus múltiples ventajas. La incisión transversal del segmento inferior tiene a ventaja de producir menos hemorragia, permitir una fácil apertura y cierre de la pared uterina, formación de cicatriz uterina muy resistente con poca probabilidad de dehiscencia y ruptura en embarazos subsecuentes, así como pocas adherencias postoperatorias.

EXTRAPERITONEAL

- La técnica extraperitoneal es de poco uso. Esta indicada en los casos de riesgo o presencia de infección ovular, pues evita la contaminación de la cavidad abdominal y del peritoneo. Existen variables prevesicales, supravesicales, y parasupravesicales. La principal complicación de la técnica es la lesión traumática de la vejiga durante la intervención quirúrgica.

II.VI Parto vaginal con cesarea previa

El parto vaginal en pacientes con cesárea previa es más seguro que el quirúrgico tanto para la madre como para el feto, (7)(21) cuando se trata de una cesárea de tipo segmentaria transversa baja. (9) (13) Sin embargo esta conducta no se observa en todos los hospitales e incluso en los médicos de diferentes países. El ofrecer trabajo de parto a las pacientes con cesárea previa puede disminuir substancialmente la tasa total de cesáreas llegando en algunas instituciones a ser menor al 10%. (3) La duración del trabajo de parto en pacientes con cesárea previa es similar a la población nulípara por lo tanto puede seguir las mismas tendencias según las curvas planteadas por Friedman (3), para el manejo del trabajo de parto durante la fase activa. (4)

II.VI.A Tasas de Exito

El éxito de parto vaginal en pacientes con cesárea previa puede variar de acuerdo a la indicación con que se realizó la cesárea inicial, observándose tasas de éxito en casos de sufrimiento fetal agudo de 71% a 92%, cesáreas previas por embarazo gemelar con tasas de 72%, presentación podálica con 84% a 91% y falta en el progreso del trabajo de parto con 33% a 78%, siendo esta última una causa de cesárea previa considerada como

recurrente, lo que daría tasas más bajas que las demás que serían consideradas dentro de las no recurrentes. (5) (6) (20) (21)

Duff (6) compara pacientes con antecedente de cesárea por distocia encontrando tasas de éxito en parto por vía vaginal de 68%, comparativamente con las pacientes que no fueron llevadas a cesárea previamente por distocia con tasas de 81%. Sin embargo el excluir pacientes con cesárea previa por patología recurrente no se encuentra justificado (6) (7), pues la eliminación de este grupo eliminaría un gran porcentaje de pacientes candidatas para parto vaginal, sabiendo que la distocia es de las principales indicaciones para realizar cesárea y que más de la mitad de este grupo tendrían éxito de parto por vía vaginal. Otras variables pueden influir de manera significativa en el resultado bien sea el éxito (Parto vaginal) o no éxito (Parto por cesárea), según el estudio realizado por Pickhardt en 1.992 tomando 312 pacientes en el cual encontró como variables estadísticamente significativas el peso estimado fetal por ecografía, la edad gestacional, la indicación de la cesárea previa, el número de partos vaginales previos, el número de cesáreas previas y en los casos donde se realizó inducción del trabajo de parto, los cambios cervicales presentes como la dilatación y el borramiento cervical así como la estación de la presentación fetal (Puntaje de Bishop).

ESCALA DE PUNTUACION DE BISHOP

FACTOR	0	1	2	3
ALTURA DE LA PRESENTACION(P LANO DE HODGE)	LIBRE	I	II	III
BORRAMIENTO (%)	0-30	40-50	60-70	80+
CONSISTENCIA	FIRME	INTERMEDIO	BLANDO	
DILATACION (CMS)	CERRADO	1-2	3-4	5+
POSICION DEL CERVIX	POSTERIOR	MEDIO	CENTRAL	

Estas variables como evaluadores pronósticos del resultado final del embarazo tienen un excelente valor predictivo positivo en cuanto al éxito del mismo (94.5%), sin embargo el valor predictivo negativo fue sólo del 33.3% y aquellas pacientes que los indicadores pronósticos para parto por vía vaginal no eran favorables un 66,6% tuvieron un parto vaginal normal. (8)

Otras variables analizadas como la raza, edad, talla y peso materno, gravidez, paridad y ruptura prematura de membranas no fueron estadísticamente significativas. (20) Se ha propuesto realizar un sistema en base a puntajes donde se engloben las diferentes variables descritas estableciendo un pronóstico de éxito o falla al ofrecer parto vaginal a las pacientes con cesárea previa. (9) Demianczuk (20), toma 92 pacientes encontrando una tasa de éxito de 54.3% y la principal causa de reintervención quirúrgica por cesárea previa la constituye el trabajo de parto estacionario con 30 pacientes. Además observo una incidencia aumentada en la aplicación de fórceps o partos instrumentados, siendo para el grupo con cesárea previa de 54% y para la pacientes sin cesárea previa de 30%. No se

encontró aumento de mortalidad materna o fetal en las pacientes con cesárea previa sometidas a trabajo de parto.

II.VI.B Requisitos

La paciente debe ingresar al hospital solamente cuando presente inicio del trabajo de parto a no ser que alguna condición médica u obstétrica indique lo contrario.⁽⁵⁾

Existen algunos requisitos que hay que tener en cuenta a la hora de atender un parto vaginal en pacientes con cesárea previa y son:

1-Paraclínicos como hemograma, hemoclasificación, cruce y reserva de 2 unidades de sangre.

2-El trabajo de parto y el parto deben ser monitorizados o con estrecha vigilancia clínica de la frecuencia cardíaca fetal.

3-Sonda foley para detectar precozmente la presencia de orina hematórica.

4-Disponibilidad permanente de quirófano para realizar en caso de que así se indique una cesárea de urgencia.

5- Una vena permeable con un catéter edecuado para administrar grandes volúmenes de líquidos o soluciones ⁽⁵⁾ ⁽²¹⁾,

Por lo tanto si se decide ofrecer parto vaginal a las pacientes con cesárea previa la institución debe contar con los elementos necesarios para realizar una cesárea de urgencia. ⁽⁴⁾

El partograma donde demuestra el progreso del trabajo de parto siempre se debe diligenciar y actuar acorde a los resultados del mismo, puesto que la incidencia de ruptura uterina es mayor cuando se ha pasado en tiempo la línea de acción según la curva de Friedman, esto puede llevar a un aceptable pero poco incremento de las tasas de cesárea pero con beneficios notorios como la disminución de la incidencia de ruptura uterina y la morbilidad materno-fetal. ⁽⁴⁾ Toda paciente debe tener pleno conocimiento de los procedimientos a realizar al igual que aceptar los riesgos y los beneficios. Es de anotar que además con una correcta explicación del procedimiento a las pacientes la mayoría (81%) acepta el trabajo de parto. ⁽⁵⁾ El uso de la pelvimetría radiológica no es necesario para la evaluación de la paciente antes de dar inicio a la prueba de trabajo de parto, siendo un mal predictor e incrementando la tasa de cesáreas en general, práctica se considera que debe ser abandonada. ⁽¹³⁾ ⁽¹⁴⁾

El monitoreo de la frecuencia cardíaca fetal es de las medidas mas importantes debido a que los cambios de la misma puede ser el signo más precoz de inminencia de ruptura uterina.

Se ha planteado que el uso de catéteres intrauterinos durante el trabajo de parto pudiese ayudar a diagnosticar precozmente una ruptura uterina debido a la pérdida de la presión intrauterina y así tomar una conducta rápida de evacuación, sin embargo Rodríguez y col. (45) en una revisión de 76 casos de ruptura uterina con 39 monitorizados mediante catéter de presión intra-uterina, demostró que en la mayoría de los casos no se observa el patrón clásico de disminución de la presión dentro del útero y algunas pacientes (10%) presentan incluso incremento de la línea de base, sin observar diferencias en la morbi-mortalidad materno fetal de ambos grupos, por lo tanto no lo aconseja como método de vigilancia subrayando una vez más que el distress fetal es el hallazgo más común (78%) en caso de ruptura uterina. Algunos autores recomiendan el uso de extractores fetales al vacío para aligerar el periodo expulsivo en las pacientes con cesárea previa. (3) (16) (17)

La revisión digital del segmento uterino a nivel de la cicatriz previa es recomendado por algunos con miras a detectar alguna solución de continuidad y revelar la integridad de la misma posterior al parto (8) o realizarla en caso de indicaciones específicas como dolor abdominal, sangrado vaginal excesivo o atonía uterina (9). Otros autores no encuentran utilidad a este tipo de procedimiento destacando poca sensibilidad en la detección de ruptura uterina. (20) (21) El uso de la ultrasonografía, evaluando el grosor del segmento uterino inferior ha mostrado cierta utilidad en estudios prospectivos recientes (5), encontrando que la incidencia de ruptura uterina es inversamente proporcional al grosor del segmento uterino mediante examen ecográfico, con un punto de corte de 3.5 mm, dando así valores predictivos positivos de 11.8% y valores predictivos negativos de 99.3%, sin embargo se considera que faltan más estudios al respecto.

II.VI.C Contraindicaciones

Solamente 15.6% de las pacientes con cesárea previa tienen contraindicaciones relativas o absolutas para realizar trabajo de parto y parto por vía vaginal. (19)

Son absolutas aquellos casos de cesárea corporal clásica o cesárea en "T" invertida, así mismo como una dehiscencia de una cicatriz uterina previa que requirió reparo de la misma (23) (30), esto se hace incluso para las "ventanas" de cualquier tipo. (6)

Contraindicaciones relativas como dos o más cesáreas previas (5), cicatriz uterina de tipo desconocido, embarazos gemelares o macrosomía fetal diagnosticada previamente por exámenes ultrasonográficos. Dos o más cesáreas previas se presenta solo en el 2.3% de la población obstétrica (21), debido tal vez a que en un procedimiento quirúrgico inicial es probable que la paciente acepte la ligadura tubaria como método definitivo de planificación. El tener dos cesáreas previas puede no considerarse como una contraindicación y puede ser una alternativa razonable para determinado grupo de pacientes (17) (18), con tasas de éxito similares a las pacientes con una sola cesárea previa (75.3%), otros (21) no la recomiendan encontrando 3 veces más frecuencia de ruptura uterina.

En estudios realizados con fetos macrosómicos (19) son controvertidos y la presencia de un feto con un peso ecográfico estimado mayor de 4.000 gramos no aumenta la morbi-

mortalidad perinatal, en pacientes con cesárea previa se observa en ciertos trabajos una disminución en la tasa de partos vaginales en fetos macrosómicos (43% vs. 58%) aunque otros autores no reportan diferencias en el resultado del embarazo con pesos estimados fetales de más de 4.000 g (73%) vs. menos de 4.000 g (76%). (10)

La sobredistensión uterina ocasionada por un embarazo gemelar o un polihidramnios puede no estar asociada a un mayor índice de rupturas uterinas. (5) (61) Presentaciones en podálica y embarazos gemelares puede no ser considerada como contraindicación absoluta (21) y puede ofrecerse parto vaginal sin riesgo, sin embargo otros (5) argumentan que al realizar la manipulación para lograr extraer el feto en podálica, puede llegar a convertir un pequeño defecto uterino o una ventana en una ruptura uterina completa, pero faltan más datos al respecto.

La localización de la placenta no se sabe si pueda influenciar en el desarrollo de ruptura uterina (5) cuando se encuentra implantada sobre la cicatriz uterina, trabajos pertinentes (12) (13) consideran que tal caso se pueda asociar a ruptura del útero y a pérdidas hemáticas mayores, pero no hay datos conclusivos actualmente. No se encontraron estudios donde el antecedente de una infección intra-amniótica o el desarrollo de una endometritis pos cesárea puedan influir de manera adversa la tasa de complicaciones maternas al ofrecer trabajo de parto en los embarazos siguientes.

Cuando se trata de una cesárea previa de tipo segmentaria transversa baja el permitir un trabajo de parto es una alternativa más segura que una cesárea automática subsiguiente y toda paciente con este tipo de incisiones uterinas previas deben considerarse aptas para un parto por vía vaginal (2) (13) (16), pues el riesgo de ruptura uterina es muy bajo y no esta asociado con serias complicaciones.

II.VI.D Complicaciones maternas y fetales

COMPLICACIONES MATERNAS

Desde mucho tiempo la complicación más temida por los obstetras al ofrecer parto vaginal con cesárea previa es la ruptura uterina. Las definiciones de los diferentes tipos de ruptura uterina (13) a saber son :

DEHISCENCIA: Corresponde a una "ventana", la solución de continuidad uterina no compromete el peritoneo y no hay vaciamento de su contenido.

RUPTURA INCOMPLETA: Abertura de la cicatriz con expulsión del contenido uterino sin compromiso del peritoneo.

RUPTURA COMPLETA: Hay expulsión del producto y ruptura del peritoneo.

Hay que diferenciar entre los diferentes tipos de ruptura uterina pues en los casos de dehiscencias o "ventanas" por lo general tienen poca significancia clínica y no presenta resultados adversos fetales-neonatales, mientras que la ruptura completa se puede acompañar de alta morbi-mortalidad materno-fetal. (14)

Hay numerosos signos clínicos descritos en la literatura que puedan indicar ruptura uterina, algunos de manera precoz, como es el caso de cambios en la frecuencia cardíaca fetal principalmente desaceleraciones variables que se profundizan y se convierten en tardías, pudiéndose constituir en el único signo de inminencia de ruptura uterina (15); el segundo signo más precoz es el dolor entre las contracciones de manera persistente y progresivo en cuanto a severidad, no existe entonces periodo de dolor ausente durante los periodos de reposo uterino sobre todo a nivel de la parte inferior del abdomen, sin embargo este hallazgo puede generar confusión pues su interpretación es de carácter subjetivo y otros lo consideran como un pobre indicador (19); otros signos son la hemorragia vaginal abundante, pero hay que tener en cuenta que este sangrado puede hacerse hacia los ligamentos o la cavidad abdominal haciéndose escaso externamente y presentar un cuadro progresivo de choque hipovolémico sin sangrado externo. (18); el dolor que persiste a pesar de la analgesia peridural, hematuria macroscópica, pérdida de las contracciones, retroceso de la presentación, anillos de contracción a nivel segmentario y muerte fetal son otros hallazgos que pueden encontrarse en casos de ruptura del útero.

La incidencia de ruptura uterina en pacientes con cesárea previa oscila en 02.6% (10) incluyendo casos de dehiscencia. (5) En un estudio multicéntrico realizado en EE.UU. se reportaron 8 casos de ruptura uterina con una incidencia muy baja del 0.7% con ninguna muerte materna atribuible y 3 complicaciones dadas por dos casos de sufrimiento fetal agudo y una histerectomía. Golan (17) hace una extensa revisión de rupturas uterinas encontrando 93 rupturas de 126.713 partos analizados con una incidencia de uno por cada 1.362 (0.73%), dentro de las cuales se incluyen pacientes con y sin cesárea previa, encontrando factores asociados como el uso inadecuado de oxitócicos (42%), desproporción cefalo-pélvica (40%), gran multiparidad (31%) y abrupcio de placentae (18%) La ruptura más frecuentemente encontrada fue la transversa segmentaria. La mortalidad materna fue de 9.7% con una mortalidad fetal de 22%.

El manejo inicial abordado en todas la pacientes fue la resucitación y restauración de la volemia, posteriormente individualización de cada caso en la sala de operaciones de acuerdo al tipo de lesión, localización y extensión así como el deseo reproductivo de la paciente. En el estudio 75% de las pacientes requirió histerectomía de las cuales 36% fueron sub-totales; el resto se realizo reparo del desgarró uterino. En caso de presentarse una ruptura uterina esta puede corresponder a una dehiscencia que se encuentre asintomática por lo que no ameritaría manejos posteriores que cicatrizaría por segunda intención. En caso de presentarse una ruptura uterina de dimensiones mayores estaría abocada la histerectomía y o el reparo de la misma mediante laparotomía. (18) Otro autor en una revisión de 162 casos de ruptura uterina encontró una mortalidad materna de 13.5% con una mortalidad fetal muy elevada de 76.1%, encontrando además que en las pacientes sin cesárea previa cuando presentan ruptura uterina por lo general son múltiparas.

La ruptura uterina en pacientes con cesárea previa es un evento raro y los datos que se han registrado en la literatura corresponden a millares de partos ofrecidos por lo que en la mayoría de los artículos de revisión no se encontró algún tipo de muerte materna atribuible al parto vaginal con cesárea previa. como tampoco incrementos en la morbilidad materno fetal. (15) No hay aumento en la incidencia de complicaciones maternas de las pacientes con cesárea previa que fueron sometidas a trabajo de parto en cuanto a perdida sanguínea o hemorragia pos parto. (17)

Es necesario entonces colocarnos en la balanza del riesgo-beneficio para la paciente llegando a la conclusión que una cesárea electiva presenta mayor riesgo de morbilidad y mortalidad materno-fetal que un parto vaginal, siendo la ruptura uterina en el ultimo de los casos un evento raro que que en suma no sobrepasa los riesgos de realizar un procedimiento quirúrgico mayor como es la cesárea. Por lo tanto podría constituirse un nuevo axioma: "Después de una cesárea puede ocurrir un parto vaginal". (16)

COMPLICACIONES FETALES

No hay diferencias entre ambos grupos de pacientes, aquellas con parto vaginal o cesárea en los resultados perinatales en cuanto a puntajes de APGAR al minuto y a los cinco minutos y al pH del cordón umbilical. (17) El APGAR al minuto fue mayor de 8 en el 97% de las pacientes con parto y cesárea previa. Miller (21) en un estudio a 10 años en el que incluye 17.322 pacientes con cesárea previa de las que el 73% se les ofreció prueba de trabajo de parto con una tasa de éxito de 82% solo observó una incidencia de 0.7% en rupturas uterinas y solo 3 casos de muerte fetal atribuible a la ruptura uterina (0.24%).

II.VI.E Inducción y Conducción

El uso de oxitócicos en pacientes con cesárea previa no se encuentra contraindicado (6) (9) y no se asocia a incrementos en el riesgo de ruptura uterina. (6) (26)

El Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia afirma que se puede utilizar de una manera segura sin aumentar el riesgo materno-fetal. Tampoco se encontró variaciones en la puntuaciones de Apgar en el grupo de pacientes con uso de oxitócicos. (10) Flamm demuestra que el uso de oxitócicos en este tipo de pacientes oscila entre el 27%. (64) MacKenzie en un estudio de 143 pacientes con el uso de prostaglandinas a nivel cervical en forma de gel no encontró ningún tipo de complicación materna o fetal considerándolo un método seguro y eficaz sobre todo cuando existe un cérvix inmaduro para realizar inducción oxitócica, con una tasa de éxito en parto por vía vaginal de 68%, si el cérvix presenta un índice de Bishop favorable la tasa de éxito es del 76%. (20) Estas

conclusiones son corroboradas por otros autores, sin incrementar la morbilidad neonatal o el ingreso a la unidad de cuidados intensivos neonatales^{(11) (12) (13) (14)}, así mismo el uso de este medicamento no se asocio a un incremento mayor de rupturas uterinas.

En estudios comparativos con primigrávidas y pacientes con cesárea previa el uso de prostaglandinas a nivel cervical no demostró diferencia alguna demostrando así seguridad en la inducción del trabajo de parto. ⁽¹⁵⁾

En grandes multíparas se ha intentado estimulación del pezón como método de inducción del trabajo de parto con éxitos variables, encontrando tasas de éxito en parto por vía vaginal del 84% y recomendándolo también como método seguro y eficaz para este tipo de pacientes. ⁽⁷⁶⁾

II.VI.F Analgesia Obstétrica

La principal preocupación del uso de la anestesia regional es el riesgo de enmascarar el dolor durante una ruptura uterina. Otras preocupaciones son la parálisis simpática que puede atenuar la respuesta a la hemorragia en caso de producirse la ruptura y la hipotensión causada por la anestesia epidural que puede confundirse con ruptura uterina, pero existen signos clínicos más seguros de una posible ruptura uterina como son los cambios en la frecuencia cardiaca fetal que no se ven alterados con el uso de este procedimiento. ⁽⁶⁾ Por lo tanto el uso de analgesia peridural obstétrica durante el trabajo de parto en pacientes con cesárea previa no se encuentra contraindicado y puede ser aceptado.

II.VI.G Beneficios

El tiempo de estadía hospitalaria es substancialmente menor en pacientes que tienen parto por vía vaginal (Promedio de 2.1 días) que las intervenidas por cesárea (Promedio de 5.3 días). ^{(10) (15)}

Los costos institucionales son mucho menores cuando se adopta la política de ofrecer parto vaginal con cesárea previa; para 1.985 en EE.UU. los costos por realizar cesáreas electivas en pacientes con cesárea previa sobrepasaban los 500 millones de dólares. ⁽⁵⁾ ⁽⁶⁾ Comparando el grupo de pacientes con cesárea previa que tuvieron parto vaginal con

aquellas pacientes llevadas a cesárea electiva se observó menor morbilidad en el primer grupo lo que disminuye costos y estancia hospitalaria.

En un estudio multicéntrico (7) se tomaron 7.229 pacientes de los cuales al 70% se les ofreció trabajo de parto y al 30% restante se realizó cesárea electiva; la tasa de rupturas uterinas fue menor al 1% en el primer grupo sin asociarse a muertes maternas relacionadas a la ruptura, mientras que la estadía pos parto en el hospital, la incidencia de transfusiones sanguíneas y de fiebre pos parto fue significativamente menor en las pacientes llevadas a trabajo de parto con una tasa de éxito general en parto vaginal del 75%.



III.

JUSTIFICACIÓN

El porcentaje de operación cesárea en México es elevado, siendo uno de los más altos a nivel mundial, superando en un 50% a España y Estados Unidos.

La operación cesárea ha sido catalogada como el evento quirúrgico hospitalario que se realiza con mayor frecuencia, la cual, lejos de considerarse como un procedimiento inocuo, incluye varias implicaciones negativas como la posibilidad de incrementar morbilidad materna, principalmente por complicaciones infecciosas, ello aumenta la estancia hospitalaria, propicia la sobreexplotación tanto de recursos humanos como de los materiales y, en consecuencia eleva el costo de la atención de este evento, así mismo este evento no está exento de daños para el feto.

En el Hospital Central Norte de PEMEX, se ha observado en los últimos años un índice de esta intervención de hasta un 45 % sin que se encuentren variantes en la indicación de la primer cesárea con respecto a la de repetición, lo cual a futuro contribuye al mantenimiento de un índice de la intervención similar o mayor al enfrentarse a una tercera gestación contando ya con el antecedente de dos cesáreas previas .

En base a lo anteriormente expuesto, como parte de la creación de programas , estudios y procedimientos que tienen como objetivo la reducción de la frecuencia de operaciones cesáreas aunado a que datos actuales sustentan que el nacimiento por vía vaginal después de cesárea tiene un porcentaje de éxito muy cercano al 80% , se trata de exponer en el siguiente trabajo el valor de una evaluación inicial de los factores más importantes considerados por los estudiosos, que se consideran determinantes del nacimiento vía vaginal en una gestante con cesárea previa en su embarazo actual, de tal forma, que en base al conocimiento de los mismos, se pueda someter a la embarazada a prueba de trabajo de parto con alta posibilidad de lograr un nacimiento por vía vaginal.

IV.

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuáles son los factores maternos y fetales que rodean al nacimiento por vía vaginal en pacientes con el antecedente obstétrico de cesárea previa y existe una relación de éstos con la repetición de cesárea?

V.

OBJETIVOS

GENERAL

Conocer los factores condicionantes de parto vaginal en pacientes con cesarea previa.

ESPECIFICOS

- a) Determinar los factores maternos condicionantes de parto vaginal en pacientes con cesárea previa
- b) Conocer los factores fetales condicionantes de parto vaginal en pacientes con cesárea previa
- c) Identificar si existe relación de los factores maternos y fetales con la resolución de la gestación por vía vaginal o abdominal.
- d) Disminuir el índice de la operación cesárea
- e) Incrementar el número de nacimientos vía vaginal en gestantes con cesárea previa
- f) Realizar la operación cesárea en forma útil con indicaciones clínicas correctas y justificadas, y por tanto, practicarla cuando las circunstancias clínicas del caso lo exijan

VI.

HIPOTESIS

Si se identifican los factores fetales y maternos condicionantes de parto vaginal en pacientes con cesárea previa entonces podrá realizarse una mejor evaluación obstétrica con la consecuente reducción en el número de operaciones cesáreas.

VII. MATERIAL Y METODOS

VII.I Diseño del Estudio

Observacional.

Retrospectivo.

Transversal.

Descriptivo.

Comparativo

VII.II Tamaño de la muestra

UNIVERSO

Se incluirá población extraída del hospital Central Norte de Petroleros Mexicanos en el periodo comprendido de junio de 2006 a mayo del 2007, que corresponde a mujeres que resolvieron su embarazo por vía vaginal en esta unidad con el antecedente de una cesárea previa.

Asi mismo se incluirá un grupo control de mujeres en el mismo período de tiempo que contaban con antecedente de cesárea previa y resolvieron su embarazo por la misma vía.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se incluyeron en el estudio las mujeres que cubrieron los siguientes criterios:

Criterios de Inlusión

Grupo de estudio

- 1 Pacientes que ingresaron a la unidad tocoquirugica entre mayo del 2006 y junio del 2007
- 2 Antecedente de una cesarea de tipo segmentaria transversa baja
- 3 Embarzo a termino
- 4 Pacientes sometidas a trabajo de parto

Grupo control

1. Pacientes que ingresaron a la unidad tocoquirúgica entre mayo del 2006 y junio del 2007
2. Antecedente de una cesarea de tipo segmentaria transversa baja
3. Pacientes en las que se concluyó embarazo por vía abdominal


Criterios de exclusión

Se excluyeron expedientes con:

- 1 Antecedente de cesárea previa con condiciones agregadas la gestacion, que complicaran la posibilidad de un nacimiento vaginal tales como embarazo multiple, presentaciones y situaciones anómalas fetales

Criterios de eliminación

Se eliminaron expedientes:

- 1 Que no reúnan el requisito de antecedente de cesárea previa
 - 2 Pacientes con antecedente de cesarea programada
 - 3 Con antecedente dos o más cesáreas previas, sin importar antecedente de parto vaginal
 - 4 Con el antecedente de una o más cesáreas corporales clásicas, en T invertida, cirugía uterina previa así como dehiscencia o ruptura uterina en embarazos anteriores
- 

VII.III Descripción de Variables

En todas las pacientes incluidas en el estudio, se analizaron las siguientes variables conceptualizadas y definidas operacionalmente de la siguiente manera:

Variable independiente.

Mujeres con parto vaginal y antecedente de cesárea previa

Mujeres con cesarea y antecedente de cesarea previa

Variable dependiente

Factores Maternos

Factores fetales

Variables de control

Gravidez: Numero de embarazos incluyendo el embarazo actual, correspondiendo a 2, 3, 4 y 5 o más embarazos.

Semanas de amenorrea. Tomando como parámetro el primer día del último período menstrual hasta el momento del ingreso a sala de partos. Los intervalos fueron divididos según la madurez cronológica fetal de tal manera que correspondieron a embarazos de 37 a 41 semanas, mayor de 421 y aquellas pacientes con amenorrea desconocida.

Índice de Bishop. Utilizado para la identificación de condiciones cervicales. Dividido en intervalos de menor a 4 de 4 a 6 y mayor a 7

Periodo intergestas. Tomado en años desde el día de realización de la cesárea hasta la terminación del embarazo actual.

Antecedente de parto vaginal. Correspondiente a partos vaginales en fetos de más de 20 semanas de edad gestacional.

Antecedente de cesárea previa. Correspondiente a la presencia de una cesarea segmentaria anterior

Indicación de cesárea previa. Razón por la cual se determinó la conducta quirúrgica. En caso de existir más de una indicación para cesárea, se tomó la indicación principal.

Parto espontáneo . Aquel en el que no se utilizaron maniobras mecánicas ni farmacológicas para modificar su progreso.

Parto manejado con prostaglandinas u oxitócicos. Determinación de uso o no de oxitocina mediante goteo y si esta correspondió a una inducción o una conducción del trabajo de parto, así como al uso de prostaglandinas vaginales para la inducción de madurez cervical.

Horas de evolución de trabajo de parto

Presencia de complicaciones en el trabajo de parto

Antecedente de ruptura prematura de membranas . Identificación de características que indiquen solución de continuidad de las membranas amnióticas clínicamente comprobable.

Patología materna asociada: : Se refiere a patologías presentes y diagnosticadas previamente o al ingreso a sala de partos.

Variables demográficas

Edad. Edad de la madre en años cumplidos al momento del evento obstétrico.

Se dividió en los siguientes intervalos: Menor de 16 años, 16 a 25 años, 26 a 35 años y mayor de 35 años.

Peso materno. Medido en kilogramos, a la madre

Se dividió en los siguientes intervalos: Menor de 50 kg, 50 a 75 kg y mayor de 75 kg.

Incremento ponderal total. Número de kilogramos ganados durante el curso de la gestación.. Se dividió en dos grupos de hasta 11 kilogramos y más de 11Kg.

Control prenatal . Realizado dentro o fuera del hospital en cualquier nivel de atención, clasificados así: Ningún control prenatal, 1 a 3, más de 3 o aquellos casos donde no existía ningún dato en el expediente.

Peso del producto. Determinado en gramos en la báscula de partos . El peso se clasificó en los siguientes intervalos: Menor de 2.500 g, 2.500 a 3.000 g, 3.001 a 3.500 g y mayor de 3.500 g.

Sexo del producto: Evaluado al momento del nacimiento correspondiendo a masculino o femenino.

Apgar del recién nacido: Evaluado al minuto y a los cinco minutos de vida, clasificándolo en los siguientes intervalos: Puntaje de APGAR de 7 a 10, 4 a 6 y 0 a 3.

Complicaciones maternas: Directamente relacionadas con el trabajo de parto con cesárea previa en lo que respecta a la presencia o no de ruptura uterina.

VII.IV Recursos

RECURSOS HUMANOS

- 1.- Residente de Gineco-obstetricia de IV año, responsable del estudio.
- 2.- Jefe de servicio de Ginecología y obstetricia, supervisor y asesor de trabajo.
- 3.- Medico de apoyo en área estadística.
- 4.- Personal del Departamento de archivo clínico que permitió acceso a los expedientes.

RECURSOS MATERIALES

- Lápices
- Gomas
- Engrapadoras
- Hojas de papel
- Computadora
- Discos
- Cartuchos de tinta

RECURSOS FINANCIEROS

- Los aporta el investigador

OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Expedientes clínicos en área de archivo.

VIII.

PROCEDIMIENTO

Se incluyeron en este estudio todas las pacientes del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Central Norte de PEMEX con antecedente de parto vaginal y cesarea previa en el periodo comprendido del 1 de Mayo del 2006 al 31 de Junio del 2007

Todas las variables fueron registradas en la hoja de recolección de datos, cada una debidamente codificada.

Una vez que se obtuvo la totalidad de las hojas de recolección de datos, se revisó cada una de las historias clínicas para corroborar la veracidad de los mismos con corrección de posibles errores.

Posteriormente se realizó una hoja electrónica con la totalidad de los códigos de cada una de las variables para su tabulación por computador mediante programa SSSPS.

Se realizó análisis univariado y bi-variado con uso de estadística descriptiva; para variables numéricas medias y desviación estándar y para variables nominales se utilizaron porcentajes.

Se utilizaron T de Student para grupos independientes para comparar la diferencias de las medias entre los grupos estudiados y Chi cuadrada para comparar las diferencias de las frecuencias entre los grupos.

Para determinar si existía correlación entre los factores y el grupo estudiado, se utilizaron razón de desigualdad y Rho de Spearman.

IX. RESULTADOS

En el período comprendido del 01 de junio del 2006 al 31 de mayo del 2007 se registraron 335 nacidos vivos en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos.

Durante este periodo se realizaron en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos un total de 140 cesáreas, de las cuáles 59 (42.1%) contaban con el antecedente de cesárea previa de estas se excluyeron 10 casos del estudio por no cumplir con los criterios preestablecidos por la metodología; los 49 restantes fueron divididos en dos grupos: en el grupo de estudio se incluyeron 24 (17.1%) pacientes que concluyeron su última gestación por vía vaginal y 25 (17.8%) por vía cesárea y que conformaron al grupo control.

La causa más frecuente de exclusión la constituyo el antecedente de dos cesáreas previas correspondiendo casi a la tercera parte de las pacientes excluidas.

FACTORES MATERNOS

EDAD

Las pacientes que ingresaron en el estudio fueron en su mayoría mujeres entre 26 y 35 años el más frecuente con un 62.5% en el grupo de estudio y 52% para el grupo control, en el rango de edad de 17 a 25 años se ubicaron un 24% en el grupo control y un 12.5% (3) en el grupo de estudio; el 25% (6) de las pacientes de este mismo grupo eran mayores de 35 años y en el grupo control el 24% correspondieron también al mismo rubro.

La edad promedio en el grupo de estudio fue de 31.3 años, con una edad máxima de 39 años y una edad mínima de 20 años y en el grupo control se registro una media de edad de 30.2 años con una máxima de 41 y una mínima de 20 años.

Los diferentes grupos de edad no mostraron significancia estadística con respecto a la terminación del embarazo por parto vaginal o cesárea, con una $P = <0.090$

TABLA 1. Distribución etárea

Edad (años)	Total de pacientes n(%)	Grupo estudio (partos) n(%)	Grupo control (cesárea) n(%)
17-25	9 (18.36)	3 (12.5)	6 (24)

26-35	28 (57.14)	15 (62.5)	13 (52)
>35	12 (24.48)	6 (25)	6 (24)

P<0.090

Presenta distribución por grupos de edad en los dos grupos a analizar

PESO

El peso se registro en todas las pacientes, encontrando un peso promedio de 69.6 Kg en el grupo de estudio y de 77.2 Kg en el grupo control

La mayoría de las pacientes del grupo de estudio pesaron entre 66-75 Kg, siendo el 75% (18) y mas de 75 kilos en el grupo control, correspondiendo al 48% (12).

No se encontró significancia estadística entre el peso del paciente y la terminación del embarazo por vía vaginal o cesárea, con una P= <0.334

GRAVIDEZ

La gran mayoría de las pacientes que ingresaron al estudio la constituyó la población con dos gestas en el grupo de estudio con 41.6% (10) de las pacientes y en el grupo control 80% (20)

En la gravidez la prueba chi 2 resultó ser no valida por valores esperados en la muestra menores de 5, con P=0.44; sin embargo el chi 2 con tendencia lineal resultó ser altamente significativo respecto a la terminación del embarazo por vía vaginal o cesárea, siendo chi 2 T.L con P=<0.001.

En relacion al antecedente de parto vaginal en el grupo de estudio solo el 29.1% (7) de las pacientes contaban con el mismo mientras que en grupo control en ninguna paciente existió dicho antecedente.

A medida que la gravidez aumenta, lo hace el porcentaje de pacientes que Tenían parto exitoso (Parto por vía vaginal).

Tabla 2. Variables demográficas

<i>Variable</i>	<i>Grupo de estudio (parto)</i>	<i>Grupo control (cesárea)</i>	<i>Desviación Estándar (estudio)</i>	<i>Desviación Estándar (control)</i>
Edad	31.3	30.2	± 4.8	± 5.5
Peso	69.6	77.9	± 8.1	± 10.0

Incremento ponderal	9.8	9.9	± 2.1	± 4.2
Control prenatal	6.9	6	± 1.9	± 3.2
Edad gestacional	39.8	38.2	± 2.6	± 4.0
Partos	0.46	0	± 0.7	0
Abortos	0.63	0	± 0.9	0
Años de ultima cesarea	5.7	4.8	± 3.3	± 2.8
Años de ultimo parto	1.9	0	± 3.5	0

Presenta valores promedio y desviaciones estandar en dos grupos

SEMANAS DE AMENORREA

De las 49 pacientes analizadas la mayoría se encontraban con embarazos a término.

Según la amenorrea de las pacientes la distribución es la siguiente.

Embarazos de 37 a 40.6 semanas correspondió al 91.6% (22) y 40% (10) en los grupos de estudio y control respectivamente; embarazos de más de 41 semanas a 4.1% (1) en el grupo de estudio y 36% (9) en el grupo control.

No se encontró significancia estadística entre las semanas de amenorrea de la paciente y la terminación por vía vaginal o cesárea con una $P=<0.31$.

CONTROL PRENATAL

La mayoría de las pacientes contaban con las de 6 consultas registradas en control prenatal, encontrándose un 66% (16) y un 44% (11) en los grupos de estudio y control respectivamente.

Se realizó un control prenatal adecuado en el 85.7%(42) de la totalidad de la población estudiada. Tampoco se encontró significancia estadística entre ambos grupos con una $P=<0.88$.

INDICACION DE LA CESAREA PREVIA

La principal indicación en ambos grupos fue debida a anomalías en la situación y presentación de los productos, presentándose en el grupo de estudio en un 20.8% (5) y en 12% (3) pacientes en el grupo control.

La segunda causa como indicación para haber realizado la cesárea fue para ambos grupos la desproporción cefalopelviana con 12% (3) y 12.5% (3) para los grupos de estudio y control, respectivamente.

Otras causas como los trastornos hipertensivos en el embarazo, (en que se incluyen pre-eclampsia severa y eclampsia), falta de progreso de trabajo de parto, ruptura prematura de membranas acompañada de cervix inmaduro, placenta previa, ruptura prematura de membranas e inducción fallida del trabajo de parto, probable ruptra uterina se resumen en las Tablas 3 y 4.

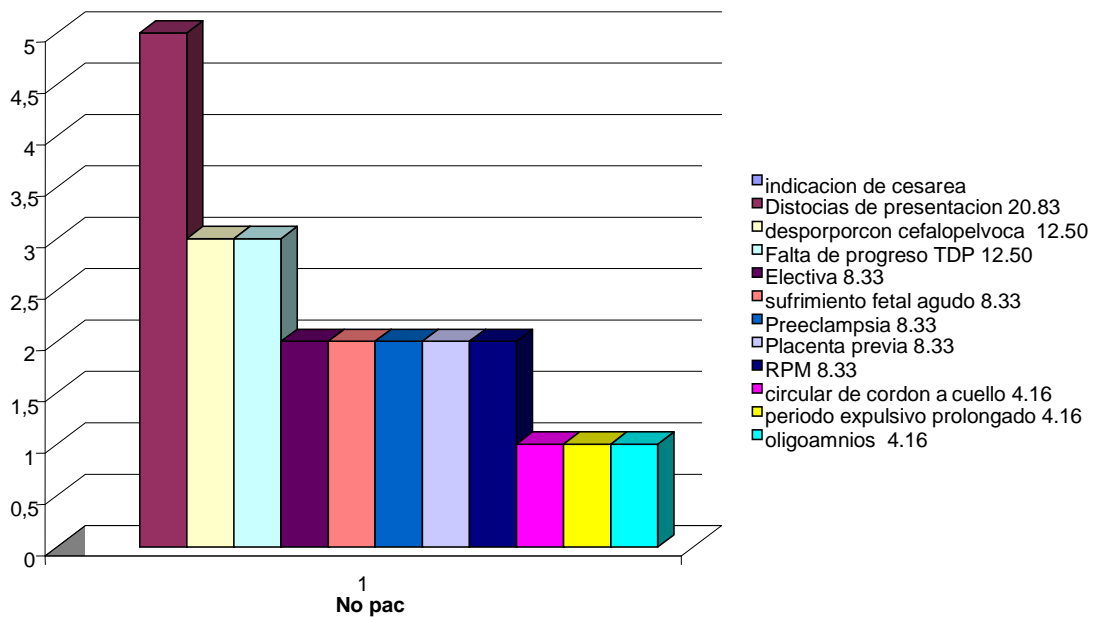
TIEMPO DE REALIZADA LA CESAREA PREVIA

La fecha exacta de haber realizado la cesárea previa se registro en la totalidad de las pacientes. Observándose un promedio en tiempo de 5 años 7meses entre la fecha de realización de la cesárea previa y el resultado final del embarazo actual en el grupo de estudio y de 4 años 8 meses en el grupo control.

El tiempo más corto fue de 2 años en el grupo de estudio y de 11 meses en el grupo control.

En la mayoría de las pacientes del grupo de estudio la cesárea previa se realizó en un intervalo de 4 a 6 años correspondiendo al 41.6% (10) y en el grupo control fue de 44% (11) pacientes en un intervalo de 1 a 3 años.

Grafica 1. Indicaciones de cesarea previa en pacientes con parto vaginal



Las barras mestran el número de casos de cada patología

Gráfica 2 .Indicación de cesárea previa en grupo de Pacientes control

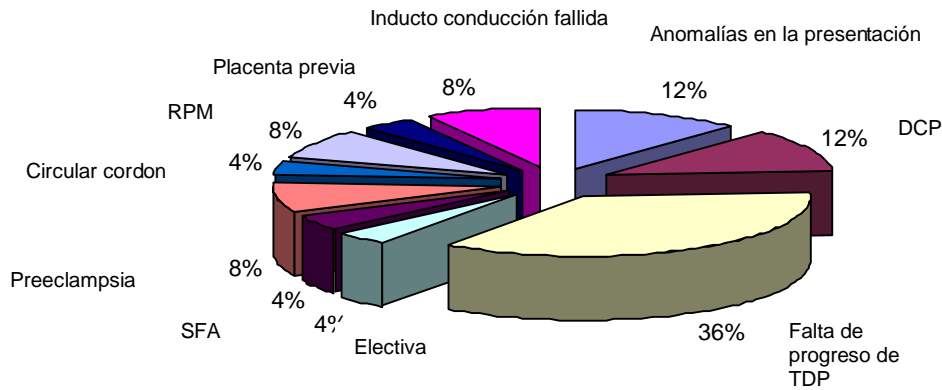


TABLA 3 . Indicaciones de cesárea en gestacion previa en Grupo de Estudio

Indicación	Número	%
Anomalías de presentación	5	20.83
Desproporción cefalopelvica	3	12.50
Falta de progreso TDP	3	12.50
Electiva	3	8.33
sufrimiento fetal agudo	2	8.33
Preeclampsia	2	8.33
Placenta previa	2	8.33
RPM	2	8.33
circular de cordon a cuello	1	4.16
Período expulsivo prolongado	1	
Oligoamnios	1	4.16

PATOLOGIA ASOCIADA

La mayoría de las pacientes que ingresaron al estudio no tenían patología asociada lo que corresponde a un 20.83 % (5) en el grupo de estudio y 8% (2) en el grupo control.

Las 42 pacientes restantes que constituye el 85.7 % de la totalidad del grupo estudio. Se reporta una razón de desigualdad entre ambos grupos de 0.36.

TABLA 4 . Indicaciones de cesárea en gestación previa en Grupo Control

Indicacion	Numero	%
Distocias de presentacion	3	20.83
desproporcion cefalopelvica	3	12.50
Falta de progreso TDP	9	12.50
Electiva	1	8.33
sufrimiento fetal agudo	1	8.33
Preeclampsia	2	8.33
Placenta previa	1	8.33
RPM	2	8.33
circulo de cordon a cuello	1	4.16
Oligoamnios	2	4.16

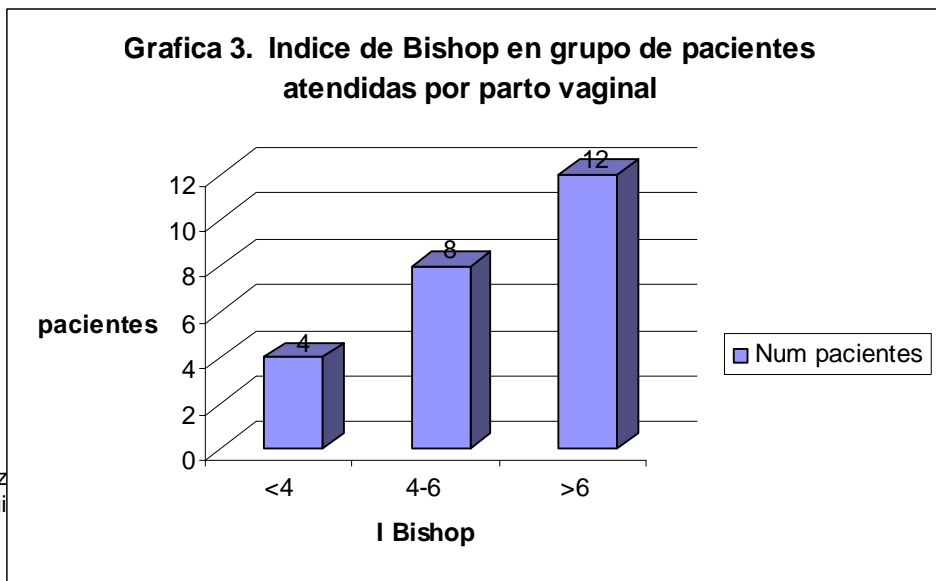
TRABAJO DE PARTO AL INGRESO Y CONDICIONES CERVICALES

De las 24 pacientes del grupo correspondiente a parto vaginal el 79.1% presentaba trabajo de parto al ingreso, de esas pacientes se reportan las siguientes condiciones

cervicales en base al índice de Bishop <4 en 4 pacientes (16.6%) de 4 a 6 , 8 pacientes (33.3%) y con índice mayor de 6 el 50% (12) de las pacientes de este grupo (Gráficas 3 y 4)

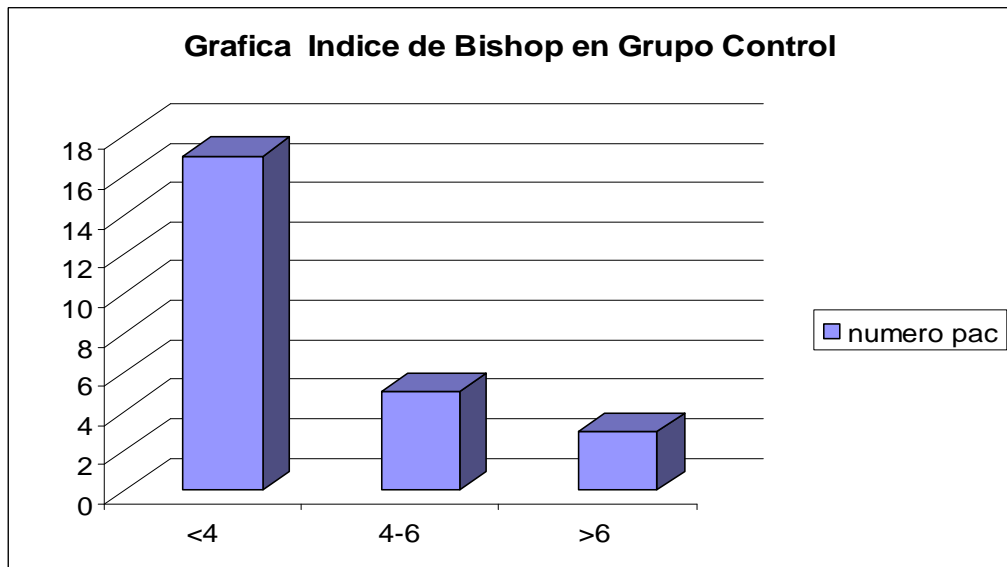
En el grupo control se encontró que el 44% (11) de las 25 pacientes presentaban trabajo de parto a su ingreso a unidad tocoquirúrgica, con índices de Bishop reportados: de 68% (17) de las pacientes con puntaje menor a 4; 20% (5) pacientes de 4 a 6 y con índice mayor a 6 12%(6) de los casos.

Se encuentra para la asociación del antecedente de trabajo de parto en cesárea previa una razón de desigualdad (RD) de 0.6 y para el antecedente de ingreso con trabajo de parto en evento obstetrico actual una RD= 4.8.



Esquematiz
por vía vagi

gestación



Esquematización de las condiciones cervicales al ingreso en el grupo de pacientes que resolvieron gestación por vía abdominal.

USO DE OXITOCINA Y PROSTAGLANDINAS

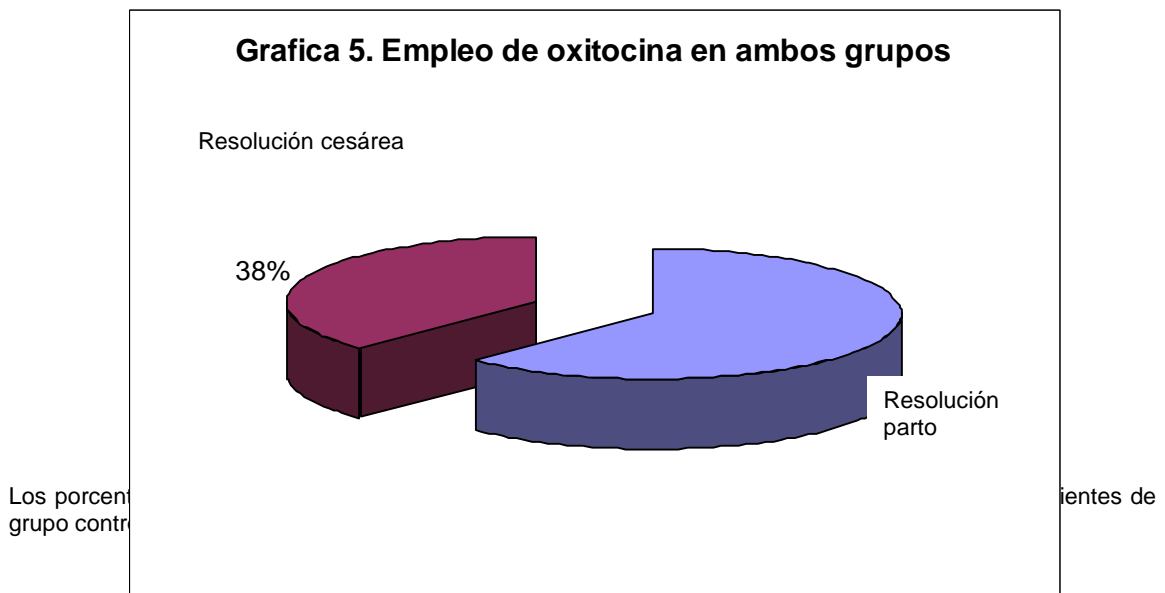
Solo se utilizo oxitocina en 24 pacientes (48.9%) 15 de ellas correspondían al grupo de estudio y las 9 restantes al grupo control (Gráfica 5).

Los tipos de empleo oxitócico fueron principalmente en conducción del trabajo de parto

No se utilizó prostaglandina vaginal en ninguno de los dos grupos.

En ningún caso se presentaron complicaciones tanto en inducción como en la conducción del trabajo de parto.

El uso de oxitócicos en el presente trabajo se asocio a un incremento de partos por vía vaginal, se reporta una razón de desigualdad entre ambos grupos de 2.9.



DATOS DEL RECIEN NACIDO

APGAR

La puntuación de APGAR en el recién nacido se evaluó al minuto y a los cinco minutos de nacido en las 49 pacientes, correspondiendo en su gran mayoría a puntajes de 7 o más.

Los resultados al minuto fueron de 49 recién nacidos con puntajes de 7 a 10 en ningún caso en ambos grupos se registraron puntajes menores.

A los cinco minutos fueron similares con 49 recién nacidos con APGAR de 7 a 10,

Ningún recién nacido presentó puntajes bajos de APGAR secundario a complicaciones debidas directamente al trabajo de parto con cesárea anterior.

SEXO

En ambos grupos predominaron los recién nacidos de sexo masculino con un 91%, (22). En el grupo de estudio y un 52% (13) en el grupo control. El resto correspondio a productos del sexo femenino. (Tabla 5)

TABLA 5. Registro de Distribución por sexos de recién nacidos en ambos grupos

Sexo	Grupo de Parto % (n)	Grupo de Cesárea % (n)	Total
Masculino	91.6 (22)	52 (13)	35
Femenino	8.33 (2)	48 (12)	14
Total	24	25	29

PESO

Se registro el peso de todos los recién nacidos

Pesos inferiores a > 2500 se registraron en 6 recién nacidos en el grupo de estudio tres (12.5%) y en grupo de cesárea tres (12.5%).

Pesos entre 2.500-3.000 g 7 recién nacidos (29.6%), en el grupo de parto y 4 (16%) en el grupo de cesárea; pesos entre 3.000-3.500 g , 11 recién nacidos (45.8%) y 12 recién nacidos (48%) en el grupo control, y pesos mayores de 3.500 g se registraron en 3 (12.5%) recién nacidos de los nacidos por parto y 6 (24%) de los nacidos por cesárea.

Las tasas de cesárea fueron directamente proporcionales al peso del recién nacido.

El peso del recién nacido no fue estadísticamente significativo con relación a la terminación del embarazo, no observándose tasas de cesárea más altas a medida que el peso del recién nacido se incrementaba, con una $P = > 0.84$. (Tabla 6).

TABLA 6. Registro de Peso recién nacidos en ambos grupos

Peso (Grs)	Grupo de Parto % (n)	Grupo de Cesárea % (n)	Total de recién nacidos
< 2500	12.5 (3)	12 (3)	6

2500-3000	29.16(7)	16 (4)	11
3000-3500	45.8 (11)	48 (12)	23
>3500	12.5 (3)	24 (6)	9

Se reportan peso de los recién nacidos en intervalos en ambos grupos

COMPLICACIONES

Solo se presentó un caso de dehiscencia la de la cicatriz uterina en la totalidad de pacientes estudiadas que corresponde a 2.04%. en una paciente correspondiente al grupo control, quien inicialmente presentó trabajo de parto al ingreso. El resultado fetal fue satisfactorio con APGAR al minuto y a los cinco minutos de 9-9, peso de 3.700 g. y recuperación satisfactoria de la paciente.

Se reporta una razón de desigualdad para esta variable entre ambos grupos de 0.5.

No hubo casos de ruptura uterina parcial o completa. Tampoco casos de muerte materna o fetal secundarios a ruptura del útero.

X.

DISCUSIÓN

El parto vaginal en pacientes con cesárea previa es más seguro que el quirúrgico tanto para la madre como para el feto, cuando se trata de una cesárea de tipo segmentaria transversa baja.. El ofrecer trabajo de parto a las pacientes con cesárea previa puede disminuir substancialmente la tasa total de cesáreas llegando en algunas instituciones a ser menor al 10%. La duración del trabajo de parto en pacientes con cesárea previa es similar a la población nulípara por lo tanto puede seguir las mismas tendencias según las curvas planteadas por Friedman para el manejo del trabajo de parto durante la fase activa.

El éxito de parto vaginal en pacientes con cesárea previa puede variar de acuerdo a la indicación con que se realizó la cesárea inicial, observándose tasas de éxito en casos de sufrimiento fetal agudo presentación podálica con 84% a 91% y falta en el progreso del trabajo de parto con siendo esta última una causa de cesárea previa considerada como recurrente.

Duff compara pacientes con antecedente de cesárea por distocia encontrando tasas de éxito en parto por vía vaginal de 68%, comparativamente con las pacientes que no fueron llevadas a cesárea previamente por distocia con tasas de 81%. Sin embargo el excluir pacientes con cesárea previa por patología recurrente no se encuentra justificado , pues

la eliminación de este grupo eliminaría un gran porcentaje de pacientes candidatas para parto vaginal, sabiendo que la distocia es de las principales indicaciones para realizar cesárea y que más de la mitad de este grupo tendrían éxito de parto por vía vaginal. Otras variables pueden influir de manera significativa en el resultado bien sea el éxito (Parto vaginal) o no éxito (Parto por cesárea), según el estudio realizado por Pickhardt en 1.992 tomando 312 pacientes en el cual encontró como variables estadísticamente significativas el peso estimado fetal por ecografía, la edad gestacional, la indicación de la cesárea previa, el número de partos vaginales previos, el número de cesáreas previas y en los casos donde se realizó inducción del trabajo de parto, los cambios cervicales presentes como la dilatación y el borramiento cervical así como la estación de la presentación fetal (Puntaje de Bishop).

Otras variables analizadas como la raza, edad, talla y peso materno, gravidez, paridad y ruptura prematura de membranas no fueron estadísticamente significativas. Se ha propuesto realizar un sistema en base a puntajes donde se engloben las diferentes variables descritas estableciendo un pronóstico de éxito o falla al ofrecer parto vaginal a las pacientes con cesárea previa. Demianczuk , toma 92 pacientes encontrando una tasa de éxito de 54.3% y la principal causa de reintervención quirúrgica por cesárea previa la constituye el trabajo de parto estacionario con 30 pacientes. Además observo una incidencia aumentada en la aplicación de fórceps o partos instrumentados, siendo para el grupo con cesárea previa de 54% y para la pacientes sin cesárea previa de 30%. En nuestro estudio no se reportó uso de forceps en ninguno de los casos. No se encontró aumento de mortalidad materna o fetal en las pacientes con cesárea previa sometidas a trabajo de parto.

La paciente debe ingresar al hospital solamente cuando presente inicio del trabajo de parto a no ser que alguna condición médica u obstétrica indique lo contrario.

Por lo tanto si se decide ofrecer parto vaginal a las pacientes con cesárea previa la institución debe contar con los elementos necesarios para realizar una cesárea de urgencia.

El partograma donde demuestra el progreso del trabajo de parto siempre se debe diligenciar y actuar acorde a los resultados del mismo, puesto que la incidencia de ruptura uterina es mayor cuando se ha pasado en tiempo la línea de acción según la curva de Friedman, esto puede llevar a un aceptable pero poco incremento de las tasas de cesárea pero con beneficios notorios como la disminución de la incidencia de ruptura uterina y la morbilidad materno-fetal. Toda paciente debe tener pleno conocimiento de los procedimientos a realizar al igual que aceptar los riesgos y los beneficios. Es de anotar que además con una correcta explicación del procedimiento a las pacientes la mayoría (81%) acepta el trabajo de parto. El monitoreo de la frecuencia cardiaca fetal es de las medidas mas importantes debido a que los cambios de la misma puede ser el signo más precoz de inminencia de ruptura uterina.

La revisión digital del segmento uterino a nivel de la cicatriz previa es recomendado por algunos con miras a detectar alguna solución de continuidad y revelar la integridad de la misma posterior al parto o realizarla en caso de indicaciones específicas como dolor abdominal, sangrado vaginal excesivo o atonía uterina. Otros autores no encuentran utilidad a este tipo de procedimiento destacando poca sensibilidad en la detección de ruptura uterina.

Un bajo porcentaje de las pacientes con cesárea previa tienen contraindicaciones relativas o absolutas para realizar trabajo de parto y parto por vía vaginal.

Son absolutas aquellos casos de cesárea corporal clásica o cesárea en "T" invertida, así mismo como una dehiscencia de una cicatriz uterina previa que requirió reparo de la misma, esto se hace incluso para las "ventanas" de cualquier tipo.

Contraindicaciones relativas como dos o más cesáreas previas, cicatriz uterina de tipo desconocido, embarazos gemelares o macrosomía fetal diagnosticada previamente por exámenes ultrasonográficos. Dos o más cesáreas previas se presenta solo en el 2.3% de la población obstétrica, debido tal vez a que en un procedimiento quirúrgico inicial es probable que la paciente acepte la ligadura tubaria como método definitivo de planificación. El tener dos cesáreas previas puede no considerarse como una contraindicación y puede ser una alternativa razonable para determinado grupo de pacientes, con tasas de éxito similares a las pacientes con una sola cesárea previa (75.3%), otros no la recomiendan encontrando 3 veces más frecuencia de ruptura uterina.

En estudios realizados con fetos macrosómicos son controvertidos y la presencia de un feto con un peso ecográfico estimado mayor de 4.000 gramos no aumenta la morbi-mortalidad perinatal, en pacientes con cesárea previa se observa en ciertos trabajos una disminución en la tasa de partos vaginales en fetos macrosómicos aunque otros autores no reportan diferencias en el resultado del embarazo con pesos estimados fetales de más de 4.000 g vs. menos de 4.000 g

Cuando se trata de una cesárea previa de tipo segmentaria transversa baja el permitir un trabajo de parto es una alternativa más segura que una cesárea automática subsiguiente y toda paciente con este tipo de incisiones uterinas previas deben considerarse aptas para un parto por vía vaginal, pues el riesgo de ruptura uterina es muy bajo y no está asociado con serias complicaciones.

Desde mucho tiempo la complicación más temida por los obstetras al ofrecer parto vaginal con cesárea previa es la ruptura uterina.

Hay numerosos signos clínicos descritos en la literatura que puedan indicar ruptura uterina, algunos de manera precoz, como es el caso de cambios en la frecuencia cardíaca fetal principalmente desaceleraciones variables que se profundizan y se convierten en tardías, pudiéndose constituir en el único signo de inminencia de ruptura uterina; el segundo signo más precoz es el dolor entre las contracciones de manera persistente y progresivo en cuanto a severidad, no existe entonces periodo de dolor ausente durante los periodos de reposo uterino sobre todo a nivel de la parte inferior del abdomen, sin embargo este hallazgo puede generar confusión pues su interpretación es de carácter subjetivo y otros lo consideran como un pobre indicador.

La incidencia de ruptura uterina en pacientes con cesárea previa oscila en 02.6%, incluyendo casos de dehiscencia. En un estudio multicéntrico realizado en EE.UU. se reportaron 8 casos de ruptura uterina con una incidencia muy baja del 0.7% con ninguna muerte materna atribuible y 3 complicaciones dadas por dos casos de sufrimiento fetal agudo y una histerectomía. Golan hace una extensa revisión de rupturas uterinas encontrando 93 rupturas de 126.713 partos analizados con una incidencia de uno por cada 1.362 (0.73%), dentro de las cuales se incluyen pacientes con y sin cesárea previa,

encontrando factores asociados como el uso inadecuado de oxitócicos (42%), desproporción cefalo-pélvica (40%), gran multiparidad (31%) y abrupcio de placentae (18%) La ruptura más frecuentemente encontrada fue la transversa segmentaria. La mortalidad materna fue de 9.7% con una mortalidad fetal de 22%.

El manejo inicial abordado en todas la pacientes fue la resucitación y restauración de la volemia, posteriormente individualización de cada caso en la sala de operaciones de acuerdo al tipo de lesión, localización y extensión así como el deseo reproductivo de la paciente.. En caso de presentarse una ruptura uterina esta puede corresponder a una dehiscencia que se encuentre asintomática por lo que no ameritaría manejos posteriores que cicatrizaría por segunda intención. En caso de presentarse una ruptura uterina de dimensiones mayores estaría abocada la histerectomía y o el reparo de la misma mediante laparotomía. Otro autor en una revisión de 162 casos de ruptura uterina encontró una mortalidad materna de 13.5% con una mortalidad fetal muy elevada de 76.1%, encontrando además que en las pacientes sin cesárea previa cuando presentan ruptura uterina por lo general son múltiparas.

La ruptura uterina en pacientes con cesárea previa es un evento raro y los datos que se han registrado en la literatura corresponden a millares de partos ofrecidos por lo que en la mayoría de los artículos de revisión no se encontró algún tipo de muerte materna atribuible al parto vaginal con cesárea previa. como tampoco incrementos en la morbilidad materno fetal. No hay aumento en la incidencia de complicaciones maternas de las pacientes con cesárea previa que fueron sometidas a trabajo de parto en cuanto a perdida sanguínea o hemorragia pos parto.

No hay diferencias entre ambos grupos de pacientes, aquellas con parto vaginal o cesárea en los resultados perinatales en cuanto a puntajes de APGAR al minuto y a los cinco minutos y al pH del cordón umbilical. El APGAR al minuto fue mayor de 8 en el 97% de las pacientes con parto y cesárea previa. Miller en un estudio a 10 años en el que incluye 17.322 pacientes con cesárea previa de las que el 73% se les ofreció prueba de trabajo de parto con una tasa de éxito de 82% solo observó una incidencia de 0.7% en rupturas uterinas y solo 3 casos de muerte fetal atribuible a la ruptura uterina (0.24%).

El uso de oxitócicos en pacientes con cesárea previa no se encuentra contraindicado y no se asocia a incrementos en el riesgo de ruptura uterina.

El Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia afirma que se puede utilizar de una manera segura sin aumentar el riesgo materno-fetal. Tampoco se encontró variaciones en la puntuaciones de Apgar en el grupo de pacientes con uso de oxitócicos. Flamm demuestra que el uso de oxitócicos en este tipo de pacientes oscila entre el 27%. MacKenzie en un estudio de 143 pacientes con el uso de prostaglandinas a nivel cervical en forma de gel no encontró ningún tipo de complicación materna o fetal considerándolo un método seguro y eficaz sobre todo cuando existe un cérvix inmaduro para realizar inducción oxitócica, con una tasa de éxito en parto por vía vaginal de 68%, si el cérvix presenta un índice de Bishop favorable la tasa de éxito es del 76%. Estas conclusiones son corroboradas por otros autores, sin incrementar la morbilidad neonatal o el ingreso a la unidad de cuidados intensivos neonatales, así mismo el uso de este medicamento no se asocio a un incremento mayor de rupturas uterinas.

En estudios comparativos con primigrávidas y pacientes con cesárea previa el uso de prostaglandinas a nivel cervical no demostró diferencia alguna demostrando así seguridad en la inducción del trabajo de parto.

En grandes multíparas se ha intentado estimulación del pezón como método de inducción del trabajo de parto con éxitos variables, encontrando tasas de éxito en parto por vía vaginal del 84% y recomendándolo también como método seguro y eficaz para este tipo de pacientes.

Es necesario entonces colocarnos en la balanza del riesgo-beneficio para la paciente llegando a la conclusión que una cesárea electiva presenta mayor riesgo de morbilidad y mortalidad materno-fetal que un parto vaginal, siendo la ruptura uterina en el ultimo de los casos un evento raro que que en suma no sobrepasa los riesgos de realizar un procedimiento quirúrgico mayor como es la cesárea. Por lo tanto podría constituirse un nuevo axioma: "Después de una cesárea puede ocurrir un parto vaginal".

XI.

CONCLUSIONES

Realizado el análisis y comparado los diferentes resultados obtenidos se llega a las siguientes conclusiones:

1. El parto vaginal con cesárea previa es una conducta obstétrica apropiada, con una tasa de partos por vía vaginal reportada en la literatura hasta del 68%.

2. Ofrecer trabajo de parto en pacientes con el antecedente de cesárea, siendo esta de tipo segmentaria transversa baja, es seguro tanto para la madre como para el feto sin atribuírsele muertes fetales o maternas directamente relacionados.

3. La principal causa reportada de exclusión para ofrecer trabajo de parto en estas pacientes la constituye el antecedente de 2 cesáreas previas, siendo el 80% del total de 10 pacientes excluidas en nuestro estudio.

4. La mayoría de las pacientes corresponde a una población que entra en la media de edad reproductiva, secundigesta con un embarazo a termino con control prenatal adecuado.

5. Las características maternas como, edad, peso materno y talla materna no son significativas respecto a la terminación del embarazo, bien sea parto vaginal o cesárea.

6. La gravidez de la paciente es significativa, por lo que a medida que la paciente presenta una mayor gravidez las posibilidades de que un parto resulte por vía vaginal son mayores.

7. El antecedente de partos vaginales ocurridos después de realizada la cesárea previa es significativo respecto a la terminación del embarazo, observándose tasas más altas de parto vaginal en la medida de que la paciente hubiese tenido uno mas parto vaginales. Caso contrario ocurre con el antecedente de partos vaginales antes de realizada la cesárea, que no resulta ser significativo.

8. La mayoría de las pacientes (88.44%) no presentan patología materna asociada cuando se ofrece trabajo de parto con cesárea previa, siendo los trastornos hipertensivos del embarazo la patología materna más frecuentemente encontrada, dentro de los que se incluyen la pre-eclampsia, hipertensión arterial crónica e hipertensión inducida por el embarazo.

9. La mayor tasa de cesáreas corresponde a pacientes con cesárea previa realizada por desproporción cefalopelviana.

10. El uso de oxitócicos no presenta complicaciones durante el transcurso del trabajo de parto en pacientes con cesárea previa, pero no muestra en el estudio mayor significancia con respecto al aumento de partos por vía vaginal.

11. La principal indicación para realizar cesárea en las pacientes con cesárea previa la constituye la desproporción cefalopelvica siendo el 32.8%, la segunda indicación más frecuente es el sufrimiento fetal agudo con un 24.2 % .

.

12. El peso del recién nacido no tiene gran significancia estadística respecto a la terminación del embarazo por vía vaginal o cesárea con aumento en el número de cesáreas a medida que el peso del recién nacido es mayor, observándose tasas altas de cesárea como 28 % cuando el peso del recién nacido sobrepasaba los 3.500 g.

13. La incidencia de la dehiscencia de la cicatriz uterina corresponde al 2.04%, pero sin resultado adverso materno o fetal.

No se presentó ningún caso de ruptura uterina parcial o completa del útero.

XII.

BIBLIOGRAFIA

1. Narro RJ, Camus-Gómez R. Tendencia de los embarazos terminados por cesárea en el Distrito Federal. Salud Pública Mex 1984; 26:381-8.
2. Sardinias Ramírez. La operación cesárea y la obstetricia de hoy. Ginecol Obstet Mex 2005; 73:155-9.
3. American Academy of Family Physicians. ACOG Releases Guidelines for Vaginal Birth after Cesarean Delivery. American family Physician. Vol 70. Number 7. October 1, 2004.
4. Trujillo HB y cols. Factores de riesgo para cesárea: un enfoque epidemiológico. Gin Obs Mex 2000; 68:306.
5. Martin C, Yin J. Tendencia de la operación cesárea en tres ámbitos de la atención medica del Instituto Mexicano del Seguro social en el periodo 1981-1995. Gin Obst Mex. 1999; 67:9.
6. Denoual-Ziad C, Hors Y, Delande I, Lezin B, et al. The effect of birth weight on vaginal birth after cesarean delivery success rates. Am. Jou. Of Obstetrics and Gynecology. Vol 188. Number 3. March 2003.
7. Guzmán S. La reducción de cesáreas de 28 a 13% incrementa o no la mortalidad materna y perinatal: la gran pregunta. Ginecol Obstet Mex 1993; 66:122-5
8. Wagner M. Choosing cesarean section. Lancet 2000; 356:1677-80
9. Narro RJ, Hernández Torón et al. Frecuencia de cesáreas en cuatro hospitales del Distrito Federal: 20 años después. Ginecol Obstet Mex 2005; 73:291-6
10. American Society of Anesthesiologists, Inc., Clinical Concepts and Commentary. Anesthesiology. Vol 99. Num 6. December 2003.
11. Emmanuel Bujold MD. Modified Bishop's score and induction of labor in patients with a previous cesarean delivery. American Journal of Obstetrics and Gynecology (2004) 191, 1644-8.
12. Jason N. Hashima, MD. Predicting vaginal birth after cesarean delivery: A review of prognostic facturs and screening tools. Americam Journal of obstetrics and Gynecology (2004) 190, 547-55.

13. Lineamiento técnico para la indicación y practica de la operación cesárea. SSA. Junio 2004.
14. Programa de Actualización Continua en Ginecología y Obstetricia 1. Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia. 1999.
15. Martin L Pernoll. Manual de obstetricia y ginecologia. Mc Graw Hill cap5. 122. 2006.
16. Lira J, Tiscareño A. Cesárea de repetición: ¿Una cesárea necesaria?. Ginecol Obst Mex. 2000; 68: 218.
17. Martínez I, Martínez R. Parto vaginal posterior a cesárea: Estrategia factible y segura para reducir el porcentaje de operación cesárea en México. Ginecol Obst Mex. 2000; 68:183.
18. Ellen LM et al. Elective repeat cesarean delivery versus trial of labor: A meta-analysis of the literature from 1989 to 1999. Am J Obstet Gynecol 2000; 1187-97.
19. Uma MR et al. Population adjustment of the definition of the vaginal brith after cesarean rate. Am J Obstet Gynecol 2000; 183: 1166-9.
20. Lara J, Burrows L, Weber M. Maternal Morbidity Associated with Vaginal Versus Cesarean Delivery. American Collegue of Obstetricians and Gynecologists 2004; 103 (5): 907-11.
21. Lugones M. La Cesarea en la Historia. Rev Cubana Obstet Ginecol 2001; 27 (1): 53-56