

11217
8



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO

PARTO VAGINAL DESPUES DE CESAREA

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO
DE ESPECIALIDAD

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

DR. MIGUEL AMBRIZ MORALES

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



MEXICO, D. F.

2002



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.



Castillo

SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO
DIVISION DE ENSEÑANZA

DR JORGE ALBERTO DEL CASTILLO
JEFE DE DIVISION DE ENSEÑANZA.

~~DR ROBERTO J. RISCO CORTES.
JEFE DE DIVISION DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.
TUTOR DE TESIS.~~

~~DR VICTOR HUGO PULIDO OLIVARES.
JEFE DE DIVISION DE OBSTETRICIA.
REVISOR DE TESIS.~~

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

AGRADECIMIENTOS

A DIOS POR ESTAR VIVO Y PERMITIRME SEGUIR ADELANTE.

A MIS PADRES POR SU ESFUERZO Y SACRIFICIO POR
ENSEÑARME A APRENDER.

A MIS HERMANOS: ANGEL, ROGELIO, EVA, MARIA, BERENIS Y
AUREA POR SU APOYO Y COMPRESION.

A JUDITH POR SU CARIÑO Y APOYO TODO EL TIEMPO.

A LOS DOCTORES GINCOOBSTETRAS DEL HOSPITAL JUAREZ
DE MEXICO GRACIAS POR TRASMITIRME SUS CONOCIMIENTOS
Y EXPERIENCIAS

AL HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO POR PERMITIRME FORMARME
Y DARMEN CASA POR 4 AÑOS.

INTRODUCCION.

La operación cesárea es probablemente una de las intervenciones quirúrgicas más antiguas, que ha presentado cambios notables a lo largo de la historia.

Un hecho digno de mención es que la primera operación cesárea segmentaria transperitoneal se realizó en México en el año de 1926, en el Hospital Juárez.

Con el conocimiento de nuevas técnicas quirúrgicas, la asepsia, la antisepsia y las técnicas anestésicas, las complicaciones de la cesárea disminuyeron, esto motivo que se incrementaran las indicaciones para realizarla en los últimos treinta años sobre todo porque algunas instituciones toman al pie de la letra el aforismo de Craigin de que "Después de una cesárea, siempre cesárea" que data desde 1916, época en la que la mayoría de las cesáreas eran corporal clásica (59).

El conocimiento de enfermedades maternas, fetales, anomalías genéticas, anomalías de posición que en un principio no se detectaban antes del trabajo de parto y durante el parto, ahora pueden identificarse mediante ultrasonido y con vigilancia electrónica fetal, esto ha propiciado mas aumento en sus indicaciones, dentro de las que se encuentran las mas frecuentes: distocia de contracción, cesárea anterior, sufrimiento fetal y presentación pélvica.

Una de las principales indicaciones es la cesárea anterior, alcanzando hasta 35% en los Estados Unidos al inicio de la década de los noventa (5) y del 24 al 62% % en algunas instituciones de México (10,35,36).

Debido a el aumento en el índice de cesáreas, se han hecho esfuerzos con bases bibliográficas para disminuir en aquellas pacientes que tienen antecedente de cesárea segmentaria transversa en donde se observa una disminución de la morbilidad materna y con buenos resultados perinatales cuando las mujeres son asistidas por personal capacitado para poder realizar una cesárea de urgencia en caso necesario.(10,18).

México no ha quedado atrás en la tendencia mundial ya que la frecuencia actual oscila desde 24% hasta 62%. (10).

Las causas del incremento en el número de cesáreas se pueden atribuir a dos razones: a) la creencia que la cesárea mejora la morbilidad materna y perinatal y b) la cesárea evita muchas reclamaciones y problemas jurídicos. (10).

La designación de "falta de progreso" ha ganado adeptos rápidamente, a pesar de lo vago de la definición, y se ha utilizado de manera extensa como indicación intraparto de cesárea (8).

Al observarse una notable disminución de la mortalidad perinatal, que coincidió con el aumento del índice de cesáreas, se penso que la caída en la mortalidad perinatal era el resultado del incremento en la frecuencia de cesáreas. El nacimiento del feto mediante operación cesárea está asociada con una morbilidad materna más elevada, así como mayores gastos para los diferentes sistemas e instituciones del sector salud.

Por lo anterior, es necesario, que la población médica y la población general a través de la educación del médico, tome conciencia del verdadero valor e indicaciones de la

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

cesárea como operación que no necesariamente protege al niño y a la madre, porque de lo contrario los casos de cesárea podría continuar incrementándose.

El trabajo de parto en pacientes con cesárea anterior no es nuevo, ya que existen reportes desde los años treinta, lo que es de interés universal es el detener el número de nacimientos por cesárea (24, 25).

La cesárea es la intervención quirúrgica que tiene por objeto extraer el feto, vivo o muerto, a través de laparotomía e incisión de la pared uterina, después de que el embarazo ha llegado a las 27 semanas (51).

Tendencia actual de la operación cesárea

La incidencia de cesárea aumentó dramáticamente de 4.5 por 100 partos en 1965 a 16.5 en 1980, cuando en septiembre del mismo año, los National Institutes of Health, celebraron su Consensus Development Conference on Cesarean Childbirth (29). The Consensus Conference recomendó el trabajo de parto para mujeres con antecedente de cesárea por la seguridad que este ofrecía, con lo esperaba que se atenuaría la creciente tasa de cesáreas y haría olvidar o atenuar la ampliamente adherida y obsoleta norma de Cragin (59).

A pesar de lo anterior, la incidencia de cesáreas por 100 nacimientos aumento considerablemente hasta 17.9 en 1981, 18.5% en 1982, 20.3% en 1983 y 21.1% en 1984, cuando se declaró el fracaso de dicha conferencia en disminuir la incidencia creciente de cesáreas (29).

Mientras tanto, en 1982, el Colegio Americano de Ginecólogos y Obstetras publicó lineamientos para disminuir dicha incidencia y promover el trabajo de parto y el parto vaginal después de cesárea. La presidenta del colegio en aquel entonces señaló "el miedo a la mortalidad materna y neonatal por rotura uterina en la prueba de trabajo de parto es injustificado según datos estadísticos actuales"(56).

En un análisis efectuado por Taffel (56) acerca del aumento de la tasa de cesáreas de 1980 a 1985 encontró que la mayor y la más importante causa contribuyente al incremento entre 1980 y 1985 fue la cesárea previa, la cual contribuyó a un 48% del total del aumento.

La cesárea es la cirugía realizada con más frecuencia en los Estados Unidos y datos referentes del National Center of Health Statistics indican que el número de cesáreas por año está llegando a un millón (55).

Se ha encontrado que aproximadamente un 75% a 80% de todas las pacientes con cesárea previa se les podría proporcionar oportunidad de tener un parto por vía vaginal(7,25); relacionado con esto un estudio realizado en 1987 (25) muestra que un 92% de las mujeres con historia de cesárea previa tiene su parto por medio de cesárea repetida electiva y además relatan que en un 50% de los hospitales de los Estados Unidos nunca se ha atendido un parto vaginal en una paciente con una cesárea previa.

En la ciudad de México en un estudio realizado en el Hospital " 20 de Noviembre" del ISSSTE, se reviso la evolución de la operación cesárea durante 25 años (1964-1988) , encontrándose un incremento del índice de operación cesárea, acentuándose esta elevación durante los últimos 10 años. Entre las causas de cesáreas encontradas con más frecuencia, se encontró que la desproporción cefalopélvica ocupa el primer lugar

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

como causa de cesárea (28.5% de todas las cesáreas), cifra que se duplicó en el período analizado. El antecedente de cesárea previa ocupó el segundo lugar como causa de cesárea y mantiene una línea ascendente en los últimos 15 años y significa que el último quinquenio el 27.9% del total y es posible, por la tendencia que muestra, que se convierta en el futuro, en la primera causa de cesárea, como ya ha ocurrido en otras instituciones (57).

MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA Y NEONATAL DE LA CESÁREA

MORTALIDAD MATERNA.

En los primeros informes la incidencia de mortalidad materna era mayor del 75%. El progreso de la antisepsia, anestesia y técnica quirúrgica ha reducido esta cifra a 5.5% a principio de este siglo, con una disminución gradual hasta 0,3% en los últimos años del decenio de 1950. Es difícil separar las muertes relacionadas con el procedimiento quirúrgico de los procesos patológicos subyacentes: tal vez 50% de las muertes maternas no sean atribuibles a la operación. El grupo de las muertes maternas en cualquier grupo es pequeño y las principales causas son: septicemia, embolia pulmonar, accidente anestésico, hemorragia, hipertensión aguda agregada al embarazo y sus complicaciones (54).

La mortalidad materna relacionada con la cesárea parece ser 3 a 7 veces mayor que la del parto vaginal. La mortalidad materna por cesárea no debe superar 1 por 1000. Incluso esta cifra de mortalidad quirúrgica relativamente baja debe considerarse excesiva si se tiene en cuenta que la mayoría de estas muertes ocurren en mujeres jóvenes y sanas que experimentan un proceso fisiológico normal (7,11,24,25,26,27,28,30,40).

Se ha considerado que el riesgo absoluto por cesárea se calcula en 6 por 100,000 procedimientos (44,23).

MORBILIDAD MATERNA

La cesárea es un procedimiento quirúrgico en el que hay complicaciones transoperatorias y postoperatorias, aún tratándose de ginecoobstétricas experimentadas. Ocurren complicaciones transoperatorias con mayor frecuencia en circunstancias de urgencias, que en electivas.

La morbilidad materna es mas frecuente y posiblemente más grave tras la cesárea que tras el parto vaginal, aún cuando se excluyan los casos de morbilidad y mortalidad asociados al problema que motivó la cesárea. Las causas frecuentes de morbilidad por cesárea continúan siendo las infecciones, hemorragia y lesión del tracto urinario.

En general es rara la lesión de estructuras adyacentes incluyendo el útero, vejiga o intestino con un 0,3 y 0,1 % de complicaciones por la laceración vesical y ureteral respectivamente (1,6,7). Las cesáreas repetidas cuando se complican con fibrosis y adherencias, tiene relación con una mayor frecuencia de traumatismos vesicales. La incisión uterina puede extenderse al cuello, la vaginal o al ligamento ancho. En casos graves pudiera haber lesión de los vasos uterinos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La cesárea también aumenta el riesgo de infección, cuyo tipo más frecuente es la endometritis que se presenta en 6 a 18% de los procedimientos, en tanto que la infección de vías urinarias en 1 a 7%, y la infección de la herida en 1.6%. A veces se requiere transfusión por pérdidas sanguíneas excesivas. Otras complicaciones operatorias incluyen íleo paralítico intenso que ocurre hasta en 1% de las pacientes, si bien hay formas más leves en 10 a 20% de los casos. También puede ocurrir embolia pulmonar en 0.1 a 0.2% y trombosis venosa profunda en 0.6 a 1.8%. (7, 31). también ocurre atelectasia cuando se utiliza anestesia general (7,25,54).

MORTALIDAD PERINATAL

La frecuencia de recién nacidos muertos y de la mortalidad perinatal depende, naturalmente, de la causa subyacente de la cesárea y de la edad gestacional del producto. Aunque la disminución de la mortalidad perinatal observada desde mediados de los años 60 se ha asociado en muchos casos con el considerable aumento de cesáreas (25,53), esta teoría se ha puesto en duda en todo el mundo.

MORBILIDAD PERINATAL

Si bien se decía que solía hacerse la cesárea para "proteger" al feto, hay morbilidad y mortalidad en el recién nacido.

La evolución adversa del recién nacido, puede ser el resultado de la extracción de un producto prematuro, ya sea de manera electiva o indicada. La anestesia y las complicaciones maternas también modifican la evolución. Una causa frecuente de morbilidad y mortalidad del recién nacido es el síndrome de dificultad respiratoria que depende de la edad gestacional. Esta complicación suele deberse a una cesárea electiva programada para un momento inoportuno. También puede haber taquipnea transitoria del recién nacido después de una cesárea aunque hay controversia en cuanto a que el parto quirúrgico contribuya al desarrollo de la enfermedad.

Hay mortalidad y morbilidad fetal notorias cuando se requiere una cesárea por ruptura uterina. Aquí son frecuentes el óbito y la asfixia, que no resultan de la operación sino más bien de una complicación materna, dado que la primera puede salvar la vida del niño.

Puede haber riesgo fetal incluso durante la cesárea electiva a término. Se encontró una menor incidencia de calificaciones bajas de Apgar en niños nacidos por vía vaginal que en nacidos por cesárea, una diferencia atribuida a la utilización de anestesia general. En otro informe se encontró que 60% de las muertes neonatales eran consecutivas a prematuridad iatrogénica (54).

En un estudio realizado por Burt (53) encontraron que los productos de madres que se sometían a cesáreas repetidas electivas tuvieron Apgar más bajos hasta en un 30% que aquellos productos nacidos por vía vaginal. Estas conclusiones de estos autores no pudieron ser explicadas por diferencias de peso al nacimiento, edad gestacional, raza, edad materna, orden de nacimiento, nivel socioeconómico materna o complicaciones derivadas de la salud materna, embarazo o trabajo de parto entre los grupos estudiados. Estos autores reportaron un 5.9% de Apgares bajos de 0-6 a los 5 minutos en el grupo de pacientes que se sometieron a cesáreas repetidas, mientras que en el grupo de pacientes que tuvieron parto vía vaginal aún con anestesia, el porcentaje de Apgares bajos de 0-6 a los 5 minutos fue solo de 2.3% (53).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CESÁREA REPETIDAS: CONSIDERACIONES Y COMENTARIOS.

En 1970 se hicieron 195,000 cesáreas (5.5% de todos los nacimientos) en Estados Unidos. En 1984, la frecuencia de cesárea había aumentado casi 400%, hasta 21.1% de todos los nacimientos vivos. En 1989, la tasa de cesárea sobrepasó el 25% en la mayoría de los hospitales estadounidenses. En México se ha visto, aunque una menor tendencia al alza en la tasa en algunos hospitales como ejemplo el hospital de Gineco-obstetricia No 4 del IMSS e INPer con una tasa sostenida de cesáreas hasta de 47% (7,57)

La indicación más frecuente de cesárea es "cesárea electiva de repetición" que constituye aproximadamente más de dos tercios de todas las cesáreas (aproximadamente 66%) y potencialmente 1 de cada 10 nacidos al año (7,25,26,42,46,52).

RIESGO MATERNO EN EL PARTO VAGINAL DESPUES DE CESAREA

MORTALIDAD MATERNA.

A pesar de los avances en la tecnología médica, a la evolución en las técnicas quirúrgicas, a la aparición y mejor uso de los antibióticos y a los avances en el empleo de anestésicos, el tener una cesárea anterior es un factor que aumenta la mortalidad materna, a pesar de los índices de mortalidad materna tan bajos que reportan la mayoría de los estudios (7,25, 29,30,40,44).

Se menciona que hasta la década pasada la literatura inglesa no contenía ni un solo caso de muerte materna. Debido a la ruptura de una incisión uterina segmento transversal en mujeres con cesárea previa que se habían sometido a trabajo de parto, los pocos casos reportados eran resultado de una incisión uterina clásica(27).

Se concluye en la misma revisión que la mortalidad materna esperada entre mujeres a las que se realiza cesárea de repetición sería 1-2 veces mayor en relación a la esperada en mujeres en quienes se intenta parto vaginal(27).

Se informa que una revisión de 25 estudios sobre trabajos de parto publicados entre 1950 y 1980, no se presentaron muertes maternas en 5,325 nacimientos que tuvieron parto vaginal posterior a cesárea (13).

En nuestro país, en la bibliografía revisada no se reportan muertes maternas en pacientes sometidas a trabajo de parto con cesárea anterior (10,11,18,19,20).

MORBILIDAD MATERNA.

RUPTURA UTERINA: Condición obstétrica caracterizada por pérdida de continuidad de la pared muscular del segmento y/o cuerpo del útero gestante independientemente de su magnitud. En esta emergencia obstétrica no se consideran circunstancias como perforación translegrado, ruptura por embarazo intersticial o prolongación de la incisión en el momento de la operación cesárea (52).

La ruptura uterina se clasifica de acuerdo a dos criterios: espontaneidad y grado de lesión uterina (52):

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

- a) Espontanea: cuando no se ha realizado ningún procedimiento médico.
- b) Traumática: en las que ha intervenido algún factor extrínseco (administración de oxitócicos, parto pélvico, fórceps o versión interna).
- c) Completa: abarca todo el espesor del músculo uterino y el peritoneo visceral.
- d) Incompleta: no incluye el peritoneo visceral.
- e) Total: toda la histerorrafia anterior.
- f) Parcial: parte de la histerorrafia anterior.

El trabajo de parto después de cesárea ha sido sujeto a controversias por décadas y ningún aspecto ha creado tanto interés como el relacionado a la ruptura uterina (8,9,15,25).

A pesar de los cambios en las técnicas quirúrgicas, la ruptura uterina continúa siendo una de las urgencias reales en obstetricia, a las que se enfrenta el médico durante su práctica, su incidencia varía del 0.02% al 3.5%. Siempre que esto ocurre, la morbilidad materno fetal aumenta notablemente (6,28,29,30).

Se ha observado que el hecho de que exista una cesárea anterior aumenta hasta ocho veces la posibilidad de ruptura uterina, de este modo en una tasa actual aproximada del 25% de cesárea aumentará el número de casos en que se halla practicado esta operación (28).

La administración de oxitocina se ha vinculado con la ruptura del útero, la incidencia del empleo de dicha hormona varía del 13 al 46%. Sin embargo otros autores no encontraron aumento en el riesgo de ruptura en la conducción con oxitocina (7,26,27,28,30,31,40,47).

El uso de anestesia peridural enmascara el dolor suprapúbico asociado con la ruptura uterina, incrementando la mortalidad materno fetal, lo cual podría contraindicar su uso. Flamm menciona que la versión externa es una razonable opción en cicatrices uterinas bajas transversas (58).

RUPTURA UTERINA CON INCISIÓN CLÁSICA.

La incisión clásica y la subsecuente cesárea de repetición continúa siendo importante en la práctica obstétrica, pero como esta incisión es poco común contribuye en pequeño porcentaje a una cesárea de repetición.

Craigin en 1916 reportaba un 2% de nacimientos postcesárea, a todos se realizaba incisión clásica (31,59).

Muller y col (27) encontraron que el 90% de todas las rupturas uterinas y 96% de todas las muertes perinatales se debían a ruptura ocurrida en pacientes con una incisión clásica previa.

Este tipo de incisión es asociada con un porcentaje de ruptura uterina hasta del 12% (24) en pacientes en trabajo de parto, lo cual puede ser ampliamente discutido.

Richard y col (30) en 1991 en un grupo de pacientes sometidas a trabajo de parto que fue de 7,598 encontraron una incidencia de ruptura uterina completa parcial de 0.8% (81 casos) y ruptura uterina incompleta parcial del 0.7% (54 casos); del total de casos de ruptura uterina completa parcial cinco habían tenido una incisión clásica previa (8.2%).

En una revisión realizada en nuestro país en 1979 por Garcia (40) encontró solo dos casos de ruptura uterina incompleta parcial en un número de 1,527 pacientes con cesárea anterior con incisión clásica a las que se dio trabajo de parto.

RUPTURA UTERINA EN INCISIÓN SEGMENTO TRANSVERSAL.

El National Institute Health Consensus, realizó conferencia sobre cesárea en 1980 (41) concluyendo que repetir la cesárea representa un riesgo agregado a esta operación por lo que recomienda trabajo de parto en pacientes con cesárea previa a quienes se les había realizado incisión segmento transversal a partir de ahí, muchos estudios han confirmado la seguridad de trabajo de parto en pacientes con este tipo de incisión (6,7,11,24,41,42.).

Es importante comentar que cuando se trata de cicatriz uterina desconocida el riesgo de ruptura es bajo; ya que la mayor parte son transversales bajas (26).

RUPTURA UTERINA EN INCISIÓN VERTICAL BAJA.

Si la incisión vertical se hizo en el segmento uterino inferior, el riesgo es similar al de la incisión transversa(24,26,41). Sin embargo cuando la incisión vertical se hizo en un segmento uterino inferior, no formado o se extendió hacia el segmento activo del útero, el riesgo es mayor (26) y en algunos casos similar a la incisión clásica.

Adair (41) encontró una incidencia de ruptura uterina de 1.2% en incisión vertical segmentaria.

El riesgo de ruptura uterina en incisión vertical es pequeño pero esta presente en un trabajo de parto, pero puede ser conducido con mínimas secuelas, cuando la paciente es continuamente monitorizada y son previstas las urgencias (30).

EXAMEN DE LA CICATRIZ UTERINA

Este es un tema controvertido; la ruptura uterina suele ser asintomática y rara vez se complica por hemorragia excesiva, porque se produce en una zona fibrosa avascular; si llegara a ocurrir hemorragia abundante o signos de descompensación hemodinámica sería indispensable hacer una revisión completa del conducto vaginal e histerorrafia.

Si existe diagnóstico temprano de ruptura uterina se podría prevenir la morbilidad materna por retraso en el diagnóstico (26).

El diagnóstico de ruptura uterina es difícil, especialmente en incisiones segmentarias, la cual se ha visto puede ser silente (44) y en la mayoría de los casos es incompleta parcial y sin consecuencia (7).

En un gran estudio multicéntrico realizado en California, se encontró que en el subgrupo de prueba de trabajo de parto, 5,733 pacientes con una o mas cesáreas con incisión segmento transversal hubo una incidencia de sólo 0.17% de ruptura uterina completa parcial (7).

MORBILIDAD FEBRIL.

La fiebre es uno de los padecimientos más importantes al hablar de morbilidad materna posterior a cesárea.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La incidencia de fiebre es menor en las pacientes que tuvieron parto vaginal tras cesárea, similar a las pacientes que tiene parto vaginal sin cesárea anterior. Se presentó mayor aumento de temperatura en pacientes que tuvieron cesárea de repetición, después de intentar parto normal; sin embargo la fiebre era mayor en pacientes que se sometían a la primera cesárea después de intentar parto normal (27).

Flamm (6) encontró un 12.7% de fiebre postparto en pacientes que tuvieron trabajo de parto y 16.4% en pacientes a las que se realizó cesárea electiva.

Un meta-análisis publicado en 1991 (31) que incluyó 31 estudios se incluyeron 4,617 pacientes en trabajo de parto, realizándose cesárea electiva de repetición en 3,831 pacientes; el grupo de parto vaginal exitoso fue de 3,411 y se presentó falla en 1,206 pacientes; la morbilidad febril fue significativamente más baja en pacientes que tuvieron trabajo de parto que en los de cesárea de repetición; sin embargo el grupo de pacientes que tuvieron trabajo de parto fallido, presentaron cuatro veces más posibilidades de padecer fiebre en comparación con todo el grupo de trabajo de parto; los que presentaron más baja incidencia de morbilidad febril fueron los que tuvieron parto vaginal con éxito con cesárea anterior.

Resultados similares fueron encontrados por Gibbs (32) quien tuvo una incidencia del 1% de morbilidad febril en pacientes que tuvieron parto vaginal con cesárea anterior, 17% para quienes tuvieron cesárea electiva y hasta el 27% en quienes no tuvieron éxito durante el trabajo de parto y se les realizó cesárea.

HEMORRAGIA

La hemorragia postparto o postcesárea es la pérdida sanguínea mayor a 1000 ml. o bien que produzca alteraciones hemodinámicas como hipotensión, taquicardia y palidez de piel y mucosas (52).

La hemorragia es la complicación más frecuente, presentándose en un 75% de los casos del puerperio patológico. El puerperio inmediato es de gran riesgo, debido a la cantidad y rapidez con la que se presenta la hemorragia, siendo en ocasiones insuficientes los recursos para reponer el volumen circulante, a través de la administración de soluciones parenterales o de sangre y/o derivados (52).

Leung (33) en su estudio determinó que el 6.7% de pacientes que tuvieron trabajo de parto fallido presentaron hemorragia importante, comparado con quienes tuvieron parto vaginal exitoso 3.5% y un grupo control de cesárea electiva 1.4%.

HISTERECTOMIA

Al hablar de morbilidad materna en pacientes sometidas a trabajo de parto con cesárea anterior, no podemos dejar a un lado la histerectomía.

Gibbs (32) reporta un solo caso en 746 pacientes que tuvieron parto vaginal, en el grupo de parto vaginal fallido, 446 pacientes, se reportó también un solo caso de histerectomía así como en el grupo de cesárea electiva.

Phelan (46) reportó 7 histerectomías en un grupo de 587 pacientes con cesárea electiva, 1.25% 5 casos fueron por atonía uterina y 2 por placenta acreta; el grupo de 501 pacientes sometidas a trabajo de parto presentaron una histerectomía por atonía uterina.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RISGOS FETALES EN EL PARTO VAGINAL DESPUES DE CESÁREA

MORTALIDAD PERINATAL.

Sin lugar a dudas, el riesgo adicional para el feto de una mujer con una incisión uterina previa, se asocia a ruptura del útero y hemorragia (5).

Miller (5) en un gran estudio realizado entre 1983 y 1992 encontraron en un subgrupo de prueba de trabajo de parto de 10,880 pacientes con una cesárea anterior una mortalidad perinatal de 0.18% relacionadas con ruptura uterina.

Rossen (31) en un meta-análisis incluyo cerca de 450 nacimientos el porcentaje de muerte perinatal fue de 1.4% en las pacientes que se sometieron a trabajo de parto, la mortalidad fue de 2.1 veces más que a las que se realizó cesárea electiva, esta diferencia se debía en gran parte a muertes de productos que pesaron menos de 750 grs y que tenían anomalías congénitas que eran incompatibles con la vida.

MORBILIDAD PERINATAL.

Cuando comparamos riesgos perinatales contra beneficios, un parto vaginal después de cesárea elimina la posibilidad de prematuréz iatrogénica y disminuye la morbilidad respiratoria, las cuales ocurren con mucha frecuencia en pacientes a los que se les realiza cesárea .

Con respecto al Apgar a los 5 minutos en los recién nacidos por parto vaginal después de cesárea y que fueron menores de 6 se reportan incidencias que van desde el 2.3% hasta 5.9% (11,18,25,29,35).

Cerda (11) menciona que los recién nacidos de madres con cesárea anterior que tuvieron trabajo de parto y que fue fallido, tienen 2.6 veces mas posibilidades de hacer Apgar bajo que en pacientes quienes se les realiza cesárea electiva (35).

El Apgar regularmente es alto en pacientes que se da prueba de trabajo de parto y se resuelve con éxito (11,35)

PROBABILIDADES DE ÉXITO EN PARTO VAGINAL DESPUES DE UNA CESAREA.

En pacientes a las que se realizó cesárea por una indicación no clara o lógica, la incidencia de parto vaginal puede ser similar a la de pacientes que no tienen este antecedente; por lo tanto se considera que una paciente en trabajo de parto con una cesárea anterior puede ser tratada igual a aquellas que no han tenido cicatriz uterina (26).

La literatura obstétrica ha demostrado que el parto vaginal después de cesárea es seguro y eficaz en pacientes seleccionadas apropiadamente y en una institución hospitalaria (5,6,7,11,12,13,16,27,43,45).

El porcentaje de éxito, en parto después de cesárea varía entre 57 y 82% (5,6,7,11,27,43,45).

La morbilidad en mujeres que tiene un parto vaginal después de cesárea ha sido equivalente o más baja a la presentada en pacientes sometidas a cesárea electiva (5,6,7); sin embargo algunos autores han encontrado un incremento importante en la

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

morbilidad en mujeres a las que se realizó cesárea de repetición posterior a falla en el trabajo de parto (31,32).

El resultado del trabajo de parto en pacientes que han tenido una cesárea anterior, esta directamente relacionado a la indicación (7); antes de la década de los 80's se creía que indicaciones, que se podían presentar de nuevo tales como desproporción cefalopélvica o falla de progreso de trabajo de parto, podrían contraindicar la prueba de trabajo de parto posteriormente; sin embargo diferentes estudios han afirmado que el diagnóstico de desproporción cefalopélvica o falla de progreso en el trabajo de parto tienen un pronóstico no valorable de un embarazo al siguiente y que deben ser excluidas de la posibilidad de tener parto vaginal (5,6,7,11,58).

El antecedente de un parto vaginal previo mejora el pronóstico de un parto vaginal posterior (27); siendo hasta de 88% en quienes tiene historia de parto vaginal anterior y 64% en quienes no la tienen.

USO DE OXITOCINA EN TRABAJO DE PARTO DESPUES DE UNA CESÁREA

La oxitocina ha sido usada para inducción y conducción del trabajo de parto, en millones de mujeres y en la mayoría de los casos no ha resultado en ruptura uterina o daño fetal (34,47).

Sus indicaciones han sido embarazo postérmino, ruptura de membranas y trabajo de parto lento; estos ocurren tanto en mujeres con trabajo de parto planeado después de cesárea como en la población obstétrica en general (34,47,48).

Antes de 1980, casi no existían datos sobre la utilización de oxitocina durante el trabajo de parto después de una cesárea.

Desde 1985 Flamm encontró más de 600 casos en que se utilizó oxitocina para inducción y conducción del trabajo de parto presentándose dos casos de ruptura uterina, un porcentaje menor al 0.5% (14).

MADURACIÓN CERVICAL CON PROSTAGLANDINAS.

El propósito de la maduración cervical es hacer que el cuello se adapte a la inducción artificial o al trabajo de parto espontáneo

Los métodos mas utilizados son la aplicación de gel de prostaglandinas E 2 colocados en el conducto cervical y fondo de saco.

El Colegio Americano de Ginecólogos y Obstétricas, público que no se ha podido determinar con seguridad el uso de prostaglandinas en pacientes con antecedente de cesárea (48).

Un estudio reporta un porcentaje de parto vaginal del 75%, lo cual queda dentro de lo informado para la mayoría de estudios en trabajo de parto espontáneo (7).

CONTROVERSIAS ACTUALES.

Los puntos críticos actuales y la controversia se refieren a los siguientes interrogantes: cual es la atención optima de parto en la mujer con antecedente de una cesárea? A quien debe brindársele y a quién no una prueba de trabajo de parto?

13

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Los oponentes a la propuesta general de parto vaginal después de cesárea mencionan varios motivos para negar la prueba de trabajo de parto. Temor de ruptura uterina: la morbi-mortalidad materna y perinatal estará relacionada con la magnitud de la ruptura (7,27,33,44,45).

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 al hacer una cesárea de repetición sistemáticamente significa una mayor seguridad para la madre está muy difundida. Sin embargo es países desarrollados no se ha reportado durante decenios muertes maternas relacionadas con el parto vaginal postcesárea (7,25,29,30).

Preocupación por la seguridad fetal: ni el parto vaginal postcesárea ni la cesárea electiva de repetición carecen de riesgos para el feto. En general se considera que la mortalidad perinatal que sigue a un parto postcesárea es menor que la que sigue a un parto postcesárea (7,44,45).

También hay otros puntos en contra con el parto vaginal después de cesárea relacionados especialmente con: preocupación por recriminaciones legales, estrés e inconvenientes profesionales, económicos y resistencia de los pacientes (25,31).

Los que están de acuerdo con el parto vaginal después de cesárea suelen indicar la prueba de trabajo de parto por: si funciona, y se ha escrito que 4 de cada 5 embarazadas a quienes se proporcionan acceso a la prueba de trabajo de parto (que representan casi un 66% de las que tienen antecedente de cesárea) pueden tener un parto vaginal y evitar la cesárea (7,31).

Aproximadamente más del 70% de todas las pacientes con cesárea previa y a quienes se les da prueba de trabajo de parto tiene parto vía vaginal (7,25,46).

En quienes está indicada la prueba de trabajo de parto? : anteriormente se excluían para dársele oportunidad de trabajo de parto a cualquier mujer que no tuviera un embarazo un embarazo único en presentación de vértice, de término y con un solo antecedente de incisión transversa baja, efectuada idealmente por una desproporción cefalopélvica no recurrente o por falta de evolución del trabajo de parto.

En general las contraindicaciones específicas para dar la oportunidad de un trabajo de parto normal son:

- 1.-Saber o sospechar que se hizo una incisión uterina clásica.
- 2.-La desproporción cefalopélvica incontrovertible absoluta, que no debe confundirse con falta de progreso en el trabajo de parto y que se ha visto relacionada con parto vaginal favorable hasta en un 70%.
- 3.-La paciente que rechaza el procedimiento después de la descripción detallada.

El Colegio Americano de Ginecólogos y Obstetras recomendaron que a las mujeres con una cesárea previa transversa baja se les debe de dar prueba de trabajo de parto y una de las exclusiones para esta recomendación fue más de una cicatriz uterina previa (8,19,41,46,49). A pesar de lo anterior se han realizado estudios donde demuestran la seguridad del trabajo de parto para estas pacientes y refieren que los riesgos son mas leves y menos que los que siguen a una cesárea repetida(41,46,49).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Las normas de cuidado a seguir con este tipo de pacientes son las mismas que se siguen con las pacientes con una sola cicatriz previa. Se cree que si sigue está recomendación de estos autores la tasa de cesáreas repetidas para esta población bajaría hasta en un 32% (1,6,7,10,13,19).

En los últimos años en México se ha observado un incremento progresivo de la tasa de la operación cesárea (10,35,36), ha pesar de los diferentes reportes de la literatura en los que la prueba de trabajo de parto en pacientes con cesárea segmentaria transversa previa indican buenos resultados perinatales (8,10,18,24,25), esto no ha sido capaz de generar en el médico conductas diferentes. Por tal motivo, para conocer la experiencia institucional del Hospital Juárez de México se realizó esta investigación con el fin de comunicar la experiencia acumulada en relación a la prueba de trabajo de parto en pacientes con antecedentes de una cesárea previa, conocer los riesgos maternos y fetales en la prueba de trabajo de parto, mencionar las probabilidades de éxito en las pacientes sometidas a trabajo de parto y el uso de oxitocina en la inductoconducción en la prueba de trabajo de parto.

MATERIAL Y METODOS

En el Hospital Juárez de México se realizó un estudio retrospectivo, revisando los expedientes del archivo clínico del 1 de enero de 1986 al 31 de agosto del 2000 de todas las pacientes que tuvieron parto vaginal después de cesárea de los cuales resultaron un total de 871 pacientes.

DEFINICION DE VARIABLES.

Se tienen variables independientes, intercurrentes y dependientes.

La variable independiente fue:

- Parto vaginal después de cesárea: pacientes que tuvieron un parto vaginal después de que se les había realiza una cesárea.
- Cesárea repetida por otras causas: pacientes con antecedente de una cesárea, quienes llegaron a la sala de trabajo de parto y ahí durante el transcurso de éste, se decidió por criterio médico pasar a cesárea por alguna situación obstétrica, fetal y/o materna que imposibilitaba la continuación de trabajo de parto y la resolución vaginal final.

Las variables dependientes fueron:

- Hemorragia postparto o postcesárea es la perdida sanguínea mayor a 1000 ml. o bien que produzca alteraciones hemodinámicas como hipotensión, taquicardia y palidez de piel y mucosas (52).
- Histerectomía.
- Infecciones.
- morbilidad febril.
- Morbilidad materna: definida como la presentación o no de ruptura uterina: se clasificó la ruptura uterina de acuerdo al lineamiento técnico de dos criterios: espontaneidad y grado de lesión uterina (52):
 - a) Espontanea: cuando no se ha realizado ningún procedimiento médico.
 - b) Traumática: en las que ha intervenido algún factor extrínseco (administración de oxitócicos, parto pélvico, forceps o versión interna).
 - c) Completa: abarca todo el espesor del músculo uterino y el peritoneo visceral.
 - d) Incompleta: no incluye el peritoneo visceral.
 - e) Total: toda la extensión de la histerorrafia.
 - f) Parcial: parte de la extensión de la histerorrafia.

15

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Las variables intercurrentes fueron:

- Intervalo intergésico: definido como el tiempo transcurrido desde la resolución del embarazo resuelto por cesárea y la resolución del embarazo actual. Se expreso en años completos.
- Edad gestacional: definiéndose en semanas completas cumplidas al momento del nacimiento a partir de la fecha de última menstruación o en caso de una edad gestacional incierta se tomó el capurro para su cálculo.
- Duración del trabajo de parto: se definió como la cantidad de tiempo en horas desde que la paciente ingresó a la sala de trabajo de parto del Hospital hasta la resolución del evento obstétrico. Se expresó en horas completas.

Otras variables intercurrentes que no necesitan definición son:

- Indicación de cesárea anterior.
- peso al nacimiento.
- Indicación de la cesárea actual.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- Se incluyeron en el estudio a todas aquellas pacientes que teniendo antecedente de una cesárea tuvieron parto vaginal durante el periodo comprendido entre el 1 de enero de 1986 y 31 de agosto del 2000.
- También se incluyeron a todas aquellas pacientes que teniendo antecedente de una cesárea, se les realizó nuevamente cesárea durante el periodo comprendido entre el 1 de enero de 1986 y 31 de agosto del 2000.
- Feto único en presentación cefalica.
- Edad gestacional entre 37 y 41 semanas
- Membranas íntegras o ruptura de menos de 12 hrs.
- Edad de la paciente entre 19 y 36 años.
- Periodo intergésico mayor de 2 años.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

Se excluyeron todas aquellas pacientes que tenían como antecedente una de las siguientes características:

- antecedente de más de una cesárea.
- antecedente de una cirugía uterina previa o cesárea corporal.
- embarazo múltiple actual
- presentación pélvica, de cara, frente, compuesta, situación transversa.
- DPPNI.
- placenta previa.
- sufrimiento fetal
- enfermedad hipertensiva aguda del embarazo.
- desproporción cefalopélvica.
- periodo intergésico menor de 2 años.

RESULTADOS

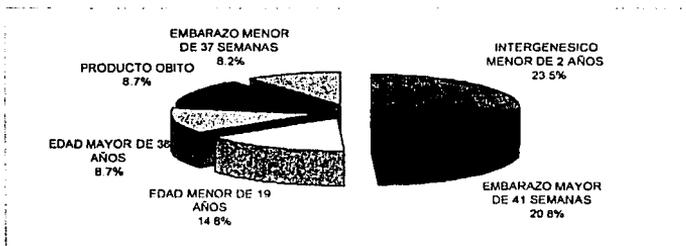
Descripción de la población general.

Se examinaron 871 expedientes de pacientes con una cesárea previa.

Con el fin de dar resultados más confiables, partiendo del hecho de revisar expediente de poblaciones que por definición no son homogéneas, se usaron medidas de tendencia central para obviar en parte esta característica de la población que se examinará.

Estas medidas de tendencia central son la moda, mediana, rango. Aquí mencionaremos la moda y mediana como medidas de tendencia central adecuadas para realizar la descripción de la población general.

De las 871 expedientes se excluyeron 183, los cuales correspondieron de la siguiente manera: periodo intergénésico menor de 2 años 48 (23.5%), embarazo mayor de 41 semanas 42 (20.8%), edad de paciente menor de 19 años 29 (14.8), edad de paciente mayor de 36 años 23 (8.7%), producto obito 22 (8.7%), embarazo menor de 37 semanas 19 (8.2%).

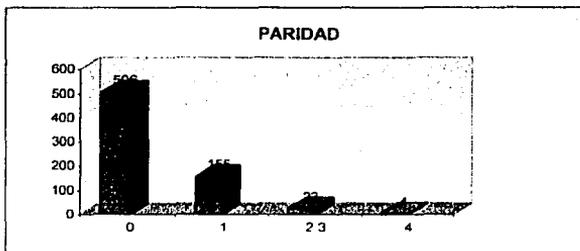


Los expedientes que se aceptaron correspondieron a 688 pacientes y a continuación se exponen los resultados.

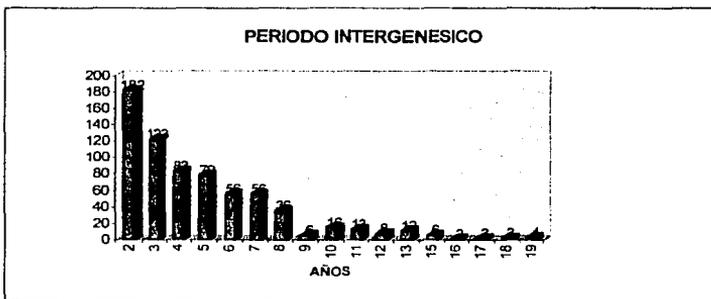
En cuanto a la edad de la población el promedio fue de 22 +/- 3 años con una mediana de edad de 22 años encontrándose el mayor porcentaje de pacientes entre 19 y 30 años (83.43%) con un rango entre 19 y 36 años.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En cuanto a los partos previos se encontró con una mediana de 0 con un mayor porcentaje de pacientes teniendo entre 0 y 1 partos (96.1%). Con rango que fluctuaba entre 0 y 7 partos.

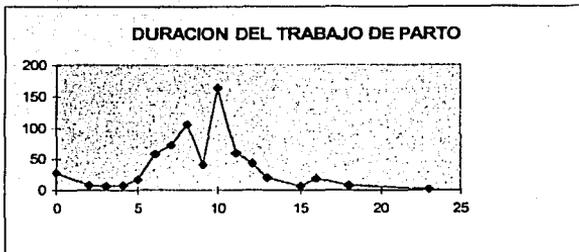


El intervalo intergénésico se encontró en su mayoría entre 2 y 7 años en un 84.1% del total de la población, ahí la mediana fue de 2 años con un rango entre 2 y 19 años. Es importante notar que el mayor porcentaje se encontró en quienes tenían un intervalo intergénésico de 2 años lo cual es completamente recomendado y aceptable por período intergénésico apropiado entre un embarazo y otro.



La mediana de edad gestacional al nacimiento fue de 38 semanas de gestación, encontrándose que el 61% de la población contaba con un embarazo entre 37 y 39 semanas al momento del parto. El rango varió entre 37 y 41 semanas. Lo anterior es muy importante ya que ésta es una de las variables con mayor influencia intercurrente para el buen o mal resultado perinatal, ya que como bien se sabe el embarazo pretérmino se asocia con mayor morbilidad y mortalidad per se, lo cual si lo aunamos

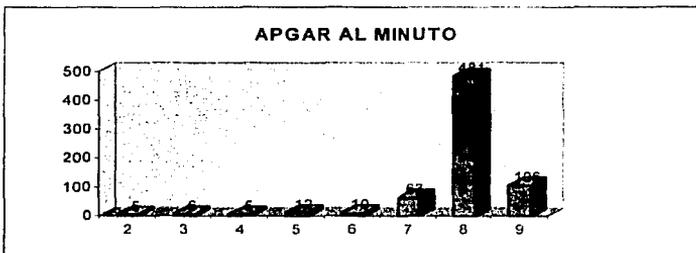
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Si recordamos la definición de duración del trabajo de parto, como el tiempo transcurrido desde que la paciente llega a la unidad tocoquirúrgica hasta la resolución del embarazo, el dato de 0 horas corresponde a las pacientes que llegaron en expulsivo.

El Apgar al 1 y 5 minutos son variables dependientes de suprema importancia para definir morbilidad perinatal, se comportó así en la población: la mediana de Apgar al minuto fue de 8, con un rango que vario entre 2 y 9 encontrándose la mayoría de la población (85.31%) con un Apgar entre 8 y 9 al minuto en sus productos.

Cabe mencionar que el Apgar bajo al minuto se encontró en pacientes que tuvieron cesárea de repetición en 56% mientras que 44% de las pacientes con parto vaginal después de cesárea tuvieron Apgar bajo al minuto.



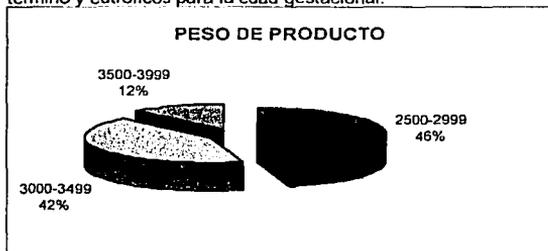
Mientras tanto con el Apgar a los 5 minutos (que entre otras cosas es el mejor valor para definir y reflejar el estado fetal al nacimiento), se encontró que la mediana de Apgar fue de 9, encontrándose el 93.45% de productos nacidos con un Apgar de 8 y 9 a los 5 minutos y con un rango que vario entre 5 y 9.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

a los "riesgos" propios de intentar un parto vaginal después de una cesárea, aumenta la morbi-mortalidad perinatal.



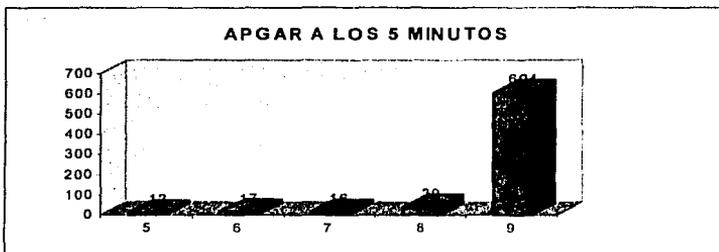
El peso al nacimiento es otra de las variables importantes para relacionarla por sí sola con una elevada morbimortalidad perinatal. El promedio de peso al nacimiento entre los productos de las pacientes fue de 3000 +- 500 gramos. Se encontró que el 87.6% de la población tuvo productos con peso entre 2500 y 3499 gramos con un rango entre 2500 y 3999 gramos. Es importante notar, que los productos se catalogaron de término y eutróficos para la edad gestacional.



En relación a la duración del trabajo de parto se encontró que la mediana de la duración del trabajo de parto fue de 10 horas encontrándose un 72.6% de la población con una duración del trabajo de parto entre 0 y 10 horas y con un rango de duración que varió entre 0 y 23 hrs.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

70



El Apgar bajo a los 5 minutos se presentó en las pacientes que tuvieron parto por cesárea de repetición, estas pacientes estuvieron más de 9 horas en trabajo de parto.

En cuanto al tipo de nacimiento, 336 pacientes tuvieron parto vaginal después de cesárea que corresponde al 48.8% de la población y 352 tuvieron cesárea repetida (51.2 %).

Se encontraron 18 indicaciones diferentes en cuanto a la indicación de la cesárea anterior, estas fueron:

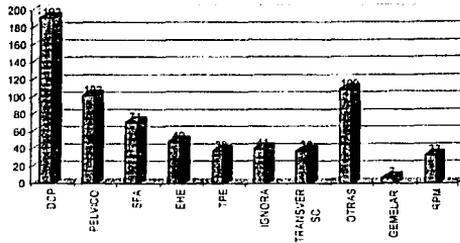
- Desproporción cefalopélvica.
- Presentación pélvica.
- Ruptura prematura de membranas.
- Desprendimiento prematuro de placenta normoinsera.
- Enfermedad hipertensiva aguda del embarazo.
- Baja reserva fetal.
- Embarazo gemelar.
- Falta de progreso de trabajo de parto.
- Producto postérmino.
- Producto pretérmino.
- Producto malformado.
- Causa desconocida.
- Sufrimiento fetal agudo.
- Retardo en el crecimiento intrauterino.
- Prolapso de cordón.
- Presentación de cara.
- Producto en situación transversa.
- Placenta previa.

De las anteriores las causas más frecuentes fueron: desproporción cefalopélvica (28%), presentación pélvica (14.8%), sufrimiento fetal agudo (10.31%), falta de progresión en el trabajo de parto (6.7%), enfermedad hipertensiva aguda del embarazo (7.2%), situación transversa (5.5%), causa desconocida (5.7%), ruptura prematura de membranas (4.8%), embarazo gemelar (1.0%) y el resto de causas representaron un total de 15.9%.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

21

INDICACION DE CESAREA ANTERIOR



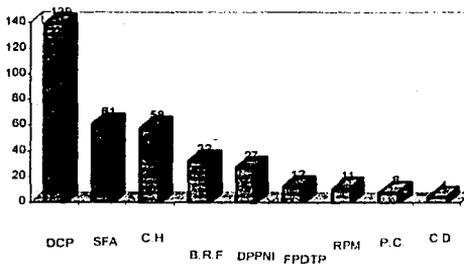
Lo anterior va de acuerdo a lo reportado en la literatura, donde se encuentra que la mayor causa de cesárea de primera vez es la desproporción cefalopélvica (10,35,36).

La indicación de la cesárea actual también fue variada, encontrándose las siguientes causas:

- desproporción cefalopélvica (DCP).
- sufrimiento fetal agudo (SFA).
- compromiso de histerografía (C.H).
- baja reserva fetal (B.R.F.).
- desprendimiento prematuro de placenta normoinsera (D.P.P.N.I.).
- falta de progresión del trabajo de parto (F.P.D.T.P.)
- ruptura prematura de membranas (R.P.M.)
- prolapso de cordón (P.C.)
- cervix desfavorable (C.D).

Las causas más frecuentes fueron desproporción cefalopélvica 39.5%, sufrimiento fetal agudo 17.32%, compromiso de histerografía 16.5%, baja reserva fetal 9.1%, desprendimiento prematuro de placenta normoinsera 7.6%, falta de progresión del trabajo de parto 3.4%, ruptura prematura de membranas 3.2%, prolapso de cordón 2.2%, cervix desfavorable 1.1%.

INDICACION DE CESAREA ACTUAL



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En relación a la morbilidad materna, se encontró ruptura uterina en 2.9% de todas las pacientes, esto representa un porcentaje de rupturas que está de acuerdo a lo reportado en la literatura mundial (6,29,30). El tipo de ruptura presentado en todos los casos fue de tipo parcial incompleta (100%).

Se encontró: infección de vías urinarias en 22 pacientes (3.2%), infección de herida quirúrgica superficial en 19 pacientes (2.7%), endometritis en 16 pacientes (2.3%), infección de herida quirúrgica profunda en 3 pacientes (0.43%), infección de episiorrafia superficial en 2 pacientes (0.29%), y pielonefritis en 1 paciente (0.14%).

Se realizaron 2 histerectomías por atonía uterina (0.29%), éste resultado esta de acuerdo a lo reportado en la literatura (32,46).

Se presento fiebre en 18 pacientes (2.6%).

Como complicación transquirúrgica se lesiono la vejiga en 13 pacientes (1.9%)

Se reportaron 24 pacientes (3.5%) que presentaron hemorragia en las que fue necesaria la transfusión por presentar síntomas de bajo gasto (33,52).

A todas las pacientes, excepto a las que llegaron en periodo expulsivo se les realizó conducción del trabajo de parto con oxitocina.

La otra variable dependiente representada por muerte fetal transparto y se presentó como ausencia de muertes fetales transparto.

Por ultimo en cuanto al tipo de fórceps más frecuentemente utilizados estuvieron: Simpson de Lee en 10 ocasiones y Salinas en 4 ocasiones.

Se aplicó en 10 ocasiones en forma profiláctica y 4 ocasiones por periodo expulsivo.

Para representar los resultados del Apgar al 1 y 5 minutos comparado con las variables intercurrentes, es necesario anotar que se tendrá en cuenta principalmente el Apgar a los 5 minutos ya que aunque esta escala de evaluación del recién nacido inicialmente se hizo para estimar el grado de asfixia, actualmente se considera útil para valorar la condición clínica del recién nacido al minuto y 5 minutos. A pesar de esto, el puntaje de Apgar a los 5 minutos traduce el grado de recuperación por la reanimación e identifica al recién nacido que necesita continuar con las medidas de reanimación porque continúa hipóxico o deprimido por algún tipo de hipoxia sostenida in útero, de ahí que sea el mejor parámetro para valorar.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

73

DISCUSION.

La tasa de cesárea aumentó en forma exagerada desde 1965 cuando era de 4.5 por cada 100 partos hasta el año de 1988 en que es mayor de 26 por cada 100 partos (10,18). En el Hospital Juárez de México se tiene una tasa de cesárea en los últimos 5 años de 35.47 por cada 100 partos.

Definitivamente está demostrado por los diferentes estudios existentes con respecto al tema, que la tasa de cesárea está principalmente influenciada por el antecedente de cesárea previa, la cual contribuye en alrededor del 50% del total del aumento (10,35,36).

Por otra parte se piensa que las principales razones para el aumento progresivo del porcentaje de cesárea por año se deba a criterios médicos que buscan en un momento dado de manera equivocada disminuir la morbilidad materna y sobre todo perinatal, aparte de los problemas médico-legales que enfrenta el obstetra, cada vez mas frecuentes.

La cesárea repetida se presentó mas frecuente en mujeres jóvenes, esto significa que la primer cesárea se está realizando en mujeres muy jóvenes.

El tipo de nacimiento del total del grupo de estudio de 688: tuvieron parto vaginal 336 (48.8%) pacientes y nuevamente se realizo cesárea en 352 (51.2%) pacientes.

En el periodo intergenesico destaca la mediana de 2 años con un rango entre 2 y 19 años lo que nos indica un riesgo reproductivo mayor.

La edad gestacional no representa un valor importante ya que fueron eliminados los productos preterminos y postmaduros, ya que lo que se investigaba era la prueba de trabajo de parto en este grupo de pacientes y sus repercusiones maternoperinatal sin que se pudieran afectar por otras causas.

En cuanto al peso al nacimiento, la mayor parte de los productos se situaron dentro de un peso entre 2500 y 3499 gramos, pesos que poco influyeron en los resultados de morbimortalidad perinatal. Todos los productos se catalogaron como de termino y eutroficos.

La duración promedio del trabajo de parto fue de 10 hrs, siendo un tiempo corto probablemente consecuencia de que todas las pacientes que ingresaron en trabajo de parto se les indico conducción con oxitocina. Este tiempo realmente variable según lo reportado en la literatura dependiendo de los antecedentes obstétricos de la paciente (23,37,50,54). Esto lo queremos destacar porque indirectamente se demuestra que puede utilizarse la oxitocina durante el trabajo de parto en este tipo de pacientes siempre y cuando sean vigiladas adecuadamente.

La indicación de cesárea anterior mas frecuente fue la desproporción cefalopélvica (28%), dato importante ya que puede determinar el éxito o buen resultado del parto vaginal subsecuente. Según autores, en general el 65 a 75% de las pacientes que se intervienen primeramente por una desproporción cefalopélvica, tienen posteriormente parto vaginal (7,25).

En el presente estudio se encontró que el 26.7% de las pacientes con cesárea previa por desproporción cefalopélvica tuvieron parto vaginal, esto ligeramente menor que lo referido por la literatura (7,25,55,56).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

24

El Apgar al minuto y 5 minutos son dos variables dependientes importantes para valorar la morbimortalidad perinatal, sin embargo aquí consideramos el Apgar a los 5 minutos porque es el que mejor refleja el estado de hipoxia in útero. En el estudio el promedio de Apgar al minuto fue de 7.9 y a los 5 minutos fue de 8.9, lo cual esta por encima de lo reportado por la literatura, donde reportan incidencias de Apgar menor de 6 (2.3%) en los nacidos por vía vaginal y de 5.9 % en los nacidos por cesárea repetida (53). En nuestro estudio se encontró que el 100% de las pacientes cuyos productos tuvieron Apgar menor de 6 a los 5 minutos fue a las que se realizó cesárea repetida.

La ruptura uterina, que constituye uno de los temores más frecuentes por los obstétricas en la literatura se informa de porcentajes de ruptura que van de 0 al 3.5% encontrándose en el Hospital Juárez de México una incidencia de 2.9% de acuerdo a lo reportado en la literatura (6,28,29,30).

La ruptura uterina solo se encontró en quienes se realizó cesárea de repetición. Lo anterior puede estar relacionado con la menor probabilidad de hacer un diagnóstico postparto, por la posibilidad de que sea pasada por alto una ruptura pequeña (ventana) a nivel del segmento al momento de hacer la revisión .

En nuestro estudio no se presentaron muertes fetales en el transporte. La literatura nos habla de una mayor mortalidad perinatal, relacionada con el alto porcentaje de prematuridad iatrogenica entre las pacientes sometidas a cesárea repetida que entre las pacientes con parto vaginal después de cesárea.

En el Hospital Juárez de México se tiene un índice de mortalidad perinatal de 2 . 3 por mil nacidos vivos del año 1996 al 2000.

Cabe mencionar que el 60.1% del índice de mortalidad neonatal corresponde a prematuros.

Como era de esperarse según el objetivo se demostró mediante el análisis y discusión anterior, que el parto vaginal después de una cesárea en este grupo de pacientes es seguro para la madre y el producto.

Se demuestra por el estudio que es seguro someter a prueba de trabajo de parto a las pacientes con embarazo de termino y de las características especificadas de la población estudiada y de esta manera disminuir la tasa de cesárea.

Consideramos que el indicar prueba de trabajo de parto en la mayoría de las pacientes no es suficiente para disminuir la tasa de operación cesárea, ya que por lo observado en el estudio se esta realizando nuevamente la cesárea, lo que nos indica tener mayor vigilancia durante la prueba de trabajo de parto y someter a la prueba de trabajo de parto a los criterios aprobados internacionalmente, porque en este estudio ante la menor sospecha de falta de progresión del trabajo de parto, sufrimiento fetal agudo o ruptura uterina se realiza la nueva cesárea.

Solo al 17.26% del total de pacientes que terminaron por parto vaginal se le realizó el bloqueo peridural.

La principal indicación de la nueva cesárea fue desproporción cefalopélvica (39.5%) seguida por sufrimiento fetal agudo (17.32%) y compromiso de histerorrafia (16.5%).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

25

CONCLUSIONES.

1. La tasa de cesárea en el Hospital Juárez de México en el periodo de estudio fue de 35.47%, ya que durante el periodo de estudio hubo 18124 nacimientos de los cuales 11695 fueron partos y 6429 cesáreas
2. La tasa de cesárea del grupo de estudio fue de 51.16 %, porque en el periodo de estudio fueron 688 nacimientos donde se resolvieron por parto vaginal 336 y por cesárea 352 pacientes.
3. La tasa de cesárea en el Hospital Juárez de México en el año 2000 fue de 35.45%, de un total de 3982 nacimientos, que terminaron en parto vaginal 2511 y por cesárea 1412 pacientes.
4. Esto indica que se incrementó el porcentaje de cesárea en el grupo de estudio pero por cesárea previa pudo ser mayor porque se excluyeron las electivas.
5. Se esta realizando la segunda cesárea en mujeres muy jóvenes, en el grupo de estudio la edad promedio de la población fue de 22 años
6. Porque la primera cesárea se realizó en mujeres aún mas jóvenes, tomando como referencia que solo se incluyeron pacientes con periodo intergenesico mayor de 2 años entonces la primera cesárea se realizo en promedio a los 19 años.
7. El repetir la cesárea en pacientes jóvenes lleva a un aumento del riesgo reproductivo con repercusión social.
8. Todas las pacientes tuvieron trabajo de parto espontáneo o prueba de trabajo de parto.
9. La duración promedio del trabajo de parto o prueba de trabajo de parto fue de 10 horas.
10. Esta duración fue por la conducción y tener un criterio muy flexible para la indicación de nueva cesárea.
11. En caso de vigilancia del trabajo de parto o en la prueba de trabajo de parto se deben cumplir los criterios internacionales para realizarla.
12. La morbilidad del grupo de estudio principal fue: ruptura uterina (2.9%), infección de vias urinarias (3.2%), endometritis (2.3%), infección de herida quirurgica profunda (0.4%), infección de episiorrafia superficial (0.2%), pielonefritis (0.1%), histerectomia (0.2%), fiebre (2.6%), lesión de vejiga (1.4%), hemorragia (3.4%) comparada internacionalmente la morbilidad materna fue baja.
13. A todas las pacientes se les indicó conducción con oxitocina.
14. Se aplico bloqueo peridural al 17.26% de las pacientes que tuvieron parto vaginal.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

15. El trabajo de parto y la prueba de trabajo de parto con oxitocina no aumentó la morbilidad por lo cual estos procedimientos fueron seguros y confiables en este grupo de estudio.
16. No hubo muertes maternas en el grupo de estudio.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Rageth JC, Juzi C, Grossenbacher H. DELIVERY AFTER PREVIOS CESAREAN: A RISK EVALUATION. *Obstet Gynecol* 1999;93:332-7.
- 2.- Caughey AB, Ashipp, TD Repke JT, Zelop C Cohen A, Lieherman E. TRIAL OF LABOR AFTER CESAREAN DELIVERY: THE EFFECT OF PREVIOS VAGINAL DELIVERY. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 179: 938-41.
- 3.-Ravasia DJ, Brain PH, Pollard JK. INCIDENCE OF UTERINE RUPTURE AMONG WOMEN WITH MULLERIAN DUCT ANOMALIES WHO ATTEMPT VAGINAL BIRTH AFTER CESAREAN DELIVERY. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 181: 877-81.
- 4.- Cowan RK, Kinch RAH, Ellis B, Anderson R. TRIAL OF LABOR FOLLOWING CESAREAN DELIVERY. *Obstet Gynecol* 1994; 83: 933-8.
- 5.- Miller DA, Diaz FG, Paul RH. VAGINAL BIRTH AFTER CESAREAN: A 10-YEAR EXPERIENCE. *Obstet Gynecol* 1994; 84: 255-8.
- 6.- Flamm BL, Goings JR, Liu Y, Wolde-Taadik G. ELECTIVE REPEAT CESAREAN DELIVERY VERSUS TRIAL OF LABOR: PROPECTIVE MULTICENTER SUTDY. *Obstet Gynecol* 1994; 83: 927-32.
- 7.- Flamm BL, Newman LA, Thomas SJ, Fallon D, Yoshida M. VAGINAL BIRTH AFTER CESAREAN DELIVERY: RESULTS OF A 5-YEAR MULTICENTER COLLABORATIVE STUDY. *Obstet Gynecol* 1990; 76: 750-4.
- 8.-Caughey AB, Shipp,TD, Repke JT, Zelop CM, Cohen A, Lieberman E. RATE OF UTERINE RUPTURE DURING A TRIAL OF LABOR IN WOMEN WIHT ONE OR TWO PRIOR CESAREAN DELIVERIES. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 181: 872-6.
- 9.- Zelop CM, Shipp TD, Repke JT, Cohen A, Caughey AB, Liberman E. UTERINE RUPTURE DURING INDUCE OR AUGMENTED LABOR IN GRAVID WOMEN WITH ON PRIOR CESAREAN DELIVERY. *Am J Obstet Gynecol.* 1999; 181:882-6.
- 10.- Guzman R, Gonzalez M, Villa F. ¿ QUE HACER PARA REDUCIR EL NUMERO DE CESAREAS ?. *Ginec. Obst. Mex.* 1997; 65:273-6.
- 11.-Cerda J, Benavides L, Martinez E. ATENCION DEL PARTO DESPUES DE CESAREA. *Ginec. Obst. Mex.* 1994; 62: 312-4.
- 12.- Rosen MG, Dickinson JC, Westhoff CL. VAGINAL BIRTH AFTER CESAREAN: A META-ANALISIS OF MORBIDITY. *Obstet Ginecol* 1991; 77: 465-9.
- 13.- Flamm BL, Lim OW, Jones C, Fallon D, Newman LA, Mantis K. VAGINAL BIRTH AFTER CESAREAN SECTION: RESULTS OF A MULTICENTER STUDY. *Am J Obstet Gynecol* 1988; 158; 1079-84.
- 14.-Flamm BL. VAGINAL BIRTH AFTER CESAREAN SECTION: CONTROVERSIES OLD AND NEW. *Clin Obstet Gynecol* 1985; 28: 735-45.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

78

15.- Nielsen TP, Ljungbland U, Hagberg H. RUTPURE AND DEHISCENCE OF CESAREAN SECTION SCAR DURING PREGNANCY AND DELIVERY. Am J Obstet Gynecol. 1989;160: 569-73.

16.- Fraser W, Mausell E, Hodnett E, Moutquin J. RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL OF A PRENATAL VAGINAL BIRTH AFTER CESAREAN SECTION EDUCATION AND SUPORT PROGRAM. Am J Obstet Gynecol 1997; 176: 419-25.

17.- Rosemberg P, Goffinet F, Philipe HJ, Nisand I. THICKNESS OF THE LOWER UTERINE SEGMENT: ITS INFLUENCE IN THE MANAGEMENT OF PATIENTS WITH PREVIOS CESAREAN SECTIONS. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1999; 87: 39-45.

18.-De la Garza C, Celaya JA, Hernandez C. PARTO DESPUES DE CESAREA EN EL HOSPITAL DE GINECOOBSTETRICIA DE GARZA GARCIA, N.L. Ginec Obst. Mex. 1997; 65: 126-30.

19.-Guzman A, Alfaro N, Perez JF; De Alba AM. INTENTO DE PARTO VAGINAL EN 1000 PACIENTES CON ANTECEDENTE DE UNA CESAREA PREVIA EN EL ANTIGUO HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA. Ginec. Obst. Mex. 1998; 66: 325-29.

20.-Cabezas E, Delgado A, Morales A, Perez G. COMPORTAMIENTO DE LA CESAREA EN LA SSA DURANTE EL PERIODO 1990-95. Ginec. Obst. Mex. 1998; 66: 335-8.

21.-Scott JR, MANDATORY TRIAL OF LABOR AFTER CESAREAN DELIVERY: AN ALTERNATIVE VIEWPOINT. Obstet Gynecol 1991; 77:811-4

22.- Jones RO, Nagashima AW, Harnett-Goodman MM, Dgoodlin RC. RUPTURE OF LOW TRANSVERSE CESAREAN SCARS DURING TRIAL OF LABOR. Obstet Gynecol 1991; 77: 815-7.

23.- Pritchard J, MacDonald P. OPERACIÓN CESAREA CON HISTERECTOMIA Williams Obstetricia. 1996 4ª edición. Edit. Masson. Pp: 579-85.

24.- ACOG Committe on Ostetric: VAGINAL DELIVERI AFTER A PREVIOS CESAREAN BIRTH. Int J Gynecol Obstet 1995; 48: 127-9.

25.- Kirk PE, Doyle KA, Leight J. VAGINAL BIRTH AFTER CESAREAN OR REPEAT CESAREAN SECTION: MEDICAL RISK OR SOCIAL REALITIES?. Am J Obstet Gynecol 1990; 162: 1398-405.

26.- Pridjian G. TRABAJO DE PARTO CON CESAREA. Clínicas de obstetricia y Ginecología. Madrid: Interamericana; 190: 429-38.

27.- Lavin PJ. PARTO VAGINAL DESPUES DEL NACIMIENTO POR CESAREA: PREGUNTAS QUE SE FORMULAN CON FRECUENCIA. Clínicas de Perinatología: Obstetricia operatoria. 1ª. Edición Madrid: Interamericana 1983; 437-49.

28.- Phelan J. ROTURA DE UTERO. Clínicas Obstétricas Ginecológicas. Madrid: Interamericana, 1990:421-25.

29.-Beckley J, Gee H, Newton JR. SCAR RUPTURE IN LABOR AFTER PRTEVIOS LOWER UTERINE SEMENT CESAREAN SECTION: THE ROLE OF UTERINE ACTIVITY MEASUREMENT. Br J Obstet Gynecol 1991; 98:265-769.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

29

- 30.- Farmer RM, Potter D, Strong TH. UTERINE RUPTURE DURING TRIAL OF LABOR AFTER PREVIOS CESAREAN SECTION. Am J Obstet Gynecol 1991; 165: 998-1001.
- 31.-Rosen MG, Dickinson JS, Websthoof CL. VAGINAL BIRTH AFTER CESAREAN: METAANALYSIS OF MORBIDITY AND MORTALITY. Obstet Gynecol 1991; 77: 465-70.
- 32.- Gibbs CE. PARTO VAGINAL PLANEADO DESPUES DE OPERACION CESAREA. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas: Actualización sobre obstetricia operatoria vol 2, 1ª edición. Editorial Interamericana 1980 ;Madrid.
- 33.- Leung AS, Leung EK, Paul RH. UTERINE RUPTURE AFTER PREVIOS CESAREAN DELIVERY: MATERNAL AND FETAL CONSEQUENCES. Am J Obstet Gynecol 1993; 169: 945-50.
- 34.-Chez R. MADURACION CERVICAL E INDUCCION DEL TRABAJO DE PARTO CON ANTECEDENTE DE CESAREA. Clínicas obstétricas y ginecológicas. Vol 2. 1ª edición. Editorial Interamericana 1995, Madrid.
- 35.- Olivares MA, Santiago RJ, Cortez RP. FRECUENCIA E INDICACION DE LA CESAREA EN EL HOSPITAL CENTRAL MILITAR. Ginec. Obst. Mex. 1996; 64: 79-84.
- 36.- Uribaren BO, Evangelista SC. CESAREA: SU FRECUENCIA E INDICACIONES. Ginec. Obst. Mex. 1993; 61: 168-70.
- 37.- Ahued JR, Fernandez del Castillo C. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA APLICADAS. 2000. 1ª edición. JGH EDITORES. Pp 170-74.
- 38.- Angeles WD, Villalobos RM, Valdez MJ, Castro CF. ESTADO ACTUAL DE LA CESAREA EN EL HOSPITAL DE GINECOOBSTETRICIA " LUIS CASTELAZO AYALA" SU EVOLUCION EN CUATRO DECADAS. Ginec. Obst. Mex. 1986; 54: 67-71.
- 39.-Rodriguez RS, Sanginez MA, Miranda AO. CESAREA DE REPETICION. Ginec. Obst. Mex. 1982; 50: 153-56.
- 40.- Garcia LA, Ramirez PD, Alvarado DA. MANEJO DE LA PACIENTE OBSTETRICA CON ANTECEDENTE DE UNA CESAREA. ANALISIS DE 1,527 CASOS. Ginec. Obst. Mex. 1979; 45: 223-241.
- 41.- Adair CD, Sanchez-Ramos L, Whitaker D, Mc Dyer C. TRIAL OF LABOR IN PATIENTS WITH A PREVIOUS LOWER UTERINE VERTICAL CESAREAN SECTION. Am J Obstet Gynecol 1996; 174: 966-70.
- 42.- Scott J. MANDATORY TRIAL OF LABOR AFTER CESAREAN DELIVERI. AN ALTERNATIVE VIEWPOINT. Obstet Gynecol 1991; 77: 811-814.
- 43.- Weinstein D, Benshusman A, Tanos V, Zilberstein R. PREDICTIVE SCARS FOR VAGINAL BIRTH AFTER CESAREAN SECTION. Am J Obstet Gynecol 1996; 174: 192-8.
- 44.- Janes RO, Nagashima AW, Hartnett-Goodman MM, Goodlin RC. RUPTURE OF LOW TRANSVERSE CESAREAN SCARS DURING TRIAL OF LABOR. Obstet Gynecol 1991; 77: 815-7.
- 45.- Cowan RK, Kinch RA, Ellis B, Andersen R. TRIAL OF LABOR FELLOWING CESAREAN DELIVERY. Obstet Gynecol 1994; 83: 933-6.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN 30

- 46.- Phelan JP, Ock M, Diaz F. TWICE A CESAREAN, ALWAYS A CESAREAN ?
Obstetrics and Gynecology 1989; 73: 161-165.
- 47.- Chelmow D, Laros RK. MATERNAL AND NEONATAL OUTCOMES AFTER AXYTOCIN AUGMENTATION IN PATIENTS UNDERGOING A TRIAL OF LABOR AFTER PRIOR CESAREAN DELIVERY. Obstetrics and Gynecology 1992; 80: 966-71.
- 48.- Taylor A, Sellar S, Ah-Moye M. A PROSPECTIVE RANDOM ALLOCATION TRIAL TO COMPARE VAGINAL PROSTAGLANDIN E2, WITH INTRAVENOUS OXYTOCIN FOR LABOUR INDUCTION IN WOMEN PREVIOUSLY DELIVERED BY CESAREAN SECTION. J Obstet Gynecol 1993; 13: 333-336.
- 49.- Jakobi P, Zimmer E. OXYTOCIN ADMINISTRATION AND UTERINE EXPLORATION IN THE MANAGEMENT OF VAGINAL BIRTH AFTER CESAREAN. NOT ROUTINE PROCEDURES. Am J Obstet Gynecol 1989: 1538-9.
- 50.- Danforth D. EL PARTO QUIRURGICO, Pernoll M, Benson R. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO GINECOOBSTETRICO. 1989. 5ª edición. Edit. El manual Moderno.
- 51.- DIRECCION GENERAL DE SALUD REPRODUCTIVA, SSA. LINEAMIENTO TECNICO PARA LA INDICACION Y PRACTICA DE LA OPERACION CESAREA. 2000 1ª edición.
- 52.- DIRECCION GENERAL DE SALUD REPRODUCTIVA, SSA. LINEAMIENTO TECNICO PARA LA PREVENCION DIAGNOSTICO Y MANEJO DE LA HEMORRAGIA OBSTETRICA. 2000 1ª edición.
- 53.- Burt R, Vaugahn T: EVALUATING RISKS OF CESAREAN SECTION: LOW APGAR SCORES IN REPEAT C-SECTION AND VAGINAL DELIVERIES. Am J. Public Health 1988; 78:1312-314.
- 54.- Martín J, Morrison J. PARTO VAGINAL DESPUES DE CESAREA: ABOLICION DE LA CESAREA REPETIDA SISTEMATICA. Ginecología y Obstetricia. Temas actuales. Cesárea 1988; Vol 4. 1ª edición Edit. Interamericana.
- 55.- Placek P, Taffel S. VAGINAL BIRTH AFTER CESAREAN (VBAC) IN THE 1980s. Am J Public Health 1988; 78: 512-15.
- 56.- Taffel S, Placek P. CESAREAN RATES INCREASES IN 1985. Am J Public Health 1987; 77: 241-42.
- 57.- Pineda GE, Franco SM. OPERACION CESAREA. 25 AÑOS DE SU EVOLUCION EN EL HOSPITAL REGIONAL " 20 DE NOVIEMBRE " ISSSTE. Ginec Obtet Mex. 1990; 58: 59-64.
- 58.- Weinstein D, Benschushan A, Ezra Y, Rojansky N. VAGINAL BIRTH AFTER CESAREAN SECTION: CURRENT OPINION. Int J Gynecol Obstet 1965; 53: 1-10.
- 59.- Craigin F. CONSERVATISM IN OBSTETRICS. N Y State J Med 1916; 104: 1.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

31