

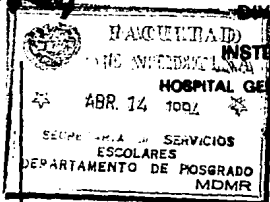
11217  
168  
2ej

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL  
ESTADO DE MEXICO**



**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POST-GRADO**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 36 CENTRO MEDICO NACIONAL**

**"MANUEL AVILA CAMACHO"**

**FRECUENCIA DEL PARTO VAGINAL EN  
PACIENTES CON CESAREA PREVIA**

**TESIS DE POSTGRADO**  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
**E S P E C I A L I S T A E N :**  
**GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**  
**P R E S E N T A :**  
**DRA. MARIA GUADALUPE SANTILLAN MORA**

**PUEBLA, PUEBLA**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**1994**




## **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.



 DELEGACION ESTATA. EN FUEJIA  
C.M. "MANUEL AVILA CAMACHO"  
★ ENE. 28 1994. ★  
HOSP. GRAL. REGIONAL No. 88  
JEFATURA DE ENSEÑANZA  
E INVESTIGACION

**A mis Padres, Hermanos y Maestros  
y a todas aquellas personas que de algu-  
na forma han contribuido a mi formación.**

## **ORGANIZACION**

**Dr. JOSE ANGEL LOPEZ FARFAN.**

**Gineco Obstetra  
Director de Tesis**

**Dr. CELESTINO BERISTAIN MARTINEZ**

**Gineco Obstetra  
Revisor de Tesis**

**Dra. MARIA GUADALUPE SANTILLAN MORA**

**Residente Gineco Obstetricia  
Autor**

## INDICE

<b>1. Justificación</b>	<b>1</b>
<b>2. Antecedentes:</b>	
- <b>Antecedentes históricos</b>	<b>4</b>
- <b>Antecedentes científicos:</b>	<b>5</b>
- <b>Tipos de rotura uterina</b>	<b>9</b>
- <b>Diagnóstico de rotura uterina</b>	<b>10</b>
- <b>Exámen de la cicatriz uterina</b>	<b>11</b>
- <b>Tratamiento de la dehiscencia y rotura de la cicatriz uterina</b>	<b>12</b>
- <b>Embarazo después de dehiscencia y rotura de cicatriz uterina</b>	<b>13</b>
- <b>Macrosomía</b>	<b>14</b>
- <b>Gemelos</b>	<b>16</b>
- <b>Evolución del trabajo de parto</b>	<b>16</b>
- <b>Uso de oxitocina</b>	<b>17</b>
- <b>Anestesia regional</b>	<b>18</b>
- <b>Aplicación de fórceps</b>	<b>18</b>
- <b>Dos cesáreas transversas bajas</b>	<b>19</b>
- <b>Tres o más cesáreas previas en el segmento inferior</b>	<b>19</b>
- <b>Estudio de la cicatriz postcesárea</b>	<b>19</b>
- <b>Cicatriz desconocida</b>	<b>22</b>
- <b>Seguridad en el trabajo de parto con cesárea previa</b>	<b>22</b>
- <b>Preparación para el trabajo de parto con cesárea previa</b>	<b>23</b>
- <b>Riesgo relativo del trabajo de parto en ciertas circunstancias clínicas</b>	<b>24</b>

<b>3. Objetivos</b>	<b>26</b>
<b>4. Material y Métodos</b>	<b>27</b>
<b>5. Resultados</b>	<b>31</b>
<b>6. Conclusiones</b>	<b>50</b>
<b>7. Sugerencias</b>	<b>52</b>
<b>8. Bibliografía</b>	<b>53</b>

## **JUSTIFICACION**



**El parto es un proceso natural y fisiológico cuya atención a variado con el transcurso del tiempo, en función de la organización de la sociedad, de los avances de la Medicina y de los recursos que de ella se han derivado.**

**Inicialmente, este acto parte del ciclo reproductivo para la conservación de la especie humana, se resuelve por sí solo y posteriormente a medida que evolucionó la raza humana, ha requerido de atención especializada, creándose así en la sociedad personajes que intervienen para prestar apoyo moral y acciones tendientes a evitar las complicaciones de este proceso natural que dañe a la madre o al hijo.**

**Al profundizar en el conocimiento de la mecánica del proceso, se dibuja el perfil de estos personajes, surgen las comadronas y las parteras empíricas que posteriormente son sustituidas por el médico con conocimientos científicos, quien brinda atención con mayor conocimiento y destreza; dictando inclusive, medidas preventivas destinadas a evitar los daños en el curso del embarazo y durante el parto.**

**El surgimiento de hospitales con avances tecnológicos y con las posibilidades que ofrecen para la concentración de las pacientes, hacen que la atención del parto, que se llevaba a cabo de manera dispersa en los domicilios, pase a ser una de sus actividades prioritarias encaminadas por razón natural no sólo a atender el parto, sino a extender la vigilancia en el puerperio. De manera similar, el adelanto en las técnicas quirúrgicas, en la asepsia y la antisepsia y en las técnicas anestésicas hacen que la operación cesárea aumente dramáticamente su frecuencia.**

**Muchas de las mujeres que son operadas, no deberían ser expuestas a los riesgos que el parto por vía abdominal conlleva, sino que se debe obtener beneficio máximo de la atención del parto vaginal, por**

contarse actualmente con los recursos calificados que permiten abatir significativamente la morbimortalidad materno-fetal.

El manejo de las pacientes quienes tienen el antecedente de una operación cesárea previa continúa originando problemas, aunque ahora es extensamente aceptado que el parto vaginal debería ser intentado al menos que la indicación de la cesárea previa recurriera o que el embarazo actual se complicara por otra condición que ameritara la cirugía.

Se ha visto que al comparar las complicaciones maternas y las fetales de la operación cesárea repetida, con el parto vaginal post-cesárea no sólo el riesgo es menor para la madre y el feto en el parto, sino que para muchos el repetir una operación cesárea representa una mortalidad materna mayor que cuando se permite el parto por vía vaginal. Igualmente la mortalidad fetal es mayor en la operación cesárea de repetición que en el parto, sobre todo por prematuridad, lo mismo sucede con la morbilidad que se estima hasta un treinta por ciento.

El parto vaginal es casi sin riesgo y probablemente menos peligroso y más seguro para la madre y el producto, que la operación cesárea repetida. La dehiscencia de la cicatriz uterina es de mínima frecuencia y escaso peligro, lo que de ninguna manera compensa los inconvenientes de la cesárea repetida. Además, debido a la gran cantidad de indicaciones de operación que existen, hay un buen número de pacientes multíparas, con partos vaginales previos a la operación, en las que el trabajo de parto post-cesárea es más rápido y con menor riesgo, especialmente de dehiscencia.

En nuestro servicio de Obstetricia, frecuentemente observamos

**indicación de operación cesárea justificada por el simple hecho de presentar una cesárea previa, sin tomar en consideración la indicación que originó la práctica quirúrgica en la gestación previa. Por otro lado también hemos observado partos espontáneos o bien con ayuda de fórceps como medio profiláctico en pacientes con antecedente de cesárea previa sin presentar complicaciones para el producto o para la madre. Por lo antes expuesto surge la interrogante: ¿porqué no considerar aptas para parto vaginal aquellas pacientes con antecedente de cesárea previa, cuando la indicación no es permanente?**

## **ANTECEDENTES**

## **ANTECEDENTES HISTORICOS**

La operación cesárea es tan antigua como la humanidad misma, que pasando de ser una operación prohibitiva efectuada sólo en la mujer muerta o como acto heroico en la viva, a llegado a ser tan popular que amenaza con eliminar el parto por vía vaginal.

Existen una serie de leyendas acerca de la operación cesárea; el "parto immaculado" era un gran honor y un gran augurio reservado a los héroes y dioses. En el Rig Veda, el libro más antiguo de la India, se describe que INDRA, el más elevado de los dioses se negó a parir por vía vaginal, saliendo oblicuamente por el lado del abdomen. Un hecho similar sucedió con BUDA. Según Reinhard, historiador médico, la operación cesárea era practicada en tiempos prehistóricos, ya que el hombre primitivo consideraba que el fruto de una embarazada debía sacarse de ella al fallecer, porque sino podría traer maleficios sobre los vivos. (21)

En los primeros años de la era cristiana el adelanto con respecto a la operación cesárea fue poco. El emperador JUSTINIANO proclama " La ley regia prohíbe enterrar a la mujer que ha muerto durante el embarazo, antes de extraerle el fruto por escisión del abdomen; quien obre en contra de esto, destruye evidentemente la esperanza de un ser viviente". (21)

En el año de 1500, el carnicero, Jacob Neuffer, de Suiza, de un tajo le abrió el vientre a su esposa, que previamente había sido condenada a morir por trece comadronas y barberos, extrayendo a un niño que vivió después 77 años. (21)

En el año de 1581 fue publicada en París la primera monografía acerca de la operación cesárea por Francois Russet. En ella ya se señalaban las indicaciones de operación como fetos gigantes y monstruosos, gemelares, mal posiciones y estrecheces pélvicas y del canal blando. (21)

Diego Mateo Zapata, en 1733 hace referencia en una crítica escrita contra la embriotomía en favor de la operación cesárea. Uno de cuyos párrafos textualmente dice; "Admirable ésta expresada operación, pero lo es más la experiencia de no sólo haber vivido las madres hecha la operación cesárea sino haber parido después". (21)

En 1876, Porro practicó con éxito una operación mutilante a una primípara, Julia Cavallini de Gambolò de 25 años de edad, quien tenía pelvis raquílica, asimétrica y con imposibilidad para permitir la fetotomía por vía vaginal. Le efectuó la primera operación cesárea con histerectomía subtotal. Los éxitos alcanzados en éstas fechas no pueden ser atribuidos únicamente a la operación de Porro, sino a la aparición de las grandes aliadas de la cirugía, la asepsia y antisepsia. Además del perfeccionamiento de la técnica quirúrgica. (21)

En 1881, Kehrer practicó la primera incisión transversa en el segmento inferior del útero, justamente el tipo de incisión que Munro Kerr volvió a introducir en el siglo presente y que en la actualidad se emplea comunmente. (21)

## ANTECEDENTES CIENTIFICOS

La frecuencia con la que se efectúa la operación cesárea va en aumento, por el cada vez mayor número de indicaciones que va teniendo, así como a la disminución casi absoluta de los peligros en su ejecución que ha motivado un uso más generalizado en la resolución de los problemas obstétricos maternos, y por otra parte, a la tendencia corriente de resolver cada vez con más frecuencia por la vía alta los problemas capaces de poner en peligro la vida del producto. Pero poco a poco se ha caído en el extremo peligroso del abuso de la operación. Como el tipo de indicaciones que motivan la intervención varía de Hospital a Hospital y de una escuela a otra (axioma de "una vez cesárea, siempre cesárea") y aún más, entre los mismos Gineco-Obstetras de una institución y del tipo socioeconómico de las pacientes tratadas, es decir, si son enfermas privadas u hospitalarias, igualmente varían las cifras de frecuencia. Existen otra serie de razones no éticas por las cuales se ejecutan muchas operaciones cesáreas, lo que en determinados medios a hecho que la frecuencia de la intervención quirúrgica se haya elevado en mayor proporción. En primer lugar y quizá como el más grave de éstos fraudes está el afán de lucro, es decir, se inventa la necesidad de una operación cesárea. En muchas ocasiones es por el deseo de terminar rápidamente un acto obstétrico, ya sea por el cansancio del médico, por exceso de trabajo u ocupaciones del mismo, o bien, por presión de los familiares de la paciente. Por otro lado existe la falta de preparación de algunos médicos para la atención vaginal de problemas obstétricos prefiriendo siempre la vía alta, y el afán ilícito de los mismos por adquirir habilidad quirúrgica, es decir "hacer manos". Todas éstas consideraciones son reprochables, pero por desgracia, vemos que cotidianamente suceden.

Inicialmente el riesgo extremo de la operación cesárea para la vida materna hizo que éste método fuera el último recurso. La paciente que había sobrevivido a la operación cesárea no era candidata a una nueva

operación, sino que cuando se presentaba una causa que repetiría como por ejemplo un defecto pélvico se evitaba el nuevo embarazo o hasta se practicaba el aborto y la embriotomía. Cuando la causa no era forzosa repetición, entonces se le permitía rutinariamente a la paciente el parto vaginal, aún con el gran riesgo que ésto representaba. (21)

El permitir un parto vaginal a la paciente que previamente ha sido sometida a una o más operaciones cesáreas es desde hace varios años una de las grandes controversias de la Obstetricia. Prácticamente durante la primera mitad del siglo no se realizaron estudios en pacientes con cesárea previa y es hasta los años cincuenta cuando de manera deliberada se realizan éstos, obteniendo buenos resultados. A través de los años se han ido practicando mejores técnicas en la atención vaginal con cesárea previa, llegando incluso a la aplicación de fórceps, y más aún, a la resolución espontánea del parto sin complicaciones.

El axioma "después de una cesárea, puede ocurrir parto vaginal" deberá guiar el criterio inicial del médico. En mujeres con antecedente de operación cesárea previa, el método de elección de parto es sujeto de intenso interés en los Estados Unidos y Canadá debido a la fuerte contribución que se tiene en el porcentaje de partos por operación cesárea en ambos países. (11)

Durante el período de 1970-1984, en Estados Unidos, el porcentaje de nacimientos por operación cesárea aumentó dramáticamente de un 5.5% en todos los partos, hasta aproximadamente un 25%. Las dos más importantes indicaciones para la cesárea fueron distocia y cesárea previa. Cada factor ha sido responsable de aproximadamente un 30% del aumento. (10,23)

El porcentaje más alto de nacimientos por operación cesárea,



durante el periodo de 1981-1986, se reportó en Brazil, siendo del 31.6%. Aunque uno de cinco nacimientos se atienden fuera del hospital, el porcentaje de operación cesárea en Brazil es extremadamente alto, a pesar de que se calcule en base a todos los partos (26.1%). El porcentaje de cesáreas es también sorprendentemente alto en Puerto Rico (28.8%), debido virtualmente a que todos los nacimientos se atienden en instituciones, el porcentaje de cesáreas en Puerto Rico para todos los partos permanece casi sin cambios (28.7%). (11)

El más rápido crecimiento en el parto vaginal ocurrió de 1980-1985 en países que inicialmente presentaron bajos porcentajes: Canadá, Estados Unidos y Nueva Zelanda. A pesar de éstos aumentos los porcentajes de parto vaginal después de una operación cesárea en 1985, permanecieron por debajo del 7%. Durante éste mismo año, en países de recursos bajos, pese a una modesta disminución en el parto vaginal después de una operación cesárea, el porcentaje permaneció en el nivel extraordinario del 55%. La información presentada en el porcentaje de partos vaginales después de una operación cesárea demuestra la factibilidad de aumentar la atención del parto por vía vaginal subsecuente a cesárea, en ciertos países. Numerosos estudios realizados en hospitales indican que aproximadamente la mitad de mujeres con una cesárea previa son capaces de presentar parto vaginal, un nivel aproximadamente 10 veces el porcentaje actual en Norteamérica. La experiencia de varios países europeos, en particular los de recursos bajos, muestran que éstos resultados son posibles a nivel nacional. (11)

Recientes reportes muestran que la mayoría de los hospitales no realizan rutinariamente el parto vaginal después de operación cesárea. En 1984, 54% de los hospitales reconocidos por The American College of Obstetricians and Gynecologist no intentaron parto vaginal en éstas pacientes. Los hospitales más fuertemente opuestos a ésta práctica

atendieron menos de 500 partos en un año. Un estudio efectuado en California en el año de 1988 mostró que el volumen de pacientes obstétricas es la segunda variable no clínica más importante en la determinación del número de partos vaginales después de nacimientos por operación cesárea. Los hospitales que atendieron menos de 1000 partos anuales tuvieron un porcentaje de parto vaginal después de operación cesárea del 5.4%, mientras que aquellos que atendieron más de 3500 tuvieron un 16.6% de partos vaginales subsecuente a cesárea. (18)

Ya a finales de los 1970's se pronosticaba un aumento progresivo de la operación cesárea. Los escépticos dudaron que hubiera una relación directa entre el uso aumentado de operaciones cesáreas y mejoría en el resultado perinatal. Los expertos fueron llamados para que juntos frenaran ésta tendencia y ofrecieran un consejo en cuanto al manejo de trabajo de parto anormal y por lo tanto difícil y sobre el diagnóstico de sufrimiento fetal. Ellos cautelosamente sugirieron que el parto vaginal después de una cesárea previa con incisión transversa en el segmento inferior, pudiera ser segura bajo ciertas condiciones rígidamente controladas. Estas opiniones "cautelosas" estuvieron basadas en la información limitada disponible en aquel tiempo, lo cual implicaba que éstos partos vaginales conllevan mucho menos riesgos a la madre y al feto que los que habían sido sometidos a la práctica basada en el dictamen original de Craigin "una vez cesárea, siempre cesárea". La última década ha visto una acumulación de experiencia y datos que soportan un consenso de recomendaciones y estudios que demuestran que el riesgo de ruptura uterina es baja. (12)

La mayoría de estudios a gran escala sobre parto vaginal después de operación cesárea han reportado que la incidencia de separación de la cicatriz uterina se encuentra entre el 0.50% y el 2.23%. (8,27)

Dewhurst reportó que el riesgo de ruptura uterina por una cesárea

clásica será de 2.2% para todos los casos, aumentando a 4.7% para aquellas mujeres que son sometidas a trabajo de parto y llegando hasta un 8.9% para aquellas mujeres que presentan parto vaginal. Los correspondientes porcentajes para las pacientes sometidas a parto vaginal con el antecedente de operación cesárea con incisión en el segmento inferior serán de 0.5%, 0.8% y 1.2%, respectivamente. El reporte de morbilidad materna asociado a ruptura por cicatrices clásicas es de un 5%, con una mortalidad fetal del 73%. Por otro lado, él no registró muertes en 55 madres con cicatriz en el segmento inferior, aunque la mortalidad fetal fue del 12.5%. (15).

El riesgo de lesión fetal por ruptura uterina es baja e importantemente la probabilidad de parto vaginal es alta: 75-80%, en aquellas mujeres en quienes se intenta un parto vaginal posterior a una operación cesárea. (12)

#### **Tipos de rotura de la cicatriz uterina**

**Dehiscencia de cicatriz.** Abertura de la cicatriz previa, con integridad del peritoneo visceral suprayacente (serosa uterina); sin expulsión del contenido uterino; también llamada "ventana". (17)

**Rotura incompleta.** Abertura de una cicatriz previa, pero no del peritoneo suprayacente, con expulsión extraperitoneal del contenido uterino (a menudo hacia el ligamento ancho); se ha denominado "rotura parcial". (17)

**Rotura completa.** Abertura de la cicatriz previa y el peritoneo suprayacente, con expulsión del contenido intrauterino hacia la cavidad peritoneal. (17)

**La rotura verdadera** denota separación de la cicatriz, con hemorragia o sufrimiento fetal, requiriendo de inmediata intervención. La **dehiscencia** es definida como una separación silente de una cicatriz, rara vez se complica por una hemorragia excesiva, porque se produce en una zona fibrosa relativamente avascular del miometrio, es incidentalmente diagnosticada por la laparotomía o el examen vaginal, sin compromiso fetal o materno. (17)

### **Diagnóstico de rotura uterina**

El signo de presentación más frecuente de la rotura uterina es el sufrimiento fetal, en particular un registro anormal de la frecuencia cardiaca, con deceleraciones variables que se convierten en tardías, o en bradicardia. Se informa este dato en 50 a 70% de las roturas uterinas. El siguiente signo en orden de frecuencia es el dolor uterino que persiste entre contracciones, localizado por lo general en la región correspondiente a la incisión previa. La hemorragia es tan frecuente como el dolor uterino, y puede ser abdominal, vaginal o urinaria. El inicio de hematuria macroscópica en una paciente en trabajo de parto con antecedente de cesárea, sugiere rotura uterina, con lesión vesical vinculada. (17)

De enero de 1986 a junio de 1989 se atendieron 10,835 partos en el Bronx Municipal Hospital Center, de los cuales 711 (6.6%) tenían antecedente de cesárea previa. El parto vaginal posterior a una cesárea fue intentado en 424 mujeres, obteniéndose éxito en 312 casos (73.6%). Se identificaron 17 casos con complicaciones serias, 10 (59%) tenían una incisión uterina transversa inferior. Ocho pacientes (47%) presentaban más de una operación cesárea. Doce infantes (71%) fueron prematuros y ocho requirieron ingreso a la unidad de cuidados intensivos neonatales. Nueve de las 17 mujeres con complicaciones serias presentaron ruptura uterina, éstas constituyeron el 1.3% de todas las pacientes con parto después de una o más cesárea previas. Seis rupturas fueron asociadas a

trabajo de parto (1.4% de todas las pacientes sometidas a trabajo de parto), tres pacientes habían recibido oxitocina. Tres mujeres a las cuales se les aplicó anestesia epidural nunca presentaron dolor atribuible a la ruptura. En cuatro casos de ruptura uterina, el cordón umbilical o los productos de la concepción se encontraban fuera de la cavidad uterina, de éstos casos, dos fetos fueron obitos y dos tuvieron una calificación por el método de Apgar < de 6 a los 5 minutos. En seis de las nueve mujeres con ruptura uterina se juzgó apropiado reparar el útero más que efectuar una histerectomía. Cuatro de las seis rupturas en el útero con antecedente de incisión transversa inferior se presentaron a lo largo de la cicatriz antigua extendiéndose lateralmente hacia el tejido vascular del ligamento ancho. Una se prolongó verticalmente hacia el cuerno lateral en el fondo uterino y la otra verticalmente hacia la línea media. Así la ruptura puede ocurrir con actividad uterina relativamente leve, puede ser asintomática durante el trabajo de parto, y no mantener la dilatación y descenso normales. (1)

#### **Examen de la cicatriz uterina**

La preponderancia de la literatura médica tradicionalmente recomienda como rutina la revisión transcervical postparto de la cicatriz uterina subsiguiente al parto vaginal en pacientes con una operación cesárea previa, para explorar la posibilidad de dehiscencia. Sin embargo, los defectos uterinos son raros, y su manejo es controversial. (8)

La palpación digital transcervical del segmento uterino inferior no es tan sensible para el diagnóstico de dehiscencia de cicatriz, como la inspección visual durante la cesárea. Un segmento miometrial inferior adelgazado puede sentirse similar a la cobertura serosa. La palpación digital transvaginal del útero parece ser más confiable en el diagnóstico

de un defecto total de la pared uterina (rotura) que de la dehiscencia. La valoración sistemática de la cicatriz uterina puede facilitar el pronto diagnóstico del caso excepcional de rotura uterina que se hace sintomática después del parto, cuando ya no existe el efecto de taponamiento de la cabeza fetal. La reparación temprana de una rotura uterina diagnosticada en el postparto inmediato pudiera prevenir la morbilidad materna por retraso en el diagnóstico. ( 17)

En Barzilai Medical Center in Ashkelon, Israel, se efectuó una revisión retrospectiva que abarcó desde enero de 1985 a junio de 1991. De 17,299 pacientes a las que se les atendió su parto por vía vaginal, 1023 mujeres tenían el antecedente de por lo menos una cesárea previa.

El estado de la cicatriz uterina fue observado en cada paciente que había sido sometida a operación cesárea, efectuando revisión manual transcervical rutinariamente después de la atención de partos vaginales. Los métodos de inducción y estimulación usados en el trabajo de parto fueron ruptura artificial de membranas y estimulación de los pezones. La oxitocina y la anestesia local no fueron empleadas; la analgesia fue administrada por vía intravenosa por medio de meperidina y prometazina. La frecuencia cardíaca fetal y la actividad uterina fueron monitorizadas continuamente durante el trabajo de parto.

El porcentaje de dehiscencia en éstas pacientes fue del 1.4% y el de ruptura uterina verdadera fue del 0.15%. El exámen transcervical de rutina reveló dos casos sospechosos de dehiscencia, ambas parturientas fueron sometidas a laparotomía, pero el diagnóstico preoperatorio fue confirmado sólo en un caso. (8)

### **Tratamiento de la dehiscencia y rotura de la cicatriz uterina**

El manejo de un defecto uterino identificado transcervicalmente es controversial. La dehiscencia asintomática ha sido dejada sin tratamiento, sin presentarse consecuencias adversas aparentes. (8)

La serosa uterina intacta que cubre el defecto al parecer guía la posición de los bordes separados al contraerse el útero y permite la cicatrización. (17)

Varios investigadores (14) informaron que no había signos de dehiscencia durante la cesárea repetida en dos mujeres con dehiscencia uterina asintomática no reparada en el embarazo previo. Además, no hay datos que sugieran que la evolución del embarazo a futuro sea mejor o peor si se repara la dehiscencia de la cicatriz en lugar de dejar que cierre espontáneamente. Pridjian considera que si una dehiscencia de toda la histerorrafia segmentaria inferior es palpable por vía transvaginal, en una mujer que piensa embarazarse otra vez, es aconsejable repararla de inmediato. (17)

La laparotomía exploradora y la reparación operatoria son necesarios en casi todos los casos de rotura de cicatriz uterina durante el trabajo de parto o al inicio del postparto. Puesto que estas mujeres suelen estar hipotensas e inestables, se requiere la forma más expedita de corrección del problema. En 50 a 90% de estos casos es factible la reparación de la rotura uterina. En otras su extensión hacia los vasos del ligamento ancho, el daño excesivo del miometrio uterino o el vínculo con placenta acreta, hacen necesaria la histerectomía. (17)

### **Embarazo después de dehiscencia y rotura de cicatriz uterina**

La dehiscencia o rotura de la cicatriz uterina no contraindican un embarazo ulterior. Sin embargo, estas mujeres pueden tener mayor riesgo de repetición del trastorno, en especial si la primera rotura incluyó el segmento activo del útero. No hay datos suficientes para afirmar o negar la posibilidad de que una dehiscencia de cicatriz segmentaria baja anterior (reparada o no) signifique un mayor riesgo de rotura uterina

sintomática, aunque tal suposición pudiera ser válida. Dada la falta de información adecuada y actual con respecto a este pequeño subgrupo de pacientes, si se desea otro embarazo, será prudente comentar las opciones de prueba de trabajo de parto con vigilancia adecuada o nueva cesárea. Las mujeres con rotura previa del útero se atienden mejor mediante cesárea. Si la rotura uterina incluyó el segmento activo del útero, la regla es realizar el procedimiento antes de iniciar el trabajo de parto. Si la rotura se localizó en el segmento inferior, teóricamente es debatible la cesárea repetida automática, porque hay informes de partos vaginales satisfactorios en mujeres con rotura uterina previa. (17)

### **Macrosomía**

En 1982, The American College of Obstetricians and Gynecologist (ACOG), enunció su original "guía para parto vaginal después de un nacimiento por cesárea previa". Bastante razonablemente ésta guía incluyó varias restricciones que cubrían áreas que no habían sido completamente evaluadas en estudios existentes en investigaciones del trabajo de parto. En respuesta a estudios más recientes la ACOG, publicó la guía revisada en 1984 y en 1988; suprimió muchas de las restricciones originales. Por ejemplo, el punto guía revisado es que no hay evidencia de que la administración de oxitocina o anestesia epidural estén contraindicadas en pacientes a las cuales se les somete a trabajo de parto. Sin embargo; la guía revisada continua mencionando la prudencia de llevar a trabajo de parto aquellas pacientes con un peso fetal estimado de más de 4000 g. Específicamente, la revisión de 1984 enuncia que el "peso fetal estimado debería ser menor de 4,000 g.". La revisión de 1988 dice que "los efectos del trabajo de parto en pacientes, con un peso fetal estimado de más de 4,000 g. no han sido evidenciados". Para evaluar la validez de éste concepto, se efectuó un análisis de los resultados de 301 de las 1776 mujeres sometidas a trabajo de parto después de una operación cesárea teniendo productos con peso al nacimiento de 4,000 ó más de 4,000g. Las pacientes con una incisión uterina vertical baja ó



clásica, el embarazo gemelar, la presentación pélvica y las pacientes diabéticas insulino-dependientes fueron excluidas del estudio. La historia de más de una operación cesárea previa no fue considerada como contraindicación. Dieciocho de las 301 pacientes del grupo de investigación de productos macrosómicos tenían el antecedente de más de una cesárea. Para los propósitos de éste estudio, se definió como macrosomía fetal al peso al nacimiento de 4,000 ó más de 4,000 g. Ong y Sen encontraron que sólo un 35% de los productos macrosómicos pueden ser diagnosticados correctamente con una diferencia de peso entre 400 y 460 g. usando la palpación manual.

La oxitocina fue usada para conducción del trabajo de parto en 35% de las pacientes (105 de las 301) y de éstas, el 45% tuvo parto vaginal sin complicaciones.

Existen algunos estudios que reportan los resultados de partos posteriores a operación cesárea con productos macrosómicos, como se muestra en la siguiente tabla:

Autores	Productos Macrosómicos	Partos Vaginales	Porcentaje
Flamm y Goings	301	165	55
Phelan et.al.	140	94	67
Molloy et.a.l	287	263	92
Ollendorff et.al.	35	14	40
Graham	44	20	45
<b>Series Combinadas</b>	<b>807</b>	<b>556</b>	<b>69</b>

En ésta revisión no se encontraron mayores riesgos de ruptura uterina en grupos de pacientes con productos macrosómicos. Esto está acorde con los resultados de un estudio previo que reportó una ruptura uterina verdadera en 140 pacientes sometidas a trabajo de parto con infantes macrosómicos. (6)

## **Gemelos**

Es de esperar que la sobredistensión del útero grávido, como ocurre en el embarazo gemelar, predisponga a la rotura uterina. No obstante, en un estudio de 25 mujeres con embarazo gemelar y antecedente de cesárea a quienes se hizo prueba de trabajo de parto, no se registraron roturas uterinas y las dehiscencias de cicatriz fueron de 4 por ciento. (26)

## **Evolución del trabajo de parto**

La duración del trabajo de parto en pacientes sometidas a parto vaginal después de una operación cesárea por distocia es muy parecido a las de las nulíparas. Aún en pacientes quienes originalmente tuvieron una cesárea en la segunda fase del trabajo de parto, la duración del trabajo de parto subsecuente fue más similar al de una nulípara que al de una múltipara. Harlass y Duff también encontraron que las mujeres que previamente tuvieron una cesárea en la fase latente del trabajo de parto presentaron un primer estadio de trabajo de parto significativamente mayor que el de las pacientes nulíparas. Esta razón para ésta diferencia pudo ser relacionada a la forma en la cual se integraron sus grupos control. Eliminando los controles que requirieron oxitocina por cualquier razón, de forma tal que disminuyó la contractilidad directamente relacionada a la conducción anestésica, ellos formaron un grupo relativamente "puro" de mujeres tratadas con trabajo de parto espontáneo esencialmente no complicado. Sin embargo; las duraciones promedio del trabajo de parto que ellos observaron en sus grupos control, son comparables a aquellos reportados previamente por Friedman en un grupo de pacientes más heterogéneo. (10)

Pridjian concluye que una prueba de trabajo de parto en mujeres con antecedente de cesárea debe evaluarse según los criterios estándar utilizados para nulíparas, si no ha habido antes partes vaginales y según el criterio para múltiparas cuando sí los ha habido. (17)

En otro estudio, en el subgrupo de pacientes con falta de progreso del trabajo de parto y distocia, las mujeres objeto de operación cesárea durante la fase activa del trabajo de parto, con desproporción cefalopélvica real, tienen una frecuencia menor de parto vaginal afortunado que aquellas en las que se formuló el diagnóstico durante la fase latente. En un estudio prospectivo, se presentó parto vaginal exitoso en 61% de las pacientes con antecedente de cesárea por falta de progreso del trabajo de parto, diagnosticado durante la fase activa del mismo, después de una prueba adecuada. Las pacientes con antecedente de cesárea por falta de progreso del trabajo de parto en la fase latente presentaron un 79% de partos vaginales. El tener más de una cesárea no parece modificar mucho la culminación del parto. En el estudio colaborativo de California, la tasa global de parto satisfactorio después de una, dos y tres cesáreas fue similar a: 73.9, 76.8 y 71.4 por ciento, respectivamente. (17)

#### **Uso de oxitocina**

Los estudios con grupo de control publicados no han mostrado mayor riesgo cuando se usa oxitocina. En un grupo de 485 mujeres en trabajo de parto con antecedente de cesárea que recibieron oxitocina, las tasas de rotura uterina, morbilidad materna y mortalidad o morbilidad fetales no fueron diferentes de las pacientes similares con cesárea previa que no recibieron oxitocina. (5)

Según otros autores, las mujeres con cesárea previa que requirieron oxitocina para la inducción del trabajo de parto y no conducción, tuvieron la menor tasa de parto vaginal (tasa de partos vaginales de 58% para la inducción en comparación con 88% para la conducción). (22)

La rapidez de dilatación cervical durante las primeras dos horas de conducción con oxitocina permite predecir el éxito del parto vaginal. Se

encontró que todas las mujeres cuyo cuello uterino se dilató a razón de 1.0 cm/h durante las dos primeras horas de conducción con oxitocina, tuvieron partos vaginales; sólo 25% de aquellas que no mostraron cambios cervicales durante este periodo tuvieron parto vaginal. (17)

El uso de oxitocina para inducción o conducción del trabajo de parto no está contraindicada en las pacientes con antecedente de cesárea a quienes se realiza prueba de trabajo de parto. Esta deberá usarse con buen juicio para evitar la hiperestimulación. (17)

### **Anestesia regional**

La anestesia epidural no está contraindicada en mujeres con cesárea previa a quienes se realiza prueba de trabajo de parto. Aunque originalmente se le consideró inadecuada en tales pacientes, por el potencial de enmascarar signos de rotura uterina (dolor abdominal bajo continuo, hipersensibilidad de la cicatriz y taquicardia), estos signos y síntomas pueden ser predicadores poco confiables de la rotura. Algunas pacientes han comunicado que este tipo dolor es bloqueado en forma incompleta por anestesia epidural, con las dosis utilizadas para el trabajo de parto. El dolor uterino que persiste a pesar de anestesia epidural debe alertar al clínico de una posible rotura uterina. (17)

### **Aplicación de fórceps**

Es aconsejable en un parto que evolucione satisfactoriamente, no interferir en él hasta que se alcance el periodo expulsivo. Como durante el mismo se producen la mayoría de las dehiscencias, es conveniente acortarlo con la aplicación rutinaria de fórceps "profiláctico". Esto no

quiere decir, que forzosamente haya que ponerlo, puesto que hay muchas pacientes sobre todo multiparas, en las cuales este segundo periodo es tan rápido, que no es necesaria la maniobra. No es por demás subrayar que la aplicación necesaria o indicada de un fórceps, sólo deba llevarse a cabo mientras no represente un peligro para el binomio madre-feto. (21)

### **Dos cesáreas previas transversas bajas**

Los investigadores que comunican resultados de grandes números de pacientes en trabajo de parto con antecedente de cesárea incluyeron a aquellas con dos cesáreas y no pudieron mostrar un mayor riesgo.(7)

Phelan et.al. estudiaron un grupo de 501 mujeres con dos cesáreas previas y trabajo de parto en el siguiente embarazo, no encontraron un riesgo significativamente mayor. (16)

### **Tres o más cesáreas en el segmento inferior**

Casi todos los informes de prueba de trabajo de parto en mujeres con tres o más cesáreas previas incluyen muy pocas pacientes para valorar la seguridad. Sin embargo, según las pequeñas cifras disponibles, no parece haber aumento notorio de riesgo. (17)

### **Estudio de la cicatriz postcesárea**

Las complicaciones postoperatorias alteran la cicatrización normal, lo que disminuye las posibilidades del parto vaginal. Entre ellas destacan la presencia de infección transoperatoria, problemas de sangrado que ocasionan hemostasia excesiva, prolongación de la incisión, desgarros y

traumatismos segmentarios, así como otras deficiencias técnicas por falta de habilidad y pobreza del medio donde se efectuó la operación. Al tratar de conocer el proceso de cicatrización y los factores capaces de regular la calidad de reparación en el útero después de una operación cesárea, hay que tener en cuenta lo siguiente: (21)

1. El músculo uterino es parte de aquellos tejidos formados de células permanentes, es decir, que no se regeneran en caso de lesión, similar al cerebro y corazón; por lo que inevitablemente se produce cicatriz al seccionarlo.

2. La cicatriz de la operación cesárea es invadida por células de estructuras vecinas, de modo que aparentemente, en los últimos estadios es una unión músculo-músculo.

3. La cicatrización se hace (con su crecimiento acelerado), en un órgano que se contrae y atrofia, acompañándose de un catabolismo proteico.

4. Por ser el útero postparto un órgano de gran vascularización, la fase exudativa parece ser más marcada, con aparición rápida de fibroblastos y tejido conjuntivos.

5. El proceso de cicatrización se desarrolla en el área de una herida que rápidamente reduce su extensión a una quinta parte, es decir, en seis semanas cambia de 10 cm. de largo a 1 ó 2 cm. Se supone que la incisión transversal segmentaria sufre una contracción menos rápida. Por esta involución uterina, los puntos que aproximan los bordes de la incisión quedan flojos y pierden su aposición íntima.

6. Por la diferencia en la cantidad de tejido muscular, la cicatrización es diferente en el cuerpo uterino que en el segmento. La reparación es completamente muscular en la primera, por un crecimiento adyacente activo, a diferencia de las segmentarias transversales en que por ser el segmento más fibroso, produce una cicatriz más densa.

7. Durante el embarazo, el área de la cicatriz permanece más o menos estática, aunque existen cambios notables en el tejido muscular adyacente. Este crecimiento adyacente muchas veces oculta la cicatriz como en las clásicas.

**8. Se ha demostrado experimentalmente colocando pesos en úteros de animales con operación cesárea, que la zona cicatrizal es más resistente, produciéndose las rupturas, en las zonas adyacentes a las mismas.**

Existen una serie de factores que regulan la calidad de reparación de la cicatriz de cesárea, entre ellos podemos mencionar: a) factor constitucional personal, b) estado general de la paciente, c) factores locales independientes del acto quirúrgico (temperatura de los tejidos, riesgo sanguíneo, disponibilidad de tejido laxo), d) factores locales dependientes del acto quirúrgico (tipo de operación, traumatismos en la herida, formación de hematomas, acumulación de exudados, necrosis de los tejidos, duración de la intervención, interposición de material en la herida, tipo de sutura, material utilizado, tensión de la herida, presencia de infección), y e) factores postoperatorios (infección, distensión, y drenaje inadecuado).

Por medio del interrogatorio o la revisión de los datos del acto quirúrgico previo, podemos suponer que cuando han pasado al menos dos años desde la operación cesárea, la cual se efectuó en condiciones satisfactorias, por manos hábiles y sin complicaciones trans y postoperatorias, la cicatriz tiene grandes posibilidades de ser normal. (21)

La histerografía realizada después de la cesárea constituye, desde que Beker en 1955 la utilizó por primera vez, un medio muy útil para valorar una cicatriz, sin embargo; el verdadero valor pronóstico de los hallazgos radiológicos postoperatorios, no está todavía bien precisado. (21)

### **Cicatriz desconocida**

Se ha demostrado que el riesgo es, en realidad, bajo, cuando se desconoce el tipo de incisión uterina, porque la mayor parte de tales incisiones son cervicales transversas bajas. Si la indicación de la cesárea previa es de tipo desconocido y hace suponer que requirió incisión clásica o fúndica, por situación transversa o presentación pélvica pretérmino, pudiera ser prudente repetir la cesárea.(17)

### **Seguridad en el trabajo de parto con cesárea previa**

Conforme aumenta la experiencia en el trabajo de parto con antecedente de cesárea, se reafirma su seguridad. En fecha reciente se revisaron 31 estudios publicados en torno a la seguridad del parto vaginal con antecedente de cesárea, y se realizó un meta-análisis utilizando aquellos cuya estructura lo permitía.(20)

En comparación con pacientes que tuvieron una cesárea electiva de repetición, la tasa de morbilidad febril materna a quienes se hizo prueba de trabajo de parto fue 0.5 veces menor (intervalo de confianza de 95%, 0.5-0.6). Entre las sometidas a la prueba de trabajo de parto, casi todos los trastornos febriles maternos se encontraron en el subgrupo con resultado negativo a quienes después se hizo cesárea. (17)

El predictor más firme de la seguridad del trabajo de parto con antecedente de cesárea es la localización de la cicatriz de ésta. Como ya se mencionó en párrafos anteriores, las mujeres que sufrieron una incisión vertical en el segmento uterino tienen mayor riesgo de rotura del órgano, antes y durante el trabajo de parto. Hasta donde se sabe, no se han publicado casos de muerte materna por efecto del trabajo de parto con antecedente de cesárea transversa baja. (17)



La implantación de la placenta sobre una cicatriz de incisión uterina puede predisponer a anomalías de inserción placentaria. Se han señalado trastornos como placenta acreta, increta y percreta en la región de una cicatriz. Sin embargo, se trata de un trastorno que pudiera complicar la prueba de trabajo de parto o la cesárea electiva de repetición. Sobre todo, hay demostración convincente de que el parto vaginal con antecedente de cesárea es más seguro para la madre, que el quirúrgico. (17)

### **Preparación para el trabajo de parto, con cesárea previa.**

La atención óptima intraparto se inicia con la preparación de la paciente desde la primera consulta prenatal, en donde hay que advertirle que pueden ocurrir ciertos problemas que requerirán repetir la cesárea en determinado momento. El antecedente de endometriitis o endometritis, el cierre del útero en un solo plano o una dilatación cervical mínima, no parecen modificar el riesgo durante el trabajo de parto subsiguiente. (17)

Los métodos de atención varían con el grado de complejidad del caso particular, la comodidad y la experiencia del médico tratante, la prontitud de acceso a un equipo quirúrgico y, en cierto grado, los deseos de la paciente. (17)

## **Riesgo relativo del trabajo de parto en ciertas circunstancias clínicas.**

### **Contraindicación del trabajo de parto**

Cicatriz vertical, que incluye al segmento activo del útero

Cicatriz en forma de T

### **Trabajo de parto con muy bajo riesgo**

Antecedente de una cesárea segmentaria baja transversa

### **Trabajo de parto de mayor riesgo**

Dos o más cesáreas segmentarias bajas previas

Cicatriz de tipo desconocido

Cicatriz vertical baja

Embarazo gemelar

Macrosomía fetal.

### **Trabajo de parto con riesgo muy bajo**

Puesto que las mujeres con cesárea transversa baja y un nuevo embarazo no complicado desde otros puntos de vista tienen muy bajo riesgo de complicaciones intraparto, se pueden tratar en general como cualquier paciente en trabajo de parto en espera de un parto vaginal.

Esto pudiera incluir:

1. Inicio del trabajo de parto en casa;
2. Biometría hemática completa, tipo sanguíneo y revisión general al ingreso;
3. Monitoreo de la frecuencia cardíaca fetal frecuente o en forma intermitente;
4. Tocodinamometría externa;
5. Vena permeable opcional;
6. Administración de líquidos claros durante el trabajo de parto;
7. Aviso al personal de anestesia y obstetricia.

En la actualidad, las mujeres con antecedente de cesárea que tienen bajo riesgo de complicaciones son atendidas por enfermeras obstétricas certificadas y médicos familiares que disponen de interconsultas obstétricas. En la University of Michigan, tales pacientes con bajo riesgo, atendidas por el servicio de enfermería obstétrica, se tratan como cualquier mujer normal en trabajo de parto. Al ingreso se registra la frecuencia cardíaca fetal, y después en forma intermitente; se envía una muestra para biometría y tipificación química sanguíneas; se informa al personal obstétrico del ingreso de la paciente. Muchas de estas mujeres se mantienen durante el trabajo de parto y la expulsión sin vena permeable, en presencia de una enfermera obstétrica. Si se encuentra cualquier anomalía, como alteración de la frecuencia cardíaca fetal, hemorragia vaginal, dolor entre contracciones o evolución lenta del trabajo de parto, se hace vigilancia adicional, como en pacientes de riesgo más alto y se solicita interconsulta al servicio de Obstetricia. Este esquema de atención ha resultado eficaz cuando se dispone de personal de anestesiología, obstetricia y banco de sangre las 24 horas. (17)

### **Trabajo de parto de mayor riesgo**

En estas circunstancias procede una vigilancia más intensiva, que incluye:

1. Canalización de una vena al ingreso;
2. Obtención de biometría hemática, tipo y cruce de dos unidades de sangre;
3. Vigilancia electrónica fetal continua;
4. Tocodinamometría externa, con vigilancia intrauterina de las contracciones cuando es posible;
5. Ayuno durante el trabajo de parto;
6. Aviso al personal de anestesia y obstetricia.

## **OBJETIVOS**

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Conocer el manejo, así como las principales complicaciones que se presentan en las pacientes que se someten a parto vaginal con operación cesárea previa, en el H.G.R. No. 36, I.M.S.S. Puebla.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Conocer la frecuencia con la que se atienden partos vaginales en pacientes con antecedente de operación cesárea en el H.G.R. No. 36.
2. Conocer el número de cesáreas previas al parto vaginal.
3. Conocer el porcentaje de dehiscencia de cicatriz uterina en pacientes sometidas a parto vaginal con antecedente de cesárea.
4. Saber el porcentaje de partos espontáneos, sin la ayuda de fórceps profilácticos.
5. Conocer las principales complicaciones en aquellas pacientes a las que se les aplicó fórceps profilácticos.
6. Conocer el espacio intergenésico entre el embarazo actual y la cesárea previa.

## **MATERIAL Y METODOS**

## **MATERIAL Y METODOS**

En el Hospital General Regional No. 36. Centro Médico Nacional "Manuel Avila Camacho" del I.M.S.S., en la ciudad de Puebla se llevó a cabo un estudio retrospectivo y transversal que comprendió del día 21 de febrero de 1993 al día 21 de marzo del mismo año.

Durante el periodo antes mencionado, se revisaron 815 expedientes de las pacientes a las cuales se les atendió su parto por vía vaginal, ya fuera eutócico o distócico, con la finalidad de encontrar datos de pacientes con antecedente de cesárea y cuya resolución del embarazo culminó en un parto espontáneo o con ayuda de fórceps.

Los datos fueron obtenidos de los expedientes clínicos individuales que se encuentran en el archivo de la misma Institución

Se incluyeron todas las pacientes con antecedente de una o dos cesáreas previas, cuyo resultado de su embarazo fue por medio de parto espontáneo o con ayuda de fórceps.

Se excluyeron las pacientes cuyos expedientes no se encontraron en el archivo clínico.

Primeramente, se realizó la revisión bibliográfica sobre los antecedentes y estudios que sobre el tema existen.

El nombre de las pacientes y el número de afiliación fueron tomados del cuaderno en donde se registran los recién nacidos.

**Después se elaboró un cuestionario (Anexo A), que nos proporcionara confiabilidad y fácil manejo de los datos, describiendo las características principales de las pacientes a quienes se les sometió a parto vaginal, teniendo el antecedente de cesárea.**

**Se valoraron los siguientes datos:**

**I) DATOS GENERALES.** Donde se incluyó el nombre de la paciente, el número de filiación y su edad.

**II) ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS.** Gestas, partos, abortos y cesáreas. Número de cesáreas anteriores y su indicación. Tiempo entre la cesárea y el presente embarazo. Peso de los productos de gestas previas y edad del embarazo actual.

**III) TRATAMIENTO INTRAPARTO Y RESOLUCION DEL EMBARAZO.** Uso o no de oxitocina, aplicación o no de anestesia regional, aplicación o no de fórceps, tipo de fórceps y altura de la presentación y revisión o no de cavidad uterina.

**IV) MORBILIDAD Y TIPO DE COMPLICACIONES MANIFESTADAS EN EL PUERPERIO INMEDIATO:** La paciente presentó desgarros, tipo de los mismos y grado, hemorragia, hipotonía uterina y/o dehiscencia de histerorrafia.

**V) CONDICIONES DEL PRODUCTO:** Sexo, peso, apgar y complicaciones inmediatas.

Una vez terminada la etapa de recolección de datos, se continuó con la elaboración de una tarjeta matriz que concentrara toda la información adquirida, separando a las pacientes que cumplían con los



**parametros de inclusión, de las que de algún modo no cumplieran los requisitos. Ya separada la información, se realizó un análisis cuantitativo, ésto con el fin de identificar y conocer la magnitud del problema, dando margen para poder emitir conclusiones y sugerencias.**

**Finalmente, para la presentación e interpretación de la información se diseñaron gráficas.**

**PARTO VAGINAL EN PACIENTES CON CESAREA PREVIA  
(ANEXO A)**

Nombre ----- Filiación -----  
Edad ----- G: ----- P: ----- A: ----- C: -----  
Peso de los productos: -----  
Número de cesáreas anteriores ----- Indicación -----  
Tiempo entre la cesárea y el presente embarazo -----  
Edad del embarazo actual -----  
Durante el trabajo de parto y parto se realizó:  
Uso de oxitocina: Si ----- No -----  
Aplicación de BPD: Si ----- No -----  
Aplicación de Fórceps: Si ----- No -----  
Tipo de Fórceps: ----- Altura de la presentación: -----  
Toma ----- Revisión de cavidad uterina: Si ----- No -----  
Complicaciones como:  
Desgarros: Si ----- No ----- Sitio donde se presentó el desgarro: -----  
----- Grado: -----  
Hemorragia: Si ----- No ----- Hipotonía Uterina: Si ----- No -----  
Dehiscencia de Histerorrafia: Si ----- No -----  
Tiempo del trabajo de parto: ----- (a partir de los 3 cm. de dilatación).  
Producto: Sexo: ----- Peso: ----- Apgar: -----  
Complicaciones inmediatas: -----

## **RESULTADOS**

## RESULTADOS

Se revisaron los expedientes clínicos de las pacientes que presentaron parto vaginal del día 21 de febrero de 1993 al día 21 de marzo del mismo año. Siendo un total de 815 pacientes, de las cuales 736 presentaron parto eutócico y 79 parto distócico. Al momento de la búsqueda de los expedientes en el archivo clínico nos encontramos que 105 no se encontraban en su lugar, o bien, existía un vale de recuperación de los mismos.

De los 710 restantes expedientes, encontramos 23 casos (3.23%) de pacientes que tuvieron parto vaginal después de una operación cesárea. De éstas, 9 (1.26%) pacientes presentaron parto eutócico y 14 (1.97%) parto distócico.

**Edad:** Se dividieron en tres grupos; de 20-25 años, de 26 a 30 años y mayores de 30 años. Ninguna de las pacientes fue menor de 20 años, ni mayor de 35 años. El grupo más numeroso fue el primero con un total de 11 pacientes (47.82%). Gráfica I.

**Número de gestas:** Se formaron cuatro grupos, el de 2-3 embarazos, el de 4-5, el de 6-7, y el de 8 y > de 8 gestaciones. El más frecuente fue el grupo de 2-3 embarazos con 13 casos (73.91%). Gráfica II.

**Paridad:** En base a los datos obtenidos, se formaron dos grupos, el de las nulíparas y el de 1-3 partos. El más común fue el de 1-3 partos con 14 casos (60.86%). Gráfica III.

**Número de cesáreas previas:** Sólo encontramos un caso con dos cesáreas previas (4.34%) y 22 pacientes con una cirugía. (95.65%). Gráfica IV.

**Indicación de la cesárea anterior:** De los 23 casos encontrados, la indicación que dominó fue la desproporción feto-pélvica, con 8 casos (34.78%), continuandole las presentaciones anormales con 4 casos (17.39%), de estos 2 fueron por presentación pélvica, uno por presentación compuesta y el otro por situación transversa. Dos pacientes habían sido sometidas a cesárea previamente por falta de progesión del trabajo de parto, una por ruptura prematura de membranas, otra por distocia de partes blandas, en otra más, se ignoraba la causa y en 6 casos el dato no estaba registrado. Gráfica V.

**Tiempo transcurrido entre la cesárea y la resolución del embarazo actual:** Se formaron cuatro grupos, el de 1-2 años, el de 3-4 años, el de > de 5 años y el de dato no registrado. Observandose 9 casos (39.13%), tanto para el grupo de 3-4 años, como para el de > de 5 años. Se presentó un sólo caso (4.34%) en el grupo de 1-2 años y 4 (17.39%) para el de dato no registrado. Gráfica VI.

**Edad del embarazo actual:** En razón de la información obtenida, las pacientes fueron agrupadas dentro del término de embarazo pretérmino ( 37 semanas y menos) y embarazo a término (38 a 42 semanas). Encontrandose un 86.95% para el embarazo a término. Gráfica VII.

**Utilización de oxitocina:** De las 23 pacientes, sólo en 2 (8.69%) se utilizó oxitocina, las otras 21 restantes (91.3%) se dejaron a evolución espontánea. Gráfica VIII.

**Anestesia:** Al 73.91% de las pacientes (17 casos), se les aplicó bloqueo peridural. En un 21.73% (5 casos) no se realizó el procedimiento, ya que fueron las pacientes que presentaron parto eutócico y un 4.34% (1 caso) recibió anestesia general. Gráfica IX.

**Aplicación de Fórceps:** Se aplicaron 14 fórceps, de éstos 12 (52.17%) fueron Simpson ( 1 medio bajo, 6 bajos y en 5 no se registró el

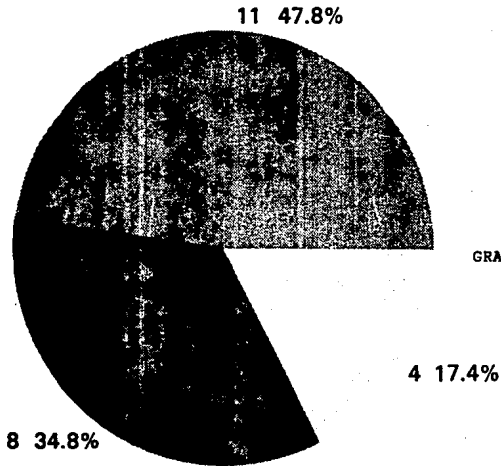
dato) y 2 (8.69%) fueron Kielland (no se registró el dato de altura de la presentación). Nueve pacientes (39.10%), presentaron eutocia. Gráficas X y XI.

**Complicaciones Inmediatas en el post-parto:** Como un punto satisfactoria, en éste estudio no se presentaron ni dehiscencias de cicatriz quirúrgica ni rotura uterina. Al 100% de las pacientes se les efectuó revisión de la cavidad uterina, encontrándose como hallazgo cicatriz uterina indemne. Gráfica XIII. En cuanto a los desgarros, 4 pacientes presentaron desgarro vaginal de 1er. grado (17.39%), 2, desgarro perineal (8.69%) también de primer grado y 17 mujeres (73.91%) no presentaron problema alguno. Cabe mencionar que el 50% de los desgarros se presentó en las pacientes a las cuales se les aplicó fórceps ( 3 mujeres con desgarro vaginal de 1er. grado) y el otro 50% en las pacientes que tuvieron eutocia (2 desgarros perineales y uno vaginal). Gráfica XII.

**Duración del trabajo de parto.** Al respecto, 9 pacientes (39.13%) tuvieron su parto en menos de 8 horas (a partir de los 3 cm. de dilatación), 6 (26.08%) lo tuvieron en más de 8 horas, llegando incluso, hasta 15 y 28 horas. En 5 (21.73%) mujeres, no se precisó el horario, por admitirse a la unidad con dilatación de más de 3 cm. y 3 (13.04), se presentaron en periodo expulsivo. Gráfica XIV.

**Peso de los productos:** Se presentó un producto (4.34%) con un peso menor de 2,500 kg., 10 recién nacidos (43.47%) tuvieron un peso entre 2501-3000 g., 9 (39.10%), se encontraron en los pesos de 3001-4000 g. Incluso hubo dos casos de peso mayor de 4,000 g. y sólo en uno (4.34%) no se registró el dato por gravedad del producto. Gráfica XV.

**Complicaciones inmediatas en los productos:** De los 23 productos, sólo uno (4.34%), presentó huellas de fórceps, 3 (13.04%) tuvieron dificultad respiratoria y 19 (82.60%) manifestaron buena evolución. Gráfica XVI.

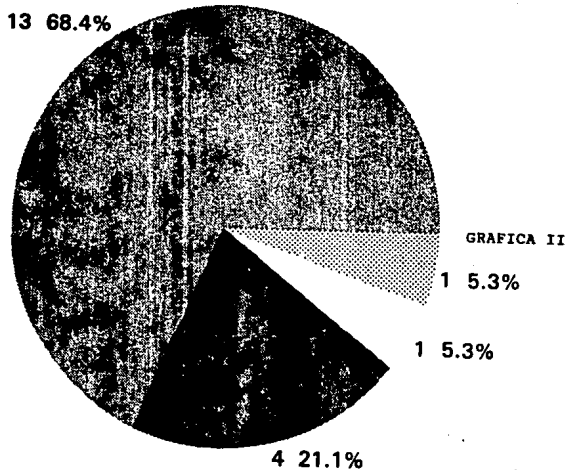


GRAFICA I

Años

■ 20-25 ■ 26-30 □ +30

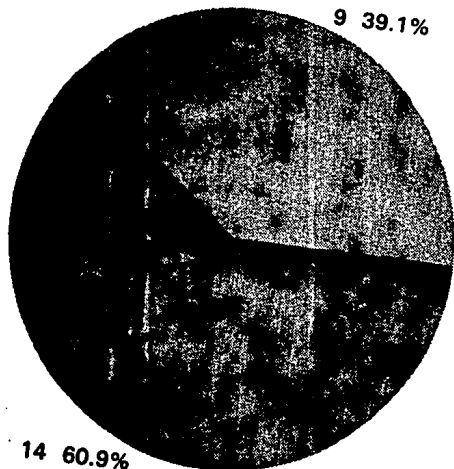
Edad de las pacientes con cesárea previa por grupos de edad



**Gestas**

■ 2-3 ■ 4-5 ■ 6-7 ■ 8 y +  
**Gestas de las pacientes con cesárea previa**

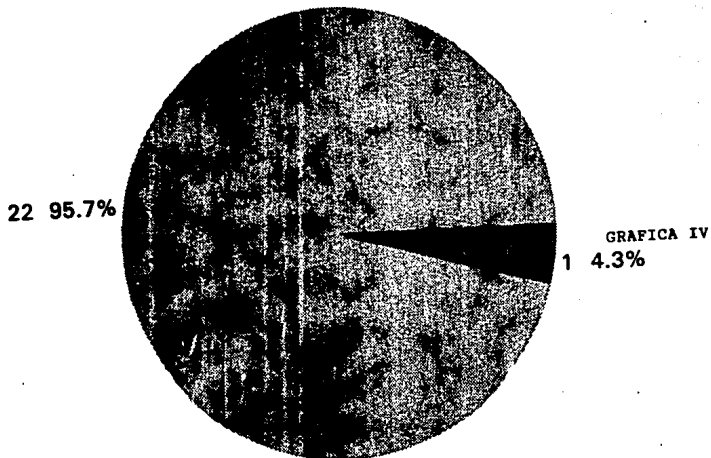




GRAFICA III

Paridad

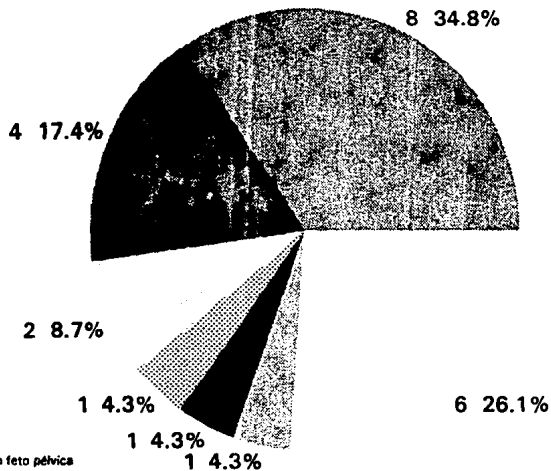
■ Nulíparas ■ 1-3 partos  
Paridad en pacientes con cesárea previa



Número de cesáreas previas

■ 1 ■ 2

Número de cesáreas previas, en pacientes con  
antecedentes de Cesárea.



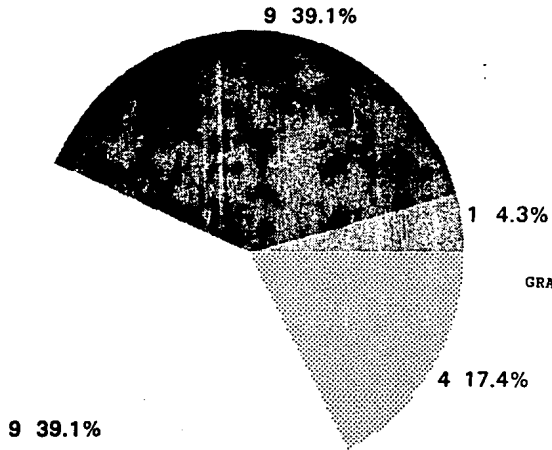
GRAFICA V

- 1 Desproporción feto pélvica  
 2 Presentaciones anormales  
 3 Falta de progresión del trabajo de parto  
 4 Ruptura prematura de membranas  
 5 Distocia de partes blandas  
 6 Ignora causa  
 7 Dato no registrado

Indicaciones

■ 1 ■ 2 ■ 3 ■ 4 ■ 5 ■ 6 ■ 7

Indicaciones de Cesárea(s) previa(s) en  
 pacientes con antecedentes de cesárea.



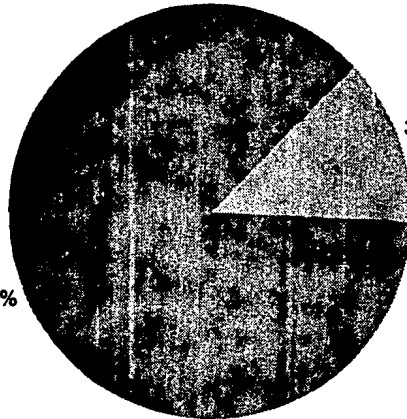
GRAFICA VI

Años

■ 1-2 ■ 3-4 +5 ■ Dato no registrado  
Tiempo transcurrido entre la cesárea previa  
y la resolución del embarazo actual

20 87.0%

3 13.0%

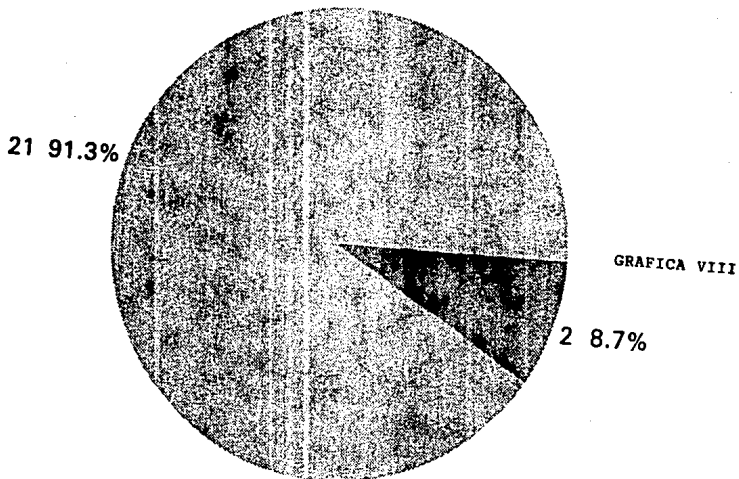


GRAFICA VII

- 1.- Pretérmino
- 2.- Término

Semanas

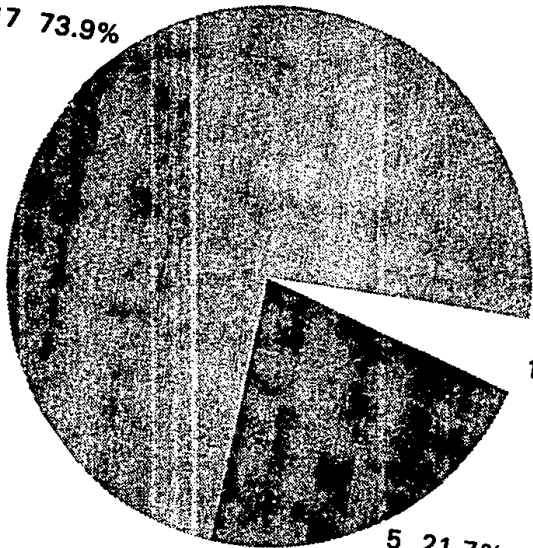
■ 1.- <37 semanas ■ 2.- 38-42 semanas  
Edad del embarazo actual en pacientes con cesárea previa



Uso de oxitocina

■ Sin oxitocina ■ Con oxitocina  
Relación de pacientes en quienes se utilizó  
oxitocina para parto con antecedente de cesárea

17 73.9%



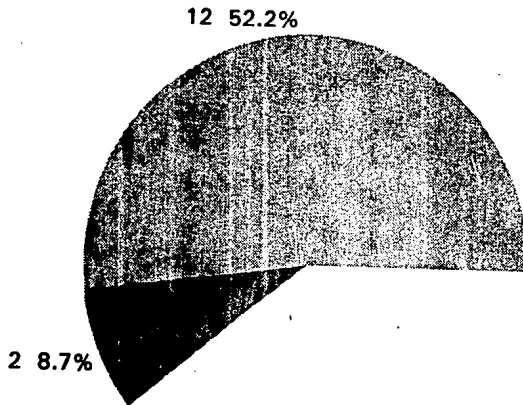
GRAFICA IX

1 4.3%

5 21.7%

Tipo de anestesia

■ Con BPD   ■ Sin BPD   Anestesia general  
Anestesia y tipo de la misma en pacientes con cesárea previa.

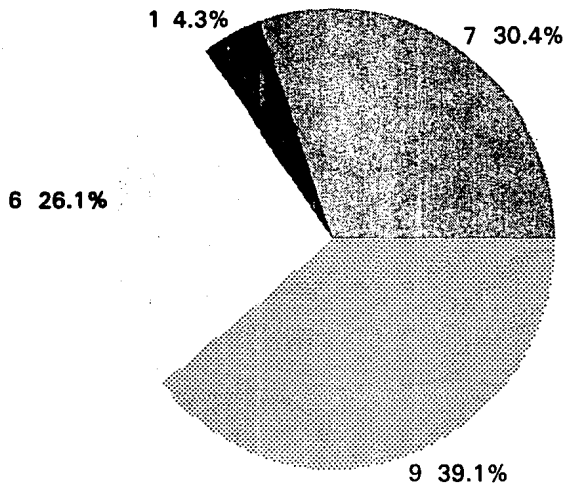


GRAFICA X

Tipo de Fórceps

■ Simpson ■ Kielland ■ Espontaneos  
Tipo de Fórceps aplicados en pacientes con  
antecedente de cesárea



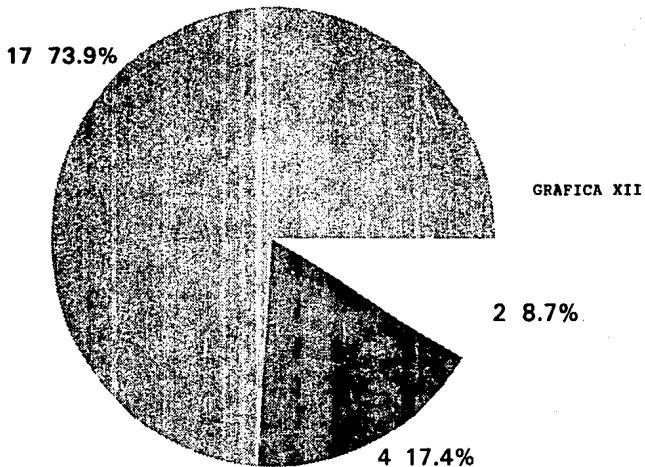


GRAFICA XI

Altura

Bajo
  Medio Bajo
  No registrado
  Espontáneo

Altura de aplicación de los Fórceps en pacientes  
 con cesárea previa

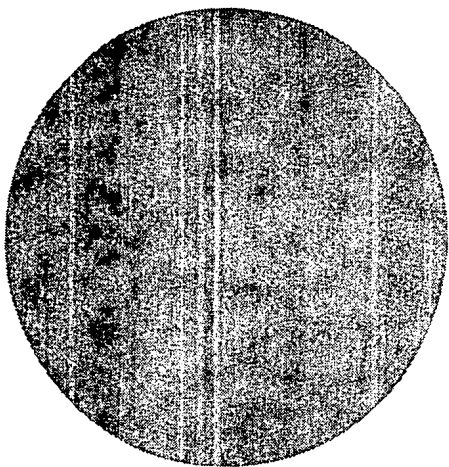


**Complicaciones inmediatas**

Sin problemas
  Desgarro vaginal (1er. grado)
  Desgarro perineal (1er. grado)

**Complicaciones inmediatas en el post-parto  
de pacientes con cesárea previa**

23 100.0%

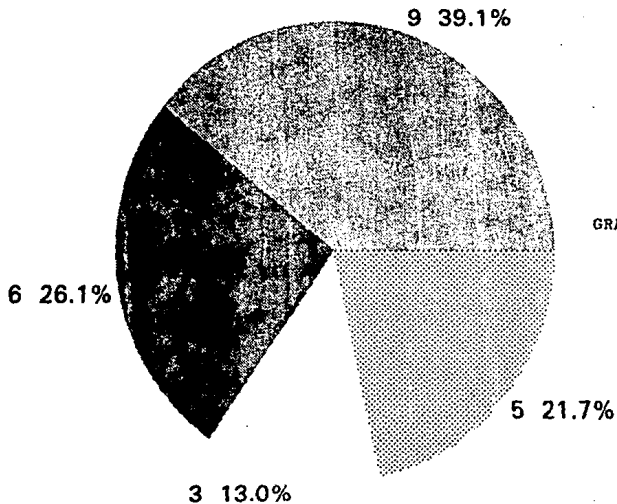


GRAFICA XIII

Pacientes

■ Sin dehiscencia

Pacientes sometidas a revisión de cavidad  
sin presentar dehiscencia

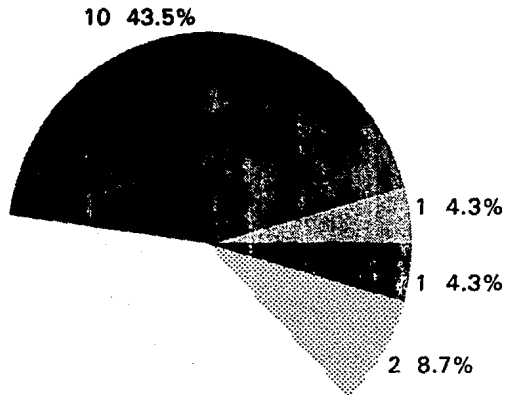


GRAFICA XIV

Duración del trabajo de parto

Menor de 8 hrs.   
  Mayor de 8 hrs.   
  Expulsivo   
  No incluidas por haber llegado con más de 3 cm.

Duración del trabajo de parto en pacientes con cesárea previa a partir de los 3 cm. de dilatación

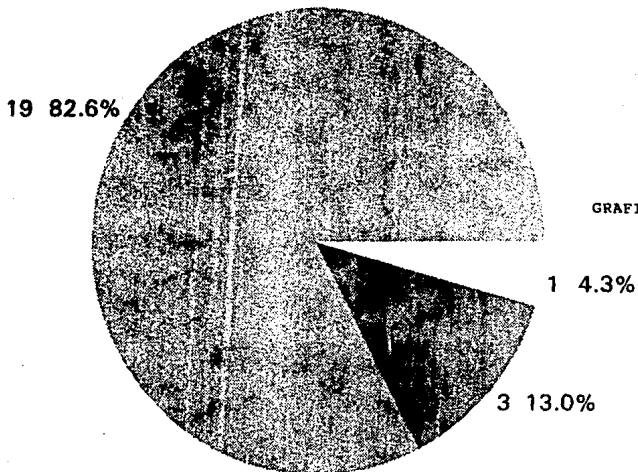


GRAFICA XV

### Peso de los productos

- 
- Menos a 2500 grs.
  2501-3000 gras.
  3001-4000 grs.
  Dato no registrado
- Mayor a 4000 grs.

Peso de los productos de pacientes con cesárea  
previa y parto vaginal



GRAFICA XVI

Complicaciones inmediatas

■ Buena evolución   ■ Dificultad resp.   ■ Huellas de fórceps

Complicaciones inmediatas en los productos de pacientes con cesárea previa y parto vaginal .

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA UNIVERSIDAD

## **CONCLUSIONES**

## CONCLUSIONES

1. Se debe tener en mente siempre que se vaya dar atención a una paciente con antecedente de cesárea previa el axioma "después de una cesárea puede ocurrir parto vaginal".
2. Todas las mujeres con antecedente de cesárea deben considerarse aptas para parto vaginal, siempre y cuando no se repita la indicación que originó la primera cirugía.
3. La razón para permitir el parto postcesárea, es porque existe menor morbimortalidad materno-fetal y se disminuye el índice de prematuridad.
4. Con una adecuada selección de las pacientes con antecedente de cesárea previa y una vigilancia estrecha de la evolución del trabajo de parto, las posibilidades de éxito son casi siempre excelentes, ya que el riesgo de rotura uterina es raro.
5. El antecedente de rotura uterina no es contraindicación de procreación futura, pero significa un mayor riesgo de recidiva.
6. En las pacientes con cesárea previa que son sometidas a parto vaginal, el peligro de dehiscencia de cicatriz uterina es casi nulo y sin morbilidad.
7. La oxitocina y la analgesia epidural, no están contraindicados en éste tipo de pacientes, pero debe tenerse cuidado de evitar la hiperestimulación iatrógena, como en cualquier otro caso.
8. La aplicación de fórceps, cuando existe una indicación precisa y manejada por manos expertas, es un instrumento de gran utilidad e inocuo.



**9. Al someter a una paciente a parto vaginal, teniendo el antecedente de cesárea previa, no se limita la procreación y si se evita el aumento de frecuencia de cesáreas.**

**10. El parto vaginal después de cesárea se mantiene en nuestra Unidad en un porcentaje muy bajo.**

## **SUGERENCIAS**

## **SUGERENCIAS**

- 1. Es necesario unificar criterios para el tratamiento de pacientes con cesárea previa, y con mayor razón en nuestra unidad, ya que se trata de un Hospital-escuela, con personal en formación en la disciplina de Gineco-Obstetricia.**
- 2. Es necesario realizar estudios prospectivos, comparativos entre grupos de pacientes, considerando el espacio intergenésico entre la operación cesárea y los embarazos subsiguientes, con la finalidad de aceptar o rechazar el término de "cesárea previa reciente", ya que en la literatura Universal no se acuña éste término, y sólo es aceptable en algunas Instituciones de Salud de la Nación.**
- 3. Es necesario que se realice adecuadamente el llenado de los partogramas y que se efectue una historia clínica adecuada para que cuando se quieran obtener datos del expediente clínico, la información sea más completa y fidedigna.**
- 4. El personal del archivo clínico del H.G.R. No. 36, debe tener más cuidado en el ordenamiento de los expedientes y de la existencia de los mismos, mientras no sean depurados.**

## **BIBLIOGRAFIA**

## BIBLIOGRAFIA

1. Chazotte C, Cohen WR. **Catastrophic complications of previous cesarean section.** Am J Obstet Gynecol 1990; 163: 738.
2. Chazotte C, Maden R, Cohen WR. **Labor patterns in women with previous cesareans.** Obstet Gynecol 1990; 75: 350.
3. Coutiño MR. **El fórceps en la paciente con antecedente de cesárea.** Obstet Mex 1970; 27: 249.
4. Espindola NV. **Parto vaginal en pacientes con cesárea previa.** Tesis de Postgrado. 1990.
5. Flamm BL, Goings JR, Fuelberth NJ. **Oxytocin during labor after previous cesarean section: results a multicenter study.** Obstet Gynecol 1987; 70: 709.
6. Flamm BL, Goings JR. **Vaginal Birth After Cesarean Section: Is Suspected Fetal macrosomia a Contraindication?.** Obstet Gynecol 1989; 74: 694.
7. Flamm BL. **Vaginal birth after cesarean delivery: results of a 5-year multicenter study.** Obstet Gynecol 1990; 76:750.
8. Gener O, Segal , Sassom E. **Detección de scar dehiscence at delivery in women with prior cesarean section.** Acta Obstet Gynecol Scand 1992; 71: 540.
9. Guillemette J. **Diferences between Obstetricians in caesarean section rates and the management of labour.** Br J Obstet Gynecol 1992; 99: 105.

10. Harlass FE, Duff P. **The duration of labor in Primiparas undergoing vaginal birth after cesarean delivery.** *Obstet Gynecol* 1990; 75: 45.
11. Iotzon FC. **International Differences in the Use of Obstetric Interventions.** *JAMA* 1990; 263: 3286.
12. Kirk EP, Doyle KA, Leigh J, Garrard ML. **Vaginal birth after cesarean or repeat cesarean section: Medical risk or social realities?.** *Am J Obstet Gynecol* 1990; 162: 1398.
13. Meehan FP. **Delivery following prior cesarean section: An Obstetrician's Dilemma?** *Obstet Gynecol Survey* 1988; 43: 582.
14. Meehan FP, Burke G, Kehoe JT, Magani IM. **True rupture/scar dehiscence in delivery following prior section.** *Int J Gynaecol Obstet* 1990; 31: 249.
15. Molloy BG, Sheil O, Duignan NM. **Delivery after caesarean section: review of 2176 consecutives cases.** *Br Med J* 1987; 294: 1645.
16. PhelanJP. Ahn MO, Diaz F, Brar HS, Rodriguez MH. **Twice a cesarean always cesarean?.** *Obstet Gynecol* 1989; 73: 161.
17. Pridjian G. **Trabajo de parto con cesárea previa.** *Clinicas Obstétricas y Ginecológicas* 1992; 3: 429.
18. Raynor BD. **The experience with vaginal birth after cesarean delivery in a small rural community practice.** *Am J Obstet Gynecol* 1993; 168:60.
19. Rosen MG, Dickinson JC. **Vaginal birth after cesarean: a meta-analysis of indicator for success.** *Obstet Gynecol* 1990; 76: 865.

20. Rosen MG, Dickinson JC, Westhoff CL. **Vaginal birth after cesarean: A meta-analysis of Morbidity and Mortality.** *Obstet Gynecol* 1991; 77:465.
21. Ruiz V. **Parto pot-cesárea.** La operación cesárea. La Prensa Médica Mexicana, 1970: 215.
22. Sakala EP, Kaye S, Murray RD, Munson LJ. **Oxytocin use after previous cesarean: why a higher rate of failed labor trial?.** *Obstet Gynecol* 1990; 75: 356.
23. Sanchez L, Kaunitz AM, Peterson HB, Martínez B, Thompson RJ. **Reducing cesarean sections at a teaching hospital.** *Am J Obstet Gynecol* 1990; 163: 1081.
24. Scott JR. **Mandatory trial of labor after cesarean delivery: an alternative view point.** *Obstet Gynecol* 1991; 77:811.
25. Seiler JS. **The demise of vaginal operative obstetrics: A suggested Plan for its revival.** *Obstet Gynecol* 1990, 75: 710.
26. Strong TH, Phelan JP, Ahn MO, Samo AP. **Vaginal birth after cesarean delivery in the twin gestation.** *Am J Obstet Gynecol* 1989; 16: 129.
27. Yetinan TJ, Nolan TE. **Vaginal birth after cesarean section. A reappraisal of risk.** *Am J Obstet Gynecol* 1989; 161: 1119.