



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

PETRÓLEOS MEXICANOS
DIRECCIÓN CORPORATIVA DE SERVICIOS MÉDICOS
GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD
HOSPITAL CENTRAL NORTE DE CONCENTRACIÓN NACIONAL

TESIS DE POSTGRADO
PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LA ESPECIALIDAD DE
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

“PARTO VAGINAL DESPUÉS DE CESÁREA PREVIA, EXPERIENCIA DE 2 AÑOS EN EL
HOSPITAL CENTRAL NORTE DE PETRÓLEOS MEXICANOS”.

PRESENTA

Doctora Alma Teresa Chinos Ramírez.

Director de tesis.

Doctor Jorge Zepeda Zaragoza.

Director Médico Hospital Central Norte de Concentración Nacional.

Asesores de tesis.

Doctor Cesar Alberto Cruz Santiago.

Doctor en Ciencias. Médico Adscrito al Servicio de Proctología Hospital Central Sur de Alta Especialidad

Doctora Adriana Alejandra Huerta Espinosa.

Profesor Adjunto del Curso de Ginecología y Obstetricia Hospital Central Norte.

Hospital Central Norte, PEMEX. México, D. F., Junio 2012.

ÍNDICE

Introducción

Antecedentes

Marco Teórico

Planteamiento del problema

Justificación

Hipótesis

Objetivos

Material y Métodos

Resultados

Discusión

Conclusiones

Gráficas estadísticas.

Bibliografía.

DEDICATORIAS

Dedico la presente tesis:

A DIOS

Todo poderoso por darme la oportunidad de vivir, por darme el ánimo necesario para enfrentar momentos y situaciones adversas que logre disipar y en los que pude hallar fortaleza para cumplir esta meta que me trace en la vida. Por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y haber puesto en mi camino, a todas aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio y con ello llegar al día de hoy.

A MIS PADRES:

ROMÁN BALDOMERO CHINOS Y ROSA RAMIREZ:

Por darme la vida y enseñarme a vivir con todos sus valores, por todo el esfuerzo y sacrificio que ambos hicieron para darme una profesión y hacerme una persona de bien, gracias infinitamente por tomar con todo su amor la responsabilidad de mis hijas, gracias por la atención, cuidados y paciencia que en mi ausencia dieron a mis dos grandes tesoros.

Papá: Por tener la infinita fortaleza para afrontar cada dificultad y saber mantener con gallardía el rumbo de nuestra familia, así como la educación y amor a mis hijas.

Mamá: Mi corazón se estremece al recordarte, no ha sido fácil superar el no verte mas, pero me consuela pensar que estas en un maravilloso lugar, el cielo, porque es ahí donde están los ángeles como tú. Darme la vida fue lo menos que hiciste, gracias por ayudarme a iniciar esto juntas y aunque ya no estás aquí se que aun sigues guiando mis pasos, este logro es tuyo, Te quiero y extraño tanto.

A MIS QUERIDAS HIJAS:

Alma Gabriela y Karla Daniela, mis grandes tesoros, por el tiempo arrebatado a sus infancias, por ser la luz y fuerza que me acompañan día a día.

A MIS HERMANOS:

Paty, Massiel y José Antonio, por sus ejemplos de perseverancia y por estar siempre presentes cuando más los necesite.

A MI ESPOSO:

Valeriano Mendoza González “Mi chirris”, gracias por todo tu apoyo incondicional y tanto amor el cual me permitió siempre sentirme feliz y segura de lograr mi sueño, sin ti no lo hubiera logrado amor, gracias, Te amo.

A LA Dra. LAURA DÍAZ HERNÁNDEZ:

“Bambina” con quien empecé esta carrera como completa extraña y hoy es parte importante de mi vida, fiel compañera e incansable trabajadora y próximamente colega. Gracias por tu apoyo y por soportarme estos años, mi persona y familia te lo agradece.

AGRADECIMIENTOS

Al **Dr. JORGE ZEPEDA ZARAGOZA** Director del Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos y a la **Dra. ADRIANA ALEJANDRA HUERTA ESPINOSA** profesora Adjunta, agradezco a ustedes la confianza que en mi depositaron, por dedicarme su valioso tiempo para emprender este proyecto y para resolver los inconvenientes que se presentaron en la elaboración de este trabajo.

A MIS PROFESORES Y ADSCRITOS:

Los cuales prefiero no mencionar porque dejar de escribir uno de sus nombres sería una ofensa hacia sus personas, pero con estas líneas quiero decirles que sin sus enseñanzas, sin su apoyo y confianza este objetivo de mi vida no sería posible, gracias a todos por su preocupación y esfuerzo tenaz por mi formación como persona y como profesional. Se les quiere de corazón.

A TODOS LOS PACIENTES Y AMIGOS:

A quienes por no contar con tantas páginas no puedo nombrar una por una, pero me siento agradecida por haberles sido útil en algún momento o al menos mitigar un poco su dolor físico e incluso emocional, gracias a ustedes ahora soy lo que soy, espero y pido a dios no defraudarlos.

INTRODUCCIÓN

El manejo de la gestante con una cesárea previa es aún controversial, no existiendo hasta el momento un criterio universal y uniforme acerca de la mejor conducta a seguir en estos casos. Muchas son las variables que se manejan en la atención del final de la gestación, por esto no existiendo una normativa al momento de indicar una operación cesárea, los criterios van a depender tanto del servicio donde se maneje como de las causas que se consideren para indicarla.

El parto, como todo acto fisiológico, debe cursar sin complicaciones, pero, a medida que aumenta la tecnología y mejora la calificación de los profesionales, se va transformando en “distócico”. Es así que, en la historia de la Medicina, aparece en el Imperio Romano (700 a.C.) los primeros pasos de la cesárea actual. Al principio se practicaba la cesárea postmortem y luego se la realiza para prevenir las complicaciones maternas y perinatales. Pero, conforme pasan los años, esta solución se está convirtiendo en un problema, por la alta incidencia del procedimiento.

La cesárea segura constituyó un importante avance en las alternativas de atención del parto. Hasta principios de los años sesenta, los incrementos que se presentaron en el uso de este procedimiento en los países desarrollados se asociaron con descensos en la mortalidad materna y neonatal. Cabe destacar que hasta esas fechas los porcentajes de cesáreas en estos países no superaban el 10%. A partir de los años setenta, sin embargo, las cesáreas se incrementaron de manera muy significativa sin que se produjeran mejoras adicionales en la mortalidad de las madres y sus productos.

El aumento de las cesáreas que no tienen justificación clínica preocupa a las autoridades sanitarias y a los prestadores de servicios de salud porque eleva los costos de la atención médica y expone a la madre y al producto a riesgos innecesarios.

El parto por cesárea se define como “el parto de un neonato a través de una incisión abdominal y uterina”. Ha progresado a través de los años desde un procedimiento quirúrgico casi uniformemente mortal practicado únicamente en situaciones de urgencia, a un procedimiento realizado en forma electiva.

A mediados de los años ochenta la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso como estándar para los nacimientos por cesárea la cifra de 15%. A pesar de esta recomendación, los nacimientos quirúrgicos se han incrementado

de manera notable en los últimos años en casi todos los países de ingresos altos y medios. En 1985, el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano de OPS / OMS, inició un estudio sobre la epidemiología de la cesárea. La primera fase comprendió 178 instituciones de 17 países y se descubrió que la tasa de nacimientos por cesárea varió entre 9.3% en Honduras y 29.1% en México. Además se señaló que la mayor prevalencia se encontraba en los servicios privados, seguido de las instituciones de seguridad social, los hospitales universitarios y por ultimo de las instituciones dependientes del ministerio de salud y las fuerzas armadas. En el estudio se observó que el periodo medio de hospitalización era de 2.1 días cuando el parto era normal y de 4.5 días cuando se efectuaba una cesárea. No se identificó ninguna correlación entre la frecuencia de cesárea y la mortalidad materna y perinatal.

En Chile la tasa de cesáreas asciende al 40%; en Brasil más del 30% de los nacimientos son cesáreas, mientras que en Sao Paulo es del 51.1%, en Rio de Janeiro se han identificado maternidades con tasas de 32 a 81%. En los estados Unidos de América los nacimientos quirúrgicos pasaron del 5% en 1988 al 23% en el año 2000. En España existen encuestas recientes de porcentajes del 23% del total de parto. En el Reino Unido del 3% en 1970 pasaron al 21% en el momento actual.

En México, el análisis del comportamiento de la operación cesárea realizado por la Secretaria de Salud durante 1990 – 1995, observo un incremento del 13.5 a 21.9%, encontrándose una correlación positiva y estadísticamente significativa entre la frecuencia de cesáreas y la mortalidad materna, sin asociación con disminución en la mortalidad perinatal. En 1999 la tasa de cesáreas en el país fue del 25.41%, en 2001 de 32.52%, y de 36% en el 2002.

Japón, que hace un uso muy extensivo de las parteras tradicionales, es una de las pocas naciones desarrolladas junto con Holanda y los países escandinavos que parece haber evitado esta epidemia, su porcentaje de nacimientos por cesárea es menor de 10%.

Son muchas las razones que se han esgrimido para explicar este exceso de cesáreas: la percepción que tienen los prestadores de que se trata de un procedimiento más seguro que el parto vaginal; la disminución de las habilidades obstétricas del personal encargado de la atención de los partos; la creciente edad de las madres; la mayor capacidad tecnológica para detectar sufrimiento fetal; la preferencia por este procedimiento que manifiestan ciertos sectores de la sociedad y diversos incentivos económicos relacionados con los seguros privados.

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, socio cultural y médico legal.

La afirmación estricta por Cragin el 12 de Mayo de 1916 en un artículo publicado en el New York Medical Journal titulado "Conservación en Obstetricia", en cual concluye que una vez que se realice cesárea, en los partos siguientes siempre se debe realizar 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 fetal era elevada así como los riesgos de ruptura uterina, con el advenimiento de la técnica de Kerr, este riesgo se ha reducido notablemente.

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.

En general, las madres que tienen cesárea presentan un riesgo mayor de morbilidad, que incluye infección puerperal (fiebre, endometritis, septicemia puerperal), trombosis y embolia pulmonar, pérdida excesiva de sangre, dolor abdominal y en la herida, dehiscencia de suturas y el riesgo de esterilidad a largo plazo. Los problemas de salud menores, pero debilitantes, incluyen cansancio, dolor lumbar, anemia, dificultad en la micción, problemas mamarios, estreñimiento, flatulencia, depresión y dificultad para dormir. La cesárea requiere anestesia general, raquídea o epidural, que de por sí plantea un riesgo para la mujer.

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 dice que efectivamente el riesgo era mínimo y el parto después de cesárea podrá llevarse a cabo siempre y cuando la cicatriz uterina fuese transversal segmentaria.

Desde 1981 Shy y cols. predijeron que la cesárea de repetición electiva se asociaba a una mayor mortalidad perinatal debido a la inmadurez pulmonar, independientemente de la edad gestacional, por lo que se debería dejar a la paciente iniciar trabajo de parto.

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 parto vaginal 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 hipertonía uterina y el consiguiente riesgo es ruptura.

Con base a las recomendaciones del 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:

- a) Que persista la indicación que motivo la cesárea anterior.
- b) Que la cesárea fuese clásica o se desconozca el tipo de la misma.
- c) Que el feto tenga un peso aproximado de 4000 gramos o más.
- d) Que no se pueda monitorizar el parto.

ANTECEDENTES

HISTORIA Y DESARROLLO DE LA CESÁREA:

La cesárea también llamada “sección cesárea”, parto cesáreo e histerotomía, ha sido y es aún de gran interés y controversia. La definición origina de 1790 por el obstetra francés M. Jean Louis Baudelocque (1746 – 1810) “Es una operación por la que se abre una vía para el nacimiento de un niño diferente al natural.”

Hoy se define a la cesárea en general como una laparotomía (abertura de la cavidad abdominal) mas histerotomía (incisión en el útero para extraer el feto).

ORIGEN DEL TÉRMINO:

Hay varias teorías para explicar el nombre “cesárea”:

La primera de ellas es que supuestamente Julio Cesar nació por este método y de allí la intervención se llamó cesárea. Esto no es cierto porque la madre de Julio Cesar vivió muchos años, (cuando el invadió Gran Bretaña ella todavía vivía), después del nacimiento en el año 100 a. C. y para esa época la intervención era letal.

Otro supuesto origen dice que el nombre deriva de una ley romana del siglo VIII a. c. decretada por Numa Pompilio (segundo rey de Roma) que ordenaba se hiciera este procedimiento a las mujeres que morían en las últimas semanas del embarazo, con la esperanza de salvar al niño. Es la Lex Regia, después se llamó Ley cesárea.

La tercera teoría es que deriva del verbo latino caedere que significa cortar. El término latino de cesárea “caesaru” y sección “seco” son equivalentes, ambos significan corte, Los niños nacidos por esta intervención se llamaban caesones.

TIPOS DE CESÁREA

A. Según antecedentes obstétricos de la paciente.

- Primera: Es la que se realiza por primera vez.

- Iterativa: Es la que se practica en una paciente con antecedentes de dos o más cesáreas.

- Previa: es cuando existe el antecedente de una cesárea previa.

B. Según indicaciones

(Cuando existe un riesgo tanto para la madre como para el producto, cuando se necesita interrumpir el embarazo y el parto no puede ser inducido, cuando la distocia imposibilita el parto vaginal y en situaciones de urgencia en que la vía vaginal no es posible o no se desee).

- Urgente: Es la que se practica para resolver o prevenir una complicación materna o fetal en etapa crítica.

- Electiva: Es la que se programa para ser realizada en una fecha determinada por alguna indicación médica y se ejecuta antes de que inicie el trabajo de parto.

C. Según técnica quirúrgica.

- Corporal o clásica.
- Segmento corporal (Tipo Beck).
- Segmento arciforme (Tipo Kerr).

PERIÓDOS:

En la historia de los nacimientos por cesárea se distinguen tres períodos

1. Primer período:

Antes de 1500: Llamado también mágico. El parto por cesárea era un acto misterioso y sobrenatural. Esculapio (dios de la medicina) y Baco nacieron por cesárea según la mitología clásica, les confería poderes especiales y sobrenaturales a los nacidos por esta vía y se les consideraba héroes. El cirujano de Esculapio fue Apolo y el de Baco fue Júpiter. Se dice que Buda, nació del costado de su madre y Brahma, emergió a través del ombligo. Aunque existía la Lex Regia fue por iniciativa de la Iglesia Católica que estaba a favor de la intervención que se hizo con el fin de salvar vidas y almas al bautizarlos. Antes de 1500 el Islam se oponía a este tipo de nacimiento y decía que los niños nacidos por este procedimiento eran descendientes del demonio y debían ser sacrificados. No se conoce con certeza cuándo comenzó a realizarse en mujeres vivas. El

Talmud hace referencia a nacimientos por cesárea y los ritos de los nacidos mediante esta operación.

2. Segundo período:

De 1500 a 1876: Se le atribuye a Jacob Nufer en 1500 la realización de la primera cesárea en una mujer viva, empleó una navaja de rasurar y el niño nació vivo y supuestamente la mujer tuvo 5 hijos más.

En 1582, Rousset publica un libro y apoya el uso de la operación en mujeres vivas y usó el nombre de cesárea. Paré, era opuesto al uso de la cesárea y no la aceptaba en mujeres vivas, al igual que Mauriceau, porque decían que era letal. Es necesario recordar que en esa época no había anestesia y que el útero se dejaba sin suturar, la pared abdominal se aproximaba con empaste pegajoso y algunos puntos burdos. Apoyaban el uso post mórtem. Smellie, estaba a favor de la cesárea y la indicaba en algunos casos y recomendaba que los intestinos y vejiga estuvieran vacíos.

Es difícil señalar cuando comenzaron a hacerse operaciones cesáreas en mujeres vivas. El primer caso comprobado ocurrió en Alemania y fue realizado por Trautmann de Wittenberg y Seestel el 21 de Abril de 1610, en la esposa de un tonelero que al final de su embarazo fue gravemente herida por un arco que al saltar la alcanzó en el vientre, produciéndole una ruptura del útero, el niño logró sobrevivir pero la madre murió por infección 25 días después de la operación.

Durante ésta época, la operación cesárea era muy burda y no había anestesia, por lo que se mantenía sujeta a la paciente, la incisión solía hacerse en el abdomen por fuera de los músculos rectos en el sitio hacia donde se rotara el útero. Esta técnica protegía la vejiga y el niño se extraía del costado de la madre, solía hacerse una incisión longitudinal en la parte del útero que se presentaba a través de la incisión abdominal y se dejaba abierta, Rousset recomendaba en ese momento colocar una infusión de hierbas y una cánula para drenar los líquidos hacia la vagina, dado que se sabía que la principal causa de muerte era la inflamación, nadie en ese momento pensó concebible cerrar el útero con algún material de sutura; sin embargo, la incisión abdominal se cerraba con unos cuantos puntos y un emplastro pegajoso.

En 1769 Lechas (1) médico francés fue el primero en cerrar la histerotomía y fue criticado por sus colegas.

Baudelocque en 1770 definió la cesárea, y sus indicaciones: deformidad o estrechez de la pelvis, rotura uterina, embarazo extrauterino y tumores obstructivos del canal del parto.

La primera cesárea hecha en América fue realizada en Cumaná por Alonso Ruiz Moreno, en 1820. La madre murió a las 48 horas y el hijo sobrevivió y murió a la edad de 80 años.

En Estados Unidos la primera cesárea fue hecha en 1827, por Richmond, en Cincinnati, era una primigesta con eclampsia y malformación congénita de la cadera, la madre sobrevivió

3. Tercer período:

Desde 1876 hasta nuestros días: En 1882 Säger, ayudante de Credé introdujo la sutura en la pared abdominal y años más tarde Kehrer la sutura del útero y la muerte materna disminuyó por hemorragia, pero se mantenía por infección y también la incisión transversa baja que no se tomó en cuenta.

En 1876, Porro hace una cesárea más histerectomía subtotal con marsupialización del muñón cervical, lo que hoy día se conoce como operación de Porro. En 1907 Frank, refiere la primera cesárea extra peritoneal y en ese mismo año se hace en Venezuela la segunda cesárea, en Caracas, por Miguel Ruiz en una secundigesta con pelvis estrecha.

Krönig en 1912 refería que la principal ventaja de la incisión vertical sobre el útero era que después de suturada se cubría con el peritoneo vesical.

Aunque en 1882 Kehrer había sugerido la incisión segmentaria transversal, fue en 1926 cuando Kerr la realiza y se considera la modificación más importante. Hoy, se hace incisión a nivel del segmento uterino en casi todos los casos, ya sea en sentido vertical (técnica de Krönig) o en sentido transversal (técnica de Kerr), esta última la más usada.

HISTORIA DE LA CESÁREA EN MÉXICO.

La historia de la operación cesárea en nuestro país ha seguido una secuencia similar a la que tuvo lugar en Europa a partir del Renacimiento. No existen datos verídicos de la práctica de la operación entre los pobladores de nuestro país, antes del descubrimiento de América. En algunos códices parecen interpretarse datos sugestivos de prácticas de extracción abdominal, pero no se ha logrado demostrar. Por lo tanto no hay constancia real de la práctica de la cesárea antes de la llegada de los españoles.

Fue hasta el siglo XVIII cuando aparecen los primeros informes escritos del uso de la operación, ejecutada casi exclusivamente post mortem; ésta práctica

alcanzó importancia a raíz de que se publicó en Milán en el año de 1745 un libro dedicado a los parteros. La primera operación cesárea que se efectuó en el Nuevo Mundo y de la que se tiene referencia, tuvo lugar en México, corresponde al 29 de Mayo de 1779.

Para mediados del siglo pasado, continuaba el ejercicio de la operación cesárea post mortem, sin embargo se produjo accidentalmente con éxito una operación cesárea o pseudo cesárea que Nicolás Loen, en el excelente libro "La Obstetricia en México" relata muy minuciosamente y que algunos consideran la primera operación cesárea con éxito publicada en México. Fue el caso de una mujer embarazada de 8 meses que recibió una cornada de vaca en el vientre, en una extensión de 20 centímetros, con perforación del útero, el Dr. Miguel Jiménez la operó el 27 de Junio de 1885 en el Hospital de san Pablo antiguo Hospital Juárez.

Como hecho interesante se consigna que habiendo el Dr. Jiménez solo extendido hacia abajo la herida, después de sacar por los pies al feto, se le retrajo la matriz violentamente y se alejó de la herida siendo imposible la extracción de la placenta, se limitó a ligar y cortar el cordón lo más adentro que alcanzaran los dedos, a suturar ésta con unos puntos separados, seis horas después y con dolores de parto, se expulsó por la vagina la placenta con el cordón ligado. A pesar de una peritonitis post-operatoria, la enferma vivió lo mismo que su hijo.

En relación a la primera operación cesárea, indicada hecha en mujer viva en nuestro país, hay referencia bastante verídica publicada tanto en México como en E.U. de América, pero sin embargo, por razones que ignoramos, muchos historiadores no toman en cuenta o no se le da la autenticidad necesaria, se trata de una operación cesárea hecha en la Ciudad de Monterrey en Septiembre de 1877, por J.B. Meras y J.H. Meras, dos médicos norteamericanos, en una mujer con exostosis del sacro y producto muerto sometido previamente a una craneotomía sin poder extraerlo, se relata que la operación fue todo un éxito pues la madre sobrevivió y camino a los 25 días.

Según reportes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en los últimos años ha sido alarmante en México el incremento en el porcentaje de nacimientos que se dan por operación cesárea. De hecho, en los establecimientos de medicina privada, (hospitales, maternidades y sanatorios) se dan cuatro veces más que la tasa que ese organismo internacional considera tolerables. La OMS recomienda que los nacimientos por cesárea no rebasen el 15% del total de nacimientos. En México, en el año 2007, la tasa llegó a 68.8% en los centros hospitalarios privados.

Las causas de ese incremento, según varios autores, está en el desmedido afán de lucro de algunos médicos, en su falta de preparación y habilidad para atender partos normales y en un grado de comodidad de la mujer que solicita previamente que el parto sea atendido de esa manera para evitarse molestias.

Otra de las causas es que algunas compañías de seguros no incluyen en su cobertura al parto normal, y sin embargo, cubren el evento cuando se trata de una operación cesárea. Informes médicos consultados señalan que en algunos casos resulta plenamente indicado proceder a una operación de tipo cesárea. Sin embargo, la estadística manifiesta que esa necesidad se da en menos del 15% recomendado por la OMS.

De acuerdo a información obtenida de la Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Salud de México (DGIED), que provienen tanto del sector público como del privado, en 1991 las tasas de cesáreas en el país ya se encontraban elevadas. El porcentaje de nacimientos por cesárea se incrementó en los últimos 10 años a un ritmo ligeramente superior al 1% anual. Sin embargo, el incremento en el porcentaje de cesáreas ha tenido un comportamiento diferente en las distintas instituciones que prestan servicios de salud. Mientras que en los servicios prestados por el IMSS Solidaridad el porcentaje de nacimientos por cesáreas se ha mantenido relativamente estable, con un incremento que no ha llegado siquiera a un cuarto de punto porcentual por año, en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y el sector privado el incremento ha sido, en promedio, superior a los dos puntos porcentuales por año.

Los porcentajes de nacimientos atendidos por cesárea variaron de manera importante entre los diferentes estados, pero en todos los casos fueron superiores a 15%, porcentaje que, como ya se señaló, la OMS recomienda como límite superior. En los estados el valor máximo en el porcentaje de cesáreas fue el de Nuevo León, con 49.89%. El valor mínimo correspondió a Zacatecas, con 24.86%. La cuarta parte de las entidades mostró valores por arriba de 36%.

Las cifras de cesáreas de las distintas instituciones de salud variaron considerablemente. Los valores más altos correspondieron al sector privado con 53%. Las instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE) presentaron un porcentaje de cesáreas de 38.2%. Finalmente, en las instituciones dedicadas a atender a la población no asegurada Secretaría de Salud (SSA), IMSS Solidaridad el porcentaje de cesáreas en 1999 ascendió a 24.8%. El valor más alto entre las instituciones públicas se alcanzó en el ISSSTE (50.7%) y el más bajo correspondió a los servicios del sistema IMSS Solidaridad (17.5%). Petróleos Mexicanos reporta un índice del 47 %.

A escala nacional, el porcentaje de cesáreas en el sector privado fue de 53%. El análisis comparativo de la distribución de los datos correspondientes a los estados en general, y al sector privado en particular, permiten concluir que las diferencias entre estados en este sector son menos pronunciadas que cuando se utilizan cifras globales. Más de 25% de los estados mostró valores superiores a 56%. En Nuevo León el porcentaje de cesáreas en los servicios privados alcanzó la cifra de 73.6%.

Para determinar una posible asociación entre el porcentaje de cesáreas y la cantidad de nacimientos atendidos, se realizó una prueba de correlación por rangos de Spearman y se encontró un valor del coeficiente de correlación de 0.005 que indica que el porcentaje de cesáreas no guarda ninguna correlación con la cantidad de partos atendidos en las diferentes unidades privadas estudiadas.

En toda la serie de tiempo revisada, la cifra de cesáreas se ubicó muy por encima del estándar internacional fijado por la OMS. Basados en este estándar podemos decir que desde 1991 a la fecha se ha venido realizando un número creciente de cesáreas que muy probablemente no estén clínicamente justificadas. Este número elevado de cesáreas indudablemente aumenta los costos de la atención médica en los sectores público y privados en virtud de los insumos que se necesitan, los tiempos de estancia más prolongados y el tipo de prestador de servicios, que requiere mayor especialización.

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 más positivo que negativo.

MARCO TEÓRICO

La cesárea es un procedimiento quirúrgico obstétrico antiguo que ha sobrevivido a través de los tiempos y se refiere al parto de un feto que pese 500 gramos o más por vía abdominal, se requiere de una incisión a través de la pared del útero. Desde el punto de vista práctico la operación cesárea sigue siendo una de las más importantes dentro de la ginecología y obstetricia.

En México como en otros países, se ha visto un incremento importante en los nacimientos por cesárea, siendo esta última una importante causa de morbi mortalidad materna. En estados Unidos de América, la cesárea constituye el procedimiento quirúrgico más efectuado, al grado que por cada cuatro nacimientos, uno es por cesárea.

El problema actual es que muchos obstetras temen someter a la paciente con cesárea previa al estrés uterino y perineal de un parto vaginal. En algunas instituciones de todo el mundo, se ha tomado la conducta de someter a estas pacientes al trabajo de parto normal con resultados exitosos: se ha visto una evolución similar a las pacientes nulíparas, de tal forma que en cuanto a dilatación con respecto al tiempo siguen las tendencias de las curvas de Friedman.

Hay un factor digno de considerar: la indicación de la cesárea previa. Cuando la causa fue: Sufrimiento fetal agudo, el éxito de parto vaginal es del 71 a 92 %. Por embarazo gemelar es de 72 %. Por presentación pélvica del 84 al 91%. Por falta de progresión en el trabajo de parto de 33 a 78 %. Una conclusión importante es que el parto vaginal en pacientes con cesárea previa no aumenta la mortalidad materna ni fetal.

Existen contraindicaciones absolutas para que se lleve cabo el parto vaginal en pacientes con cesárea previa, tales como:

- ✓ Incisión clásica o corporal uterina.
- ✓ Dehiscencia de cicatriz uterina previa

Y las llamadas contraindicaciones relativas que incluyen:

- ✓ Sufrimiento fetal,
- ✓ Falta de progresión en el trabajo de parto
- ✓ Retardo en el crecimiento intrauterino
- ✓ Productos pre término
- ✓ Macrosomía fetal
- ✓ Embarazo múltiple

- ✓ Desconocimiento del sitio de incisión uterina previa.

De acuerdo con el Colegio Estadounidense de Obstetricia y Ginecología (ACOG), las siguientes mujeres son candidatas para un parto vaginal después de cesárea previa:

- Parto previo por cesárea transversal baja.
- No tener antecedente de cicatrices o rupturas uterinas, ya sea de partos por cesáreas anteriores o por otro tipo de cirugías.
- Pelvis lo suficientemente grande permitir un parto vaginal
- Atención del parto en una institución con un médico disponible inmediatamente a través de todo el trabajo de parto activo, quien puede monitorear el feto y llevar a cabo una cesárea urgente si es necesario.
- Atención del parto en una institución en donde también hay disponibilidad inmediata de anestesia y personal en caso de que sea necesario realizar una cesárea urgente.

Toda paciente sometida a un acto quirúrgico mayor, no está exenta de riesgos tanto quirúrgicos como anestésicos y la cesárea no es la excepción. La tasa de mortalidad por cesárea es de 0.8% siendo las enfermedades asociadas la principal causa de muerte con un 37% del total de fallecimientos directamente relacionados con este procedimiento y en segundo lugar, problemas relacionados con la anestesia con 21%, otras corresponden a trastornos hipertensivos durante el embarazo y sus complicaciones, hemorragia durante el procedimiento quirúrgico, sepsis y embolia pulmonar.

La ACOG ha elaborado algunas recomendaciones para las mujeres que no deben intentar tener un parto vaginal después de una cesárea. Dentro de estas mujeres están:

- Mujeres con una incisión vertical alta (o clásica, en forma de T) en el útero.
- Mujeres con antecedentes de cirugía uterina extensa.
- Mujeres con una pelvis pequeña o que van a dar a luz un bebé grande.
- Aquellas con un problema de salud o afección obstétrica, como placenta previa o desprendimiento prematuro de la misma.

- Mujeres que dan a luz en un hospital que no cuenta con un equipo médico disponible para controlar un parto vaginal después de una cesárea y una operación de emergencia.
- Ruptura uterina previa.
- Mujeres con dos cesáreas previas y ningún parto vaginal previo.

En el momento de definir una cesárea en un embarazo podemos estar ante una edad gestacional diferente a la que hemos calculado, por lo tanto uno de los riesgos bien documentados de cesárea electiva corresponde a la prematuridad iatrogénica como causal de morbi-mortalidad fetal.

Los costos institucionales son mayores cuando el nacimiento es por cesárea que cuando es por parto vaginal; se reporta una disminución en costos por cada parto vaginal en pacientes con cesárea previa.

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 de una situación similar.

Prueba de trabajo de parto.

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 una prueba de trabajo de parto ya 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 tienen partos vaginales.

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 las 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.

Después del entusiasmo suscitado por el nacimiento vaginal después de una cesárea, las organizaciones de cuidado administrativo han exigido que todas las mujeres que han padecido partos por cesárea con anterioridad deban 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 en cada caso específico.

El médico tiene la responsabilidad de proporcionar un ambiente seguro si se va a practicar el parto por vía vaginal con una cesárea anterior.

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 no 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, anteriores de intentar un parto vaginal con cesárea previa se requiere de un análisis cuidadoso individualizado del riesgo de un resultado final adverso.

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, suelen aceptarse en forma general 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.

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 que 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 nunca ha tenido 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.

Pacientes candidatas a nacimiento vaginal después de una Cesárea Previa.

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 transversa previa 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 vigilar 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 adecuadas.

Hay muchos motivos por los cuales las mujeres deben considerar una prueba de trabajo de parto en comparación con un parto por cesárea programado, el parto vaginal después de cesárea posterior a una prueba de trabajo de parto con resultado positivo está asociado con los siguientes beneficios:

- No implica cirugía abdominal.
- Período más breve de recuperación y hospitalización.
- Menor pérdida de sangre.
- Menor riesgo de transfusión de sangre e infección.
- Recuperación total más rápida.
- Puede evitar cesáreas múltiples en el futuro si está pensando en tener una familia numerosa (con tres o más niños).

En el caso de las mujeres que desean tener más hijos, el parto vaginal después de cesárea puede ayudarles a evitar los problemas asociados con tener varios partos por cesárea. Estos problemas consisten en histerectomía, lesión en los intestinos o la vejiga y ciertos problemas con la placenta.

Atención del trabajo de parto.

La atención del trabajo de parto deberá ser realizado en instalaciones en las que se disponga en forma constante de anesthesiólogo, obstetras y banco de sangre. Cada hospital debería desarrollar un protocolo para el manejo del parto vaginal posterior a una cesárea.

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.

Los agentes analgésicos y anestésicos utilizados en el bloqueo regional pueden influir sobre la frecuencia cardíaca fetal, por lo que deberá estar monitorizada antes y después de la analgesia.

Oxitocina.

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

No se recomienda el uso de prostaglandinas para la madurez cervical en pacientes con cesárea previa. El trabajo de parto espontáneo se asocia más a un parto vaginal exitoso, que cuando el trabajo de parto es inducido, se sugiere esperar a que se desarrolle el trabajo de parto espontáneo en pacientes con antecedentes.

Aproximadamente el 25% de los partos en mujeres con cesárea anterior se inician de forma inducida y el 58% son estimulados, ambos factores se saben que aumentan las posibilidades de fracaso de parto y de la aparición de efectos adversos, especialmente de ruptura o dehiscencia uterina.

Ruptura Uterina.

La dehiscencia de la cicatriz se define como una abertura de la misma con peritoneo visceral supra yacente 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 extra peritoneal 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.

La complicación más importante del parto vaginal en pacientes con cesárea previa es la ruptura de la cicatriz uterina que pone en riesgo tanto a la madre como al producto, sin embargo la ocurrencia de ésta, es en la minoría de los casos. Se han encontrado rupturas completas, incompletas y sólo dehiscencia parcial de la cicatriz uterina previa. Pero la incidencia va de 0.07 a 2.6%. En los productos de pacientes con parto vaginal y antecedente de cesárea previa, no se han visto complicaciones significativas.

El riesgo de ruptura del útero con una cesárea transversal baja es de casi un 1%, mientras que el riesgo de ruptura del útero con una cesárea clásica previa es de 8 a 10%.

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.

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

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

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.

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.

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 re-aproximarlos 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 miométrio uterino o placenta acréta concurrente tal vez se requiera una histerectomía.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La epidemia de la cesárea estalló a mediados de la década de los ochenta. Desde entonces, múltiples informes de la literatura se han dado en un intento desesperado por disminuir dicho incremento.

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 médicos 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 éxito cercano a 80%.

¿Existe beneficio real en el pronóstico materno fetal en aquellas pacientes que se les dio oportunidad de parto 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 previa?

JUSTIFICACIÓN:

Dado el incremento en el índice de cesárea observado en las últimas décadas y el porcentaje tan elevado que se reporta en nuestro país, pretendemos conocer la incidencia, así como la morbilidad y mortalidad que el parto vaginal representa en las pacientes con cesárea previa en nuestro hospital.

HIPÓTESIS

El parto vaginal después de cesárea contrarrestan el riesgo de complicaciones transoperatorias y postoperatorias y evita el costo de una intervención quirúrgica y estancia hospitalaria más prolongadas, en beneficio económico para la paciente y el hospital.

El parto vaginal es una vía de resolución segura en un paciente con antecedentes de una cesárea previa segmentaria siempre y cuando se cumplan los requisitos de selección.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Conocer la estadística así como 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 Central Norte de Petróleos Mexicanos y compararlos con los estándares establecidos por la Organización Mundial de la Salud además de determinar si la identificación de riesgos previene las complicaciones del binomio.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

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 antecedentes de unacesárea previa.

MATERIAL Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO

Observacional, descriptivo, analítico, transversal y retrospectivo.

UNIVERSO DE TRABAJO

POBLACIÓN: Mujeres embarazadas derechohabientes de Petróleos Mexicanos con antecedente de una cesárea y a quienes se les dio la oportunidad de tener un parto.

LUGAR: Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos.

TIEMPO DE ESTUDIO: Del 01 de Junio de 2010 al 30 de Junio de 2012.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

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

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

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 normo inserta

RECURSOS HUMANOS

Personal del archivo clínico, director de tesis, médico residente de 4^o. Año

RECURSOS MATERIALES

Computadora, lápiz, hojas, calculadora, plumas y libreta de Cirugías diarias de la unidad toco quirúrgico del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Central Norte de Pemex

RECURSOS FÍSICOS

Archivo clínico electrónico del Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos.

DETERMINACIÓN DE LA MUESTRA

Se consideró un censo de todos los expedientes clínicos de pacientes embarazadas con cesárea previa que fueron sometidas a trabajo de parto y que tuvieron una resolución de su embarazo vía vaginal en el período de Junio 2010 a Junio 2012 en el Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos.

DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES

Variables independientes:

1. Paridad
2. Edad gestacional
3. Edad materna

Variables dependientes:

1. Diagnóstico de la cesárea previa
2. Uso de oxitocina y prostaglandinas
3. Tipo de anestesia
4. Aplicación de fórceps
5. Dehiscencia de histerotomía previa
6. Ruptura uterina

7. Muerte materna
8. Otras complicaciones maternas
9. Morbi mortalidad perinatal
10. Peso y apgar del producto
11. Periodo intergenésico

METODOLOGIA A UTILIZAR.

PROCEDIMIENTOS PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

Se realizó una búsqueda en la bitácora o libreta de cirugías diarias de la unidad toco quirúrgica del servicio de Ginecología y Obstetricia, así como en el expediente clínico electrónico a través de las fichas de las pacientes a las que se les atendió parto vaginal y que tenían el antecedente de una cesárea previa, en el período de estudio de 2 años en el Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos.

PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se elaboró una base de datos en Excel y se realizó un análisis estadístico descriptivo con base en gráficas, cuadros y porcentajes.

Para identificar los factores asociados a la presencia de complicaciones; se utilizó la prueba de razón de posibilidades o razón de momios (odds ratio : OD).

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El dilema ético en torno a la operación cesárea deriva de la existencia de dos vías por las cuales se puede resolver un nacimiento y el obstetra debe juzgar en cada caso particular cuál de estas dos vías representa lo mejor para sus dos pacientes, la madre y el feto.

Además, en la decisión médica participa la autonomía de la madre, que no es sino la decisión de la mujer a favor o en contra de la decisión médica, de acuerdo al bien que ella ve para sí y para su hijo en una determinada vía de nacimiento. Esto llevado a diversos grupos a promover ya no tanto el “consentimiento informado” como lo que se ha denominado “elección informada”: una elección basada en la comprensión integral de todas las opciones y de sus posibles riesgos y beneficios. Sin embargo, cuando el cálculo riesgo-beneficio se encuentra en un estado de equilibrio dinámico, surgen los dilemas éticos relativos a la promoción rutinaria de la cesárea electiva como parte del proceso de consentimiento informado para el manejo intraparto, y del peso específico de la solicitud de una cesárea electiva por la madre en la decisión final de la vía de nacimiento.

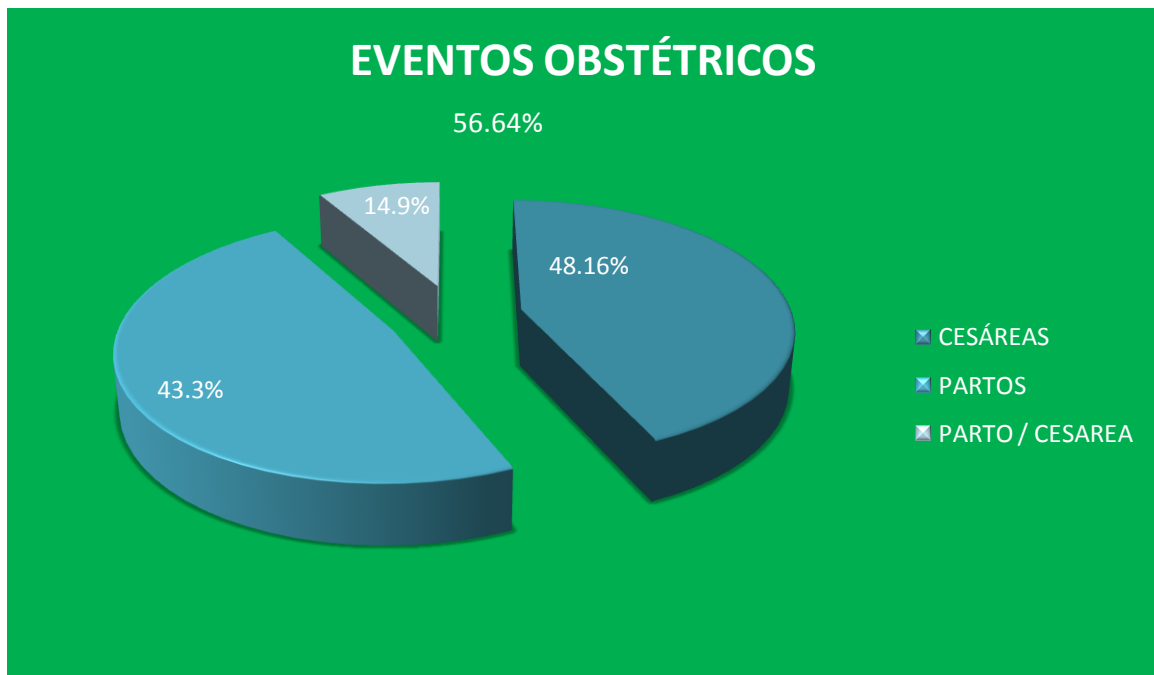
Basar el juicio clínico solamente en los derechos de la paciente, convierte al médico en un técnico y el resultado puede ser devaluar sistemáticamente el juicio clínico experto y con esto la integridad de la medicina como profesión.

La cesárea es un tratamiento, tiene indicaciones precisas y su único objeto es asegurar la salud de la madre y de su hijo, por lo que sólo se debe indicar cuando un parto vaginal sea riesgoso para ellos. Por otra parte, si bien es cierto que la cesárea representa un riesgo mayor que el parto vaginal, no parece aplicar esta consideración en el contexto de subgrupos de pacientes con algún factor de riesgo, o en los cuales la evolución del parto ya no es fluida.

En la decisión de una operación cesárea no deben participar incentivos de tipo económico o criterios basados en la medicina defensiva, como tampoco consideraciones de tipo economista que defienden al parto vaginal sólo por representar un ahorro económico, que por respetables que sean a nivel de la asignación de recursos, no pueden participar en la decisión del médico por encima del criterio de salud para sus pacientes, ni tampoco por sobre la autonomía de la madre.

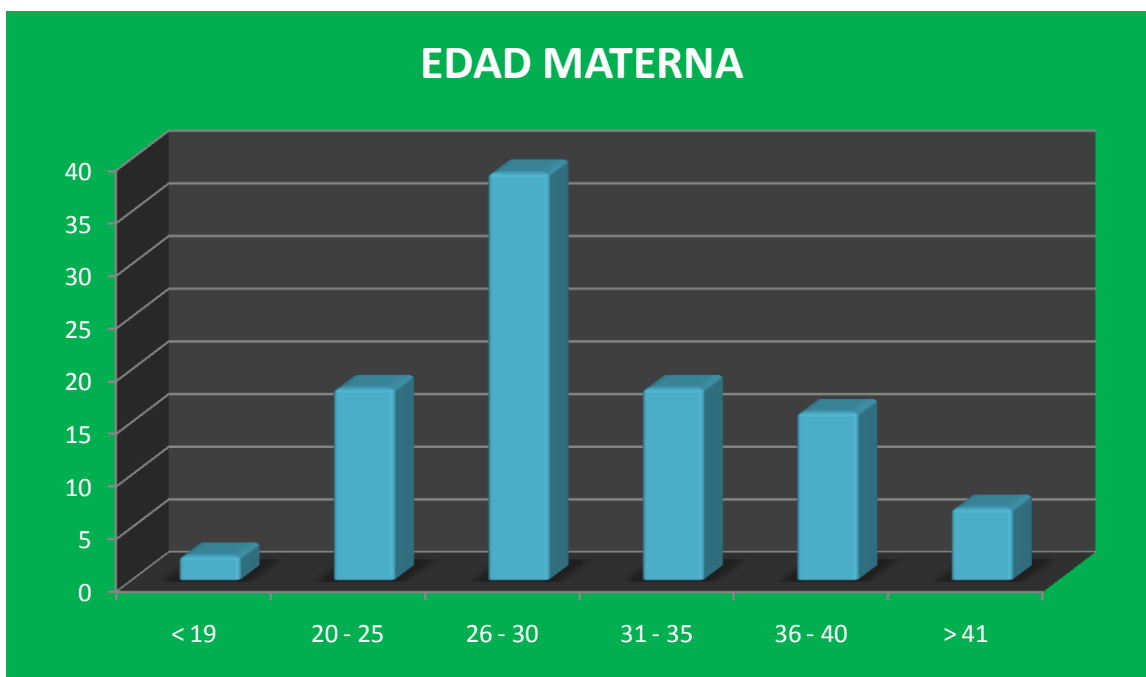
RESULTADOS:

Durante el periodo de estudio de Junio 2010 a Junio 2012, según datos obtenidos de la Libreta de Cirugías de la Unidad Toco quirúrgica y del expediente clínico electrónico, se reportó en el Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos un total de 519 nacimientos, de los cuales 225 que corresponde al 43.35 % se resolvieron mediante operación cesárea y los restantes 294 que corresponde al 56.64 % fueron resueltos por vía vaginal. De estos 294 partos 50 casos (17.00 %) fueron atendidos en pacientes con cesárea previa y de éstos fueron excluidos 6 pacientes por ser productos pre término, quedando un total de 44 pacientes analizadas con cesárea previa que corresponde al 14.96%. Gráfica 1.



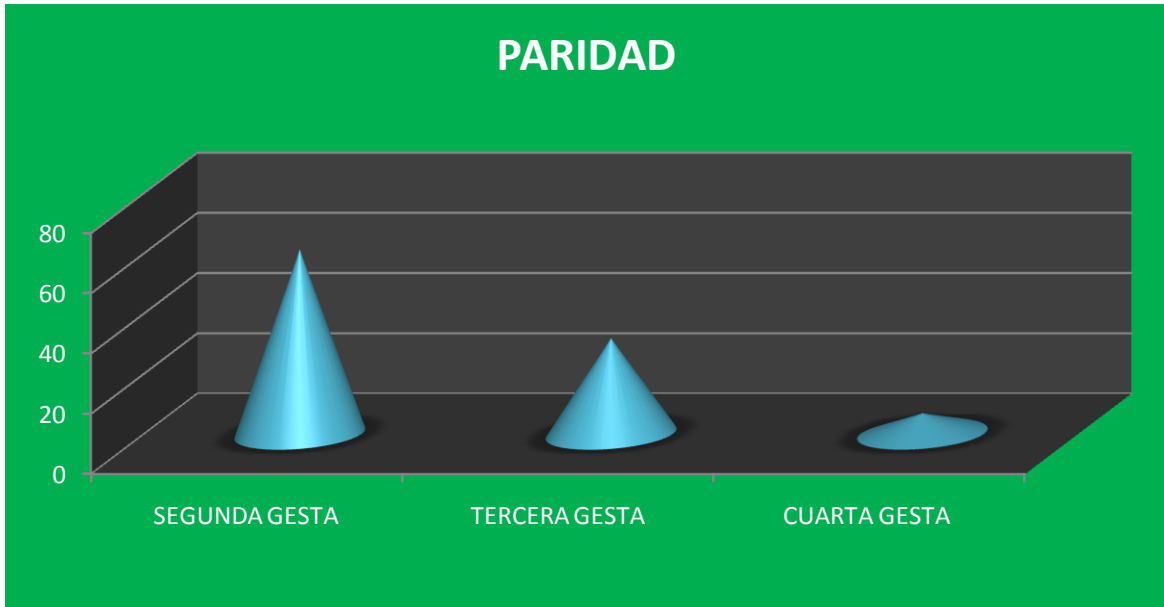
GRÁFICA 1. Eventos Obstétricos atendidos durante Junio 2010 a Junio 2012.

Tomando en consideración la edad materna de las 44 pacientes que se incluyeron en el estudio, se encontró que la más joven fue de 19 años y la de mayor edad fue de 43 años, presentándose un promedio de edad de 30 años y que por grupo de edad predominó el de 26 a 30 años con número de 17 pacientes en total (38.63%). Gráfica 2.



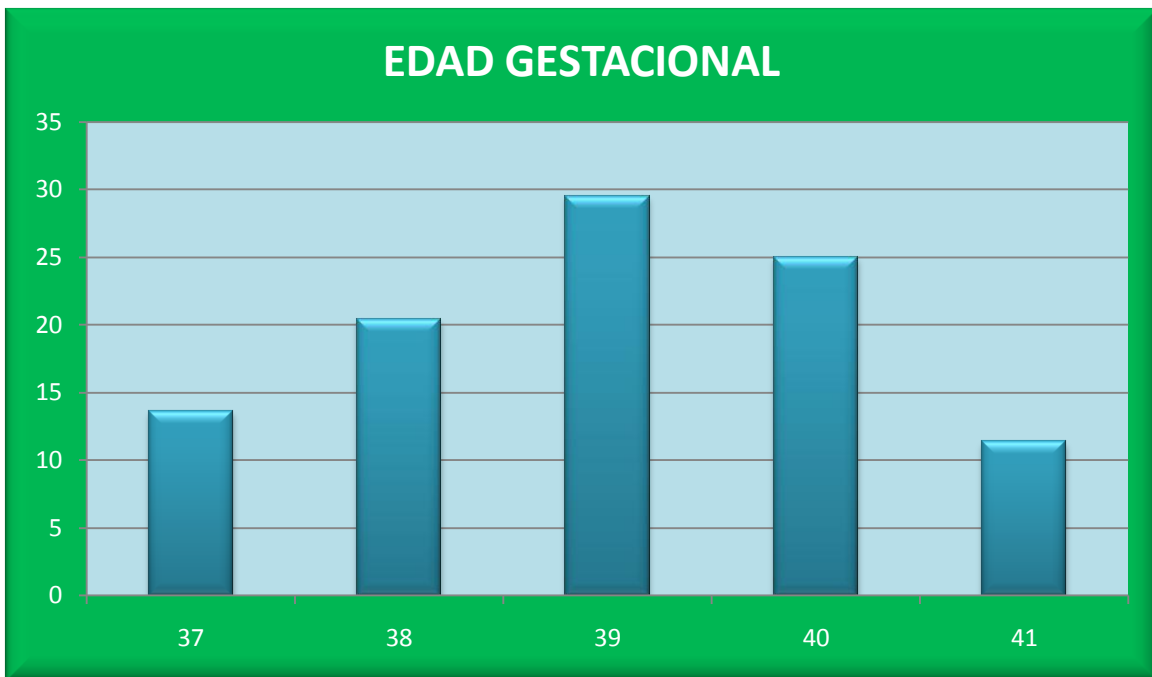
GRÁFICA 2. Edad Materna

En cuanto a los antecedentes obstétricos en lo relacionado a la paridad, siempre con una cesárea previa, se encontró que 27 pacientes (61.36%) cursaban su segundo embarazo, en 14 pacientes (31.81%) era su tercera gesta y en 3 casos (6.81%) la cuarta gesta. De las 44 pacientes, 9 tuvieron antecedente de un parto vaginal, 6 de un aborto y 2 con dos abortos previos. Gráfica 3.



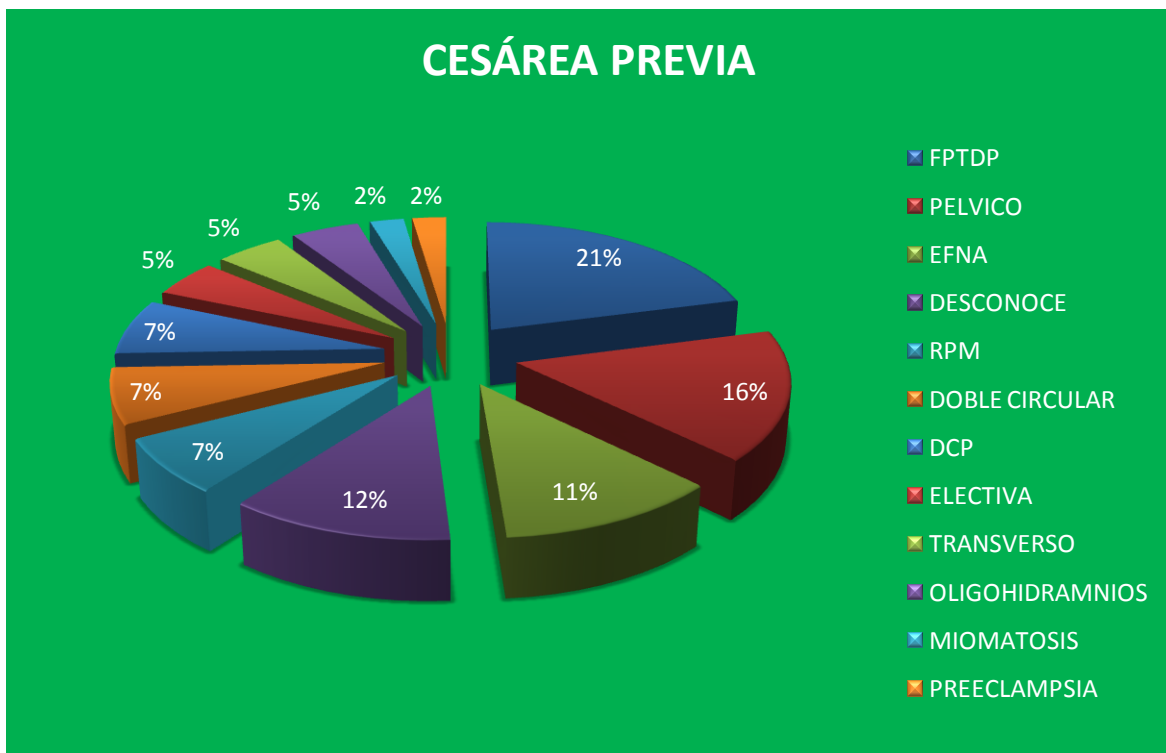
GRÁFICA 3. Antecedentes Obstétricos

De acuerdo a la edad gestacional de las paciente incluidas, siendo el criterio de inclusión embarazo de término, se encontró que 6 pacientes (13.63%) cursaban embarazo de 37 semanas, 9 casos (20.45%) con embarazo de 38 semanas, 13 casos (29.54%) con un embarazo de 39 semanas, 11 pacientes (25%) eran de 40 semanas y 5 (11.36%) de 41 semanas, con un promedio total de 39 semanas. Gráfica 4.



GRÁFICA 4. Embarazo de término.

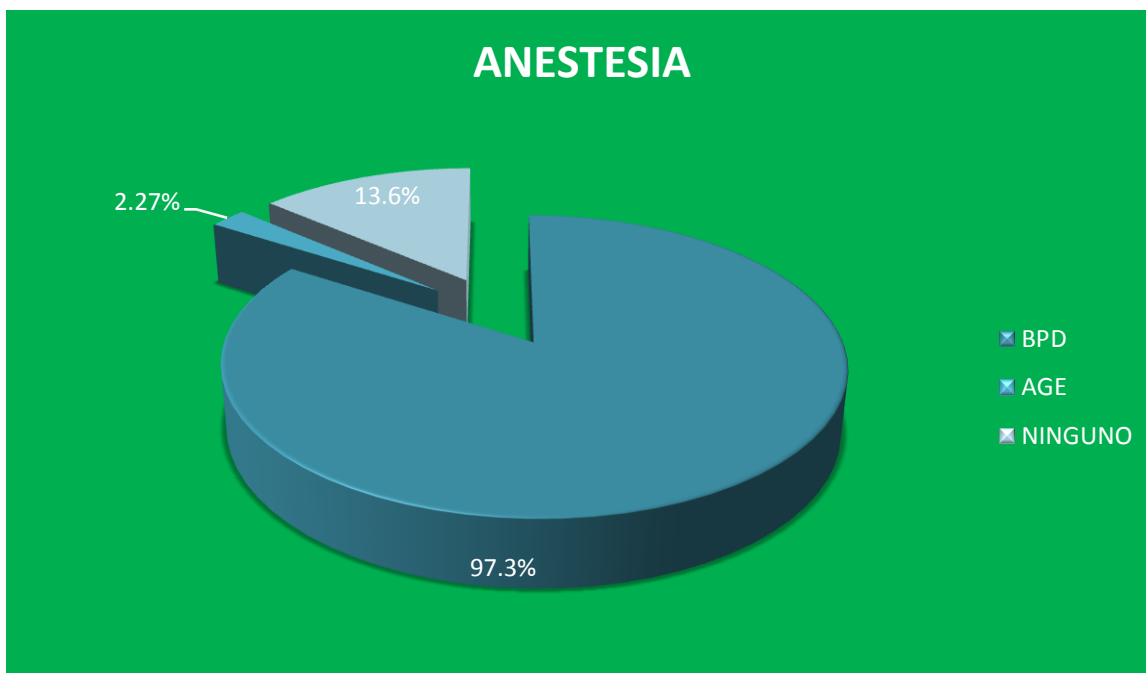
Según el diagnóstico de la cesárea previa, se encontró como la causa más frecuente la falta de progresión del trabajo de parto en 9 pacientes (20.45%), en segundo lugar la presentación pélvica del producto en 7 casos (15.9%), seguido del estado fetal no asegurable y desconocimiento de la cesárea previa en 5 casos cada uno (11.36%), posteriormente la ruptura de membranas de larga evolución, el doble circular de cordón y la desproporción cefalopélvica se presentaron en 3 casos cada uno (6.81%), así mismo la cesárea electiva, la presentación transversa y el oligohidramnios se presentó en 2 pacientes cada uno (4.54%) y por último 1 caso (2.27%) por miomatosis, uno de conducción fallida y uno de Preeclampsia. Gráfica 5.



GRÁFICA 5. Causa de cesárea previa.

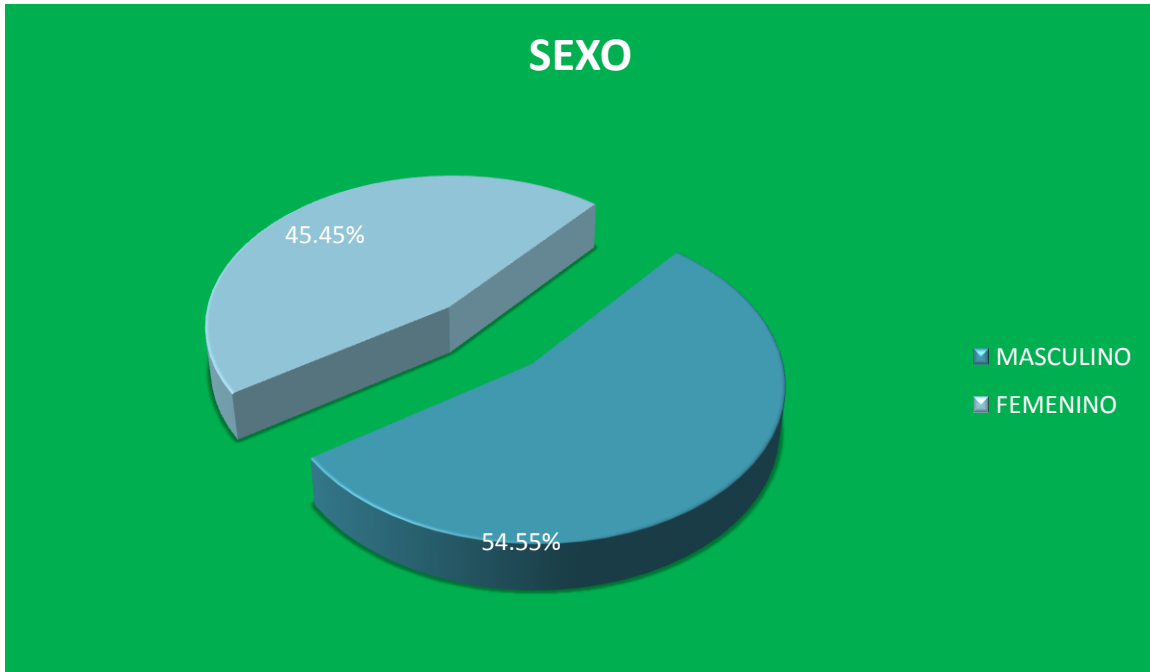
En ninguno de los casos estudiados se reportó el uso de prostaglandinas, sin embargo el uso de la oxitocina se halló en 30 pacientes lo cual correspondió al 68.18% de las pacientes incluidas en este estudio.

Según el tipo de anestesia utilizada en los procedimientos obstétricos que nos ocupan, a 37 pacientes (84.09%) se les aplicó bloqueo peridural sin accidentes ni incidentes y solo en 1 caso (2.27%) fue necesaria la anestesia general endovenosa para realización de laparotomía exploradora por dehiscencia de histerorráfia y 6 casos (13.63%) a quienes no se les aplicó ningún tipo de anestésico ya sea por no ser necesario y/o por no aceptarlo la paciente. Gráfica 6.



GRÁFICA 6. Tipo de anestésico utilizado.

En cuanto a los neonatos obtenidos en las pacientes en estudio el 54.55% correspondió a productos del sexo masculino y el 45.45% correspondió al sexo femenino. De los neonatos obtenidos 18 (40.90%) registraron hora de nacimiento durante el primer turno (07:00 a 15:59 horas), 14 casos (31.81%) correspondió al segundo turno (16:00 a 22:59 horas) y 12 casos (27.27%), ocurrieron durante el tercer turno (23:00 a 06:59 horas). Gráfica 7.



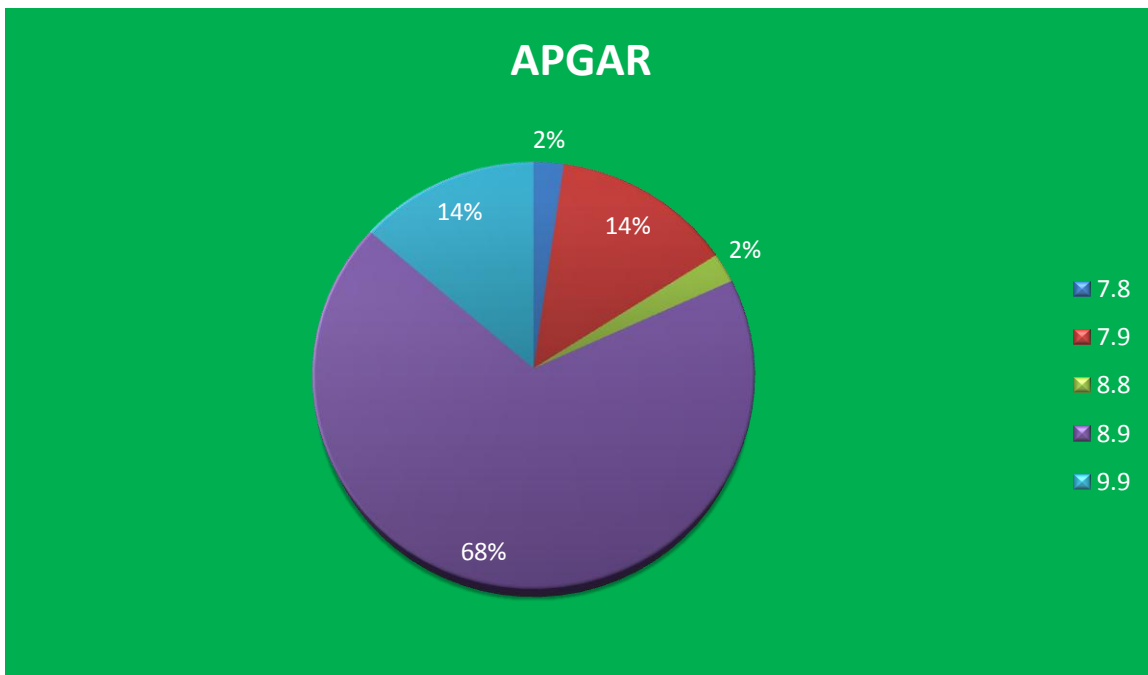
GRÁFICA 7. Sexo del neonato.

Considerando el peso de los productos obtenidos, se encontró que 34 (77.27%) de estos productos tuvo un peso entre 2501 y 3500 gramos, 8 (18.18%) productos pesaron entre 3501 a 4000 gramos, el de menor peso fue uno de 2500 gramos y el de mayor peso fue uno de 4140 gramos. Gráfica 8.



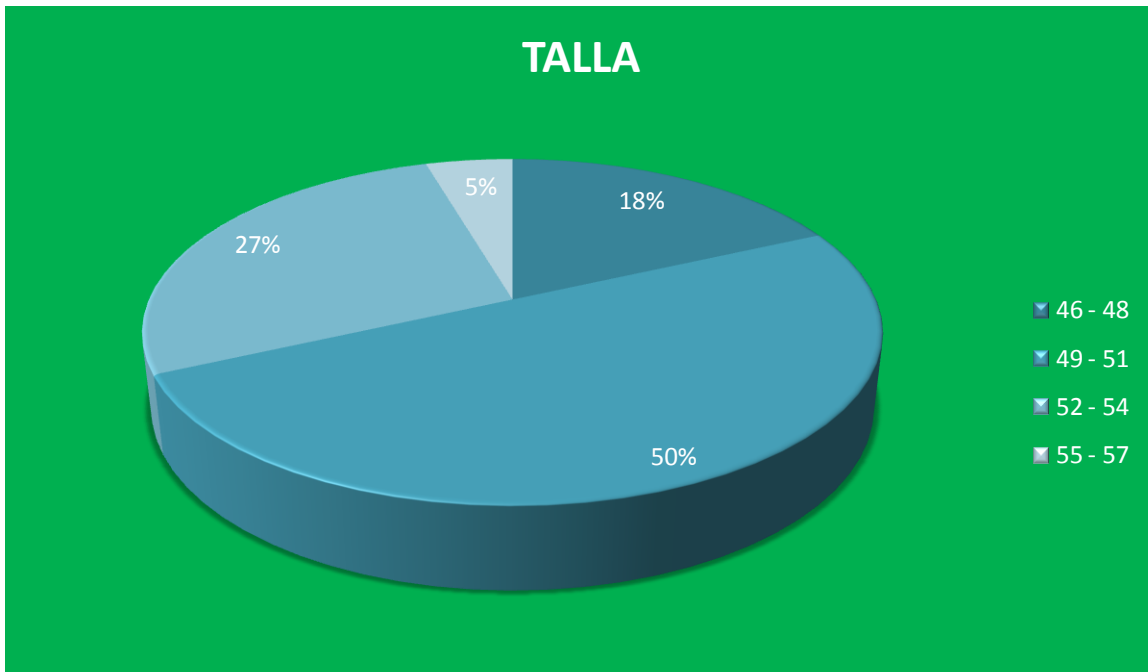
GRÁFICA 8. Peso del neonato al nacimiento.

En cuanto al apgar de los neonatos nacidos 30 (68.18%) de ellos correspondió a un apgar de 8/9, 6 casos (13.63%) presentaron apgar de 7/9, 6 más apgar de 9/9, 1 caso (2.27%) de 8/8 y uno más con valoración apgar de 7/8 que fue otorgada a un producto de un embarazo de 40.4 semanas que además tenía como comorbilidad materna la obesidad, trombocitopenia gestacional e intolerancia a carbohidratos. Gráfica 9.



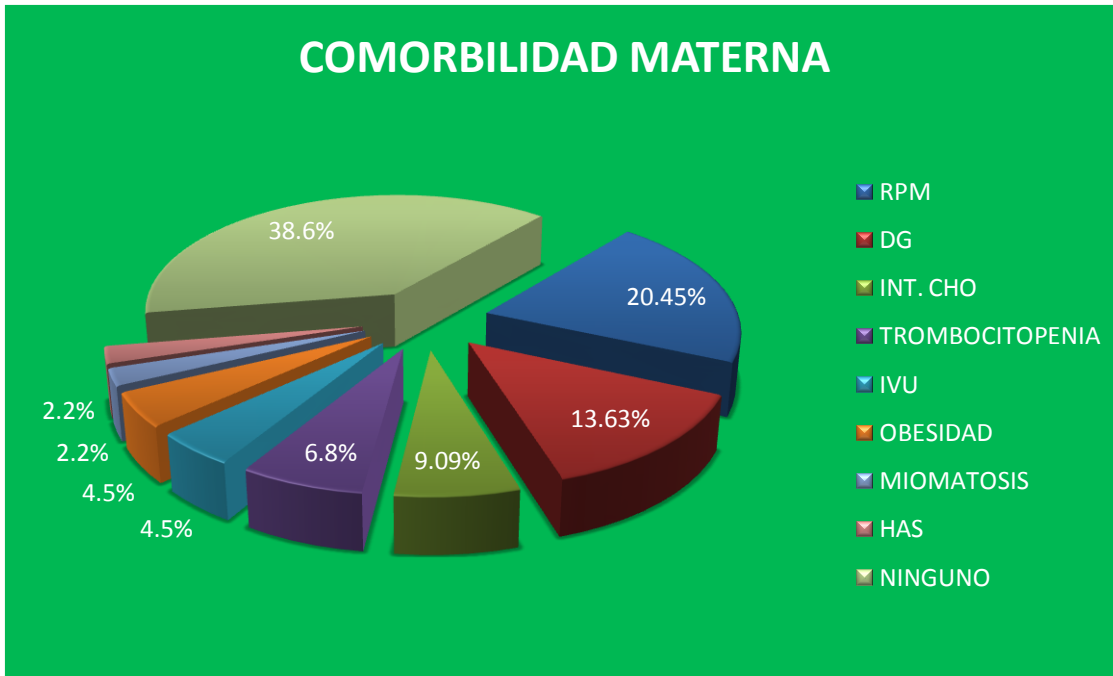
GRÁFICA 9. Valoración Apgar del neonato.

La talla del neonato en promedio correspondió a 50.5 centímetros con un total de 9 casos (20.45%), con un caso en un neonato de 46 centímetros como mínimo y de 57 centímetros como máximo. Gráfica 10.



GRÁFICA 10. Talla del neonato al nacimiento.

Mencionando la patología materna agregada al embarazo se encontró ruptura prematura de membranas en 9 pacientes (20.45%). Dentro de este rubro también se halló la diabetes gestacional en 6pacientes (13.63%), la intolerancia a carbohidratos y la trombocitopenia gestacional en 3 pacientes cada una (6.81%)así mismo la obesidad e infección de vías urinarias se presentaron en 2 pacientes cada una (4.54%) y 1 caso (2.27%) de miomatosis uterina y otro por hipertensión arterial crónica. Gráfica 11.



GRÁFICA 11. Comorbilidad materna.

De las complicaciones maternas presentadas se reportaron 4 casos: dos con desgarros de primero y segundo grados, además de un caso de aplicación de fórceps profilácticos en una paciente trigesta (A1, C1, P1) de 29 años con cesárea y abortos previos, en donde se obtuvo un producto masculino de 2860 gramos valorado con apgar 8/9. Y un caso de dehiscencia total de histerorráfia previa el cual fue atendido posterior al nacimiento vaginal, con necesidad de laparotomía exploradora, permaneció hospitalizada 2 días egresando posteriormente sin mayores complicaciones

En cuanto a los días de estancia hospitalaria se encontró un promedio de 2.29 días.

Se registró la presencia de complicaciones en 4 pacientes que representan el 9.09% para identificar factores asociados a la presencia de complicaciones; se utilizó la prueba de razón de posibilidades (razón de momios).

Se encontró una asociación positiva entre la presencia de edad menor de 30 años y complicaciones, con un valor OD (odds ratio) de 1.73 con un valor predictivo positivo de 0.68.

En segundo lugar se encontró asociación entre 3 o más gestas y la presencia de complicaciones con valor de OD de 1.87 y valor predictivo positivo de 0.71.

En tercer lugar se evaluó la presencia de edad gestacional y posibilidad de complicaciones. Se encontró que una edad gestacional mayor de 40 semanas se asocia a la presencia de complicaciones con OD de 1.89 y valor predictivo positivo de 0.68.

Se encontró asociación entre la presencia de los valores anteriormente mencionados y obesidad con la posibilidad mayor, con OD de 2.2 y valor predictivo positivo de 0.90.

No se encontró asociación estadísticamente significativa entre las variables mencionadas y el peso del producto, ni con la calificación de Apgar obtenidas.

DISCUSIÓN

El presente estudio proporciona información sobre la posibilidad de atención de parto por vía vaginal mediante las tendencias y complicaciones en aquellos casos de embarazos de término normo-evolutivo, quienes tienen el antecedente de un embarazo previo resuelto mediante operación cesárea, ocurridos durante un periodo de 2 años en el Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos.

El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos de EEUU (ACOG) emitió su "Practice Bulletin" #115, de agosto de 2010, sobre el parto vaginal después de una cesárea previa. El ACOG reconoce, en primer lugar, que el parto vaginal después de una cesárea constituye una meta válida para la mujer embarazada con una cesárea previa. En el plano individual, se reconoce que el parto vaginal con cesárea previa está asociado a una reducción en las complicaciones maternas de un parto, así como a las complicaciones de futuros partos. A nivel de la salud de la población de madres y niños, el parto vaginal ayuda a reducir la tasa nacional de cesáreas, una meta básica en todos los países con tasas elevadas de partos por cesárea. Siendo Puerto Rico el país del mundo con la tasa de cesáreas más alta del mundo.

Tanto la cesárea repetida como el parto vaginal después de una cesárea conllevan riesgos maternos y neonatales. De ahí la importancia de reducir la tasa de cesáreas primarias en éste, y en otros, países. En aquellas madres que logran un parto vaginal después de una cesárea, éstas se benefician de múltiples ventajas a su salud. Se han evitado una cirugía mayor, tienen menos hemorragias e infecciones y logran una recuperación más rápida de su parto, en comparación con las que sufren una cesárea repetida. Evitar las cesáreas múltiples, además, le reduce el riesgo de sufrir una histerectomía, la pérdida de la matriz, daño a la vejiga o al intestino, transfusiones de sangre, y los problemas graves de la placenta como son la placenta previa y la placenta acreta.

La consejería de una madre con una cesárea previa que interese un parto vaginal debe incluir una discusión franca, tranquila y objetiva de los beneficios y riesgos del parto vaginal con cesárea previa y de la cesárea repetida. No debe ejercerse presión o coerción para que la madre escoja la alternativa preferida por el médico. Esta consejería debe llevarse a cabo temprano en el embarazo, e incluso antes del embarazo.

En nuestro hospital la evolución del embarazo posterior a una cesárea previa, por lo regular transcurre igual que 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.

En el HCN de PEMEX el consenso general es que el intento de parto vaginal después de una cesárea puede lograr una atención obstétrica por vía vaginal en el 88% de los casos, en relación con el 80% de los casos reportados en la literatura.

En cuanto al uso de oxitócicos Flams y cols han demostrado que no hay incremento de rupturas uterinas comparado con los casos en que no se utilizaron oxitócicos, en nuestro estudio se utilizó oxitocina en un 68.18%

En este estudio de las 44 pacientes incluidas que presentaban cesárea previa a quienes se les dio trabajo de parto y que finalizaron con un parto eutócico, solo una presentó necesidad de laparotomía exploradora por dehiscencia total de histerorráfia previamisma que evolucionó favorablemente sin mayores complicaciones.

Se ha procurado disminuir el alarmante índice del incremento de la operación cesárea, en este hospital de los 519 eventos obstétricos atendidos durante Junio del 2010 a Junio del 2012, el 43.35 % finalizó en cesárea, este aumento puede ser explicado por 3 factores principalmente: el ser un hospital de tercer nivel implica recibir paciente con embarazos de alto riesgo o complicados enviados de su unidad de adscripción ya con el plan para la resolución quirúrgica del mismo, en segundo lugar el aumento de los problemas médico legales ocasiona cierto temor en los especialistas para la toma de decisiones y por último la negación de las pacientes a ser sometidas a trabajo de parto por temor al dolor por malas experiencias previas o simplemente por comodidad y rapidez en la atención.

Las complicaciones presentadas en este estudio se relacionaron directamente con los siguientes factores: edad materna menor de 30 años, multigestas (más de 3 gestas), edad gestacional mayor de 40 semanas y obesidad, factores efectivamente relacionados con los publicados en literaturas previas.

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 absolutas 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, cálculo 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 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

Arnoldo Guzmán Sánchez, Parto vaginal en pacientes con cesárea previa en el antiguo Hospital Civil de Guadalajara, Vol. 66, Agosto 1998.

Martha Janser Reynaud, Ricardo Ochoa Alcántara, Manejo de cesárea anterior. Rev. Med. Post UNAH Vol. 4, No. 2, Mayo – Agosto 1999.

Instituto Nacional de Estadística, geografía e Informática. Sistema de Cuentas Nacionales, PIB por entidad Federativa 1993 – 2000. Aguascalientes México, INEGI 2000.

Velasco V, Navarrete E, Pozos JL, Ojeda RI, Cárdenas C, Cardona JA, Indicaciones y Justificación de Cesáreas en el IMSS, Gac. Med. Méx. 2000; 136:421 – 431.

Paolo Ricci A, Ernesto Perucca P., Roberto Altamirano A. Nacimiento por parto vaginal después de cesárea, Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología 2003; 68 (6): 523-528.

Elkousy M, Sammuel M, Stevens E, Peipert F, macones G: The effect of birth weight on vaginal birth after cesarean delivery success rates. Am J Obstet Gynecol 2003; 188: 824-30.

Esteban Puentes – Rosas, Octavio Gómez, Francisco Garrido, Las Cesáreas en México: tendencias, niveles y factores asociados, Salud Pública de México, Vol. 46, no. 1, Ene – Feb 2004.

Ridgeway JJ, Weyrich DL, Benedetti TJ. Fetal heart rate changes associated with uterine rupture. Obstet Gynecol 2004; 103: 506-512.

Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ et al. Maternal and perinatal outcomes associated with trial of labor after cesarean delivery. N Engl J Med 2004; 351: 2581-2587.

Grobman WA, Lai Y, Landon MK et al. Prediction of uterine rupture associated with attempted vaginal birth after cesarean delivery. Am J Obstet Gynecol 2008; 199: 30.e1-30.e5.

Constantine MM, Fox K, Byers BD, Mateus J, Ghulmiyyad LM, Blackwell S, Hankins GD, Grobman WA, Saade G. Validation of the prediction model for success of vaginal birth after cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2009; 114: 1029-33

ACOG Practice Bulletin Number 115: Vaginal birth after previous cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2010; 116(2): 450-463.

Dekker GA, Chan A, Luke CG, Priest K, Riley M, Halliday J, King JF, Gee V, O'Neill M, Snell M, Cull V, Cornes S. Risk of uterine rupture in Australian women attempting vaginal birth after one prior cesarean section: a retrospective population based cohort study. *BJOG* 2010; 117: 1358-1365.

Birnbach DJ, Bucklin BA, Dexter F. Impact of anesthesiologists on the incidence of vaginal birth after cesarean in the United States: role of anesthesia availability, productivity, guidelines and patient safety. *Semin Perinatol* 2010; 34: 318-324.

Duff P. A simple checklist for preventing major complications associated with cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2010; 116 (6): 1393-1396.

Bujold E, Goyet M, Marcoux S, Brasard N, Cormier B, Hamilton E et al. The role of uterine closure in the risk of uterine rupture. *Obstet Gynecol* 2010; 116: 43-50.

Bujold E, Gauthier RJ. Risk of uterine rupture associated with an inter delivery interval between 18 and 24 months. *Obstet Gynecol* 2010; 115: 1003-1006.