

11217



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

132
2y^c

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL GENERAL DE TICOMAN S.S.

PARTO EUTOCICO VS FORCEPS PROFILACTICO EN
PACIENTES CON CESAREA PREVIA

TESIS DE POSGRADO
PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN GINECOOBSTETRICIA
P R E S E N T A :
DRA. BLANCA ESTELA RIVERA JURADO



MEXICO, D. F.

FEBRERO 1996

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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 esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DIRECCION GENERAL DE ENSEÑANZA
EN SALUD S. S.
CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIDAD
EN GINECOOBSTETRICIA
HOSPITAL GENERAL DE TICOMAN. S. S.
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA
Y OBSTETRICIA
TESIS DE POSGRADO**

**PARTO EUTOCICO VS FORCEPS PROFILACTICO EN PACIENTES CON
CESAREA PREVIA**

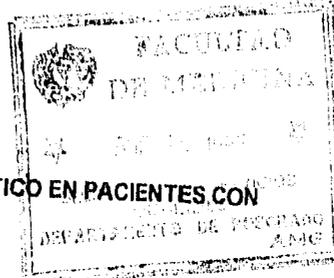
**REALIZADA POR:
DRA. BLANCA ESTELA RIVERA JURADO**

**PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN GINECOOBSTETRICIA**

**ASEORES DE TESIS:
DR. MARCOS J. R. HERNANDEZ FIERRO
DR. IGNACIO SALMERON PEREZ**

MEXICO, D. F.

FEBRERO 1996



PARTO EUTOCICO VS FORCEPS PROFILACTICO EN PACIENTES CON CESAREA PREVIA.

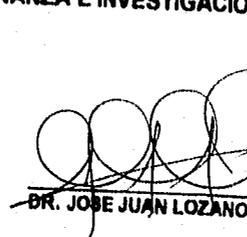
HOSPITAL GENERAL DE TICOMAN

ASESORES DE TESIS:


DR. MARCOS J.R. HERNANDEZ FIERRO
Jefe del Servicio de Ginecoobstetricia y
Titular del Curso


DR. IGNACIO SALMERON PEREZ
Médico adscrito al Servicio de
Ginecoobstetricia

JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION:


DR. JOSE JUAN LOZANO NUEVO



AGRADECIMIENTOS:

A DIOS:

Por darme la fuerza y la calma para seguir adelante.

A MIS PADRES:

Que por su apoyo, ejemplo y ayuda incondicional hicieron realidad mi sueño.

A MI ESPOSO:

Cuya paciencia y comprensión hizo posible la terminación de ésta tesis.

A MI HIJO:

LUIS ENRIQUE, la razón más importante de mi vida.

A MIS HERMANOS:

Por su comprensión y apoyo que en todos los aspectos me han brindado.

MI DEDICATORIA:

A mis tíos, primos y amigos, y compañeros residentes por compartir su amistad.

MI RECONOCIMIENTO:

Al Dr. Marcos J.R. Hernández Fierro, por sus sabias enseñanzas.

A todos los médicos del Servicio de Ginecoobstetricia por la enseñanza y experiencia que nos comparten para nuestro desarrollo profesional.

Y especialmente al Dr. Abel García López, por permitirme ser su alumna.

INDICE

	página
RESUMEN	1
SUMMARY	2
INTRODUCCION	3
PROBLEMA	7
HIPOTESIS	8
OBJETIVOS	9
JUSTIFICACION	10
MATERIAL Y METODO	11
RESULTADOS	17
TABLAS	20
GRAFICAS	32
COMENTARIOS	42
CONCLUSIONES	45
BIBLIOGRAFIA	46

RESUMEN

El propósito de este estudio es evaluar las diferencias entre el parto eutócico y la aplicación de fórceps profilácticos en pacientes con cesárea previa. Se realizó un estudio prospectivo en el Hospital General de Ticomán de junio a diciembre de 1995 en pacientes con cesárea previa, con el objetivo de comparar la morbimortalidad materna y perinatal entre el parto eutócico y la aplicación de fórceps profilácticos formando dos grupos de 50 pacientes cada uno. La evaluación estadística fue por medio de la "t" de Student. Del grupo 1 la media de edad materna en años fue de 25.5 y para el grupo 2 de 24.8 ($p=0.48$), la edad gestacional media en ambos grupos fue de 40 semanas ($p=0.72$), la media en cuanto al peso del producto fue de 3206.3 gr en el grupo 1 y de 3261.2 gr en el grupo 2 ($p=0.49$), en cuanto al Apgar, la media de ambos grupos fue de 8 al mín. y a los 5 min., la media del período intergenésico en el grupo 1 fue de 43.9 meses y de 46.2 meses del grupo 2 ($p=0.50$). Con respecto al trauma obstétrico, del grupo 1 se presentaron 4 casos (8%) y 6 del grupo 2 (12%). No se encontró dehiscencia de histerorrafia en el grupo 1 (0%) y sólo dos (4%) dehiscencias parciales del grupo 2. Del grupo 1 no hubo trauma en el neonato (0%) y del grupo 2 hubo 2 casos (4%) con marca de fórceps. De lo anterior se concluye que el parto eutócico es altamente confiable y no aumenta la morbimortalidad materna y perinatal.

SUMMARY

EUTOCIC DELIVERY VS PROPHYLACTIC FORCEPS IN PATIENT WITH PREVIOUS CESAREAN SECTION. Rivera Jurado Blanca Estola. Hospital General de Ticomán. S.S. Ginecoobstetricia.

The purpose of this study is to evaluate the differences between the eutocic delivery and the application of prophylactic forceps in patient with previous cesarea. It was accomplished a prospective study in the General Hospital of Ticomán from June to December of 1995 in patient with previous cesarean section, with the objective of comparing the maternal and perinatal morbimortality between the eutocic delivery and the application of prophyllactic forceps forming two groups of 50 patients each one. The statistics evaluation by means of the "t" of student test. In the group 1 the maternal age average in years was of 25.5, and for the group 2 of 24.8 ($p=0.48$), the gestational age mean in both groups was of 40 weeks ($p=0.72$). The average with respect to weight of the product was of 3206.3 g in the group 1 and of 3261.2 g in the group 2 ($p=0.49$), with respect to Apgar, the average in both groups was of 8 at 1 minute and to 5 minutes, the average of the intergenesic period in the group 1 was of 43.9 months and 48.2 months of the group 2 ($p=0.50$). With respect to the obstetric trauma, from group 1 were presented 4 cases (8%) and 6 from group 2 (12%). It was not found dehiscence of hysterorrafia in the group 1 (0%) and only 2 (4%) partial dehiscence in the group 2. On group 1 there was not trauma in the newborn (0%) and on group 2 there were two cases (4%) with forceps signs. Of the foregoing is concluded that the eutocic delivery is highly reliable and it does not increase the maternal and perinatal morbimortality.

INTRODUCCION

Desde tiempos remotos se refieren problemas para la resolución del parto con antecedente de cesárea previa, controversia que se le ha dado mucha importancia en los últimos años debido al gran incremento de cesáreas. Con tal fin se idearon formas de resolver de la mejor manera, motivando el desarrollo de técnicas depuradas como son la cesárea y la aplicación de fórceps profilácticos (14, 19).

El fórceps tiene un origen antiquísimo, la primera mención data de médicos egipcios aproximadamente 1900 A.C. (6).

En la medicina india se mencionan los "ganchos pareados" descritos en el documento Ayurveda que data de 1500 A.C. (6).

Los escritos indús, 1000 años A.C. refieren el uso de un gancho y un cuchillo en los partos difíciles, usando el cuchillo para perforar la cabeza fetal y el gancho para extraer el producto muerto (6).

El primer fórceps conservador usado sin perjuicio para la madre y el feto se debe a una familia de médicos ingleses que practicaron la obstetricia en el siglo XVII, "Los Chamberlen" (5, 6, 7).

Smile en 1745 fue el obstetra promotor del fórceps moderno. André Levret en 1747 hace pública la creación de la curvatura pélvica con lo que disminuyen las lesiones maternas (6).

La utilización del fórceps en el siglo pasado fue muy socorrido debido a sus múltiples facetas. Simpson en 1845 en Inglaterra promovió la aplicación de

fórceps articulado con ramas cruzadas. En 1916 el médico escandinavo Kjielland presentó un modelo de fórceps que tiene muy escasa curvatura pelviana y una articulación original en la que una rama se desliza libremente dentro de un canal sobre la otra.

En 1920, el Dr. Joseph B. De Lee publicó un artículo de una operación que llamó aplicación de fórceps profiláctico y es lo que hoy llamaríamos fórceps de salida, siendo éstos fórceps para acortar el segundo período del trabajo de parto (3, 31).

En la actualidad cada país tiene su fórceps, el Neagle se utiliza en Alemania, en América se utiliza más frecuentemente el fórceps Simpson, Kjielland, Salinas y Salas, los dos últimos creados por médicos mexicanos (7, 8).

Desde que la cesárea se volvió más segura al mejorar las técnicas quirúrgicas y la disminución del problema infeccioso que anteriormente ocasionaba una elevada morbimortalidad, se observó lo seguro que podía ser la histerotomía tipo segmentaria baja y la resolución de un embarazo siguiente (16, 22).

El aforismo de Craigin en realidad no tiene vigencia actualmente debido a los avances en la técnica operatoria que incluye mejoría en técnicas anestésicas, de sutura y establecimientos hospitalarios (15, 21).

Otra cuestión que estuvo en boga en algún tiempo es el uso de la oxitocina en una prueba de trabajo de parto en pacientes con cesárea previa y el uso de anestesia regional por un posible enmascaramiento de una rotura

uterina, investigaciones recientes han demostrado sus beneficios (15, 20, 22, 24, 25).

Los oponentes a la propuesta general de parto después de cesárea aducirán varios motivos para negar una prueba de trabajo de parto y apearse a la costumbre de cesárea repetida automática, entre ellos se encuentran:

1. Temor a la rotura uterina.

Investigaciones realizadas indican que los riesgos maternos y fetales relacionados con la rotura uterina completa son más teóricos que reales en el trabajo de parto con antecedente de incisión segmentaria inferior.

Roumen estudió 249 mujeres con cesárea previa a quien dió oportunidad de trabajo de parto, sólo se presentó un caso de rotura uterina completa, la morbilidad materna fue menor en el grupo de pacientes con parto (23).

Según estudios de Flamm, complementados con investigaciones recientes, no ha habido informes de pérdida perinatal relacionada con rotura completa o dehiscencia de una cicatriz de segmento uterino inferior (8).

En Estados Unidos, Muller y Cols. concluyeron a partir de una revisión de prueba de trabajo de parto después de cesárea, que el 90% de todas las roturas uterinas y 96% de todas las muertes perinatales secundarias a rotura uterina ocurrieron en embarazadas con cesárea clásica previa (8, 12).

2. Comprometer la seguridad materna.

3 Comprometer la seguridad fetal. Pero ni el parto ni la cesárea electiva de repetición carecen de riesgo para el feto. La morbilidad pulmonar, independiente de la edad gestacional es mayor en embarazadas que terminaron el mismo por vía abdominal en ausencia de trabajo de parto (8, 15).

El dar oportunidad a una prueba de trabajo de parto tiene mayores beneficios que riesgos, disminuye la morbilidad febril en pacientes con parto, una estancia hospitalaria más breve, costos médicos menores y mejor futuro obstétrico a las pacientes (4, 25).

No se considera que la incidencia de la rotura uterina o dehiscencia tenga relación con el uso de oxitocina, anestesia pendural y cesárea previa o el número de cesáreas previas (6, 9, 22, 25). Entre las razones que se dan para contraindicar la resolución del embarazo por vía vaginal y principalmente por eutocia son que el útero tiene una cicatriz o sea un punto débil que en caso de que se permita el trabajo de parto se pueda romper, observándose actualmente que la cicatriz uterina segmentaria resiste el trabajo de parto mejor que la cicatriz uterina corporal. Dado que en animales de experimentación se ha demostrado que bajo tensión el área de cicatrización es más resistente a la rotura que el útero intacto siempre que sea buena la técnica quirúrgica, también se ha demostrado cicatrización uterina óptima a los 60 días de postoperatorio.

Otro punto que tomó gran importancia en los últimos tiempos y que ha perdido fuerza es el intervalo entre la cesárea previa y el embarazo actual, se recomendaba no permitir el trabajo de parto si la cesárea se había efectuado antes de dos años, tal concepto en nuestro medio tiende a desecharse por obsoleto (17).

PROBLEMA

¿ El permitir parto normal en pacientes con antecedente de cesárea previa es seguro ?

HIPOTESIS

La resolución normal del embarazo en pacientes con antecedente de cesárea previa no incrementa la morbimortalidad materna y perinatal.

HIPOTESIS DE NULIDAD

El permitir un parto normal en pacientes con antecedentes de cesárea va a incrementar la morbimortalidad materna y perinatal.

OBJETIVOS

1. El objetivo principal es evaluar las diferencias que existen entre el parto eutócico y el parto con aplicación de fórceps profilácticos en pacientes con el antecedente de cesárea previa, debidamente seleccionadas.
2. Demostrar que es posible lograr un parto eutócico con un buen grado de seguridad.
3. Demostrar que la atención del parto sin fórceps en pacientes con antecedente de cesárea previa, no modifica la morbimortalidad materna y perinatal.
4. Promover o implementar el parto eutócico como primera elección en la atención del parto en pacientes con cesárea previa.

Como OBJETIVO SECUNDARIO

1. Demostrar que es permitido el parto en pacientes con antecedente de cesárea previa, mediante la selección adecuada de las mismas y bajo una vigilancia estrecha.

JUSTIFICACION

Un aspecto de gran controversia es la recomendación del uso de fórceps profilácticos para acortar el segundo periodo del trabajo de parto y así disminuir la probabilidad de rotura uterina, en pacientes con antecedente de cesárea que son candidatas a terminar su embarazo por vía vaginal. Su uso actual es polémico, y es importante comprobar las ventajas o desventajas de su uso comparado con el parto eutócico.

En nuestro medio la utilización rutinaria de fórceps profiláctico es segura, sin embargo observamos que algunas pacientes no tenían la oportunidad del método, presentando una evolución espontánea sin incremento de su morbilidad, es por esto que decidimos evaluar la resolución del evento obstétrico en forma espontánea.

MATERIAL Y METODO

El presente estudio se realizó en el Servicio de Ginecoobstetricia del Hospital General de Ticomán de la Secretaría de Salud, de junio a diciembre de 1995, en un total de 100 pacientes con antecedente de cesárea previa, formando dos grupos de 50 pacientes cada uno, siendo del grupo 1 las pacientes que se dejaron a parto eutócico y el grupo 2 a las que se les aplicó fórceps profilácticos. Las características de ambos grupos fueron pacientes con antecedentes de cesárea previa debidamente seleccionadas para una interrupción del embarazo por vía vaginal, con los siguientes criterios:

CRITERIOS DE INCLUSION

1. Antecedente de cesárea.
2. Embarazo de término (38-42 semanas de gestación).
3. Trabajo de parto espontáneo.
4. Producto único.
5. Presentación cefálica.
6. Período intergenésico de más de 18 meses.

CRITERIOS DE EXCLUSION

1. Cesárea iterativa.
2. Sufrimiento fetal agudo (SFA).
3. Desproporción cefalopélvica (DCP)
4. Enfermedad obstétrica (desprendimiento prematuro de placenta normoinsera DPPNI, placenta previa, preeclampsia, etc.).
5. Ruptura prematura de membranas (RPM) de más de 12 hs y cervix desfavorable para inductoconducción.

CRITERIOS DE ELIMINACION

1. Período expulsivo prolongado.

TIPO DE INVESTIGACION

el tipo de estudio que a continuación se presenta es de tipo:

a) Observacional

b) Transversal

c) Prospectivo

d) Comparativo

METODO

Se estudiaron 100 pacientes con el antecedente de cesárea previa, las cuales fueron captadas en la sala de labor de la Unidad Tocoquirúrgica del Servicio de Ginecoobstetricia del Hospital General de Ticomán.

Se formaron dos grupos de pacientes de 50 cada uno, siendo del grupo 1 las pacientes que se dejaron a parto eutócico y del grupo 2 a las que se les aplicó fórceps profilácticos.

Se les informó a las pacientes la vía de resolución de su embarazo. A la mayoría de las pacientes se les aplicó analgesia obstétrica por medio de bloqueo peridural (BPD) con lidocaína, cuando la paciente alcanzaba una dilatación de 5 cm, y las que llegaban en período expulsivo sólo se les aplicó anestesia local por infiltración con lidocaína. En casos necesarios se inició la infusión controlada de oxitocina a dosis de 2 mU/min (a dosis respuesta) para conducción del trabajo de parto. La evolución del trabajo de parto se llevó a cabo con la hoja de partograma, posterior al alumbramiento se realizó revisión manual de la cavidad uterina con especial atención en cuanto a la integridad de la histerorrafia, así como la revisión del canal del parto.

A todas las pacientes se les indicó en su nota de ingreso el diagnóstico y el plan, siendo este último la aplicación de fórceps profilácticos de rutina, y al pasarlas a la sala de expulsión para la atención de parto, la expulsión del producto fue casi de forma inmediata que no dió la oportunidad de aplicar los fórceps.

Se valoró la calificación Apgar al minuto y a los 5 minutos así como traumatismos en el neonato.

Posteriormente se valoró si hubo beneficio o no en la aplicación de fórceps profilácticos comparados con la eutocia.

El tipo de fórceps utilizado fue el Simpson, sólo como profiláctico.

Se anexa hoja de recolección de datos.

CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS.

PARTO EUTOCICO VS FORCEPS EN PACIENTES CON CESAREA PREVIA.

FECHA Y HORA DE INGRESO _____ EXPEDIENTE _____
NOMBRE DEL PACIENTE _____ EDAD _____
G __ P __ A __ C __ FUR __ FECHA DE CESAREA PREVIA _____
INDICACION DE CESAREA PREVIA _____
COMPLICACIONES DE CESAREA PREVIA _____

RESOLUCION DE PARTO:

EUTOCICO _____ APLICACION DE FORCEPS _____
VARIEDAD DE POSICION _____

EPISIOTOMIA _____

TRAUMA OBSTETRICO _____

DATOS DEL PRODUCTO:

H.N. _____ SEXO _____ PESO _____ TALLA _____ APGAR _____
CAPURRO _____ LIQUIDO AMNIOTICO _____
TRAUMATISMOS _____
REVISION DE HISTERORRAFIA _____

OBSERVACIONES _____

ATENDIO EL PARTO: MIP R1 R2 R3

RESULTADOS

De las 100 pacientes estudiadas en el lapso de junio a diciembre de 1995 en el Hospital General de Ticomán, con el antecedente de cesárea previa y a quienes se les permitió terminar su embarazo por vía vaginal, se encontró que las principales indicaciones de cesárea previa fue en orden de frecuencia, la presentación pélvica (23%), desproporción cefalopélvica DCP (23%), la ruptura prematura de membranas RPM en un 18%, situación transversa (11%), sufrimiento fetal agudo. SFA (6%), desprendimiento prematuro de placenta normoinserta DPPNI (5%), etc. (Tabla 1 y Gráfica 1).

Los resultados obtenidos comparando ambos grupos de estudio (grupo 1 que se dejó a eutocia y grupo 2 al que se le aplicó fórceps profilácticos) fueron los siguientes: la frecuencia en el número de gestas en el grupo 1 se presentó: con dos gestas (66%), tres gestas (10%), de cuatro a siete gestas (24%) y para el grupo 2, con dos gestas (76%), tres gestas (16%), cuatro gestas (8%) (Tabla 2 y Gráfica 2).

La edad materna en el grupo 1 tuvo una media de 25.5 años de edad con una mínima de 17 y una máxima de 40 años (tabla 3 y Gráfica 3), del grupo 2 con una media de 24.8 años, con una mínima de 18 y una máxima de 36 años de edad (Tabla 3 y Gráfica 3). La edad gestacional media para ambos grupos fue de 40 semanas, con una mínima de 38 y una máxima de 42 semanas ($p=0.72$) (Tabla 4 y Gráfica 4). En cuanto al peso del producto al nacimiento fue en el grupo 1 de 3206.3 ± 446.8 g, siendo el grupo 2 de 3261.2 ± 339.7 g (Tabla 5 y Gráfica 5). Del grupo 1 dos neonatos (4%) tuvieron una calificación Apgar al minuto menor a 6 y a los 5 minutos menor a 7, del grupo 2, dos

neonatos (4%) tuvieron una calificación Apgar de 3 al minuto y de 6 a los cinco minutos (Gráficas 6 y 7).

El período intergenésico para el grupo 1 tuvo una media de 43.9 meses y para el grupo 2 de 48.2 meses (Tabla 6 y Gráficas 8 y 9).

La evaluación estadística fue realizada por medio de la "t" de Student para dos muestras comparando variables estimadas tanto en el grupo que terminó con parto eutócico como en el grupo en el que se les aplicó fórceps profilácticos, como fueron el peso del producto al nacimiento, la edad gestacional, el período intergenésico, la edad materna y el Apgar al minuto y a los cinco minutos (Tabla 7). Siendo los valores de "t" no significativos con una probabilidad de error de ($p < 0.05$), lo que sugiere que al comparar los grupos 1 y 2 de la población de estudio no se encontraron diferencias significativas desde el punto de vista estadístico.

En cuanto al trauma obstétrico, en el grupo 1 se presentaron 4 casos (8%), un caso con prolongación de la episiotomía y 3 laceraciones de vagina; del grupo 2 hubo 6 casos (12%) con cuatro prolongaciones de la episiotomía y dos casos de desgarro de segundo grado (Tabla 8). De la integridad de la histerorrafia, en el grupo 1 no se presentó ningún caso (0%) de dehiscencia y en el grupo 2 hubo dos dehiscencias parciales (4%) (Tabla 9).

No se presentó ningún caso de rotura uterina en ambos grupos. Como complicaciones en el neonato en el grupo 1 no se presentó ningún caso (0%) y en el grupo 2, dos neonatos (4%) presentaron marca de los fórceps, ocupando la minoría de los casos.

El uso de oxitocina en el grupo 1 se dió en 27 pacientes (54%) y en el grupo 2 en 26 pacientes (52%), dejando a evolución espontánea a 23 pacientes (46%) en el grupo 1 y a 24 pacientes (48%) del grupo 2 (Tabla 10) Se aplicó analgesia obstétrica por medio de bloqueo peridural con lidocaína a 43 pacientes (56%) del grupo 1, y 50 pacientes (100%) del grupo 2. Sólo a 7 pacientes (14%) del grupo 1 se les aplicó anestesia local por infiltración con lidocaína por llegar en periodo expulsivo (Tabla 11)

TABLAS

TABLA 1. INDICACIONES DE CESAREA PREVIA EN 100 PACIENTES ESTUDIADAS.

INDICACION	NUMERO DE CASOS	FRECUENCIA (%)
PRESENTACION PELVICA	23	23
DCP	23	23
RPM	18	18
SITUACION TRANSVERSA	11	11
SFA	6	6
DPPNI	5	5
PREECLAMPSIA	4	4
PLACENTA PREVIA	1	1
OLIGOAMNIOS	4	4
OTROS	5	5
	100	100%

TABLA 2 NUMERO Y FRECUENCIA DE EMBARAZOS (GESTAS) DE PACIENTES QUE TERMINARON EN EUTOCIA (GRUPO1) Y EN AQUELLAS A LAS QUE SE LES APLICO FORCEPS PROFILACTICOS (GRUPO2).

GESTAS	GRUPO 1 PE		GRUPO 2 PAF	
	NUMERO	FRECUENCIA (%)	NUMERO	FRECUENCIA (%)
II	33	66	38	76
III	5	10	8	16
IV	7	14	4	8
V	2	4	—	—
VI	1	2	—	—
VII	2	4	—	—
	50	100%	50	100%

PE.- Parto terminado en eutocia;
PAF.- Parto en el que se aplicaron fórceps.

TABLA 3 COMPARACION EN NUMERO Y FRECUENCIA DE LA EDAD MATERNA DE LOS GRUPOS DE ESTUDIO.

AÑOS	GRUPO 1 PE		GRUPO 2 PAF	
	NUMERO	FRECUENCIA (%)	NUMERO	FRECUENCIA (%)
≤ 20	9	18	6	12
21-25	18	36	30	60
26-30	15	30	6	12
31-35	6	12	6	12
36-40	2	4	2	4
	50	100%	50	100%

PE.- Parto terminado en eutocia;

PAF.- Parto en el que se aplicaron fórceps.

TABLA 4. COMPARACION EN NUMERO Y FRECUENCIA DE LA EDAD GESTACIONAL DE LOS GRUPOS DE ESTUDIO.

EDAD (meses)	GRUPO 1 PE		GRUPO 2 PAF	
	CASOS	FRECUENCIA (%)	CASOS	FRECUENCIA (%)
38	8	16	10	20
39	11	22	12	24
40	22	44	16	32
41	5	10	10	20
42	4	8	2	4
	50	100%	50	100%

PE.- Parto terminado en eutocia,

PAF.- Parto en el que se aplicaron fórceps.

TABLA 5. COMPARACION EN NUMERO Y FRECUENCIA DEL PESO DEL PRODUCTO AL NACIMIENTO DE LOS GRUPOS DE ESTUDIO.

PESO (gramos)	GRUPO 1 PE		GRUPO 2 PAF	
	CASOS	FRECUENCIA (%)	CASOS	FRECUENCIA (%)
≤ 2500	4	8	-	-
2501-3500	36	72	38	76
3501-4000	8	16	12	24
> 4000	2	4	--	-
	50	100%	50	100%

PE.- Parto terminado en eutocia;

PAF.- Parto en el que se aplicaron fórceps.

TABLA 6. COMPARACION DEL PERIODO INTERGENESICO EN NUMERO Y FRECUENCIA DE LOS GRUPOS DE ESTUDIO.

MESES	GRUPO 1 PE		GRUPO 2 PAF	
	CASOS	FRECUENCIA (%)	CASOS	FRECUENCIA (%)
19-30	24	48	18	36
31-40	9	18	12	24
41-50	3	6	4	8
51-60	5	10	6	12
61-70	1	2	-	-
71-80	1	2	-	-
81-90	1	2	4	8
91-100	3	6	4	8
101-110	2	4	-	-
151-160	1	2	2	4
	50	100%	50	100%

PE - Parto terminado en eutocia;

PAF - Parto en el que se aplicaron fórceps.

TABLA 7 EVALUACION ESTADISTICA POR MEDIO DE "t" DE STUDENT PARA EL CONTRASTE DE DOS MUESTRAS, DE VARIABLES ESTIMADAS EN MADRES QUE PRESENTARON PARTO EUTOCICO CON RESPECTO A AQUELLAS A LAS QUE SE LES APLICARON FORCEPS PROFILACTICOS.

VARIABLE	VALOR DE "t"	VALOR DE "p"
PESO	0.69 [*]	0.49
EDAD GESTACIONAL	0.36 [*]	0.72
PERIDO INTERGENESICO	0.68 [*]	0.50
EDAD MATERNA	0.72 [*]	0.48
APGAR AL MINUTO 1	0.98 [*]	0.33
APGAR AL MINUTO 5	0.89 [*]	0.38

*.- Valores de "t" no significativos con una probabilidad de error de $p < 0.05$

TAIILA 8. COMPARACION DE LA INCIDENCIA DE TRAUMA OBSTETRICO DE LOS GRUPOS DE ESTUDIO.

TRAUMA OBSTETRICO	GRUPO 1 PE		GRUPO 2 PAF	
	CASOS	FRECUENCIA (%)	CASOS	FRECUENCIA (%)
LACERACIONES	3	6	-	-
PROLONGACION DE EPISIOTOMIA	1	2	4	8
DESGARROS:				
PRIMER GRADO	-	-	-	-
SEGUNDO GRADO	-	-	2	4
TERCER GRADO	-	-	-	-
CUARTO GRADO	-	-	-	-
	4	8%	6	12%

PE.- Parto terminado en eutocia;

PAF.- Parto en el que se aplicaron fórceps.

TABLA 9. CONDICION DEL UTERO POSTERIOR AL PARTO DE LOS GRUPOS DE ESTUDIO.

	GRUPO 1 PE		GRUPO 2 PAF	
	CASOS	FRECUENCIA (%)	CASOS	FRECUENCIA (%)
CICATRIZ INTEGRAL	50	100	48	76
DEHISCENCIA PARCIAL DE CICATRIZ	--	--	2	4
ROTURA UTERINA	--	--	--	--

PE.- Parto terminado en eutocia;

PAF.- Parto en el que se aplicaron fórceps.

TABLA 10. FRECUENCIA EN LA ADMINISTRACION DE OXITOCINA EN LOS GRUPOS DE ESTUDIO.

	GRUPO 1 PE		GRUPO 2 PAF	
	CASOS	FRECUENCIA (%)	CASOS	FRECUENCIA (%)
OXITOCINA	27	54	26	52
EVOLUCION ESPONTANEA	23	46	24	48
	50	100%	50	100%

PE - Parto terminado en eutocia;

PAF - Parto en el que se aplicaron fórceps.

TABLA 11. APLICACION DE ANALGESIA OBSTETRICA POR BPD Y ANESTESIA LOCAL EN LOS DOS GRUPOS DE ESTUDIO.

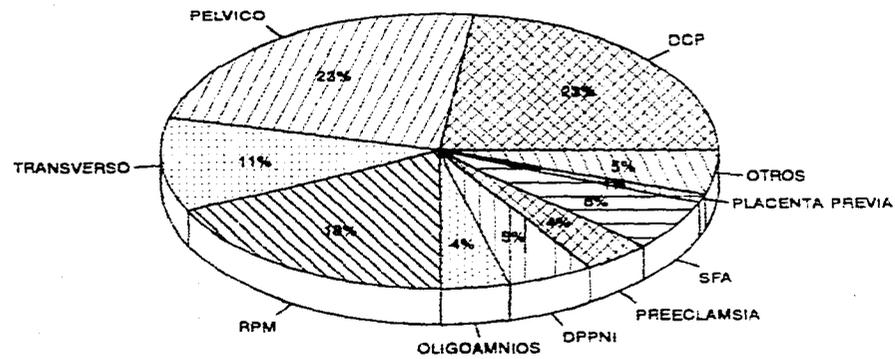
	GRUPO 1 PE		GRUPO 2 PAF	
	CASOS	FRECUENCIA (%)	CASOS	FRECUENCIA (%)
BPD (lidocaína)	43	86	50	100
LOCAL (lidocaína)	7	14	---	---
	50	100%	50	100%

PE - Parto terminado en eutocia;

PAF - Parto en el que se aplicaron fórceps.

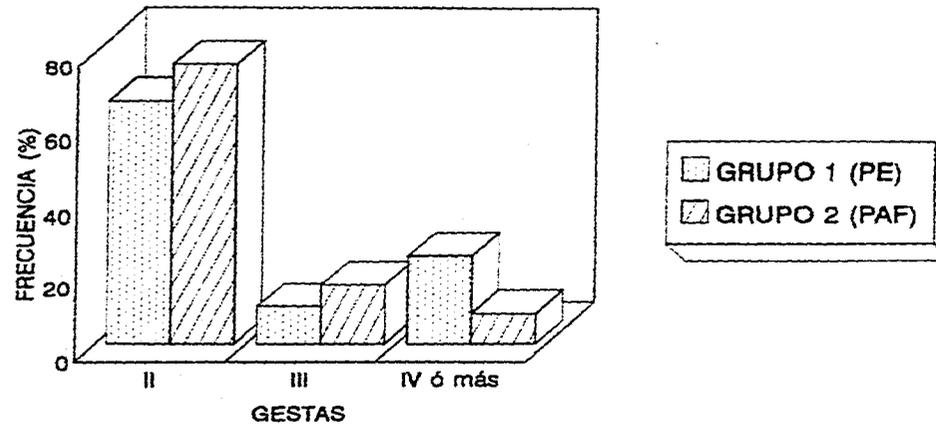
GRAFICAS

PARTO EUTOCICO VS FORCEPS PROFILACTICO EN PACIENTES CON CESAREA PREVIA



GRAFICA 1. FRECUENCIA DE INDICACION DE CESAREA PREVIA EN 100 PACIENTES ESTUDIADAS.

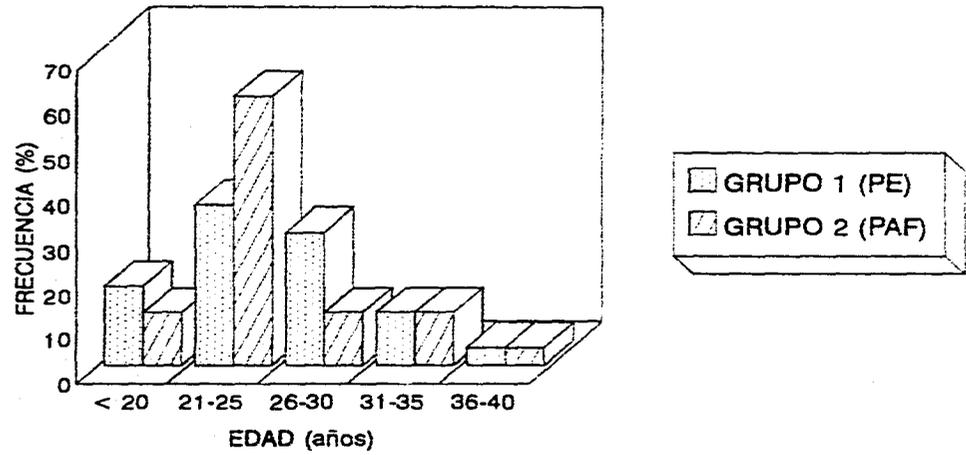
PARTO EUTOCICO VS FORCEPS PROFILACTICO EN PACIENTES CON CESAREA PREVIA



GRAFICA 2. DISTRIBUCION EN EL NUMERO DE GESTAS POR GRUPO.

PE.- PARTO EUTOCICO; PAF.- PARTO CON APLICACION DE FORCEPS

PARTO EUTOCICO VS FORCEPS PROFILACTICO EN PACIENTES CON CESAREA PREVIA

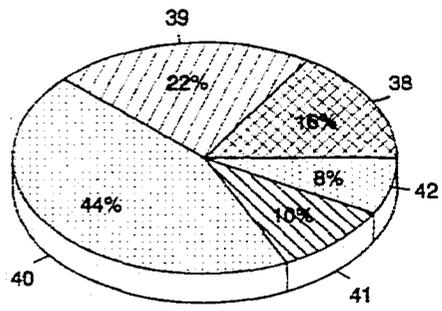


GRAFICA 3. DISTRIBUCION DE LA EDAD MATERNA DE PACIENTES EN AMBOS GRUPOS DE ESTUDIO.

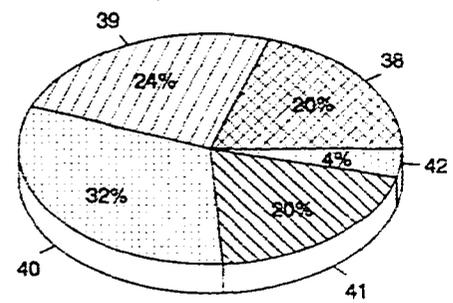
PE.- PARTO EUTOCICO; PAF.- PARTO CON APLICACION DE FORCEPS

PARTO EUTOCICO VS FORCEPS PROFILACTICO EN PACIENTES CON CESAREA PREVIA

36



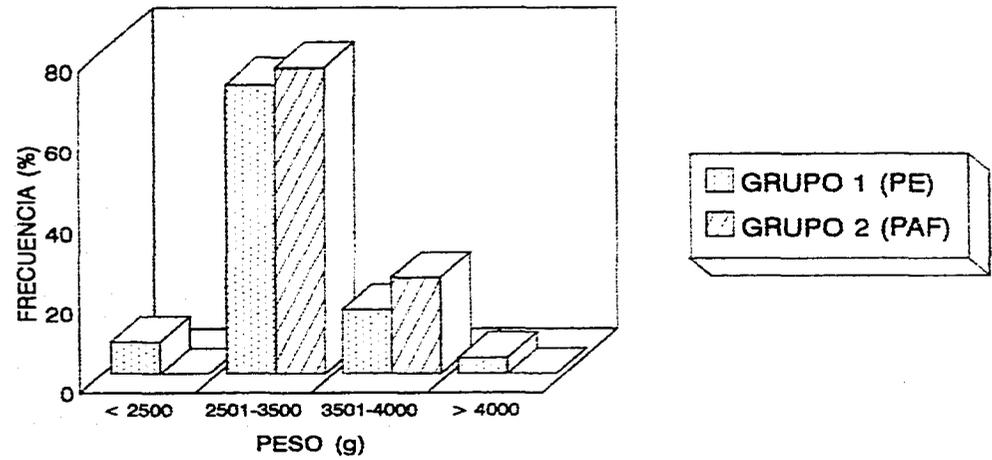
PARTO EUTOCICO



PARTO CON FORCEPS

GRAFICA 4. DISTRIBUCION DE LA EDAD GESTACIONAL EN SEMANAS DE LOS GRUPOS DE ESTUDIO.

PARTO EUTOCICO VS FORCEPS PROFILACTICO EN PACIENTES CON CESAREA PREVIA

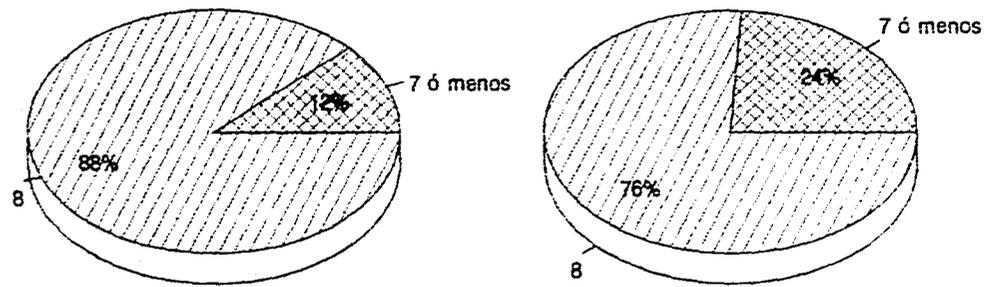


GRAFICA 5. DISTRIBUCION DEL PESO DEL PRODUCTO AL NACIMIENTO EN AMBOS GRUPOS DE ESTUDIO.

PE.- PARTO EUTOCICO; PAF.- PARTO CON APLICACION DE FORCEPS

PARTO EUTOCICO VS FORCEPS PROFILACTICO EN PACIENTES CON CESAREA PREVIA

38



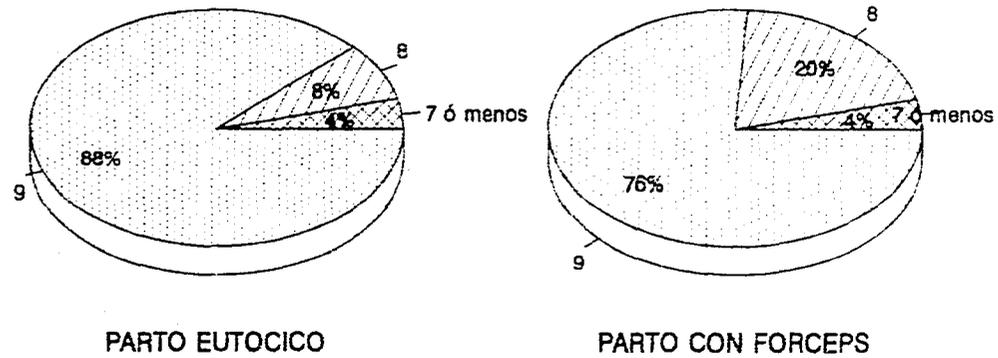
PARTO EUTOCICO

PARTO CON FORCEPS

GRAFICA 6. CALIFICACION APGAR AL MINUTO.

PARTO EUTOCICO VS FORCEPS PROFILACTICO EN PACIENTES CON CESAREA PREVIA

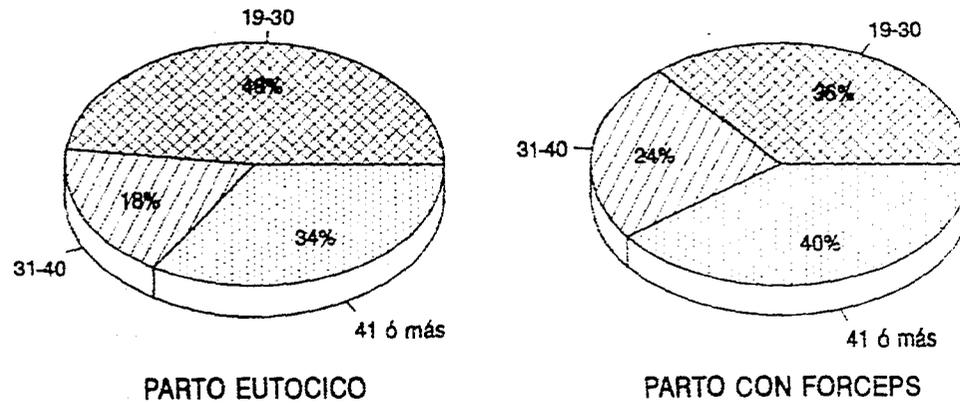
39



GRAFICA 7. CALIFICACION APGAR A LOS 5 MINUTOS.

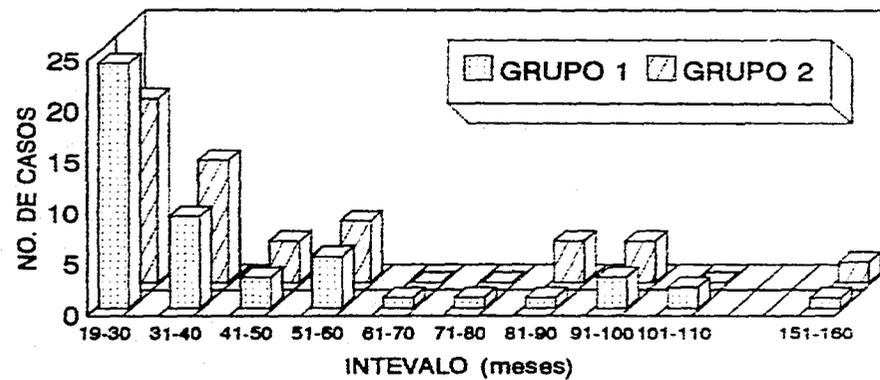
PARTO EUTOCICO VS FORCEPS PROFILACTICO EN PACIENTES CON CESAREA PREVIA

40



GRAFICA 8. PERIODO INTERGENESICO (meses).

PARTO EUTOCICO VS FORCEPS PROFILACTICO EN PACIENTES CON CESAREA PREVIA



GRAFICA 9. CASOS DESCRITOS POR PERIODO INTERGENESICO.

PE.- PARTO EUTOCICO; PAF.- PARTO CON APLICACION DE FORCEPS.

COMENTARIOS

El objetivo principal de este estudio es la comparación de la eutocia vs aplicación de fórceps profilácticos en pacientes con antecedente de cesárea previa y a quienes se les otorga la oportunidad de terminar su embarazo por vía vaginal, se valoraron las ventajas y desventajas de ambos procedimientos, encontrando que existe aunque en pequeña proporción un aumento en la morbilidad materna y perinatal con la aplicación de fórceps profilácticos (2, 31) y como ya se mencionó que aunque siendo mínima y aparentemente sin consecuencias futuras tanto para la madre como para el neonato, su uso se justifica cuando es manejado por manos expertas. Muchos autores no son partidarios del uso de estos fórceps y sólo los utilizan en indicaciones obstétricas usuales (14).

La revisión de la cavidad uterina en forma manual nunca debe ser omitida en toda paciente con cesárea previa con el fin de detectar dehiscencia de histerorrafia, la cual debe ser en forma cuidadosa ya que se ha reportado convertir una dehiscencia parcial en una dehiscencia completa, y realizaria con todas las medidas de asepsia y antisepsia por el posible riesgo de infección (10, 13).

Se observó que las pacientes que terminaron en eutocia tenían el antecedente de 1-6 embarazos previos y del grupo al que se le aplicó fórceps profilácticos, tenían el antecedente de haber tenido de 1-3 embarazos previos, siendo en este último grupo fueron menos las multíparas, cuestión que sería importante valorar en otro estudio.

El intervalo entre la cesárea y el parto en el grupo de estudio se tomó de más de 18 meses como norma en nuestro hospital, para no arriesgar a la paciente a una rotura uterina, aunque se menciona que debe tomarse de un mínimo de dos años y en otras instituciones de salud se toma un mínimo de doce meses (17, 19, 29).

Pero al parecer el útero resiste el trabajo de parto siempre y cuando no exista contraindicación, para ello, como sería una presentación anómala o una desproporción cefalopélvica. La cicatrización uterina es un evento particular y depende de factores como son: estado de salud previo, poder individual de cicatrización, factores locales dependientes e independientes del acto quirúrgico. En animales de experimentación, se ha demostrado que bajo tensión el área de cicatrización es más resistente a la rotura que el útero intacto siempre que la técnica quirúrgica sea apropiada, también se ha demostrado que la cicatrización uterina es óptima a los 60 días del postoperatorio (5, 8, 12, 27).

La oxitocina se utilizó en ambos grupos, confirmando que con una vigilancia estrecha del trabajo de parto y monitorización de la frecuencia cardíaca fetal su uso es bien indicado para un trabajo de parto efectivo. En estudios realizados en pacientes que recibieron oxitocina, los rangos de rotura uterina, morbilidad materna y morbimortalidad fetal no fueron diferentes de las pacientes que no las recibieron (9, 4, 14, 28).

El uso de la analgesia obstétrica por medio de bloqueo peridural (con lidocaína), en la mayoría de las pacientes estudiadas nos demostró que no están justificados los temores de enmascarar en dolor provocado por una

rotura uterina y confundir la interpretación de hipotensión y hemorragia (20, 21).

En cuanto al trauma obstétrico observado, se encontró sólo un pequeño porcentaje de prolongación de la episiotomía en el grupo 2 comparado con la literatura actual en donde se reportan laceraciones y desgarros de diversos grados y prolongación de la episiotomía cuando se aplicaron fórceps, vacuum extraction y cuando el producto pesó más de 3600 g (11, 14).

La dehiscencia parcial de histerorrafia encontrada en el grupo 2, fue observada en pacientes secundigestas, con edad de 31 años y con peso del producto entre 2500 y 3000 g, y que recibieron oxitocina en el trabajo de parto, pero que tal hallazgo muy probablemente no se deba a la aplicación de fórceps en sí ni al uso de oxitocina, no siendo necesaria la reparación quirúrgica de estos casos. Estudios realizados por Mark y Cols. encontraron de 312 pacientes con antecedente de cesárea previa y que se sometieron a trabajo de parto, 2 dehiscencias completas y hemorragia abdominal masiva al momento de la intervención quirúrgica (18, 20).

Con esto se demuestra que la eutocia después de la cesárea está exenta de riesgos cuando ocurre bajo supervisión cuidadosa y dentro de limitaciones específicas y que el uso de fórceps profilácticos puede acelerar el segundo período del trabajo de parto pero no es necesario su uso (14, 15).

CONCLUSIONES

- 1.- Con una adecuada selección y bajo una vigilancia estrecha, las pacientes con cesárea previa pueden terminar su embarazo por eutocia sin complicaciones.
- 2.- El parto eutócico después de cesárea es altamente confiable y no aumenta la morbimortalidad materna y perinatal.
- 3.- El acortamiento del segundo período del trabajo de parto con fórceps bajo su uso adecuado (profiláctico) en pacientes con antecedente de cesárea previa no disminuye la morbimortalidad materna.
- 4.- El uso de fórceps profilácticos por personal bien capacitado provoca morbilidad perinatal mínima.

BIBLIOGRAFIA

1. Benson Ralph C. y Pernoll Martin. El Parto Quirúrgico. Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétricos. 5a. ed. 1989 Edit. El Manual Moderno. pp. 493-520.
2. Boucher Marc, Tahlremaney Mona P., Eglinton Garys, Phelan Jeffrey P. Maternal Morbidity as Related to Trial of Labor After Previous Cesarean Delivery. A Quantitative Analysis. The Journal of Reproductive Medicine. Vol. 29 Number 1. January 1984.
3. Clark Steven L. Rotura del Utero Cicatrizado. Ginecología y Obstetricia. Temas Actuales. Vol. 4 1988 pp 731-738.
4. Chattopadhyay Sisir K., Sherbeeni Mariam M., Charles C. Anokute. Planned Vaginal Delivery After Two Previous Cesarean Sections. British Journal of Obstetrics and Gynaecology. June 1994, Vol. 101 pp. 498-500.
5. Danforth D.N. Tratado de Obstetricia y Ginecología. Editorial Interamericana, 4a edición, 1987, Cesárea y Parto, pags. 445, 749-766.
6. Dennen EH, García RF: Fórceps en Obstetricia. Editorial El Manual Moderno. 1983 pp 1-147.
7. Elliot H. Philipson. Tendencia en la Frecuencia de Parto Posterior a Cesárea. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Vol. 4, pp 869, 1986.
8. Flamm Bruce L. Parto Vaginal Después de Cesárea, Controversias Antiguas y Nuevas. Clínicas Obstétricas y ginecológicas, 1985. Vol. 4, pp 925, 935.

9. Flamm Bruce L., Newman Lawrence A., Thomas Steven J., Fallon Debbie, and Yoshida Michael M. Vaginal Birth After Cesarean Delivery: Results of a 5-Year Multicenter Collaborative Study. *Obstet Gynecol* 76: 750, 1990.
10. Gemer Ofer, Segal Shmuel and Sassoon Essi. Detection of Scar Dehiscence at Delivery in woman with prior cesarean section. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 1992; 71: 540-542.
- 11 Helwig Jane T., Thorp John M. Jr. and Bowes Watson A. Jr. Does Misline Episiotomy Increase the Risk of Third-and Fourth-Degree Lacerations in Operative Vaginal Deliveries? *Obstet Gynecol*. 1993; 82: 276-9.
12. James N. Martin. Parto Vaginal Después de Cesárea. *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas*. 1988. Vol. 4 pp 713, 726.
13. Kaplan B., Royburt M., Peled Y., Hirsch M., Hod M., Ovadia and Neri A. Routine Revision of Uterine Scar After Prior Cesarean Sectio. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1994; 73: 473-475.
14. Lavin Justin P., Stephens Robert J., Miodovnik Menachen and Barden Tom P. Vaginal Delivery in Patients with a Prior Cesarean Sectio. *Obstetrics and Gynecology. Journal of The American College of Obstetrician and Gynecologists*. Vol. 59, Number 2, february 1982.
15. Martin James N. Morrison John C. y Wiser Winfred L. Parto Vaginal Después de Cesárea. *Ginecología y Obstetricia, Temas Actuales*. Vol. 4 1988 pp 713-729.
16. Miller David A., Díaz Fidelia G., and Paul Richard H. Vaginal Birth After Cesarean: A 10-Year Experience. *Obstet Gynecol* 1994; 84: 255-8.

17. Nuñez Maciel G. Eduardo. Ginecología y Obstetricia. 3a ed. 1989. Editorial Méndez Oteo. pp 611-628.
18. Pickhardt Mark G., Martin James N., Meydrech Edward F. and Cols. Vaginal Birth after Cesarean Delivery; Are There Useful and Valid Predictors of Success of Failure? Am J Obstet Gynecol 1992; 166: 1811-9.
19. Porreco RP: Elective Repeat Cesarean Section. Obstet Gynecol 1980; 139: 613-15.
20. Pridjan Gabriela. Labor After Prior Cesarean Sectio. Clinical Obstetrics and Gynecology Vol. 35 Number 3, September 1992. pp 445-456.
21. Pridjan Gabriella. Trabajo de Parto con Cesárea Previa. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Vol. 3, 1992 pp 429-238.
22. Rosen Mortimer G., Dickinson Janet C. and Westhoff Carolyn L. Vaginal Birth After Cesarean: A Meta-Analysis of Morbidity and Mortality. Obstet Gynecol 77: 465, 1991.
23. Roumen F.J. Jansen A.A. The Course of Delivery After Previous Cesarean Section. J Obstet Gynecol Reprod Biol 1990 Jan-Feb 34 (12) pp. 15,20.
24. Rudick V. Niv. D., Hetman Peri M., Geller E., Epidural Analgesia for Planned Vaginal Delivery Following Previous Cesarean Section. Obstet Gynecol 1984, 64: 621.
25. Skala Ep., Kayes S., Murray RD., Munson LJ. Oxitocin Use After Previous Cesarean. Obstet Gynecol. 1990, Mar. 75 (3 pt. 1), pp 356-359.

26. Stone Joanne, Locke Wood Charles J., Berkowitz Gertrud S. and Cols. Morbidity of Failed Labor in Patients with Prior Cesarean Sections. Am J Obstet Gynecol 1992; 167: 1513-7.
27. Suárez M. Alvarado, A. y Cols. Simposium Sobre Conducta a Seguir en la Embarazada con Cesárea Previa. Ginecología y Obstetricia. México 26: 9, 1961.
28. Tahilramaney Mona P. Boucher Mark, Eglinton Gary S., Beall Marie, Phelan Jeffrey P. Previous Cesarean Section and Trial of Labor. Factors Related to Uterine Dehiscence. The Journal of Reproductive Medicine. Vol. 29 Number 1, January 1984.
29. Williams, Pritchard JA, Mac Donald PC, Gant NF. Obstetricia, Williams. Ed. Salvat 1987: 675-684 y 811-827.
30. Yetman Thomas J., Nolan Thomas E. Vaginal Birth After Cesarean Section: A Reappraisal of Risk. Am J Obstet Gynecol 1989; 161: 1119-23.
31. Yeomans Edward R., Colonel y Kankins Gary D.V. Parto Instrumental Vaginal Durante el Decenio de 1990. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Vol. 3, 1992 pp: 469-474.