



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
E INVESTIGACION**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES  
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO.  
UNIDAD ACADEMICA**

**RESOLUCION DEL EMBARAZO  
EN PACIENTES CON UNA CESAREA PREVIA**

**REVISION DE 24 CASOS EN LA CLINICA  
HOSPITAL "D" R.2. DEL INSTITUTO  
DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES  
PARA LOS TRABAJADORES AL SERVICIO DEL ESTADO  
COZUMEL, QUINTANA ROO**

**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**  
**TESIS CON**  
**FALLA DE ORIGEN**  
**Dr. Lefti Efrén Gonzalez Herrera**

1997



Universidad Nacional  
Autónoma de México

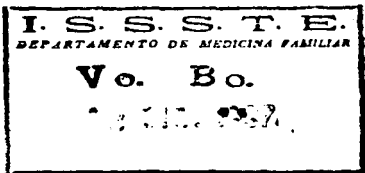
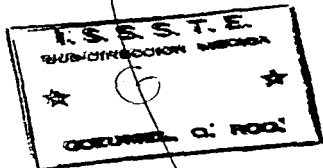


**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**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 AUTÓNOMA DE MÉXICO.**

**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
E INVESTIGACION**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS  
SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO  
UNIDAD ACADÉMICA**

**RESOLUCION DEL EMBARAZO  
EN PACIENTES CON UNA CESÁREA PREVIA**

**REVISION DE 24 CASOS EN LA CLINICA HOSPITAL  
"DR. L. DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES  
PARA LOS TRABAJADORES AL SERVICIO DEL ESTADO,  
COZUMEL, QUINTANA ROO.**

**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR,  
PRESENIA:**

**DR. Efraín González Herrera**

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.**

**RESOLUCION DEL EMBARAZO EN PACIENTES  
CON UNA CESAREA PREVIA**

REVISION DE 24 CASOS EN LA CLINICA HOSPITAL "D" R 2 DEL INSTITUTO DE  
SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES AL  
SERVICIO DEL ESTADO, COZUMEL, QUINTANA ROO

*QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA  
EN*

**MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

***DR. Lefti Efrén González Herrera.***

**AUTORIZACIONES**

**DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA**  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA UNAM

**DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA**  
COORDINADOR DE INVESTIGACION  
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA UNAM

**DRA. Ma. DEL ROCÍO NORIEGA GARIBAY**  
COORDINADORA DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
UNAM

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES  
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO.**

**RESOLUCION DEL EMBARAZO  
EN PACIENTES CON UNA CESAREA  
PREVIA**

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA  
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

**DR. Lestí Efrén González Herrera.**

**AUTORIZACIONES**

*Melitta*  
**DR. HECTOR GABRIEL ARTEAGA ACEVES**

JEFE DEL DEPTO. DE ENSEÑANZAS  
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA  
I.S.S.S.T.E.

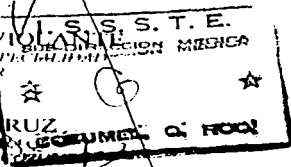
*Alfonso*  
**DR. ALFONSO ALONSO VIOLETA**  
COORDINADOR GENERAL DE LA ESPECIALIDAD  
EN MEDICINA FAMILIAR  
I.S.S.S.T.E. COZUMEL

*Hugo*  
**DR. HUGO RECHY CRUZ**

MEDICO GENERAL COORDINADOR  
ADSCRITO AL AREA DE ENSEÑANZA  
ASESOR

**DR. PEDRO DORANTES BARRIOS**

ASESOR POR EL I.S.S.S.T.E.



## INDICE

INTRODUCCION.....	1
ANTECEDENTES CIENTIFICOS.....	2
DEFINICION DEL PROBLEMA.....	27
JUSTIFICACION .....	28
OBJETIVOS .....	29
METODOLOGIA .....	30
RESULTADOS .....	34
TABLAS (CUADROS) Y GRAFICAS.....	37
ANALISIS DE RESULTADOS .....	46
CONCLUSIONES .....	49
BIBLIOGRAFIA .....	52
ANEXOS.....	55

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

En los últimos años la operación cesárea ha sido una intervención quirúrgica que ha aumentado considerablemente, no solo en nuestro medio, sino también en diversas partes del mundo, su incremento ha sido tan impresionante que el servicio de gineco-obstetricia de un hospital, es juzgado por el índice de cesáreas. Este aumento impresionante es motivo de preocupación, tanto para el obstetra, como para el público en general, ya que los cuestionamientos sobre esta práctica, no solo han sido de tipo científico sino también de económico y jurídico

Si por si misma la indicación de Cesárea ha aumentado, la Cesárea de Repetición desde luego que también, la frecuencia de esta práctica, en cualquier hospital variará de acuerdo al número de casos complicados que ingresen al servicio de G-O Cabe mencionar que en los años sesenta el porcentaje de Cesáreas era del 3-4 durante los sesenta fue del 18% y durante los últimos años ha aumentado hasta un 40%, esto habla de una diferencia muy notable

En algunos hospitales, ha pesar que se han realizado estudios sobre este tema, se mantiene la conducta conservadora de dar prueba de trabajo de parto a pacientes embarazadas con antecedentes de Cesárea previa que llenan ciertos requisitos, para la resolución de su embarazo.



## **ANTECEDENTES**

**CESAREA:** Durante mucho tiempo se supuso que el nombre de esta operación se deriva por haberse practicado por primera vez para dar nacimiento a Julio Cesar. Tal creencia era errónea; Unos autores señalan que la palabra Cesárea proviene del verbo latino Caedere que significa "cortar o seccionar" ó también del latín "secare" que también significa cortar. El verdadero origen del procedimiento quirúrgico se desconoce, pero es posible que tenga antigüedad milenaria, ya que se habla de el en las primitivas leyes del Talmud Hebreo (20).

La primera referencia que se conoce del éxito de esta operación, es la que practicó Bauchin en el año de 1500, otro éxito de la operación ocurrió en Inglaterra en 1738. Más tarde en 1751 Smillie indicaba en un escrito que el método debe practicarse en toda mujer cuyo parto por vía vaginal fuera imposible. La primera Cesárea practicada con éxito en los EE.UU. lo fue por Bennet en 1794. La extracción del producto por la vía abdominal a través de una incisión fue un hecho desastroso en esas fechas por el numero impresionante de muertes por infección (20).

En 1876 Porro recomendó extraer el cuerpo del útero después de sacar el producto, y fijo el muñón cervical a la pared abdominal y así redujo la mortalidad materna en mas del 50%. En 1882

Sanger revolucionó el empleo de la Cesárea cuando escribió un tratado que hizo época, describiendo el empleo de suturas, insistiendo que la incisión uterina debía ser suturada casi el mismo modo en que se hace en la actualidad y propuso la operación que se conoce como Cesárea Clásica, se denominó entonces como Cesárea conservadora, ya que no se sacrificaba el útero como el método radical de Porro (20).

Con estas medidas, la mortalidad por infección disminuyó notablemente. En 1822 Phillip Psaysiek, propuso las bases para la intervención Cesárea extraperitoneal Después Franck en 1906, describió la Cesárea del segmento inferior, llegando al útero por vía extra peritoneal, gracias a una incisión transversal del abdomen, separando la superficie posterior de la vejiga urinaria del peritoneo y con ello disminuyó la mortalidad; el siguiente paso para perfeccionar la operación fue la propuesta de Kronig, él decía que la seguridad en la operación extraperitoneal dependía en gran medida de la situación de la incisión en el segmento inferior para evitar la cavidad peritoneal (20).

## MARCO TEORICO

**DEFINICION.-** La Cesárea es la extracción del producto del embarazo por incisión de las paredes del abdomen (laparotomía) y del útero (histerotomía). La característica principal de la operación, es la incisión del útero, por esta razón el término "Cesárea" no debe emplearse para describir, la extracción del feto de la cavidad abdominal, en caso de rotura del útero o embarazo abdominal. La Cesárea es una cirugía mayor que nunca deberá emprenderse a la ligera y sin una seria consideración de las justificantes, preparativos y todo apoyo esencial (20).

### TIPOS DE OPERACION CESAREA

- 1.- **Cesárea Clásica**, para la cual se hace una incisión vertical en el segmento uterino superior (20).
- 2.- **Cesárea de Segmento Inferior o Cervical Inferior**; en la cual se practica una incisión transperitoneal transversal o vertical en el segmento uterino inferior (20).
- 3.- **Operación Extraperitoneal**, en la cual se llega al segmento uterino inferior por fuera del peritoneo (20).

**4.- Cesárea con Histerectomía, combinación de Cesárea Clásica seguida de Histerectomía, preferentemente total (20).**

**INDICACIONES** - Desde el advenimiento de la moderna técnica quirúrgica caracterizada por la más rigurosa asepsia y antisepsia y los mejores medios de anestesia, las indicaciones para Cesárea han adquirido tal amplitud, que ante cualquier estado anormal presente antes del parto, o que sobrevenga durante el parto con amenaza para la vida de la madre y el feto y el parto se realiza por vía vaginal; creemos que esta indicada la Cesárea siempre que no venga a complicar los riesgos (22).

Por desgracia hay médicos que recurren inapropiadamente a la práctica de la Cesárea, cada vez que afrontan una situación obstétrica difícil, o un problema médico o quirúrgico en una paciente obstétrica. Aunque algunas de estas operaciones están claramente justificadas, muchas no lo están. Se advierte a lo Médicos que entiendan que la operación Cesárea se debe reservar para aquellas pacientes en las cuales el parto vaginal, no se puede llevar a cabo sin arriesgar seriamente la vida y la salud del feto o la madre.

Las indicaciones se dividen en **Absolutas, Relativas y Electivas.**

**Las Absolutas** son aquellas en que no existe otro recurso que practicarse.

**Las Relativas** cuando se indica esta operación porque brinda mayores ventajas aun cuando sea posible el parto vaginal.

**Las Electivas**, cuando el médico escoge la Cesárea por ser el método mas conveniente para la madre con base a ciertos factores justificantes

**CESAREA ITERATIVA** - Es aquella que tiene que practicarse por la presencia de dos o mas Cesáreas previas y es equivalente a la llamada Cesárea Multiple Repetitiva.

**LAS PRINCIPALES JUSTIFICANTES PARA LA PRACTICA DE UNA  
OPERACION CESAREA SON LOS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO  
ENTRE LOS QUE SE MENCIONAN**

Las Toxemias, las infecciones de las Vías Urinarias, Cesáreas anteriores, Periodo Inter-genésico corto la gran Multipara etc. (22) .

Matthews y Duncan hicieron notar el hecho de los numerosos peligros de las multigestas, teniendo los problemas inherentes a su gran multiparidad, así como ser en ellas mas frecuentes las presentaciones anómalas. Las hemorragias pre y postparto, las distocias y otro tipo de patología atribuibles a su edad como los padecimientos sistémicos, como la HIA, la DM, y las nefropatías, por si solas pueden agravarse, durante el estado gravídico o puerperal, o ser punto de partida de serias complicaciones como la toxemia, y el desprendimiento prematuro de placenta (22)

El embarazo Múltiple se presenta en una de cada ochenta y cinco embarazos, su incidencia aumenta cuando se produce un fallo en el tratamiento con hormonales orales (22)

El embarazo Prolongado también es justificante de Cesárea ya que su mortalidad aumenta al doble entre las 42 y 43 semanas y hasta cinco veces cuando rebasa las 44 semanas (22)

La asociación de Diabetes y Embarazo también es una justificante de Cesárea ya que con lleva una mayor mortalidad materno fetal (22)

La Hipertensión Arterial tiene una considerable proporción de mortalidad materno-fetal porque también es una justificante para una Cesárea (22).

## **CUIDADOS EN EL EMBARAZO POSTCESAREA**

El embarazo posterior a una Cesárea no representa en sí ninguna característica especial que requiera la modificación de los cuidados pre-natales que deben darse a toda mujer embarazada (5).

Probablemente la mayor preocupación del obstetra sea la decisión de terminar el embarazo nuevamente por Cesárea o permitir el trabajo de parto, por lo que resumiremos las bases sobre las que puede sustentarse el criterio (5).

La primera decisión es aconsejable cuando

- 1.- Existe el antecedente de dos Cesáreas ó más.
- 2.- Tiene el antecedente de deciduitis en la primera Cesárea.
- 3.- Si se tiene duda sobre el uso de una técnica adecuada en la Cesárea anterior.
- 4.- Si la Cesárea fue corporal.
- 5.- Si se repite la misma indicación de la Cesárea anterior.
- 6.- Si surge alguna otra causa de indicación de Cesárea.

Debe permitirse el trabajo de parto en ausencia de los seis puntos anteriores, con una vigilancia muy alerta de que se desarrolle dentro de lo estrictamente normal. Cualquier desviación a la normalidad, no debe contemplarse con tibieza y debe obligar a intervenir nuevamente por vía abdominal (5).

Todo lo anterior tiene como común denominador la posibilidad de una ruptura uterina. La frecuencia de esta varía notablemente según las estadísticas pero podríamos considerar que es baja, pero cuando se produce es un accidente de tal magnitud, que termina generalmente con la vida del feto y tiene también una alta tasa de muerte materna (5).

Los cuatro primeros puntos enunciados previamente, pueden considerarse relativos; sin embargo, en alguna forma influyen para aumentar la posibilidad de ruptura uterina y por esto es que ameritan ser tomados en consideración. (1)



## **Parto vaginal después de cesárea:**

### **Abolición de la cesárea repetida sistemática**

La mayor utilización de la cesárea en Estados Unidos durante los últimos 15 años (19) ha motivado interés y preocupación considerables. En la década de los 70 se hicieron 195,000 cesáreas - 5.5% de todos los nacimientos - en ese país. En la década de los 80, la frecuencia de cesáreas había aumentado casi 400%, hasta 21.1% de todos los nacimientos vivos. En la década de los 90 se espera que la tasa sobrepase 25% en muchos hospitales estadounidenses. La indicación más frecuente de cirugía es "cesárea electiva de repetición", que constituye casi 33% de todas las cesáreas y potencialmente uno de cada 10 nacidos en dicho año. Por tanto, el tratamiento de los embarazos posteriores a una cesárea adquiere una importancia proporcionalmente mayor, dada la "epidemia" actual de cesáreas. (19)

National Institutes of Health (NIH) convino en revisar este tema. Como uno de los principales motivos para aumentar la tasa de partos por vía abdominal era la cesárea de repetición "automática", se recomendó en esa conferencia abandonar esta práctica y se señaló que el parto vaginal después de cesárea lograría disminuir la tasa de nacimientos por vía abdominal. Lavin y Col. demostraron que el parto vaginal después de cesárea está exento de riesgos cuando ocurre bajo supervisión cuidadosa y dentro de limitaciones específicas. (5)

A pesar de informes, ha sido muy lento el abandono de la arraigada costumbre de hacer cesárea repetida de una manera automática e irreflexiva. Un estudio de los NIH acerca de hospitales reveló, el año pasado, que las pruebas de trabajo de parto después de cesárea habían aumentado cuatro veces de 2.1 a 2.0% entre 1980 y

1990 en Estados Unidos. No obstante, durante el mismo intervalo, las tasas de cesárea aumentaron a un ritmo más acelerado que la aplicación del parto vaginal después de cesárea. Sólo a unas cuantas embarazadas se les ofrecieron pruebas de trabajo de parto en menos de la mitad de 500 hospitales estudiados, a pesar de un incremento de más de 50% en la frecuencia de tales pruebas. ¿Por qué? Además, como estableció Danforth (5) en una revisión reciente de cesáreas, "la interrogante no es ya tanto si el aforismo de la cesárea repetida automática sigue siendo válido, sino por qué pudimos aceptarlo durante más de 60 años, como si hubiera estado grabado en granito".

## CONTROVERSI A

La sentencia de E B Craigin, (10) de que "después de cesárea, siempre cesárea", si bien citada con suma frecuencia, suele ser mal entendida y mal aplicada a la práctica clínica actual. Emitida en una época de predominio de la cesárea transfundida, cuando casi todas las incisiones eran clásicas y se desconocía la utilización moderna de antibióticos y transfusiones, la regla del doctor Craigin se promulgó con buenos motivos: evitar las pérdidas maternas y fetales relacionadas con la rotura de la incisión clásica durante el trabajo de parto. Desde que se inició la tendencia hacia la utilización más frecuente y preferida de incisiones del segmento uterino inferior, hubieron raros casos de rotura subsiguiente. Así, la sentencia de Craigin en realidad tiene importancia sólo para una minoría de las embarazadas, con cesárea transfundida.

El punto crítico y la controversia actual se refieren a las siguientes interrogantes: ¿"Cuál es la atención óptima del parto en la

mujer con antecedente de cesárea"? "¿A quién debe brindársele y a quien no, una prueba de trabajo de parto?". Los argumentos en pro y en contra de proporcionar a casi todas las embarazadas con antecedente de cesárea en el segmento uterino inferior la oportunidad de someterse a una prueba para lograr el parto vaginal se revisarán a continuación.

Los oponentes a la propuesta de parto vaginal después de cesárea aducirán varios motivos para negar la prueba de trabajo de parto y apearse a la costumbre de cesárea repetida automática. (10)

### **Temor de rotura uterina completa**

La morbilidad materna, perinatal relacionada con la verdadera rotura completa de la pared uterina, con comunicación a la cavidad abdominal, suele ser un temor frecuente en el parto vaginal después de cesárea. Por el contrario, la rotura-dehiscencia uterina completa, con separación parcial de la pared uterina, que suele ser indolora e incruenta y no ocasiona comunicación con la cavidad abdominal, raras veces se relaciona con una morbilidad materna o fetal grave. Desafortunadamente, estas dos formas de separación de la pared uterina suelen considerarse juntas. En dos informes recientes, la incidencia de separación del segmento uterino inferior después de cesárea fue de 0.45 a 0.6%. (7)

Incontables investigaciones 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. Lavin (6) revisó once informes que incluían 3,214 embarazadas, quienes tuvieron parto vaginal o prueba de trabajo de parto después de cesárea. Sólo una de las tres muertes perinatales en ese grupo tuvo relación con incisión previa del segmento uterino inferior; las otras dos se relacionaron con la rotura de una incisión clásica. Según estudios de Flamm (6) complementados por investigaciones recientes, no ha habido informes estadounidenses de pérdida perinatal relacionada con rotura completa o dehiscencia de una cicatriz de segmento uterino inferior. El gran grupo de Phelan (6) de casi 1,800 pruebas de trabajo de parto demostró una mortalidad perinatal corregida de 4.5 por 1,000 en comparación con la mortalidad perinatal institucional global de 18 por 1,000. En países industrializados del hemisferio occidental no se ha informado de muertes maternas atribuibles a rotura de una cicatriz transversa baja del útero durante el trabajo de parto, en más de 60 años.

Al temor de rotura uterina grave atribuible al parto vaginal postcesárea, se suma la preocupación de que de ordinario se requieran preparativos especiales en previsión de una probable operación de urgencia. Sin embargo, Finley y Gibbs (7) revisaron 1,156 casos en que se hizo prueba de trabajo de parto y encontraron que sólo 1.6% de ellas requirieron cesárea de urgencia, en una proporción equivalente a la de pacientes sin antecedentes de cesárea.

## **Preocupación por la seguridad materna**

La suposición de que el parto vaginal o la prueba de trabajo de parto después de cesárea conlleva mayor riesgo materno y que el hacer una cesárea de repetición de manera sistemática significa mayor seguridad para la madre, está muy difundida. Sin embargo, en sociedades industrializadas no se ha informado, durante decenios, de muertes maternas relacionadas con el parto vaginal postcesárea, en pacientes con incisión segmentaria inferior previa (3)

Shy y Col., utilizando un esquema de análisis de decisiones para identificar el plan de tratamiento que proporciona la mejor evolución para la mayoría de pacientes con un trastorno particular, resumieron las probabilidades relacionadas con la prueba de trabajo de parto y la cesárea de repetición. Silver y Minogue extendieron este esquema de análisis de decisiones para incluir cálculos de morbilidad y mortalidad. Concluyeron que la prueba de trabajo de parto o el parto vaginal después de cesárea ofrecen mayor seguridad materna y fetal que la cesárea repetitiva electiva (3)

## **Preocupación por la seguridad fetal**

Ni el parto vaginal postcesárea ni la cesárea electiva de repetición carecen de riesgos para el feto. Después de una revisión extensa de informes publicados en Inglaterra y Estados Unidos, Flamm concluyó que la mortalidad perinatal corregida (después de eliminar mortinatos y anomalías congénitas y otras circunstancias mortales) en pacientes bajo vigilancia electrónica, a quienes se hizo prueba de trabajo de parto, es de 0.5 por 1,000 embarazadas. (5)

Informes recientes indican que la morbilidad fetal puede ser paradójicamente mayor con cesárea electiva repetida que con la prueba de trabajo de parto y el parto vaginal. Después de una revisión extensa según el esquema de análisis de decisiones, Shy y Cols. predijeron que la cesárea de repetición electiva se asociará a una mayor mortalidad perinatal que el parto vaginal después de pruebas de trabajo de parto (5)

### **Preocupación por recriminaciones legales**

Una idea muy difundida entre proveedores de atención obstétrica es que la cesárea casi garantiza inmunidad respecto de querrelas legales. Sin embargo, el espíritu de la profesión y las recomendaciones con respecto al nacimiento vaginal después de cesárea han sufrido modificaciones notorias en el último decenio y el consenso de las organizaciones norteamericanas es recomendar una prueba de trabajo de parto para pacientes seleccionadas, como norma de la práctica obstétrica. Se recomienda ofrecer este tipo de tratamiento como opción de nacimiento, a cualquier paciente con antecedente de cesárea, en especial como parte del proceso de autorización con base en información, antes de hacer una cesárea repetitiva electiva. Podría considerarse negligente la ejecución de un parto vaginal postcesárea con secuelas adversas, sólo si el obstetra se desviara mucho de normas de aceptación general. (19)

## **Estrés e inconvenientes profesionales y económicos**

A pesar de los informes publicados y los datos citados en esta revisión, muchos médicos consideran la prueba de trabajo de parto como un método más estresante para ellos que la programación de una cesárea electiva de repetición y la evasión del supuesto riesgo. Quizá se requiera su presencia inmediata durante horas muy activas, para encargarse de un procedimiento de urgencia en cualquier momento, intervención que normalmente podría programarse en un trabajo de parto con buena vigilancia de madre y feto. La conveniencia de la programación y la seguridad de poder disponer de tiempo para otras necesidades del ejercicio obstétrico suelen ser factores poderosos en contra del parto vaginal después de cesárea. Se han mencionado también desventajas económicas de esta práctica. (19)

### **¿Por que suele indicarse una prueba de trabajo de parto?**

Los informes desde 1985 acerca de 2,108 embarazadas que tuvieron parto vaginal después de cesárea muestran que 1,713, es decir 81% pudieron tener un parto vaginal. Series reunidas durante los últimos 40 años (9,212 casos favorables en 11,580 pruebas) muestran una tasa de buenos resultados de 79.6%. Así, parece que casi cuatro de cinco embarazadas a quienes se proporciona acceso a una prueba de trabajo de parto (que representan casi 66% de las que tienen antecedente de cesárea) pueden tener un parto vaginal y evitar la cesárea. (3)

## **Mayores beneficios que riesgos**

La experiencia de incontables investigadores y miles de pacientes refleja una menor morbilidad global en embarazadas bien seleccionadas a quienes se brindó prueba de trabajo de parto, que en las sometidas a cesárea electiva de repetición sistemática. Según un análisis de 1796 embarazadas que tuvieron una prueba de trabajo de parto y 847 que no la tuvieron durante un intervalo de dos años, los investigadores de California mencionaron una menor morbilidad febril notoria, una estancia hospitalaria más breve en el grupo con prueba de trabajo de parto (3)

## **Responsabilidad desde el punto de vista fiscal, ético y médico**

El impacto de la cesárea electiva de repetición sobre los costos de los servicios médicos es de proporciones inmensas. A pesar de la considerable experiencia favorable y el impulso del American College of Obstetricians and Gynecologists (9), no parece ser muy aceptada la política de intentar el parto vaginal después de cesárea en todas las mujeres aptas, ya que un estudio hospitalario (1985) indicó que 92% de las embarazadas con antecedente de cesárea no recibían la oportunidad de una prueba de trabajo de parto. Aunque no se han estudiado los costos relativos del nacimiento vaginal después de cesárea en comparación con la cesárea repetida, Sly y Cois. (19)



calcularon, al inicio de este decenio, que los costos hospitalarios disminuían casi cinco millones de dólares por cada 10,000 embarazadas con parto vaginal después de cesárea. Ya en este decenio, O'Sullivan y Cols. también calcularon que los costos hospitalarios eran de casi 1,500 dólares menos por cada parto vaginal después de cesárea, un descenso de 15 millones de dólares por 10,000 pruebas de trabajo de parto favorables.

Silver y Minogue (19) fueron más allá de la simple comparación de opciones de tratamiento y evolución relacionadas con una prueba de trabajo de parto en parturientas con antecedente de cesárea y revisaron las consideraciones éticas de este asunto en términos de autorización con base en información, "ética de utilidad", e "igualdad universal". Concluyeron que "no sólo los números, sino también los principios, parecen apoyar esta opción de tratamiento"

## **¿En quien esta indicada la prueba de trabajo de parto?**

### **Contraindicaciones específicas para la prueba.**

Hay tres circunstancias que se consideran contraindicaciones absolutas para una prueba de trabajo de parto, en 1989. En primer lugar, saber o sospechar que se hizo una incisión uterina clásica. A este grupo pertenece la embarazada con cirugía uterina reconstructiva extensa, grandes miomectomías intramurales, o extensiones en "T" de incisiones segmentarias inferiores. En segundo lugar está la rara entidad clínica de desproporción cefalopélvica incontrovertible absoluta, que no se debe de confundir con el antecedente de "falta de evolución del trabajo de parto" y se ha visto relacionada con parto vaginal favorable hasta en 70% de las pruebas de trabajo de parto. En tercero

está la paciente que rechaza el procedimiento después de su descripción detallada. (9)

### **Antecedente de incisión vertical segmentaria baja**

Aunque algunos investigadores no han encontrado peligrosa la inclusión de embarazadas con una o más incisiones verticales bajas, la mayor parte de otros informes hasta años recientes han excluido a estas pacientes de la prueba de trabajo de parto. El Dr. Wisner, demostró la seguridad y resultados aparentes del parto vaginal después de cesárea, en pacientes con antecedentes de incisión vertical segmentaria baja (2)

### **Embarazo múltiple**

Aunque suelen excluirse de la prueba de trabajo de parto, las pacientes con embarazo gemelar y cesárea previa han intentado un parto vaginal sin secuelas graves en dos informes recientes. En conjunto, 22 y 28 embarazadas que tuvieron pruebas de trabajo de parto terminaron en un parto vaginal. La tasa de dehiscencia que se encontró, de 4%, fue el doble que la correspondiente a embarazos únicos (2%), pero no hubo roturas uterinas (8)

## **Presentación anormal**

Las presentaciones fetales diferentes a la de vértice, como los embarazos múltiples, suelen excluirse, por conveniencia, de las consideraciones de un parto vaginal por cesárea. Recientemente, el grupo de Phelan (10) ofreció una prueba de trabajo de parto a 27 de 137 embarazadas con presentaciones pélvicas y antecedente de cesárea segmentaria inferior. Estas 27 madres expresaron el deseo de intentar un parto vaginal, tenían una pelvis adecuada desde el punto de vista de la pelvimetría radiográfica y un feto aparentemente normal con cabeza flexionada. Trece tuvieron parto vaginal sin secuelas maternas o fetales diversas. El motivo más frecuente de fracaso de parto vaginal postcesárea fue detención de la dilatación cervical. El tipo de presentación pélvica que se consideró, aunque con toda seguridad fue la franca de nalgas o completa, no se especificó.

### **Falta previa de progreso del trabajo de parto y supuesta desproporción cefalopélvica.**

Sitchik y Rae informaron que casi 70% de sus pacientes nulíparas a quienes se hizo cesárea por falta de evolución del trabajo de parto, tuvieron un parto vaginal después de la prueba. Otros han informado datos similares y confirmado que un diagnóstico de falta de evolución o desproporción cefalopélvica no tiene valor pronóstico de un embarazo al siguiente y en general no debe excluir a la paciente de la consideración de parto vaginal postcesárea. (15)

## **Fracaso previo en la prueba de trabajo de parto**

Parece ser que la embarazada a quien inicialmente se hizo cesárea por distocia o falta de evolución y después tuvo una prueba de trabajo de parto negativa, por el mismo motivo tiene menores posibilidades de buen éxito en una segunda prueba de trabajo de parto. Sin embargo, no se excluye automáticamente a estas pacientes de un intento de parto vaginal.

## **Foto macrosómico**

El grupo de Phelan valoró el impacto del peso fetal sobre una prueba favorable de trabajo de parto. Su estudio reveló que 66% de sus 140 pacientes estudiadas con pesos fetales mayores de 4,000 g. tuvieron un parto vaginal sin mayor tasa de dehiscencia uterina o distocia de hombros. Se identificaron varios factores correlacionados con un parto vaginal afortunado que incluyeron antecedente de parto vaginal después de la cesárea original. (12)

## **Embarazo postérmino**

Dos informes que detallan la evolución de 221 embarazadas con embarazos postérmino a quienes se sometió a prueba de trabajo de parto, indicaron una tasa total de buen éxito de casi 75%. Sorprendentemente, una exploración cervical considerada desfavorable no tuvo relación con menor tasa de buenos resultados. El grupo de alto riesgo de fracaso para parto vaginal parece ser aquél de quienes fueron sujetas a cesárea por desproporción cefalopélvica -falta de evolución del trabajo de parto. (12)

## **Tipo desconocido de cicatriz uterina**

Es motivo de gran controversia el tema de si debe permitirse una prueba de trabajo de parto en ausencia de pruebas que confirmen que no hubo una incisión fundica o clásica uterina previa. Aunque es muy útil y recomendable obtener una copia del registro quirúrgico anterior, suele ser difícil o imposible; en especial en grupos de pacientes con mucha variación de residencia. Hasta que se hagan estudios más extensos, varios investigadores consideran razonable ofrecer una prueba de trabajo de parto a estas pacientes, si se cuenta con autorización y las circunstancias hospitalarias y médicas son óptimas para un parto vaginal postcesárea. (11)

## **Proximidad de la placenta a la cicatriz uterina previa**

Clack y Cols (9) han sugerido que el mayor riesgo de rotura uterina durante una prueba de trabajo de parto reside en la paciente cuya placenta tiene estrecha relación con la incisión previa. Este punto de vista se basa en la observación de que las pacientes con antecedente de cesárea tiene mayor riesgo de placenta acreta y rotura uterina. Se requieren estudios para definir si la evaluación de la localización placentaria con respecto a la cicatriz uterina debe hacerse sistemáticamente y cómo se puede utilizar esta información para el cuidado de las pacientes (19)

## **Autorización con base en información y asesoramiento de la paciente**

Los lineamientos actuales del College recomiendan que la embarazada y su médico analicen en detalle, en fases tempranas del embarazo, la opción de la prueba de trabajo de parto y el parto vaginal, para el nacimiento del niño. En ausencia de contraindicaciones obstétricas, parece ser que en 1989 se empleará por sistema la prueba de trabajo de parto, a diferencia de lo que ocurría en 1979, cuando la regla era la cesárea de repetición (13). Se recalca que la plática debe ser temprana y completa, para que las explicaciones continúen durante el embarazo, de ser necesario, a fin de que la paciente se percate de los riesgos y beneficios. Debe tenerse cuidado de no subrayar de más los riesgos o los beneficios. Por lo general, las decisiones de la paciente dependen mucho de la manera en que el médico aborda los temas.

### **Vigilancia fetal anteparto**

Gibbs y Phelan (7) han observado la rara presentación de muerte fetal después de las 38 semanas de gestación en un pequeño número de embarazadas en espera del trabajo de parto espontáneo. Se desconoce si la embarazada que espera una prueba de trabajo de parto tiene mayor riesgo de muerte fetal tardía que aquélla a quien se hace cesárea electiva repetida o que la población normal. Phelan recomendó instituir vigilancia fetal anteparto sistemática a partir de las 38 semanas en embarazadas con cesárea previa. Parecen requerirse estudios más completos (7)

### **Diagnóstico ultrasonográfico de defectos**

En manos experimentadas, la valoración y vigilancia sonográficas son un medio confiable y práctico de estudio del segmento uterino inferior en pacientes aptas para parto vaginal postcesárea después de una prueba de trabajo de parto. Aunque Michael y Cols. indicaron en un informe reciente que el momento más propio para el estudio ultrasonográfico del útero en busca de defectos de incisión es de las 28 a las 36 semanas de gestación, aclaran que la experiencia es importante, puesto que no todos los segmentos delgados son anormales y aquéllos relativamente gruesos pueden ser defectuosos (19).

## **Recursos y personal adecuados**

Dado que la necesidad de una cesárea de urgencia parece no ser mayor para un parto vaginal bien valorado después de cesárea que en aquellas embarazadas que no tienen el antecedente quirúrgico, se requieren personal y recursos adecuados para el tratamiento moderno del trabajo de parto y el parto en ambos grupos. Los pequeños hospitales comunitarios bien equipados pueden servir muy bien. Específicamente se han recalcado cinco componentes de los cuidados, a saber: 1) disponibilidad de registro electrónico fetal continuo; 2) banco de sangre disponible las 24 horas; 3) recursos profesionales e institucionales que puedan apoyar en caso de urgencia obstétrica intraparto aguda; 4) posibilidad de responder a la necesidad de cesárea, sin que transcurran más de 30 minutos entre la decisión y la incisión; 5) disponibilidad de un médico que pueda valorar el trabajo de parto y hacer una cesárea. Se espera que todos los hospitales con servicio de obstetricia dispongan de estos componentes para el cuidado de todas las madres y niños (19)

## **Uso de oxitocina**

En todas las embarazadas debe controlarse la administración de oxitocina intravenosa de manera precisa, con vigilancia cuidadosa de madre y feto. Bajo vigilancia cuidadosa y administración controlada, el uso de oxitocina para la inducción del trabajo de parto o conducción del mismo en embarazadas con antecedente de cesárea segmentaria previa no conlleva mayor riesgo que en la población general (16).



## **Anestesia regional**

A pesar de la preocupación en cuanto al uso de anestesia regional durante una prueba de trabajo de parto, que podría enmascarar el dolor de la rotura uterina, confundir la interpretación de hipotensión y hemorragia, fomentar la posibilidad de una cesárea repelida o aumentar la movilidad materna y fetal, ninguno de estos temores se ha visto justificado después de amplias investigaciones, y su utilización en hospitales no universitarios (Page FC, comunicación personal). La vigilancia electrónica continua para la detección de sufrimiento fetal, parece ser un recurso importante que permite la intervención oportuna y extracción del feto en los raros casos en que hay rotura uterina. Así, las directrices actuales del American College no consideran contraindicada la anestesia epidural en el trabajo de parto (17)

## **Vigilancia intensiva materna y fetal transparto**

Varios investigadores han informado que los cambios de la frecuencia cardíaca fetal suelen preceder a toda morbilidad sustancial y rotura uterina en la paciente con antecedente de cesárea. La pérdida o alteración del tono uterino no es un signo confiable de rotura uterina. Tampoco es confiable la sintomatología materna. Sin embargo, la vigilancia estrecha y el registro de los signos vitales maternos, así como de su sintomatología, son imperativos. La súbita aparición de desaceleraciones muy variables de la frecuencia cardíaca fetal o una desaceleración aguda duradera en la prueba de trabajo de parto es motivo importante de preocupación y de un estudio más profundo de madre y feto (14)

## **P r o b l e m a**

En los últimos años la operación ha sido una intervención quirúrgica que ha aumentado considerablemente en nuestro medio y en otras partes del mundo. Este aumento impresionante es motivo de preocupación tanto para los médicos como para el público en general, ya que los cuestionamientos sobre esta práctica no solo ha sido de tipo científico sino también de tipo económico y jurídico.

La isla de Cozumel no escapa de este fenómeno considerando factores de tipo socioculturales de la isla, así como también el número de pacientes aun cautivos que permite que pacientes que fueron operados de cesárea hace cinco o diez años están incluidas actualmente en este estudio.

En el inicio de este curso de especialización se han actualizado los servicios y debido que no se cuenta con estudios previos relacionados con la resolución del embarazo de pacientes con cesárea previa representa la inquietud de conocer las estadísticas para tener una base de comparación con resultados reportados a nivel nacional e internacional.

La tendencia actual, es resolver los embarazos de pacientes con una cesárea previa, con una nueva cesárea, sin embargo, se sabe que esta cirugía es recomendable, dependiendo de la causa que originó la cesárea previa, como también se sabe de pacientes que aun con una cesárea previa, tuvieron la oportunidad de un parto por la vía vaginal, por lo tanto:

¿Es la cesárea previa una causa que justifique suficientemente, la terminación del embarazo por la vía abdominal?

## **J u s t i f i c a c i ó n**

En vista de no haberse realizado estudios previos en esta clínica del ISSSIE de Cozumel, Quintana Roo, se justifica llevar a cabo este estudio para generar una estadística relativa a la resolución de embarazo de pacientes con antecedentes de cesárea previa, identificándola como factor de riesgo en la morbimortalidad materna, este estudio y la estadística generada podrá servir de guía a los médicos familiares y generales para conocer las causas más frecuentes de cesáreas en esta clínica para llevar un buen control prenatal y canalizar en forma adecuada al segundo nivel de atención (Ginecobstetricia) para la resolución del problema y, asimismo, aplicar adecuadamente los métodos de planificación familiar para espaciar el periodo intergenésico en las pacientes con este riesgo, para disminuir las complicaciones inherentes a las pacientes con cesárea previa y poderles ofrecer la oportunidad de una resolución de su embarazo por la vía vaginal.

Sabiendo que las pacientes embarazadas con el antecedente de una cesárea previa, cuentan con la alternativa del parto vaginal, dependiendo de la causa que originó la cesárea previa, se justifica este estudio para conocer el porcentaje de pacientes con el antecedente mencionado, que terminaron su embarazo por vía abdominal y que pudieron terminar por parto vaginal.

## **OBJETIVOS :**

### **Generales:**

Demostrar que la cesárea previa no justifica plenamente una nueva cesárea, y demostrar que un parto vaginal después de cesarea es seguro, para abandonar la costumbre de la cesarea electiva de repetición.

### **Específicos:**

- 1.- Conocer cuantos casos de pacientes con el antecedente de una cesárea previa, terminaron en una nueva cesárea.
- 2.- Conocer otras causas que condicionaron terminar el embarazo de pacientes con una cesárea previa por la vía abdominal.
- 3.- Demostrar que se practicaron cesáreas en pacientes con el antecedente de una cesárea previa que pudieron terminar en parto vaginal.

# METODOLOGIA

## Tipo de estudio

Este estudio fue retrospectivo, ya que se baso en la revisión de los expedientes de pacientes ya tratadas previamente, y así mismo fue **descriptivo** ya que el fenómeno se realizó sin establecer comparaciones, así como también **transversal** ya que se examinaron las características de un grupo durante un tiempo limitado.

## Grupo de estudio

Todas las pacientes que asistieron a la clinica hospital "D" R-2 del ISSSTE de Cozumel, Quintana Roo, para terminar su embarazo por cualquier via, entre los meses de Enero a Diciembre del año de 1994 y que tuvieron el antecedente de cesárea previa.

### **Tamaño de la muestra**

Revisión de 24 casos de pacientes embarazadas con el antecedente de una cesárea previa, en la clínica del ISSSTE de Cozumel, Quintana Roo, entre el mes de Enero al de Diciembre del año de 1994.

### **Criterios de inclusión**

- 1.- Toda paciente embarazada derechohabiente del ISSSTE que asistió al departamento de Tococirugía para terminar su embarazo en esta clínica, por cualquier vía, vaginal o abdominal, y que tuviera como antecedente el de una cesárea previa durante el período de Enero a diciembre del año de 1994.

### **Criterios de exclusión**

- 1.- Pacientes que solo han tenido partos normales.
- 2.- Que no sean derechohabientes del ISSSTE de Cozumel, Quintana Roo.
- 3.- Pacientes primigestas.

### **Criterios de eliminación.**

- 1.- Toda mujer que presentó dos o más cesáreas previas al último embarazo.

## **Descripción del estudio**

Se revisó la libreta de estadísticas de control hospitalario, de la clínica del ISSSTE de Cozumel, Quintana Roo, y se tomaron los nombres de las pacientes y el número de su expediente de todas las embarazadas que acudieron a esta clínica a terminar su embarazo por vía vaginal o abdominal, durante el año 1995, posteriormente se acudió al archivo, se revisaron los expedientes y se recabaron los datos requeridos, anotándolos en la hoja de tabulación de datos antes mencionada.



## **RESULTADOS**

En el cuadro No. 1, encontramos que el total de embarazadas que terminaron su embarazo en la clínica del ISSSTE de Cozumel, durante el año de 1994 fueron 110, de las cuales se seleccionaron 24 (21.8%) para revisión con el único requisito de que tuvieran como antecedente una cesárea previa, y excluyendo los casos que tuvieran dos o más cesáreas y que tuviesen solamente partos vaginales.

En el cuadro no. 2 (gráfica 2) Encontramos que de las 24 pacientes con antecedente de cesárea previa que se seleccionaron para revisión, 11 tuvieron parto vaginal y 13 tuvieron cesárea, y representan el 45.83% y el 54.17% respectivamente.

En el cuadro no. 3 (gráfica 3); Vemos que entre las principales causas que condicionaron la práctica de una nueva cesárea en las pacientes estudiadas de la clínica del ISSSTE de Cozumel, durante el año de 1994. Fueron el periodo intergenésico corto, la presentación anómala y la cesárea electiva para OIB con 23% respectivamente. Notando que el periodo intergenésico corto con una cesárea anterior es indicación de cesárea a menos que el parto sea inevitable indicándonos que las pacientes de esta clínica no llevan un control adecuado de planificación familiar Postparto.

En el cuadro no. 4 se observa que la edad materna más frecuente en pacientes con antecedentes de cesárea previa, en la clínica del ISSSTE de Cozumel, Quintana Roo. Fue el comprendido entre los 25 y los 29 años con un 45.8% de los casos estudiados y la edad menos frecuente es arriba de los 40 años (4.1%).

En el cuadro no. 5 (gráfica 5); Del total de las pacientes con cesárea previa que se les dio trabajo de parto, el 79% terminaron por vía vaginal o sea 11 de 14

pacientes, hay que considerar que a ninguna paciente se le aplicó Bloqueo Peridural ni Forceps en la segunda fase, en el expediente clínico no se encuentran consignadas la revisión de la Histerografía anterior, pero por la evolución de las pacientes, ninguna requirió cirugía ni transfusión y la estancia hospitalaria fue la misma que para el resto de las pacientes.

En el cuadro no. 6 (gráfica 6); Encontramos que el número de gestación de las pacientes estudiadas con el antecedente de una cesárea anterior fue mayor en las secundigestas con un 50%.

En el cuadro no. 7 (gráfica 7); Vemos que el mayor porcentaje del peso de los productos obtenidos de pacientes con el antecedente de una cesárea previa, es mayor entre los 2,500 y los 3,000 gramos con 10 casos y 42% respectivamente; y que el porcentaje menor corresponde a los de menos, de 2,500 g. y a los mayores que 4,000 g.

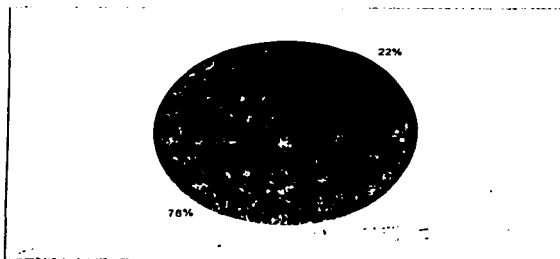
De las 24 pacientes estudiadas, 21 casos, o sea, 87.5% fueron embarazos de término y los 3 restantes, o sea, el 12.5% fueron de pretérmino.

**Cuadro No. 1**

**Pacientes embarazadas en el año de 1994.**

	No. de Casos	%
Embarazadas con una cesárea previa.	24	21.80
Embarazadas con dos o más cesáreas, o con antecedentes de partos vaginal.	86	78.20
Total de pacientes embarazadas.	110	100

FUENTE: Libreta de Estadística de ingreso hospitalario  
de la Clínica del ISSSTE de Cozumel.

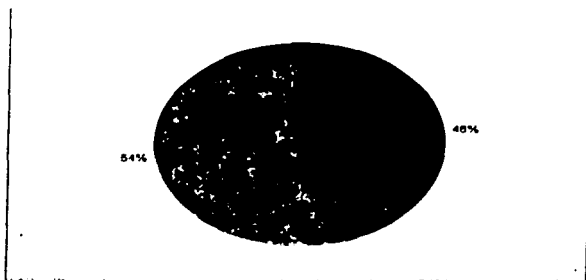


**Cuadro No. 2**

**Via de la Resolución del Embarazo en pacientes  
con cesárea previa.**

	No. de Casos	%
Partos Vaginal	11	45.83
Cesáreas	13	54.17
Total	24	100

FUENTE: Libreta de Estadística de ingreso hospitalario  
de la Clínica del ISSSTE de Cozumel.



**Cuadro No. 3**

**Principales causas que condicionaron la práctica de la cesárea en pacientes con cesárea previa.**

	No. de Casos	%
Macrosomía ( A )	1	7.6
Periodo Intergenésico corto. ( B )	3	23
Presentación Anómala. ( C )	3	23
Eclampsia ( D )	1	7.6
Distosia con DCP ( E )	1	7.6
Ruptura Prematura de Membrana ( F )	1	7.6
Cesárea Electiva con OTB ( G )	3	23
Total	13	100

FUENTE: Libreta de Estadística de Ingreso hospitalario de la Clínica del ISSSTE de Cozumel.

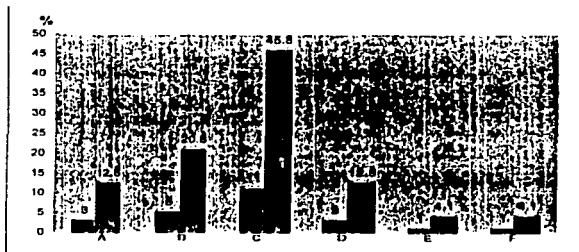


Cuadro No. 4

**Edad Materna en pacientes con una cesárea anterior.**

	No. de Casos	%
15 - 19 (A)	3	12.5
20 - 24 (B)	5	20.8
25 - 29 (C)	11	45.8
30 - 34 (D)	3	12.5
35 - 39 (E)	1	4.1
40 - 44 (F)	1	4.1

FUENTE: Libreta de Estadística de Ingreso hospitalario de la Clínica del ISSSTE de Cozumel.

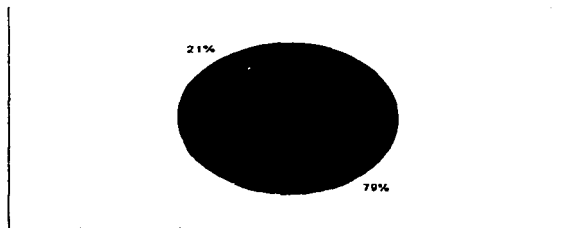


**Cuadro No. 5**

**Total de pacientes con cesárea previa  
que se les dió trabajo de parto.**

	No. de Casos	%
Embarazadas que se les dió trabajo de parto que terminaron en parto vaginal.	11	79
Embarazadas que se les dió trabajo de parto y terminaron en cesárea.	3	21
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100</b>

FUENTE: Libreta de Estadística de ingreso hospitalario de la Clínica del ISSSTE de Cozumel.



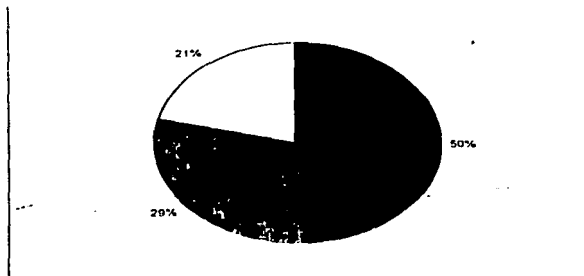


**Cuadro No. 6**

**Numero de gestaciones de pacientes con cesárea previa**

	<b>No. de Casos</b>	<b>%</b>
Secundigestas	12	50.00
Tercigestas	7	29.00
Multigestas	5	21.00
Total	24	100.00

**FUENTE:** Libreta de Estadística de ingreso hospitalario de la Clínica del ISSSTE de Cozumel.

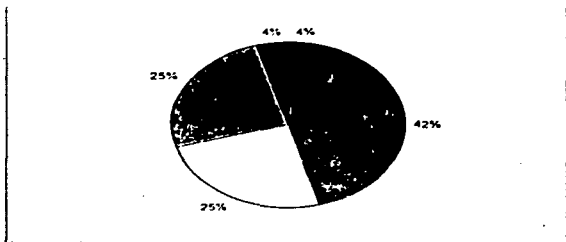


**Cuadro No. 7**

**Peso de los productos obtenidos de pacientes con cesárea previa.**

	No. de Casos	%
menos de 2,500 g.	1	4.3
2,501 - 3,000 g.	10	41.2
3,001 - 3,500 g.	6	25
3,501 - 4,000 g.	6	25
mayor de 4,001 g.	1	4.3
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100</b>

FUENTE: Libreta de Estadística de Ingreso hospitalario de la Clínica del ISSSTE de Cozumel.

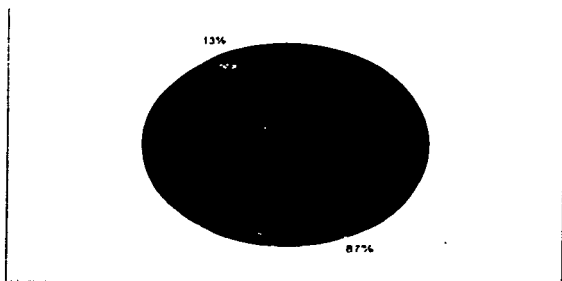


**Cuadro No. 8**

**Edad del Embarazo de las pacientes estudiadas  
con una cesárea previa.**

	No. de Casos	%
De término	21	87.5
De pretérmino	3	12.5
Total	24	100

**FUENTE:** Libreta de Estadística de Ingreso Hospitalario  
de la Clínica del ISSSTE de Cozumel.



**FALTA PAGINA**

No. 45

## **ANALISIS DE RESULTADOS**

Con respecto al cuadro 1.- En un estudio multicentrico de 5 años realizado por Flamin y colaboradores (2) en 1990, menciona que en varios hospitales de EE.UU. el porcentaje de pacientes con antecedentes de cesárea previa fue del 19-20% lo cual concuerda con el estudio hecho en esta clínica (2).

Con respecto al cuadro 2.- En el mismo estudio multicentrico de 5 años hecho por Flamin y colaboradores (2) se menciona que actualmente los médicos de EE.UU. en un esfuerzo de reducir la frecuencia de cesáreas han vuelto su atención en el trabajo de parto en pacientes con cesárea previa mencionando que alrededor de 52% termina el parto vaginal sin contratiempos, porcentaje ligeramente por encima del obtenido en este estudio (2).

En lo que respecta al cuadro 3.- Phelan y colaboradores (1) en su artículo denominado parto vaginal después de cesárea relacionan que entre las causas principales están la presentación anómala y el periodo intergenesico corto, (1) indicándonos que las pacientes no llevan un adecuado control de planificación familiar. Esto concuerda con este estudio que junto con la cesárea electiva mas OTB son las principales causas que condicionaron una nueva cesárea.

En lo que corresponde al cuadro 4.- Rosen y Cols. (3) en su artículo Parto Vaginal Después de Cesárea un Metaanálisis de Morbilidad y Mortalidad menciona que la edad materna mas frecuente en pacientes con el antecedente de cesárea' prévia corresponde al comprendido entre los 20 y los 30 años. Esto concuerda con el resultado de este estudio que nos reporta la edad materna entre los 25 - 29 y en segundo lugar las comprendidas entre los 20 - 24 años, debido a que es el período mas fértil de la mujer.

En cuanto al cuadro 5.- En relación a esto el Comité de Opinión del American Colleges of Obstetrics (9) mencionan que del total de pacientes escogidas para prueba de parto el 90% terminaron su embarazo por vía vaginal sin problemas, por lo que consideraron a todas las mujeres con cesárea previa aptas para el parto vaginal.

En respecto al cuadro 6.- Flamin y Cols. (5) en su estudio multicentrico sobre parto vaginal después de cesárea menciona que la gran mayoría de las pacientes estudiadas con antecedente de cesárea previa eran secundigestas; esto concuerda con este estudio que reporta un 50% de pacientes secundigestas.

Con relación al cuadro 7.- Meelian FP y Cols. (7) reporta que el peso de los productos de pacientes con cesárea previa en su gran mayoría oscilo entre los 2500 a 3000 gramos obteniendo un 52% en casi todos los estudios. En el estudio realizado en esta clínica se obtuvo un 42% oscilando entre los 2500 y 3000 gramos que casi corresponde a los estudios hechos en otros hospitales (7).

En lo que respecta a la edad gestacional, Flamm BL y Cols. (2) en su estudio multicentrico menciona que el 90% de las pacientes con cesárea previa tuvieron embarazos de término lo cual concuerda con este estudio que reporta el 87.5% de casos de término.

## CONCLUSIONES

- 1.- Todas las mujeres con cesárea previa deben considerarse aptas para parto vaginal. Después hay que ponderar ciertos factores de riesgo para recomendar o no la cesárea repetida electiva. En la actualidad, una cicatriz en el segmento activo del útero se considera contraindicación absoluta del trabajo de parto.
- 2.- Deberá informarse a las mujeres de las posibilidades de éxito (casi siempre excelentes), la evolución del trabajo de parto, medidas a tomar y el raro riesgo de rotura uterina.
- 3.- Las mujeres del grupo de muy bajo riesgo (una incisión transversa baja) deberán tratarse como cualquier otra paciente en trabajo de parto, incluyendo vigilancia fetal.
- 4.- actualmente más médicos necesitan convergerse de la inocuidad y eficacia en cuanto a COSTO de un programa de prueba de trabajo de parto vaginal en pacientes con cesarea previa para disminuir la frecuencia de esta operación.

***" El antecedente de cesarea previa no justifica plenamente nueva cesarea en el embarazo actual "***

ESTR. TEGS. NO. 2820 ON. SUCS. 11/87  
FEBRERO 17 30 PM '87



Y conforme se vuelva norma en en la práctica Obstétrica el dar trabajo de parto a pacientes con antecedentes de cesárea previa sin contra indicaciones, presenciaremos el abandono definitivo de la **CESAREA REPETITIVA SISTEMÁTICA.**

En el cuadro 5 de este trabajo estamos comprobando que la prueba de trabajo de parto fue indicado adecuadamente en estos 14 pacientes, y así mismo estamos comprobando que la gran mayoría de las pacientes con cesárea previa son aptas para el parto vaginal; logrando con esto demostrar que después de una cesárea no siempre habrá nueva cesárea, lo cual fue el objetivo de este estudio.

Asimismo en este trabajo se demuestran que las causas principales de las cesáreas, se mencionan la Desproporción Cefalopélvica y el periodo intergenesico corto, lo cual puede servir de guía a los médicos familiares y generales de esta clínica para que en lo sucesivo lleven un buen control prenatal y canalizar adecuadamente al especialista los casos con alto riesgo y así mismo llevar un buen control de Planificación Familiar para alargar el periodo intergenesico de las pacientes y así tratar de evitar una nueva cesárea.

Si nos ponemos a analizar desde un punto de vista practico este estudio y comparándolo con estudios previos, vamos a encontrar una tendencia hacia la resolución de los embarazos de pacientes con cesárea previa con la oportunidad de partos vaginales salvo casos especiales, que condicionaron la cesárea anterior, esperamos que estos porcentajes vayan aumentando. Por lo tanto el Obstetra siempre tendrá la obligación cuando no exista indicaciones contrarias de darle a su paciente la oportunidad y satisfacción de lograr un parto por vía vaginal.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Phelan JP., Clark SL., Diaz F. and Paul RH; Vaginal Birth after Cesarean. American Obstetric and Gynecology; 1987; 157:159.
- 2.- Flamm BL., Newman LA., Thomas SJ., Fallon D. and Yhosida MM; Vaginal Birth after Cesarean Delivery: Results of a 5 Years Multicenter Study. Obstet Gynecol 1990; 76:750.
- 3.- Rosen MG., Dickinson JC. and Westhoff CL.; Vaginal Birth after Cesarean: un Metaanálisis de Morbilidad y Mortalidad; Obstet Gynecol, 1991; 77:465.
- 4.- Nielsen TF., Jungbland U., Hagberg H.; Ruptura y Deficiencia de Cesarea, durante el Embarazo y Parto AM. J. Obstet Gynecol 1989; 160:569.
- 5.- Lim OW, Jones C., Fallon D., Flamm BL., and Newman; Parto Vaginal despues de Operacion Cesarea: resultados de un estudio Multicentrico; AM. J. Obstet Gynecol 1988; 158:1079.
- 6.- Meehan FP., Burke G., Casey C.; Delivery Following Cesarean Seccion and Perinatal Mortality. AM. J. Perinatol 1989; 6:90.
- 7.- Phelan JP.; Delivery Following Cesarean Seccion and Perinatal Mortality (editorial); AM. J. Perinatol 1989; 6:95.

- 8.- Strong TII., Phelan JP., Ann MO. Vaginal Birth after Cesarean delivery in the twin Gestation; AM. J. Obstet Gynecol 1989; 16:129.
- 9.- Committee of Obstetrics; Maternal and fetal Medicin. Committee opinion guidelines for Vaginal delivery after a previous Cesarean Birth; American College of Obstetricians and Gynecologist Washintong, D.C. October 1988.
- 10.- Phelan JP, Diaz F, Brar HS, Rodriguez MI I; Twice a Cesarean always a Cesarean? Obstet and Gynecol 1989; 73:161.
- 11.- Beall M, Eglinton GS, Clark SL, Phelan JP; Vaginal Delivery after Cesarean seccion in women with unknown types Uterine Scar; J Repro Med 1984; 29:31.
- 12.- Flamm BL, Goings JR. Vaginal Birth after Cesarean section is suspected fetal Macrosomia a Contraindication? AM J Obstet Gginecol 1989; 74:694.
- 13.- American College of Obstetricians and Gynecologists: The patients right to Choose: Newsletter 1989; September 3.
- 14.- Rodriguez MI I, Masaki DI, Phelan JP Diaz FG. Uterine Rupture: are Intrauterine Pressure Catheters useful in the Diagnosis? AM. J Obstet Gynecol 1989; 161:666.
- 15.- Harlass FE, Duff P. The Duration of Labor in Primiparas Undergoing Vaginal Birth after Cesarean Delivey, Obstet Gynecol 1990; 75:45.

- 16.- Silver RK, Gibbs RS. Predictors of Vaginal Delivery in Patients with a previous Cesarean Section, who require Oxytocin. AM J Obstet Gynecol 1987; 56:57.
- 17.- Uppington J. Epidural Analgesia and previous Cesarean Section. Anesthesia 1983; 38:336.
- 18.- Rodríguez Silva E. Cesarea de Repeticion. Gineco-Obstetricia de México. Vol. 80 No. 302 Junio de 1982
- 19.- Clínicas de Ginecología y Obstetricia. Gabriela Pridjian Universidad de Michigan. Clínicas de Norteamérica, Editorial Interamericana; Trabajo de Parto con Cesarea Previa 1990; 12
- 20.- Harvey A. Gabert y Mohamed Bey . Historia y desarrollo de la cesarea - Ginecología y Obstetricia - Editorial Interamericana - 4a Edición 1988 - Pag. 591 a 603.
- 21.- Drs. James N. Martin Jr., John C. Morrison y Winfred L. Wiser. - Parto vaginal después de cesarea, Abolición de la cesarea repetida sistemática - Ginecología y Obstetricia - Editorial Interamericana 4a Edición - 1988 pag. 713 a 726.
- 22.- Farrell S. J., Anderson H. F. y Work B. A. - Cesarean Section Indications and Postoperative Morbidity - Obstet. and Gynecol. - 3:696 - 1980.
- 23.- Flamm BL. Vaginal Birth After Cesarean Section; Controversies Old and New Clinics - Obstet. and Gynecol - 28:735- 744.- 1985.

- 24.- Freeman RF; Resistance to Vaginal Birth After Cesarean - Why does it Persist? ACOG - Newsletter # 31 September 1987 Page 1.
- 25.- Hadley CB. , Mennuti MT. and Gabbe SG. - An Evaluation of the Relative Risks of a Trial of Labor Versus Elective Repeat Cesarean Section. - AM J. Perinatol. - 3: 107 - 114. - 1986.

## ANEXOS

### **CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Para la recolección de datos, se elaboró una hoja de tabulación de datos, con las siguientes variables:

- 1.- Edad de la paciente.
- 2.- Diagnóstico que motivo la cesárea previa.
- 3.- Antecedentes Ginecoobstétricos.
- 4.- Vía de atención del último embarazo por operación cesárea o por parto normal.
- 5.- Factores agregados que condicionaron una nueva cesárea.

**6.- Saber si les dio trabajo de parto.**

**7.- Peso del producto.**

**Se anexa una hoja de tabulación de datos.**





