

11217
95
20j



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

División de Estudios Superiores

**“PARTO VAGINAL DESPUES DE
OPERACION CESAREA”**

T E S I S

Que para obtener el diploma en:

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P r e s e n t a :

EFREN JESUS INZUNZA GAXIOLA

SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO



DIRECCION DE ENSEÑANZA E
INVESTIGACION CALIDAD México, D. F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Febrero 1988



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.

INDICE

	Pág.
Introducción	1
Objetivos	7
Material y Métodos	8
Resultados	10
Conclusiones	16
Figuras y Tablas	19
Bibliografía	29

RESUMEN

Se estudiaron 312 pacientes embarazadas con el antecedente de una cesárea previa y que ingresaron a la Unidad de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de México de la Secretaría de Salud, del 30 de marzo al 16 de noviembre de 1987. A 165 pacientes se les realizó cesárea a su ingreso por indicaciones obstétricas y a 147 pacientes se les permitió prueba de trabajo de parto, terminando en parto vaginal 116 pacientes (78.9 %) y en operación cesárea 31 pacientes (21.1 %). En el grupo de parto vaginal, terminaron en parto espontáneo 38 pacientes (32.8 %) y en parto operatorio 78 pacientes (67.2 %), con aplicación de 66 fórceps profilácticos (84.6 %) y 12 operatorios (15.4%).

En el grupo de parto vaginal presentaron complicaciones 6 pacientes (5.1 %), con 4 lesiones en el canal blando del parto, una dehiscencia parcial y una dehiscencia total de la histerorrafia. Se presentaron complicaciones en 3 productos (2.5 %), con una muerte neonatal.

La duración de la prueba de trabajo de parto tuvo un rango de 1 a 24 horas, con 73 pacientes (63.5 %) en el intervalo de 1 a 6 horas. Se usó oxitocina en 12 pacientes (10.3 %) para regular la actividad uterina, sin que este factor fuera lesivo en la evolución y complicaciones.

En el grupo control y en la prueba de trabajo de parto fallida, se presentaron complicaciones en 6 pacientes (3.5 %) y 2 pacientes (6.4 %) respectivamente, predominando las complicaciones infecciosas.

INTRODUCCION

Una de las controversias más antiguas en el campo de la obstetricia, es el debate sobre el tratamiento óptimo de las embarazadas con una cesárea previa. En mayo de 1916, Edward Cragin se dirigió a la Sociedad Médica del Este de Nueva York y pronunció su famoso dictamen " Una vez cesárea, siempre cesárea " (1). Pocos enunciados han sido tan universalmente aceptados por la comunidad obstétrica en los Estados Unidos. En 1974, el 99 % de las pacientes con cesárea previa se les repitió la operación en los hospitales americanos (2). El aforismo de Cragin corresponde a una época en la cual la mayor parte de las cesáreas incluía una incisión uterina clásica; los antibióticos y transfusiones eran desconocidos. Sin embargo, en la actualidad, la mayoría de los obstetras aceptan este aforismo arcaico como si fuera la conclusión de un estudio de colaboración reciente.

Durante los años 70s, se encontró un dramático incremento en la proporción de cesáreas en los Estados Unidos: de 1970 a 1978 las cesáreas se incrementaron de 195,000 (5.5 % de todos los nacimientos) a 510,000 (15.2%). Las razones de este incremento crearon considerablemente controversia y en 1980, la Consensus Development Conference del National Institute of Health (NIH), señaló que la cesárea repetida era una de las dos razones principales del incremento en el índice de estas intervenciones. Después de revisar la literatura, recomendaron el parto vaginal después de la cesárea como método para disminuir el índice de éstas (3).

El temor a la ruptura uterina parece ser el principal factor causal de la persistencia del aforismo de Cragin. En 1970 se observó que se habían publicado 541 artículos sobre este tema en los 15 años precedentes, definiéndose dos tipos básicos de ruptura uterina: La completa o ruptura verdadera, que compromete la totalidad del espesor de la pared uterina. Usualmente es súbita, además es muy frecuente en la ruptura espontánea o traumática del útero no cicatrizado. También ocurre en pacientes con cicatrices anteriores de cesárea clásica, pero es sumamente rara en una paciente con una incisión uterina transversal baja-previa. La ruptura uterina incompleta la cual es muy usual en la litteratura, se refiere como ruptura oculta o silenciosa, dehiscencia o ventana uterina y es una separación parcial de la pared uterina. La presencia de síntomas, hemorragia y morbilidad materna o fetal es mínima o no la hay (3).

En 1970, Yussman publicó una revisión de 12 años acerca de la ruptura uterina, analizando 28 casos de ruptura uterina completa durante el embarazo y encontró que la dehiscencia de la cicatriz previa, raramente conduce a sangrado masivo o mortalidad materna y/o fetal. La ruptura espontánea o traumática es rara pero potencialmente letal, y la mitad de estas rupturas se consideraron prevenibles (4).

En otra extensa revisión de la literatura de 1950 a 1980, Lavin incluyó 5325 partos después de cesárea y no encontró ninguna muerte materna relacionada con ruptura uterina. Se encontraron 14 muertes fetales aunque 12 ocurrieron en incisiones clásicas y 2 en incisiones transversas bajas, estas últimas en pacientes no vigiladas (1).

Los últimos estudios reportan frecuencia muy baja de ruptura uterina; 1 caso en 200 partos; hasta 13 rupturas en 614 partos (5,6,7,8,9,10, - 11,12,13). Todos sin mortalidad materna y baja mortalidad fetal en - productos de pretérmino. En conclusión, la ruptura espontánea o traumática de la incisión clásica previa es completa e imprevista. En contraste, la ruptura de una incisión uterina transversa baja, la mayoría de los casos es incompleta y sin consecuencias.

Existen factores que influyen en la seguridad del parto vaginal des - pués de una cesárea. El principal es la indicación de la cirugía pre - via. En pacientes con desproporción cefalopélvica, varios autores han permitido el trabajo de parto y parto vaginal; en 1951, se reportó un - 27 % de éxitos (1), y más recientemente de un 36 a un 78 % (5,7,10,11, 14) encontrando incluso productos con peso mayor que aquéllos por los - cuales se había practicado la intervención. En otras indicaciones previas como presentación pélvica, preeclampsia, embarazo gemelar, etc., - el porcentaje de éxitos va de un 61 a un 91 % (3,13).

Se ha permitido el trabajo de parto y parto vaginal con más de una ce - sárea previa (1,3,5,14), pero, los datos son pocos y es atrevido pen - sar en bajo riesgo.

La historia de un parto vaginal previo, aumenta las probabilidades de - tener otro parto en pacientes con cesárea previa, pero un gran porcen - taje (78 %) sin este antecedente, también tienen un parto vaginal cuando se les permite la evolución del mismo (1,13).

Dentro de los factores que influyen en la probabilidad de ruptura uterina, el más importante es el tipo de incisión uterina previa y la incisión clásica tiene mayor incidencia de ruptura uterina (1,3,4). Justin(1), menciona otros factores y refiere que cuando la cesárea previa es indicada por causas no recurrentes, existe un mayor riesgo de ruptura uterina en embarazos subsecuentes, aunque esto no ha sido encontrado en estudios posteriores. También se ha mencionado que la morbilidad febril durante la primera cesárea, mala técnica quirúrgica y transfusión sanguínea, predisponen a la ruptura uterina, pero no se ha encontrado evidencia objetiva que apoye ninguna de estas teorías. Por último, el intervalo entre la cesárea previa, la inserción placentaria, el grado de distensión uterina y la coexistencia de enfermedades debilitantes influyen en la probabilidad de ruptura uterina (1).

En el tratamiento de la prueba de trabajo de parto una de las principales controversias es el uso de oxitocina. En la revisión de Lavin, se encontró que se usó oxitocina en sólo 200 de las millares de pruebas de trabajo de parto. De 1980 a 1984 se comunicaron 600 pruebas de trabajo de parto con el uso de oxitocina sin morbilidad materna o fetal (1,3); posteriormente se mencionan 289 pacientes (12) sin complicaciones en el binomio materno-fetal. Las indicaciones para el uso de oxitocina se han dividido en dos grupos, el primero es la inducción del trabajo de parto, y el segundo es el aumento del trabajo de parto; en este último se encuentran; fase latente prolongada, fase activa prolongada, detención de la dilatación, detención y prolongación en el descenso, trabajo de parto irregular, con un porcentaje de éxitos de un 43 a 88%.

No hay razón para pensar que una presión intrauterina dada, causada por adición de oxitocina sea más peligrosa para una cicatriz uterina que la misma presión causada sin adición. Aunque probablemente la inocuidad - de la oxitocina en las pruebas de trabajo de parto permanecerán en controversia durante algún tiempo.

Otra preocupación la constituye el empleo de la anestesia regional durante la prueba de trabajo de parto, que puede enmascarar el dolor suprapúbico, que es considerado por algunos autores como un signo importante de la inminencia de ruptura uterina, sin embargo, se han realizado cesáreas por dolor intenso en el bajo abdomen, indicativo de ruptura uterina, sin encontrar alteraciones en la superficie uterina durante el transoperatorio.

Se ha sugerido que el dolor abdominal bajo experimentado por las pacientes con una historia de cesárea previa, puede ser secundario a adhesiones peritoneales, vejiga hipersensible, tensión del ligamento redondo y la cicatriz de la pared abdominal y presión de la parte fetal que desciende (1,3,9).

La técnica de la analgesia epidural para el trabajo de parto y parto, se reconoce como ventajosa en proveer un nacimiento sin dolor, sin presión en la madre o el producto. Sin embargo, para la situación específica para el parto vaginal posterior a cesárea, la analgesia epidural tiene ventajas adicionales. La excelente analgesia y relajación del perineo crea una condición ideal para una asistencia del segundo estadio, conducta defendida por varios obstetras en el parto vaginal de -

pacientes con cesárea previa. El examen digital de la cicatriz segmentaria baja, usualmente después del tercer estadio del trabajo de parto y algunas ocasiones antes, podría llevarse a cabo sin anestesia adicional. Finalmente, en caso de tener que realizar una cesárea de urgencia con una dosis de anestésico por el cateter epidural, se puede realizar el procedimiento quirúrgico; esto previene retrasos y los riesgos de la anestesia general.

En los últimos 6 años se han comunicado más de 600 pruebas de trabajo de parto, realizadas bajo anestesia regional, con buenos resultados -- materno-fetales (1,7,9,11).

Es frecuente el uso de fórceps " profilácticos ", para acortar el segundo estadio del trabajo de parto y evitar ruptura uterina por un período expulsivo prolongado (1,15,17,18); otros autores sólo los emplean por indicaciones obstétricas (2,5,16) con buenos resultados en ambos grupos.

El permitir el parto vaginal cuando existe presentación pélvica, se ha mencionado como contraindicación absoluta por la frecuente necesidad de manipulación, en la cual el segmento bajo está involucrado, pudiendo convertir un defecto en la cicatriz o ventana, en una ruptura (1). En algunas series se han reportado partos con presentación pélvica sin complicaciones (1,5,13), la mayoría tienen pocos casos y el análisis no es posible. Así como, también se ha contraindicado el parto vaginal de gemelos en pacientes con cesárea, además la sobredistensión -

uterina condicionada por el embarazo gemelar incrementa el riesgo de ruptura uterina (1), reportando algunos partos de gemelos (2,7), sin complicaciones, pero también con datos limitados por lo que es difícil establecer conclusiones.

El riesgo para la madre con cesárea previa al someterse a prueba de trabajo de parto y parto vaginal, no ha sido mayor que cuando se realiza cesárea electiva (una muerte por cada 5,000 Intervenciones), pues en 9472 pruebas de trabajo de parto realizadas, no se encontró ninguna muerte materna (3).

El riesgo para el feto en estas 9472 pruebas de trabajo de parto, relacionadas con ruptura uterina fue de 0,85 por 1,000, si se excluyen los casos con incisiones uterinas clásicas o vertical baja, la mortalidad perinatal se encuentra en el orden de 0.5 por 1,000 pruebas de trabajo de parto (3).

En virtud de lo anterior, consideramos justificado el seleccionar pacientes con cesárea previa para asistencia obstétrica vaginal, con el fin de disminuir la morbilidad materno-fetal, estancia hospitalaria y mejorar el pronóstico obstétrico.

OBJETIVOS

1. Determinar la morbilidad materno-fetal al someterse a prueba de trabajo de parto y parto vaginal con el antecedente de una cesárea previa.

2. Determinar la frecuencia de dehiscencia de histerorrafia en el parto vaginal y/o en la operación cesárea.
3. Registrar la indicación de la cesárea previa y el porcentaje de éxitos cuando se someten a trabajo de parto.

MATERIAL Y METODOS

Se estudiaron un total de 312 pacientes embarazadas con el antecedente de una cesárea previa, que ingresaron a la Unidad de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de México de la Secretaría de Salud, durante el periodo comprendido del 30 de marzo al 16 de noviembre de 1987.

Los criterios de inclusión fueron: el antecedente de una cesárea previa, con embarazo entre 37 a 42 semanas, en trabajo de parto o periodo expulsivo, sin ruptura prematura de membranas y aceptación de la paciente.

Los criterios de exclusión incluyeron: dos o más cesáreas previas, cirugía uterina diferente a la cesárea, desproporción cefalopélvica, presentaciones anormales, embarazo gemelar, desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, placenta previa, historia obstétrica desconocida, sufrimiento fetal agudo o crónico, inminencia de ruptura uterina, macrosomía fetal, ruptura prematura de membranas de más de 8 horas de latencia, preeclampsia severa o eclampsia e infecciones (linfogranuloma, herpes y condilomatosis genital).

Las pacientes se incluyeron en dos grupos; el grupo A: pacientes con una cesárea previa a las que se les repitió la cesárea a su ingreso de acuerdo al diagnóstico obstétrico. El grupo B: pacientes con una cesárea previa a las que se les permitió prueba de trabajo de parto y parto vaginal. Este grupo se subclasificó en B1 que fueron las pacientes- que se les permitió prueba de trabajo de parto y que terminaron en ope ración cesárea.

Al ingreso de la paciente se realizó una historia clínica completa con exploración física, decidiendo si se les permitía el trabajo de parto. Se canalizó una vena periférica y se tomaron pruebas cruzadas. Las pa cientes a quienes se les permitió prueba de trabajo de parto, se les vi gilo estrechamente la actividad uterina, frecuencia cardiaca fetal, - tensión arterial, datos de inminencia de ruptura uterina, así como, - evolución de la dilatación cervical; después de 6 cms. de dilatación - cervical, se les aplicó bloqueo peridural y con dilatación y borramien- to completo pasaron a la atención del parto. El producto se entregó - al servicio de Neonatología. En el postparto inmediato se realizó ex- ploración de la cavidad uterina valorando la integridad de la histero- rrafía y se exploró el canal del parto. Las pacientes que no tuvieron prueba de trabajo de parto y las pacientes con trabajo de parto falli- do se les realizó operación cesárea.

RESULTADOS

De las 312 pacientes que ingresaron al estudio, a 165 (52.9 %) se les realizó operación cesárea a su ingreso por indicaciones obstétricas, constituyendo el grupo A. Al resto de las pacientes 147 (47.1 %) se les permitió prueba de trabajo de parto, terminando en parto vaginal 116 pacientes (78.9 %) y en operación cesárea 31 pacientes (21.1 %), formando el grupo B y B1 respectivamente (fig.1).

La edad promedio de las pacientes en el grupo A, fue de 24.4 años, en el grupo B de 24.8 años y en el grupo B1 de 24.2 años (tabla 1).

El diagnóstico preoperatorio más frecuente en el grupo A fue desproporción cefalopélvica en 114 pacientes (69 %), cesárea anterior reciente en 15 pacientes (9.1 %), presentaciones anormales en 15 pacientes (9.1 %) y ruptura prematura de membranas en 8 pacientes (4.9 %). Se les realizó cesárea tipo Kerr al 100 % de las pacientes de este grupo (tabla 2).

La terminación del embarazo en el grupo B, fue parto espontáneo en 38 (32.8 %) y parto operatorio en 78 pacientes (67.2 %); de las pacientes con parto espontáneo hubo 34 partos en presentación de vértice (69.5 %), 3 partos en presentación pélvica y un parto gemelar (2.6 %). Aunque la presentación pélvica y el embarazo gemelar fueron criterios de exclusión, las pacientes mencionadas anteriormente llegaron en período expulsivo por lo que se atendieron por vía vaginal y sin compli-

caciones en el binomio materno-fetal; a las pacientes que terminaron - en parto operatorio a 66 pacientes (84.6 %) se les aplicaron fórceps - profilácticos y a 12 de ellas (15.4 %) se les aplicaron fórceps por indicación obstétrica; siendo 10 aplicaciones de fórceps por período expulsivo prolongado (fórceps rotadores) y 2 por sufrimiento fetal agudo

En el grupo B1, las tres indicaciones por las cuales se terminó el em- barazo por vía abdominal fueron: desproporción cefalopélvica/falta de - progresión del trabajo de parto, sufrimiento fetal agudo e inminencia - de ruptura uterina (tabla 3). A las 31 pacientes de este grupo tam - bién se les realizó cesárea tipo Kerr.

Morbimortalidad materna.

En el grupo de pacientes que se les realizó cesárea a su ingreso, pre- sentaron complicaciones 6 pacientes (3.5 %): dos (1.2 %) tuvieron de - ciduomicitis y una paciente (0.6 %) durante la cesárea presentó - desgarro del segmento y cara posterior de vejiga, por lo que se reali- zó histerectomía total abdominal y reparación del desgarro vesical, - con evolución postoperatoria satisfactoria; 3 pacientes (1.8 %) presen- taron deciduomicitis, mionecrosis, infección de la herida quirúrgi- ca y pelviperitonitis, realizándoles histerectomía total abdominal y - en una de las pacientes durante el transoperatorio, se lesionó la veji- ga y se realizó cierre primario de la misma.

En el grupo de pacientes con prueba de trabajo de parto y parto vagi -

te (2.6 %) posterior a parto espontáneo se le encontró dehiscencia parcial de aproximadamente 5 cms. de la histerorrafia, realizándose laparotomía exploradora y cierre primario de la "ventana uterina", con buena evolución postoperatoria; en el grupo de pacientes con parto operatorio presentaron complicaciones el resto de las pacientes (6.4 %), - con un desgarro de cuello, un desgarro vaginal, un hematoma de episiorrafia, un desgarro perineal grado IV y una paciente posterior a la aplicación de fórceps por sufrimiento fetal agudo se encontró dehiscencia total de la histerorrafia, realizándose histerectomía total abdominal, con buena evolución postoperatoria. La indicación de la aplicación de fórceps en las dos primeras pacientes fue profiláctico y en las tres últimas por indicación obstétrica.

En el grupo de pacientes con prueba de trabajo de parto fallida que terminaron en operación cesárea, presentaron complicaciones 2 pacientes (6.4 %): una paciente (3.2 %) tuvo síndrome febril y la otra paciente (3.2 %) durante la cesárea se encontró una dehiscencia parcial de aproximadamente 3 cms. de la histerorrafia, realizándose cierre primario, con evolución postoperatoria satisfactoria.

Sólo una paciente falleció y esto ocurrió en el grupo A, pero no la condicionó el procedimiento quirúrgico, sino que fue una muerte obstétrica directa en una paciente con preeclampsia severa.

Morbimortalidad fetal.

En el grupo de pacientes que se les realizó cesárea a su ingreso, sólo

2 productos (1.2 %) presentaron complicaciones: un producto (0.6 %) - presentó asfixia neonatal leve y otro (0.6 %) una herida en piel durante la cesárea.

En el grupo de pacientes con parto vaginal, presentaron complicaciones 7 productos (6.0 %): un producto (0.8 %) fractura de clavícula, - un producto (0.8 %) traumatismo en oreja izquierda y hubo una muerte neonatal en el producto de la paciente que se le realizó histerectomía total abdominal posterior a la aplicación de fórceps, condicionada por dehiscencia total de la histerorrafia; además de 2 óbitos, un producto inmaduro de 28 semanas de edad gestacional y un anencéfalo. - Corrigiendo la morbilidad y excluyendo a estos últimos 4 productos - quedan 3 productos (2.5 %), con una muerte neonatal (0.8 %).

En el grupo de pacientes con prueba de trabajo de parto fallida, sólo un producto (3.2 %) presentó asfixia neonatal leve.

Prueba de trabajo de parto.

La duración de la prueba de trabajo de parto en el grupo B no fue valorable en 35 pacientes (30.6 %), pues ingresaron a la unidad en período expulsivo y en las 81 pacientes restantes (69.8 %) la prueba de trabajo de parto tuvo un rango de 1 a 24 horas, con 73 pacientes -- (63.5 %) en el intervalo de 1 a 6 horas, siendo conveniente mencionar que a 51 de las 81 pacientes se les aplicaron fórceps profilácticos - para acortar el segundo período del trabajo de parto.

En el grupo B1, la duración de la prueba de trabajo de parto tuvo un rango de 1 a 18 horas, con 22 pacientes (70.9 %) en el intervalo de 1 a 6 horas (tabla 4).

Empleo de oxitocina.

Se usó oxitocina en 12 pacientes (10.3 %) del grupo B y en 6 pacientes (19.4 %) del grupo B1, para regular el trabajo de parto, pero sin que este factor fuera lesivo en la evolución y complicaciones de las pacientes (fig. 2).

Tipo de Anestesia.

El bloqueo peridural fue el más empleado en el grupo con cesárea a su ingreso y en el grupo con prueba de trabajo de parto fallida con 164 pacientes (99.4 %) y 31 pacientes (100 %) respectivamente.

En el grupo con parto vaginal, se empleó bloqueo peridural en 67 pacientes (57.8 %), anestesia general endovenosa en 8 pacientes (6.9 %) bloqueo de pudendos y anestesia local en 25 pacientes (21.6 %) y no se empleó ningún tipo de anestesia en 16 pacientes (13.8 %).

Analizando el intervalo entre la cesárea previa y el embarazo actual, no se encontraron diferencias significativas en ninguno de los 3 grupos, encontrando una media de 2 años 6 meses en el grupo A (rango de 11 meses a 10 años); 3 años 6 meses y 3 años 7 meses en los grupos B- y B1 respectivamente (rango de 1 a 18 años) (fig 3).

El antecedente de uno o más partos después de la cesárea previa se encontró en 4 pacientes (2.4 %) del grupo A, en 31 pacientes del grupo B (26.7 %) y en 4 pacientes (12.9 %) del grupo B1.

Datos de los productos.

Se estudió el Apgar de los productos al minuto y 5 minutos encontrando el mayor número de productos con buena reactividad y se calificaron con puntuación de 7 a 9 a los 5 minutos en el grupo A a 165 productos (100 %), en el grupo B a 108 productos (95.5 %) y en el grupo B1 a 31 productos (100 %), no encontrando diferencias significativas entre los 3 grupos (tablas 5 y 6).

El peso de los productos al nacimiento en el grupo A, tuvo una media de 3135 gr. con un rango de 1800 a 4625 gr; en el grupo B de 2954 gr. con un rango de 900 a 3975 gr. y en el grupo B1 de 3095 gr. con un rango de 2300 a 4000 gr. (fig. 4). Sin encontrar diferencias significativas en los 3 grupos.

La edad gestacional de los productos se encontró entre 37 a 42 semanas en la mayoría de los 3 grupos: en el grupo A 158 productos (95.7 %), en el grupo B 108 productos (93.1 %) y en el grupo B1 31 productos (100 %).

CONCLUSIONES

La operación cesárea es un procedimiento que ha tenido un incremento notable en los últimos años, que se relaciona con la mejor vigilancia electrónica fetal y el desarrollo de la Perinatología, pero también - se ha incrementado el número de cesáreas por la sola indicación de tener una cesárea previa, siendo este tema hasta el momento actual muy controvertido. Se decidió valorar la evolución de las pacientes con una cesárea previa, a las cuales se les permitió prueba de trabajo de parto y parto vaginal, en base a resultados satisfactorios en todas las series estudiadas (1 a 18).

Las complicaciones en el grupo de pacientes a las que se les realizó operación cesárea a su ingreso (grupo A), fue similar a lo observado por otros autores (19,20), predominando las complicaciones infecciosas, con la resultante de incremento en la estancia hospitalaria y mayor riesgo para las pacientes. Al comparar estos datos con el grupo de parto vaginal encontramos que en éste, las complicaciones fueron lesiones del canal blando del parto, que fueron solucionadas de inmediato con mínima repercusión y riesgo para las pacientes, ya que sólo una paciente ameritó una intervención mayor por dehiscencia total de la histerorrafia (histerectomía total abdominal).

En el grupo con prueba de trabajo de parto fallida no se incrementaron las complicaciones; encontrando que las complicaciones fueron similares a las del grupo A (infecciosa y dehiscencia parcial en sólo dos pacientes).

Asimismo la duración del trabajo de parto no incrementó la morbilidad ya que aproximadamente en el 70 % tanto del grupo B y BI, tuvo una duración de una a seis horas, incluso alcanzando algunas pacientes hasta 24 horas de duración, sin que por esto se incrementara la frecuencia de dehiscencia de la histerorrafia; por lo que el someter a pacientes con una cesárea previa a la actividad uterina no aumenta las complicaciones, incluyendo el grupo que finalmente fue operado. Esto demuestra que es aconsejable el permitir la prueba de trabajo de parto en la mayoría de las pacientes a pesar de desconocer (como en este estudio) el antecedente y las características de la cirugía previa.

El empleo de oxitocina fue electivo de acuerdo a la evolución del trabajo de parto, siendo siempre de conducción sin encontrar diferencias entre las pacientes a las que se les aplicó, en comparación con aquéllas que no la requirieron.

El empleo de analgesia no modificó la evolución, ni las complicaciones y permitió la exploración dígitoinstrumental de la cavidad uterina, condiciones de la histerorrafia y canal blando del parto.

La morbilidad fetal fue mayor en el grupo de pacientes que terminaron en parto vaginal, sin embargo, no es mayor que lo observado en pacientes con parto vaginal sin el antecedente de cesárea previa; ya que las complicaciones no fueron directamente relacionadas con el antecedente de la cesárea, sino en aquellos casos en que por indicación obstétrica se efectuó aplicación quirúrgica de fórceps. Complicacio-

nes que pueden disminuirse si en la valoración obstétrica inicial se encuentra la presencia de presentaciones que condicionan trabajo de parto prolongado o la necesidad de aplicación quirúrgica de fórceps, como son las variedades de presentación transversa derecha y posteriores.

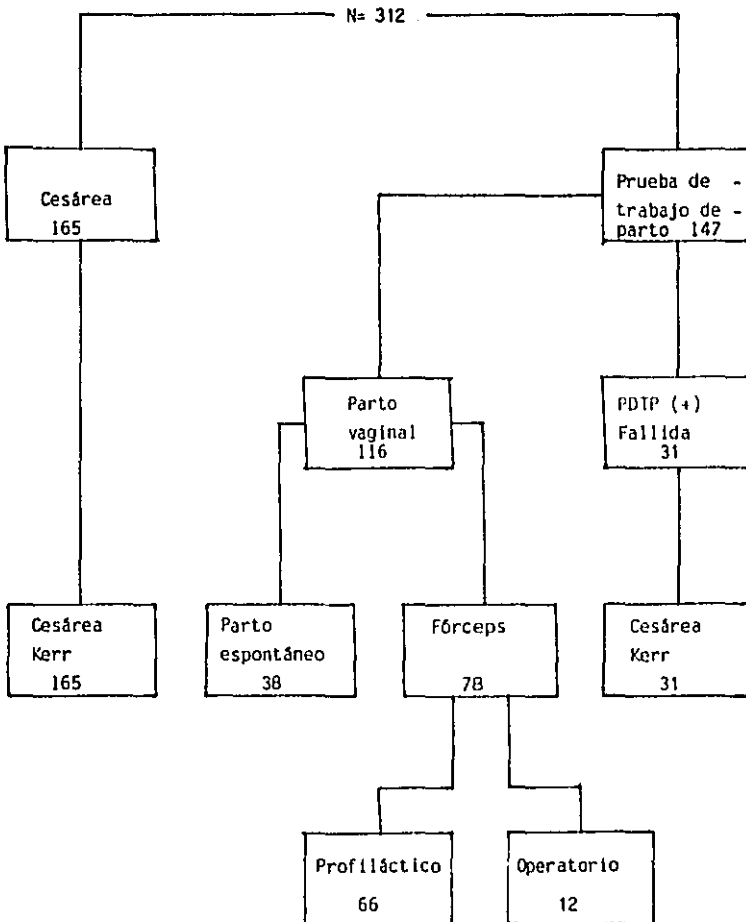
La calificación de Apgar a pesar de la subjetividad del médico neonatólogo y de carecer de gasometría de control, no se observaron diferencias significativas en los tres grupos, ni en el peso de los productos.

El trauma obstétrico fue mayor en el grupo de parto vaginal sin ser directamente relacionado con el antecedente de cesárea, sino con la terminación del parto.

Por lo antes mencionado podemos concluir, que la prueba de trabajo de parto en pacientes con cesárea previa, es un procedimiento seguro y deseable en casi todas las pacientes, ya que no incrementa la morbilidad y lleva a un mejor pronóstico al binomio materno-fetal, además de disminuir la alta frecuencia de operación cesárea y los riesgos que la acompañan.

Figura 1

Diagrama de flujo que muestra la forma en que se dividió la población estudiada.



(+) Prueba de trabajo de parto.

Tabla 1

Distribución por edades en los grupos estudiados.

Edad (años)	Cesáreas		Parto vaginal		PDTP (#) fallida	
	No	%	No	%	No	%
Menos de 20	42	25.5	24	20.6	6	19.3
21 a 25	66	40.0	52	44.8	15	48.3
26 a 30	41	24.8	25	21.5	7	22.5
31 a 35	8	4.8	8	6.8	3	9.6
36 a 40	7	4.2	5	4.3	0	0.0
Más de 40	1	0.6	2	1.7	0	0.0
Total	165	100.0	166	100.0	31	100.0
Media + d.s.	24.40 ± 5.2		24.82 ± 5.5		24.22 ± 4.4	

(#) Prueba de trabajo de parto.

Tabla 2

Diagnóstico preoperatorio en el grupo de pacientes con una cesárea previa a las que se les repitió la operación a su ingreso.

Diagnóstico	No.	%
Desproporción cefalopélvica	114	69.0
Cesárea anterior reciente	15	9.1
Presentaciones anormales	15	9.1
Ruptura prematura de membranas	8	4.9
Sufrimiento fetal agudo	6	3.7
Condilomatosis	2	1.2
Placenta previa	2	1.2
Distocia de partes blandas	1	0.6
Polihidramnios	1	0.6
Postmadurez	1	0.6
Total	165	100.0

Tabla 3.

Diagnóstico preoperatorio en el grupo de pacientes con una --
cesárea previa y que tuvieron prueba de trabajo de parto falli
da.

Diagnóstico	No	%
Desproporción cefalopélvica /falta de progresión del - trabajo de parto.	23	74.2
Sufrimiento fetal agudo.	7	22.6
Inminencia de ruptura uterina.	1	3.2
Total	31	100.0

Tabla 4.

Resultados de la duración de la prueba de trabajo de parto -
de las pacientes con cesárea previa.

Horas	Parto vaginal		PDTP (+) fallida	
	No.	%	No.	%
Expulsivo	35	30.2	0	0.0
1 a 6	73	63.5	22	70.9
7 a 12	7	6.0	6	19.3
13 a 18	0	0.0	3	9.5
19 a 24	1	0.9	0	0.0
Total	116	100.0	31	100.0

(+) Prueba de trabajo de parto.

Figura 2.

Porcentaje de pacientes que usaron oxitocina en el grupo sometido a prueba de trabajo de parto.

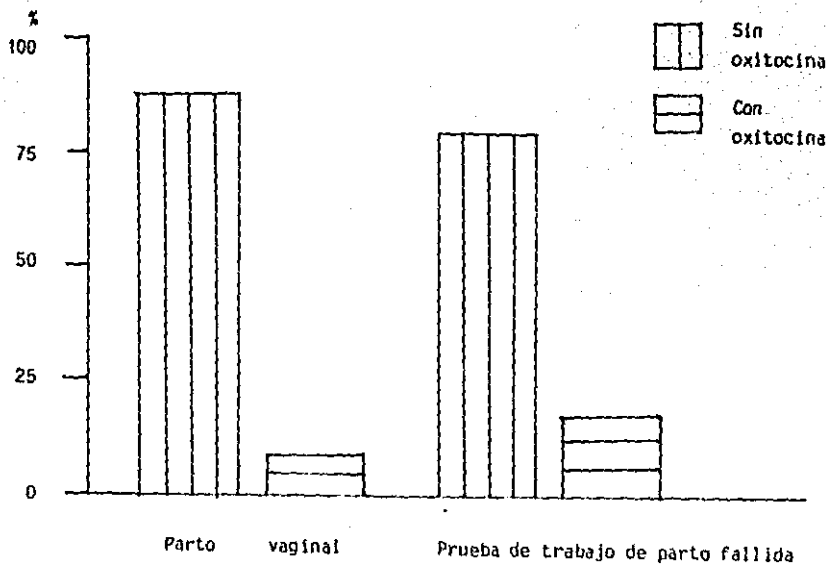


Figura 3.

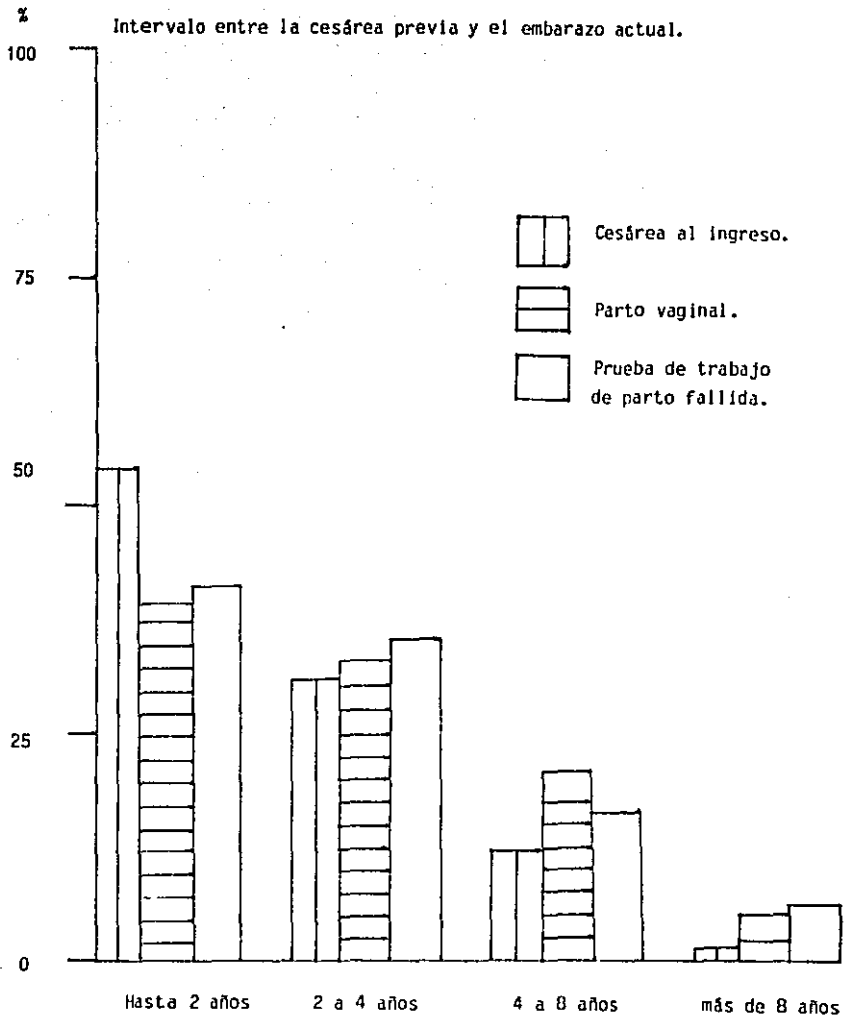


Tabla 5.

Puntuación de Apgar al minuto, obtenida en los productos de los tres grupos de pacientes con el antecedente de una cesárea previa.

	G		R		U		P		D	
	A		B		B1					
Puntuación	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
1 a 3	0	0.0	3	2.6	1	3.2				
4 a 6	22	13.3	13	11.5	6	19.3				
7 a 9	143	86.7	97	85.8	24	77.4				
Total	165	100.0	113	(#) 100.0	31	100.0				
Media ± d.s.	7.30 ± 0.82		7.14 ± 1.20		7.12 ± 1.10					

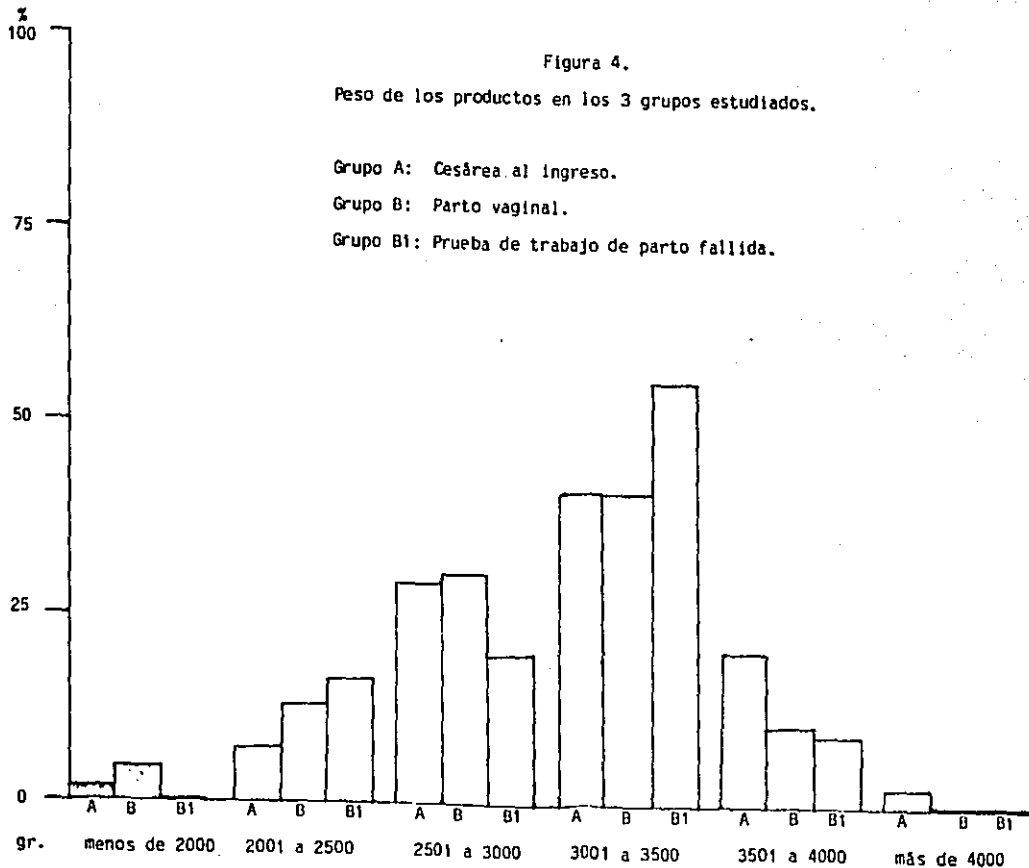
(#) De este grupo se excluyeron 3 productos: dos óbitos y un anencéfalo.

Tabla 6.

Puntuación de Apgar a los 5 minutos, obtenida en los productos de los tres grupos de pacientes con el antecedente de una cesárea - previa.

	G		R		U		P		O	
	A		B		B1					
Puntuación	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
1 a 3	0	0.0	1	0.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0
4 a 6	0	0.0	4	3.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0
7 a 9	165	100.0	108	95.5	31	100.0	31	100.0	31	100.0
Total	165	100.0	113	(#) 100.0	31	100.0	31	100.0	31	100.0
Media ± d.s.	8.75 ± 0.52		8.62 ± 1.00		8.74 ± 0.51					

(#) De este grupo se excluyeron 3 productos: dos óbitos y un anencéfalo.



BIBLIOGRAFIA

1. Lavin J.P., Stephens R.J., Miodovnik M., et al.: Vaginal delivery in patients with a prior cesarean section. *Obstet. and Gynecol.* - Vol. 59, No. 2, Pág: 135-48, 1982.
2. Saldana L.R., Schulman H., and Reuss.: Management of pregnancy after cesarean section. *Am. J. Obstet. Gynecol.* Vol. 135. No 5, pág: 555-61, 1979.
3. Flamm B.L.: Parto vaginal después de cesárea: controversias antiguas y nuevas. *Clín. Obstet. y Ginecol.* Vol. 4, Pág: 925-36, 1985.
4. Yussman M.A. and Haynes D.M.: Rupture of gravid uterus. A 12-year-study. *Obstet. and Gynecol.* Vol. 36, No. 1, Pág: 155-20, 1970.
5. Wadhawan S. and Narone J.N.: Outcome of labor following previous cesarean section. *Int. J. Gynecol. Obstet.* Vol. 21, Pág: 7-10, 1983
6. Jarrell M.A. Ashmead G.G., and Mann L.I.: Vaginal delivery after cesarean section: A five-year study. *Obstet. and Gynecol.* Vol. 65, No 5, Pág: 628-32, 1985.
7. Graham A.R.: Trial labor following previous cesarean section. *Am.-J. Obstet. Gynecol.* Vol. 149, No. 1, Pág: 34-45, 1984.

8. Eglinton G.S., Phelan J.P., Yeh S., and et al.: Outcome of a trial of labor after prior cesarean delivery. *J. Reprod. Med.* Vol. 29, - No 1, Pág: 3-8, 1984.
9. Rudick V., Niv D., Hetman-Peri M., and et al.: Epidural analgesia- for planned vaginal delivery following previous cesarean section.- *Obstet. and Gynecol.* Vol. 64, No. 5, Pág: 621-23, 1984.
10. Mootabar H., Dwyer J.F., Surur F., and et al.: Vaginal delivery - following previous cesarean section in 1983. *Int. J. Gynaecol.* - Vol. 22, Pág: 155-60, 1984.
11. Flamm B.L., Dunnett C., Fischermann E., and et al.: Vaginal delive_ry following cesarean section: Use of oxytocin augmentation and - epidural anesthesia with internal tocodynamic and internal fetal - monitoring. *Am. J. Obstet. Gynecol.* Vol. 148, No. 6 Pág: 759-63, - 1984.
12. Horestein J.M., and Phelan J.P.: Previous cesarean section: The - risks and benefits of oxytocin usage in a trial of labor. *Am. J. - Obstet. Gynecol.* Vol. 151, No. 5. Pág: 564-69, 1985.
13. Paul R.M., Phelan J.P., and Yhe S.: Trial of labor in the patient- with a prior cesarean birth. *Am. J. Obstet. Gynecol.* Vol. 151. No. 3, Pág: 297-304, 1985.

14. Porreco R.P., MEIER P.R.: Trial of labor in patients with multiple previous cesarean section. J. Reprod. Med. Vol. 28, No. 11, - Pág: 770-72, 1983.
15. Douglas R.G., Birnbaum S.J., Macdonald F.A.: Pregnancy and labor following cesarean section. Vol. 86, No. 7, Pág: 961-65, 1963.
16. Morewood G.A., O'Sullivan M.J., McConney J.: Vaginal delivery after cesarean section. Obstet. and Gynecol. Vol. 42, No. 4, Pág: - 589-95, 1973.
17. Donnelly J.P.: Vaginal delivery following cesarean section. Obstet.- and Gynecol. Vol 29, No 6, Pág: 871-74, 1967.
18. Meehan F.P., Moolgaoker A.S., Stalworthy J.: Vaginal delivery under caudal analgesia after caesarean and other major uterine surgery. Brit. Med J. Vol. 2, Pág: 740-42, 1972.
19. Amirikia H., Zarewych B., Evans T.: Cesarean section: A 15-year of changing incidence, indications, and risks. Am. J. Obstet. Gynecol Vol. 140, No 1, Pág: 81-90, 1981.
20. Petitti D.B.: Mortalidad y morbilidad maternas en la cesárea. Clin Obstet. y Ginecol. Vol. 4, Pág: 959-67. 1985.