

11217



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIO DE POSTGRADO

**PARTO VAGINAL DESPUÉS DE CESÁREA PREVIA,
EXPERIENCIA DE 2 AÑOS EN PACIENTES DE LA UNIDAD DE
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL DE
MÉXICO**

T E S I S

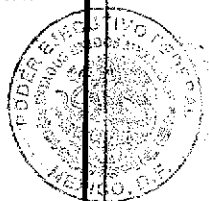
Que para obtener el Título de

ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

MARTHA ALEJANDRA SAMPERIO FOSADO

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO



DIRECCIÓN DE ENSEÑANZA



0351695

ASESOR DE TESIS

DR. FAUSTO CORONEL CRUZ

Jefe de Investigación de la Unidad 112
Ginecología y Obstetricia

2005



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).

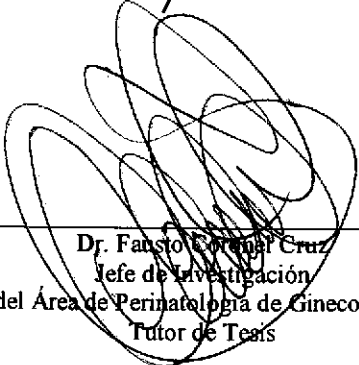
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

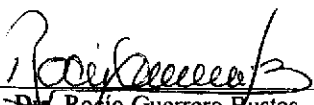
Secretaría de Salud
Hospital General de México, O. D.
Unidad de Ginecología y Obstetricia


Dr. Gregorio Magaña Contreras
Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia

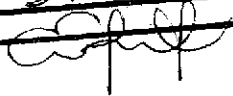

DIVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.


Dr. Guillermo Oropeza Rechy
Profesor Titular del Curso de Posgrado en Ginecología y Obstetricia


Dr. Fausto Coronel Cruz
Jefe de Investigación
Coordinador del Área de Perinatología de Ginecología y Obstetricia
Tutor de Tesis


Dra. Rocio Guerrero Bustos
Jefe de Enseñanza de Ginecología y Obstetricia

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: martha A. Scumpeno Fosado
FECHA: 29-09-05
FIRMA: 

AGRADECIMIENTOS

A los Doctores Guillermo Oropeza, Antonio Guerrero y Gregorio Magaña, por darme la oportunidad de ser parte de esta institución y formarme en ella como especialista.

A mis Médicos de Base, por su apoyo y enseñanza, todos y cada uno de los que he aprendido, y que han sido ejemplo para seguir adelante.

A mis compañeros residentes, quienes me apoyaron y brindaron su amistad, Citlalli Cortés, Erika Alemán, Carlos Ortega, Rosaura Aguirre, Lorena Balladares, José Rodríguez, especialmente Abigail Camacho.

A mis amigos y compañeros de guardia, con cariño, Gabriel Gallo, Eric Gómez, Leonel Vargas, Judith Pallares, Hugo Fajardo, Radamés Rivas, Elvira Villa, Baruch Zúñiga, Blanca Vega, Alejandra Vera, Ignacio Reyes. Por estar siempre: Beatriz Martínez, Bruno Grifaldo, Arturo Díaz, y en especial Manuel Villegas y Jessica Valdés.

A las pacientes del Hospital General de México, siendo motivo de esfuerzo, dedicación y fuente inagotable de enseñanza.

Al personal de enfermería por su paciencia y disponibilidad.

Al departamento de Estadística, Dra. Elvira Espinoza, y al Archivo de expedientes clínicos de la Unidad 112.

Para mis padres y hermanos, con todo mi amor, y agradecimiento,
por su compañía y apoyo incondicional para lograr un objetivo más.

Para Carlos, por ser parte de esta experiencia desde
antes de iniciar, por su gran comprensión
y amor, por estar siempre.

**PARTO VAGINAL DESPUÉS DE CESÁREA
PREVIA, EXPERIENCIA DE 2 AÑOS EN
PACIENTES DE LA UNIDAD DE GINECOLOGIA Y
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL DE
MÉXICO.**

ÍNDICE

Introducción	8
Planteamiento del problema	10
Objetivos	11
Marco Teórico	12
Material y Métodos	18
Resultados	20
Discusión	24
Conclusiones	26
Gráficas estadísticas	27
Bibliografía	41
Hoja de recolección de datos	43

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas ha habido un aumento notable en el índice de cesáreas en la mayoría de los países incluyendo el nuestro, pasando de una incidencia de 5 a 7% en la década de los 60, a cifras de 15 a 20% en la década de los 80 y del 40 a 45% en la década actual. (5)

Datos recientes proporcionados por el departamento de Estadística del Hospital General de México informan que durante el año 2002 se realizaron 2528 cesáreas y en el año 2003 la cifra aumentó a 2604.

Uno de los grandes conflictos obstétricos es sin lugar a dudas poder someter a trabajo de parto a una paciente que tiene una cesárea; lo que se convierte en un tema de análisis, de controversia médica, sociocultural y médico legal.

La afirmación escrita por Craigin en 1916 que dice "una vez cesárea, siempre cesárea" tuvo una gran repercusión en todos los centros de obstetricia por el gran número de seguidores de esta conceptualización, se sabe que este aforismo se consideró una ley puesto que por aquella época la mayoría de las cesáreas se efectuaban mediante una cesárea corporal clásica, no se contaba con los antibióticos ni transfusiones, la morbimortalidad materna y fetal era elevada así como los riesgos de ruptura uterina. Con el advenimiento de la técnica de Kerr, este riesgo se ha reducido notablemente. (11)

Hubo quien alertaba a los obstetras del aumento de la morbilidad en las pacientes que habían terminado su embarazo por medio de una cesárea. Lee escribió que "es un hecho evidente que se están practicando demasiadas cesáreas, ya que las indicaciones se están estableciendo con mucha ligereza y se están operando mujeres que no se deberían exponer a los riesgos de un nacimiento por la vía abdominal". (13)

Actualmente existe una gran tendencia para disminuir la tasa de cesáreas, siendo un punto frecuente de discusión sin sacrificar los criterios aceptados como seguros en obstetricia. Es decir, según diversas investigaciones, se confirma que el permitir trabajo de parto a las pacientes con cesárea previa es tan seguro como en aquellas pacientes sin cirugía anterior, siempre y cuando se seleccionen adecuadamente los casos y se respeten algunos requisitos establecidos para este propósito.

Para tener las posibilidades de parto el obstetra tiene que llevar a cabo un análisis individual de cada caso. Esto incluye entre otros aspectos, el tipo de cesárea efectuada, el diagnóstico que motivó la cesárea y la evolución postoperatoria.

Todo médico que intente un parto vaginal en pacientes con cesárea previa deberá tener en mente que ante cualquier duda la cesárea de repetición es obligada y que siempre un quirófano equipado debe estar disponible.

De los principales motivos que se mencionan en la literatura para no dar parto después de cesárea es evidente que la ruptura uterina es el principal por lo que durante la década de los 80 se efectuaron múltiples estudios en la búsqueda de encontrar que esto no era significativo y la gran conclusión fue que efectivamente el riesgo era mínimo y el parto después de cesárea podía llevarse a cabo siempre y cuando la cicatriz uterina fuese transversal segmentaria. (10)

En cuanto al uso de oxitócicos, Flamm y cols. han demostrado que no hay incremento de rupturas uterinas comparados con los casos en que no se utilizan oxitócicos, el porcentaje de partos vaginales es superior y además, la mortalidad materna y perinatal no se aumenta. En relación a las prostaglandinas, también se ha discutido su uso ya que produce hipertonia uterina y el consiguiente riesgo de ruptura. (5)

Con base a las recomendaciones de el Colegio Americano de Ginecólogos y Obstetras, se sugiere someter a todos los casos con cesárea previa a intento de parto vaginal salvo que exista alguna de las siguientes circunstancias: que persista la indicación que motivo las cesárea anterior, que la cesárea fuese clásica o se desconozca el tipo de la misma, que el feto tenga un peso aproximado de 4000 gramos o mas, que no exista alguna contraindicación para el parto vaginal o que no se pueda monitorizar el parto. (1)

Cabe recordar que la oportunidad de parto en una paciente con cesárea previa puede generar complicaciones, tales como la dehiscencia de la histerotomía con o sin prolongación de esta última al resto del útero; la frecuencia de esta complicación es realmente muy baja, de tal manera que el riesgo beneficio es mas positivo que negativo. Clínicamente, las pacientes se quejan de dolor en el sitio de la cicatriz, dolor en la proyección de los ligamentos redondos en ambas fosas iliacas, distocia de la contractilidad uterina, modificaciones en la presión diferencial, hipotensión severa, cambios en la frecuencia cardiaca fetal que regularmente se presenta como taquicardia inicial seguida de bradicardia progresiva hasta la muerte del feto.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La epidemia de la cesárea estalló a mediados de la década de los ochenta. En Estados Unidos el índice de cesáreas se situó alrededor de 25%, en nuestro país la frecuencia osciló entre 16 y 24%. Desde entonces, múltiples informes de la literatura se han dado en un intento desesperado por disminuir dicho incremento. (2)

Las explicaciones de tal aumento son diversas. Se mencionan factores importantes a las características maternas, a las complicaciones propias del embarazo, al estado de salud fetal y a las complicaciones del trabajo de parto y vía de nacimiento.

Por otra parte, los problemas médico legales a los cuales nos hemos enfrentado los obstetras en los últimos años, han creado un fenómeno conocido como "medicina a la defensiva" en donde la operación cesárea juega un papel preponderante.

Sin lugar a dudas uno de los logros más importantes de la obstetricia moderna es el parto después de cesárea. Entre 1980 y 1985, 48% del incremento en el índice de cesárea se debió a la cesárea de repetición. Datos actuales sustentan que el nacimiento vía vaginal después de cesárea tiene un porcentaje de éxito cercano a 80%. (10)

¿Qué datos de morbilidad materno fetal se presentaron en casos de atención de parto vaginal en pacientes con cesárea previa?

¿Existe beneficio real en el pronóstico materno y fetal en aquellas pacientes que se les dio oportunidad de parto vía vaginal después de cesárea?

¿Qué factores deben tomarse en cuenta para decidir la vía de nacimiento en pacientes con cesárea previa?

¿Qué complicaciones se presentaron en casos de parto vaginal después de cesárea?

OBJETIVOS

Conocer la morbimortalidad materna y fetal en las pacientes a quienes se les dio la oportunidad de parto vaginal después de cesárea en la Unidad de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de México

Determinar los principales riesgos y beneficios presentados en casos de atención de parto vaginal después de cesárea.

Establecer criterios de selección de casos en los que se permitió la oportunidad de trabajo de parto en pacientes con cesárea previa.

Realizar un abordaje global para aumentar la atención de parto vaginal después de cesárea con la intención de disminuir la práctica exagerada de una cesárea de repetición.

Comunicar la experiencia acumulada de nuestra institución en relación al intento de parto vaginal en pacientes con antecedente de una cesárea previa.

MARCO TEÓRICO

El número cada vez mayor de mujeres con partos por cesárea repetida ha sido una de las principales razones para el incremento constante del índice en Estados Unidos durante los últimos 20 años. Sin embargo, ya no se asume que en todas las mujeres que han sufrido una cesárea debe repetirse esta intervención en un parto siguiente. Hoy en día, es consenso general aconsejar un ensayo de trabajo de parto y que la mayor parte de los casos sobrepasa el riesgo. En consecuencia, está disminuyendo el número de cesáreas repetidas y más mujeres con cesáreas previas tiene partos vaginales. (11)

Después del entusiasmo suscitado por el nacimiento vaginal después de una cesárea, las organizaciones de cuidado administrado han exigido que todas las mujeres que han padecido partos por cesárea con anterioridad deben someterse a una prueba de trabajo de parto. Aunque clínicamente está indicado repetir algunas cesáreas. El sentido común y el juicio clínico son factores importantes para decidir si en cada caso específico lo más adecuado es la prueba de trabajo de parto o una nueva cesárea.

La aceptación de un parto vaginal después de una cesárea varía enormemente entre las pacientes y también se relaciona con la forma en que lo presenta el médico. Desde luego, es razonable alentar a las mujeres para que lleven a cabo una prueba de trabajo de parto, en un ambiente seguro pero deben discutirse con honestidad las posibles complicaciones. Aproximadamente el 40 a 50% de las mujeres que son elegibles para un trabajo de parto lo rehúsa en favor de una nueva cesárea. Lo cual es más común cuando el trabajo de parto anterior a la cesárea fue prolongado y doloroso y la paciente teme una situación similar.

SEGURIDAD

Es posible encontrar múltiples informes sobre los beneficios y seguridad del parto vaginal después de una cesárea. Sin embargo, estudios recientes sugieren que quizá está indicada una conducta más selectiva y cautelosa para este tipo de nacimiento. Una de la series demuestra que es más probable que haya complicaciones mayores en mujeres que se someten a una prueba de trabajo de parto que en quienes eligen repetir una cesárea. Hasta hace algún tiempo se concedió poca atención a la incidencia mayor de infección y morbilidad en mujeres en las que fracasa un trabajo de parto. Los niños que nacen por una nueva cesárea después de fracasar dicha prueba también tienen índices mayores de infecciones.

CONSIDERACIONES ANTES DEL TRABAJO DE PARTO

Casi todos los estudios sobre el nacimiento vaginal después de un parto por cesárea se han llevado a cabo en centros universitarios o de tercer nivel bajo condiciones ideales con protección del personal y anestesia en el hospital.

No obstante, en la mayoría de las pacientes obstétricas en Estados Unidos, el parto se realiza en sitios en los que puede ser limitado el personal. Se han efectuado pocos estudios con números suficientes de pacientes para determinar los resultados en hospitales rurales. El médico tiene la responsabilidad de proporcionar un ambiente seguro si se va a practicar el parto por vía vaginal con una cesárea anterior. (13)

Aunque en los estudios iniciales se seleccionó de manera cuidadosa a las pacientes, ha habido una tendencia a aumentar la lista de estados obstétricos en los que se recomienda el nacimiento vaginal después de una cesárea. Estas situaciones incluyen múltiples cesáreas previas, cicatriz uterina desconocida, presentación pélvica, embarazo gemelar, embarazo prolongado y sospecha de macrosomía. A pesar de que se ha publicado éxito en series pequeñas, antes de intentar un parto vaginal con cesárea previa se requiere de un análisis cuidadoso individualizado del riesgo de un resultado final adverso.

PREPARACIÓN

Los informes de rupturas uterinas que han dado lugar a muertes perinatales y niños con deterioro neurológico apoyan una conducta sensata en la selección cuidadosa de las pacientes y la asesoría sobre los riesgos y posibles secuelas de la prueba de trabajo de parto. En la preparación es aconsejable una asesoría amplia, imparcial y real e iniciarla en un momento temprano del embarazo. Si hay duda sobre el tipo de incisión previa, debe obtenerse de ser posible el expediente médico. Suele aceptarse en forma general que las contraindicaciones para una prueba de trabajo de parto con una cicatriz vertical que se extiende hacia el segmento superior del útero y una cicatriz en forma de T.

La paciente también debe saber que es posible que surjan problemas durante el curso del embarazo que podrían requerir un nuevo parto por cesárea. Después de una valoración apropiada, debe comentarse con la mujer el posible éxito y la seguridad del trabajo de parto y documentarse en el expediente prenatal. Cuando se decide intentar un parto vaginal, es necesario alentar y apoyar a la paciente. No son apropiados reglamentos globales para la prueba de trabajo de parto después de una cesárea porque no se consideran factores de riesgo individuales. (6)

Éxito del trabajo de parto

En la mayor parte de las series publicadas se indica que aproximadamente el 60 a 80% de las pruebas de trabajo de parto posterior a una cesárea da lugar a nacimientos vaginales satisfactorios. Sin embargo, estos índices de éxito representan por lo general a una

población seleccionada. Con frecuencia se ha excluido a pacientes por considerar que no son candidatas a ser sometidas a una prueba de trabajo de parto y no siempre se indica el porcentaje exacto de las mujeres que experimentan trabajo de parto.

En mujeres cuya primera cesárea se practicó por una indicación no recurrente, el índice de éxito de partos vaginales es similar a la incidencia total de los mismos en pacientes con trabajo de parto que no se han sometido a una cesárea con anterioridad. Una persona que ha tenido un parto vaginal cuando menos una vez antes o después de su cesárea también es más probable que tenga éxito en la prueba de trabajo de parto en comparación con una paciente que aún no ha tenido un parto vaginal.

Muchas pacientes con diagnóstico previo de distocia pueden tener un parto vaginal, pero el porcentaje es consistentemente más bajo (50 a 70%) que en quienes hay indicaciones no recurrentes. Indudablemente, el índice más bajo se relaciona con la rigidez y precisión de la indicación original. Aunque pueden ser útiles los sistemas de calificación, no se ha identificado un medio del todo seguro para predecir si tendrá éxito un trabajo de parto. (3)

Pacientes candidatas a nacimiento vaginal después de una cesárea

Selección

Los siguientes criterios son útiles para identificar a pacientes y estados que posiblemente predigan mejor una prueba de trabajo de parto seguro y exitoso:

1. Una cesárea transversas previas en el segmento bajo.
2. Pelvis clínicamente adecuada en relación con el tamaño fetal.
3. Ausencia de otras cicatrices uterinas, anomalías o ruptura previa del útero.
4. Consentimiento de la paciente.
5. Disponibilidad del médico durante todo el trabajo de parto capaz de vigilarlo y llevar a cabo una cesárea.
6. Disponibilidad de anestesia y personal para una cesárea de urgencia.

Contraindicaciones

Existen otras circunstancias en las cuales es posible que el riesgo de un resultado final adverso sobrepase las ventajas del trabajo de parto:

1. Incisión típica o en forma de T previa u otra operación uterina transmural. No se acepta plenamente si debe fomentarse una prueba de trabajo de parto después de una incisión vertical baja.
2. Desproporción cefalopélvica, macrosomía, o ambas.
3. Complicación médica u obstétrica que impide un parto vaginal.
4. Rechazo por la paciente.
5. Incapacidad para practicar de inmediato una cesárea de urgencia por falta de disponibilidad de un cirujano o anestesia, personal o instalaciones adecuados.

Atención del trabajo de parto

Aún hay relativamente poca información sobre la forma en que debe conducirse el trabajo de parto. Siendo más seguro que sea realizado en instalaciones en las que se disponga en forma constante de anestesiólogos, obstetras y banco de sangre. Cada hospital debería desarrollar un protocolo para el manejo del parto vaginal posterior a una cesárea. Un régimen razonable incluye las medidas siguientes:

- ◆ Vía intravenosa permeable
- ◆ Ayuno
- ◆ Monitorización fetal continua
- ◆ Anestesiólogos, obstetras y neonatólogos.

Analgesia

Existen pocas contraindicaciones para la anestesia epidural y el alivio adecuado del dolor puede alentar a un porcentaje mayor de mujeres para que elijan el trabajo de parto. La analgesia epidural rara vez oculta los signos y síntomas de ruptura uterina y los índices de éxito en el parto vaginal son similares a los que se han obtenido en mujeres que reciben otros tipos de alivio del dolor.

Atención intraparto

En una mujer que ha tenido una cesárea quizá sea preferible un trabajo de parto espontáneo. Una vez que se ha iniciado este último, debe valorarse y vigilarse de inmediato a la paciente.

Es necesario que esté presente personal familiarizado con las posibles complicaciones del parto vaginal posterior a cesárea y que puede establecer vigilancia estrecha en caso de sufrimiento fetal y progreso inadecuado del trabajo de parto. Si la paciente tuvo antes una cesárea por sufrimiento fetal, es posible que la vuelva a tener. Debido a que en 20 a 50% no tiene éxito el trabajo de parto, estas mujeres deben considerarse con alto riesgo de sufrir problemas durante el mismo. Cuando la cesárea previa se debió a distocia, es en especial importante el diagnóstico temprano de un trastorno subsecuente del trabajo de parto a fin de evitar el riesgo añadido de un trabajo de parto complicado. En general, debe valorarse el progreso del trabajo de parto mediante criterios estándar utilizados para nulíparas si no ha habido nacimientos vaginales previos y los criterios para múltiparas si ya han tenido partos por vía vaginal. (7)

Oxitocina

Muchas veces se sospecha que la oxitocina es un factor que causa ruptura uterina. Aunque en un metaanálisis no se encontró relación entre el uso de oxitocina y la ruptura de una cicatriz uterina, varios estudios recientes indican que los ritmos de venoclisis de oxitocina altos representan mayor riesgo para las pacientes. Por consiguiente, debe utilizarse con cautela para inducir o aumentar el trabajo de parto con el objeto de evitar la hiperestimulación. (16)

Parto

No existe ningún aspecto unánime acerca de un parto después de una prueba para éste. No hay acuerdo general sobre la necesidad de explorar de manera rutinaria el útero después de un parto vaginal satisfactorio. Por lo regular, es difícil palpar la separación de la cicatriz, que rara vez origina una hemorragia importante. Desde luego, una hemorragia vaginal excesiva o signos de hipovolemia durante el parto requieren una valoración completa de la cicatriz previa y la totalidad de las vías genitales.

Ruptura uterina

La complicación más importante del parto vaginal con una cesárea anterior es la ruptura de la cicatriz uterina, que pone en peligro tanto a la madre como al hijo.

El mejor indicador de la seguridad del trabajo de parto después de una cesárea es la localización de la cicatriz uterina previa íntegra.

La dehiscencia de la cicatriz se define como una abertura de la misma con peritoneo visceral suprayacente intacto y sin expulsión del contenido intrauterino. Este tipo de separación de la cicatriz rara vez causa hemorragia o un problema clínico mayor. La ruptura incompleta o parcial se refiere a una abertura de la cicatriz previa, pero no del peritoneo que la recubre, y la extrusión extraperitoneal del contenido intrauterino, con frecuencia hacia el ligamento ancho. Una ruptura completa es una separación de la cicatriz previa y el peritoneo que la recubre con expulsión del contenido intrauterino hacia la cavidad abdominal.

Las rupturas espontáneas antes del trabajo de parto se relacionan más a menudo con incisiones típicas. Las rupturas uterinas durante el parto que exigen tratamiento urgente ocurren en cerca de 0.5% de las pacientes con una cicatriz transversa del segmento inferior. (12)

La ruptura suele incluir la cicatriz previa y el segmento uterino inferior, pero puede ser estelar y extenderse intraperitonealmente o hacia el retroperitoneo. Los factores que contribuyen a esto incluyen hiperestimulación con oxitocina, trabajo de parto complicado, mas de una cesárea anterior, multiparidad e incluso una perforación anterior del útero durante un legrado, histeroscopia, metroplastía y miomectomía. No se ha demostrado que el índice de rupturas sea más alto en casos de infección intraparto o postparto previa ni que se relacione con el método o el número de capas de cierre.

En la mayor parte de los casos se desconoce la razón por la que ocurre la ruptura uterina en una paciente particular con parto vaginal después de cesárea. Hoy en día, no existe una forma para detectar a la paciente individual que tiene un alto riesgo de ruptura de la cicatriz uterina. (16)

Diagnóstico

Debido a que puede ser difícil diagnosticar una ruptura uterina, se requiere vigilancia cercana y una gran sospecha. Al principio es posible que sea sutil una constelación de

signos y síntomas, pero a menudo progresa en forma gradual o rápida hasta un cuadro clínico más claro. El signo más común es el sufrimiento fetal. Un patrón de frecuencia cardíaca fetal con desaceleraciones variables evoluciona con rapidez a desaceleraciones tardías, bradicardia y tonos cardíacos fetales no detectables. Debido a que en el 50 a 70% de las rupturas uterinas hay anomalías de la FCF, en pacientes que se someten a prueba de trabajo de parto es necesario valorar de manera cuidadosa todos los cambios de la FCF. (16)

Con gran frecuencia hay dolor uterino o abdominal en el área de la incisión previa, pero puede variar de leve a desgarrador. Por lo regular disminuye la intensidad y la frecuencia de las contracciones uterinas, La hemorragia vaginal o intraabdominal se acompaña de inquietud, ansiedad, debilidad, vértigo, hematuria macroscópica, dolor en el hombro y choque. Este cuadro puede atribuirse erróneamente a desprendimiento prematuro de placenta.

Tratamiento

Cualquiera de los datos anteriores justifica una laparotomía exploradora inmediata. El estado del feto depende de la gravedad de la ruptura y de su relación con la placenta y el cordón umbilical. Cuando se comprime éste o se desprende la placenta, puede haber calificaciones de Apgar bajas, hipoxia o muerte fetal.

En la mayoría de las pacientes es posible reparar el útero. Puede repararse el desgarro si la paciente desea conservar la fecundidad, su estado no se arriesga con la continuación de la hemorragia y es técnicamente posible la reparación. Es necesario desbridar el borde las heridas antes de reaproximarlos y las técnicas de sutura son similares a las que se utilizan para reparar la cesárea. En los casos en que la ruptura se extiende hacia los vasos del ligamento ancho y existe un daño extenso del miometrio uterino o placenta accreta concurrente tal vez se requiera una histerectomía.

MATERIAL Y MÉTODOS

El trabajo se realizará durante un periodo comprendido del 1° de enero del 2002 al 31 de diciembre del 2003 en la Unidad 112 de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de México. En un estudio retrospectivo prospectivo que se efectuará en 210 pacientes que han tenido una cesárea y a quienes se les dio la oportunidad de tener un parto vaginal.

La recolección de datos se realizará con base a la información encontrada en: libreta de registro de ingresos a la Unidad 112 de Ginecología y Obstetricia del HGM así como base de datos proporcionados por el departamento de Estadística de dicha unidad. Revisión de expedientes en el archivo clínico.

Dichas pacientes deberán cumplir los siguientes **criterios de inclusión**:

1. Mujeres embarazadas con antecedente de una sólo cesárea previa
2. Incisión segmentaria transversa previa
3. Embarazo de evolución normal
4. No haber presentado complicaciones durante la cesárea previa
5. Producto único vivo en presentación cefálica
6. Edad gestacional entre las 37 y 42 semanas
7. Expediente clínico completo

Con los **criterios de exclusión** que a continuación se mencionan:

1. Embarazo múltiple
2. Presentación pélvica
3. Situación transversa
4. Malformaciones congénitas que impidan la vía vaginal
5. Placenta previa
6. Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta

7. Sufrimiento fetal agudo
8. Datos incompletos en el expediente.

Se analizarán las siguientes **variables**:

1. Edad materna
2. Paridad
3. Edad gestacional
4. Diagnóstico de la cesárea previa
5. Uso de oxitocina
6. Tipo de anestesia
7. Aplicación de fórceps
8. Culminación del embarazo
9. Dehiscencia de histerotomía previa
10. Ruptura uterina
11. Muerte materna
12. Morbimortalidad perinatal
13. Peso y Apgar del producto
14. Uso de prostaglandinas
15. Rango del personal médico que decide el procedimiento
16. Otras complicaciones maternas
17. Patología agregada al embarazo
18. Periodo intergenésico
19. Complicaciones fetales
20. Feto vivo o muerto

RESULTADOS

Durante el período de estudio, años 2002 y 2003, según datos proporcionados por el departamento de Estadística de la Unidad de Ginecología y Obstetricia, se reportó en el Hospital General de México un total de 14,703 nacimientos, de los cuales 5,132 se resolvieron mediante operación cesárea. 9,141 fueron partos eutócicos, mientras que 430 se consideraron distócicos.

Tomando en consideración la edad materna de las 210 pacientes que se incluyeron en el estudio, se encontró que la más joven fue de 15 años y la de mas edad fue de 40 años. Que por grupo de edad de la madre predominó el de 20 a 24 años con número de 67 pacientes del total. (Gráfica 1)

Mencionando los antecedentes obstétricos en cuanto a paridad, siempre con una cesárea previa, se halló que 130 pacientes analizadas cursaban su segundo embarazo, en 55 era su tercera gestación, en 19 la cuarta y solo en 6 casos se trató de grandes múltiparas con antecedente de 5 embarazos. (Gráfica 2). De 210 pacientes, 46 tuvieron antecedente de un parto vaginal, 11 de 2 partos previos, y 3 mujeres habían tenido 3 partos. (Gráfica 3). Así mismo, en 11 casos hubo el antecedente de 1 aborto, en 6 de 2 abortos, y solo en un caso con 3 abortos previamente. (Gráfica 4).

De acuerdo a la edad gestacional de las pacientes incluidas, siendo el criterio de inclusión embarazos de término, se encontró que 61 pacientes cursaban embarazo de 39 semanas, siendo únicamente 3 pacientes las que tenían a su ingreso embarazo de 42 semanas. (Gráfica 5).

Según el diagnóstico de la cesárea previa se halló como la causa más frecuente la desproporción céfalopélvica en 45 pacientes, en segundo lugar el sufrimiento fetal agudo en 28 casos, seguido de la presentación pélvica en 26 mujeres, siendo 22 pacientes las que desconocían el diagnóstico de la cesárea que previamente se les había realizado; en 17 casos se presentó enfermedad hipertensiva asociada el embarazo y en otras 17 pacientes se encontró la falta de progresión del trabajo de parto como indicación de su cesárea previa. Así mismo, entre otros diagnósticos comentados se encontró en 12 pacientes circular de cordón a cuello, en 9 casos oligohidramnios severo, en 7 producto macrosómico, en 5 situación transversa, en 5 embarazo gemelar, en 4 casos desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, en 3 embarazo prolongado, en 2 antecedente de ruptura prematura de membranas, en 2 producto óbito, y los siguientes diagnósticos fueron indicación en un caso cada uno: cardiopatía materna, producto con hidrocefalia, placenta previa, infección por virus del papiloma humano, y brevedad de cordón. (Gráfica 6).

En cuanto al periodo intergenésico, se determinó que en 3 de las 210 pacientes estudiadas, dicho tiempo fue menor a un año, en 38 pacientes osciló entre un año y un año 6 meses, 52 tenía un periodo de 1 año siete meses a 2 años, en 11 fue de 2 años y un mes a 2 años 6 meses, en 29 casos se mencionó tiempo entre 2 años 7 meses y 3 años, y finalmente en 77 pacientes fue mayor de 3 años. (Gráfica 7).

En ninguno de los casos estudiados se reportó el uso de prostaglandinas locales. Sin embargo el uso de oxitocina se halló en 125 pacientes de las 210 incluidas en este estudio, y en 85 casos no se indicó su empleo. (Gráfica 8).

Según el tipo de anestesia utilizada en los procedimientos obstétricos que nos ocupan, a 162 pacientes del total se les aplicó bloqueo peridural, de las cuales en 11 fue necesaria la aplicación de anestesia local, y en otros 4 casos además se administró anestesia general, en 46 únicamente se usó anestésico local, y en 2 casos sólo se requirió anestesia general. (Gráfica 9).

De las 210 pacientes incluidas en este estudio con antecedente de una cesárea previa, a 97 se les realizó nuevamente operación cesárea, siendo 113 casos los que se resolvieron por vía vaginal, de los cuales 82 fueron partos vaginales eutócicos, y 31 se consideraron distócicos por aplicación de fórceps. (Gráfica 10). De estas 31 pacientes, a 22 se les aplicó fórceps Kjelland, a 6 Simpson y a 3 Salinas. (Gráfica 11).

De aquellos 97 casos que se resolvieron mediante segunda cesárea, los principales diagnósticos fueron: desproporción céfalopelvica con 32 casos, así como periodo intergenésico corto en 21 pacientes, 11 cesáreas se realizaron por falta de progresión de trabajo de parto, cérvix desfavorable para inducción de trabajo de parto fue la indicación de 10 cesáreas, en 5 casos la indicación fue probable restricción del crecimiento intrauterino, y en 3 más fue preeclampsia severa, y probable producto macrosómico en 2 casos estudiados. (Gráfica 12).

Se encontraron como diagnóstico de cesárea en un caso los siguientes: coriarnioitis, cardiopatía materna, varices vulvares, inducción fallida de trabajo de parto, oligohidramnios severo, presentación deflexionada, condilomas vulvares, doble circular de cordón a cuello, distocia de contracción por hipertonia, antecedente de cerclaje cervical.

Considerando el peso de los productos obtenidos, se encontró que 15 de estos productos tuvo un peso entre 2000 y 2500 grs, 71 productos entre 2501 y 3000 grs, la mayor parte se encontró entre 3001 y 3500 grs, con 91 productos, 29 con peso entre 2501 y 4000 grs, y solo hubo 4 cuyo peso superó los 4000 grs. El peso menor encontrado fue de 2010 grs y el mayor de 4250 grs. (Gráfica 13).

Respecto a la calificación de Apgar registrado, se encontró un caso de una paciente de 19 años, con un embarazo de 40.1 sem, a quien se le realizó cesárea por periodo intergenésico corto de 1 año y 2 meses, con trabajo de parto y probable restricción del crecimiento intrauterino, obteniéndose un producto con peso de 2100 grs y Apgar de

2/4/8, reportando como hallazgo líquido amniótico en escasa cantidad. Un caso más fue el de una paciente de 25 años con embarazo de 40 semanas, que se resolvió por vía abdominal por falta de progresión de trabajo de parto, se obtuvo un producto con peso de 3025 grs con calificación de Apgar de 2/6/8. El resto se encontró entre Apgar 8/9 en 143 casos y de 9/9 en 65 casos estudiados.

Según el rango del personal médico que decide el procedimiento se encontró que en la mayoría de los casos estuvo indicado por un Médico de Base del Servicio de Ginecología y Obstetricia. Solamente en 4 casos de aplicación de fórceps la indicación fue dada por el residente de 4º año de la especialidad de Ginecología y Obstetricia, y este mismo indicó resolución del embarazo por vía abdominal en 8 del total de casos incluidos.

Mencionando patología materna agregada al embarazo se encontró ruptura prematura de membranas en 17 pacientes, siendo el mayor periodo de latencia reportado de 2 días y el menor de 4 hrs. Dentro de este rubro también se halló la enfermedad hipertensiva asociada al embarazo en 11 casos, encontrándose clasificada como preeclampsia leve en 9 casos, siendo severa en 4 casos más. Así mismo, se presentó hipotiroidismo en control en 3 de las pacientes estudiadas, en un caso se reportó Diabetes Mellitus clase B de White, y solo en un caso infección por Virus del Papiloma Humano.

En otras complicaciones maternas, se encontró lesión advertida y reparada de vejiga de aproximadamente 2 cm, en un caso de una paciente de 17 años a quien se realizó cesárea por embarazo de 38 semanas y periodo intergenésico corto de un año 4 meses. Otra complicación importante se reportó en una paciente de 24 años con embarazo de 41.1 semanas a quien se le realizó operación cesárea por falta de progresión de trabajo de parto, y que presentó inversión uterina e hipotonía revertida. En un caso de paciente de 24 años, con embarazo de 38.4 semanas, que se resolvió vía abdominal por falta de progresión de trabajo de parto se encontró datos de desprendimiento prematuro de placenta normoinserta del 10%. Una paciente de 28 años con miastenia gravis en tratamiento se resolvió vía vaginal con aplicación de fórceps sin complicaciones.

Respecto a complicaciones fetales mencionadas son las que resultan de la aplicación de Fórceps, reportándose en un caso huellas del mismo en región malar bilateral, y en otro caso equimosis en región malar y maxilar izquierda de 2x2 cm. Por otra parte, en un caso de una paciente con antecedente de ruptura de membranas de 28 horas, resuelto por vía vaginal parto eutócico, el producto presentó sepsis neonatal. Y en un caso que anteriormente ya se mencionó con producto que obtuvo puntuación de Apgar de 2/6/8 presentó asfixia neonatal que lo llevó a la muerte.

En 4 casos de pacientes con cesárea previa y a quienes se les realizó nuevamente operación cesárea, se encontró reportado en la hoja de dictado quirúrgico segmento uterino adelgazado, todas con trabajo de parto.

Dentro de las pacientes estudiadas se detectó un caso de paciente de 32 años, cursando su tercer embarazo de 40.6 semanas, con antecedente de un parto vaginal y una cesárea con periodo intergenésico de 6 años, que se resolvió vía abdominal por enfermedad

hipertensiva asociada al embarazo, en donde se reportó dehiscencia de histerorrafia a nivel de segmento de 4 cm.

Otro caso interesante fue el de una paciente de 30 años con embarazo de 39.5 semanas, con un parto y cesárea previos, con periodo intergenésico de 4 años, cuyo embarazo en estudio se resolvió mediante parto eutócico aparentemente sin complicaciones obteniendo producto de 3750 grs, posteriormente se le realiza cirugía para obstrucción tubaria bilateral encontrando como hallazgo dehiscencia de histerorrafia de aproximadamente 7 cm por lo que se somete a Laparotomía exploradora para cierre de la misma.

Un caso más de dehiscencia se reportó en una paciente de 20 años, con gestación de 39.5 semanas, con periodo intergenésico de 4 años, y que se atendió parto vaginal con producto de 2770 grs, encontrándose durante la revisión de cavidad uterina dehiscencia de histerorrafia a nivel de segmento de aproximadamente 3 cm, decidiéndose realizar laparotomía exploradora para reparación primaria.

Únicamente se detectó un caso de producto óbito en una mujer de 30 años, cursando segundo embarazo de 38.5 semanas con periodo intergenésico de 5 años, que se resolvió por vía eutócica vaginal obteniendo producto con peso de 2200 grs y puntuación de Apgar 0/0.

De los 210 casos seleccionados para este estudio no se reportó caso alguno de muerte materna.

DISCUSIÓN

El presente estudio proporciona información sobre las tendencias y complicaciones en aquellos casos de embarazos de término normoevolutivos cuyas madres tienen antecedente de un embarazo previo resuelto mediante operación cesárea durante un periodo de 2 años en esta unidad de atención obstétrica.

En lo que respecta a la evolución del embarazo posterior a una cesárea, por lo regular, transcurre igual que uno en el cual no hay cicatriz previa. Por otro lado, como la mujer con una operación cesárea previa está consciente de ello, acude regularmente a su control prenatal, lo que sin duda redundará en un mejor embarazo y en la detección temprana y corrección oportuna de cualquier anomalía.

Sin embargo, no hay que olvidar que las pacientes con una o varias cicatrices de operación cesárea presentan patología durante el embarazo que es necesario conocer para el mejor manejo del mismo.

El mayor peligro que existía y que era el de la dehiscencia uterina, ha disminuido con las técnicas segmentarias. Hablar sobre dehiscencia uterina nos indica desunión o pérdida de continuidad de una cicatriz previa, en general la pérdida de la continuidad de la pared uterina se cataloga como ruptura uterina. Conforme aumenta el número de cesáreas hoy día, es cada vez más frecuente el número de pacientes con una cicatriz, y por lo tanto cada vez aumentan las posibilidades de dehiscencias. En este análisis se encontró 1.4% de casos de dehiscencia. (6)

En relación a la indicación propuesta por Craigin en 1916 "una vez cesárea, siempre cesárea", cuando se informaban tasas de nacimientos por operación cesárea de 2%, y que se realizaba la clásica incisión uterina básica ante la presencia de una pelvis no útil, ha sido cuestionada porque en pacientes seleccionadas, un nacimiento por parto vaginal puede ser una alternativa segura. (1)

El consenso general es que el intento de parto vaginal después de una cesárea puede lograr una atención obstétrica por vía pélvica en el 75% de los casos. En este estudio el 53.8% del total de pacientes incluidas, se resolvió vía vaginal, utilizando fórceps en 27.4% de los casos.

La cesárea indicada por desproporción céfalo pélvica es la más frecuente referida por los autores. Oscila entre 13.6% hasta 50%. En nuestro estudio se manifestó como indicación en 32.9%. Se apoya por causas pélvicas o causas fetales.

En cuanto al uso de oxitócicos, Flamm y cols. Han demostrado que no hay incremento de rupturas uterinas comparado con los casos en que no se utilizan oxitócicos, el porcentaje de partos vaginales es superior y además, la mortalidad materna y perinatal no se aumenta. En nuestro estudio, se utilizó oxitocina en 59.5%.

Se ha procurado disminuir el alarmante índice del incremento de la operación cesárea por lo que se está dando mayor oportunidad de parto a pacientes con cesárea previa.

Una reflexión que debe tener bien presente el obstetra es el de pensar y evaluar muy juiciosamente toda indicación de una cesárea primaria.

CONCLUSIONES

La conducta a seguir en el parto ante una paciente con cesárea anterior es un tema controvertido. Una postura es permitir el parto vaginal, siempre que no persista la indicación de la cesárea previa u otras indicaciones obstétricas.

Debemos vigilar a nuestras pacientes durante la etapa crítica al final del embarazo, haciendo hincapié en aquellas que tienen antecedente de cirugía uterina, una buena evaluación pélvica, calculo prenatal de peso del producto, calidad de la atención hospitalaria y de los cirujanos con el fin de reducir los índices de operación por estas causas.

Reevaluación detallada y crítica de toda aquella paciente que se haya sometido a una operación cesárea.

A pesar de que existe información relacionada con el hecho de que deba reducirse el número de cesáreas, no hay información que unifique criterios en el sentido de cómo hacerlo.

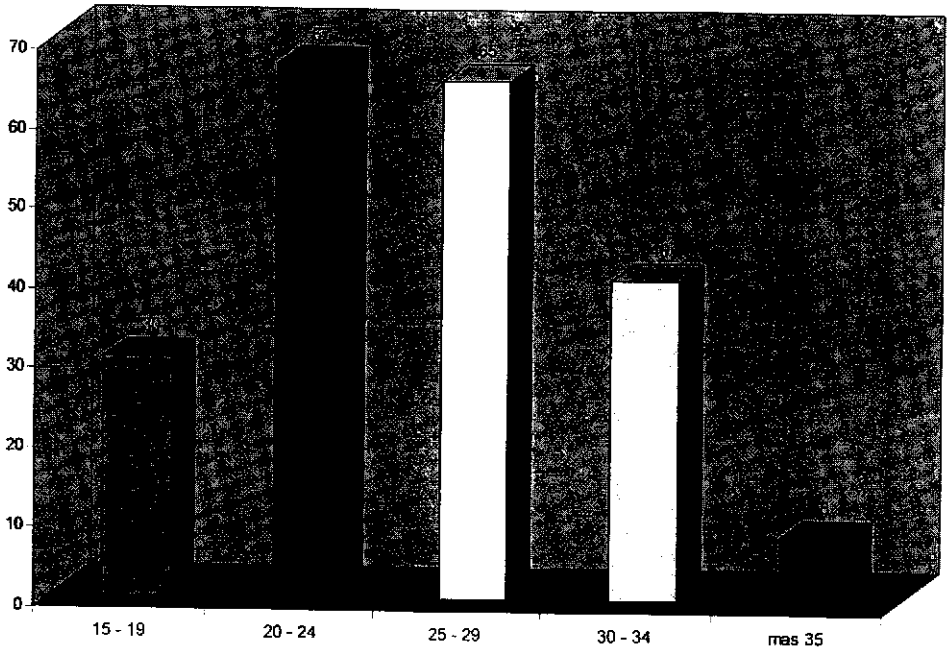
BIBLIOGRAFÍA

1. Blanchette H et al.: Is vaginal birth after cesarean safe? Experience at a community hospital, *Am J Obstet Gynecol*, 2001, 184, 7:1478
2. Cabezas G. E. y cols: Comportamiento de la cesárea en la SSA durante el periodo 1990-1995., *Ginec. Obst. Méx.* 1998; 66: 335.
3. Cerda H.J. y cols: Atención del Parto después de operación cesárea, *Ginec. Obst. Méx.* 1994; 62: 312.
4. Crespo Ruiz y cols: Manejo activo del trabajo de parto con índice de cesárea de 6.4% y muy buenos resultados maternos-fetales, *Ginec. Obst. Méx.* 2002; 70: 551.
5. De la Garza Quintanilla Carlos y cols: Parto después de cesárea en el Hospital de Ginecoobstetricia de Garza Garcia, N.L., *Ginec. Obst. Méx.* 1997; 65: 126.
6. Esposito et al.: Association of interpregnancy interval with uterine scar failure in labor: A case control study, *Am J Obstet Gynecol*, 2000, 183, 5:1180
7. Guzmán S. A. y cols: Intento de parto vaginal en 1000 pacientes con antecedente de una cesárea previa en el Antiguo Hospital Civil de Guadalajara, *Ginec. Obst. Méx.* 1998; 66: 325.
8. Guzmán S. A. y cols: ¿Qué hacer para reducir el número de cesáreas?, *Ginec. Obst. Méx.* 1997; 65: 273.
9. Juárez O. S. y cols: Tendencia de los embarazos terminados por operación cesárea en México durante 1991-1995, *Ginec. Obst. Méx.* 1999; 67: 308.
10. Lira P.J. y cols: Cesárea de repetición: ¿una cesárea innecesaria?, *Ginec. Obst. Méx.* 2000; 68: 218.
11. Programa de Actualización Continua para el Ginecoobstetra, Libro 3, Parto y cesárea, 1997; 589.
12. Ravasia D. et al: Uterine rupture during induced trial of labor among women with previous cesarean delivery, *Am J Obstet Gynecol*, 2000, 183, 5:1176
13. Reddy U et al. Population adjustment of the definition of the vaginal birth after cesarean rate, *Am J Obstet Gynecol*, 2000, 183, 5:1166
14. Treviño T. G. y cols: Indicación de la operación cesárea: Revisión de 300 casos, *Ginec. Obst. Méx.* 1998; 66: 411.

15. Trujillo H.B. y cols: Factores de riesgo para una cesárea: un enfoque epidemiológico, Ginec. Obst. Méx. 2000; 68: 306.
16. Zelop et al.: Effect of previous vaginal delivery on the risk of uterine rupture during a subsequent trial of labor, Am J Obstet Gynecol, 2000, 183, 5:1184

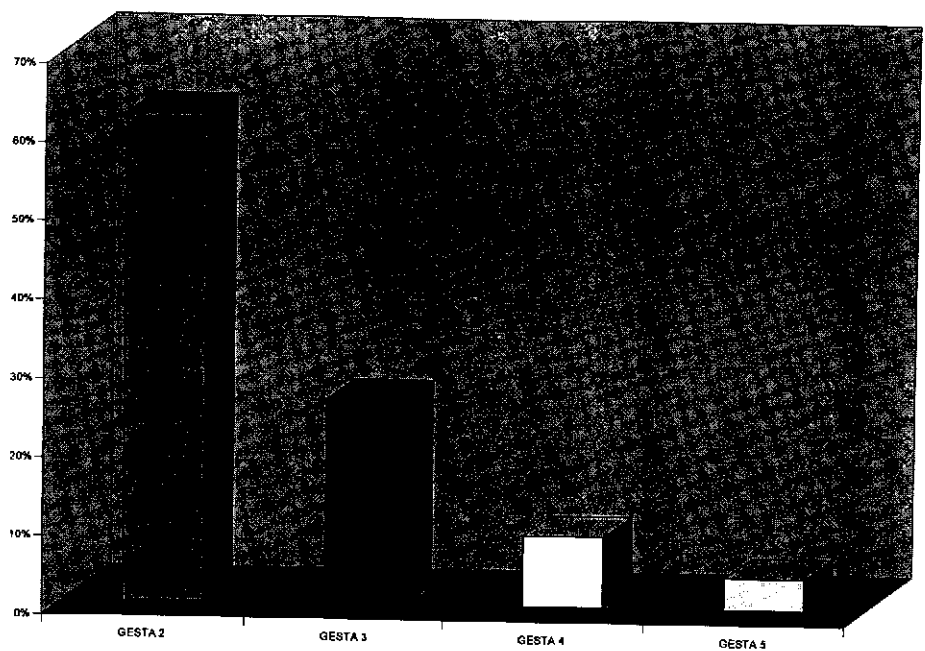
GRÁFICAS
ESTADÍSTICAS

EDAD MATERNA



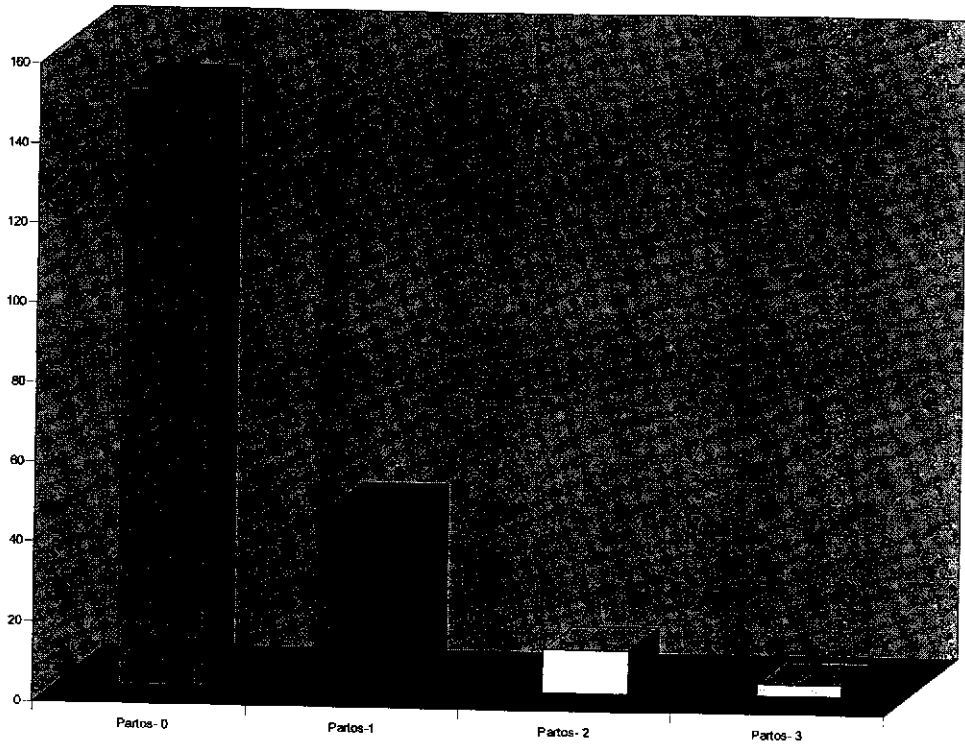
Gráfica 1

GESTAS



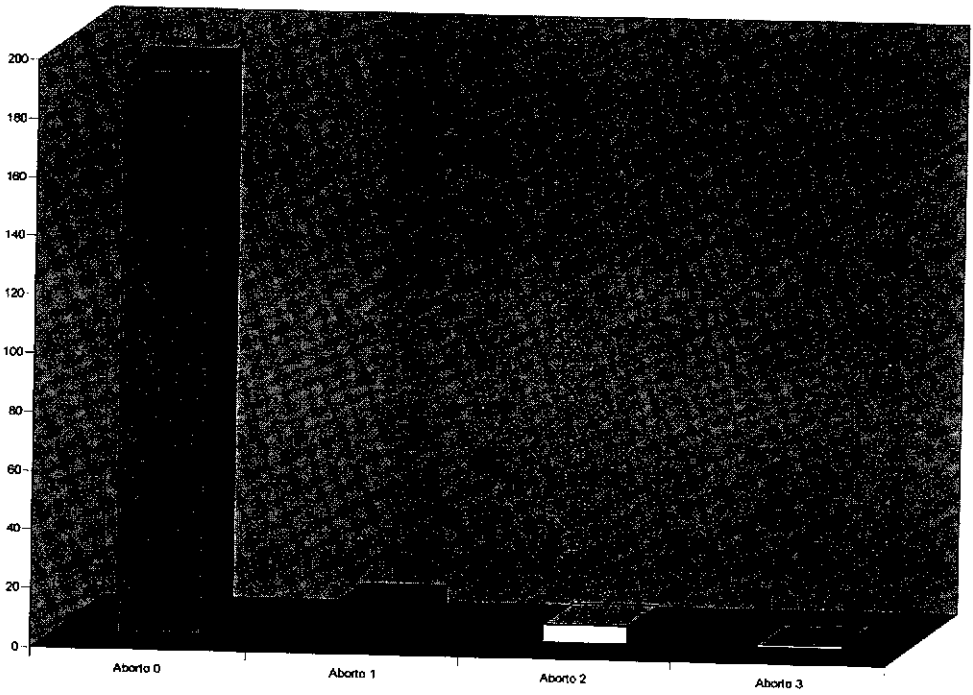
Gráfica 2

ANTECEDENTE DE PARTOS



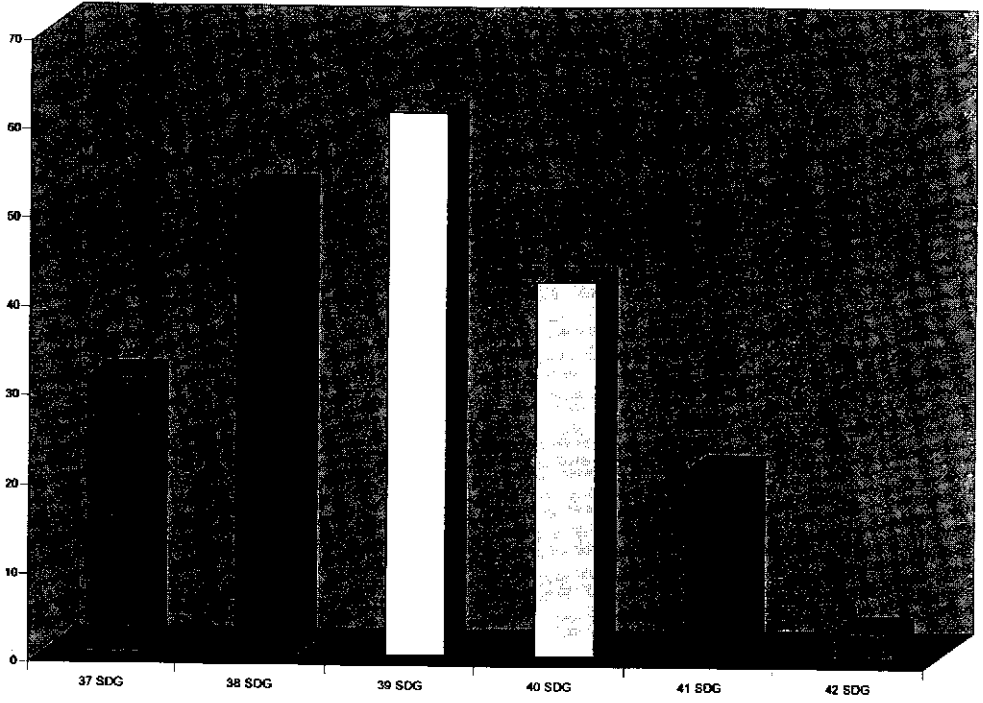
Gráfica 3

ANTECEDENTE DE ABORTOS



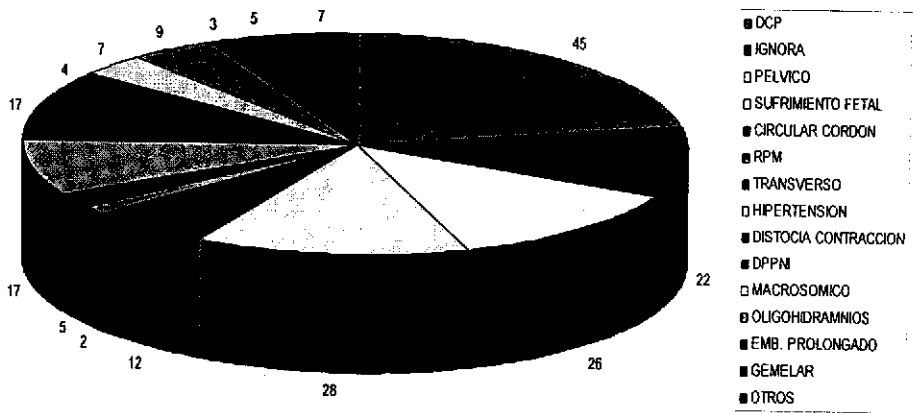
Gráfica 4

EDAD GESTACIONAL



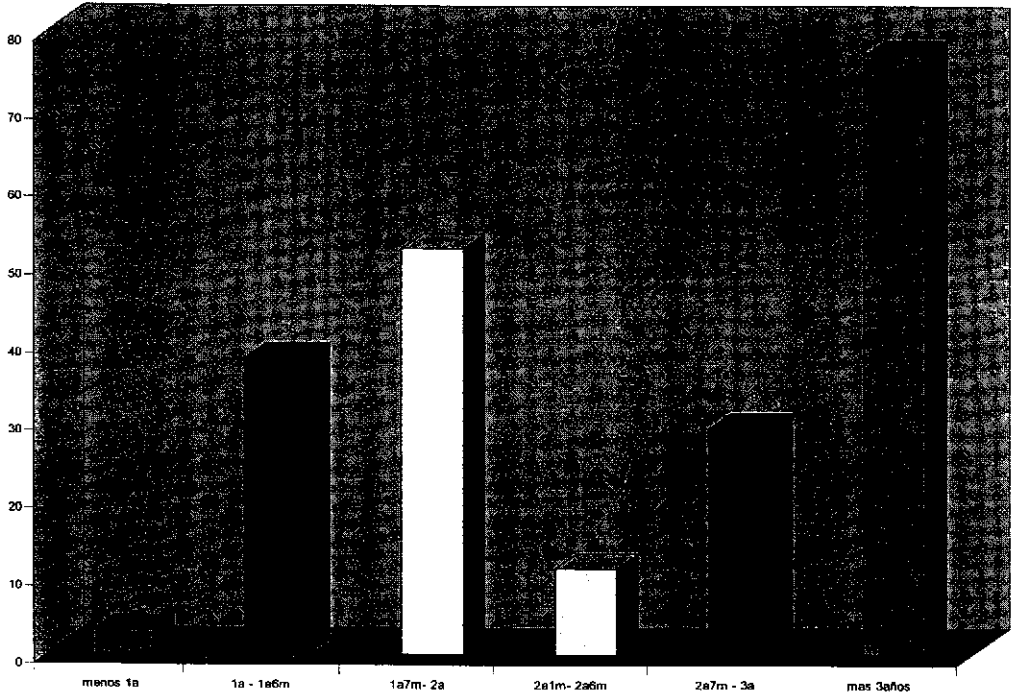
Gráfica 5

DIAGNOSTICO DE CESAREA PREVIA



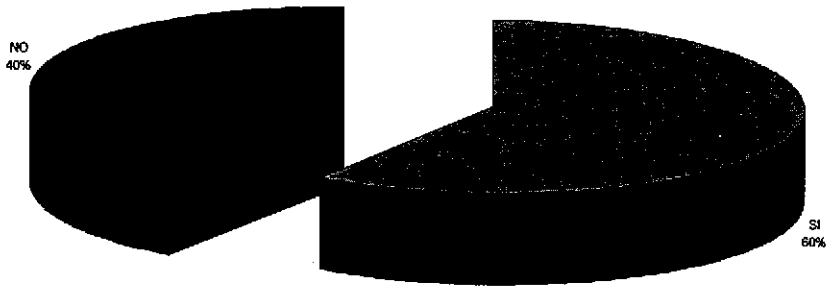
Gráfica 6

PERIODO INTERGENESICO CORTO



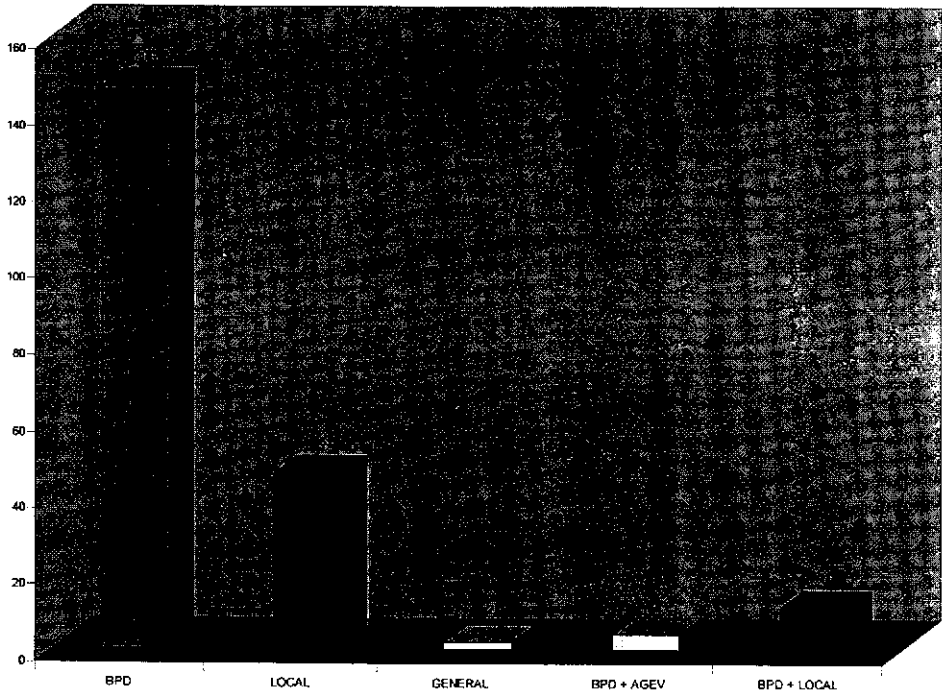
Gráfica 7

UTILIZACIÓN DE OXITOCINA



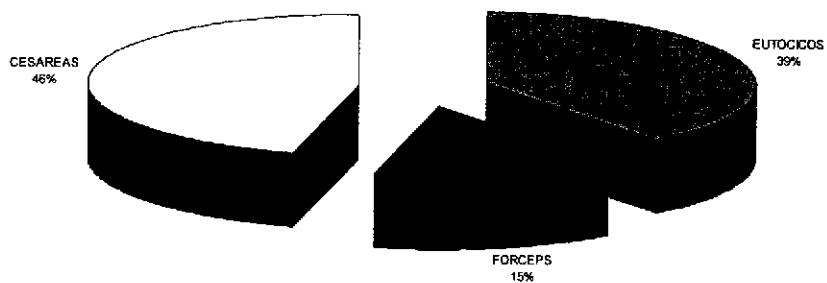
Gráfica 8

ANESTESIA EMPLEADA



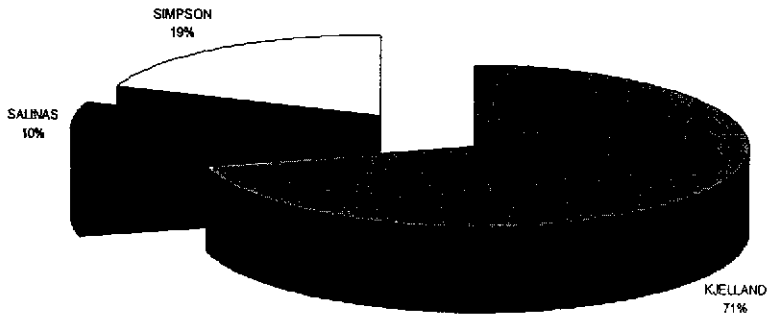
Gráfica 9

RESOLUCIÓN DE EMBARAZO



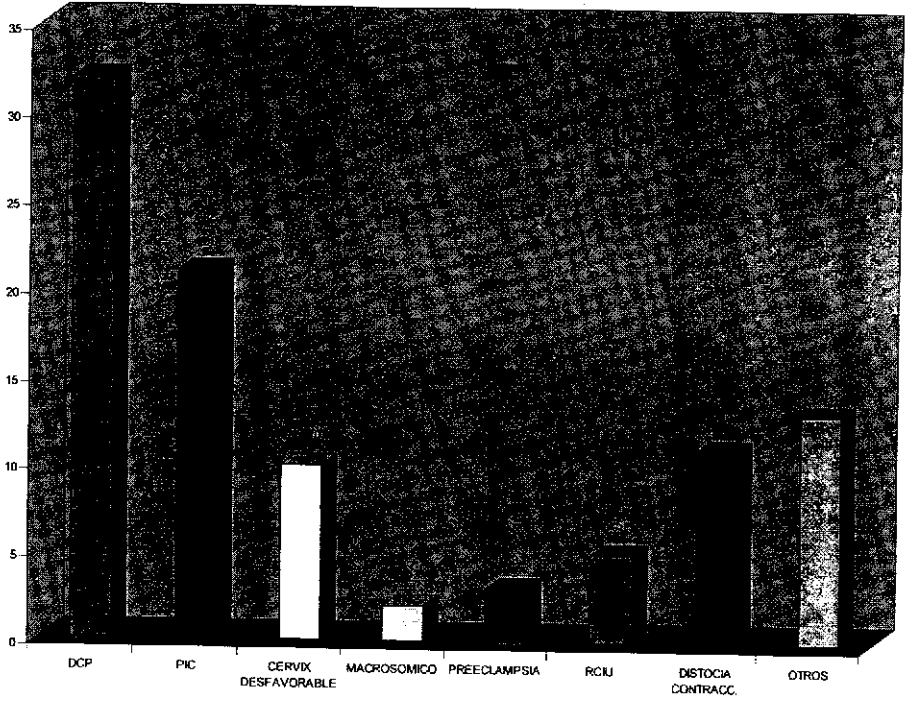
Gráfica 10

TÍPO DE FORCEPS



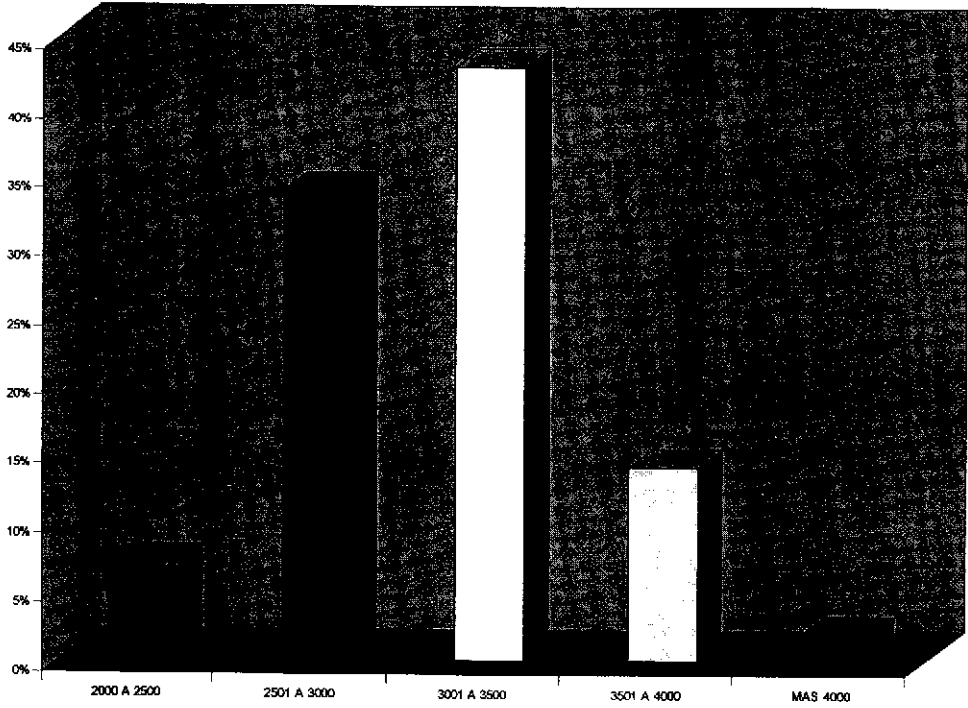
Gráfica 11

CAUSAS DE SEGUNDA CESAREA



Gráfica 12

PESO DE PRODUCTO



Gráfica 13

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

PARTO VAGINAL DESPUÉS DE UNA CESÁREA PREVIA, EXPERIENCIA DE 2 AÑOS EN LA UNIDAD DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICA

Hoja de recolección de datos

Número de expediente: _____ Edad: _____ Años
Lugar de residencia: Distrito Federal _____ Estado de México _____ Otros _____

Antecedentes y factores de riesgo

Gesta: _____ Para: _____ Aborto: _____ Cesárea: _____ Otros: _____
Padecimiento crónico degenerativo: Si _____ No _____ Dx _____
Periodo intergenésico al inicio del embarazo: Meses: _____
Dx de cesárea previa: _____ Ignora: _____
Medio de atención: PRIVADA: _____ IMSS _____ ISSSTE _____ SSA _____ OTROS: _____
Peso del producto: < 2500grs _____ 2501-3000grs _____ 3001-3500grs _____ 3501-4000grs _____ 4000grs _____
Complicaciones en cesárea anterior: No _____ Si _____ Dx. _____

Embarazo actual

Diagnóstico de ingreso: Emb de _____ SDG, Producto: Único _____ Múltiple _____ Vivo _____ Obito _____
Trabajo de parto: Si _____ No _____ Control prenatal: Si _____ No _____ Número de veces: _____
Dilatación: _____ cms Borramiento _____ % Membranas: Integras _____ Rotas _____
Características del líquido amniótico: _____ TA: _____ mmHg
Situación: _____ Presentación: _____ Posición: _____

Resolución del embarazo

Conducción de trabajo de parto: Si _____ No _____ Uso de oxitócicos: Si _____ No _____
Uso de Prost. Locales: Si _____ No _____
Tipo de anestesia: Local _____ BPD _____ General _____ Ninguna _____
Vía: Vaginal Eutócico _____ Aplicación de Fórceps _____ Abdominal _____ Sangrado _____ cc

Aplicación de fórceps

Dx _____ Tipo _____

Cesárea

Dx _____ Tipo _____

Datos del producto

Peso _____ grs Apgar _____ Capurro _____

Complicaciones maternas

Dehiscencia de histerotomía previa: Si _____ No _____
Ruptura uterina: Si _____ No _____
Desgarro: Vaginal Si _____ No _____ Periné Si _____ No _____ Grado _____ Reparado Si _____ No _____
Lesión de recto: Si _____ No _____ Lesión de Vejiga: Si _____ No _____ Reparado Si _____ No _____
Otros: _____

Muerte materna: Si _____ No _____ Causa _____

Complicaciones fetales: Traumatismo _____ Asfixia _____ Muerte _____