

11217
103
104

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

= División de Estudios de Postgrado =

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"

VALORACION DEL RIESGO MATERNOFETAL PARA
PARTO, EN PACIENTES CON CESAREA PREVIA

TESIS DE POSTGRADO
QUE PARA OBTENER EL TITULO
EN LA ESPECIALIDAD DE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
PRESENTA EL DOCTOR
= JULIO HECTOR OREA DIAZ =

DIRECTOR DE TESIS
DR. JUAN MIRANDA MURILLO

ASESOR DE TESIS
DR. CARLOS VARGAS GARCIA

SELLA DE ORIGEN

MEXICO, DISTRITO FEDERAL. 1989



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

	Pág.
INTRODUCCION	1
HIPOTESIS	2
JUSTIFICACION	3
OBJETIVOS	4
ANTECEDENTES HISTORICOS	5
CONSIDERACIONES ANATOMOFISIOLOGICAS	8
- Proceso de cicatrización.	
- Cicatrización del músculo uterino.	
PARTO DESPUES DE OPERACION CESAREA	10
MATERIAL Y METODO	13
RESULTADOS	21
ANALISIS	57
CONCLUSIONES	68
RESUMEN	73
BIBLIOGRAFIA	75

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

El antecedente de cesárea previa única no es indicativo de repetición de la operación, a menos que se repita la condición de la primera operación, o que se sospeche de factores que hagan probable un trabajo de parto exhaustivo que ponga en riesgo la integridad del segmento uterino. Sin embargo, cada vez con más frecuencia se indica nueva cesárea considerando solamente el antecedente quirúrgico. ¿ Es adecuada la valoración de estas pacientes para decidir parto o cesárea?. (8).

La indicación de nueva operación cesárea en estas pacientes muchas veces no es adecuada, ya que no se valoran adecuadamente otros parámetros clínicos para clasificar éste riesgo. La operación cesárea se utiliza cada vez con mayor frecuencia (3,4), pero aunque la mortalidad por esta causa es baja (3,4,8), no es totalmente inócua pues presenta una morbilidad de hasta el 30% (3,7,16). -- Además de que los costos son mayores en estos casos.

Creemos que no todas las pacientes con antecedente de cesárea previa deben intervenir nuevamente y que es posible establecer grados de riesgo para permitir el parto con seguridad, lo que permitiría reducir la frecuencia de la operación, que cada vez se incrementa más, obteniendo un beneficio tanto en el costo-paciente, como en la optimización de los recursos materiales y humanos.

H I P O T E S I S

Las pacientes con antecedente de operación - cesárea previa no son valoradas adecuadamente - con el fin de determinar la posibilidad de permitir el trabajo de parto con un buen rango de seguridad.

Es posible diseñar una hoja clínica que valore el riesgo que corre cada paciente para permitirle el trabajo de parto.

Las pacientes valoradas pueden clasificarse de la misma manera que se han clasificado otros tipos de pacientes durante la evolución del embarazo o durante el trabajo de parto. (11).

Creemos que con una vigilancia adecuada, no se elevarán los índices de morbilidad Materno-Fetal al permitirse el trabajo de parto.

J U S T I F I C A C I O N

La valoración cuidadosa y adecuada de las pacientes con cesárea previa, clasificando el riesgo que corren en caso de permitirse el trabajo - de parto, puede ser un método directo de actuar sobre el creciente incremento de la operación cesárea repetida.

Así mismo, esta misma metodología puede servir para posteriormente valorar y clasificar el mismo tipo de riesgo en pacientes primigestas para disminuir también en ellas el número de operaciones.

Al reducir el número de operaciones, reduciremos también el costo del manejo de estas pacientes, los días de hospitalización y la morbimortalidad Materno-Fetal asociada con la cesárea.

OBJETIVOS

El objetivo del presente trabajo es sistematizar la valoración del riesgo para permitir el trabajo de parto en pacientes nulíparas con antecedente de una operación cesárea, y así:

1. Demostrar que es posible lograr el parto con un buen grado de seguridad.
2. Documentar cuales son los parámetros clínicos que se utilizan más frecuentemente para indicar repetir la operación o permitir el trabajo de parto mediante niveles de riesgo.
3. Reducir el número de operaciones cesárea.
4. Reducir el número de días de hospitalización por paciente.
5. Utilizar las hojas de valoración del riesgo para permitir el trabajo de parto como protocolo de manejo de pacientes dentro de el servicio de Ginecología y Obstetricia de nuestra unidad.

ANTECEDENTES HISTORICOS

"TAN SOLO POR EL METODO HISTORICO MUCHOS PROBLEMAS EN MEDICINA PUEDEN SER ENFOCADOS PROVECHOZAMENTE"

Sir. Williams Osler (5)

Como conocemos, la mortalidad relacionada a la operación cesárea fué muy alta hasta antes de la era antibiótica y sobre todo hasta antes de el descubrimiento de la técnica aséptica, de tal manera que para fines del siglo-pasado la operación reportaba una mortalidad por lo menos del 50% de los casos (5,8); así que era poco probable que se repitiera la operación en la misma paciente.

Los avances en las técnicas quirúrgicas (Kerr 1926), así como la asociación de la era aséptica quirúrgica, hicieron más frecuente la operación, sin embargo hacia 1930 se seguía reportando una mortalidad elevada, 15% (8).

La tendencia que prevalecía era: "Cesárea pre - via es igual a nueva cesárea", aforismo establecido por Grain en 1916, con la finalidad de proteger el útero del-trabajo de parto y de la ruptura. (8).

Si analizamos el empleo de la operación en esos tiempos, encontramos que se indicaba casi siempre en casos ab solutos, en donde no era factible el parto por otro medio. Así que, en caso de nuevo embarazo, era casi seguro que se debería emplear nuevamente la operación para resolver-

el embarazo. Sin embargo, prácticamente a partir de la década de los 50's. se amplían las indicaciones de la operación tratando de proteger cada vez más al feto, por lo que el número de pacientes con cesárea repetida se elevó, contribuyendo así al incremento de la misma. (7,14,23).

Así, el obstetra se enfrenta cada vez con mayor frecuencia ante el dilema de permitir el trabajo de parto en pacientes con cesárea previa o por el contrario decidirse a repetir la operación. El mayor temor para permitir el parto siempre ha sido la ruptura de la cicatriz uterina. Esta preocupación llevó a varios investigadores a tratar de establecer la resistencia de la cicatriz uterina; así, en 1955 Baker (1) realizó histerosalpingografías a pacientes que se les detectó cicatriz anormal por tacto posterior al parto, encontrando que el 95% de ellas no mostraron alteraciones significativas.

En 1958, Podevin (1) estudió la cicatriz postcesárea comparándola con las imágenes uterinas de pacientes postparto, sin encontrar diferencias significativas entre los dos grupos. En 1959, después de un estudio largo, afirma que en las pacientes en las cuales se observan irregularidades y sobre todo depresiones de más de 5 mm y arciformes, en la cicatriz uterina, indican un defecto de cicatrización importante que debilita la resistencia de la misma y son más propensas a la rotura (1).

En 1960 V. Ruiz velazco y R Gainz (2) consideran de suma importancia practicar la histerosalpingografía en -- aquellas pacientes que se sospeche de cicatrización deficiente del segmento uterino.

Varios autores se han dedicado a estudiar a las pa-- cientes con cesárea previa y permitirles el parto, por -- ejemplo Meier y Porreco, 1982, permiten el parto después de determinar que no hay impedimento para esto e insisten en la utilización de la radiocefalopelvimetría, reportan su experiencia de dos años en el manejo de estas pacien-- tes con una tasa de de éxito en. 59% de los casos (22,24).

Saldana, Shulman y Reuss en 1983 reportan un éxito - para obtener el parto en el 52% de los casos con una morbilidad del 0.01% y una incidencia de ruptura uterina de 0.66% de los partos asistidos.

CONSIDERACIONES ANATOMOFISIOLÓGICAS

PROCESO DE CICATRIZACIÓN DE UNA HERIDA

La cicatrización de una herida quirúrgica primaria, con aposición correcta de los bordes, pérdida mínima de tejido y sin contaminación bacteriana importante, se efectúa mediante la sucesión ordenada de cambios celulares y moleculares que tienen como finalidad establecer una continuidad estructural mediante la formación de tejido fibroso. Los pasos descritos de este proceso son:

1. Fase de inflamación y elaboración del coágulo.
2. Eliminación del exudado inflamatorio y del material extraño.
3. Proliferación capilar y migración de fibroblastos.
4. Depósito de colágena.

CICATRIZACIÓN EN EL MUSCULO UTERINO

Escencialmente se presentan las mismas fases que se observan en el proceso de cicatrización, pero en este caso entran en juego otros factores propios del músculo puerperal.

1. El músculo uterino no pertenece al grupo de tejidos con células permanentes y en caso de lesión severa presenta neoplasia.
2. La cicatrización se debe llevar a cabo en un órga

no que tiene la capacidad de contraerse y atrofiarse, además de presentar un metabolismo proteico - aumentado.

3. La cicatriz se ve invadida por células musculares de las estructuras vecinas, por lo tanto esencialmente se transforma en una unión músculo-muscular.
4. Por ser un órgano vascularizado, el proceso de cicatrización es acelerado y rápidamente se consolida.
5. La longitud de una herida uterina postcesárea se reduce rápidamente dentro del proceso de involución, de tal manera que los puntos de sutura quedan flojos.
6. La diferencia histológica entre el cuerpo y segmento uterino se encuentra fundamentalmente en la relación músculo/tejido conectivo, en el primero predominan las fibras musculares y en el segmento esta relación está invertida, observandose mayor proporción de fibras de colágena, por lo que la cicatrización en este sector es más densa y fibrosa.
7. Experimentalmente se ha comprobado que la zona cicatrizal es más resistente que el tejido muscular adyacente, produciéndose la ruptura precisamente en el músculo adyacente a la cicatriz y no en esta (29).

PARTO DESPUES DE OPERACION CESAREA

El problema es establecer la resistencia de la cicatriz uterina y a éste respecto se han señalado factores: -- que favorecen una mala cicatrización, El principal se -- relaciona: con la técnica quirúrgica empleada, el cuidado de los tejidos y sobre todo el empleo de un afronta -- miento de los bordes uterinos en un solo plano. Las hemorragias transoperatorias hacen que se emplee mayor material de sutura y se aumente la isquemia de los bordes de la herida. La infección juega otro papel importante.

Esto causa que en la herida se presenten adelgaza- - mientos y excavaciones que debilitan la cicatriz y son - la causa de la dehiscencia de la misma entre las 26 y 40- semanas de gestación, aún sin trabajo de parto (dehiscencia silenciosa o solapada) (8). Por el contrario, si - una cicatriz ha resistido durante el embarazo, es muy poco probable que se presente una ruptura aguda durante el trabajo de parto normal.

Este tópico, permitir el parto después de una cesá-- rea, ha sido analizado por muchos autores los que han lle-- gado a conclusiones diversas y en ocasiones contrarias. - Así, algunos autores norteamericanos recomiendan repetir- la operación en todos los casos. Opinan que el parto va- ginal equivale a una hazaña por parte de la paciente y fa- tiga, no solo a la cicatriz uterina, sino también al tocó

logo. Justifican su proceder fundamentados en la nula -- mortalidad materna observada en grandes grupos estudiados. A la objeción de que en estos casos la mujer se convierte en una inválida obstétrica, responden que el permitir el parto convierte a la mujer en una inválida genital a consecuencia de las alteraciones causadas por el paso del -- producto (23).

Nosotros creemos que en nuestro medio no son válidas las justificaciones mencionadas por estos autores, ya que si adoptamos este criterio el índice de la operación se -- incrementaría y en un futuro todas las pacientes serían - candidatas para resolver su embarazo por vía abdominal.

Por el contrario, los tocólogos europeos aconsejan - una conducta expectante ante un caso de cesárea previa hasta valorar adecuadamente los factores que rodean a la paciente, piensan que una anamnesis cuidadosa y una buena exploración puede determinar si es posible permitir el -- trabajo de parto en estas pacientes (16).

Nosotros comulgamos con este criterio y creemos que -- es posible determinar el riesgo que corre una paciente pa -- ra permitir el trabajo de parto mediante la valoración -- cuidadosa y sistemática de estos casos.

Después de la atención de un parto vaginal en pacien -- tes con antecedente de cesarea debe explorarse el segmen -- to uterino para detectar una probable dehiscencia del mis -- mo, sin embargo, se señala que los pequeños defectos no -

son detectados con esta maniobra. Así es que, algunos au
tores recomiendan el control de estas pacientes con estu-
dio radiológico para valorar el estado de la cicatriz ute
rina. Así mismo, recomiendan el control radiográfico de-
las pacientes después de la primera cesárea para contar -
con un parámetro más que sirva para determinar el estado-
de la cicatriz uterina y establecer si soportará un nuevo
embarazo y en su caso el esfuerzo durante el trabajo de -
parto (2).

MATERIAL Y METODO

El presente estudio se realizó en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E. DEL 1 DE Agosto al 31 de Octubre de 1989.

El grupo de estudio consistió en todas las pacientes que ingresaran al servicio y que cumplieran con los siguientes criterios de inclusión:

1. Pacientes mayores de 18 y menores de 40 años.
2. Embarazo de término (37 a 42 semanas de gestación).
3. Antecedente de una cesárea y nuliparidad.

Los criterios para no incluir a las pacientes fueron:

1. Pacientes menores de 18 y mayores de 40 años.
2. Embarazo menor de 37 o mayor de 42 semanas.
3. Presencia de enfermedad materna o fetal que complicara el embarazo.

El propósito del presente trabajo consiste en sistematizar la valoración clínica de las pacientes para decidir si es posible permitir el parto vaginal. Para tal efecto se diseñó una hoja de ingreso que denominamos: == "Hoja de valoración del riesgo para parto en pacientes con una cesárea previa" =====

Tomamos en cuenta algunos de los parámetros más utilizados en la valoración de este tipo de pacientes y los agrupamos en cuatro apartados principales: 1) Indicación de la cesárea anterior. 2) Otros antecedentes. 3) Datos de la exploración física. 4) Valoración clínica de la pélvis materna. A su vez, clasificamos cada una de las variables en tres grupos principales, de acuerdo con su calidad para determinar el riesgo para permitir el trabajo de parto. Estos grupos se denominaron: 1) Riesgo bajo, 2) Riesgo medio y 3) Riesgo alto.

En la figura No. 1 presentamos este formato, en donde se puede apreciar cada una de las variables consideradas en cada grupo de riesgo, las cuales son tradicionalmente consideradas en la valoración clínica de las pacientes con cesárea previa.

Además se colocó al pie de la hoja un apartado para señalar la calificación del riesgo de cada paciente, señalar el tipo de resolución del embarazo que se sugiere, datos generales de la paciente y firma del médico responsable de la valoración.

El diseño de la hoja de valoración fué especialmente dirigido con la intención de señalar factores de riesgo - mediante una marca, como una "X", en el recuadro que se encuentra a la izquierda de cada variable.

El manejo de esta hoja, así como la valoración de cada paciente, estuvo a cargo de Médicos residentes del servicio de Ginecología y Obstetricia.

HOJA DE VALORACION DE RIESGO PARA PARTO
EN PACIENTES CON CESAREA PREVIA

<input type="checkbox"/> RIESGO BAJO	<input type="checkbox"/> RIESGO MEDIO	<input type="checkbox"/> RIESGO ALTO
INDICACION DE LA CESAREA ANTERIOR		
<input type="checkbox"/> 1 EMBRIA <input type="checkbox"/> 2 PRESENCIA FETIDA <input type="checkbox"/> 3 DILATACION INSUFICIENTE <input type="checkbox"/> 4 EMBRION GEMELAR <input type="checkbox"/> 5 EMBRION HIPOPLASICO	<input type="checkbox"/> 1 R.P.M. <input type="checkbox"/> 2 HEMORRAGIA PREVIA <input type="checkbox"/> 3 EXPULSION HIPOPLASICA <input type="checkbox"/> 4 SITUACION TRANSVERSERA <input type="checkbox"/> 5 S.F.A. <input type="checkbox"/> 6 HELMINTIASIS IDEE <input type="checkbox"/> 7 D.P.P.N.I.	<input type="checkbox"/> 1 D.C.P. <input type="checkbox"/> 2 RUPTURA UTERINA <input type="checkbox"/> 3 FRACTURA ALTA <input type="checkbox"/> 4 PRODUCTO MUERTO <input type="checkbox"/> 5 HELMINTIASIS SEVERA <input type="checkbox"/> 6 HELMINTIASIS

OTRAS AFECCIONES		
<input type="checkbox"/> 6 PUERPERIO SIN COMPLICACIONES <input type="checkbox"/> 7 INDEBILIDAD MAYOR DE 2 MESES <input type="checkbox"/> 8 PESO DE 2000 a 3499 grs.	<input type="checkbox"/> 8 HELMINTIASIS <input type="checkbox"/> 9 entre 1.6 y 2 MESES <input type="checkbox"/> 10 DE 2000 a 3700 grs.	<input type="checkbox"/> 7 MEMBRANAS O MEMBRANECILLA <input type="checkbox"/> 8 MESES DE 1.6 MESES <input type="checkbox"/> 9 3700 grs o MAS

ENTONACION FISICA		
<input type="checkbox"/> 9 A.F.U. 29 a 31 cms <input type="checkbox"/> 10 JEREBIL: 2800 a 3300 grs <input type="checkbox"/> 11 PESO P.MOR DE 10 <input type="checkbox"/> 12 HEMISFERIOS INDESIGUALS <input type="checkbox"/> 13 LIGAMENTO MANTONICO NORMAL <input type="checkbox"/> 14 PRESENCIA DE OVARIOS <input type="checkbox"/> 15 VARIACION ANTERIOR <input type="checkbox"/> 16 PUNTO UNICO <input type="checkbox"/> 17 SITUACION LONGITUDINAL <input type="checkbox"/> 18 C/D MEXOR: 18 a 35 MESES <input type="checkbox"/> 19 ESTATURA MAS DE 1.55 mts. <input type="checkbox"/> 20 PESO DE 36 a 42 kilos	<input type="checkbox"/> 11 MAS DE 31 y hasta 34 cms <input type="checkbox"/> 12 3300 a 3800 grs. <input type="checkbox"/> 13 PESO DE 8 a 10 <input type="checkbox"/> 14 HEMISFERIOS DE 6 HEMISFERIOS <input type="checkbox"/> 15 MEDIO (+) <input type="checkbox"/> 16 VARIACION TRANSVERSERA <input type="checkbox"/> 17 DE 1.45 a 1.49 mts <input type="checkbox"/> 18 DE 36 a 37 kilos	<input type="checkbox"/> 10 MAS DE 34 o menos de 29 <input type="checkbox"/> 11 MAS DE 3800 grs <input type="checkbox"/> 12 PESO DE 7 O MENOS <input type="checkbox"/> 13 PRODUCTO MAS DE 6 HEMISFERIOS <input type="checkbox"/> 14 MEDIO (+ o mas) <input type="checkbox"/> 15 CUALQUIER OTRA PRESENCIA <input type="checkbox"/> 16 VARIACION POSTERIOR <input type="checkbox"/> 17 LOS O MAS HEMISFERIOS <input type="checkbox"/> 18 SITUACION TRANSVERSERA <input type="checkbox"/> 19 MEJOR DE 25, MEJOR DE 16 MESES <input type="checkbox"/> 20 MEJOR DE 1.45 mts. <input type="checkbox"/> 21 MEJOR DE 36 o MENOR DE 42 Sem.

VALORACION CLINICA DE LA PARTO		
<input type="checkbox"/> 21 NO SE TUA HOMBRO <input type="checkbox"/> 22 HILLIS (Se tocan y desciende) <input type="checkbox"/> 23 HILLIS 90 a 110 grados <input type="checkbox"/> 24 ESTADOS MAS <input type="checkbox"/> 25 HILLIS DE 9 o MAS cm. <input type="checkbox"/> 26 EST. S/C/O C/O: DE 3 cms <input type="checkbox"/> 27 S/C/O C/O: C/O: C/O <input type="checkbox"/> 28 HILLIS INCLINADO <input type="checkbox"/> 29 ESTADIOS MAS DE 8 cms. <input type="checkbox"/> 30 EST. DE 18 O MAS DE 15	<input type="checkbox"/> 19 SE TUA SEGUIDA SUVA <input type="checkbox"/> 20 HILLIS (No desciende) <input type="checkbox"/> 21 HILLIS mayor de 110 grados <input type="checkbox"/> 22 ESTADOS DESIGUALS <input type="checkbox"/> 23 HILLIS DE 7 a 8 cms. <input type="checkbox"/> 24 ESTADIOS MAS DE 3 cms. <input type="checkbox"/> 25 S/C/O C/O: C/O: C/O <input type="checkbox"/> 26 S/C/O C/O: C/O: C/O <input type="checkbox"/> 27 ESTADIOS ENTRE 7 y 8 cms. <input type="checkbox"/> 28 1. de los 11 a 14 cms	<input type="checkbox"/> 22 SE TUA EL HOMBRO <input type="checkbox"/> 23 HILLIS NEGATIVA <input type="checkbox"/> 24 HILLIS DE 90 grados <input type="checkbox"/> 25 ESTADOS HOMOGENEOS <input type="checkbox"/> 26 HILLIS MEJOR DE 7 cms. <input type="checkbox"/> 27 ESTADIOS MAS DE 3 cms. <input type="checkbox"/> 28 S/C/O NEGATIVO <input type="checkbox"/> 29 C/O: C/O: C/O <input type="checkbox"/> 30 MEJOR DE 7 cms. <input type="checkbox"/> 31 LEVOS 10 o MENOS

CLASIFICACION DEL RIESGO: BAJO MEDIO ALTO

TIPO DE RESOLUCION: PARTO CESAREA

Señalar con una X el dato(s) positivo(s) en la valoración.

NOMBRE DE LA PACIENTE _____

EXPEDIENTE _____ EDADE _____

MEDICO RESPONSABLE

Toda paciente incluida en el estudio firmó la autorización de tratamiento, este trámite se realizó mediante la hoja correspondiente de uso general dentro del hospital.

Las pacientes que demostraron presentar factores de riesgo alto para permitir el trabajo de parto, mediante el uso de la hoja ya descrita, fueron candidatas para interrumpir el embarazo por vía abdominal, mientras que aquellas con factores de riesgo medio o bajo fueron candidatas a prueba de trabajo de parto, con seguimiento estricto y gráfico mediante la utilización de la "Guía de evaluación del riesgo durante el trabajo de parto". (Figura 2).

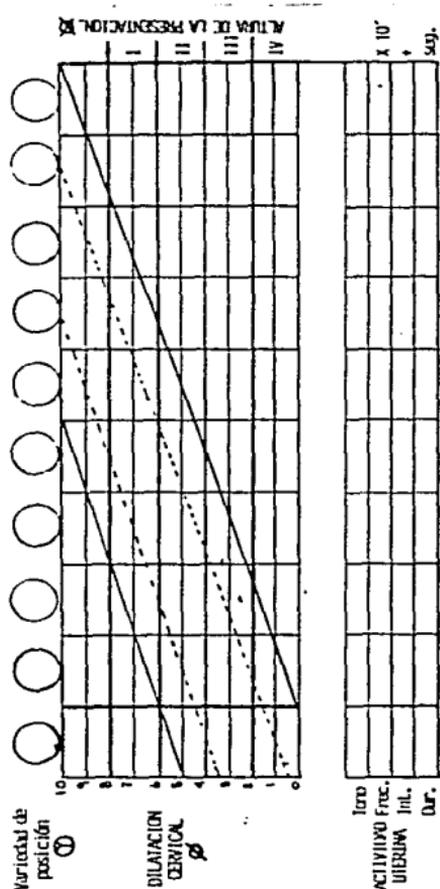
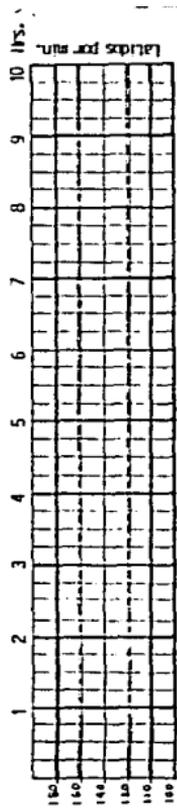
Esta guía es el resultado de trabajos previos realizados en nuestro hospital y consiste básicamente de cuatro apartados: 1) Cuadrícula para registro de la frecuencia cardíaca fetal - cada 15 min. y durante 10 horas como máximo. Presenta una zona central con rango entre 120 y 160 latidos por minuto, que se considera lo normal. Enseguida, tanto hacia arriba como hacia abajo presenta una línea discontinua señalando los límites de 160 y 110 latidos por min. respectivamente, esta línea delimita la zona de alarma. Finalmente presenta otra línea continua en los rangos de 110 y 180 latidos por min. y delimita la llamada zona de acción. 2) Cuadrícula para el registro de la dilatación cervical y altura de la presentación fetal, relacionado con diez horas de evolución. A este apartado le agregamos también dos líneas que delimitan zonas de alarma y acción, línea discontinua y continua respectivamente. 3) El siguiente apartado corresponde a una cuadrícula para registro

NOMBRE: _____
 EDAD: _____ años
 G. P.: A. C.: P.M.
 P.P.: SEMENES:
 fecha y hora de inicio del T. de parto

VALORACION DEL RIESGO INTRINSECO
 BAJO --- Parto en cama
 MEDIO --- Equilibrado
 ALTO --- Cinesia

DATOS DEL NACIMIENTO
 año mes día hora min
 PRIMO EN OMB DIFUSION
 DESAZA Sotoclararia
 Convulsa
 EPISIODIOMA Mella Medioblat.
 FODJUS Obajo Molidadajo
 Indicación:
 ANGESIA UBU Prolactas
 General

DATOS DEL RECIER NACIDO
 SEXO: M F PESO: _____ grs.
 VIVO OUITO MBRTE MEMBIAL
 APORE: 1' _____ 5' _____ ONG.
MUTACIONES:
 CAURO: _____ Sem.



ACTIVIDAD Frec. UIERUMA Int. Dur.										
temperatura										
oxigenativa										
irritabilid										
AVULSIA										
TEMPERATURA										
T.A.										
FEDA										
HORA										
Médico clave.										

——— Línea de acción
 - - - - - Línea de alarma

FIGURA NO. 2

de la actividad uterina con sus cuatro características: Tono, frecuencia, intensidad y duración. 4) Finalmente la cuadrícula ubicada en la parte baja de la hoja, corresponde a el registro de eventualidades que acompañan al trabajo de parto como: Estado de las membranas placentarias y/o el momento de la amniorrexis, Uso de oxitocina y dosis, Uso de inhibidores, Registro de temperatura y tensión arterial de la madre, así como la fecha y hora de cada valoración acompañada de la clave del médico responsable.

A la izquierda de la hoja se encuentran cuatro espacios bien delimitados para registrar: 1) Los datos generales de la paciente, antecedentes, fecha y hora del inicio del trabajo de parto. 2) La valoración del riesgo materno-fetal intraparto. 3) Datos concernientes al nacimiento como la fecha y hora del mismo, el tipo de resolución y maniobras de apoyo y las características de la placenta y el líquido amniótico. 4) Datos del recién nacido como: Sexo, peso en gramos, vitalidad, Calificación de Apgar, talla en cms., malformaciones y valoración por parámetros de Capurro.

La figura Nº. 2 nos muestra esta hoja con las modificaciones realizadas con las líneas de acción y de alarma claramente definidas.

Toda paciente que ingresó para prueba de trabajo de parto debería estar en fase activa del trabajo de parto, por lo que el registro inicial debería coincidir dentro del área del bajo riesgo (entre las líneas discontinuas), así por ejemplo si una paciente presentara a su ingreso una dilatación de 6 -

cms. ésta debería registrarse en la cuarta columna (4 horas) coincidiendo con el número 6 del lado izquierdo, de tal manera se encuentre entre las líneas continuas (área de bajo riesgo intraparto) y así seguir la evolución del trabajo de parto en forma adecuada. Así mismo, se registra la frecuencia cardíaca fetal cada 15 minutos en la cuadrícula correspondiente y se anotan los demás parámetros cada hora.

Si durante la evolución del trabajo de parto se detectaba que la paciente entraba en una zona de alarma, ya sea por detención de la dilatación o por alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal, se vigilaba a la paciente en busca de datos complementarios para determinar la posible causa y corregirla. Si así sucedía, se continuaba vigilando la evolución del trabajo de parto; pero si por el contrario, persistían el factor de riesgo y se cruzaba la línea de acción, la decisión era interrumpir el embarazo por vía abdominal.

Todas las pacientes fueron vigiladas de esta manera, se evitó el uso de oxitocina y se trató de proporcionar analgésia obstétrica al alcanzar siete o más cms. de dilatación cervical.

En la atención del parto se emplearon las normas establecidas de asepsia y antisepsia y también se procuró emplear un fórceps bajo en todas ellas de manera profiláctica. Después del alumbramiento se realizó exploración manual de la cavidad uterina en atención a descubrir al

gún defecto del segmento uterino.

Se analizaron cada uno de los factores involucrados en la valoración del riesgo para permitir el parto, determinando la sensibilidad, especificidad y valor predictivo positivo.

Se compararon los resultados obtenidos con los reportes previos de esta unidad y de la literatura internacional.

Las diferencias observadas en la comparación de los grupos estudiados fueron analizadas para encontrar si esta observación tenía algún significado estadístico, principalmente utilizando "chi cuadrada". (27).

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio fueron registradas en la unidad de Ginecobstetricia 1086 pacientes que obtuvieron recién nacidos vivos. El 67.5% de ellas (735 casos) no tenían antecedente de cesárea, mientras que el 32.5% (351 casos) presentaron positivo este dato. Dentro de este último grupo 236 pacientes no fueron incluidas en el estudio por tener antecedente de parto vaginal o por tener dos o más cesáreas previas.

Se encontró que 115 pacientes, es decir, el 32.7% del total de pacientes con antecedente de cesárea, cumplieron los criterios de inclusión para el estudio: Nulíparas, con embarazo de término y sin enfermedad materna o fetal que complicara el embarazo. (CUADRO Nº.1).

EDAD MATERNA.

La distribución de frecuencias para la edad materna observada en las pacientes con antecedente de cesárea, pero que se excluyeron del estudio, reportó un mayor porcentaje entre los 26 y 30 años con el 38% de los casos (89 pacientes), seguido de el grupo entre 21 y 25 años con el 26% (61 pacientes), el tercer lugar para el grupo de 36 a 40 años con el 15% (36-pacientes), después el grupo de 31 a 35 años con el 13% (31 -pacientes) y finalmente el grupo de 15 a 20 años con el 8% de los casos (19 pacientes). La media aritmética fué de 27.2 ± 4.2 y el rango fluctuó entre 18 y 41 años. (CUADRO Nº. 2)

La distribución de frecuencias de la edad materna en el grupo de estudio reportó el 48.7% de los casos (56 pacientes) para el grupo de 21 a 25 años de edad, seguida de el 26.1% --

(30 pacientes) entre 26 y 30 años, el 12.2% (14 pacientes) - entre los 31 y 35 años, 8.7% (10 pacientes) entre 15 y 20 años y finalmente el 4.3% (5 pacientes) con 36 a 40 años de edad. La media aritmética en este grupo fué de 24.8 ± 4.4 con un -- rango entre 19 y 36 años.

Se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre la distribución de frecuencias para la edad materna entre los dos grupos, observandose que la mayoría de pacientes en el primer grupo se encuentra entre los 26 y 30 años y además hay un mayor porcentaje de pacientes en el grupo de 36 a 40 años con respecto al grupo de estudio.

VALORACION DEL RIESGO PARA PERMITIR EL TRABAJO DE PARTO.

El cuadro Nº. 3 muestra la distribución de las pacientes nulíparas con antecedente de una cesárea previa y su relación con la valoración clínica del riesgo para permitir el parto. Se observa que fueron valoradas 102 pacientes : del total (88.7%), no fueron valoradas (por omisión) 6 pacientes (5.2%) y 7 pacientes no cumplieron con los criterios de inclusión del estudio.

El cuadro Nº. 4 nos muestra la distribución de las pacientes incluidas en el estudio (102) en relación con el resultado de la valoración del riesgo para parto. Observamos que el 58.8% de ellas (60 pacientes) presentaron un riesgo - alto para permitir el parto, mientras que el 33.4% (34 pacientes) se encontraron con un riesgo bajo. Solo el 7.8% presen

tó riesgo medio (8 pacientes).

VALOR DE LOS PARAMETROS CLINICOS
PARA DETECTAR RIESGO ALTO.

El cuadro número 5 muestra los resultados obtenidos - al valorar cada uno de los parámetros clínicos positivos- en el caso de alto riesgo por Desproporción cefalopélvica. El número de pacientes, en este caso, fué de 25. Se observa que se ha calculado la sensibilidad de cada uno de los parámetros clínicos, no así con la especificidad y el valor predictivo positivo.

Esto se debe a que, para poder calcular el valor de - especificidad de un dato (veracidad), es necesario comparar la sensibilidad (grado de presición) mediante un parámetro que compruebe si el dato observado es cierto o falso. Este es el caso, por ejemplo, de la valoración clínica de la pélvis, donde no contamos con un parámetro comparativo para saber si efectivamente cada paciente presenta estos datos positivos. Esta observación nos hace pensar- que la manera de establecer una comparación sería, con las limitantes conocidas, obtener un estudio radiocefalopélvico.

Por otra parte, el valor predictivo positivo de cada- uno de los parámetros se obtiene relacionando el número - de datos positivos comprobados con el total de las pacientes, así que si no conocemos si el dato es veraz, no podemos calcular el valor predictivo.

En el caso de algunos datos, se estableció la especificidad y predictividad, relacionando algunos datos obtenidos como: En el caso de el antecedente del peso del Recién nacido anterior, se tomó el peso registrado de sus recién nacidos actuales; - - - -. considerando un peso mayor de 3500 grs, así también se tomó para la Altura del fondo uterino y el cálculo del peso del producto mediante la fórmula de Johnson.

El antecedente de cesárea previa por DCP, se relacionó con los hallazgos clínicos, que concordaron con pélvis inadecuadas para el parto, así, se detectó que 18 pacientes presentaron espinas prominentes, diámetro biciático menor de 7 cms y diámetro bituberoso menor de 7 cms. Estas 18 pacientes sirvieron de relación para establecer la predictividad y especificidad de este dato, dandonos una sensibilidad del 84%, especificidad 85.7% y un valor predictivo del 72%.

La altura del fondo uterino resultó, en estos casos con una sensibilidad del 60%, especificidad del 80% y un valor predictivo positivo para detectar alto riesgo del 48%.

En la valoración de la pélvis, los parámetros más sensibles para detectar pélvis inadecuada fueron: Prueba de Hillis negativa (84%); Espinas prominentes, Diámetro biciático menor de 7 cms. y diámetro bituberoso menor de 7 cm. (C/U 72%).

Se encontraron 11 pacientes con alto riesgo para parto que no pudo detectar la hoja de ingreso diseñada por nosotros, a causa de carecer de parámetros adecuados que señalaran estos.

Un 10% de las pacientes presenta - ron alto riesgo por baja reserva fetal (6 casos); el 5% por sufrimiento fetal agudo (3 casos) y el 3% por inminencia de ruptura del segmento uterino. (Cuadro Nº.10)

Sin embargo, solo dos recién nacidos, con diagnóstico de baja reserva fetal, presentaron una calificación de Ag gar menor de 6 y uno en el caso de diagnóstico de sufrimiento fetal agudo.

Sólo se reportó un segmento muy adelgazado entre las pacientes con diagnóstico de inminencia de ruptura del -- segmento uterino.

Sobre este particular, ausencia de datos para valorar estos casos de alto riesgo, se comentará posteriormente - las sugerencias que se harán al respecto.

VALOR DE LOS PARAMETROS
CLINICOS PARA DETECTAR RIESGO MEDIO.

Los resultados obtenidos de la valoración de pacientes clasificadas como riesgo medio para permitir el trabajo de parto se muestra en el cuadro Nº. 11, los parámetros que se relacionaron para obtener la especificidad y el valor predictivo fueron el número de pacientes que obtuvieron parto vaginal y el peso registrado de los recién nacidos, en cada caso particular como se señala en el cuadro.

Los parámetros con mayor sensibilidad para detectar el riesgo fueron: Periodo intergenésico entre 1.6 y 2 años -- (87.5%). La determinación de la altura del fondo uterino -- entre 31 y 34 cms. (100%), cálculo del peso fetal por método de Johnson (75%) y en cuanto a la valoración clínica de la pelvis encontramos datos sugestivos de pelvis limítrofe al menos en el 50% de los casos: Maniobra de Hillis (se -- aboca el producto pero no desciende) (50%), Espinas ciáticas insinuadas (87.5%), Paredes ligeramente convergentes-- (62.5%) y diámetro bituberoso entre 7 y 8 cms (50%).

La especificidad de todos estos parámetros pélvicos -- fué superior al 70%, mientras que el valor para predecir -- una pelvis límite fué: 60% para Hillis, 62.5% para las espinas ciáticas, 62.5% para las paredes pélvicas.

Los otros parámetros con un valor predictivo de más de 50% para riesgo alto fueron la determinación de la altura uterina (62.5%) y la valoración del peso por Johnson (50%).

VALOR DE LOS PARAMETROS CLINICOS
PARA DETECTAR EL RIESGO BAJO.

El cuadro Nº. 12 muestra el resultado del análisis estadístico para establecer los valores de sensibilidad, especificidad y valor predictivo positivo para establecer el bajo riesgo para permitir el trabajo de parto.

Como podemos observar, los parámetros más sensibles dentro de los antecedentes clínicos son: Puerperio sin complicación en el 94%, el periodo intergenésico mayor de 2 años con el 100% y el peso del producto anterior con el 94.1%. Los restantes presentaron una sensibilidad menor de el 50%.

Dentro de los datos recogidos a la exploración física encontramos que todos los mencionados en el cuadro Nº. 12 presentaron una sensibilidad elevada (mayor del 80%); así mismo todos los parámetros de la valoración pélvica presentaron una sensibilidad mayor del 80%.

Para establecer la especificidad de los datos, se tomaron como datos comparativos el peso de los recién nacidos y el número de pacientes que lograron el parto vaginal en este grupo. Otros parámetros, como: el estado de las membranas, las características del líquido amniótico, la presentación, la variedad de posición, el número y situación del feto, fueron corroborados ya sea al momento de ingresar la paciente a la sala de labor o en el momento de el parto .

La especificidad de los parámetros clínicos de bajo-riesgo = = = = fué mayor del 75% para todos ellos. El valor predictivo, como ya dijimos, es la relación de el número de observaciones positivas relacionadas con el total de eventos, en este caso el número de las pacientes includas fué de 34.

Los parámetros con una predictividad positiva mayor del 75% fueron:

1. Puerperio no complicado	88.2%
2. Intergenésico mayor de 2 años	76.4%
3. Feto anterior de 2.6 a 3.2 Kgs.	88.2%
4. A.F.U entre 29 y 31 cms.	79.4%
5. Johnson: 2800 - 3200 grs	79.4%
6. Membranas íntegras	82.3%
7. Líquido amniótico normal	100.0%
8. Presentación cefálica	100.0%
9. Variedad de posición anterior	82.3%
10. Producto Único	100.0%
11. Situación longitudinal	100.0%
12. No se toca promontorio	88.2%
13. Hillis positiva	88.2%
14. Angulo subpúbico 90 -110°	88.2%
15. Espinas romas	88.2%
16. Sacro cóncavo	88.2%
17. Paredes paralelas	88.2%
18. Otros valores pélvicos	88.2%

En el cuadro N^o. 13 se muestra el número de pacientes con riesgo alto y las causas de este en orden decreciente con respecto a la frecuencia observada.

Veinticinco pacientes presentaron DCP (41.7%); once-pacientes por periodo intergenésico corto (19.3%); siete-por ruptura prematura de membranas con cervix desfavorable (11.6%); seis pacientes por baja reserva fetal (10%); tres pacientes con sufrimiento fetal agudo (5.0%); tres-pacientes con presentación pélvica (5.0%); dos más con situación transversa (3.4%); 2 con inminencia de ruptura del segmento uterino (3.4%); y una paciente con embarazo gemalar (2.6%).

INCIDENCIA DE PRUEBA DE TRABAJO DE PARTO EN LAS PACIENTES INCLUIDAS EN EL ESTUDIO.

El cuadro N^o. 14 muestra el número de pacientes que se incluyeron en el presente estudio, que fueron 102, así mismo muestra el número de pacientes en que se permitió el trabajo de parto, 42 (41.2%). La tasa de éxito general, es decir, el número de ellas que lograron el parto fué de 33 pacientes (78.0%).

En el cuadro N^o. 15 se muestra la tasa de éxito obtenida para lograr el parto, relacionado con la calificación del riesgo: observamos que el bajo riesgo presentó una taza del 88.2% con 30 pacientes, mientras que el riesgo medio solo presentó una tasa de 37.5%.

Se buscó, entre las pacientes que lograron el parto, la causa de la primera cesárea, encontrando los siguientes datos que se muestran en el cuadro Nº. 16:

1. Dilatación estacionaria	48.5%
2. Periodo expulsivo prolongado	18.1%
3. Desproporción cefalopélvica	15.2%
4. Ruptura prematura de membranas	9.0%
5. Presentación pélvica	6.2%
6. Sufrimiento fetal agudo	3.0%

CAUSAS DE FRACASO PARA LOGRAR EL PARTO VAGINAL.

En las pacientes con riesgo medio para trabajo de parto encontramos que la tasa de fracaso fué alta, 65.5% de los casos, en el cuadro Nº. 17 presentamos los resultados a este respecto y las causas por las que se elevó el riesgo. Encontramos que tres pacientes presentaron prolongación del trabajo de parto detectado por cruzar las líneas de acción del partograma con respecto a la progresión de la dilatación cervical. Una paciente presentó taquicardia fetal persistente a pesar de las maniobras habituales de asistencia como son posición materna, hidratación, etc. por lo que se consideró alto riesgo. Otra paciente presentó durante la evolución del trabajo de parto descensos importantes de la frecuencia cardíaca fetal del tipo DIP II por lo que se consideró riesgo elevado para proseguir con el trabajo de parto.

Las pacientes con retraso de la progresión cervical,

presentaron como mínimo 5 horas de trabajo de parto en fase activa y se consideró alto riesgo para permitir que se continuara el trabajo de parto sin utilizar oxitocina.

En el caso de las pacientes con riesgo bajo para parto se encontró una tasa baja de fracaso, de solo el 11.7% de los casos, como se muestra en el cuadro Nº. 18. En este caso se detectó elevación del riesgo en tres pacientes a causa de prolongación del trabajo de parto, cruzando las líneas de acción en el cervicograma después de por lo menos 5 horas de trabajo de parto en fase activa. Como lo indicamos en el protocolo de estudio, no se utilizó --oxitocina en ningún caso y se consideró elevado el riesgo para permitir continuar el trabajo de parto.

Una paciente presentó una variedad de posición = = = = = Oxipito-derecha posterior, con una altura de la presentación en el tercer plano de Hodge, por lo que se consideró elevado el riesgo para continuar con el trabajo de parto.

DISTRIBUCION DE LA CALIFICACION DE APGAR EN LOS RECIEN NACIDOS.

En el cuadro Nº. 19 se muestra la distribución de -- frecuencia de la calificación de Apgar realizada a los recién nacidos al minuto de su obtención. Se muestran tanto los obtenidos por parto como por cesárea. Se observa que los recién nacidos por parto presentaron en el 100% -

de los casos una calificación mayor de 6, mientras que entre los obtenidos por operación cesárea sólo el 93.9% presentó una calificación mayor de 6 y el resto 6.1% obtuvo una calificación menor de 6. Sin embargo el estudio estadístico mediante chí cuadrada demostró que esta diferencia no es estadísticamente significativa. (p menor de 0.30)

En el cuadro Nº. 20 se muestran los resultados de la calificación de Apgar a los cinco minutos del nacimiento. Se observa que prácticamente en los dos grupos el 100% de los casos presentó una calificación superior a 8; pero en el caso de los recién nacidos por operación cesárea encontramos 6 (7.3%) con una calificación entre 6 y 7. Aún así la comparación estadística entre los grupos arrojó un resultado con p menor de 0.20, lo que significa que la diferencia observada no es estadísticamente significativa.

DISTRIBUCION DEL PESO DE LOS RECIEN NACIDOS.

En el cuadro Nº. 21 se muestra la distribución de frecuencias encontrada en los recién nacidos del grupo de estudio e incluimos en el caso de los nacidos por operación cesárea al total de las pacientes con antecedente de una cesárea y nulíparas, aunque no se hallan incluido en el estudio. Encontramos que la mayor frecuencia se encontró en el grupo de 3000 a 3499 grs con el 45.1% (35 casos) en los obtenidos por cesárea y de 42.4% (16 casos) entre los obtenidos por parto vaginal.

El siguiente grupo en frecuencia es el de peso entre 2500 y 2999 grs con 20.7% (15 casos) entre los nacidos por cesárea y 33.3% (11 casos) entre los nacidos por parto.

El siguiente grupo lo forman los nacidos con peso entre 3500 y 3999 grs con el 23.2% (10 casos) en cesáreas y 18.2% (6 casos) entre los nacidos por parto. Finalmente se encontró un 2.4% (2 casos) de recién nacidos por operación cesárea con peso entre 2000 y 2499 grs; y 8.6% (7-casos) con peso mayor de 4000 grs.

La media aritmética para el grupo de R.N. obtenidos por parto fué de 3,147 grs \pm 6.51 con un rango entre 2500 y 3700 grs. Mientras que en el grupo obtenido por cesárea la media fué de 3,247 \pm 6.83 con un rango entre 2200 y - 4200 grs.

APLICACION DE FORCEPS PROFILACTICOS.

Fueron aplicados 26 fórceps a las pacientes que obtuvieron sus productos por parto vaginal, el cuadro Nº. 22- nos muestra la frecuencia de aplicación de estos en relación con el tipo de fórceps. Se aplicaron 6 fórceps tipo Simpson, cinco de ellos bajos y uno medio-bajo. El fórceps de Salinas se aplicó en el 46% de los casos (12 pacientes) y de ellos tres fueron medio-bajos y nueve bajos. El fórceps de Kjelland se empleó en 8 pacientes (31%) y todos se aplicaron medio-bajos. (CUADRO Nº. 22).

MORBIMORTALIDAD MATERNO FETAL.

Tanto la mortalidad materna como la fetal fueron de cero durante el periodo de estudio. Se detectó una frecuencia de complicaciones maternas en el 18.8% de los casos - resueltos por parto y en el 6.1% de los resueltos por cesárea. Mientras que la frecuencia de complicaciones fetales fué del 19.5% para los nacidos por parto y de 15.1% para los nacidos por operación cesárea. (Cuadro Nº. 23)

Las causas de morbilidad materna fueron, en las pacientes con parto, desgarró perineal de 2do. grado en 5-casos; mientras que las pacientes con operación cesárea - presentaron Infección cuatro pacientes e íleo parálitico - una paciente. (cuadro Nº. 23).

Entre las causas de morbilidad fetal encontramos que entre los nacidos por parto vaginal se registró bajo peso del recién nacido en cinco casos. Mientras que entre los nacidos por operación cesárea se registraron ocho con peso bajo, cinco con hipoxia y tres con edad gestacional -- pretérmino. (Cuadro Nº. 23)

Las diferencias observadas entre los grupos de pacientes con parto y con operación cesárea resultaron estadísticamente significativas, siendo la p menor de 0.05 en el caso de la morbilidad materna, y la p menor de 0.01 en el caso de la morbilidad fetal.

DIAS ESTANCIA.

El cuadro Nº. 24 nos muestra los días estancia hospitalaria de las pacientes que resolvieron su embarazo por parto o por operación cesárea. Observamos que en el primer grupo 28 pacientes (82.4%) permanecieron hospitalizadas solo un día; y 6 (17.6%) de 2 a 3 días. Mientras que en el segundo grupo 58 pacientes (85.3%) lo estuvieron -- también de 2 a 3 días y 10 (14.7%) cuatro o más días.

La diferencia observada es significativa p menor de - 0.001.

Los días estancia de las pacientes con morbilidad tam bién fué significativa ya que las pacientes en el grupo - de parto permanecieron sblo 24 horas, mientras que las - que presentaron complicaciones en el grupo de cesáreas, - todas permanecieron cuatro o más días. p menor de 0.05.

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"
 I . S . S . S . T . E .
 SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

RIESGO PARA PARTO EN NULÍPARAS CON UNA CESAREA PREVIA. 1 Ago. - 31 Oct. 1989.

CUADRO Nº. 1.

Total de pacientes ingresadas al servicio de ginecobstetricia, relacionadas con el antecedente de cesárea.

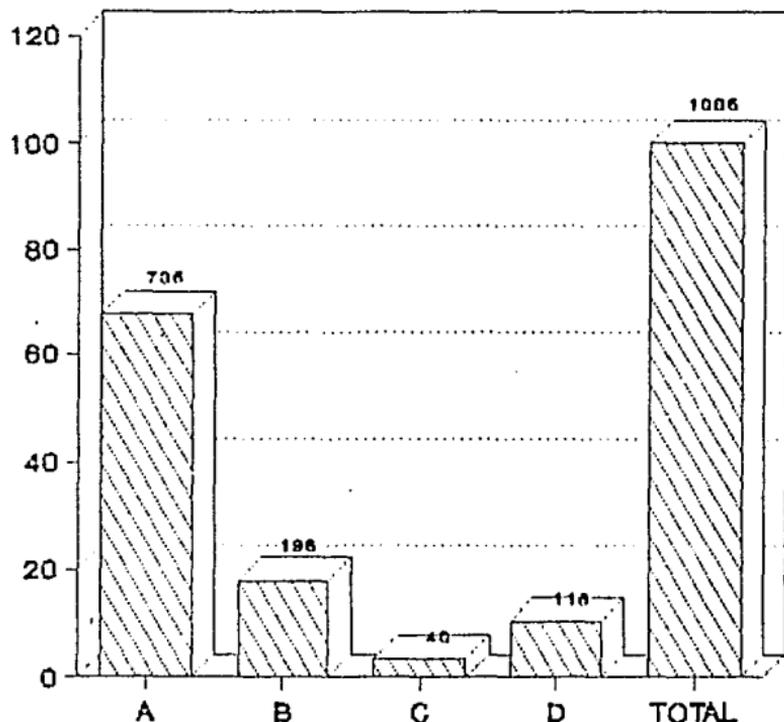
Antecedente	Nº. pacientes	%
S/Cesárea	735	(67.7)
C/2 o más cesáreas	196	(18.0)
C/1 cesárea y partos	40	(3.7)
C/1 cesárea y nulíparas	115	(10.6)
T O T A L	1,086	100

Fuente: Registros del servicio.

RIESGO PARA PARTO EN MULIPARAS
CON UNA CESAREA PREVIA 1^{er}. AGO-31 OCT. '88

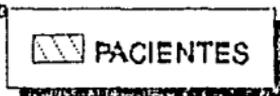
PACIENTES INGRESADAS CON ANTECEDENTE DE CESAREA

PORCENTAJE



ANTECEDENTE

- A-SIN CESAREA
- B-CON 2 O MAS CESAREAS
- C-CON 1 CESAREA Y PARTOS
- D-MULIPARAS CON UNA CESAREA



GRAFICA N° 1

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"
 I . S . S . S . T . E .
 SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

RIESGO PARA PARTO EN NULIPARAS CON UNA CE-
 SAREA PREVIA. 1 Ago. - 31 Oct. 1989.

CUADRO Nº. 2.

Distribución de las pacientes con antece-
 dente de cesárea por grupos de edad.

EDAD (años)	(1) Cesáreas con partos.	(2) 2 o más cesáreas	(3) Nulíparas c/ 1 cesárea
15 - 20	5 (12.5%)	14 (7.2%)	10 (8.7%)
21 - 25	10 (25.0%)	51 (26.0%)	56 (48.7%)
26 - 30	20 (50.0%)	69 (35.2%)	30 (26.1%)
31 - 35	3 (7.5%)	28 (14.3%)	14 (12.2%)
36 - 40	2 (5.0%)	34 (17.3%)	5 (4.3%)
T O T A L	40 100 %	196 100 %	115 100 %

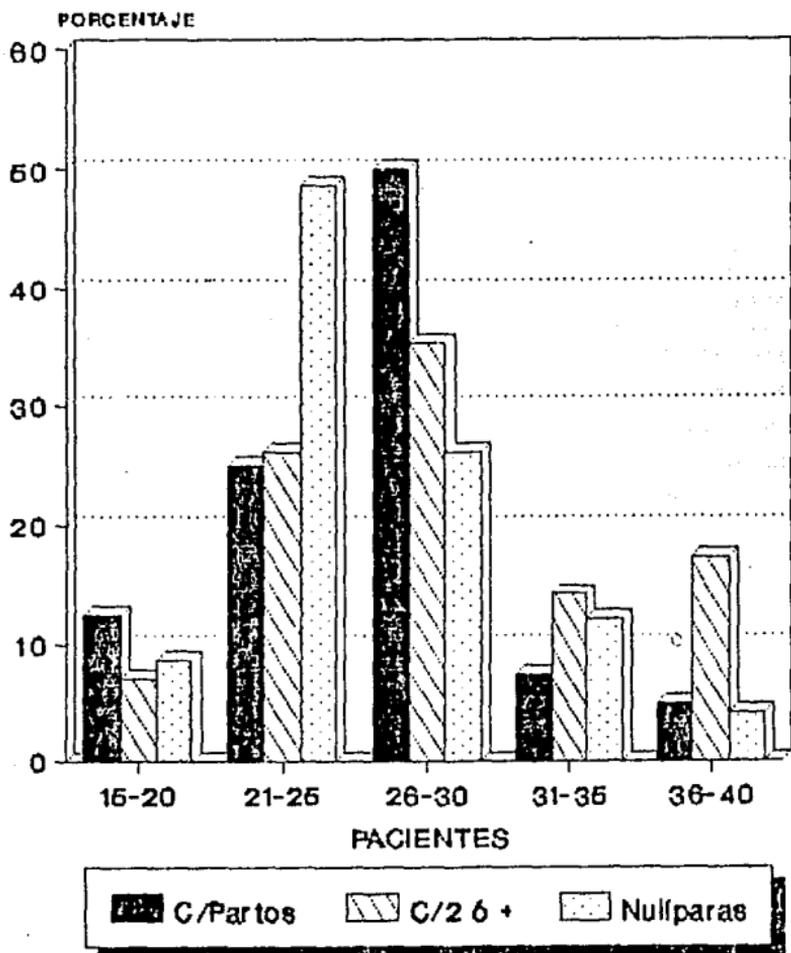
* La diferencia observada entre los grupos 1 y 3 es esta-
 dísticamente significativa. p menor de 0.05

* La diferencia observada entre los grupos 2 y 3 es esta-
 dísticamente significativa. p menor de 0.001

1) Media 27.2 ± 4.2 2) Media 28.3 ± 3.7

3) Media 24.8 ± 4.4

**RIESGO PARA PARTO EN NULIPARAS
CON UNA CESAREA PREVIA 1 AGO.-31 OCT. '09
DISTRIBUCION DE LA EDAD MATERNA**



GRAFICA N° 2

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"
 I . S . S . S . T . E .
 SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

RIESGO PARA PARTO EN NULIPARAS CON UNA CE-
 SAREA PREVIA. 1. Ago. - 31 Oct. 1989.

CUADRO Nº. 3.

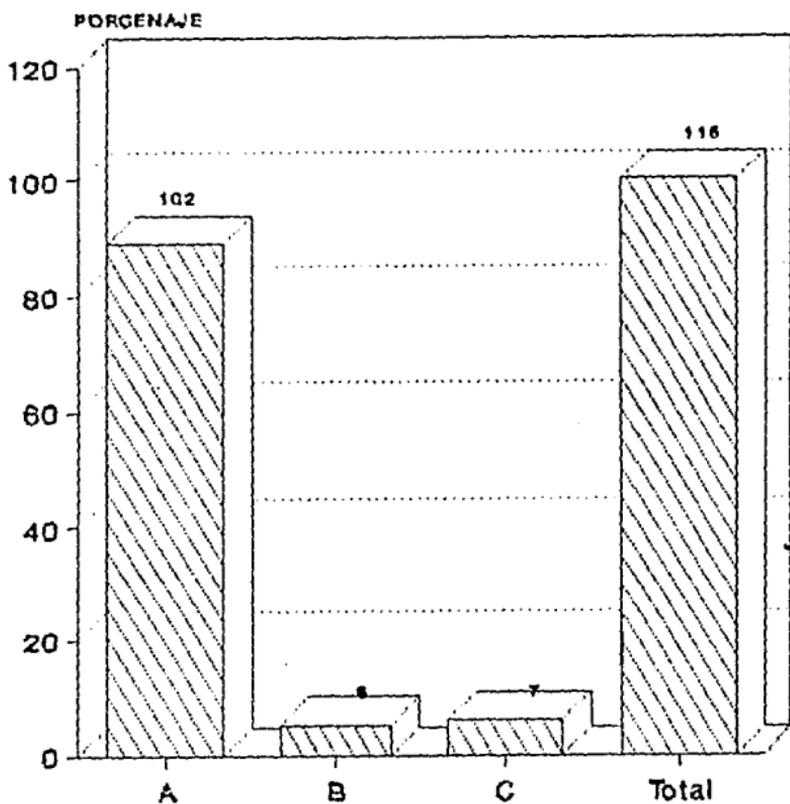
Distribución de las pacientes nulíparas con
 antecedente de una cesárea, relacionadas -
 con el riesgo para permitir el parto.

Valoración	Nº. de pacientes	%
Con valoración	102	(88.7)
Sin valoración	6	(5.2)
No incluidas *	7	(6.1)
T O T A L	115	100

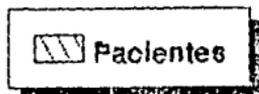
* pacientes que no cumplieron los criterios
 de inclusión.

RIESGO PARA PARTO EN MULTIPARAS
CON UNA CESAREA PREVIA 1 AGO.-31 OCT. '89

PACIENTES VALORADAS



A=CON VALORACION
B=SEN VALORACION
C=NO INCLUIDAS



GRAFICA Nº 3

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"
 I . S . S . S . T . E .
 SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

RIESGO PARA PARTO EN NULIPARAS CON UNA CE-
 SAREA PREVIA. 1 Ago. - 31 Oct. 1989.

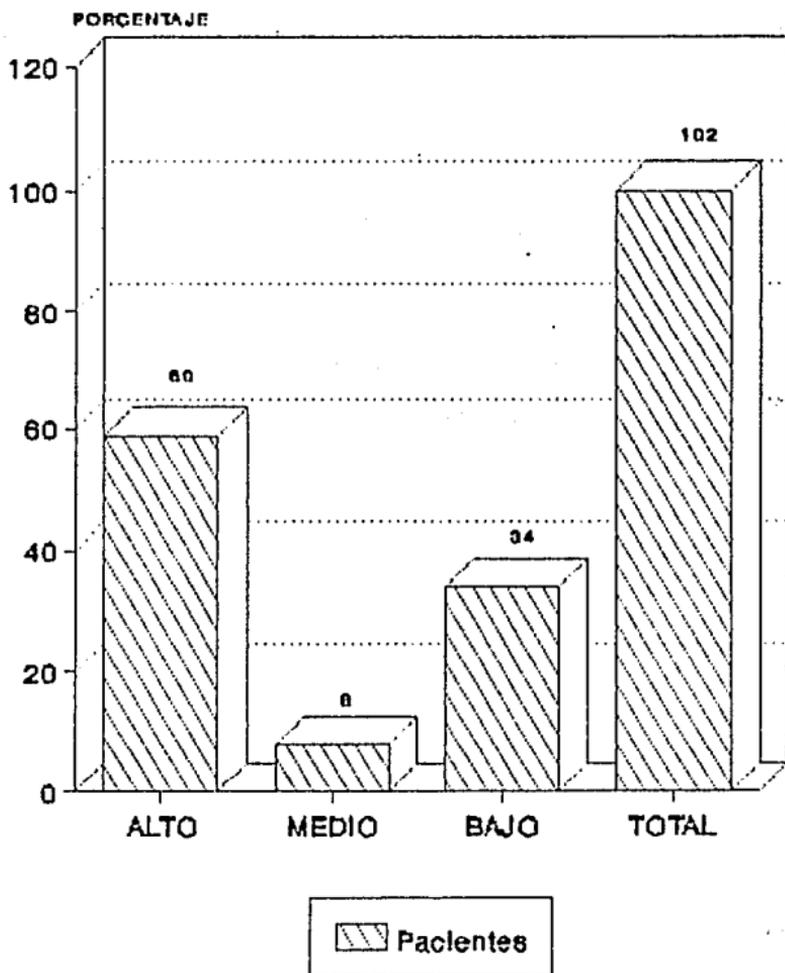
CUADRO Nº. 4.

Distribución de las pacientes incluidas en
 el estudio en relación con el resultado de
 la valoración del riesgo para parto.

Riesgo	Nº. de pacientes	%
ALTO	60	(58.8)
MEDIO	8	(7.8)
BAJO	34	(33.4)
T O T A L	102	100

RIESGO PARA PARTO EN NULLIPARAS
CON UNA CESAREA PREVIA

RESULTADO DE LA VALORACION DEL RIESGO



GRAFICA N° 4

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"
 I . S . S . S . T . E .
 SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
 RIESGO PARA PARTO EN NULIPARAS CON UNA CE-
 SAREA PREVIA. Ago. 1 - 31 Oct. 1989.

CUADRO Nº. 5. Valor de los parámetros clínicos* para de-
 tectar riesgo alto por Desproporción cefalopélvica (n=25)

Parámetro clínico	Nº	Sen.	Esp.	V.pred.
ANTECEDENTES				
- Cesárea previa por DCP (A)	21	(84.0%)	(85.7%)	(72.0%)
- Peso del R.N. anterior (2)	8	(30.7%)	(45.0%)	(16.0%)
EXPLORACION FISICA				
- A.F.U. mayor de 34 cms.(2)	15	(60.0%)	(80.0%)	(48.0%)
- Johnson mayor de 3.4 K (2)	7	(28.0%)	(57.1%)	(16.0%)
VALORACION PELVICA (1)				
- Se toca promontorio	10	(40.0%)	-	-
- Hillis negativa	21	(84.0%)	-	-
- Angulo menor de 90°	11	(44.0%)	-	-
- Espinas prominentes	18	(72.0%)	-	-
- Diám. biciático menor de 7 cms.	18	(72.0%)	-	-
- Escotadura SC menor de 3 cms.	5	(20.0%)	-	-
- Sacro rectificado	7	(28.0%)	-	-
- Paredes convergentes	12	(48.0%)	-	-
- Diám. bituberoso menor de 7 cms	18	(72.0%)	-	-
- I. de Lewis 10 o menos	10	(40.0%)	-	-

* Se muestran solo los datos positivos.

- (1) No hay datos comparativos para establecer la especificidad y el valor predictivo positivo.
- (2) Se comparan con el peso registrado en los recién nacidos actuales. Se consideraron aquellos con un peso mayor de 3500 grs.

SEN = Sensibilidad ESP = Especificidad V.PRED = Valor predictivo

(A) Relacionado con los hallazgos de la valoración pélvica.

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"

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

SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

RIESGO PARA PARTO EN NULIPARAS CON UNA CESAREA PREVIA. Ago. 1 - 31 Oct. 1989.

CUADRO Nº. 5. Valor de los parámetros clínicos* para detectar riesgo alto por Desproporción cefalopélvica (n=25)

Parámetro clínico	Nº	Sen.	Esp.	V.pred.
ANTECEDENTES				
- Cesárea previa por DCP (A)	21	(84.0%)	(85.7%)	(72.0%)
- Peso del R.N. anterior (2)	8	(30.7%)	(45.0%)	(16.0%)
EXPLORACION FISICA				
- A.F.U. mayor de 34 cms.(2)	15	(60.0%)	(80.0%)	(48.0%)
- Johnson mayor de 3.4 K (2)	7	(28.0%)	(57.1%)	(16.0%)
VALORACION PELVICA (1)				
- Se toca promontorio	10	(40.0%)	-	-
- Hillis negativa	21	(84.0%)	-	-
- Angulo menor de 90°	11	(44.0%)	-	-
- Espinas prominentes	18	(72.0%)	-	-
- Diám. biciático menor de 7 cms.	18	(72.0%)	-	-
- Escotadura SC menor de 3 cms.	5	(20.0%)	-	-
- Sacro rectificado	7	(28.0%)	-	-
- Paredes convergentes	12	(48.0%)	-	-
- Diám. bituberoso menor de 7 cms	18	(72.0%)	-	-
- I. de Lewis 10 o menos	10	(40.0%)	-	-

* Se muestran solo los datos positivos.

(1) No hay datos comparativos para establecer la especificidad y el valor predictivo positivo.

(2) Se comparan con el peso registrado en los recién nacidos actuales. Se consideraron aquellos con un peso mayor de 3500 grs.

SEN = Sensibilidad ESP = Especificidad V.PRED = Valor predictivo

(A) Relacionado con los hallazgos de la valoración pélvica.

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"
I . S . S . S . T . E .
SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

RIESGO PARA PARTO EN NULIPARAS CON UNA CE-
SAREA PREVIA. 1 Ago. - 31 Oct. 1989.

CUADRO Nº. 6. Valor de los parámetros clínicos* para de-
tectar alto riesgo por Periodo intergenésico corto (n=11)

Parámetro clínico	Nº.	Sens.	Esp.	V.pred.
ANTECEDENTES				
- Cesárea previa por DCP (1)	7	(63.3%)	-	-
- Per. intergen. menor 1.6 años	11	(100 %)	(100 %)	(100 %)
- Miometritis o dehiscencia	3	(27.2%)	-	-
- Peso del RN previo más de 3.4 K	1	(36.3%)	(50.0%)	(50.0%)
- Edad mayor de 35 años	1	(9.0%)	(100 %)	(100 %)
EXPLORACION FISICA				
- A.F.U. mas de 34 cms (2)	7	(63.6%)	(57.1%)	(36.3%)
- Johnson más de 3800 grs (2)	3	(27.2%)	(100 %)	(27.2%)
VALORACION PELVICA (1)				
- Se toca promontorio	4	(36.3%)	-	-
- Hillis negativa	6	(54.5%)	-	-
- Espinas prominentes	3	(27.3%)	-	-
- Diám. biciático menos de 7 cms.	8	(72.7%)	-	-
- Escotadura SC menos de 3 cms.	1	(9.1%)	-	-
- Sacro rectificado	2	(18.2%)	-	-
- Paredes convergentes	3	(27.2%)	-	-
- Diám. Bituberoso menos de 7 cms.	3	(27.2%)	-	-

* Se muestran solo los datos positivos.

(1) No hay datos comparativos para establecer la especificidad y el valor predictivo positivo.

(2) Comparación con el peso de los Recién nacidos registrados. Se conside-
ró un peso mayor de 3500 grs.

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGANCIO ZARAGOZA"
I . S . S . S . T . E .
SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

RIESGO PARA PARTO EN NULIPARAS CON UNA CESAREA PREVIA. 1 Ago. - 31 Oct. 1989.

CUADRO Nº. 7. Valor de los parámetros clínicos* para detectar riesgo alto por RPM de más de 6 Hrs. y cérvix desfavorable para trabajo de parto. (n = 7)

Parámetro clínico	Nº.	Sens.	Esp.	V.pred.
ANTECEDENTES				
- Miometritis o dehiscencia (1)	1	(14.2%)	-	-
EXPLORACION FISICA				
- Bishop de 7 0 menos (1)	7	(100 %)	-	-
- Membranas rotas más de 6 Hrs.	7	(100 %)	(100 %)	(100 %)
- Meconio ++ a +++	2	(18.1%)	(100 %)	(18.1%)
VALORACION PELVICA (1)				
- Hillis negativo	7	(100 %)		
- Espinas prominentes	3	(27.2%)		
- Paredes convergentes	3	(27.2%)		

* Se muestran solo los datos positivos.

(1) No hay datos comparativos para establecer la especificidad ni el valor predictivo.

RPM = Ruptura prematura de membranas Sens. = Sensibilidad
Esp. = Especificidad V. pred. = Valor predictivo.

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"
I . S . S . S . T . E .
SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

RIESGO PARA PARTO EN NULIPARAS CON UNA CE-
SAREA PREVIA. 1 Ago. - 31 Oct. 1989.

CUADRO Nº. 8 Valor de los parámetros clínicos* para de-
tectar riesgo alto por presentación pélvica. (n = 3)

Parámetro clínico	Nº.	Sen.	Esp.	V. pred.
ANTECEDENTES				
- R.N. anterior más de 3700 grs.	1	(33.3%)	-	-
EXPLORACION FISICA				
- A.f.U. mayor de 34 cms	2	(66.6%)	(50.0%)	(33.3%)
- Johnson más de 3800 grs.	1	(33.3%)	(100 %)	(33.3%)
- Presentación pélvica	3	(100 %)	(100 %)	(100 %)

* Se muestran solo los datos positivos.

Sen = Sensibilidad Esp. = Especificidad V.pred. = Valor predictivo

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"
 I . S . S . S . T . E .
 SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

RIESGO PARA PARTO EN MULIPARAS CON UNA CE-
 SAREA PREVIA.

CUADRO Nº. 9. Valor de los parámetros clínicos* para de-
 tectar alto riesgo por Situación transversa (n=2) y Embarazo
 gemelar (n=1).

Parámetro clínico	Nº.	Sen.	Esp.	V.pred.
- Situación transversa	2	(100 %)	(100 %)	(100 %)
- Dos o más productos	1	(100 %)	(100 %)	(100 %)

* Solo se mencionan los datos positivos.

Sen = Sensibilidad Esp. Especificidad V.pred. Valor predictivo

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"
 I . S . S . S . T . E .
 SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

RIESGO PARA PARTO EN NULIPARAS CON UNA CE-
 SAREA PREVIA. 1 Ago. - 31 Oct. 1989.

CUADRO Nº. 10. Parámetros clínicos de alto riesgo que no fueron detectados por la hoja de evaluación. (n = 60).

Parámetro clínico	Nº.	%
Baja reserva fetal	6	(10)
Sufrimiento fetal agudo	3	(5)
Inminencia de ruptura de segmento uterino.	2	(3)
T O T A L	11	18

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"
I . S . S . S . T . E .
SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

RIESGO PARA PARTO EN NULIPARAS CON UNA CE-
SAREA PREVIA. 1 Ago. - 31 Oct. 1989.

CUADRO Nº. 11. Valor de los parámetros clínicos* para -
detectar riesgo medio. (n = 8).

Parámetro clínico	Nº.	Sen.	Esp.	V. pred.
Antecedentes				
- Ceárea por expulsivo prol. (1)	2	(25.0%)	(50.0%)	(12.5%)
- Cesárea por Sit. Transv. (1)	1	(12.5%)	(100 %)	(12.5%)
- Inter-genésico 1.6 a 2 años	7	(87.5%)	-	-
EXPLORACION FISICA				
- AFU 31 - 34 cms (2)	8	(100 %)	(62.5%)	(62.5%)
- Johnson 3300 a 3800 (2)	6	(75.0%)	(50.0%)	(50.0%)
- Variedad transversa	4	(50.0%)	(50.0%)	(25.0%)
VALORACION PELVICA (1)				
- Hillis. No desciende	4	(50.0%)	(100%)	(50.0%)
- Espinas insinuadas	7	(87.5%)	(71.4%)	(62.5%)
- Sacro cóncavo corto	2	(25.0%)	(100 %)	(25.0%)
- Paredes lig. convergentes	5	(62.5%)	(100 %)	(62.5%)
- Diám. bituberoso 7 - 8 cms.	4	(50.0%)	(75.0%)	(37.5%)

* Se muestran solo los datos positivos.

(1) Relación con el número de pacientes que llegaron al parto.

(2) Relacionado con el peso del R.N. entre 3000 y 3500 grs.

Sen. = Sensibilidad Esp. = Especificidad V. pred. = Valor predictivo

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"

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

SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

RIESGO PARA PARTO EN NULIPARAS CON UNA CE-
SAREA PREVIA. 1 Ago. - 31 Oct. 1989.CUADRO No. 12. Valor de los parámetros clínicos* para de-
tectar el bajo riesgo para parto. (n = 34).

Parámetro clínico	Nº.	Sens.	Esp.	V. pred.
ANTECEDENTES DCP	5	0%	-	-
- Cesárea anterior electiva (1)	8	(23.5%)	(100 %)	(23.5%)
- Cesárea por falta de prog. (1)	10	(29.4%)	(80.0%)	(23.5%)
- Cesárea por Present. anorm. (1)	4	(11.7%)	(100 %)	(11.7%)
- Puerperio no complicado (1)	32	(94.1%)	(93.7%)	(88.2%)
- Intergenésico más de 2 años(1)	34	(100 %)	(76.4%)	(76.4%)
- Peso fetal ant. 2.6 - 3.2 K (2)	32	(94.1%)	(93.7%)	(88.2%)
EXPLORACION FISICA				
AFU 29 - 31 cms. (2)	33	(97.0%)	(84.3%)	(79.4%)
- Johnson 2800-3200 grs. (2)	30	(88.2%)	(90.0%)	(79.4%)
- Membranas íntegras	28	(82.3%)	(100 %)	(82.3%)
- Líq. amniótico normal	34	(100 %)	(100 %)	(100 %)
- Present. cefálica	34	(100 %)	(100 %)	(100 %)
- Variedad anterior	29	(85.2%)	(96.5%)	(82.3%)
- Producto único	34	(100 %)	(100 %)	(100 %)
- Situación longitudinal	34	(100 %)	(100 %)	(100 %)
VALORACION PELVICA (1)				
- No se toca promontorio	34	(100 %)	(88.2%)	(88.2%)
- Hillis positivo	32	(94.1%)	(93.7%)	(88.2%)
- Angulo SP 90-110°	34	(100 %)	(88.2%)	(88.2%)
- Espinas romas	31	(91.7%)	(96.7%)	(88.2%)
- Escot. SC de 3 cms	33	(97.0%)	(90.9%)	(88.2%)
- Sacro cóncavo largo	30	(88.3%)	(100 %)	(88.2%)
- Paredes paralelas	28	(82.3%)	(100 %)	(88.2%)
- Diám. Bituberoso mayor 8 cms	29	(85.2%)	(100 %)	(88.2%)
- Índice de Lewis	30	(88.3%)	(100 %)	(88.2%)

* Se muestran solo los datos positivos.

(1) Relacionado con el número de pacientes que lograron el parto.

(2) Relacionado con el peso de los Recién nacidos.

Sens.=Sensibilidad Esp.=Especificidad V. pred= Valor predictivo.

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"
 I . S . S . S . T . E .
 SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

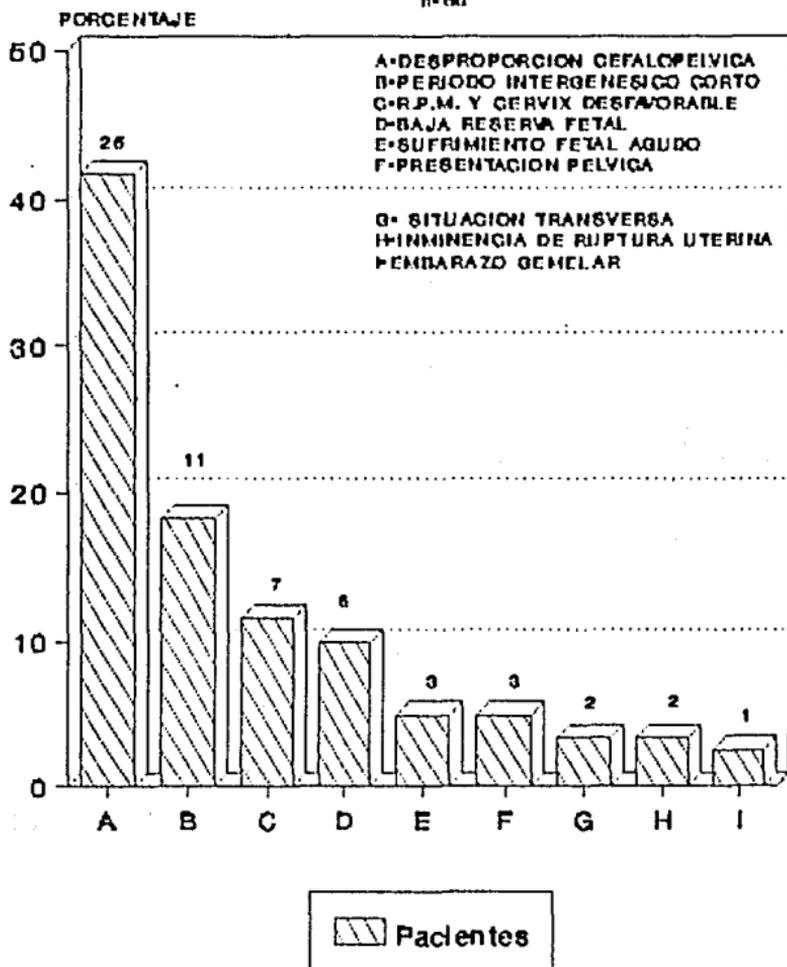
RIESGO PARA PARTO EN NULIPARAS CON UNA CE-
 SAREA PREVIA. 1 Ago. - 31 Oct. 1989

CUADRO Nº. 13. Distribución de pacientes
 con riesgo alto en relación a la indicación
 de la nueva cesárea. (n=60)

Indicación	Nº.	%
Desproporción cefalopélvica	25	(41.7)
Periodo intergenésico corto	11	(18.3)
R.P.M. con cérvix desfav.	7	(11.6)
Baja reserva fetal	6	(10.0)
Sufrimiento fetal agudo	3	(5.0)
Presentación pélvica	3	(5.0)
Situación transversa	2	(3.4)
Inminencia de ruptura del segmento uterino	2	(3.4)
Embarazo gemelar	1	(2.6)
T O T A L	60	100

RIESGO PARA PARTO EN NULIPARAS
CON UNA CESAREA PREVIA 1 AGO. - 31 OCT. '89

INDICACION DE LA NUEVA CESAREA EN ALTO RIESGO
n=60



GRAFICA N° 5

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"
I . S . S . S . T . E .
SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

RIESGO PARA PARTO EN NULIPARAS CON UNA CE-
SAREA PREVIA. 1 Ago. - 31 Oct. 1989

CUADRO Nº. 14 Incidencia de prueba de trabajo
de parto y tasa general de éxito.

Nº. pacientes	Prueba de T de P	Tasa Éxito.
102	42 (41.2%)	33 (78.0%)

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"
I . S . S . S . T . E .
SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

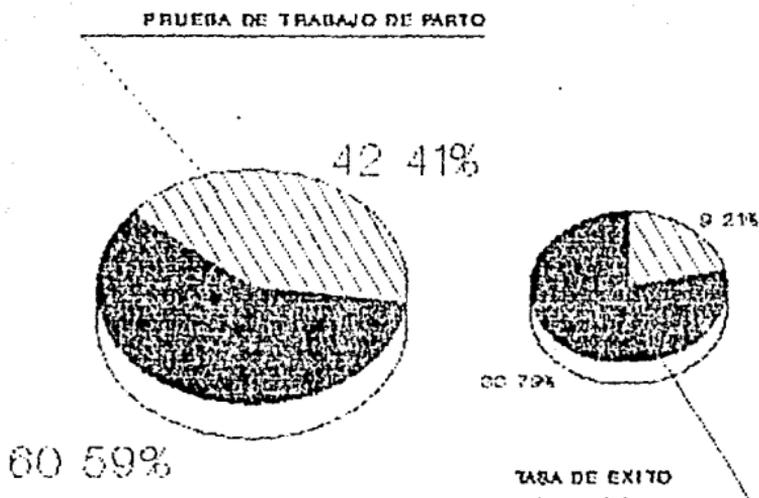
RIESGO PARA PARTO EN NULIPARAS CON UNA CE-
SAREA PREVIA. 1 Ago. - 31 Oct. 1989

CUADRO Nº. 15. Tasa de éxito para lograr
el parto relacionada con el riesgo.

Riesgo	Nº. pacientes	Tasa Éxito %
ALTO	60	0 - - -
MEDIO	8	3 (37.5)
BAJO	34	30 (88.2)
T O T A L	102	33 (78.7)

RIESGO PARA PARTO EN NULIPARAS
CON UNA CESAREA PREVIA. I AGD. - 31 OCT. '88

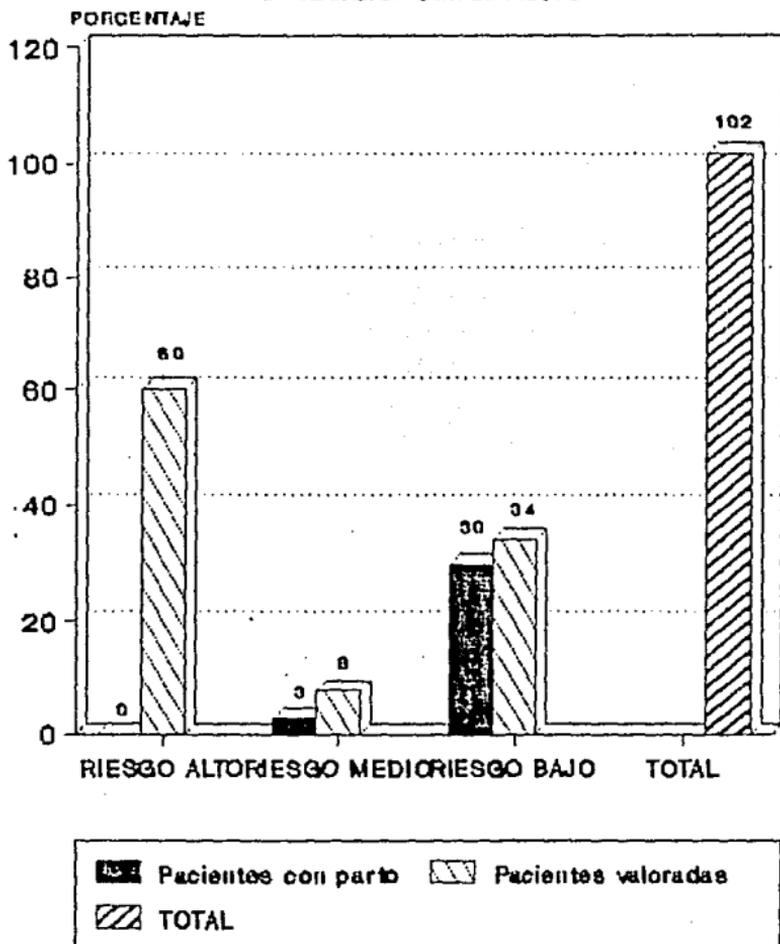
INCIDENCIA DE TRABAJO DE PARTO
Y TASA DE EXITO



GRAFICA N° 6

RIESGO PARA PARTO EN NULLIPARAS
CON UNA CESAREA PREVIA 1 AGO.-31 OCT. '89

TASA DE EXITO PARA LOGRAR EL PARTO
EN RELACION CON EL RIESGO



GRAFICA N° 7

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"
I . S . S . S . T . E .
SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

RIESGO PARA PARTO EN NULIPARAS CON UNA CE-
SAREA PREVIA. 1 Ago. - 31 Oct. 1989

CUADRO Nº. 16. Indicación de la primera -
cesárea en las pacientes que lograron el -
parto.

Indicación	Nº	%
Desproporción cefalopélvica	5	(15.2)
Periodo expulsivo prolongado	6	(18.1)
Dilatación estacionaria	16	(48.5)
Presentación pélvica	2	(6.2)
Ruptura prematura de membranas	3	(9.0)
Sufrimiento fetal agudo	1	(3.0)
	33	100%

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"
I . S . S . S . T . E .
SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

RIESGO PARA PARTO EN NULIPARAS CON UNA CE-
SAREA PREVIA 1 Ago. - 31 Oct. 1989

CUADRO Nº. 17. Causas de fracaso para lo-
grar el parto en el riesgo medio.

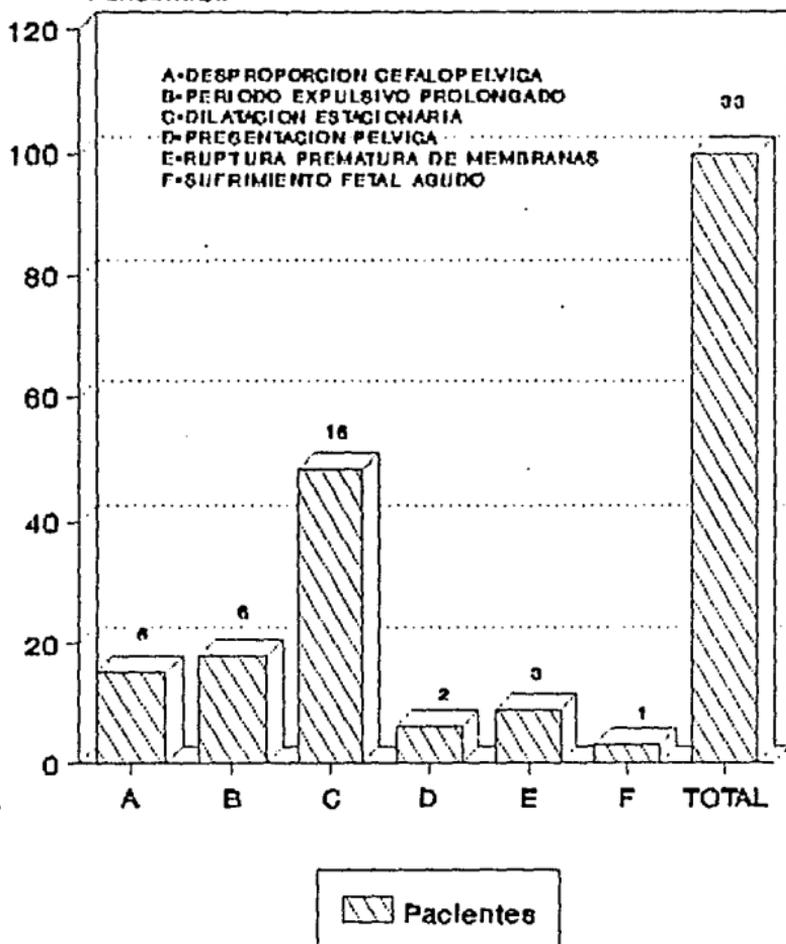
Causa.	Nº.	%
Prolongación del trabajo de parto	3	(37.5)
Taquicardia fetal persistente	1	(12.5)
Sufrimiento fetal agudo	1	(12.5)

5 62.5%

RIESGO PARA PARTO EN NULIPARAS
CON UNA CESAREA PREVIA 1 AGO.- 31 OCT. '09

INDICACION DE LA PRIMERA CESAREA
EN LAS PACIENTES QUE LOGRARON EL PARTO

PORCENTAJE



GRAFICA N° 8

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"

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

SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

RIESGO PARA PARTO EN NULIPARAS CON UNA CE-
SAREA PREVIA. 1 Ago. - 31 Oct. 1989CUADRO Nº. 18. Causa de fracaso para lo-
grar el parto en el riesgo bajo.

Causa	Nº.	%
Prolongación del trabajo de parto	3	(8.8)
Variedad de posición posterior	1	(2.9)
T O T A L	4	(11.7)

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"

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

SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

RIESGO PARA PARTO EN NULIPARAS CON UNA CE-
SAREA PREVIA. 1 Ago. - 31 Oct. 1989.CUADRO Nº. 19. Distribución de la califi-
cación de Apgar al minuto del nacimiento.

CALIFICACION	PARTOS	CESAREAS
8 - 10	25 (75.8%)	65 (79.3%)
6 - 7	8 (24.2%)	12 (14.6%)
4 - 5	0	4 (4.9%)
2 - 3	0	1 (1.2%)
T O T A L	33 (100 %)	82 (100 %)

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"
 I . S . S . S . T . E .
 SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

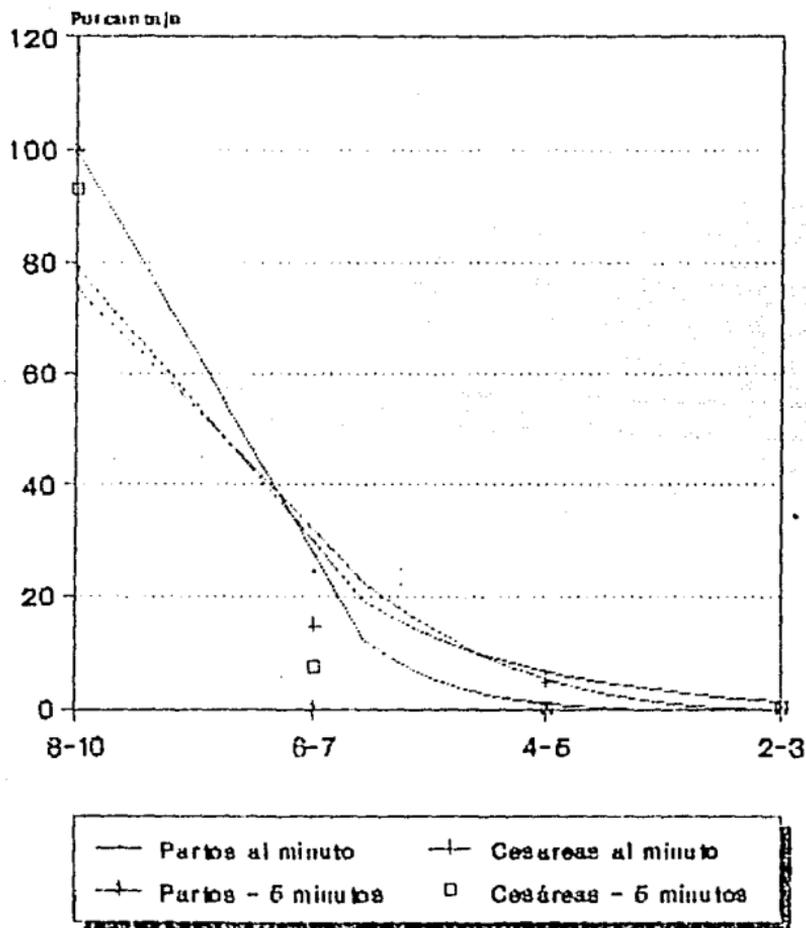
RIESGO PARA PARTO EN NULIPARAS CON UNA CE-
 SAREA PREVIA. 1 Ago. - 31 Oct. 1989

CUADRO Nº. 20. Distribución de la califi-
 cación de Apgar a los 5 min. del nacimiento

CALIFICACION	PARTOS	CESAREAS
8 - 10	33 (100%)	76 (92.7%)
6 - 7	0 - -	6 (7.3%)
menos de 6	0	0
TOTAL	33 100%	82 100%

p menor de 0.20

RIESGO PARA PARTO EN MULIPARAS
 CON UNA CESAREA PREVIA 1 AGO. - 31 OCT. '69
 RELACION DE LA CALIFICACION DE APGAR EN R.M.
 POR PARTO Y CESAREA 1 Y 5 min.



GRAFICA N.º 9

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"
 I . S . S . S . T . E .
 SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

RIESGO PARA PARTO EN NULIPARAS CON UNA CE-
 SAREA PREVIA 1 Ago. - 31 Oct. 1989

CUADRO Nº. 21 Distribución del peso de los recién nacidos, relacionado con el tipo de nacimiento.

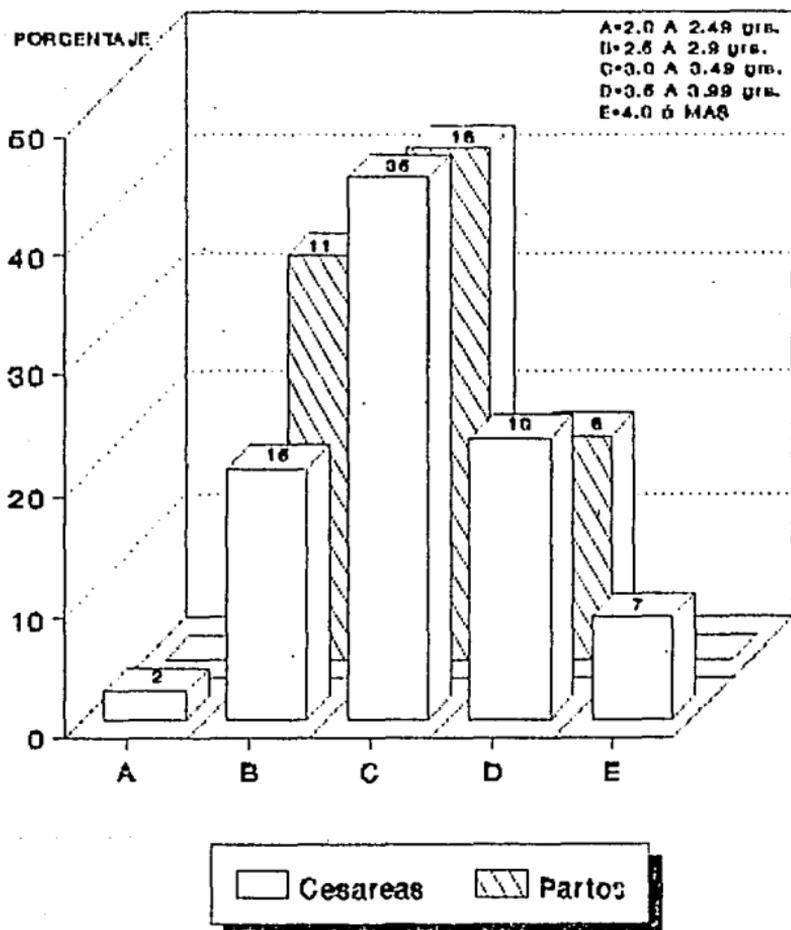
PESO EN GRAMOS	PARTOS (1)	DESAREAS (2)
2000 - 2499	0 - -	2 (2.4%)
2500 - 2999	11 (33.3%)	15 (20.7%)
3000 - 3499	16 (42.4%)	35 (45.1%)
3500 - 3999	6 (18.2%)	10 (23.2%)
4000 o más	0 - -	7 (8.6%)
T O T A L	33 (100 %)	82 (100 %)

(1) media 3147 \pm 6.53. rango 2500 - 3700
 (2) media 3247 \pm 6.83. rango 2200 - 4200

p menor de 0.30

RIESGO PARA PARTO EN MULIPARAS
CON UNA CESAREA PREVIA 1 AGO.- 31 OCT. '89

DISTRIBUCION DEL PESO EN LOS R.N.



GRAFICA N° 10

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"
 I . S . S . S . T . E .
 SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

RIESGO PARA PARTO EN MULIPARAS CON UNA CE-
 SAREA PREVIA. 1 Ago. - 31 Oct. 1989

CUADRO Nº. 22. Distribución del tipo de fórceps aplicado.

TIPO DE FORCEPS	Nº.	%
SIMPSON	6	(23.0)
SALINAS	12	(46.0)
KJELLAND	8	(31.0)
T O T A L	26	(100)

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"
I . S . S . S . T . E .
SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

RIESGO PARA PARTO EN NULIPARAS CON UNA CE-
SAREA PREVIA. 1 Ago. - 31 Oct. 1989

CUADRO Nº. 23. Morbimortalidad materno -
fetal y sus causas, relacionado con el tipo
de nacimiento.

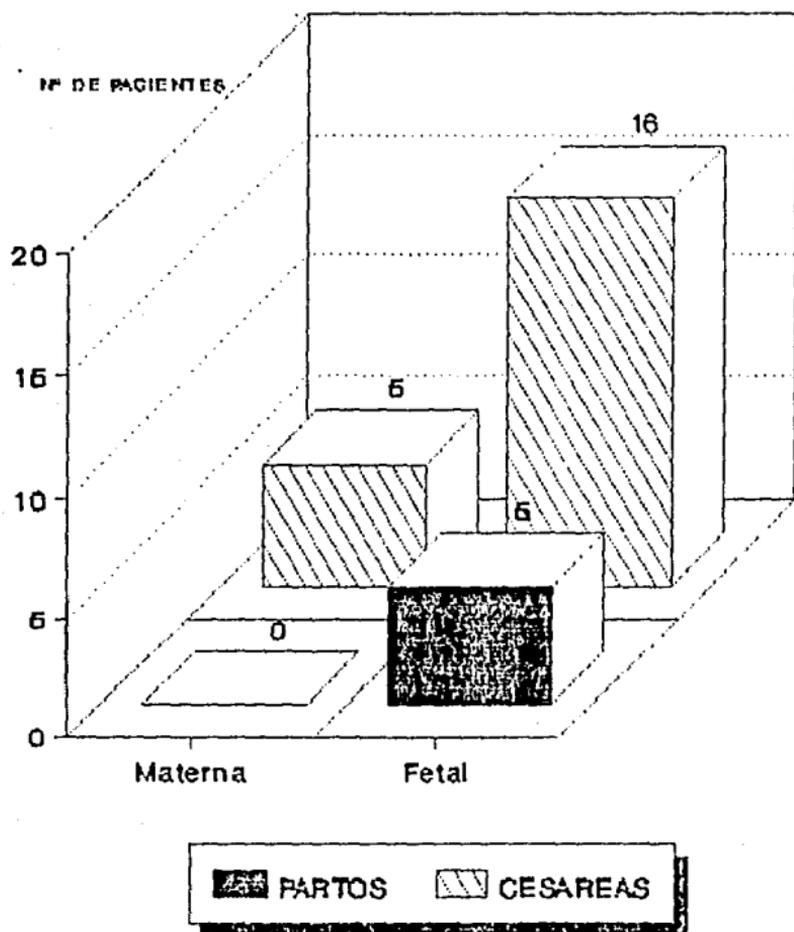
	PARTOS	CESAREAS
MORBILIDAD MATERNA (1)	6 (18.18%)	5 (6.7%)
MORTALIDAD MATERNA	0 --	0 --
MORBILIDAD FETAL (2)	5 (19.51%)	16 (15.16%)
MORTALIDAD FETAL	0 --	0 --
<hr/>		
CAUSA DE MORBILIDAD MATERNA. (1)		
INFECCION *	0 --	4 (80.0%)
ILEO PARALITICO *	0 --	1 (20.0%)
DESARRO PERINEAL	6 (100 %)	0 --
TOTAL	6 (100 %)	5 (100 %)
<hr/>		
CAUSA DE MORBILIDAD (2) FETAL.		
BAJO PESO	5 (100 %)	8 (50.0%)
HIPOXIA **	0 --	5 (31.3%)
PRETERMINO **	0 --	3 (18.7%)
TOTAL	5 (100 %)	16 (100 %)

* p menor de 0.05

** p menor de 0.01

RIESGO PARA PARTO EN NULIFARAS
CON UNA CESAREA PREVIA 1 AGO. - 31 OCT. '89

MORBILIDAD MATERNO-FETAL



GRAFICA Nº 11

HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"

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

SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

RIESGO PARA PARTO EN MULIPARAS CON UNA CE-
SAREA PREVIA. 1 Ago. - 31 Oct. 1989.

CUADRO No.24.

Distribución de pacientes según los días -
de estancia hospitalaria . (n=102)

DIAS	PARTO	%	CESAREA	%
0 - 1	28	(82.4)	0	--
2 - 3	6	(17.6)	58	(85.3)
4 ó más	0	--	10	(14.7)
TOTAL	34	100.0	68	100.0

p menor de 0.001

ANALISIS

SELECCION DE PACIENTES

Las pacientes detectadas con antecedente de operación cesárea, representan el 32.5% (351 casos) de los ingresos del servicio, lo que indica que la operación se realiza con bastante frecuencia. Dentro de este grupo se detectaron 115 pacientes nulíparas con antecedente de una sola cesárea, representando el 10.63% del total y el 32.7% de las pacientes con antecedente de cesárea. Esto nos indica que el número de pacientes reunidas para el estudio es adecuado para proporcionar datos confiables y que las pacientes calificadas con riesgo alto por el antecedente de cesárea y con posibilidad de disminuir este riesgo representan un número significativo.

EDAD MATERNA

La diferencia estadísticamente significativa observada en los resultados de la distribución de las pacientes en grupos de edad, nos muestra que el grupo de pacientes nulíparas y con una cesárea presenta más frecuentemente una edad de 21 a 25 años, mientras que en los otros grupos se encuentran entre los 26 a 30 años. Esto nos indica que significativamente, las pacientes nulíparas con solo una cesárea previa son más jóvenes. Así mismo que las pacientes con dos o más cesáreas se distribuyen preferentemente en edades mayores de 26 años.

VALORACION DEL RIESGO PARA
PARA PERMITIR EL TRABAJO DE PARTO.

El número de pacientes incluidas en el estudio es -- adecuado, ya que se logró valorar al 88.7% de ellas y como se esperaba, el mayor porcentaje = = = = = presentó un riesgo alto para permitir el trabajo de parto (58.8%) esto es congruente con el concepto de elevación del riesgo por el antecedente de cesárea. Sin embargo detectamos un buen número de pacientes con riesgo = = = = = bajo (33.4%) para permitir el trabajo de parto.

VALOR DE LOS PARAMETROS CLINICOS
PARA DETECTAR ALTO RIESGO.

Los resultados obtenidos en este caso se presentaron en forma independiente según la causa de alto riesgo detectada. Se explicó que para poder = saber = si un parámetro es específico para detectar riesgo es necesario establecer una comparación con parámetros de control, con la finalidad de : conocer si fué verdad lo que observamos; así mismo se toma en cuenta la especificidad para calcular el valor predictivo de cada uno de los parámetros valorados.

Según los datos obtenidos encontramos que en el caso de alto riesgo por DCP, el solo antecedente de operación anterior por esta misma causa, determinó el riesgo alto -- con un valor predictivo del 72%.

Aunque no pudimos calcular adecuadamente otros parámetros, los resultados demuestran que la hoja de valoración contiene "datos" con una sensibilidad adecuada para detectar el alto riesgo por esta causa.

Es necesario en estudios posteriores establecer parámetros adecuados de comparación para establecer el valor predictivo de los datos. Así por ejemplo, se propone que a las pacientes que se incluyan se tome un estudio cefalopelvométrico para establecer esta relación.

Los resultados de la valoración clínica de las pacientes con riesgo alto por Periodo intergenésico corto muestran que se determinó éste atendiendo solo a este antecedente, ya que el resto de los parámetros no mostraron una sensibilidad adecuada. Tal vez se deba a que al conocer que la paciente tiene alto riesgo solo por un antecedente los médicos ya no investigan otros datos como la valoración clínica de la pelvis, en donde se observa que la sensibilidad disminuye; o tal vez, esto indica que el mayor número de pacientes cuenta con pelvis adecuadas para permitir trabajo de parto.

Esto nos inclina a proponer un estudio más delicado, es decir, más cuidadoso de estas pacientes para establecer si efectivamente el periodo intergenésico menor de un año y medio anula las posibilidades de permitir el trabajo de parto.

De igual manera encontramos que en el caso de alto riesgo por Ruptura prematura de membranas y cérvix desfavorable los parámetros más sensibles fueron: la valoración cervical por bishop y la observación de las membranas rotas, además de la prueba de Hillis. Esto nos indica, de igual manera que en el caso anterior que no se valoran todos los parámetros clínicos complementarios y solo se indica el riesgo por estos parámetros.

La hoja detectó en el 100% la presentación pélvica, Situación transversa y embarazo gemelar.

En los resultados obtenidos de la valoración de los parámetros clínicos para detectar el alto riesgo, encontramos que la hoja de valoración carece de algunos parámetros adecuados para detectar alto riesgo como en el caso de la indicación por baja reserva fetal, sufrimiento fetal agudo y la inminencia de ruptura del segmento uterino.

Se debe agregar parámetros como: Frecuencia cardíaca fetal, respuesta fetal a los estímulos externos, prueba de Hon, VaReFe (variabilidad de la respuesta fetal) y dolor en el segmento uterino, así como, dentro de los antecedentes, técnica quirúrgica utilizada en la cesárea -- previa, con la finalidad de valorar estos parámetros que no detectó la hoja diseñada por nosotros.

Podría ser interesante conocer el hospital en donde fué operada la primera vez.

VALOR DE LOS PARAMETROS CLINICOS
PARA DETERMINAR RIESGO MEDIO.

Los resultados obtenidos demuestran que la hoja de valoración es sensible para determinar el riesgo medio en las pacientes, sin embargo el valor predictivo apenas está por encima del 50%. La relación se estableció con el número de pacientes que fracasaron en obtener sus productos por vía vaginal, pero el número total de estas pacientes nos indica que los resultados obtenidos no son confiables y es necesario obtener más pacientes para valorar -- adecuadamente la confiabilidad de los resultados.

De todos modos, creemos que los resultados obtenidos indican que la hoja puede detectar el riesgo medio.

VALOR DE LOS PARAMETROS CLINICOS
PARA DETECTAR RIESGO BAJO.

En este caso encontramos, satisfactoriamente, que -- los parámetros clínicos que fueron detectados en la valoración de las pacientes y que establecieron un bajo riesgo para permitir el trabajo de parto, muestra una sensibilidad muy alta, así como una especificidad mayor del 75%. El valor predictivo para la mayoría de los parámetros resultó altamente significativo. Esto nos indica, indiscutiblemente, que la hoja de valoración del riesgo para permitir el trabajo de parto es altamente sensible para determinar el bajo riesgo.

El valor general de la hoja en bajo riesgo fué: Sensibilidad del 100%, Especificidad y predictividad 97.05%.

CAUSA DE LA REPETICION
DE LA OPERACION CESAREA.

La distribución de la indicación de la nueva cesárea en las pacientes con riesgo alto indican una frecuencia alta de DCP, pero recordemos que se trata de pacientes -- con antecedente de cesárea, por lo que creemos que esto muestra el porcentaje de pacientes que fueron valoradas -- adecuadamente en su primer embarazo. Le sigue el período-intergenésico corto que como ya mencionamos debe ser re-- considerado como causa de alto riesgo. La RPM y la baja-reserva fetal también deben ser reconsiderados para establecer su valor predictivo dentro del alto riesgo.

A continuación establecemos una comparación con los resultados reportados en estudios previos, no en porcentajes, ya que estos estudios no son específicos de pacientes con las características de nuestro estudio, sino que son estudios epidemiológicos de la cesárea.

ORDEN DE IMPORTANCIA	ORTEGA (13)	MUÑOZ (10)	Nuestro estudio
Causa Nº. 1	DCP	DCP	DCP
Causa Nº. 2	Cesárea previa	Cesárea previa	Per. interg. corto
Causa Nº. 3	Pres. pélvica	Intreg. corto	R.P.M.

Esto nos indica que la DCP efectivamente es la causa más frecuentemente observada, aún en las pacientes con va
loración del riesgo para parto.

Observamos que la segunda causa en nuestro estudio es el periodo intergenésico corto. Algunos autores sugieren en sus estudios la posibilidad de lograr el parto con riesgo relativamente bajo en estas pacientes (20,21,26,-15).

INCIDENCIA DE PRUEBA
DE TRABAJO DE PARTO.

Nosotros obtuvimos una incidencia de prueba de trabajo de parto del 41.2%, lo que es superior a lo reportado previamente por Ortega (13) de solo el 22.9% y es muy -- cercano a lo reportado en la literatura internacional del 46% (26).

TAZA DE EXITO PARA
LOGRAR EL PARTO.

Nosotros obtuvimos una tasa de éxito combinada de el 78.6% (mediano y alto riesgo) y una tasa simple del 88.2% (solo bajo riesgo), lo que coincide con lo reportado en la literatura internacional de un 72% (26).

Esto nos indica que nuestros resultados, aunque más-altos, tal vez por el número de pacientes del estudio ya- que los estudios internacionales se realizaron en un pe-riodo de un año, son congruentes con los reportes previos.

CAUSA DE LA CESAREA PREVIA
EN LAS PACIENTES QUE LLEGARON AL PARTO.

En este caso observamos que el mayor porcentaje de -
pacientes fueron operadas a causa de alteraciones en la -
progresión del trabajo de parto (66.6%) lo que indica que
este tipo de distocia no condiciona la repetición de la -
operación. El 15.2% tenía antecedente de DCP y en este --
nuevo embarazo lograron el parto, esto indica que es posi
ble el parto vaginal en estas pacientes con una valora --
ción y vigilancia adecuadas, aún con antecedentes de alto
riesgo como la DCP.

CAUSAS DE FRACASO.

Como ya comentamos antes, en el caso del riesgo me--
dio el número de pacientes no es suficiente para obtener
conclusiones confiables, sin embargo creemos que las pa-
cientes que presentaron prolongación del trabajo de parto
son reflejo de la valoración clínica de la pelvis que de-
mostró eran pacientes con pélvis limítrofe; mientras que
las otras causas de fracaso pueden ser reflejo de la au-
sencia de parámetros clínicos adecuados en la hoja de va-
loración que no detectaron alteraciones fetales.

De igual manera, encontramos que las causas de fraca
so dentro de las pacientes con riesgo bajo, reflejan la -
omisión de los parámetros ya citados y además son conse -
cuencias que pueden presentarse en cualquier otra pacien-

te que se encuentre en trabajo de parto.

Esto también indica la sensibilidad de nuestro estudio, ya que no se elevó considerablemente el riesgo en las pacientes sometidas a prueba de trabajo de parto.

DISTRIBUCCION DE LA CALIFICACION DE APGAR.

Los resultados que se presentan en los cuadros 19 y 20, muestran la distribución de estos parámetros. Prácticamente los recién nacidos por parto vaginal presentaron un 100% de calificación mayor a 6, y aunque en la calificación al minuto encontramos recién nacidos con calificación menor de 6, es bajo el porcentaje. La determinación estadística al respecto de las diferencias observadas entre RN. nacidos por parto o por cesárea demuestran que no es significativa. Esto indica que no se eleva significativamente el riesgo fetal al permitir el parto por vía vaginal en las pacientes con cesárea previa.

DISTRIBUCION DEL PESO FETAL.

Los resultados demuestran que no hay una diferencia estadísticamente significativa entre los pesos registrados de los recién nacidos obtenidos ya sea por parto o por cesárea, sin embargo se registraron pesos más elevados entre los recién nacidos por operación cesárea, reflejo de la frecuencia de la DCP.

APLICACION DE FORCEPS.

Los resultados demuestran que la aplicación profiláctica de fórceps en estas pacientes no eleva el riesgo materno fetal, independientemente del tipo de instrumento utilizado, aunque no valoramos adecuadamente este parámetro, lo relacionamos con el estado de los recién nacidos y con los reportes de la atención del parto. (12)

MORBIMORTALIDAD MATERNO-FETAL.

La mortalidad materna y fetal dentro del grupo de estudio fué de cero. Esto nos indica que al someter a las pacientes a trabajo de parto no se eleva este parámetro.

En cuanto a la morbilidad materna observada, se encontró una diferencia estadísticamente significativa, aunque con pocas pacientes, entre la patología observada en las pacientes operadas (Infección, ileo paralítico), contra la observada en las pacientes postparto (desgarro perineal).

De igual manera se estableció una diferencia muy significativa en las causas de morbilidad fetal entre los dos grupos.

Creemos que la cesárea no eleva el riesgo en estos casos, sino que se emplea para resolver casos complicados; pero sí nos indica que no se elva la morbilidad a causa de permitir el parto.

DIAS ESTANCIA

Los resultados observados en este caso nos muestran - que las pacientes que resolvieron su embarazo por parto - permanecieron significativamente menos días hospitaliza - das, en relación con aquellas que fueron operadas.

En el grupo de pacientes con alguna complicación, la diferencia observada en los días estancia también fué sig - nificativa, ya que todas las pacientes con complicaciones postparto permanecieron solo 24 horas en el hospital, --- mientras que aquellas que fueron operadas y presentaron - complicaciones postcesárea, todas permanecieron cuatro o - más días hospitalizadas.

CONCLUSIONES

1. Se reunió un número aceptable de pacientes para efectuar el estudio propuesto, 115 casos.
2. Se encontró una frecuencia de pacientes con antecedente de cesárea del 32.5%.
3. La frecuencia de pacientes con una cesárea previa y nuliparidad fué del 10.63%. Lo que representa el 32.7% de las pacientes con antecedente de cesárea.
4. La edad materna más frecuente en las pacientes nulíparas con una cesárea previa fué entre 21 y 25 años, seguido de de los 26 a 30 años.
5. Se valoraron 102 pacientes de las 115 con antecedente de cesárea y nuliparidad, correspondiendo al 88.7% de los casos. El alto riesgo se detectó en el 58,8% (60 casos), el riesgo medio en el 7.8% (8 casos) y el bajo riesgo en el 33.4% (34 casos).
6. Se encontró una sensibilidad adecuada para detectar el riesgo alto, sin embargo no contamos con controles apropiados para determinar la especificidad ni el valor predictivo en algunos de los parámetros.
7. La hoja de valoración del riesgo para parto no detectó problemas como: Baja reserva fetal, Sufrimiento fetal agudo e inminencia de ruptura del segmento uterino. A este respecto se propone añadir los siguientes parámetros: Frecuencia cardíaca fetal, respuesta fetal a los estímulos externos, prueba de Hon, VaReFe, dolor en el segmento uterino.

rino y técnica quirúrgica de la cesárea previa.

8. El número de pacientes detectadas con riesgo medio no fué adecuado (8 casos), sin embargo se demostró que la hoja de valoración es sensible para determinar este riesgo.
9. Se encontró que la hoja de valoración del riesgo presenta una sensibilidad por arriba del 90%, una especificidad -- por arriba del 75% y un valor predictivo por encima del - 85%.
10. La causa más frecuente de repetición de la cesárea fué - la desproporción cefalopélvica, seguido de el periodo intergenésico corto y la ruptura prematura de membranas con cérvix desfavorable.
11. La incidencia de trabajo de parto fué del 46%, superior a las reportadas previamente en nuestro hospital y cercana a la reportada a nivel internacional.
12. Obtuvimos una tasa de éxito para lograr el parto en el -- 78.6% de los casos, que corresponde con lo reportado en - la literatura internacional.
13. El 66.6% de las pacientes que llegaron al parto tenía como causa de la indicación de la cesárea previa alteración de la progresión del trabajo de parto, y el 15.2% fueron operadas previamente por DCP. Lo que indica que aún con - antecedente de alto riesgo es posible lograr el parto con valoración y vigilancia adecuada.
14. El fracaso para lograr el parto fué mayor entre las pacien

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- tes con riesgo medio (62.5%) y en el riesgo bajo de solo el 11.8%. Sin embargo las causas principales fueron por -- prolongación del trabajo de parto y taquicardia fetal per sistente.
15. No hubo diferencia significativa en la calificación de Ag gar obtenida por los recién nacidos por parto o por cesárea, lo que demuestra que no se altera este parámetro por permitir el parto.
 16. No hubo diferencia significativa entre los grupos con res pecto a el peso de los recién nacidos.
 17. Se aplicaron 26 fórceps mediobajos o bajos a las pacien-- tes, siendo el más utilizado el de Salinas. La utiliza-- ción de este instrumento no elevó el riesgo.
 18. No se detecto mortalidad materna o fetal dentro del grupo de estudio. La morbilidad en pacientes operadas fué signi-- ficativamente mayor.
 19. El permitir el parto no elevó el la morbilidad materna.
 20. Se observó una diferencia estadísticamente significativa-- siendo mayor para la morbilidad fetal dentro de los pro-- ductos obtenidos por operación cesárea.
El permitir el parto no elevó la morbilidad fetal.
 21. Se observó mayor número de días estancia hospitalaria en las pacientes con complicaciones postparto en relación - con las complicaciones postparto.

22. Se propone una nueva hoja de valoración del riesgo para permitir el trabajo de parto, tomando en cuenta los parámetros que no detectó la inicialmente propuesta. Se han agregado: Lugar donde se operó inicialmente, técnica quirúrgica empleada, frecuencia cardíaca fetal, respuesta fetal a los estímulos externos, Variabilidad de la respuesta fetal, prueba de HON y dolor en el segmento uterino.

Se reclasificó el periodo intergenésico colocando en mediano riesgo el tiempo entre uno y uno y medio años, con la finalidad de dar oportunidad de trabajo de parto.

(FIGURA Nº. 3).

HOJA DE VALORACION DE RIESGO PARA PARTO
EN PACIENTES CON CESAREA PREVIA

RIESGO BAJO

RIESGO MEDIO

RIESGO ALTO

INDICACION DE LA CESAREA PREVIA

<input type="checkbox"/> 1 ELECTIVA	<input type="checkbox"/> 1 PLACENTA PREVIA	<input type="checkbox"/> 1 DESP. CEFALOPELVICA
<input type="checkbox"/> 2 SIT. O PRESENT. ANORMAL	<input type="checkbox"/> 2 PLACENTA ACETA	<input type="checkbox"/> 2 RUPTURA UTERINA
<input type="checkbox"/> 3 DILATACION ESTACIONARIA	<input type="checkbox"/> 3 EXPULSIVO PROLONGADO	<input type="checkbox"/> 3 PACIENTE ANOSA
<input type="checkbox"/> 4 DOS O MAS FETOS	<input type="checkbox"/> 4 O.P.F.N.I	<input type="checkbox"/> 4 OBITO FETAL
<input type="checkbox"/> 5 PRECLAMSI A LEVE	<input type="checkbox"/> 5 PRECLAMSI MODERADA	<input type="checkbox"/> 5 PRECLAMSI SEVERA
<input type="checkbox"/> 6 EMBARAZO PROLONGADO	<input type="checkbox"/> 6 SUFRIMIENTO FETAL	<input type="checkbox"/> 6 ECLAMSI

OTROS ANTECEDENTES

<input type="checkbox"/> 7 OPERADA EN INSTITUCION	<input type="checkbox"/> 7 OPERADA PARTICULARMENTE	<input type="checkbox"/> 7 - - - - -
<input type="checkbox"/> 8 TECNICA SEGMENTARIA	<input type="checkbox"/> 8 - - - - -	<input type="checkbox"/> 8 TECNICA CORPORAL
<input type="checkbox"/> 9 PUERPERIO SIN COMPLICACIONES	<input type="checkbox"/> 9 Deciduitis	<input type="checkbox"/> 9 MIOMETRIITIS O DEMISCIENCIA
<input type="checkbox"/> 10 INTERGENESICO MENOR 1,5 AÑOS	<input type="checkbox"/> 10 ENTRE 1 y 1,5 AÑOS	<input type="checkbox"/> 10 MENOR DE UN AÑO
<input type="checkbox"/> 11 FETO ANT. 2600 - 3400 grs.	<input type="checkbox"/> 11 DE 3500 - 3800 grs	<input type="checkbox"/> 11 MAS DE 3800 grs.

EXPLORACION FISICA

<input type="checkbox"/> 12 FONDO UTERINO DE 29 a 31 cms.	<input type="checkbox"/> 12 MAS DE 31 y HASTA 34 cms.	<input type="checkbox"/> 12 MAS DE 34 o MENOS DE 29
<input type="checkbox"/> 13 SITUACION LONGITUDINAL	<input type="checkbox"/> 13 - - - - -	<input type="checkbox"/> 13 SITUACION TRANSVERSA
<input type="checkbox"/> 14 PRODUCTO UNICO	<input type="checkbox"/> 14 - - - - -	<input type="checkbox"/> 14 DOS O MAS PRODUCTOS
<input type="checkbox"/> 15 PRESENTACION CEFALICA	<input type="checkbox"/> 15 - - - - -	<input type="checkbox"/> 15 CUALQUIER OTRA PRESENT.
<input type="checkbox"/> 16 JOHNSON 2800-3200 grs.	<input type="checkbox"/> 16 JOHNSON 3200-3800 grs.	<input type="checkbox"/> 16 JOHNSON más de 3800 grs.
<input type="checkbox"/> 17 FREC. C. FETAL 120-160 /min.	<input type="checkbox"/> 17 110 - 120 ó 160 - 170 /min.	<input type="checkbox"/> 17 MENOS DE 110 ó MAS DE 170
<input type="checkbox"/> 18 RESPONDE A EST. ESTERNOS	<input type="checkbox"/> 18 RESPUESTA DUDOSA	<input type="checkbox"/> 18 NO RESPONDE
<input type="checkbox"/> 19 Va. Rv. Fe. positivo	<input type="checkbox"/> 19 DUDOSO	<input type="checkbox"/> 19 NEGATIVO
<input type="checkbox"/> 20 NON NEGATIVO	<input type="checkbox"/> 20 DUDOSO	<input type="checkbox"/> 20 POSITIVO
<input type="checkbox"/> 21 SEGMENTO NO DOLOROSO	<input type="checkbox"/> 21 - - - - -	<input type="checkbox"/> 21 SEGMENTO DOLOROSO
<input type="checkbox"/> 22 BISHOP MAYOR DE 10	<input type="checkbox"/> 22 BISHOP DE 8 a 10	<input type="checkbox"/> 22 BISHOP MENOR DE 7
<input type="checkbox"/> 23 MEMBRANAS INTEGAS	<input type="checkbox"/> 23 ROTAS MENOS DE 12 HRS.	<input type="checkbox"/> 23 ROTAS MAS DE 12 HR
<input type="checkbox"/> 24 PRESENTACION CEFALICA	<input type="checkbox"/> 24 - - - - -	<input type="checkbox"/> 24 CUALQUIER OTRA PRESENT.
<input type="checkbox"/> 25 EDAD MATERNA 18 a 35 AÑOS	<input type="checkbox"/> 25 16 a 18 ó 35 a 40 años	<input type="checkbox"/> 25 MENOR DE 16 o MAYOR DE 40
<input type="checkbox"/> 26 EMBARAZO DE 37 a 42 SEMANAS	<input type="checkbox"/> 26 35 a 37 SEMANAS	<input type="checkbox"/> 26 MENOR DE 35 o MAYOR DE 42

VALORACION CLINICA DE LA PELVIS

<input type="checkbox"/> 27 NO SE TOCA SEGUNDA CRISTA	<input type="checkbox"/> 27 SE TOCA SEGUNDA SACRA	<input type="checkbox"/> 27 SE TOCA PROMONTORIO
<input type="checkbox"/> 28 HILLIS (Se aboca y desciende)	<input type="checkbox"/> 28 HILLIS (No desciende)	<input type="checkbox"/> 28 HILLIS NEGATIVA
<input type="checkbox"/> 29 ESC. SACROCIAT. de 3 cms.	<input type="checkbox"/> 29 ESCOTADURA MAYOR DE 3 cms	<input type="checkbox"/> 29 ESCOTADURA MENOR DE 3 cms
<input type="checkbox"/> 30 ESPINAS CIATICAS ROMAS	<input type="checkbox"/> 30 ESPINAS INSINUADAS	<input type="checkbox"/> 30 ESPINAS PROMINENTES
<input type="checkbox"/> 31 ESPINAS CIATICAS SIMETRICAS	<input type="checkbox"/> 31 - - - - -	<input type="checkbox"/> 31 ESPINAS ASIMETRICAS
<input type="checkbox"/> 32 DIAMETRO BICAT. 9 O MAS cms.	<input type="checkbox"/> 32 BICATICO de 7 a 8 cms.	<input type="checkbox"/> 32 BICATICO MENOR DE 7 cms
<input type="checkbox"/> 33 SACRO CONCAVO LAPGO	<input type="checkbox"/> 33 SACRO CONCAVO COPIO	<input type="checkbox"/> 33 SACRO RECTIFICADO
<input type="checkbox"/> 34 PAREDES PARALELAS	<input type="checkbox"/> 34 LIGERAMENTE CONVERGENTES	<input type="checkbox"/> 34 PAREDES CONVERGENTES
<input type="checkbox"/> 35 SITUBEROSO MAYOR DE 5 cms.	<input type="checkbox"/> 35 ENTRE 7 y 8 cms	<input type="checkbox"/> 35 MENOR DE 7 cms.
<input type="checkbox"/> 36 ANGULO SUBPUB. 90-110°	<input type="checkbox"/> 36 MAYOR DE 110°	<input type="checkbox"/> 36 MENOR DE 90°
<input type="checkbox"/> 37 INDICE DE LEWIS: MAS DE 15	<input type="checkbox"/> 37 LEWIS DE 11 a 14	<input type="checkbox"/> 37 LEWIS DE 10 o MENOS

CALIFICACION DEL RIESGO:

 BAJO MEDIO ALTO

TIPO DE RESOLUCION:

 TRABAJO DE PARTO CESAREA

MEDICO

NOMBRE

EDAD

EXPEDIENTE

RESUMEN

Se realizó un estudio longitudinal, abierto, descriptivo y comparativo en el Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza del ISSSTE, Méx. D.F. del 1 de Agosto al 31 de Octubre de 1989. El proposito fué valorar y clasificar a las pacientes nulíparas con una cesárea previa para permitir el trabajo de parto. Se reunieron 115 pacientes que cumplieron con este antecedente, lo que representó el 10.63% de los ingresos al servicio de ginecobstetricia.

Se diseñó una hoja clínica para valorar el riesgo - para permitir el trabajo de parto que demostró ser sensible para detectar la mayoría de las causas de alto riesgo a excepción de la baja reserva fetal, el sufrimiento fetal-agudo y la inminencia de ruptura del segmento uterino, a causa de omitir datos que valoraran estos parámetros.

Se analizó la sensibilidad, especificidad y valor -- predictivo de los parámetros clínicos para detectar cada uno de los riesgos: alto, medio y bajo para permitir el - trabajo de parto. Se encontró que la hoja es muy sensible para predecir el bajo riesgo.

La incidencia observada para permitir el trabajo de parto fué del 42% de las pacientes y la tasa de éxito fué del 78.6%, lo que demuestra la sensibilidad de la hoja diseñada por nosotros para detectar el bajo riesgo para permitir el trabajo de parto en estas pacientes.

El análisis de parámetros como la calificación de --
Apgar en los recién nacidos, así como el peso obtenido al
nacimiento demostraron que no hay diferencia entre las pa-
cientes a las que se permitió el parto vaginal.

La morbilidad materno fetal no se vió afectada
a causa de permitir el trabajo de parto en pacientes nulí-
paras con cesárea previa

Concluimos que es posible lograr el parto en pacien-
tes con cesárea previa en el 30 % de los casos con buen-
margen de protección materno-fetal.

Se propone una nueva hoja de valoración corregida pa-
ra detectar mejor el alto riesgo y para dar oportunidad -
de trabajo de parto a las pacientes con periodo intergené-
sico entre uno y uno y medio años.

B I B L I O G R A F I A

1. Baker K. = Vaginal delivery after lower uterine cesarean section. = Surg. Gynecol. Obstet. 100:690, 1955
2. Bayth Yoram. = Improved method for histerografic evaluation of uterine scar. = Acta Obstet. Gynecol. - - Scand. 57:III-112, 1978.
3. Benson R. C. = Diagnóstico y tratamiento Ginecobstétricos. Operación cesárea.= Cuarta edición. Ed. El manual moderno. pág. 969 - 979, 1986.
4. Botella Llusia. = Tratado de Ginecología y Patología-Obstétrica. Ed. Científico médica. Pág. 929 - 946, - 1981.
5. Harley. = Temas actuales, Obstetricia operatoria = - Vol. 3. Ed. Interamericana. Operación cesárea. pág. - 525 - 553, 1980.
6. Sancho Blanco. = Esterilidad e Infertilidad. Estudio radiográfico de la cicatriz de la cesárea. = Ed. - - Jims. Pág. 41 - 46, 1982
7. Zander - Käser - Friedberg - Ober. = Embarazo y parto Operación cesárea. pág. 964 - 973. Ed. Salvat, 1979.
8. Danforth D. N. = Tratado de Ginecología y Obstetricia = Cuarta edición. Ed. Interamericana. pág. 11 - 13, - 749 - 758. 1987.
9. Varios autores. = Manual de normas y procedimientos - en obstetricia = Sexta edición. I.M.S.S. pág. 291 - -

300. 1986.

10. Muñoz G.V., Vargas G.C. = Evaluación epidemiológica y perinatal de la cesárea en el Hospital Zaragoza = Tesis ISSSTE-UNAM. 1988.
11. Díaz Anaya J.A. = Evaluación clínica del riesgo perinatal durante el trabajo de parto. = Tesis ISSSTE-UNAM. 1986.
12. Ramos R.J. = Morbilidad perinatal: Fórceps divergentes y convergentes. = Tesis ISSSTE-UNAM. 1988.
13. Ortega S. = Perspectivas para disminuir el índice creciente de cespareas. = Tesis ISSSTE-UNAM. 1988.
14. Bruce I.F. = Parto vaginal después de cesárea: Controversias antiguas y nuevas = Temas actuales de Ginecología y Obstetricia. 1986.
15. Bruce L.F. et. al. = Vaginal birth after cesarean section: Results of a multicenter study. = Am. J. Obstet Gynecol. 158:5.1079-1083. 1988.
16. Carrera M., Dexeus. = Tratado de Obstetricia = Vol. - III. Ed. Salvat. pág. 371. 1978.
17. Elliot H.P. = Tendencia del cambio de partos por cesárea = Clin. Obstet. Ginecol. Vol.4, p. 869. 1986.
18. Seen P.W., Hayashi R.H. = Vigilancia del trabajo de parto, líneas de alerta y de acción. = Clin. Obstet.-Ginecol. Vol. 1. p 31-38. 1987.

19. Shulman H., Farmakides G. = Función del cuello uterino inadecuado en la inducción del trabajo de parto. = Clin. Obstet. Ginecol. Vol. 1. p 47-51. 1987.
20. Paul R.H. et al. = Trial of labor in the patients with a prior cesarean birth. = Am. J. Obstet. Gynecol. -- 151:297-304. 1985.
21. Phelan et al. = Vaginal birth after cesarean. = Am. J Obstet. Gynecol. 157:1510-5. 1987.
22. Meier et al. = Trial of labor following cesarean section: A two year experience. = Am. J. Obstet. Gynecol 144:671-8. 1982.
23. Saldana L.R. = Management of pregnancy after cesarean section. = Am. J. Obstet. Gynecol. 135:555-61. 1979.
24. Porreco R.P., Meier P.R. = Trial of labor in patients with multiple previous cesarean sections. = J. Reprod Med. 28:770-2. 1983.
25. Clark S.L. et al. = The effect of indication for previous cesarean section on subsequent delivery outcome in patients undergoing trial of labor. = J. Reprod. - Med. 29: 22-5. 1984.
26. Phelan J.P. et al. = Twice a Cesarean, Always a Cesarean?. Obstet. Gynecol. Vol. 173-2:161-9. Feb. 1989.
27. L'gamiz M. = Bioestadística: la estadística con aplicación al área de la salud. = Ed. Fco. Méndez Cervantes. México 1982.

28. Bradford Hill. = Principios de estadística médica = -
Ed. El Ateneo. 2da. edición. México 1975.
29. Ruiz Velazco. = Tratado de obstetricia operatoria. =-
Ed. La prensa Médica. México 1971.
30. Ismael Fukushima C. = Evaluación de la cicatriz uteri
na con tres variantes de técnicas segmentarias de his
terorrafia en cesáreas. = Tesis ISSSTE-UNAM. 1982.