

11917
106
209



Universidad Nacional Autónoma de México

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES
FACULTAD DE MEDICINA

"MORBIMORTALIDAD MATERNO-INFANTIL EN PARTO VAGINAL DESPUES DE CESAREA"

20-I-86
V.O. RD.

Handwritten signature
Escuela de Ginecología y Obstetricia

TESIS DE POSTGRADO

Que presenta:

Dr. José Adolfo Rafael Viramontes Samilpa

Para obtener el título de:

ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

HOSPITAL GENERAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS"

I.S.S.S.T.E.



México, D. F.

1986





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

INTRODUCCION	1
MATERIAL Y METODO	4
RESULTADOS	6
COMENTARIO	19
CONCLUSION	22
BIBLIOGRAFIA	23

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

La operación cesárea como método quirúrgico alternativo para la resolución de un embarazo, no siempre durante su larga historia ha estado tan solicitada como en la presente época, si bien es una intervención quirúrgica que tiene varios siglos de que se ha practicado y que ha tenido una evolución muy importante durante los últimos cien años, no sigue siendo un procedimiento libre de complicaciones o accidentes así como tampoco puede considerarse como una operación quirúrgica menor.

Para conocer mejor este método basta recordar un poco de su historia: desde las épocas en que sólo se practicaba a mujeres muertas con el fin de obtener el producto, siendo conocido este método como "Lux Regia". Posteriormente este procedimiento se efectuó en pacientes vivas pero tenía una complicación severa, que era la de una mortalidad casi total. Es hasta el año de 1786 en que el profesor Porro de Pavia pone en conocimiento de la ciencia médica su histórica operación que consistía básicamente en una cesárea hysterectomía, teniendo con este tipo de operaciones hasta una sobrevivencia del 60%, algo inusitadamente bueno comparado con otras técnicas. Por esa misma época, R.W. Johnson mencionó que la incisión preferible para este tipo de intervenciones era efectuarla transversalmente en la porción inferior del útero y debieron pasar cerca de cien años para que este juicio fuera aceptado en 1881 por F.A. Kehrer, que realizó la primera operación de este tipo en Heidelberg.

La técnica descrita por Kehrer fue la precursora de la operación de segmento inferior y no difirió en ningún aspecto de la empleada unos cuarenta años más tarde por operadores bien conocidos como Munro Kerr, Hendry -- Phaneuf y otros; sin embargo sufrió una modificación hecha por M. Kerr en su técnica y realización, quien indicó que la incisión no debía ser transversal sino con una ligera concavidad, siendo hasta la fecha este tipo de operación la más frecuentemente efectuada. (1).

Sin embargo, este tipo de operación fue bien aceptada en este siglo, aproximadamente en la década de los años cincuenta, ya que a principios del

mismo siglo no habia una técnica quirúrgica sobre la incisión uterina que dominara una sobre otra, es por eso que la incisión sobre el fondo uterino denominada como "cesárea clásica" descrita por Sanger, era la operación más usada a principios de este siglo, que si bien su mortalidad era baja, tenía el problema de que era frecuente que en embarazos subsiguientes las pacientes que entraban en trabajo de parto presentaban ruptura uterina, motivo por el cual Cragin, en un artículo titulado "Conservatism in Obstetrics" publicado en el New York Medical Journal en el año de 1916, indicó que "una vez operación cesárea, siempre efectuar ésta". Ha sido uno de los dictámenes que han permanecido en boga hasta la época moderna de la Medicina y que en muchas partes del mundo aún se sigue; sin embargo, con las modificaciones y los avances que se tienen hasta la fecha, el mejor manejo de las pacientes y la tecnología que se ha aplicado a la medicina tanto en las técnicas quirúrgicas como en sus instrumentos, hacen necesario que este dictamen sea sometido en cierta forma a juicio para determinar su validez en la presente época. (1, 2, 3, 4, 6).

Ahora bien, el hecho de que una operación cesárea en estas fechas haya llegado a ser una operación rutinaria, favorece más todavía este dictamen considerando que en los Estados Unidos en el año de 1979 la operación cesárea repetida se efectuaba con frecuencia hasta de un 98.9% (4).

¿Qué es lo que ha hecho que esto sea factible? La respuesta es hasta cierto punto sencilla y contradictoria; lo primero es respecto a la seguridad materna y fetal. También hay que destacar la preferencia del médico por efectuarla, la decisión de la paciente para evitar someterse a un trabajo de parto con todo lo que ello implica y otro motivo muy importante son las consideraciones médico-legales que se puedan tener como consecuencia, pero también hay que tomar en cuenta el avance tecnológico en la práctica médica que ha llegado a límites insospechados, principalmente en el área obstétrica, habiendo implicado que a partir de 1970, fecha en que se introducen nuevas técnicas para valorar salud y bienestar fetal, se ha relacionado con un aumento sin precedentes en la historia de la medicina la frecuencia de la operación cesárea, que si bien a principios de dicho año variaba del 5-8%, a finales del mismo se encontraba cercana al 20% y en la actualidad hasta de un 25-30%. Esto, como ya se mencionó, nos pone a reflexionar que si nos apoyáramos en el dictamen de Cragin, llegaría un momento en que la operación cesárea rebasaría por gran margen a los partos vaginales normales (1).

Hay que considerar que existen médicos que no están de acuerdo con de-

to, habiendo ya controversias entre ellos mismos y también entre los circu los legales, donde parece que llegará a ser un problema de salud pública en algunos países (4).

Pero no hay que considerar sólo el punto de vista médico o social si no también el punto de vista económico, ya que cuando una mujer tiene un parto por vía vaginal raramente llegará a necesitar cuidados intensivos o manejo especial. Sin embargo ésto no sucede cuando una paciente ya ha sido sometida a cesárea: Ella requerirá más tiempo de hospitalización, manejo de soluciones parenterales, antibióticos, probables transfusiones y para el producto el manejo especializado por una unidad de cuidados intensivos en caso de que presente inmadurez pulmonar vatrógena, que es lo más - frecuente; así mismo, la vigilancia prenatal con uso de la ultrasonografía determinaciones de fosfolípidos para valorar la madurez pulmonar y el man jo perinatal con cuidados especiales, aplicando soluciones, uso de incubadora o bien la atención por un especialista neonatólogo (7, 8); es por este motivo que desde el año de 1979 se han llevado a cabo estudios (principalmente en los Estados Unidos) para ver la frecuencia y posibilidad de - que en una paciente que haya tenido una cesárea anterior sea factible un - parto por vía vaginal (4). Sin embargo ésto no es un trabajo fácil, ya - que hay un rechazo por la mayoría de los médicos Gineco-Obstetras para lle var a cabo este proyecto. Como ejemplo basta mencionar una encuesta reali z ada en los Estados Unidos en donde señalaban que si se llegara a confir - mar que el parto por vía vaginal es un procedimiento seguro después de una cesárea, el 80% de los Médicos respondió que " NO estarían de acuerdo en - cambiar la conducta que han seguido hasta ahora " (5).

El presente estudio trata con todas las limitaciones que tenemos, de establecer en nuestro medio lo que se mencionó en el párrafo anterior, ya que la mayoría de estos estudios se encuentran encaminados principalmente a las complicaciones maternas, descuidando en cierta forma los daños posibles que pudieran repercutir sobre el producto, que es lo que precisamente tratamos de demostrar a corto plazo. Sólo se cuenta en nuestro país con una referencia respecto al tema que estamos tratando y considerando que se desconoce con exactitud la frecuencia de la operación cesárea, ésta debe estar cercana a una frecuencia del 30-35%, siendo por lo tanto importante determinar si procede en nuestras pacientes intentar el parto por vía vagi

nal para tener en cuenta, primero: Si es una elección segura y con pocas complicaciones tanto para la madre como para el producto y, segundo: Disminuir los costos en la atención del mismo.

M A T E R I A L Y M E T O D O S .

Nuestro Hospital se encuentra catalogado como un Centro de Tercer Nivel, de donde tomamos a las pacientes para nuestro estudio, las cuales eodieron en un lapso de seis meses y que se dividieron en tres grupos, que son: El primer Grupo (que es el que realmente nos importa) se trata de pacientes con cesárea anterior en quienes se juzgó que clínicamente eran aptas para intentar prueba de trabajo de parto. En el segundo grupo se encuentran las pacientes que tuvieron partos normales y que ellas mismas no tenían complicaciones en su embarazo, y el tercer grupo está formado por pacientes que tenían cesárea anterior, (manejadas por el grupo de perinatólogos), y a quienes se les practicó cesárea en forma electiva. El número total de pacientes estudiadas fué de 176 divididas en dos grupos de 59 (primer y tercer grupo) y uno de 58 (segundo grupo).

Como ya mencionamos, en el primer grupo se encuentran las pacientes con cesárea anterior en quienes se dejó evolucionar el trabajo de parto - valoradas clínicamente útiles para la prueba. A su ingreso se les exploró cuidadosamente para tener en cuenta y verificar que no existiera alguna - circunstancia que nos hiciera efectuar una cesárea de repetición o que tuviera persistencia de la primera indicación de la cesárea.

Los parámetros estudiados fueron los siguientes:

- * Edad materna,
- * Edad Gestacional,
- * Tiempo de Trabajo de Parto que tuvieron las pacientes,
- * Tipo de parto que presentaron, (autóico o con aplicación de fórceps) ya sea de fórceps de Simpson o de Kielland,
- * Complicaciones o accidentes que sucedieron en el primer y segundo períodos del trabajo de parto - así como en el perperio,
- * Valorización de Apgar para ver el estado del producto al nacer,

- * Evaluación con los parámetros de Silverman para ver complicaciones respiratorias,
- * Estado del producto al nacer
- * Complicaciones del producto, sean causadas por el médico o bien aquellas que haya desarrollado en su estancia,
- * Promedio de estancia intrahospitalaria tanto materna como del recién nacido, y
- * Peso de los productos.

La calificación de Apgar tiene como objetivo valorar la respuesta que tiene un producto para adaptarse al medio ambiente, indicándonos las posibilidades de supervivencia del mismo, dato dependiendo de si se encuentra leve o severamente deprimido, evaluando este parámetro al nacer y en los siguientes cinco minutos.

La calificación de Silverman nos sirve para indicarnos la severidad de un cuadro de insuficiencia respiratoria que tenga el producto, valorándose este parámetro al minuto y a los cinco minutos de nacido. Todos estos datos son similares para los grupos primero y segundo (6).

El tercer Grupo corresponde a las pacientes en forma electiva se -- indica la finalización de su embarazo por medio de cesárea; además de las variables mencionadas se tomó en cuenta el tiempo quirúrgico utilizado en las cesáreas. Cabe mencionar que a ninguna de estas pacientes se le indicó la cesárea si antes no había sido sometida a USG para determinar -- edad gestacional o bien la prueba de Clements para valorar la madurez pulmonar.

Se tiene como norma en el servicio, que a las pacientes que tuvieron parto vaginal no administrar antibióticos, no así en aquellas en -- quienes se realiza cesárea, que sí reciben antibioticoterapia profiláctica.

Otra variable que se tiene que tomar en cuenta es el sangrado, una cantidad mayor de 350 ml en un parto es considerada como sangrado anormal. Cuando se trata de una operación cesárea tenemos como cantidad límite -- 500 ml; más de eso también es considerado sangrado anormal.

A ninguna de las pacientes que tenían cesárea anterior se les admi-

nistró oxitocina intravenosa diluida en goteo continuo por no tener en el servicio el equipo necesario para medir la presión intrauterina y con el propósito de no tener un riesgo adicional sin ese monitoreo, preferimos no utilizarla.

Durante el trabajo de parto se efectuó la vigilancia del producto en la forma convencional, anotando cada diez minutos la frecuencia cardiaca fetal y en caso de que ésta se encontrara con variaciones o con algún tipo de alteraciones, se sometía inmediatamente a un trazo tococardiográfico. Si éste se consideraba normal se dejaba continuar su trabajo de parto.

RESULTADOS

Como se mencionó anteriormente, el estudio se realizó con un total de 176 pacientes divididas en tres grupos: el primero de ellos correspondió a las pacientes que tenían cesárea anterior y se dejó evolucionar el trabajo de parto, pacientes en las cuales por medio de una valoración clínica se decidió que su pelvis y el tamaño aproximado del producto no constituían una contraindicación para esta prueba. El segundo grupo es el que nos servirá como control, formado principalmente por pacientes que tuvieron su parto por vía vaginal durante el mismo período; constituido en su mayor parte por primigestas y secundigestas. El tercer grupo son pacientes cuyo embarazo fue vigilado por la UCIFM (Unidad de Cuidados Intensivos Feto-Maternos), en las cuales la suspensión del embarazo se consideró cuando ya sea por mediciones seguidas del DBP por medio de Ultrasonografía o bien cuando por la prueba de Clements y el recuento de "células naranja" daban datos de madurez pulmonar.

Para valorar los resultados se tomaron las variables que se mencionaron anteriormente.

Del primer grupo formado por 59 pacientes a las cuales su primer embarazo fue resuelto mediante cesárea, se indican los motivos de las mismas (Fig. 1).

INDICACIONES PARA LA CESAREA ANTERIOR		
INDICACION:	NUM. DE PACIENTES:	%
Desproporción fetopélvica	23	(38.98)
Sufrimiento fetal agudo	14	(23.72)
Indicación desconocida	5	(8.47)
Producto en situación transversa	3	(5.08)
Prolapso en cordón	2	(3.38)
Inducción fallida	1	(1.69)
Circular de cordón	1	(1.69)
Distocia de contracción	1	(1.69)
Placenta Previa	9	(15.25)

Fig. 1 - Indicaciones para la cesárea anterior en pacientes en las que se dejó evolucionar el trabajo de parto. (Grupo 1).

La edad de las pacientes varió de los 17 a los 36 años de edad, siendo el promedio de edad en este grupo de 27.69 años. Todas las pacientes tenían su embarazo con curso normal y sin complicaciones a su ingreso; de estas pacientes 21 (35.59%) tenían dos embarazos; 25 (42.37%) tenían tres embarazos; 9 pacientes con cuatro embarazos (15.25%) y cuatro (6.77%) con cinco o más embarazos. De estas pacientes 35 no habían tenido partos por vía vaginal anteriormente (59.32%), 20 pacientes con un parto (33.89%), 2 pacientes con dos partos (3.38%) y dos pacientes más con cuatro o más partos anteriores. - (Fig. 2).

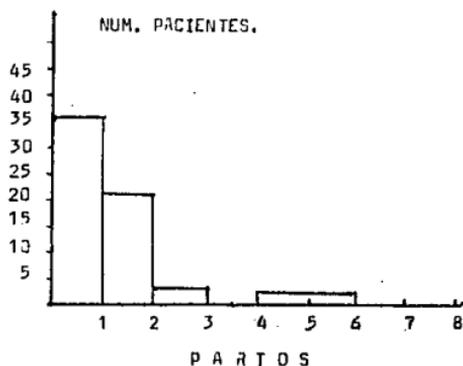
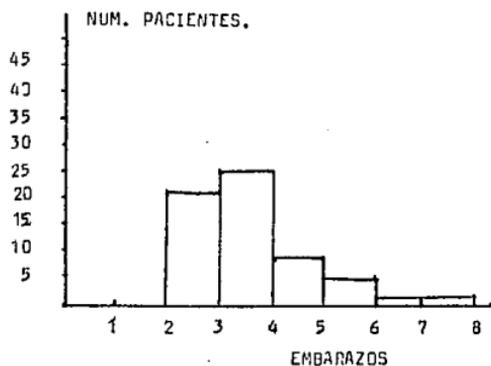


Fig. 2. - Relación de Embarazos y partos vaginales anteriores, en pacientes con cesárea anterior.

La edad gestacional varió de las 35 a las 43 semanas por amenorrea, la máxima frecuencia encontrada fué en las 38 semanas, siendo la edad gestacional media de estos pacientes de 40,5 semanas. (Fig. 3).

SEMANAS DE GESTACION POR AMENORREA.	NUM. DE PACIENTES
35	1
36	3
37	3
38	16
39	14
40	9
41	4
42	1
43	1
Desconocida	7

Fig. 3. - Edad Gestacional por amenorrea a su ingreso en la Sala de labor.

El tiempo de trabajo de parto lo tomamos en cuenta desde que se en - contraron modificaciones en el cuello uterino de la paciente con una dilatación mayor de dos centímetros, actividad uterina regular, con tres con - tracciones en diez minutos (mayores de treinta segundos de duración), veri - ficando esto con registro tococardiográfico. En ninguna de estas pacientes se utilizó oxitocina para regularizar el mismo o para inducir el traba - jo de parto.

En este grupo el tiempo total del trabajo de parto varió desde un mí - nimo de una hora hasta un máximo de veinte horas, siendo el promedio de - tiempo de 10.23 ha. (Fig. 4).

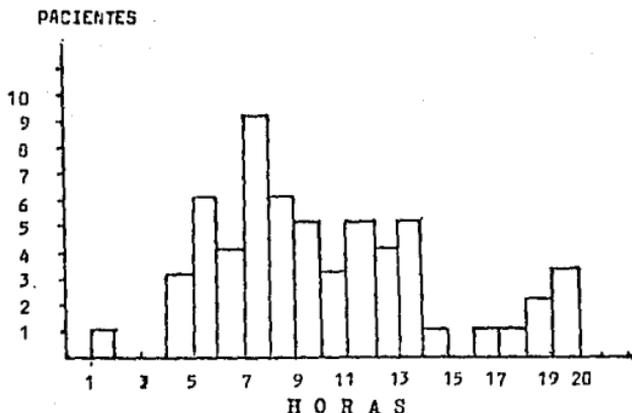


Fig. 4. - Número de pacientes y tiempo de trabajo de parto para el Grupo 1.

El parto en este Grupo de pacientes fué atendido por un médico Residente de la especialidad, teniendo en total 36 parto autócicos (61.01%). Hubo la necesidad de aplicar fórceps de Simpson en 19 casos (32.20%) y en 4 casos (6.77%) se aplicaron fórceps de Kielland por presentar variedad de posición occipito transversa persistente. (Fig. 5).

TIPO DE PARTO	NUM. DE PACIENTES	%
Eutócico	36	61.01
Fórceps de Simpson	19	32.20
Fórceps de Kielland	4	6.77

Fig. 5. - Tipo de parto efectuado en el Grupo 1.

La valorización de los Recién Nacidos (RN) fué efectuada por un Médico Residente de la especialidad de Pediatría, siendo los parámetros a medir:

* Calificación de Apgar y Silverman al minuto y a los cinco minutos - posteriores al nacimiento.

La mínima calificación de Apgar es de "0" y la máxima de "10" al igual que la calificación de Silverman.

En este Grupo se encontró un producto obitado desde el momento de su ingreso y un producto anencéfalo que falleció tres minutos después de su nacimiento, por lo cual la valoración a los cinco minutos sólo tomó en cuenta a los 57 productos restantes.

Ahora bien, la calificación de Apgar clasifica a los RN de bajo riesgo con calificaciones de 7-10, con depresión moderada de 4-6 y con depresión severa de 0-3.

La valoración de Silverman nos sirve para catalogar la insuficiencia respiratoria; de 0-2 no hay; de 3-6 hay insuficiencia respiratoria moderada y mayor de 6 el producto se encuentra con una insuficiencia respiratoria severa. Los resultados se encuentran en la Fig. 6.

CALIFICACION	APGAR AL MINUTO:	APGAR A LOS 5 MINUTOS:	SILVERMAN AL MINUTO:	SILVERMAN A LOS 5 MIN.
0	1	2(*)	50	50
1			3	1
2			2	5
3	1		2	1
4	1			
5				
6	3	1		
7	18	3		
8	32	15		
9	3	39		
10				

(*) Un producto obitado al nacer y un anencéfalo.

Fig. 6. - Valoración de Apgar y Silverman al nacer y a los cinco minutos.

Las complicaciones maternas tanto en el primer como en el segundo periodo de trabajo de parto fueron las siguientes: la más frecuente, los desgarros perineales, seguidos por Amnionitis al ingreso. El número total de pacientes con complicaciones fué de 8 (13.55%) y las complicaciones en

al puerperio se encontraron sólo en dos pacientes. En ambas fué una endometritis y fueron los pacientes que a su ingreso se consideró que tenían amnioítis, desarrollándose esta complicación postparto a pesar de la terapia antibiótica, (Fig. 7).

COMPLICACIONES MATEERNAS	NUMERO DE PACIENTES	%
PRIMER Y SEGUNDO PERIODO:		
Sangrado	1	1.69
Desgarro perineal de 2º grado	3	5.08
Hipotonía uterina	1	1.69
Choque hipovolémico	1	1.69
Amnioítis	2	3.38
PUERPERIO:		
Endometritis postparto	2	3.38

Fig. 7. - Complicaciones maternas encontradas en el trabajo de parto y en el puerperio.

Entre las complicaciones de los productos tomamos aquellas que son producidas por el obstetra por mínimas que éstas sean y las que pueden ser atribuidas a un trabajo de parto normal o al producto mismo, encontrando complicaciones en once pacientes (18,62%), hallándose éstas especificadas en la Fig. 8.

COMPLICACION	NUMERO DE PACIENTES	%
Síndrome de Insuficiencia Respiratoria	4	6.77
Ictericia	1	1.69
Huellas de fórceps	6	10.16
TOTAL:	11	18,62 %

Fig. 8. - Complicaciones neonatales en productos obtenidos en parto vaginal después de cesárea.

Los productos que desarrollaron Síndrome de Insuficiencia Respiratoria Idioopática (SIRI), tuvieron un peso entre 2,625 y 3,150 gr. La edad gestacional fué de las 38 a las 40 semanas.

El producto que desarrolló Ictericia tuvo una edad gestacional de 37.1 semanas y un peso al nacer de 3,150 gr.

En este Grupo, como ya mencionamos, se encontraron dos productos muertos, uno desde antes de su ingreso por una corioamnioftis y el segundo producto fallecido fué el anencéfalo, no encontrando posteriormente ningún fallecimiento neonatal en este Grupo.

El peso de los productos obtenidos varió de los 2,300 a los 3,800 gr. -- siendo el peso promedio de todos los productos de 3,168,22 gr. La estancia hospitalaria para las madres fué de $2,01 \pm 0,3$ días y para los recién nacidos de $20,6 \pm 0,77$ días en cuneros.

El segundo Grupo de pacientes pertenece a las pacientes en quienes se espera parto por vía vaginal y que se tomó como "Grupo Control".

La edad de estas pacientes varió de los 16 a los 36 años siendo la media de edad de 26.1 años. Del total de las pacientes 25 (41,37% cursaban su primer embarazo, 15 (25,86%) su segundo embarazo, 6 (10,34%) su tercero y 13 -- (22,41%) cuatro o más embarazos. Así mismo, 15 de ellas (25,86%) tenían el antecedente de un parto, 8 (13,79%) de dos y 7 (12,06%) de tres o más partos; las pacientes restantes que son 27 (46,55%) no tenían antecedente de parto -- previo. (Fig. 9).

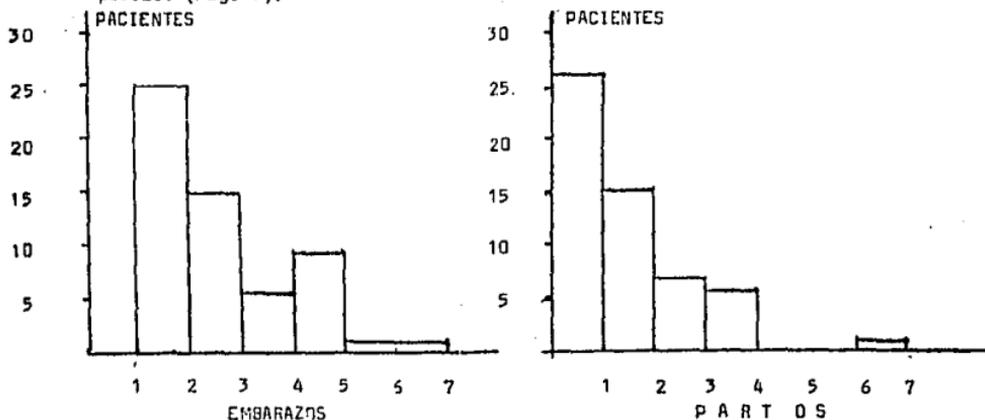


Fig. 9. - Relación de embarazos y partos anteriores.

La edad gestacional varió de las 36 a las 42 semanas por aménorreas, siendo la Edad Gestacional Media de 39.4 semanas. (Fig.10).

SEMANAS POR AMENORREA	NUM. DE PACIENTES
36	3
37	2
38	9
39	22
40	19
41	2
42	1

Fig. 10. - Número de pacientes y Edad Gestacional al momento de su ingreso a la Sala de Labor.

El tiempo de trabajo de parto en este Grupo varió de 1 a 14 horas como máximo, tomándose como inicio de trabajo de parto los mismos parámetros que para el Grupo anterior. El tiempo de trabajo de parto fué de 8.53 horas en promedio. (Fig. 11).

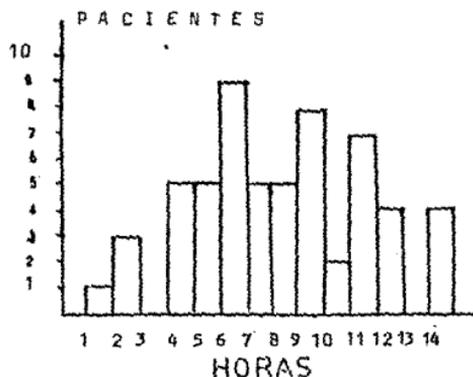


Fig. 11. - Número de pacientes y tiempo de trabajo de parto para el Grupo II.

En este Grupo hubo 58 nacimientos de los cuales fueron obtenidos mediante parto eutócico 52 productos (89.65%). En cinco casos hubo la necesidad de aplicar fórceps de Simpson y uno de los partos en este Grupo fue pélvico considerándose distócico por este motivo; sin embargo no se presentó retención de cabeza ni hubo necesidad de emplear maniobras especiales para la atención del mismo. (Fig. 12).

TIPO DE PARTO:	NUMERO DE PACIENTES:	%
Eutócico	52	89.65
Fórceps de Simpson	5	8.62
Pélvico	1	1.73

Fig. 12. - Tipo de parto y número de pacientes.

La valoración de Apgar y Silverman al minuto y a los cinco minutos posteriores al nacimiento, se encuentran indicadas en la Fig. 13.

CALIFICACION	APGAR AL MINUTO	APGAR A LOS 5 MINUTOS.	SILVERMAN AL MINUTO	SILVERMAN A LOS 5 MINTS.
0			51	49
1			7	8
2				1
3				
4				
5				
6	2			
7	5	1		
8	38	6		
9	13	51		
10				

Fig. 13. - Valoración de Apgar y Silverman a los productos de parto vaginal del Grupo II.

Las complicaciones maternas ocurrieron en 17 pacientes lo cual es una cifra que francamente no esperábamos tan alta. La principal complicación -

en este Grupo fueron los desgarros vaginales en diez pacientes que pudieron considerarse de primer y segundo grados, y en cuatro pacientes de tercer y cuarto grados. Las complicaciones en el puerperio ocurrieron en tres pacientes que tuvieron retención de restos postparto y a quienes fue necesario efectuar un legrado para retirar el tejido placentario de la cavidad uterina. En este Grupo los partos fueron atendidos por Médicos Residentes de la Especialidad, así como por Médicos Internos de Pregrado. (Fig. 14).

COMPLICACIONES	NUM. DE PACIENTES:	%
PRIMER Y SEGUNDO PERIODO:		
Desgarros de primer y segundo grado:	10	17,24
Desgarros de tercer y cuarto grado:	4	6,88
PUERPERIO.		
Retención de restos placentarios:	3	5,17

Fig. 14. - Complicaciones maternas en el primer y segundo periodo de trabajo de parto así como en el puerperio.

Respecto a los RN no ocurrió ninguna muerte en este Grupo de pacientes y las complicaciones neonatales fueron:

SIRI en nueve pacientes; Ictericia y Conjuntivitis, así como la marca de las ramas del fórceps, en tres pacientes. (Fig. 15).

COMPLICACION	NUM. DE PACIENTES:	%
SIRI	9	15,35
ICTERICIA	1	1,72
CONJUNTIVITIS	1	1,72
HUELLAS DE FORCEPS	3	5,17

Fig. 15. - Complicaciones neonatales en los productos del Grupo II.

El peso promedio de los RN en este Grupo fué de 2,898.22 gr. con variaciones desde 2,325 hasta los 4,100 gr.

La estancia intrahospitalaria para las madres fué de $2,70 \pm 0,8$ días y para los RN de $2,13 \pm 0,96$ días.

Los productos con SIRI tuvieron una edad gestacional de 38.3 a 41.3 semanas, con peso de 2,650 a 3,959 gr.

El tercer Grupo, constituido por pacientes cuyo embarazo anterior había sido resuelto por medio de cesárea y en quienes se efectuó cesárea electiva, estuvo formado por 59 pacientes cuya edad varía de los 18 a los 34 años de edad, dando una edad promedio de 25.83 años. De ellas, 35 (59.32%) cursaban su segundo embarazo, 18 (30.50%) su tercer embarazo y 6 (10.16%) - su cuarto embarazo y 12 (20.33%) tenían el antecedente de un parto previo. (Fig. 16).

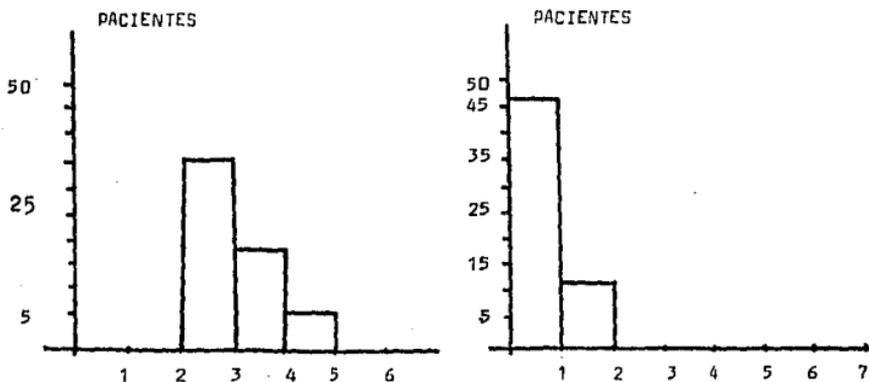


Fig. 16. - Antecedente de embarazos y partos en el Grupo de pacientes a quienes se efectuó cesárea electiva.

La edad gestacional varió de las 37 a las 42 semanas por emenoreas siendo comprobado ésta por medio de ultrasonografía (USG), mediante la medición de DEP. Su promedio fué de 39.44 semanas y sólo se procedió a realizar la cesárea cuando se tenía la seguridad de que tenía la edad --

gestacional correcta por USG seriada o bien cuando se hubo realizado la prueba de Clements junto con el recuento de "células naranjas" para medurar la madurez pulmonar fetal. (Fig. 17).

SEMANAS POR AMENORREA	NUMERO DE PACIENTES
36	1
37	4
38	15
39	12
40	13
41	7
42	7

Fig. 17. - Edad gestacional y número de pacientes a su ingreso para efectuar cesárea electiva.

Se obtuvieron en este Grupo 59 pacientes vivos, efectuando también la valoración de Apgar y Silverman con los parámetros mencionados. Es de llamar la atención que en ningún caso se encontró depresión neonatal severa, ni tampoco se observaron casos de insuficiencia respiratoria al momento del nacimiento o en los primeros momentos. (Fig. 18).

CALIFICACION	APGAR AL MINUTO	APGAR A LOS 5 MINUTOS	SILVERMAN AL MINUTO	SILVERMAN A LOS 5 MINTS.
0			45	38
1			4	16
2			10	5
3				
4				
5	1			
6	5			
7	14	2		
8	26	17		
9	13	40		
10				

Fig. 18. - Calificación de Apgar y Silverman en productos obtenidos por medio de cesárea electiva.

Se tomó en cuenta el tiempo quirúrgico reportado en la Hoja Quirúrgica de la cesárea, siendo el mínimo de 18 minutos y el máximo de 98 minutos; la duración promedio fue de 42,8 minutos.

Las complicaciones durante la cesárea fueron pocas. Sin embargo, el sangrado transoperatorio fue el más frecuente, siendo necesario efectuar transfusión en cuatro pacientes. En la Fig. 19 se detallan las complicaciones a que se hace mención.

COMPLICACION	NUMERO DE PACIENTES	%
Sangrado transoperatorio	15	25,42
Fiebre	2	3,38

Fig. 19. - Complicaciones maternas en pacientes a quienes se efectuó cesárea electiva.

Lo que llama la atención fueron los hallazgos quirúrgicos durante las cesáreas, ya que se encontraron adherencias al campo quirúrgico en seis pacientes, no teniendo complicaciones en ninguna de ellas. En cuatro pacientes se encontraron tumoraciones ováricas de aspecto quístico, las cuales fueron resegadas sin complicaciones y por medio de estudio histopatológico reportáronse tres cistadenomas serosos y una mucinosa.

Las complicaciones neonatales se encontraron en trece pacientes - siendo la principal complicación en este Grupo la hipoglucemia en seis productos. Tampoco ocurrió ninguna muerte neonatal; el peso de los productos varió de los 2,550 a los 3925 gr. con un peso promedio de 3,216,95 gr. (Fig. 20).

Los productos con hipoglucemia tuvieron una edad gestacional de 38,2 a 42,2 semanas y sus pesos variaron entre 2,800 e 3,800 gr. - Los productos con SIFI tuvieron una edad gestacional de 37,5 a 41,6 semanas con pesos de 2,900 a 3,100 gr.

COMPLICACION	NUMERO DE PACIENTES	%
SIRI	3	5.08
HIPOGLUCEMIA	6	10.16
DEPRESION RESPIRATORIA LEVE	4	6.77

Fig. 20. - Complicaciones observadas en los productos obtenidos por medio de cesárea electiva.

El tiempo de estancia intrahospitalaria promedio para las madres fué de 3.45 ± 1.06 días y para los RN fué de 4.06 ± 1.03 días.

Hay que hacer mención que en nuestro servicio, a todas las pacientes que han sido intervenidas de cesárea, se administran antibióticos en forma profiláctica.

Al efectuar la correlación estadística por medio de X_2 encontramos que no hay diferencia estadísticamente significativa entre parto normal, parto después de cesárea y cesárea electiva. En los parámetros de peso, edad gestacional, valoración de Apgar y Silverman, y en la duración del trabajo de parto sí hay diferencia significativa; como también la hay en la estancia entre las pacientes con parto vaginal después de cesárea y cesárea electiva ($p < 0.05$), así como en el número de complicaciones maternas observadas tanto en estos dos grupos como en el de parto vaginal después de cesárea. Al ser comparado con parto vaginal, sin embargo, no hay diferencia significativa entre parto vaginal y cesárea electiva.

COMENTARIO:

En el presente estudio hemos logrado los mismos resultados que se han encontrado en otros trabajos; se ha confirmado la seguridad que proporciona un parto por vía vaginal teniendo complicaciones mínimas, no presentándose casos de ruptura o dehiscencia de cicatriz uterina aun cuando en incisiones transversales bajas la frecuencia de ruptura uterina es de 0.5 - 1.5% (1, 12, 21, 24), o la frecuencia de dehiscencia de la cicatriz puede alcanzar hasta un 3% (9, 10, 11, 23).

La mortalidad materna tampoco se presentó en esta ocasión adn cuando se ha registrado con una frecuencia de 0.25 - 0.5% en parto vaginal al ser comparado con cesárea de repetición en donde alcanza una frecuencia hasta de 44/1000 (9).

Vuelve a ponerse de manifiesto la seguridad de este método ya que la de morbilidad materna también fué baja en nuestro estudio, concordando con varios otros estudios como los de Benedetti, Demianczuck, Hurry (10,11,13) en donde se observa una mayor morbilidad materna al efectuar una cesárea de repetición que en un parto vaginal después de cesárea (10 vs 21.7%).

Sin embargo no sólo ésto es importante. El producto también debe ser tomado en cuenta. El síndrome de Insuficiencia Respiratoria Idóopática - por causa yatrógena se ha observado que es más frecuente en pacientes en quienes se indica cesárea electiva de repetición (7, 8, 19, 22), siendo necesario efectuar en este tipo de paciente estudios destinados a verificar si la edad gestacional por amenorrea es segura, ya sea por medio de la determinación del DBP por medio de la USG o bien por métodos bioquímicos para determinar la madurez pulmonar (4, 7, 8).

A pesar de eso todavía no hay un método seguro para determinar exactamente la edad gestacional, por lo que hasta la fecha se han seguido presentando casos de SIRS, de causa yatrógena.

Se ha mencionado que una variante para esto sería dejar que el embarazo llegara a su término y se esperara el inicio de trabajo de parto para efectuar la cesárea, teniendo así un margen de seguridad mayor (10).

Heck ha reportado hasta una incidencia mayor de 14 veces de SIRS en el Reino Unido (7), por lo que consideramos que si no es posible efectuar pruebas para la determinación de madurez fetal pulmonar, la cesárea electiva debe evitarse. (8).

Cuando se decida efectuar parto vaginal posterior a cesárea, ha sido un punto debatido hasta la fecha la utilización o no del fórceps profildcti

co. En nuestro estudio en un 38% aproximadamente de las pacientes se aplicaron fórceps ya sea de Kielland o Simpson sin haber diferencia significativa con los partos obtenidos por vía vaginal. Mann, Amirikia y Colson ponen de duda la eficacia de este método, ya que en sus series sólo se aplicaron fórceps con una frecuencia de un 5-8% de todos los partos por vía vaginal, no encontrando aumento en la frecuencia de deshiscencia o ruptura de cicatriz uterina (15, 16), si bien uno de estos tipos de fórceps clásico ha ido cayendo en desuso. Nos referimos al fórceps de Kielland, que puede ser utilizado en productos con variedad de posición occipito transversa y que la cabeza fetal se encuentre profundamente encajada en la pelvis. En estos casos ha demostrado ser eficaz, con un mínimo de complicaciones tanto maternas como fetales, si se observan las indicaciones para su uso apropiadamente (17, 18, 25).

Si bien nos hemos referido principalmente al parto posterior a cesárea, la cesárea posterior a cesárea no es un procedimiento inocuo. En la primera cesárea (4), la frecuencia de partos prematuros es mayor, al igual que el síndrome de insuficiencia respiratoria (11, 14), La morbilidad materna es cuatro veces mayor que en el parto por vía vaginal y la mortalidad materna es dos veces mayor en cesárea de repetición que en el parto vaginal, (14, 16). Aún más, otros estudios han demostrado que la fertilidad de las mujeres en quienes se efectúa cesárea se encuentra disminuida ésta (13, 22); además los productos obtenidos con cesárea de repetición han tenido valoración de Apgar más baja que en los obtenidos por vía vaginal (21, 22, 24) y la estancia hospitalario tanto de la madre como del producto también es mayor (8, 10, 23, 24).

Como se vé, nuestro trabajo no difiere en resultados de los obtenidos en grandes Centros Hospitalarios: La mortalidad materna y fetal en nuestro estudio fué nula. Si se encontró morbilidad materna en un 16% de las pacientes con parto vaginal después de cesárea, contra un 28.7% en cesárea de repetición y aún menor (en forma por demás que nos causó sorpresa); que en pacientes con parto vaginal sin cesárea anterior la morbilidad en este Grupo alcanzó un 29%, pudiendo ser debida a que en el grupo de cesárea anterior sólo fué atendida por Médicos Residentes de esta especialidad y en el otro Grupo por Médicos Residentes y Médicos Internos de

de Pregrado que pudieran explicar esta alta morbilidad.

Tampoco se observó que la morbilidad fetal fuera mayor en el Grupo de parto vaginal con cesárea previa; si bien su frecuencia fué menor no hay diferencia significativa.

Lo que es de llamar la atención es que en el Grupo de pacientes que tuvieron cesárea de repetición, no hubo un sólo caso de Síndrome de Insuficiencia Respiratoria en los productos obtenidos a pesar de no tener la capacidad para efectuar estudios altamente específicos para determinar la madurez pulmonar fetal.

C O N C L U S I O N

El presente trabajo ha demostrado de nuevo que el parto vaginal posterior a una cesárea transversal baja, es un método seguro para la resolución del embarazo al ser comparada ésta con cesárea electiva de repetición y con parto vaginal normal; sin embargo, - requiere una mejor vigilancia durante su estancia en Labor y en la Sala de Expulsión, teniendo una buena evolución posterior al tratamiento obstétrico con un menor número de complicaciones tanto materno como fetales.

REFERENCIAS:

- 1.- Harley J.: Cesarean section. Clinics in Obstetrics and Gynecology 7:525, 1980.
- 2.- Saldana L., Schulman H., Reuss L.: Management of pregnancy after cesarean section. Am. J. Obstet. Gynecol 135:555, 1979.
- 3.- Mac Donald D.: Obstetrics and Gynecological prior Operations. Clinics in Obstetrics and Gynecology. 9:146, 1982.
- 4.- Levin J., Stephens R., Miodovnik M., Barden T.: Vaginal Delivery in Patients with a Prior Cesarean Section. Obstet & Gynecol 59:2 1982.
- 5.- Jones H.: Cesarean Section in present-day obstetrics. Am. J. Obstet Gynecol 126:521, 1976.
- 6.- Gibbs C.: Planned vaginal delivery following after cesarean section. Clinical Obstetrics and Gynecology 23:513, 1980.
- 7.- Hack M., Fanareff A., Klaus M., Mandelowitz B., Morkatz I.: Neonatal respiratory distress following elective delivery. A preventable disease? Am. J. Obstet Gynecol 126:43, 1976.
- 8.- Plauche W.: Iatrogenic prematurity with elective repeat cesarean section. Am. J. Obstet Gynecol 144:862, 1982.
- 9.- Merrill B., Gibbs C.: Planned vaginal delivery following cesarean section. Obstet & Gynecol 52:50, 1978.
- 10.- Benedetti T., Platt L., Druzin M.: Vaginal delivery after previous cesarean section for a nonrecurrent cause. Am. J. Obstet Gynecol 142:358, 1982.
- 11.- Demianczuck N., Hunter D., Taylor W.: Trial of labor after previous cesarean section: Prognostic indications of outcome. Am. J. Obstet Gynecol 142:640, 1982.
- 12.- Pauerstein C.: Labor after cesarean section. The Journal of Reproductive Medicine 26:409, 1981.
- 13.- Hurry D., Larsen B., Charles D.: Effects of postcesarean section febrile morbidity on subsequent fertility. Obstet & Gynecol 64: 256, 1984.
- 14.- Rodríguez S., Sangines A., Miranda O., Okhuysen K.: Cesárea de repetición. Ginecología y Obstetricia de México 50:153, 1982

- 15.- Mann L., Gallant J.,: Modern indications for cesarean section. Am. J. Obstet Gynecol 135:437, 1979.
- 16.- Amirikia H., Zarewych B., Evans T.,: Cesarean Section: A 15 years review of changing incidence, indications, and risk. Am. J. Obstet Gynecol 140:81, 1981.
- 17.- Drife J.: Kielland or Caeser? British Medical Journal 287:309, - 1983.
- 18.- Cardozo L., Gibb D., Stoudd J., Cooper D.,: Should we abandon Kielland's forceps. British Medical Journal 257:315, 1983.
- 19.- Goldenberg R., Nelson K.,: Iatrogenic respiratory distress syndrome. Am. J. Obstet Gynecol 123:617, 1975.
- 20.- Schmidt E., Pusch D.,: Differences in the reported frequencies of some obstetrical intervention in Europe. British Medical Journal - 90:628, 1983.
- 21.- Ruiz-Velazco V., Rivera F., Toscano O.,: Accouchement apres cesa -- rienne morbimortalité. J. Gyn. Obstet Biol. Repr. 2:673, 1973.
- 22.- Zdeb M., Therriault G., Logrillo V.,: Frequency, spacing and outcome of pregnancies subsequent to primary cesarean childbirth. Am. - J. Obstet Gynecol 150:205, 1984.
- 23.- Meier P., Porreco R.,: Trial of labor following cesarean section: A two years experience. Am. J. Obstet Gynecol 144:621, 1982.
- 24.- Lavin J.,: Vaginal delivery following childbirth after cesarean sec - tion. Clinics in Perinatology 10:437, 1983.
- 25.- O'Sullivan M., Furmia F., Holsinger K., McLeod A.,: Vaginal delivery after cesarean section. Clinics in Perinatology 8:131, 1981.
- 26.- Nelson, W., Vaughan V., McKay R.,: Textbook of Pediatrics. 9a, Edi - tion. Philadelphia. W.B. Saunders Company 1977, Pdg. 352.