

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA



T E S I S

Que para obtener el título de

GINECOOBSTETRA

presenta el

DR. MARCO A. RAPALO P.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

AL MAESTRO JOSE TORRE BLANCO

Con estimación y afecto

A mis compañeros y amigos

Con estimación para todos los Jefes de Servicio

De nuestra división.

A Todos los Médicos Adscritos de la División

Al Dr. Manuel Franco Solís

Quien dirigió este trabajo

Con mi agradecimiento y afecto

Con cariño y respeto a mis padres

A mi esposa Rosa María

A mis Hijas: Sandra, Irma, Patricia

MANEJO DE LA PACIENTE CON CESAREA PREVIA.

INTRODUCCION.

Hay diversidad de criterio en cuanto al manejo de la paciente que ha sido sometida a una operación cesárea, desde el intervencionismo absoluto, cuyos adeptos dicen que después de "cesárea siempre cesárea" hasta el manejo conservador en que se somete a la paciente a una prueba de trabajo de parto, después de que se ha valorado el riesgo que madre y producto podrían tener con este procedimiento.

Es variable el criterio en cuanto a la selección de las pacientes que han de ser sometidas a una prueba de trabajo de parto y se basa en un análisis lo más minucioso posible de los factores que ocasionaron la cesárea anterior, el hospital donde se realizó, personal médico calificado o no y otros en los que se toma en cuenta la evolución transoperatoria, la evolución inmediata y el puerperio tardío con todos los datos que por regla general solamente pueden ser obtenidos cuando se tiene a la mano el expediente de la paciente y aún en estas condiciones a veces no es posible recabar otros de gran interés como serían: prolongación a nivel del segmento, cantidad del sangrado que por omisión o por descuido no son consignados.

En cuanto a la selección de estas pacientes para ser sometidas a una prueba de trabajo de parto, existen una serie de requisitos bien delimitados, pero que en la mayoría de las pacientes no es posible llevar a cabo.

A continuación los enumeramos:

- 1.- Ser atendido por un obstetra calificado.

- 2.- Ser atendida en un medio que cuente con todo lo necesario (medicos quirúrgicos, anestésicos, etc.).
- 3.- Tener una sola cesárea previa.
- 4.- No persistir el motivo de la operación previa o haya indicación de nueva cesárea.
- 5.- Operación anterior bien efectuada y sin problemas operatorios.
- 6.- No haber existido complicaciones post-operatorias, especialmente infección uterina.
- 7.- Operación previa con técnica segmentaria transversal.
- 8.- No haber tenido operaciones uterinas posteriores como miomectomías, metroplastías y legrado instrumental.
- 9.- Tener buena cicatriz, al estudio histerográfico.
- 10.- Existencia de un lapso mínimo de 2 años entre la cesárea y el nuevo parto y de preferencia entre la operación y el inicio del embarazo actual.
- 11.- Ausencia de implantación baja y anterior de la placenta.
- 12.- Ausencia de sobredistención en el embarazo actual.
- 13.- El tamaño del feto no deberá ser exagerado.
- 14.- La presentación será cefálica y sin vicios de deflexión.
- 15.- Cuando exista necesidad de interrumpir el embarazo, las condiciones deberán ser satisfactorias para poder tener una fácil y corta inducto-condución.
- 16.- No tratarse de un caso de Nulliparidad "añosa" o de un producto "valioso".

De estos requisitos pensamos que nunca podrían cumplirse en forma estricta, pero mientras mejor se llenen, los resultados para la madre y el feto serán más satisfactorios.

Hay en la literatura numerosas citas (8,9) de partos vaginales posteriores a cesárea cuyo número es proporcional--

mente mayor a las pacientes que tuvieron que ser nuevamente cesareadas; todos los autores están de acuerdo en que el procedimiento en un medio hospitalario adecuado no es necesariamente peligroso (9) y que la morbilidad y mortalidad materno-fetal es algo mayor cuando se practica una nueva cesárea, que cuando el parto se efectúa por las vías naturales.

Tomando en cuenta el porvenir obstétrico de estas pacientes y de las cifras bastante significativas de parto post-cesárea no se justifica el intervencionismo absoluto y a toda paciente de este tipo se le debe de dar oportunidad del parto vaginal después de ser valorado que el riesgo que éste representa para el producto y la madre es mínimo.

Se justifica el temor del obstetra que somete a una prueba de trabajo de parto a una paciente con cesárea previa y quizá la complicación a tomar en cuenta es la dehiscencia de la cicatriz que de ser segmentaria la más de las ocasiones es asintomática, sobre todo cuando estas pacientes durante su evolución del trabajo de parto se les ha aplicado algún tipo de analgesia o de anestesia.

Es la revisión de la cavidad después de la expulsión del producto y de preferencia antes del alumbramiento, cuando no existe aún la retracción completa del miometrio, en la que es posible por medio del tacto combinado, acucioso, el poder apreciar las características de la cicatriz, la presencia de alguna dehiscencia e incluso cuando no existe la certeza en cuanto al tipo de la incisión, es posible poder apreciar si ésta fué del tipo clásico o no (esto es discutible, pero el hecho de no encontrar las huellas palpables de una cicatriz transversa en una paciente a la que se le ha sometido a cesárea deberá hacernos pensar que la incisión fué efectuada a distinto nivel).

El manejo de nuestras pacientes en el C. H. "20 de Noviembre" es conservador y permitimos la prueba de trabajo de parto después del análisis anteriormente expuesto, sin embargo, cuando juzgamos que el trabajo de parto no es satisfactorio no lo pensamos dos veces para efectuar una nueva cesárea. Esto debe ser una condición sinecuanón en este tipo de pacientes, en las que no hay que empeñarse en obtener un parto por vía vaginal aún cuando todas las condiciones obstétricas sean aparentemente favorables.

El objeto de este trabajo es un estudio comparativo de la evolución de un grupo de pacientes cuyo denominador común era una cesárea anterior.

MATERIAL Y METODO.

En el lapso comprendido del 10. de Octubre de 1971 al 31 de Septiembre de 1972 se registraron 4895 nacimientos en nuestro hospital, durante este tiempo se efectuaron 572 cesáreas lo que da una incidencia del 11.2% de operación cesárea; 69 fueron iterativas, 220 primíparas, 193 múltiparas y 90 a las que se les practicó una segunda cesárea.

CUADRO No. 1

CESAREAS	
Iterativas	69
Primíparas	220
Múltiparas	193
Segunda cesárea	90
T O T A L	572

Se estudiaron 206 pacientes que ingresaron con el antecedente de una operación cesárea durante el mismo lapso.

A todas se les hizo interrogatorio minucioso, averiguando las causas que motivaron la cesárea. Apegándose a las normas anteriores se seleccionaron las pacientes que debían ser nuevamente cesareadas y a las que les debían dar oportunidad para un parto por vía vaginal. En estas últimas se analizaron edad, paridad, horas de trabajo de parto, conducción, morbilidad materna, vitalidad del producto al nacer ya sea por vía vaginal o nuevamente por cesárea. (Cuadro No. 2).

CUADRO No. 2
Causas que motivaron la primera cesárea.

MOTIVOS	PARTO VAGINAL		CESAREAS	
	n	%	n	%
Desproporción feto-pélvica	24	20.68	32	35.56
Sufrimiento fetal	20	17.26	16	17.78
Situación transversa	11	9.48	13	14.45
Presentación pélvica	21	18.10	2	2.22
Distocia de contracción	6	5.17	17	18.88
Placenta previa	12	10.34	5	5.56
Toxemia	7	6.04	0	---
Presentación de cara	2	1.73	1	1.11
Embarazo molar	1	.86	0	---
Miomectomías	0	---	2	2.22
Se ignoran	12	10.34	2	2.22
T O T A L	116	100.00	90	100.00

RESULTADOS.

De las 206 pacientes, 46 fueron sometidas a una segunda cesárea, después de interrogatorio y exploración así como es-

tudios de gabinete fundamentalmente radiológico. La razón por la cual a estas pacientes no se les dió prueba de trabajo de parto fueron las siguientes (ver cuadro No. 3).

CUADRO NO. 3

Sin prueba de trabajo de parto.

MOTIVOS	No. DE CASOS	PORCENTAJES
Desproporción feto-pélvica	20	43.48
Sufrimiento fetal	6	13.05
Presentación pélvica	6	13.05
Placenta previa	4	8.7
Toxemia	3	6.53
Embarazo gemelar	2	4.34
Situación transversa	2	4.34
Miomectomías previas	2	4.34
Cicatriz corocral	1	2.17
T O T A L	46	100.00

Edad de las pacientes. La paciente más joven tenía 17 años y la de mayor edad 48, el promedio de edad fué 32.5. Como se aprecia en el cuadro No. 4 la mayoría de las pacientes estuvo comprendida entre los 20 y 30 años, que comprende a la etapa de mayor fertilidad.

CUADRO No. 4

Edad de las pacientes

AÑOS	No. DE CASOS	PORCENTAJES
- de 20	8	3.90
20 - 30	120	58.25
30 - 40	74	35.90
+ de 40	4	1.95
T O T A L	206	100.00

Semanas de embarazo. 34 semanas de embarazo tenía una de muestras pacientes, 42 semanas la de máxima edad gestacional. 5.8% tenían embarazo de menos de 36 semanas, 79.7% de 36 a 40 semanas y el 14.5% de más de 40 semanas.

CUADRO No. 5
Edad gestacional.

	No. DE CASOS	PORCENTAJES
- de 36 semanas	12	5.8
36 - 40 semanas	164	79.7
+ de 40 semanas	30	14.5
T O T A L	206	100.0

No incluimos en nuestra casuística los embarazos menores de 34 semanas.

Paridad. El 43.7% de nuestras pacientes eran nulíparas y el 56.3% habían tenido 1 ó más partos vaginales (cuadro No.6-A). De las pacientes 44 tuvieron uno o más partos vaginales antes de la primera cesárea en cuestión; de estas 44 pacientes a 42 se les efectuó nuevamente cesárea y 2 tuvieron parto vaginal. 40 pacientes tuvieron uno o más partos después de la primera cesárea de las cuales, 34 tuvieron parto vaginal y a 6 se les hizo cesárea. 32 pacientes habían tenido partos antes y después de la primera cesárea de las cuales, 20 tuvieron parto vaginal y a 12 se les hizo nuevamente cesárea. (Cuadros Nos. 6-A y 6-B).

CUADRO No. 6-A
Paridad.

	No. DE CASOS	PORCENTAJES
Nulíparas	90	43.7
+ de 1 parto	116	56.3
T O T A L	206	100.0

CUADRO No. 6-B

Paridad	Número de Pacientes	RESOLUCION DEL EMBARAZO	
		Parto Vaginal	Cesárea
Mulíparas	90	60	30
1 y más partos antes - de la 1ra. cesárea.	44	2	42
1 y más partos después de la 1ra. cesárea.	40	34	6
1 ó más partos antes - y después de la 1ra. - cesárea.	32	20	12
T O T A L	206	116	90

Tiempo transcurrido entre la cesárea y el embarazo actual.

31 Pacientes se embarazaron antes del año de efectuada la primera cesárea, 69 entre 1 y 2 años y 106 más de 2 años (Ver cuadro No. 7).

CUADRO No. 7

AÑOS	PARTO VAGINAL	%	CESAREA	%
- de 1 año	14	12.60	17	22.5
1 - 2 años	26	22.4	43	44.2
+ de 2 años	76	65.0	30	33.3
T O T A L	116	100.0	90	100.0

M A N E J O

De las 160 pacientes que fueron sometidas a prueba de trabajo de parto a 30, 18.7% se les practicó conducción con solución diluída de ocitocina cuando la actividad no era satisfactoria; a 12 de estas pacientes así conducidas se les hizo de nuevo cesárea.

Analgesia y anestesia. En 42 pacientes se utilizó analgesia a base de demerol, clorpromazina y liranol, en 45 pacien-

tes se aplicó anestesia general. En 42 pacientes se aplicó además de la analgesia anestesia general ya sea para revisión de cavidad o bien para aplicación de forceps. En 31 pacientes se hizo bloqueo peridural contínuo.

Horas de trabajo de parto. Las horas de trabajo de parto a que fueron sometidas las pacientes fué como sigue: menos de 6 horas 4 pacientes; de 6 a 12 horas 106 pacientes; de 12 a 16 horas 48 pacientes; más de 16 horas 2 pacientes.

CUADRO No. 8
Horas de trabajo de parto.

Hrs.	PARTO VAGINAL	%	CESAREAS	%
- de 6	4	3.8	0	0
6 - 12	76	65.2	30	69
12 - 16	36	31	12	27
+ de 16	0	0	2	4
T O T A L	116	100.0	44	100

Período Expulsivo. El tiempo del período expulsivo en los partos vaginales fué como sigue: Menor de 1 hora 88 pacientes, de 1 a 2 horas 28 pacientes, ninguna paciente evolucionó más de 2 horas en período expulsivo, excepto 3 que fueron sometidas a cesárea.

CUADRO No. 9
Período Expulsivo.

HORAS	PARTO VAGINAL
- de 1	88
1 - 2	22
TOTAL	116

Resolución del parto. 85 partos vaginales fueron espontáneos y a 31 pacientes se les aplicó forceps lo que representa un 27.5%. Independientemente de su paridad a todas se les hizo episiotomía.

CUADRO No. 10

FORCEPS

	NO. DE CASOS
Simpson	21
Kielland	7
Elliot	3
TOTAL	31

Peso de los Productos. No incluimos en nuestra casuística los productos de menos de 2 kgs. En el cuadro No. 11 tenemos el peso de los productos obtenidos por vía vaginal y suprapúbica.

CUADRO No. 11

Peso de los Productos.

KGS.	PARTO VAGINAL	CESAREA
- de 2	0	0
2 a 3	35	15
3 a 3.5	54	30
3.5 a 4	24	28
+ de 4	3	17
TOTAL	116	90

Calificación neonatal por el método de Apgar.

La vitalidad del producto se calificó por el método de Apgar, de 0 a 3 fueron 11 productos, de 4 a 6, 21 productos, de 7

a 10 fueron 128 productos. En el cuadro se desglosan el Apgar de los productos obtenidos por vía vaginal y de los obtenidos por cesárea. No incluimos en éste a los 46 productos de cesárea electiva, pero sí el Apgar de los productos obtenidos de las 69 cesáreas iterativas.

CUADRO No. 12
Apgar de los Productos.

APGAR	PARTO VAGINAL	%	2DA. CESAREA.	%	ITERATIVA	%
0 - 3	6	5.3	5	11.3	8	11.4
4 - 6	13	11.2	8	18.1	15	22.8
7 - 10	97	83.5	31	70.6	46	65.8
TOTAL	116	100.0	44	100.0	69	100.0

Morbilidad Materna. En la revisión rutinaria después de la expulsión del producto no se encontró ninguna dehiscencia de la cicatriz. Una de ellas era clásica y tenía el antecedente de una microcesárea por embarazo molar. 9 episiotomías se prolongaron y correspondieron a la aplicación de forceps. No hubo lesiones apreciables a nivel de cuello. De las pacientes que fueron laparotomizadas se encontró dehiscencia completa en dos de ellas; adelgazamiento del segmento en 5. Hubo 2 lesiones de vejiga al efectuar el rechazamiento de la misma. En 3 casos se prolongó la incisión con sangrado moderado.

COMENTARIO.

La frecuencia con que se lleva a cabo la operación cesárea aumenta día a día en todos los hospitales, esto provocado en parte por la disminución en los riesgos de su ejecución, por el aumento en el número de sus indicaciones en los que tiene un elevado porcentaje la cesárea iterativa y sobre todo las indicacio-

nes fetales, por el afán cada vez más en boga de resolver por vía suprapúbica todos los problemas que potencialmente ponen en peligro al feto, a fin de obtener un producto mejor.

En nuestra casuística la incidencia de 11.2% en el último año casi podría calificarse de exagerada comparada con otros hospitales. Algo quizá tiene que ver en esto el reciente funcionamiento de nuestra unidad Perinatológica por la detección de problemas en que es previsible la posible muerte del producto como en los casos de diabetes, isoimmunización, toxemia, embarazo prolongado, etc.

Aclaremos también que nuestro hospital es de concentración y que a él llegan los casos problemáticos que canalizados desde las clínicas de adscripción e incluso de los otros hospitales de la institución, la mayoría de los cuales son los sangrados del tercer trimestre, malposiciones fetales, eclampsias, etc.

Mucho aumenta nuestra incidencia las pacientes con el antecedente de una cesárea previa que en nuestra casuística se les hizo una segunda cesárea al 43.3% o sea una cesárea iterativa entendiéndose por ello el sentido estricto de la palabra aquello que se repite una o más veces.

Vemos también que las pacientes con 2 ó más cesáreas anteriores (verdaderas iterativas para la mayor parte de los autores) representan el 12% del total de cesáreas efectuadas en el lapso estudiado y que aquellas 90 pacientes a las que se les efectuó segunda cesárea en futuros embarazos, ingresarán a las filas de éstas últimas que en años venideros aumentarán aún más nuestra incidencia de cesáreas.

Si bien hemos considerado que toda paciente que tiene el antecedente de una cesárea puede tener un parto por vía vaginal y se le debe dar la oportunidad para éste, a fin de no comprometer aún más su futuro obstétrico, es razonable suponer que no

todas resolverán su embarazo por la vía natural y que en un porcentaje bastante elevado serán de nuevo operadas.

En nuestra casuística el 22% de las pacientes con cesárea previa fueron nuevamente cesareadas en forma electiva por las causas que al principio mencionamos. Esto indica que nos apegamos a los requisitos que se han enumerado, pero que no nos ajustamos estrictamente a ellos, puesto que si así fuera a todas las pacientes se les hubiera efectuado de nuevo una segunda cesárea.

En el análisis de las causas que motivaron la primera cesárea, vemos que el dato de desproporción feto-pélvica se hizo en 55 nacientes, de las cuales 24 tuvieron parto por vía vaginal, ésto debe conducir a una buena valoración de las pacientes con este diagnóstico de desproporción, y no debe ser indicación de una nueva cesárea a menos que clínica y radiológicamente sea obvia dicha desproporción.

llama la atención 21 pacientes que fueron operadas con el diagnóstico de presentación pélvica en primigesta, 19 tuvieron parto vaginal. Esto significa que la cesárea fué efectuada electivamente y que no existía problema de desproporción o distocia contráctil, sino solamente el justificado temor del obstetra de una distocia de cabeza última; hay que tomar en cuenta que 14 de estas pacientes fueron operadas en sanatorios particulares, 6 en nuestro hospital y una en otro hospital de nuestra institución.

Con relación al número de partos antes ó después de la cesárea en cuestión, es digno de comentar que las pacientes que habían tenido partos posteriores a la cesárea tuvieron en su mayoría partos vaginales, por el contrario las que tuvieron partos previos a la cesárea en su mayoría fueron de nuevo cesareadas. To mado en cuenta que no tuvimos ninguna deficiencia posterior al parto vaginal sostenemos que la multiparidad, sobre todo después

de la cesárea no es un inconveniente y que por el contrario el parto vaginal es más fácil y rápido. Esto es contrario a lo señalado por otros autores que sostienen que las multíparas son más lábiles a la dehiscencia.

Señalamos el hecho de que la minoría de nuestras pacientes tuvo nuevo embarazo antes de un año de la cesárea y que la gran mayoría se embarazó 2 años después. Hay que tomar en consideración también que gran parte de estas pacientes habían tenido uno y más partos vaginales después de la cesárea. Este espaciamiento de los embarazos en la mayoría de nuestras pacientes quizá pueda atribuirse a que el nivel socio-económico de nuestras derechohabientes puede considerarse dentro de la clase medio baja; también a que se lleva un mejor control de fertilidad, ya sea en su clínica o en el propio hospital y a las medidas anticonceptivas que en la mayoría de las pacientes fué a base de tabletas anovulatorias.

Nuestra morbilidad materna es baja si tomamos en cuenta que en el manejo de las pacientes que sometemos a trabajo de parto no nos empeñamos demasiado en prolongarlo cuando a todas luces va a ser infructuoso y lo demuestra el hecho de que solamente a 2 de nuestras pacientes se les dejó en trabajo de parto más allá de 16 horas.

En nuestra casuística el tiempo máximo de trabajo de parto fué de 16 hrs. en las nulíparas y de 12 en las multíparas. Cabe considerar que en algunas ocasiones el tiempo del trabajo de parto que corresponde al período de dilatación no es del todo efectivo observando oligosistolias o inercias secundarias; en estas circunstancias no sería válido el tiempo límite fijado por algunos autores (6,8) de 6 horas para las multíparas y de 12 horas para las nulíparas. La actividad uterina debe ser efectiva en frecuencia, duración e intensidad, para que puedan ser válidos esos límites señalados en los que nosotros estamos de acuerdo.

La conducción fué empleada en el 18.75 de nuestras pacientes. No tenemos inconveniente una vez seleccionada la pa-
ciente como buena candidata para el parto vaginal en conducirla
con soluciones diluidas de ocitocina cuando la contractilidad -
uterina es insuficiente. Hay autores que señalan que la fisio-
logía del miometrio en pacientes con cesárea anterior es nor-
mal, por consiguiente el ocitócico tendría por objeto hacer que
el miometrio imite una actividad uterina normal.

Es muy importante el empleo de analgesia y anestesia
durante el trabajo de parto en estas pacientes. El método de -
analgesia fundamentalmente debe disminuir el dolor y el estado
de ansiedad sin depresión del centro respiratorio tanto materno
como fetal.

Seguimos empleando las infusiones endovenosas a base
de demerol, clorpromazina y fenérgan, sin embargo, en los últi-
mos meses hemos estado empleando con bastante buenos resultados
el bloqueo peridural continuo que es un método de fácil manejo
que nos ha brindado excelentes resultados, que facilita las ma-
niobras de revisión de la cavidad uterina. Tiene el inconve-
niente de que suprime el dato de dolor que en ocasiones es un -
síntoma de alarma de inminencia de ruptura uterina.

En comparación con las cifras de otros hospitales ---
nuestro porcentaje de partos vaginales posteriores a cesárea es
bajo. La aplicación del forceps del 27.5% se puede considerar
bajo ya que teóricamente a la gran mayoría de estas pacientes -
se les debe efectuar forceps profiláctico. Acerca del empleo -
del forceps profiláctico se ha especulado bastante. El objeto
del mismo es abreviar el período expulsivo y consiguientemente
evitar una mayor distensión del segmento.

Nuestra opinión en este sentido es que en efecto se
debe de abreviar el período expulsivo, pero como si se tratara

de un forceps electivo o sea una aplicación terminal y no con el pretexto de una "profilaxis", hacer aplicaciones cuando la paciente apenas ha completado dilatación y el producto comienza su descenso por el canal del parto; en esta forma se propician las tomas tardías con todos los inconvenientes que este tipo de aplicaciones pueden tener en cualquier paciente y más aún en la que tiene el antecedente de una cesárea. Con ésto queremos dejar entendido que tanto el llamado forceps profiláctico como el forceps electivo deben ser aplicaciones terminales, es decir — cuando la cabeza se encuentra sobre el piso perineal, en otras circunstancias la aplicación "profiláctica" del forceps solamente conduciría a una elevada morbilidad feto-materna.

Mencionamos que a dos pacientes que fueron laparotomizadas con el diagnóstico de dehiscencia de la cicatriz, una era una paciente con el diagnóstico de óbito fetal múltipara que completó dilatación y descenso accesible de la presentación hasta el piso perineal con gran elongación cervical de tal forma que al efectuar la expulsión se produjo decapitación. Posteriormente se hicieron maniobras infructuosas para tratar de extraer al feto por vía vaginal, hubo sangrado importante y allí se descubrió una amplia brecha del segmento. Se laparotomizó encontrándose gran hematoma intraligamentario izquierdo y se practicó — histerectomía. La segunda era una paciente múltipara que ingresó en trabajo de parto con un producto en presentación pélvica y que presentó dolor a nivel de la herida quirúrgica y sangrado moderado por vía transvaginal. Se sospechó ruptura uterina, se intervino encontrándose dehiscencia de la cicatriz, se extrajo el producto, se hizo laparotomía y salpingoclasia.

De las pacientes que fueron sometidas nuevamente a cesárea, en 6 de ellas se hizo el diagnóstico de sufrimiento fetal intraparto, ya sea por alteraciones del foco, o la presencia de meconio, estos 6 productos se incluyeron en la califica-

ción de 4 a 5.

En estas mismas pacientes con cesárea se encontraron 2 óbitos.

En los demás productos tanto de las pacientes que fueron sometidas a cesárea como las que tuvieron parto vaginal no hubo signos de sufrimiento fetal durante la prueba. En el análisis del Apgar de los productos obtenidos por vía vaginal vemos que el 83.5% estuvo comprendido entre 7 a 10. En el porcentaje de este mismo parámetro para los productos obtenidos por cesárea fué de 70.5%. En el mismo cuadro incluimos el Apgar de los productos de las 69 cesáreas iterativas cuyo porcentaje en la escala de 7 a 10 es del 65.8%, más bajo que las dos anteriores.

Sobre ésto solamente podríamos hacer especulaciones acerca del hecho de que la cesárea en sí no es un procedimiento por el cual pueda obtenerse un producto mejor y que quizás la naturaleza le exige al producto un esfuerzo a su paso por el canal del parto, esfuerzo que quizás lo conducirá a una mejor preparación para su enfrentamiento con el medio ambiente externo.

RESUMEN Y CONCLUSIONES.

- 1.- Se presentan los resultados del estudio de 206 pacientes - que tenían el antecedente de una cesárea previa.
- 2.- De éstas, 46 fueron cesareadas electivamente después de considerar que eran buenas candidatas para el parto vaginal.
- 3.- Las restantes 160 fueron sometidas a una prueba de trabajo de parto obteniéndose 116 partos vaginales y 44 cesáreas.
- 4.- Las causas principales que motivaron la primera cesárea fueron: la desproporción feto-pélvica, el sufrimiento fetal, - la situación transversa, y presentación pélvica.
- 5.- Las pacientes que fueron operadas en forma electiva tuvieron como principal diagnóstico la desproporción feto-pélvica, el sufrimiento fetal, presentación pélvica, y placenta previa.
- 6.- No cabe duda que una operación cesárea constituye un serio obstáculo para la resolución de un subsiguiente embarazo y que una gran parte de estas mujeres tendrán que ser de nuevo operadas ya sea en forma electiva o bien después del fracaso de una prueba del trabajo de parto. Decimos ésto juzgando nuestras cifras que representan un porcentaje de partos vaginales del 56.3%.
- 7.- La prueba de trabajo de parto cuando se efectúa en un medio hospitalario y después de una selección adecuada de la paciente no es un procedimiento que entrañe demasiado peligro.
- 8.- El tiempo máximo de trabajo de parto a que fueron sometidas

las pacientes fué de 16 horas para las primíparas y de 12 - horas para las múltiparas, lo que da un margen de toleren-- cia un poco mayor que las reportadas por otros autores.

- 9.- De las pacientes que tuvieron parto vaginal en ninguna se - encontró dehiscencia de la cicatriz.
- 10- El porcentaje de forceps del 27.5% es bajo en relación a -- otras publicaciones. Pensamos que debe de aclararse el tér-- mino "profiláctico" y dejar sentado que tanto éste como el electivo deben ser aplicaciones terminales.
- 11- Nuestra morbilidad materna es baja precisamente por la se-- lección adecuada de las pacientes y porque no nos esfuerza-- mos demasiado en obtener un parto por vía vaginal cuando la prueba de trabajo de parto no es satisfactoria.

B I B L I O G R A F I A .

- 1.- Benavides L. L.: Ginecología y Obstetricia de México, 5:336, 1963.
- 2.- Baker M.: Surg. Gynec and Obst. 100:1960. 1955 Vol. XVI. -- Pág. 15.
- 3.- Castelazo Ayala: Ginecología y Obstetricia de México, 9 de Enero - 5 de Febrero de 1961.
- 4.- Devito R. V.: Clínicas quirúrgicas de Norteamérica. Pág. 441, Abril de 1965.
- 5.- Díaz Infante: Ginecología y Obstetricia de México, 90:1953.
- 6.- Gómez Piña de la Peza y Cols. : Ginecología y Obstetricia de México, Vol. 32 No. 191, Pág. 251. Septiembre de 1972.
- 7.- Reyes Ceja: Ginecología y Obstetricia de México, Vol. XIV, -- Pág. 111, 1959.
- 8.- Ruiz Velazco: Ginecología y Obstetricia de México, Vol. 25 -- No. 152, Pág. 571, 1963.
- 9.- Ruiz Velazco: Actualidades en Ginecología y Obstetricia, XXV Aniversario. Pág. 719, 1970.
- 10- Rodríguez Argüelles J.: Ginecología y Obstetricia de México Vol. 32, No. 192, Octubre de 1972.
- 11- Serrano P.: Ginecología y Obstetricia de México, Vol. 27, -- No. 160, Pág. 197, 1970.