

81

112-17-24



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
"DR. LUIS CASTELAZO AYALA"

**DEHISCENCIA DE HISTERORRAFIA EN PACIENTES
CON CESAREA PREVIA Y PERIODO
INTERGENESICO CORTO**

TESIS PROFESIONAL

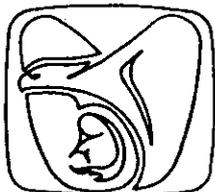
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE POSTGRADO EN

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

DR. DENIS RAFAEL LACAYO CABRERA

ASESOR: DR. GUILLERMO SAENZ ABURTO



IMSS

MEXICO, D. F.

259928

AGOSTO 1998

**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.

A DIOS:

Cuyo poder infinito hace posible la vida y la muerte.

A MIS PADRES:

Porque gracias a su amor, apoyo y consejos he llegado a realizar la mas grande de mis metas, la cual constituye la herencia mas valiosa que pudiera recibir.

A MIS HERMANAS:

Por su ayuda, comprensión y confianza para llegar a realizar este logro.

A MI ABUELA DENISE:

Por su amor, ayuda y comprensión que me brindò para finalizar mi especialidad.

A MI ABUELO RAFAEL:

Porque fue tu sueño de siempre, en tu memoria este logro, descanse en paz.

A NANCY.

Por esos últimos cinco años llenos de amor que me han motivado a seguir adelante.

INDICE.

1.- Introducción.....	2
2.- Material y métodos.....	5
3.- Resultados.....	7
4.- Discusión.....	14
5.- Conclusiones.....	17
6.- Bibliografía.....	20
7.- Gráficas.....	23

INTRODUCCION

Una de las controversias mas antiguas en el campo de la obstetricia es el debate sobre el tratamiento óptimo de la embarazada con cesárea previa. ¿Porqué se ha acalorado tanto esta controversia en los últimos años?. La razón principal es indudablemente el gran incremento en el índice de cesáreas, por lo cual ha aumentado de forma considerable el número de pacientes embarazadas con cesárea previa (1). Como consecuencia de esto, el alto porcentaje de nacimientos por cesárea se ha convertido en un problema internacional de salud publica (2), de tal modo que el porcentaje de nacimientos por vía cesárea oscila entre 28.7% a 34% en publicaciones anglosajonas y 45% en el Hospital de Gineco-Obstetricia "Luis Castelazo Ayala" (3, 4). Actualmente existe una tendencia importante a permitir la oportunidad de trabajo de parto en pacientes con cesárea previa. En 1980, la Consensus Development Conference del National Institute of Health (NIH) señalo que las cesáreas repetidas eran una de las dos razones principales del incremento en el índice de estas intervenciones (5). Después de repasar la literatura, recomendaron el parto vaginal después de la cesárea, como método para disminuir el índice de cesáreas. El temor principal es que durante el trabajo de parto, se produzca la dehiscencia o la ruptura uterina, por lo cual es importante el reconocimiento temprano de estas complicaciones (1, 6, 7). Sin embargo, con la generalización de la técnica de Kerr, el riesgo se ha reducido considerablemente de un 80% en cesáreas corporales a 1.25% en incisiones transversas del segmento uterino (8, 9) de aquí que el aforismo de Craigin en el año de 1916 "Una vez cesárea siempre cesárea" ya no sea válido, ya que corresponde a una época en la cual la mayoría de las cesáreas eran del tipo corporal clásicas, además que los antibióticos y las transfusiones eran desconocidas (10).

Numerosos estudios en la literatura médica, concuerdan que está justificado la resolución del embarazo por vía vaginal de un número elevado de pacientes con cesárea previa, y que esto no conlleva a un aumento en la morbimortalidad materna y perinatal (11, 12, 13). En 1980, Carlsson reportó 105 partos vaginales de 119 pacientes con cesárea previa, lo que significa un 88%, sin que se presentase mortalidad materna o fetal (10). En 1984, Flamm reportó 191 partos por vía vaginal de 230 pacientes con cesára previa a las que se les dio prueba de trabajo de parto, lo que representa un 79% de nacimientos por vía vaginal, sin presentar en este estudio mortalidad materna ni perinatal (14). En 1984, Nielsen, Paul y Rudick reportan porcentajes de nacimientos por vía vaginal en pacientes con cesárea previa del 94%, 82% y 89% respectivamente, sin que se presentase mortalidad materna ni perinatal (15, 16, 17). Reportes después de 1985 que incluyen a 2108 embarazadas a las que se les permitió prueba de trabajo de parto posterior a un cesárea, muestra que 1713 mujeres, o sea el 81%, presentaron parto vaginal (18, 19, 20).

La literatura mundial reporta una incidencia de ruptura uterina que va del 0.8 al 2.7% (7, 11, 21, 22, 23), y de dehiscencia de histerorrafia que va desde el 0 al 3.3% (6, 7, 13, 24).

Se define como dehiscencia de histerorrafia a la separación silenciosa o pérdida de solución de continuidad de la cicatriz uterina la cual no se diagnóstica o sospecha antes del procedimiento obstétrico. Llamada parcial, cuando no abarca toda la extensión de la cicatriz previa y total cuando si la ocupa, es decir incluye la serosa, peritoneo y comunica a la cavidad abdominal. Se le denomina completa, si abarca toda la longitud de la cicatriz anterior e incompleta, si abarca una sección de la cicatriz anterior (25).

Se define como ruptura uterina a la separación súbita alrededor de la cicatriz uterina íntegra, que se acompaña de hemorragia y que requiere de intervención inmediata. Se clasifica en completa si la separación comunica directamente con la cavidad abdominal e incompleta, si se encuentra separada de la cavidad abdominal por el peritoneo visceral (25).

Numerosos estudios han sugerido que la incidencia en la presentación de dehiscencia de histerorrafia es afectada por diversos factores tales como amniotomía (26, 27), número y tipo de incisiones previas (27, 28), peso del producto (29), administración de oxitocina (30, 31, 32), desproporción céfalo pélvica, uso de fórceps, gran multiparidad, bloqueo peridural, trabajo de parto prolongado (26, 27, 29), aunque por otra parte, existen estudios que estadísticamente no corroboran estos hallazgos (25).

Los hallazgos mas comúnmente encontrados que indican la presencia de dehiscencia de histerorrafia o ruptura uterina son sufrimiento fetal agudo y taquicardia materna, aunque su presentación puede ser de forma tardía y siniestra, de tal forma que es imperativo el monitoreo cuidadoso de la frecuencia cardiaca fetal y los signos vitales de la madre (32).

Se recomienda como método diagnóstico para la detección temprana de dehiscencia de histerorrafia, la revisión rutinaria de la cicatriz uterina por vía transcervical posterior al parto vaginal. Sin embargo, la necesidad de esta revisión es controversial en la literatura médica, ya que existen estudios que sugieren que la misma es usualmente innecesaria (33).

Durante la revisión de la literatura para la realización de este estudio no encontramos ningún reporte que analice la relación que existe entre la presentación de la dehiscencia de histerorrafia y el periodo intergenésico corto, por lo cual el motivo de este estudio es informar los resultados de permitir trabajo de parto en mujeres que previamente habían tenido una cesárea y que presentan periodo intergenésico corto.

MATERIAL Y METODOS

Se realizo un estudio prospectivo, transversal, descriptivo, comparativo, en el Hospital de Ginecología y Obstetricia "Luis Castelazo Ayala" del Instituto Mexicano del Seguro Social, en la unidad tocoquirúrgica, durante el período comprendido del 1ero. de enero de 1996 al 31 de diciembre de 1996, estudiando un total de 162 pacientes con embarazo de termino y antecedentes de cesárea previa en trabajo de parto, las cuales fueron divididas en dos grupos:

- Grupo I de 75 pacientes con intervalo genésico menor o igual a 24 meses.
- Grupo II de 87 pacientes con intervalo genésico mayor a 24 meses.

Se define periodo intergenésico corto al periodo de tiempo entre el nacimiento del producto anterior y el nacimiento próximo, menor de 24 meses.

Las pacientes deberían llenar los siguientes requisitos:

Pacientes con una sola cesárea previa de tipo Kerr sin complicaciones, feto único de presentación cefálica, edad gestacional entre 37 y 41 semanas de gestación en trabajo de parto espontáneo con o sin inducción con oxitocina.

Se excluyeron los casos con indicación obstétrica de repetir la cesárea, pacientes con mas de una cesárea, histerotomía que no fuese de tipo Kerr, productos múltiples o único con presentación que no fuese cefálica, edad gestacional de menor de 37 semanas o mayor de 42 semanas, pacientes que presentaran cicatriz uterina no debida a cesárea o pacientes con patología agregada.

Se analizaron las siguientes variables:

Edad materna, número de gestas, paras, abortos y cesáreas previas, indicación de cesárea previa, intervalo genésico en meses, edad gestacional en semanas, uso de oxitocina, uso de bloqueo peridural, realización de amniorraxis, características de liquido amniotico, tiempo de latencia entre amniorraxis y parto, tiempo de trabajo de parto, tiempo de expulsivo, irregularidad en la frecuencia cardiaca fetal, presencia de dolor en histerorrafia, presencia de sangrado asociado a dehiscencia, forma de nacimiento, indicación de fórceps, indicación de cesárea, estado de histerorrafia, peso, sexo y apgar del recién nacido, días estancia y complicaciones del recién nacido, evolución, días estancia y complicaciones maternas.

El análisis de las variables, se realizó mediante las siguientes pruebas estadísticas:

T de Student y Chi cuadrada con prueba de Yates corregida.

RESULTADOS.

En el periodo comprendido del 1ero. de enero de 1996 al 31 de diciembre de 1996, se recopilaron prospectivamente 162 casos de embarazadas de termino con trabajo de parto e historia de una cesárea previa, los cuales fueron divididos en dos grupos:

El grupo I de 75 pacientes con un intervalo genésico igual o menor a 24 meses y el grupo II de 87 pacientes con intervalo genésico de mas de 24 meses.

Una vez formados los grupos, se analizaron en forma comparativa los promedios de las variables cuyos resultados enseguida consideramos:

La edad promedio en el grupo I fue de 25.4 ± 4.78 años y de 28.6 ± 5.13 años en el grupo II, lo que estableció una diferencia de 3.20 años, teniendo significancia estadística utilizando la T de Student, con una valor de $P < 0.0001$ (gráfica No.1).

En relación al número de gestas, encontramos un promedio de 2.37 ± 0.69 gestas en el grupo I y de 2.59 ± 1.20 gestas en el grupo II, con una diferencia de 0.22 gestas entre ambos grupos, sin encontrarse diferencia estadística significativa.

En cuanto a la paridad, se encontró que las pacientes del grupo I presentaron un promedio de 1.17 ± 0.39 partos en comparación con 1.53 ± 1.56 partos para el grupo II, con una diferencia de 0.34 partos entre ambos grupos, sin valor estadísticamente significativo.

En cuanto al antecedente de aborto, se encontró en 7 pacientes del grupo I, con un promedio de 1.4 abortos y en 20 pacientes del grupo II, con un promedio de 1.45 abortos, lo que estableció una diferencia de 0.31, lo cual desde el punto de vista estadístico no tuvo significancia.

El promedio de cesáreas fue de 1 en ambos grupos, ya que así lo marcaban los criterios de inclusión para el estudio.

Cuando se analizó la indicación para la cesárea anterior, durante la cual no existieron complicaciones trans y postoperatorias, encontramos como causa al sufrimiento fetal agudo en 15 pacientes (20%) del grupo I y en 12 pacientes (13.7%) del grupo II, con una diferencia de 3 casos más en el grupo I. La desproporción cefálo pélvica fue motivo de cesárea en 13 pacientes (17.3%) del grupo I y en 23 pacientes (26.4%) del grupo II, lo que estableció una diferencia de 10 casos más en el grupo II. La falta de progresión de trabajo de parto se encontró como indicación en 15 pacientes (20%) del grupo I y en 12 pacientes (13.7%) del grupo II, con una diferencia de 3 casos más en el grupo I. La presentación pélvica se encontró en 13 pacientes (17.3%) del grupo I y en 17 pacientes (19.5%) del grupo II, con una diferencia de 4 casos más en el grupo II. La presencia de preclamsia fue indicación en 10 pacientes (13.3%) del grupo I y en 10 pacientes (11.4%) del grupo II. Otras indicaciones (oligohidramnios, embarazo prolongado, desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, placenta previa, ruptura prematura de membranas), incluyeron 8 pacientes (10.6%) del grupo I y a 13 pacientes (14.9%) del grupo II, con una diferencia de 5 pacientes más en el grupo II. Cuando se sometieron a análisis estadístico estas variables, no se encontró diferencia estadística significativa (gráfica No. 2).

En cuanto al intervalo intergenésico, se encontró un promedio de 19.9 ± 4.04 meses en las pacientes del grupo I, siendo la menor de 11 meses y la mayor de 24 meses y de 62.3 ± 23.7 meses en las pacientes del grupo II, siendo el menor de 25 meses y el mayor de 142 meses, lo que estableció una diferencia de 42.4 meses entre ambos grupos, lo cual resultó estadísticamente significativo con un valor de $P < 0.0001$ al aplicar T de Students (gráfica No. 3).

El promedio de edad gestacional para las pacientes del grupo I fue de 38.6 ± 1.22 semanas para las pacientes del grupo I y de 39.02 ± 0.98 semanas para las paciente del grupo II, lo que estableció una diferencia de 0.42 semanas entre ambos grupos, lo cual no tuvo significancia estadística (gráfica No. 4).

El empleo de oxitocina fue otra variable analizada, encontrándose que fue aplicada a 43 pacientes del grupo I (57.3%) y en 63 pacientes del grupo II (72.4%), siendo significativamente mayor en las pacientes del grupo II, con un valor de $P > 0.04$ con la prueba de Yates corregida (gráfica No. 5).

La dosis promedio máxima de oxitocina empleada fue de 3.11 ± 1.24 mU en las pacientes del grupo I, y de 3.25 ± 1.36 mU en las pacientes del grupo II, con una diferencia de 0.25 mU entre ambos grupos, lo cual no es significativo desde el punto de vista estadístico (gráfica No. 6).

Se realizó bloqueo peridural con xylocaina al 2% como técnica de analgesia obstétrica a 64 pacientes (85.33%) del grupo I, y a 77 pacientes (89%) del grupo II, sin encontrarse significancia estadística entre ambos grupos (gráfica No. 7).

Se realizó amniorrexia en 69 casos (92%) del grupo I, y a 85 pacientes (97.7%) del grupo II, sin encontrarse diferencia desde el punto de vista estadístico.

Se encontró líquido meconial en 7 pacientes (9.3%) del grupo I, y en 11 pacientes - (12.6%) del grupo II, no encontrándose diferencia estadística significativa.

El tiempo de latencia entre la amniorrexia y el parto fue en promedio de 3.14 ± 2.22 horas en el grupo I, y de 3.30 ± 1.49 horas en las pacientes del grupo II, con una diferencia de 0.16 horas entre ambos grupos, sin valor estadístico significativo (gráfica No. 8).

El tiempo de duración de trabajo de parto fue de 9.05 ± 2.95 horas en las pacientes del grupo I, y de 9.74 ± 3.33 horas en las pacientes del grupo II, con una diferencia de 0.69 horas (42 minutos), lo cual no representa significancia estadística (gráfica No. 9).

En cuanto al período expulsivo, se encontró que este fue en promedio de 32.18 ± 18.04 minutos en el grupo I, y de 42.93 ± 24.64 minutos en el grupo II, lo que demuestra una diferencia de 10.75 minutos mas en el grupo II, lo cual al aplicar la T de Student demuestra significancia estadística con un valor de $P < 0.002$ (gráfica No. 10).

Se encontró irregularidad en la frecuencia cardiaca fetal en solo 2 casos (2.6%) del grupo I, y en 3 casos (3.4%) del grupo II, lo cual no muestra significancia estadística.

Se presentó dolor transparto en el sitio de la histerorrafia en 4 pacientes (5.3%) del grupo I, y en 4 pacientes (4.5%) del grupo II, no existiendo diferencia estadística (gráfica No. 11).

La presencia de sangrado transvaginal que hizo sospechar dehiscencia se registró en 1 paciente (1.3%) del grupo I, y en 2 pacientes (2.2%) del grupo II, no teniendo significancia estadística y no correlacionándose con la presencia de dehiscencia (gráfica No. 12).

En cuanto a la forma de nacimiento, tuvieron parto vaginal eutócico 39 pacientes - (52%) del grupo I, y 55 pacientes (63.2%) del grupo II. Se aplicó fórceps a 19 pacientes (25.3%) del grupo I, y a 11 pacientes (12.64%) del grupo II. Se realizó cesárea a 17 pacientes (22.6%) del grupo I, y a 21 pacientes (24.13%) del grupo II. Al realizar el análisis estadístico de estas variables no se encontró diferencia estadística significativa (gráfica No. 13).

La indicación de fórceps fue profiláctico en todos los casos.

La indicación de cesárea fue falta de progresión de trabajo de parto en 10 pacientes (58.8%) del grupo I en comparación de 15 pacientes (71.4%) del grupo II; Sufrimiento fetal agudo en 3 pacientes (17.6%) del grupo I y en 4 pacientes (19%) del grupo II; probable dehiscencia de histerorrafia fue indicación en 2 pacientes (11.76%) del grupo I y en 3 pacientes (14.28%) del grupo II. En ninguna de estas pacientes se encontró dehiscencia durante el evento quirúrgico. Al realizar el análisis estadístico de estas variables, no se encontró significancia estadística.

La histerorrafia se encontró íntegra en 74 pacientes (98.6%) del grupo I, y en 85 pacientes (97.7%) del grupo II, Habiéndose encontrado dehiscencia en 1 paciente del grupo I, y en 1 paciente del grupo II, no encontrando diferencia estadística entre ambos grupos (gráfica No. 14).

La incidencia global de dehiscencia incluyendo ambos grupos fue del 1.23%. El riesgo relativo de presentar dehiscencia en las pacientes del grupo I fue de 1.3%, y en las pacientes del grupo II fue de 1.14%, no encontrándose diferencia significativa entre ambos grupos.

Se encontró ruptura uterina en 1 paciente del grupo II, no encontrándose relación de esta con la presencia de la histerorrafia previa, ya que la ruptura se presentó a nivel de fondo uterino, encontrándose la histerorrafia íntegra durante la histerectomía a que fue sometida esta paciente. El único antecedente de importancia en esta paciente, es que el parto fue atendido mediante la aplicación de fórceps profiláctico.

En cuanto al sexo de los productos, se encontró una frecuencia de 34 productos del sexo femenino en el grupo I, contra 38 productos del sexo femenino en el grupo II, y de 41 productos del sexo masculino en el grupo I, contra 49 productos del sexo masculino en el grupo II. No se encontró diferencia estadística significativa en cuanto al sexo de los productos en ambos grupos.

En lo referente al peso de los productos, el peso promedio para el grupo I fue de 3067 ± 352 gramos, en comparación con 3199 ± 440 gramos en el grupo II, con una diferencia de 132 gramos entre ambos grupos, lo cual tuvo significancia estadística con un valor de $P < 0.039$ al aplicar T de Student (gráfica No. 15).

Los días de estancia hospitalaria promedio para los productos de las pacientes del grupo I, fue de 1.5 ± 0.79 días, y para los productos de las pacientes del grupo II, de 1.7 ± 1.28 días, con una diferencia de 0.20 días entre ambos grupos, lo cual no muestra significancia estadística significativa.

Se encontró complicaciones en 3 productos (4%) del grupo I, las cuales se clasificaron como hipoxia neonatal moderada, y en los 3 productos se encontró circular apretada a cuello.

Se encontró complicaciones en 6 productos (6.8%) del grupo II, las cuales se clasificaron como hipoxia neonatal leve en 2 productos e hipoxia neonatal moderada en 4 productos. Se encontró circular apretada a cuello en 3 productos con hipoxia moderada. Al analizar estas variables no se encontró significancia estadística significativa.

Con respecto al APGAR de los productos, se encontró una puntuación promedio al minuto y a los cinco minutos de 7.58 ± 0.65 y 0.59 respectivamente en los productos del grupo I, en comparación con valores de 7.59 y 8.69 ± 0.86 y 0.57 al minuto y a los cinco minutos en los productos del grupo II, no encontrándose significancia estadística significativa entre ambos grupos (gráfica No. 16).

El análisis de la evolución materna demostró que este fue satisfactorio en 69 pacientes (92%) del grupo I, y en 82 pacientes (94.2%) del grupo II, encontrándose que hubo complicaciones en 6 pacientes (8%) del grupo I, y en 5 pacientes (5.74%) del grupo II.

Las complicaciones maternas del grupo I correspondieron a sangrado mayor a 500cc en 5 pacientes y 1 paciente que presentó atonía uterina postparto, la cual respondió de manera adecuada a las maniobras tradicionales y aplicación de oxitócicos.

Las complicaciones maternas del grupo II correspondieron a 3 pacientes que presentaron hipotonía uterina transitoria con pérdida sanguínea mayor de 500cc, 1 paciente a quien se le realizó laparatomía por dehiscencia de histerorrafia con cierre de la misma, y 1 paciente con ruptura uterina a quien se le realizó HTA sin SOB cuya evolución fue satisfactoria.

La paciente que presentó dehiscencia en el grupo I fue manejada de forma conservadora y expectante por presentar ausencia de dolor y sangrado masivo, egresándose de forma satisfactoria al 2do. día de estancia hospitalaria. Actualmente esta paciente se encuentra en perfectas condiciones de salud.

Los días de estancia hospitalaria materna en promedio en las pacientes del grupo I fue de 1.62 ± 0.85 días y de 1.68 ± 1.12 días en las pacientes del grupo II, no encontrándose significancia estadística significativa.

Solamente se observó durante el puerperio y después de una cuidadosa revisión manual y visual en el parto atendido por vía vaginal o abdominal una

dehiscencia para cada grupo, siendo sus características individuales las siguientes:

Grupo I: Mujer de 24 años GII CI tipo Kerr realizada en el hospital de ginecoobstetricia " Luis Castelazo Ayala ", con intergésico de 23 meses por falta de progresión de trabajo de parto sin complicaciones, en cuyo actual embarazo se atiende a las 39 semanas por trabajo de parto espontaneo, agregándose oxitocina para conducción del mismo en promedio de 2 mU durante 8 horas que duró el trabajo de parto hasta el nacimiento. Se le realizo bloqueo peridural como analgesia obstétrica, sin haberse asociado dolor en sitio de histerorrafia o sangrado transvaginal sospechoso de dehiscencia; así mismo, no se detectó variaciones en la frecuencia cardiaca del feto y el aspecto del liquido amniótico fue claro durante las dos horas antes del nacimiento y después de la amniorrexis, obteniendo por eutocia producto masculino de 3750 gramos, calificado con APGAR de 8-9 por pediatría, sin complicaciones; pero que durante la exploración endouterina post alumbramiento para la revisión de la integridad del segmento, se detectó una dehiscencia parcial incompleta de 4cm, que al no asociarse a sangrado mayor al esperado y sin otra sintomatología asociada, se decide agregar oxitócicos y observar su evolución espontánea, egresándose del hospital sin complicaciones de anemia o infección al 2do día, permaneciendo asintomática hasta el momento actual.

Grupo II: Mujer de 21 años de edad GIV AII CI tipo Kerr practicada en el hospital de ginecoobstetricia " Luis Castelazo Ayala " sin complicaciones, con intergésico de 60 meses por falta de progresión de trabajo de parto, atendiéndose en esta gestación a las 37.3 semanas por trabajo de parto espontaneo, ameritando conducción con oxitocina con dosis promedio de 2 mU durante tres horas de 6 horas que duró el trabajo de parto, bajo bloqueo peridural sin complicaciones y sin asociarse dolor en sitio de histerorrafia previa, hemorragia, irregularidad en la frecuencia cardiaca fetal o aspecto de liquido amniótico que permaneció siempre claro, obteniéndose por eutocia producto masculino de 2550 gramos, calificado con APGAR de 7-8 sin complicaciones por pediatría, detectándose durante la revisión de la cavidad uterina después del alumbramiento completo, dehiscencia completa de 5 cm que se repara mediante la realización de laparotomía en dos planos con surgete y vycril 00, sin presentar sangrado excesivo, que evoluciona sin infección u otra complicación, para ser egresada al tercer día de estancia hospitalaria. Tanto la madre como el producto se encuentran en buenas condiciones.

DISCUSION.

Actualmente, existe a nivel mundial una tendencia importante para permitir que pacientes con cesárea previa, presenten trabajo de parto y nacimiento por vía vaginal, como método para disminuir el índice de cesáreas (5). El temor principal es que durante el trabajo de parto, se produzca la dehiscencia de la cicatriz uterina (1, 6, 7), sin embargo, con la generalización de la técnica Kerr, este riesgo se ha reducido considerablemente (8,9).

En la literatura médica, no existe ningún estudio que analice la relación que existe entre la presentación de dehiscencia de histerorrafia con el período intergenésico corto, motivo por el cual se realizó este estudio.

Los resultados de este estudio, muestran que pacientes con cesárea previa realizada con técnica tipo Kerr y período intergenésico corto, pueden tener la oportunidad de trabajo de parto, con un alto grado de contabilidad, siempre que existan y se respeten requisitos bien establecidos, como se hizo en este estudio.

En nuestro estudio, encontramos una incidencia de dehiscencia de histerorrafia de 1.23 % englobando ambos grupos estudiados, la cual se encuentra dentro de la incidencia reportada en la literatura mundial, la cual reporta porcentajes desde 0 a un 3.3% (4, 5, 8, 12).

Durante la realización del estudio, 1 paciente presentó ruptura uterina no asociada a la presencia de cicatriz uterina previa, lo cual da una incidencia de presentación de 0.6%, lo cual es un poco menor , que la incidencia reportada en la literatura mundial, que va desde 0.8 al 2.7% (5,6,9,10,11).

Nosotros no encontramos relación con la presentación de dehiscencia de la histerorrafia previa en cuanto al uso de oxitocina, la realización de bloqueo peridural, amniorrexis, tiempo de trabajo de parto, tiempo de expulsivo, uso de fórceps, peso del producto, como lo han reportado diversos autores en la literatura médica (15, 16, 18, 19, 20, 21).

Así mismo, en nuestro estudio no encontramos relación en cuanto a la presentación de dehiscencia y en cuanto al pronóstico de la misma, con la presencia de sangrado, dolor en el segmento o presencia de irregularidad en la frecuencia cardíaca fetal, como ha sido reportado en la literatura por varios autores (19, 20, 21).

En cuanto al periodo intergenésico, en este estudio no se encontró relación del mismo con respecto a la presentación de dehiscencia de histerorrafia, ya que el riesgo relativo de presentar dehiscencia fue similar en ambos grupos (1.33 % para el grupo I y 1.14 % para el grupo II).

Por lo anteriormente mencionado, es plausible, que las pacientes con dehiscencia de histerorrafia de este universo de estudio, son mayores de 20 años y menores de 25 años, nuliparas, atendidas de cesárea anterior tipo Kerr por embarazo de termino complicado con falta de progresión del trabajo de parto, que en su presente gestación de termino presentaron trabajo de parto espontáneo, conducido con dosis bajas de oxitocina durante un tiempo total menor de 8 horas, sin detectarse dolor en sitio de histerorrafia previa, sangrado transvaginal asociado a dehiscencia, variaciones en la frecuencia cardíaca fetal.

A las dos pacientes que presentaron dehiscencia, se les aplicó una sola dosis de analgesia obstétrica, que se reforzó solo para exploración endouterina después del alumbramiento espontáneo no complicado de la placenta.

Los productos coincidieron con el sexo masculino, y el peso de los mismos fue tan variable entre un peso elevado de 3750 gramos a un peso bajo para edad gestacional de 2550 gramos.

Se demuestra que el bloqueo peridural, uso de oxitocina, amniorrexis, eutocia, intervalo genésico, uso de fórceps, no incrementan el riesgo de presentar dehiscencia de histerorrafia previa, y que el sangrado transvaginal, dolor del segmento uterino y la presencia de variaciones en la frecuencia cardíaca fetal, no pronostican el momento de presentación de esta complicación.

Debido a lo antes comentado, probablemente influyan en la presentación de dehiscencia de histerorrafia, factores individuales como calidad de

cicatrización, nutrición, etc, o el tiempo, frecuencia o intensidad de las contracciones uterinas durante el trabajo de parto.

CONCLUSIONES.

1.- La realización de una prueba de trabajo de parto después de una operación cesárea previa, constituye la forma mejor y mas inocua de tratamiento obstétrico.

2.- Se recomienda una prueba de inducción obligatoria en pacientes con solo una cesárea tipo Kerr previa.

3.- Las mujeres que han tenido una cesárea previa, deben recibir una oportunidad de realizar un parto vaginal en su siguiente embarazo a termino, si no existe alguna contraindicación obstétrica.

4.- Una cesárea previa en sí, raramente es indicación para una cesárea de repetición.

5.- El intervalo genésico menor o igual de 24 meses, no incrementa el riesgo de que se presente dehiscencia de histerorrafia, en pacientes con cesárea previa.

6.- El bloque peridural, el uso de oxitocina, la realización de amniorrexis, el uso de fórceps profiláctico, no incrementa el riesgo de presentación de dehiscencia de histerorrafia en pacientes con cesárea previa.

7.- La presencia de sangrado transvaginal, dolor en el sitio de la histerorrafia previa y alteraciones en la frecuencia cardiaca fetal, no son indicadores fidedignos de riesgo, ni de momento de presentación de dehiscencia de histerorrafia, en pacientes con cesárea previa, en este estudio.

8.- La incidencia de dehiscencia de histerorrafia en ambos grupos, correspondió al 1.23% (1.3% para el grupo I y 1.14% para el grupo II).

9.- Las pacientes con dehiscencia de histerorrafia en ambos grupos, coincidieron con el antecedente de cesárea previa tipo Kerr indicada por falta de progresión del trabajo de parto, lo que podría usarse como indicador de riesgo en el manejo de futuros casos.

10.- El peso de los productos, no tuvo relación en cuanto a la presentación de dehiscencia de histerorrafia en pacientes con cesárea previa.

11.- No se encontró diferencia en cuanto a la presentación de morbimortalidad tanto materna como perinatal, entre las pacientes de ambos grupos.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Behrens O, Jakob H, Kauffels W. Induced labor with prostaglandin E2 gel after previous cesarean section. *Geburtshilfe-Frauenheilkd.* 1994 Marz; 54 (3): 144-50.
- 2.- Van Rosemalen J, Van der Does. Cesarean birth rates worlwide. A search for determinants. *Trop Geogr Med.* 1995; 47 (1): 19-22.
- 3.- Gregory KD, Henry OA, Gellens AJ, Hobel CJ, Platt LD. Repeat cesareans: how many are elective ?. *Obstet Gynecol.* 1994 Oct; 84 (4): 574-8.
- 4.- Valdez R. Periodo intergenésico corto. Tesis de postgrado HGO Luis Castelazo Ayala, IMSS. 1994.
- 5.- Rosen M, et al. The cesarean birth task force: National Institute of Health consensus development statement on cesarean childbirth. *Obstet Gynecol* 1981; 57: 537.
- 6.- Kaplan B, Royburt M, Peled Y, Hirsh M, Hod M et al. Routine revision of uterine scar prior cesarean section. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1994 jul; 73 (6): 473-5.
- 7.- Alves MF, Cordeiro A, Cardoso M, Graca LM. Trial of labor after cesarean section. Two year experience. *Acta Med Port.* 1993 Dec; 6 (12): 573-6.
- 8.- Fergus PM. Delivery following prior cesarean section: An obstetric dilema. *Obstet Gyn Survey.* 1988; 43: 582.

- 9.- Thorkild FN, Ljungblad U. Rupture and dehiscence of cesarean section scar during pregnancy and delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 1989; 160: 569.
- 10.- Carlsson C, Nybell Lindahl G, Ingermarsson I. Extradural block in patients who have previously undergone cesarean section. *Br. J Anesthes* 1980: 827.
- 11.- Naef RW, Ray MA, Chauhan SP, Roach H, Blake PG et al. Trial of labor after cesarean delivery with a lower segment vertical uterine incision: is it safe?. *Am J Obstet and Gynecol.* 1995 jun; 172 (6): 1666-73.
- 12.- Walmsley K, Hobbs L. Vaginal birth after lower segment cesarean section. *Mod Midwife.* 1994 april; 4 (4): 20-1.
- 13.- Cerda H, Benavides de Anda L, Martinez Delgado E. Atención del parto después de operación cesárea. *Ginecol Obstet Mex.* 1994 oct; 62: 612-14.
- 14.- Flamm B, Dunnett C, Fishermann E, Qualligan E. Vaginal delivering following cesarean section: use of oxytocin augmentation and epidural anesthesia. *Am J Obstet Gynecol* 1984; 148: 759.
- 15.- Nielson T, Hokegard K, Moldin P. X-ray pelvimetry and trial of labor after previous cesarean section. In Nielson T, de. *Cesarean section. Kompendiet-Lindome*, 1984.
- 16.- Paul R, Phelan J, Yeh S. Trial of labor in the patient with prior cesarean birth. *Am J Obstet Gynecol* 1985; 151: 297.
- 17.- Rudick V, Niv D, Hetman-Peri M, Geller E, Avni A, Golan A. Epidural analgesia for planned vaginal delivery following previous cesarean section. *Obstet Gynecol* 1984; 64: 621.

- 18.- Hadley CB, Menutti MT, Gabbe SG. An evaluation of the relative risks of a trial of labor versus elective repeat cesarean section. *Am J Perinatol* 1986; 3: 107-114.
- 19.- Flamm BL. Vaginal birth after cesarean section: controversies old and new. *Clin Obstet Gynecol* 1985; 28: 735-744.
- 20.- Lavin JP. Vaginal delivery after cesarean birth: frequently asked questions. *Clin Perinatol* 1983; 10: 439-453.
- 21.- Cowan RK, Ellis B, Anderson R. Trial of labor following cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 1994; 83 (6): 933-6.
- 22.- Gardeil F, Daly S, Turner MJ. Uterine rupture in pregnancy reviewed. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1994 aug; 56 (2): 107-10.
- 23.- Asakura H, Myers SA. More than one previous cesarean delivery: a 5 years experience with 435 patients. *Obstet Gynecol* 1995 jun; 85 (6): 924-9.
- 24.- Levin JP. External cephalic version after previous cesarean section a clinical dilemma. *Int J Gynecol Obstet* 1994 april; 45 (1): 17-20.
- 25.- Tahilramaney MP, Boucher M, Eglinton GS, Beal M, Phelan JP. Previous cesarean section and trial of labor. Factor related to uterine dehiscence. *J Reprod Med* 1984; 29: 17-21.
- 26.- Cosgrove R: Management of pregnancy and delivery following cesarean section. *JAMA* 1951; 145: 884.
- 27.- Harris J. Vaginal delivery following cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 1951; 66: 1991.

28.- Schmitz H, Gajewski C. Vaginal delivery following cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 1951; 16: 1232.

29.- Kaltreides D, Krone W. Delivery following cesarean section. *Clin Obstet Gynecol* 1959; 1: 1029.

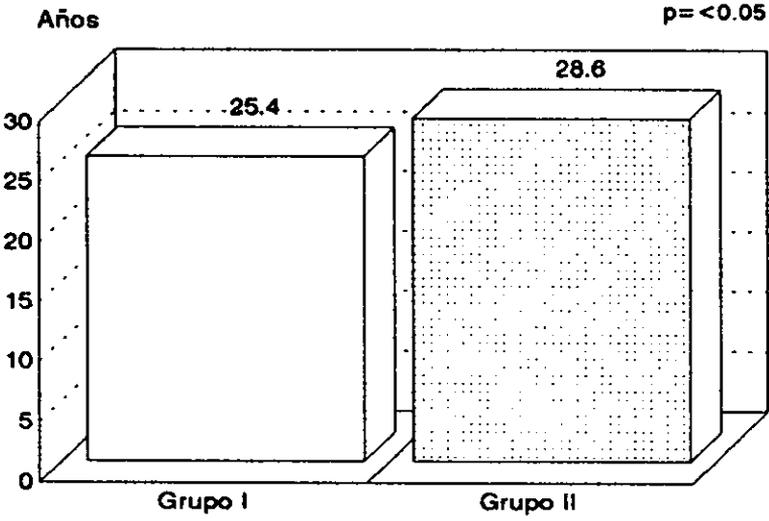
30.- Lavin JP, Stephens RJ, Miodovnik M et al. Vaginal delivery in patients with prior cesarean section. *Obstet Gynecol* 1982; 59: 135.

31.- Mehan F, Moolgaoker A, Stallworthy J. Vaginal delivery under caudal analgesia after cesarean section and other major uterine surgery. *Br Med J* 1972; 2: 740.

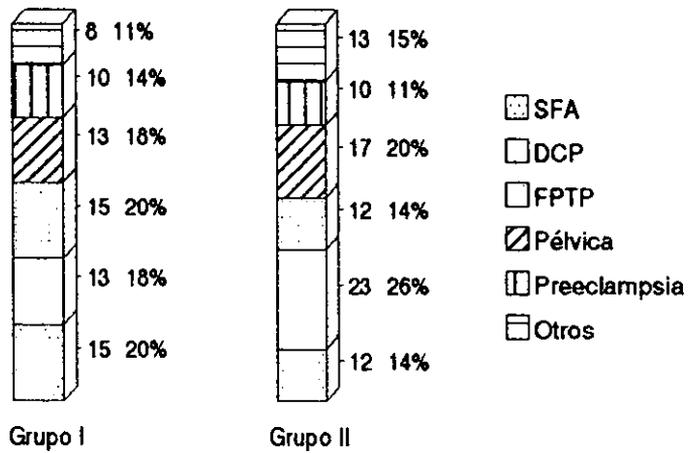
32.- Meehan FP, Burke G, Kehoe JT, Magani MI. True rupture scar dehiscence in delivery following prior section. *Int J Gynecol Obstet* 1990; 43: 582.

33.- Clark SL. Rupture of the scarred uterus. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1988; 15: 737-44.

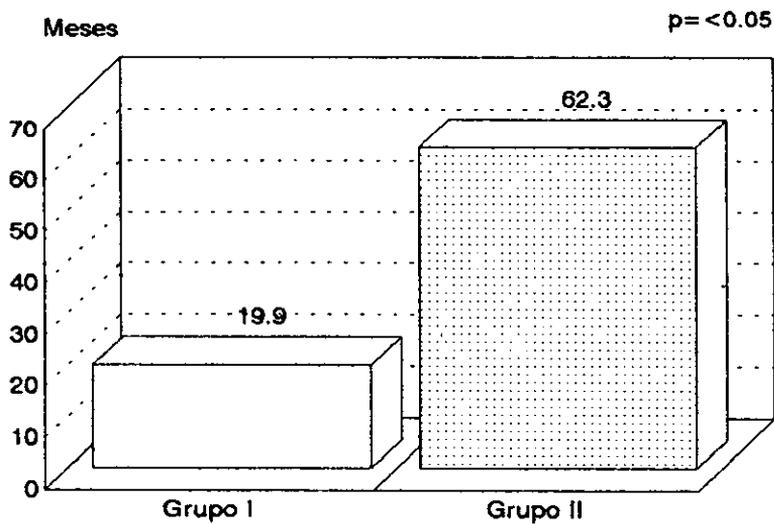
Gráfica N° 1. Distribución por promedios de Edad en ambos grupos estudiados



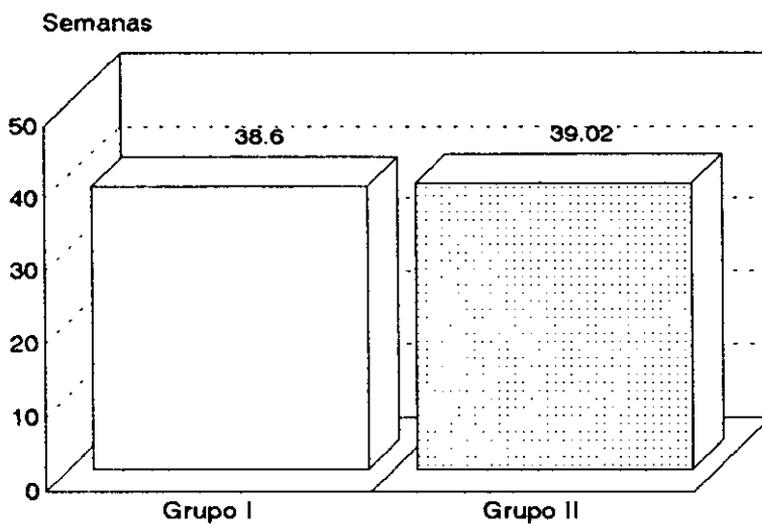
Gráfica N° 2. Indicación para la Cesárea anterior



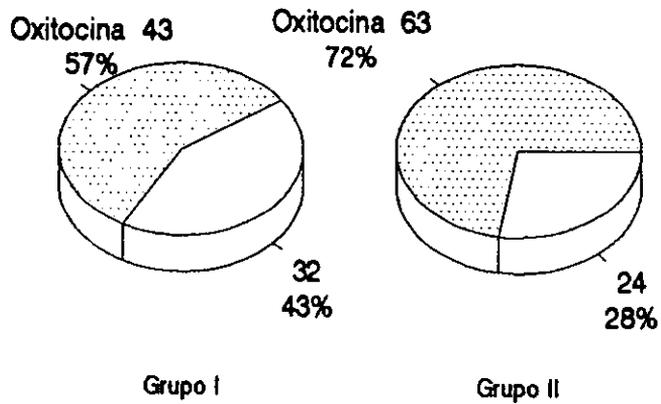
Gráfica N° 3. Promedio de Intervalo Inter-genésico en cada grupo



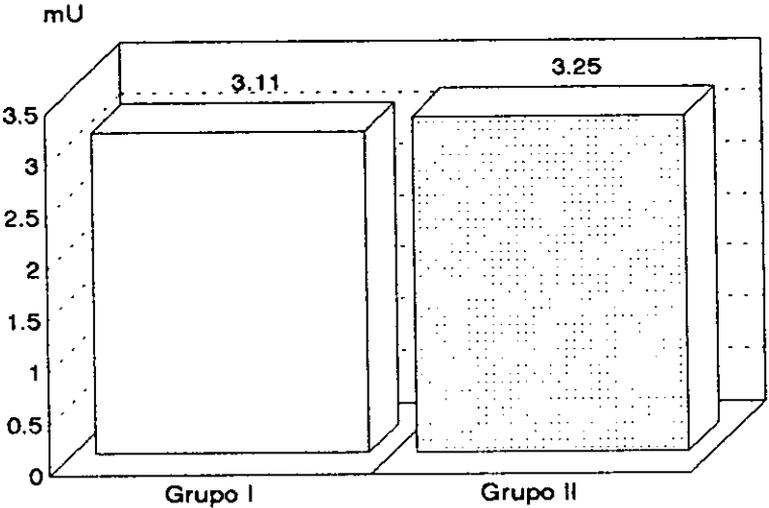
Gráfica N° 4. Promedio de Edad Gestacional encontrada en cada grupo



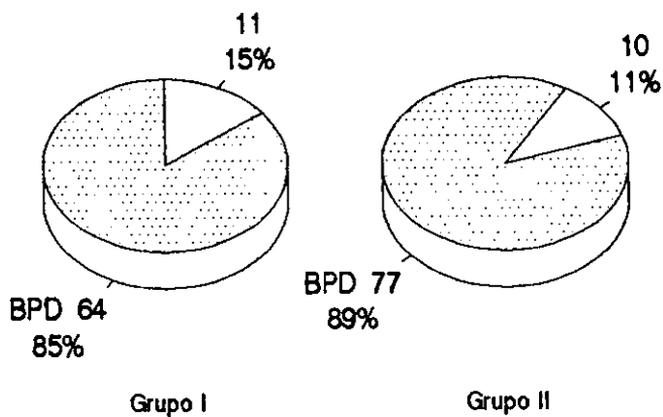
Gráfica N° 5. Porcentaje de uso de oxitocina en cada grupo estudiado



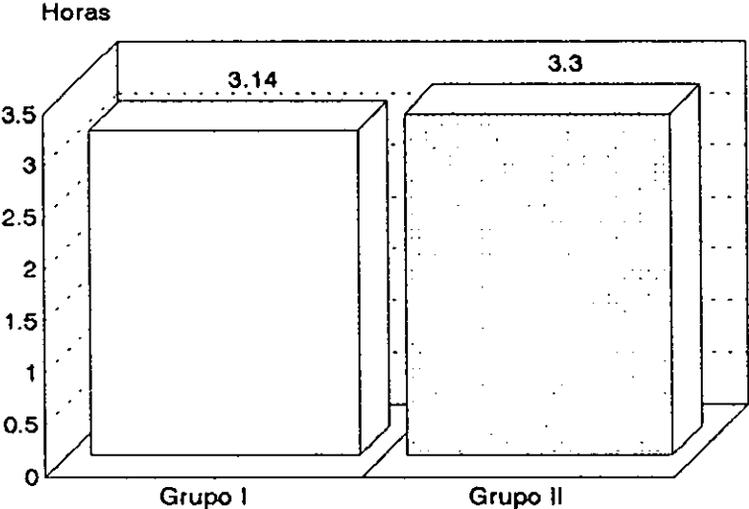
Gráfica N° 6. Dosis máxima de oxitocina empleada en cada grupo



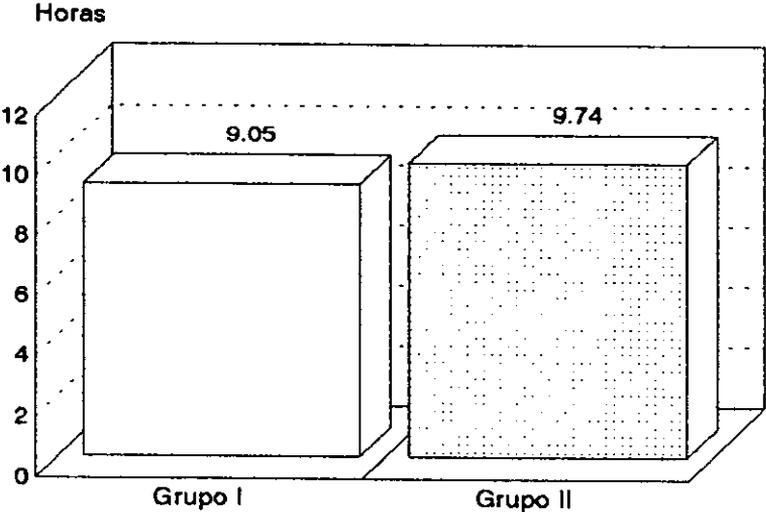
Gráfica N° 7. Porcentaje de Bloqueo peridural aplicado en cada grupo



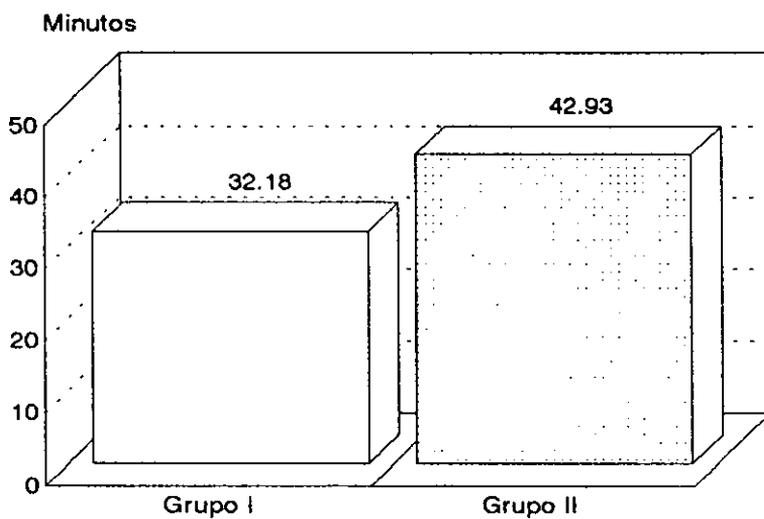
Gráfica N° 8. Tiempo de latencia entre Amniorrexis y Trabajo de Parto en cada grupo



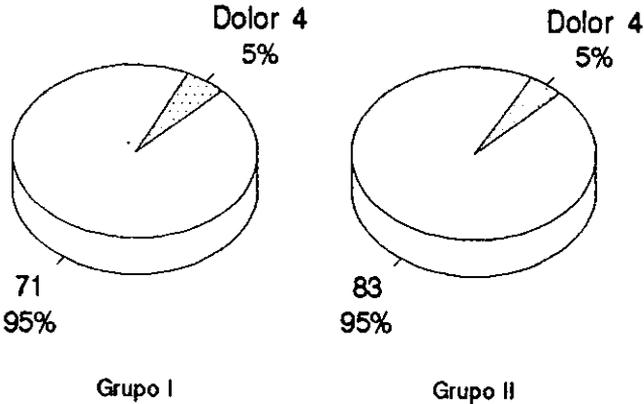
Gráfica N° 9. Tiempo de Duración del Trabajo de Parto en cada grupo



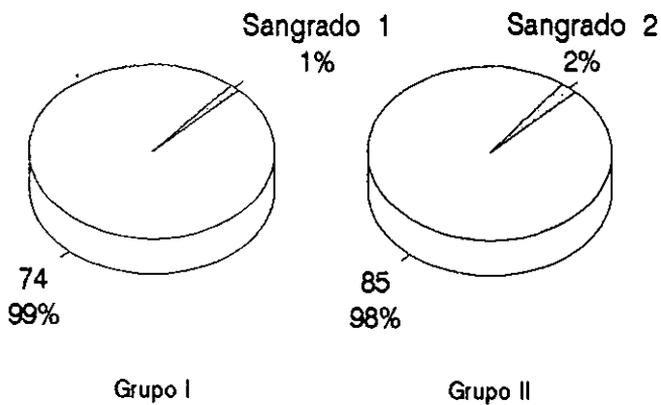
Gráfica N° 10. Tiempo de Expulsivo en minutos en ambos grupos



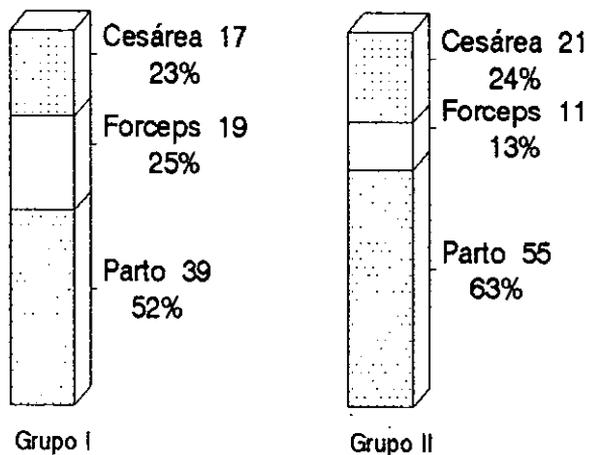
Gráfica N° 11. Presencia de dolor en histerorrafia en cada Grupo estudiado



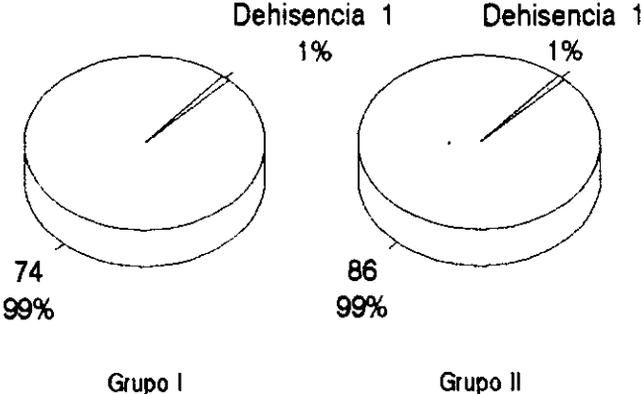
Gráfica N° 12. Presencia de Sangrado asociado a dehiscencia en cada Grupo estudiado



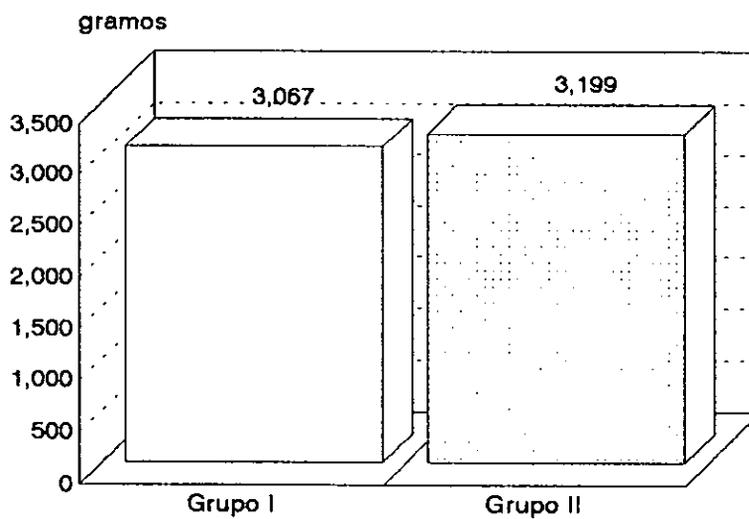
Gráfica N° 13. Vía de nacimiento en cada Grupo estudiado



Gráfica N° 14 Frecuencia de presentación de dehiscencia en la histerorrafia en grupo estudiado



Gráfica N° 15. Peso promedio en los productos de ambos grupos



Gráfica N° 16. Promedio de Calificación de Apgar en cada grupo al minuto y a los 5

