

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



Manejo de la Paciente Obstétrica con Antecedente de una Cesárea Previa en el Hospital Regional del Sur de Choluteca, Período Junio de 1984 a Abril de 1985.

TESIS

PRESENTADA POR EL BACHILLER

Juan Fernando Martín Anduray

PREVIA OPCION AL TITULO DE:

DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA

TEGUCIGALPA, D. C.

AGOSTO 1985

HONDURAS, C. A.

6/6.86
m38
85-76
C.M.C4

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



Manejo de la Paciente Obstétrica con Antecedente de una Cesárea Previa en el Hospital Regional del Sur de Choluteca, Período Junio de 1984 a Abril de 1985.

T E S I S

PRESENTADA POR EL BACHILLER

Juan Fernando Martín Anduray

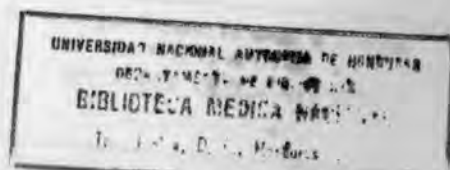
PREVIA OPCION AL TITULO DE:

DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA

TEGUCIGALPA, D. C.

AGOSTO 1985

HONDURAS, C. A.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

"MANEJO DE LA PACIENTE OBSTETRICA CON
ANTECEDENTES DE UNA CESAREA PREVIA"
EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL SUR DE
CHOLUTECA

PERIODO

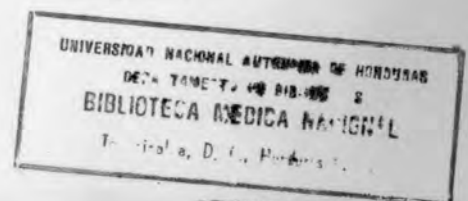
JUNIO 1984-ABRIL 1985

ASESOR:

DR. JAVIER GUEVARA

SUSTENTANTE:

BR. JUAN FERNANDO
MARTIN ANDURAY



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

RECTOR: ABOGADO OSWALDO RAMOS SOTO
SECRETARIO GENERAL: LIC. OSCAR ALVARENGA

JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

DECANO:
VICE-DECANO:
SECRETARIA:
PROSECRETARIO:
VOCAL:
VOCAL:
VOCAL:
VOCAL:
VOCAL:
VOCAL:

DR. RAUL FELIPE CALIX
DR. VICTOR MANUEL RAMOS
LIC. EVA LUZ DE ALVARADO
LIC. RAMON ARTURO DONAIRE
DR. CARLOS RAMON GARCIA V
DRA. XENIA J. PINEDA
BR. RIGOBERTO TABORA
BR. SAMUEL SANTOS
BR. EDGARDO PORTILLO
BR. EDNA MARADIAGA

~~~~~

## DEDICATORIA

Dedico este estudio a mis padres:  
Juan B. Martin y Alba María Anduray con  
especial cariño a mi esposa, hijas y -  
amigos que cooperaron para la realización  
de este trabajo.

\*\*\*\*\*

**TRIBUNAL EXAMINADOR**

DR. OBDULIO PACHECO (COORDINADOR)

DR. LUIS ANDRES TORO

DR. NORMAN MORALES

**SUSTENTANTE**

BR. JUAN FERNADNO MARTIN ANDURAY

**PADRINOS**

MARCIO MEMBREÑO

JORGE PONCE

OSCAR ALEMAN

EDUARDO JEFF

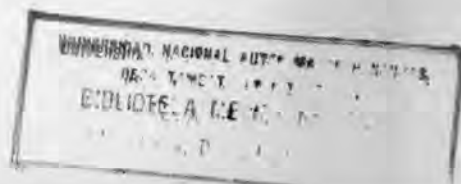
## I N D I C E

|                                     | PAG. |
|-------------------------------------|------|
| I.- INTRODUCCION -----              | 1    |
| II.- PROBLEMA -----                 | 2    |
| III. OBJETIVOS -----                | 2    |
| VI.- MARCO TEORICO -----            | 4    |
| V.- HIPOTESIS -----                 | 23   |
| VI.- VARIABLES -----                | 25   |
| VII. MATERIAL Y METODOS -----       | 28   |
| - TIPO DE ESTUDIO                   |      |
| - DESCRIPCION DEL AREA DE ESTUDIO   |      |
| - POBLACION Y MUESTRA               |      |
| - METODOS PARA RECOLECCION DE DATOS |      |
| - PLAN DE ANALISIS                  |      |
| VIII. BIBLIOGRAFIA -----            | 52   |
| IX.- ANEXOS -----                   |      |

## I.- INTRODUCCION

Los progresos actuales en la práctica Gineco-Obstétrica con el fin de brindar un mejor pronóstico materno-fetal, han mostrado interés especial en las pacientes embarazadas con antecedente de una cesárea previa, siendo motivo de una revisión constante y existiendo hasta el momento diferentes conductas respecto al manejo de este tipo de pacientes. En nuestro medio generalmente se permite el parto vaginal en pacientes que cumplen ciertos requisitos de selección para ello, pero sin que hasta la fecha se haya efectuado un estudio sobre el tema en el Hospital Regional del Sur y así conocer la realidad en el manejo de pacientes con antecedentes de una cesárea, a quienes se les efectúa nuevamente operación cesárea y a las que se les permite desarrollar un trabajo de parto vaginal, lo cual obtendremos mediante la valoración de los resultados del presente estudio, pretendiendo formular conclusiones y hacer observaciones que favorezcan la mejor atención de este tipo de pacientes en nuestro ambiente hospitalario.

\*\*\*\*\*



## II.- PROBLEMA

Cual es la conducta a seguir en el manejo de la paciente obstétrica con una cesárea previa, en el Hospital Regional del Sur, de Choluteca durante el período de Junio 1984-abril 1985.

## III.-OBJETIVOS GENERALES

- 1) Comprobar la conducta empleada en las pacientes obstétricas con cesárea previa y valorar los resultados obtenidos en el manejo de estas pacientes.
- 2) Determinar la frecuencia de pacientes obstétricas con una cesárea anterior, en relación al número de pacientes obstétricas atendidas en el Hospital Regional del Sur.
- 3) Indicar la frecuencia de pacientes obstétricas con cesárea anterior, en relación a cada una de las distintas conductas seguidas para la finalización del embarazo.

## OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1) Clasificar la frecuencia de pacientes con cesárea anterior según grupos de edades, con relación a cada una de las conductas empleadas para finalizar el embarazo.
- 2) Identificar la relación existente entre gestación, paridad y las conductas empleadas para finalizar el embarazo.

- 3) Determinar la relación entre la indicación de la cesárea previa y la conducta empleada para finalizar el embarazo.
- 4) Determinar la relación entre tipo de cesárea previa y la conducta empleada para finalizar el embarazo.
- 5) Identificar la relación entre la edad gestacional del embarazo actual y la conducta empleada para finalizar el mismo.
- 6) Determinar la relación entre las complicaciones del embarazo actual y la conducta decidida para finalizar dicho embarazo, en pacientes con cesárea previa.
- 7) Enumerar la cantidad de pacientes obstétricas con antecedentes de cesárea anterior, que recibieron control prenatal durante el presente embarazo.
- 8) Determinar el tiempo transcurrido entre la cesárea previa y la finalización del embarazo actual.
- 9) Enumerar la cantidad de pacientes obstétricas con cesárea anterior, a quienes el parto fue atendido por medio y/o enfermera, determinando si se efectuó revisión de histerografía.
- 10) Enumerar las indicaciones de la cesárea actual, en pacientes con antecedentes de cesárea previa.
- 11) Determinar la frecuencia de morbilidad-mortalidad materno-fetal, en relación a la conducta empleada para finalizar el embarazo.

#### IV.- MARCO TEORICO

El 12 de Mayo de 1916, Edward Cragin pronuncio su famosa frase "CESAREA ANTERIOR, SIEMPRE CESAREA" muy pocos pronunciamientos se han aceptado tan universalmente. (11)

Para asegurar los riegos y beneficios del parto vaginal en pacientes con cesarea anterior, la literatura inglesa hizo una revisión sobre el tema abarcando treinta años, que junto con la revisión de la literatura de los Estados Unidos demuestra que los dos tercios de pacientes previamente seleccionados y que se les permite desarrollar trabajo de parto, progresan a parto vaginal. Esta uniformidad de criterios en los reportes, demostrando la seguridad y el éxito continuo en los resultados de pacientes con cesarea anterior, con parto vaginal subsecuente, sugiere que el hecho de que se repita cesárea en estas pacientes esta basado en razones filosóficas más que científicas, ya que con el perfeccionamiento en las técnicas quirúrgicas como ser el cambio en el tipo de incisión uterina, combinado al avance tecnológico que permite que se haga monitoreo materno-fetal, pone en tela de juicio la validez del pronunciamiento hecho por Cragin (11). El que algunos países lo sigan poniendo en práctica como ser los Estados Unidos en el que se efectúa nuevamente cesareas a un 99% de pacientes con cesarea previa, ha contribuido a la alta incidencia de nacimientos por vía abdominal observado en un período de 1974 a 1980, que va de un por

centaje de 5.5% a un 16.5% respectivamente, lo que ha motivado para que se efectuen revisiones frecuentes sobre el tema. (8,24).

De dichos estudios se han obtenido ciertos requisitos para selección de estos pacientes, a quienes se les permitirá trabajo de parto vaginal, los cuales se describen a continuación:

- 1.- Ser atendido por un obstetra calificado.
- 2.- Ser atendido en un medio que cuente con todo lo necesario (medios quirúrgicos, anestesia, sangre, etc.).
- 3.- Tener una sola cesárea previa.
- 4.- No persistir el motivo de la operación previa o exista otra indicación de operación 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, metróplastías y legrados instrumentales.
- 9.- Tener buena cicatriz al estudio histerográfico.
- 10.- Existencia de un lapso mínimo de dos años entre la cesárea y el nuevo parto y de preferencia entre la cesárea y el inicio del embarazo.
- 11.- Ausencia de sobredistención en el embarazo actual.

- 12.- Ausencia de implantación baja y anterior de la placenta.
- 13.- El tamaño del feto no deberá ser exagerado.
- 14.- La presentación será cefálica y sin vicios de deflexión, ni de variedad de posición.
- 15.- Cuando exista necesidad de interrumpir el embarazo, las condiciones deberán ser satisfactorias para poder tener una fácil y corta inductoconducción.
- 16.- No tratarse de un caso de nuliparidad "añosa" o de alto riesgo. Estos 16 requisitos son los preconizados por Ruiz Velasco, los cuales debe llenar una paciente para ser sometida a un parto post-cesarea. (20).

En el estudio efectuado por Morewood en 276 pacientes con una cesárea anterior, menciona como indicaciones de la operación cesárea electiva en este tipo de pacientes las siguientes:

- 1.- Desproporción cefalo pélvica.
- 2.- Presentación pélvica.
- 3.- Mala historia obstétrica.
- 4.- Diábetes mellitus.
- 5.- Mayor de 36 años.
- 6.- Transtornos hipertensivos del embarazo.
- 7.- Miomectomía previa.
- 8.- Placenta previa.
- 9.- Anormalidad uterina.

- 10.- Linfogranuloma venéreo con fístula recto-vaginal.
- 11.- Sensibilidad de la cicatriz uterina antes de iniciada la labor.
- 12.- Cesárea clásica previa. (14).

En la mayoría de los estudios reportados se encuentra como indicación más frecuente la desproporción céfalo-pélvica para la cesárea previa, encontrándose junto con la falta de progreso en el trabajo de parto, dentro de las causas recurrentes de una nueva operación cesárea y como causas no recurrentes se proponen: sufrimiento fetal, presentación pélvica, trastornos hemorrágicos, preeclampsia severa. (2). Se ha visto que con frecuencia se clasifican como desproporción muchos casos en que la detención de la evolución del parto es por otra causa, sobre todo en primigestas, por lo que muchas de éstas pacientes no repiten en embarazos posteriores esta indicación. (18). Flamm, reporta en su serie de casos un 67% de éstas pacientes que tenían como indicación de la primer cesárea la desproporción cefalopélvica, tuvieron su parto por vía vaginal. (8). Similar a la reportada por Demianczuk, de un 40%, sin complicaciones y con bebés en su mayoría más grandes que los primeros. (6). Existiendo controversia en cuanto a permitir trabajo de parto vaginal o no a éstas pacientes, algunos autores sugieren que una paciente con cesárea -

previa por d.c.p. (desproporción cefalo-pélvica) y -  
bajo condiciones similares, deberá ser considerada de  
la misma indicación hasta que no se demuestre lo con-  
trario y en caso pertinente deberá ser operada y no -  
permitirle el riesgo innecesario de desarrollar traba-  
jo de parto. (12). Otros indican que esta decisión no  
deberá estar basada unicamente en la pelvimetría radio-  
lógica, dándole prueba de trabajo de parto. (11).  
La atención prenatal definitivamente ayuda a disminuir  
la morbilidad materno-fetal, en el estudio presentado  
por García Luna, el hecho de que el 13.6% de las pacien-  
tes hayan tenido 20 años o menos, revela un inicio pro-  
bablemente precoz de la función reproductora y la fal-  
ta de una adecuada orientación prenatal en las adoles-  
centes. (21). También la embarazada adolescente se ha -  
considerado emocional y físicamente innadura para cum-  
plir adecuadamente los procesos de reproducción, lo que  
aumenta la morbilidad materna, ya que hace la atención  
prenatal deficiente debido a negligencia de la paciente,  
incapacidad del personal encargado de impartir este ser-  
vicio, incultura médica de nuestro pueblo o inoperancia  
práctica de nuestros sistemas de asistencia médica. Para  
reducir los índices de morbimortalidad no se deben re-  
ducir las indicaciones de operación obstétrica, sino más  
bien otorgar una adecuada atención prenatal. (4).

Saldana, en su serie de 226 casos, apoya la opinión anterior, de éstos pacientes sólo cinco no tuvieron control prenatal, con lo que logro reducir mediante este manejo prospectivo de 17.4% hasta el 8.5% la incidencia de operación cesárea. El control prenatal nos permite detectar pacientes que son portadoras de complicaciones que las convierten en candidatas a cesárea electiva. (21).

No hay que olvidar que estas pacientes con una o varias cicatrices anteriores de operación cesárea, presentan con frecuencia ciertas patologías durante el embarazo que es necesario conocer para su mejor manejo. En primer lugar tenemos que existe mayor tendencia al aborto, aunque un buen porcentaje podría ser provocado para evitar la natalidad.

También es más frecuente la ruptura prematura de membranas, que alcanza el 5.3%, algo mayor que en las mujeres sin operación cesárea, quizá se produzca por la tendencia de procesos cicatriciales y adherenciales y a las malposiciones fetales, esto contribuye también a la prematurez.

La situación transversa se ha encontrado en el 6%, otros reportan hasta un 24%, esto quizá sea explicado por la mayor cantidad de placentas previas.

La placenta previa indudablemente es mayor, por la im-

plantación de la placenta sobre la cicatriz, presentándose en el 3%, y aumentado directa y proporcionalmente al número de operaciones, alcanzando el 22.2%, en pacientes con 7 o más cesáreas. (18).

Se ha notado que existe una tendencia bastante grande, de presentarse nuevamente sufrimiento fetal como indicación recurrente, en pacientes que habían tenido una operación cesárea por la misma indicación. (21). También se debe tener presente que este tipo de pacientes entran en trabajo de parto prematuro frecuentemente. Por lo anterior es que en estas pacientes se debe de tener algo más de control, sobre todo al final del embarazo, - para descubrir tempranamente algunos signos de alarma - y para determinar con seguridad si llenan o no los requisitos para permitir trabajo de parto vaginal. (1).

En el manejo intrahospitalario de las pacientes con cesárea anterior, se deben tomar en cuenta algunos requerimientos de seguridad que son indispensables como ser:

- 1.- Dos unidades de sangre deben estar a su disposición.
- 2.- El personal de enfermería y paramédico deben estar alerta.
- 3.- Hacer continuo monitoreo fetal.
- 4.- La paciente debe estar informada del tipo de procedimiento que se le va hacer.
- 5.- El Doctor que atiende el parto y el personal debe estar

preparado para atender cualquier emergencia en menos de 15 minutos.

- 6.- La cicatriz uterina debe ser evaluada después del parto. (10).

Existe controversia respecto al uso de anestesia regional, uso de oxitócicos, partos pélvicos y gemelares, tiempo de admisión y métodos para evaluar la cicatriz uterina. Algunos opinan que el uso de anestesia debería contraindicarse, pues podría enmascarar el dolor producido por la D.C.U. (dehiscencia de la cicatriz uterina), pero se ha concluido que el dolor no es un signo relevante y podría tener otras causas como adherencias peritoneales, vejiga hipersensible y tensión del ligamento ancho. (11).

Son muy pocos los reportes de la literatura que mencionan el uso de la oxitocina, en la serie reportada por Flamm, que de 230 pacientes, en 94(41%), utilizó oxitocina como inducción y conducción 61 pacientes (65%) de éstos tuvieron parto vaginal sin complicaciones. También Gibbs en dos de las series más grandes de éstos pacientes utilizó oxitocina como inducción en el 5% y como conducción en otro 5% (8). En el estudio presentado por Benedetti, de 89 pacientes tres presentaron D.C.U., ocurriendo una de éstas en el grupo que usó oxitocina. (2). Demianczuk, en su estudio aplicó oxito

cina a 23 pacientes (12 para inducción y 11 para conducción), tres pacientes del total de 92, tuvieron D.C.U. ocurriendo dos de éstas en el grupo que se usó oxitocina. Lo anterior puede hacer pensar que el uso de este medicamento, en estas pacientes incrementa el riesgo de dehiscencia de cicatriz uterina. (6).

Sin embargo con el advenimiento del monitoreo cardíaco fetal y la tocodinamia interna, pensamos que existe una situación diferente, pues es posible medir la presión intra-uterina ya sea que se use inducción o no, y no hay razón para creer que una presión debida a la inducción, manteniéndola a 50 mmHg aproximadamente, sea **más peligrosa** que la misma **presión** sin inducción. (8).

La presentación pélvica es una contraindicación para el parto vaginal en pacientes con cesárea previa, debido a que la manipulación que afecta el segmento inferior puede convertir una cicatriz defectuosa en una ruptura, otra contraindicación es el embarazo gemelar. Algunos por temor a la ruptura las ingresaban hasta 10 a 14 días antes de su fecha probable de parto, concluyendo que esto era innecesario. En cuanto a la revisión post-parto de la cicatriz uterina, la mayoría se ha avocado a la palpación trans-cervical, otros dicen que dicho estudio es innecesario y muy doloroso, otros sólo lo practican en indicaciones específicas que incluyen: atonía uterina,

dolor abdominal y sangrado excesivo. (11). Es necesario recordar que no son pocas las ocasiones en que una vez expulsado el producto, al retraerse el segmento inferior es difícil identificar con claridad la cicatriz de la cesárea anterior, sin embargo a toda paciente que con cesárea previa, presente su parto por vía vaginal, se le debe practicar revisión de la cavidad uterina y el resto del canal del parto.

El hecho por demás importantes de tener una paciente embarazada con antecedentes de cesárea, en principio hace pensar que el uso de forceps pudiera ser peligroso y agresivo, pero si los casos son seleccionados con criterio sereno y medurado puede ser de gran ayuda y obtener magníficos resultados, pero aun existen controversias en cuanto a su uso profiláctico, aplicándolo más que todo para reducir la segunda fase del parto en pacientes con período expulsivo prolongado, con lo que se disminuye el riesgo de una posible ruptura o dehiscencia. Se considera que el período expulsivo no debe exceder de una hora, la otra indicación más frecuente es el sufrimiento fetal. (13).

Según la revisión efectuada por la literatura inglesa que comprende un período de 30 años, se concluyó que el parto vaginal propiamente conducido es seguro, con un 0.7% de incidencia de ruptura uterina, 0.93% de morta-

lidad prenatal y 0% mortalidad materna por ruptura uterina.

(11).

Los pacientes con partos post-cesárea anterior al presente, tienen menos complicaciones y los problemas más frecuentes son los de tipo traumático, infeccioso y hemorrágico. (20). La morbilidad febril es más frecuente en pacientes a quienes se les efectúa nuevamente cesárea, en comparación a los que tienen parto vaginal, en relación de 10% a 1% respectivamente. (21). Es de hacer notar, que a las pacientes a quienes se les efectúa cesárea por dos o más veces tienen menos riesgo de contraer endometritis, que aquellas a las que se les hacen por primera vez.

Se hace referencia a que la presencia o ausencia de ruptura prematura de membranas no parece tener efecto sobre la endometritis post-operatoria, concluyendo que el único factor que tiene importancia estadística es si la cesárea era primaria o repetida. (7).

La ruptura uterina es el accidente más grave que puede sufrir la gestante, siendo este el temor al que se enfrenta el obstetra, ya que se ignora si el útero incidido tendrá o no una buena cicatriz capaz de soportar el esfuerzo de un subsecuente embarazo y parto sin peligro de que se rompa, se ha tratado de estudiar esto mediante la histerografía postcesárea, sin que su valor pronóstico este bien preciso. Ruiz Velasco en su serie encontró que el 96% de casos con estudio histerográfico normal, tuvieron cicatriz únicamente normal y que casi la mitad de pacientes

con histerografía anormal, dieron cicatriz defecutosa clínicamente, lo que demuestra que existe una verdadera correlación entre los hallazgos clínicos y radiológicos.

Entre los factores involucrados en la formación de cicatriz defectuosa se encuentran:

- 1.- Existencia de cicatriz anterior, especialmente más de una, alcanzando en más de cuatro el 75%.
- 2.- La incisión de tipo segmento-corporal, presenta un 60% de casos con defectos, casi el doble de la incisión transversal baja.
- 3.- Si durante el acto quirúrgico se presenta extensión de la incisión uterina y/o sangrado abundante.
- 4.- Cuando se complica el puerperio con infección o anemias, se producen defectos más frecuentemente.
- 5.- Cuando hay implantación de la placenta sobre la cicatriz.

También se recomienda la resección de la cicatriz uterina anterior, durante la ejecución de una nueva cesárea, ya que se disminuye la incidencia de cicatrización defectuosa. (19).

Algunos autores han concluido que la morbilidad fébril predispone a una pobre cicatrización. Katzeider y Krone, revisaron varios estudios y encontraron que aquellos con morbilidad fébril después de una cesárea, ha-

cían cicatrices más grandes. Sin embargo ésto no debe interferir en dar trabajo de parto a éstas pacientes (11).

Hay varios reportes de partos vaginales sin complicaciones en pacientes a quienes se les había practicado cesárea corporal, pero su número no es significativo. Lo mismo en pacientes con dos o más cesáreas anteriores que han tenido parto por vía vaginal sin complicaciones, lo cual hace reflexionar que convendría valorar cada caso en particular, para esperar otro parto vaginal en pacientes con dos cesáreas anteriores. - (10,1 ).

Con respecto a la evolución post-operatoria, García Luna, no encontró relación franca entre un post-operatorio complicado en la primer cesárea y el desarrollo de D.C.U. en el embarazo subsiguiente. (12).

Hay una diferencia entre dehiscencia y ruptura de la cicatriz uterina y es que la ruptura implica la total separación de la cicatriz antigua en toda su extensión, ruptura de las membranas fetales con conexión entre las cavidades uterinas y peritoneales acompañadas de hemorragia, con movilización del feto hacia cavidad peritoneal. Dehiscencia es que aunque la cicatriz se ha separado, no hay movilización de partes fetales hacia cavidad peritoneal y poco sangrado. (14).



La complicación sin duda de más interés es la dehiscencia de la cicatriz uterina. Contrariamente a lo que pudiera esperarse el porcentaje de D.C.U. es más alto en aquellos pacientes que ya habían tenido uno o más partos post-cesárea antes del presente. Pero más demostrativo es la existencia de un lapso corto (menos de dos años) entre la cesárea anterior y el nuevo parto. El 72% de D.C.U. acontecen dentro de los primeros veinte y cuatro meses posteriores a la cesárea.

Otro factor determinante es el tipo de cesárea previa, las incisiones verticales presentan seis veces más frecuentemente dehiscencia, que las efectuadas con técnica transversal baja. (20).

La literatura indica un rango de 0.5% al 1.5% de probabilidad de ruptura en cicatriz transversal baja (21). En cuanto a la asociación de ruptura uterina y anomalías placentarias Wilson, encontró que la localización de la placenta, en dos casos de ruptura uterina, era sobre el sitio de la misma, sugiriendo que la implantación de la placenta puede debilitar la cicatriz uterina. (11).

También se ha visto la asociación de una cicatriz uterina previa, placenta invasiva (acreta, increta, percreta) y ruptura uterina, la cual es bien reconocida en

mujeres que requieren el final del embarazo en el - segundo trimestre, como ser el aborto inducido, por lo que debe tratar de evitar el riesgo de un aborto incompleto en éste tipo de pacientes. (3).

En relación a la dehiscencia la diferencia no es tan ostensible como parece a primera vista, ya que en - casos de cesárea iterativa en la tercera operación - cesárea, hace años se encontró que existía un 3.3% - de D.C.U., lo que no es mayor de la cifra de 3.4% - reportada por Ruiz Velasco. (20). En el estudio presentado por Chi I-Cheng y colaboradores, efectuado - en el Hospital General de Indonesia, Jakarta, encontró un 4.7% de ruptura uterina. (5).

Similar al reportado por Septien, en México, Zambier de 4.7%. (22).

En la serie de Molina Sosa, de 21 casos de ruptura uterina, reporta que 19 ocurrieron en úteros intactos y dos en úteros con cicatriz anterior, contrario a lo reportado por Herrera Lasso, que refiere en su grupo analizado mayor número de rupturas o dehiscencias en pacientes con cesáreas previa. (23).

Ruiz Velasco, en su estudio sobre morbi-mortalidad fetal en el parto post-cesárea, reporta que ésta es más baja de lo que a primera vista pudiese pensarse, encontrando un 4.3% y 0.3% respectivamente, esta se

debe principalmente por el llamado "Síndrome de su -  
frimiento respiratorio del recién nacido" y por pro-  
blemas de origen traumático. En cuanto al índice de  
Apgar al minuto de vida fue de 6 a 10 en el 87% de  
los casos, restando un 13% para aquellos índices de  
0 a 51 aquí se incluyen los nacidos muertos y los  
inmaduros). el índice de prematurez alcanzó el 9.2%  
(vastante menor que el índice general del hospital).  
(20). La morbilidad fetal reportada por Flamm, en 101  
pacientes que tuvieron parto vaginal, es de 10 infan-  
tes con Apgar menor de 4 al minuto y nueve tuvieron  
Apgar mayor de 7 a los cinco minutos, no se reportan  
muertes perinatales, ni evidencia de D.C.U.

(8). Un hecho digno de mencionar es que en el estudio  
efectuado por Septien, en ninguna de las cuatro ruptu-  
ras uterinas que reportó se presentó muerte fetal. (22).  
Comparado con el 90.5% de mortalidad fetal en estos  
casos, en el reporte de Molina. (23).

Según el estudio de Ruiz Velasco, morbimortalidad fe-  
tal, es casi cuatro veces mayor en los nacidos por ce-  
sárea. El índice de prematurez es mucho más bajo en  
el parto post-cesárea con 9.2% contra 13.2% en la ce-  
sárea iterativa. Tanto la morbilidad materna de 16%  
contra 18%, como sobre todo la morbilidad fetal 4.3%  
contra 13.0% y la mortalidad fetal derivada del parto

de 0.3% contra 1.1%, es muy favorable para el parto post-cesárea, en comparación a la cesárea repetida. (20).

Haciendo una relación en cuanto a las complicaciones en los nacimientos por cesárea y por parto vaginal - en general, en el estudio efectuado por Taffer, se nota que aproximadamente más de la mitad tuvieron - una o más complicaciones, pero de estos el 90% de - los nacidos por cesárea, tuvieron una o más complicaciones, relacionado solo con un 40% de complicados por parto vaginal. (24).

Los que apoyan el fenómeno de el incremento de la - tasa de operación cesárea, tienden a justificarlo - también en las bases de la mortalidad perinatal, en el estudio efectuado por Pearson, se puede notar que la mortalidad perinatal ha disminuido significante-  
mente, mientras se mantiene una tasa de operación - cesárea estable. (17). Lo mismo se observa en el estudio presentado por O'Driscoll. efectuado en el Hospital Nacional de Dublin, en donde la incidencia de operación cesárea durante los años de 1965-1980, no experimentó aumento notable, sino que se mantuvo - virtualmente sin cambios 4.2% a 4.8% respectivamen-  
te, la morbilidad fetal empezó a disminuir de 42.1 a 16.8 respectivamente, por mil infantes nacidos ma-

yores de 500 gr. Estos eventos constituyen una fuerte evidencia de que las cesáreas y el bienestar fetal, no están íntimamente relacionados. (15). Hay que considerar que a pesar de que la operación cesárea, es aceptada por algunos autores, como uno de los factores que ha mejorado el medio perinatal, la repetición de esta cirugía no. (6). Entre las razones que se dan para permitir el parto post-cesárea, se encuentran las siguientes:

- 1.- Menor morbilidad materna.
- 2.- Menor morbilidad fetal.
- 3.- Menor índice de prematuridad.
- 4.- Peligro de dehiscencia casi nulo y sin morbilidad.
- 5.- No se limita la procreación.
- 6.- Evita el aumento de cesáreas.
- 7.- Al disminuir el número de cesáreas, disminuye el número de dehiscencia. (20).

En el reporte de 1980 del Instituto Nacional de Salud del niño y desarrollo humano, establece que el parto vaginal después de una cesárea transversal baja, en casos apropiadamente seleccionados es de bajo riesgo para la madre y el feto. Hoy debido a que existen módulos sofisticados de monitoreo los riesgos pueden ser minimizados. La idea es que siempre deberá existir una indicación para cada operación cesárea. (9).

Un beneficio significativo que se obtiene al permitir a -

estos pacientes un trabajo de parto, es el hecho -  
de que se asegura que el feto alcance su madurez má-  
xima ostensible, también además de que se economi-  
za el costo de hacer pruebas de madurez fetal, se  
disminuye el número de días de hospitalización y -  
sus costos adicionales. (10).

## V.- HIPOTESIS

- 1)- La mayoría de pacientes obstétricas con antecedentes de una cesárea previa, tienen parto vaginal satisfactoriamente.
- 2) La indicación mas frecuente de cesárea anterior en este tipo de pacientes, es la desproporción cefalo-pelvica.
- 3) La mayoría de pacientes embarazadas con antecedentes de cesárea anterior, no reciben control prenatal.
- 4) La aplicación de forceps profiláctico, no se efectúa en pacientes con cesárea previa.
- 5) Las indicaciones más frecuentes de cesárea actual, son debidas a causas no recurrentes.
- 6) El uso de oxitocina en pacientes con antecedentes de una cesárea, es limitado en nuestro hospital.
- 7) La morbilidad materna en pacientes con cesárea anterior, es mayor en las que se efectua nuevamente cesárea, en relación con las que se les permite desarrollar trabajo de parto vía vaginal.
- 8) El manejo y conducta a seguir en pacientes embarazadas con cesárea previa, es dado en su mayoría según criterio de médico residente y/o el especialista.
- 9) En pacientes con cesárea previa cuya indicación fue desproporción cefalo-pelvica se les practica nuevamente cesárea, sin dar prueba de trabajo de parto vaginal.

10) La incidencia de dehiscencia de cicatriz uterina en pacientes con antecedente de una cesárea anterior, a quienes se les permite trabajo de parto vía vaginal no es significativa.

11) La mayoría de pacientes obstétricas con cesárea previa cumplen un intervalo mínimo de dos años entre la cesárea anterior y la finalización del embarazo actual.

## VI.- DEFINICION DE VARIABLES

### EDAD:

Las pacientes se agruparán según la edad así:

- a) 15-20 años
- b) 21-25 años
- c) 26-30 años
- d) 31-35 años
- e) 36-más años

### GESTACION

Correspondiendo ésta al número de veces que la paciente ha estado embarazada, incluyendo el embarazo actual y agrupándola de la siguiente forma:

- a) Segundigestas G2
- b) Multigestas G:3 ó más.

### PARIDAD

Entendiendo por ésta, al número de partos que ha tenido la paciente, describiéndose así:

- a) Nulipara ----- 0.
- b) Multipara ----- 1-5 partos
- c) Gran Multipara ----- 6 ó más partos.

### INDICACION DE LA CESAREA PREVIA

Siendo ésta la causa que motivó a efectuar la primer cesárea, considerándose como desconocida en el caso de que la paciente

ignore la causa o que no se encuentre consignado en el expediente clínico anterior si lo hubiere.

#### EDAD GESTACIONAL

Semanas de amenorrea a partir de la fecha de la última menstruación y en caso de desconocer dicha fecha se tomó por la altura de fondo uterino, describiéndose así:

- a) 20-27 semanas.
- b) 28-37 semanas.
- c) 38-42 semanas.
- d) 43 ó más semanas.

#### CONTROL PRENATAL

Unicamente se tomará en consideración el dato de que si hubo control prenatal o no, debido a que el No. y lugar en donde se efectuó este no aparece en la mayoría de los expedientes.

#### TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LA CESAREA PREVIA Y LA FINALIZACION DEL EMBARAZO ACTUAL.

- a) 1- 0 menos año
- b) 1-2 años
- 3) 2-0 o más años.

#### INDICACION DE LA CESAREA ACTUAL

Causa principal que motivo a efectuqr la actual cesárea.

### METODO DE RESOLUCION DEL EMBARAZO ACTUAL

Existiendo dos posibilidades:

- a) Dejar evolucionar el trabajo de parto, finalizando por vía vaginal, especificando si se usó o no oxitocina en alguno de los casos.
- b) Finalización del embarazo por vía abdominal, especificándose tipo de incisión practicada.

### VALORACION PREOPERATORIA POR GINECO OBSTETRA

Se tomará como que hubo valoración clínica por Gineco Obstetra antes de la atención del parto o efectuada la cesárea, en el caso que así se especifique en el expediente.

### COMPLICACIONES

Estados clínicos que compliquen la evolución de la cesárea previa y la actual, igualmente en el caso de parto, haciéndose énfasis en lo siguiente:

- a) Sangrado excesivo, en el caso que se necesite transfusión
- b) Fiebre considerándose como tal un aumento de temperatura mayor de 37.5, grados centígrados.
- c) Desgarro uterino, especificado en la notapost-operativa.
- d) Infección de herida quirúrgica, en el caso de ser referido por la paciente o encontrarse descrito en el expediente anterior.
- e) Endometritis, considerándose esta de igual forma que la anterior.
- f) Anemia: considerándose como severa en el caso de requerir transfusión.

## VII. -MATERIAL Y METODO

Dicho estudio comprende la revisión estadística retrospectiva de 100 casos de pacientes embarazadas con el único requisito de que tuvieran el antecedente de una cesárea previa, atendidas durante un período de 11 meses, comprendido en Junio de 1984 al mes de Abril de 1985, en el Hospital Regional del Sur, de Choluteca.

### DESCRIPCION DEL AREA DE ESTUDIO

El presente estudio será efectuado en el Hospital Regional del Sur, ubicado en la Ciudad de Choluteca, Honduras, adscrito a la región sanitaria No.4 del Ministerio de Salud Pública.

El Hospital del Sur proporciona asistencia médica a los habitantes de los Departamentos Choluteca, Valle, Nor-Oeste y Sur del Paraíso, abarcando también el Sur de la Paz, contando con una cobertura estimada de 200,000 personas, sin contar con la población flotante que llega a trabajar desde otras áreas durante las épocas de cosecha de azúcar y melón.

Para llevar a cabo dicha asistencia el Hospital Regional del Sur, se divide en dos sectores que son: Consulta externa y área hospitalaria de internado. Esta última se encuentra formada por 7 (siete) salas que se detallan a continuación, con su respectivo número de camas:

|                                   |                |
|-----------------------------------|----------------|
| Sala de Pediatría -----           | 32 camas cunas |
| Sala de Maternidad -----          | 15 camas       |
| Sala de Ginecología -----         | 21 camas       |
| Sala de Cirugía de mujeres -----  | 15 camas       |
| Sala de Cirugía de Hombres -----  | 21 camas       |
| Sala de Medicina de Mujeres ----- | 16 camas       |
| Sala de Medicina de Hombres ----- | 16 camas       |
| Sala de Recuperación -----        | 6 camas        |
| TOTAL -----                       | 152 camas      |

Para fines practicos sólo interesan las salas de emergencia, maternidad, sala de operaciones, cada una cuenta con un solo pabellón y las condiciones de higiene no son las adecuadas, cada sala es atendida por un médico especialista, un médico en servicio social, una enfermera profesional y tres enfermeras auxiliares como mínimo, la sala de maternidad cuenta con 15 camas sin divisiones entre una y otra, una sala de parto pequeña con dos mesas obstétricas.

Con respecto al área quirúrgica, existen dos quirófanos y una sala de cirugía menor, contando cada uno con los elementos básicos necesarios para efectuar cirugía general y cirugía gineco-obstétrica, contando con cuatro medios especialistas en cirugía general, tres especialistas en gineco-obstétrica, tres pediatras y dos internistas especialistas en Medicina Interna.

### METODO DE RECOLECCION DE DATOS

La recolección de datos se hará por medio de la revisión del expediente clínico anterior (si la primera cesárea fue efectuada en este hospital) y el actual, lo mismo que de las notas de evolución, para lo que se diseñará un cuestionario de trabajo el cual será llenando con los datos señalados en dicho expediente, que se expondrá en el apartado correspondiente a los anexos.

### PLAN DE ANALISIS

Con los datos coleccionados en el cuestionario se procederá a establecer relaciones entre las variables y método de resolución del embarazo actual, haciendo un análisis descriptivo y gráfico de los resultados para valorarlos, hacer comparaciones y obtener las conclusiones de este trabajo de investigación.

### RESULTADOS

El estudio fué realizado en un período comprendido entre el mes de Junio 1984 y el mes de Abril 1985 (11 meses), durante los cuales se atendieron 2,739 partos y se efectuaron 188 cesáreas, haciendo un total de 2,927 pacientes obstétricas, de estas 100 tenían antecedentes de una cesárea previa lo que corresponde al 3.4% del total de pacientes obstétricas que ingresaron al hospital Regional del Sur, para finalizar su embarazo durante el período antes mencionado.

## EDAD

La edad de las pacientes varió de los 18 a los 40 años. Se dividieron en grupos de 5 años, el mayor índice lo constituyó el grupo de 21 a 25 años, seguido por el de 15 a 20 años, conformando ambos grupos el 66% del total, correspondiendo el 21% de estos a las menores de 20 años.

Como se muestra en el cuadro 1.

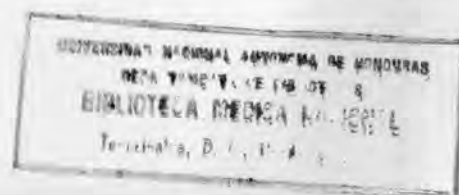
## E D A D

| AÑOS     | CESAREA  | PARTO    | TOTAL     |
|----------|----------|----------|-----------|
| 15 a 20  | 11       | 10       | 21%       |
| 21 a 25  | 18       | 27       | 45%       |
| 26 a 30  | 9        | 10       | 19%       |
| 31 a 35  | 3        | 7        | 10%       |
| 36 ó más | <u>1</u> | <u>4</u> | <u>5%</u> |
| TOTAL    | 42       | 58       | 100%      |

## CUADRO I.

### GESTACIONES

La mayoría de las pacientes fueron multigestas (54%), constituyendo las segundigestas el 46% restantes. Se encontró un índice más alto de pacientes sometidas a una nueva cesárea en las segundigestas al que corresponde 28 casos (66.6%) del total de las cesáreas. Como se muestra en el cuadro II.



### G E S T A C I O N

| No. Gestaciones | Cesárea   | Parto     | Total     |
|-----------------|-----------|-----------|-----------|
| Segundigestas   | 28        | 18        | 46        |
| Multigestas     | <u>14</u> | <u>40</u> | <u>54</u> |
| TOTAL           | 42        | 58        | 100       |

CUADRO II

### PARIDAD

El mayor índice en este grupo lo constituyeron las pacientes nulíparas (52%), seguido por las multiparas (43%), quedando un 5% para las gran multiparas. A 31 de estas pacientes nulíparas (59.6%), se les efectuó nuevamente operación cesárea, constituyendo el porcentaje más alto de cesárea en este grupo. Como se muestra en el cuadro III.

### P A R I D A D

| Paridad               | Cesárea  | Parto    | Total    |
|-----------------------|----------|----------|----------|
| Nulíparas             | 31       | 21       | 52       |
| Multiparas<br>(1 a 5) | 10       | 33       | 43       |
| Gran Multiparas       | <u>1</u> | <u>4</u> | <u>5</u> |
| TOTAL                 | 42       | 58       | 100      |

CUADRO III

### INDICACION DE LA CESAREA PREVIA

La indicación más frecuente de la primera cesárea fué la Desproporción Cefalo Pélvica (D.C.P.), constituyendo un 33% del total de pacientes, seguido por la Situación Transversa 14% y la presentación Pélvica con el 13% encontrando en 5 casos el diagnóstico de toxemia y en 3 el de ruptura prematura de membranas, las cuales no son indicaciones de cesárea.

### INDICACION DE LA CESAREA PREVIA

| Indicación                                         | Cesárea  | Parto     | Total     |
|----------------------------------------------------|----------|-----------|-----------|
| Desproporción Cefalo<br>pélvica                    | 22       | 11        | 33        |
| Situación Transversa                               | 5        | 9         | 14        |
| Presentación Pélvica                               | 5        | 8         | 13        |
| Placenta Previa                                    | 1        | 6         | 7         |
| Toxemia                                            | 1        | 4         | 5         |
| Ruptura Prematura<br>Membrana                      | 1        | 2         | 3         |
| Desprendimiento Pre-<br>maturo Placenta<br>(DPPNI) | 2        | 1         | 3         |
| Sufrimiento fetal                                  |          | 2         | 2         |
| Falta de Progreso en<br>Trabajo de Parto           |          | 2         | 2         |
| Embarzo Múltiple                                   | 1        | 1         | 2         |
| Perinoeoplastia                                    | 1        |           | 1         |
| Desconocida                                        | <u>3</u> | <u>12</u> | <u>15</u> |
| T O T A L                                          | 42       | 58        | 100       |

CUADRO IV

### TIPO DE CESAREA PREVIA

Se obtuvo un 55% correspondiente a la cesárea tipo Kerr, en el 45% restante la causa fué desconocida y 29 pacientes de estos se les permitió trabajo de parto vía vaginal. Como se muestra en el Cuadro V.

TIPO DE CESAREA PREVIA

| Tipo      | Cesárea | Parto | Total      |
|-----------|---------|-------|------------|
| Kerr      | 26      | 29    | 55         |
| Se ignora | 16      | 29    | 45         |
|           |         |       | <u>100</u> |

CUADRO V.

### COMPLICACIONES DE LA CESAREA PREVIA

Entre las complicaciones serias mas frecuentes sobresalió la infección de la herida quirúrgica en un 6%, seguida por endometritis en el 2% y dehiscencia de herida quirúrgica en el 1% de los casos. Otro tipo de morbilidad como ser la febril se encontró en el 20% de los casos, anemia menor de 9 grs. Hb. en un 10% y sangrado excesivo en el 8% de los casos. Como se muestra en el Cuadro VI.

Considerando como factor de riesgo, para la dehiscencia de cicatriz uterina, el tiempo transcurrido entre la cesárea anterior y la finalización del embarazo actual, en la presente serie se encontró una incidencia del 58% para las pa

cientes con un lapso de tiempo de 2 años y mas, constituyen do un 32% para las pacientes con un lapso de 1 a 2 años.

El caso de dehiscencia de cicatriz uterina encontrado en esta serie, correspondió a una paciente del grupo con un lapso de 2 y más años.

COMPLICACIONES DE LA CESAREA  
ANTERIOR

| Complicación                    | Cesárea  | Parto    | Total    |
|---------------------------------|----------|----------|----------|
| Infección de herida abdominal   | 2        | 4        | 6        |
| Endometritis                    |          | 2        | 2        |
| Deshicencia de herida abdominal |          | 1        | 1        |
| Desgarro uterino                | 1        |          | 1        |
| Fiebre                          | 11       | 9        | 20       |
| Anemia menor de 9 grs. Hb.      | 4        | 6        | 10       |
| Sangrado excesivo               | <u>3</u> | <u>5</u> | <u>8</u> |
| TOTAL                           | 21       | 27       | 48       |

CUADRO VI

### EDAD DEL EMBARAZO ACTUAL

La mayor incidencia de casos fueron embarazos de termino - constituyendo un 86%, seguido por un 11% de embarazos pretérmino, el 2% inmaduros y un 1% post-maduro. Como se muestra en el cuadro VII.

### EDAD DEL EMBARAZO ACTUAL

| Semanas  | Cesárea  | Parto         | Total    |
|----------|----------|---------------|----------|
| 20 a 27  |          | 2             | 2        |
| 28 a 37  | 4        | 7             | 11       |
| 38 a 42  | 41       | 45            | 86       |
| 43 ó más | <u>1</u> | <u>      </u> | <u>1</u> |
| TOTAL    | 46       | 54            | 100      |

CUADRO VII

### CONTROL PRENATAL

Del total de pacientes con antecedentes de una cesárea 60% recibieron control prenatal, de estos un 33% corresponde a las pacientes que se les permitió desarrollar trabajo de parto por vía vaginal y 27% para las pacientes a quienes se les efectuó nuevamente cesárea. En los expedientes revisados de estos que tuvieron control prenatal unicamente en 30 se encontró consignado el número de controles que estas recibieron, de estas 15 asistieron de 1 a 3 controles, las 15 restantes asistieron de 4 a 6 controles. Como se muestra

en el Cuadro VIII

### CONTROL PRENATAL

|                 | Césarea | Parto | Total          |
|-----------------|---------|-------|----------------|
| Sí.             | 27      | 33    | 60             |
| No              | 18      | 22    | 40             |
| 1 a 3 controles | -----   | ----- | 100<br>15      |
| 4 a 6 controles | -----   | ----- | 15<br><hr/> 30 |

CUADRO VIII

### COMPLICACIONES DEL EMBARAZO ACTUAL

La complicación mas frecuente que se presentó fué la Toxemia en un 3%, seguido de la amenaza de aborto 2%. En el 8% se encontró agregada anemia menor de 10 grs. Hb. El 85% de las pacientes no presentó ninguna complicación. Como se muestra en el cuadro IX.

En cuanto al número de partos post-cesárea, la mayor incidencia la constituyeron las pacientes con cero partos post-cesárea en un 66%, seguida por un 15% de pacientes con un parto post-cesárea.

### COMPLICACIONES DEL EMBARAZO ACTUAL

| Complicación              | Cesárea | Parto    | Total    |
|---------------------------|---------|----------|----------|
| Toxemia                   |         | 3        | 3        |
| Amenaza de aborto         | 1       | 1        | 2        |
| Anemia menor Hb.10g.      | 3       | 5        | 8        |
| Amenaza de parto inmaduro | —       | <u>2</u> | <u>2</u> |
| T O T A L                 | 4       | 11       | 15       |

CUADRO IX

#### ATENCION DEL PARTO

De los 58 partos que hubieron, 41 fueron atendidos por personal auxiliar de enfermería (70.6%) y el resto 14 pacientes atendidas por el médico residente, se presentaron 3 -- casos de parto extrahospitalario. Como se muestra en el -- Cuadro X. Con relación a que si se efectuó revisión por el médico o no, de la histerorrafia post-parto, llama la atención de que ésta no se efectuó en 34 (58.6%) pacientes. En el presente estudio hubo una incidencia de 33% de pacientes con antecedente de D.C.P. en la primera cesárea, a 21% las cuales no se les permitió completar su primer período de trabajo de parto, de las 12 restantes 4 llegaron en período expulsivo teniendo su parto normalmente. - Hay que señalar que la paciente que presentó D.C.U. (Dehiscencia de cicatriz uterina) se encontraba en el grupo con antecedentes de D.C.P.

En cuanto a la evaluación clínica de estas pacientes, con antecedente de una cesárea, se observó que 41 pacientes no tenían nota en su expediente de haber sido valorada por Gineco-Obstetra, constituyendo la mayoría para las pacientes que tuvieron trabajo de parto vía vaginal en un 29%.

#### ATENCION DEL PARTO

|                      |          |
|----------------------|----------|
| Enfermera -----      | 41       |
| Médico -----         | 14       |
| Extra-hospital ----- | <u>3</u> |
| TOTAL -----          | 58       |

#### CUADRO X

##### INDICACION DE LA CESAREA ACTUAL

La desproporción Cefalo Pélvica, fué encontrada como la indicación mas frecuente de la segunda cesárea, presentándose en 21 (50%) pacientes, seguida por la presentación Pélvica con 14 (33.3%). Como se muestra en el Cuadro XI.

INDICACION DE LA CESAREA ACTUAL

| INDICACION                     | CASOS    |             |
|--------------------------------|----------|-------------|
| Desproporción Cefalopélvica    | 21       | 50%         |
| Presentación Pélvica           | 14       | 33.3%       |
| Situación Transversa           | 1        | 2.3%        |
| Posición compuesta brazo-mano  | 1        | 2.3%        |
| Presentación de cara           | 1        | 2.3%        |
| Ruptura Prematura de Membranas | 1        | 2.3%        |
| Perineoplastia                 | 1        | 2.3%        |
| Gemelar                        | 1        | 2.3%        |
| Placenta Previa                | <u>1</u> | <u>2.3%</u> |
| TOTAL                          | 42       | 100         |

CUADRO XI

METODO DE RESOLUCION DEL EMBARAZO ACTUAL

En la presente serie de las 100 pacientes del total 58 finalizaron su embarazo por vía vaginal, las 42 restantes se les efectuó cesárea nuevamente. Practicamente no se hizo uso de oxitocina, la cual se empleó unicamente en una paciente como conducción en la fase final del primer período del parto y en otra como inducción durante los primeros 45 minutos del primer período del parto. Ver cuadro XII.

No se practicó la aplicación de forceps en ninguna de las pacientes. Se encontró un caso de una paciente con el antecedente de dos cesáreas anteriores por D.C.P., la cual tuvo su parto normalmente.

METODO DE RESOLUCION DEL  
EMBARAZO ACTUAL

| Método  | Casos     |
|---------|-----------|
| Cesárea | 42        |
| Parto   | <u>58</u> |
| TOTAL   | 100       |

CUADRO XII

MORBILIDAD MATERNA

La mortalidad materna fué nula, sobresaliendo como complicación más frecuente la infección de la herida quirúrgica presente en 3 pacientes, seguida por un caso de Deshiscencia de cicatriz uterina. la morbilidad febril estuvo presente en 15 casos, de los cuales 14 fueron del grupo de pacientes a quienes se les efectuó cesárea, seguida por anemia menor de Hb. 9grs. en 6 pacientes y se presentó sangrado excesivo en 4 pacientes y desgarro de segmento durante la cirugía en un caso, 75% no presentaron ninguna complicación, de estos el 51% corresponde a las pacientes a quienes se les permitió trabajo de parto vía vaginal. Como se muestra en el cuadro XIII.

COMPLICACIONES MATERNAS

| Complicación                      | Cesárea  | Parto    | Total    |
|-----------------------------------|----------|----------|----------|
| Infección de herida abdominal     | 3        |          | 3        |
| Deshicencia de histe<br>rografía. |          | 1        | 1        |
| Desgarro de segmento              | 1        |          | 1        |
| Fiebre                            | 14       | 3        | 15       |
| Anemia menor de 9grs.<br>Hb.      | 3        | 3        | 6        |
| Sangrado excesivo                 | <u>1</u> | <u>3</u> | <u>4</u> |
| TOTAL                             | 22       | 8        | 30       |

CUADRO XIII

PRODUCTO DEL EMBARAZO ACTUAL

El índice de productos de término fué de un 86%, el de pre-término 11%, dos productos inmaduros y uno postmaduro. Las pacientes resueltas por parto tuvieron el mayor índice de prematuros 7%.

En cuanto al peso 70% estaban en el rango de 2,500 a 3,900 Grs. seguido de productos mayores de 4000 Grs. en un 23%.

Como se muestra en el Cuadro XIV

PRODUCTOS DEL EMBARAZO ACTUAL

| Peso           | Cesárea  | Parto     | Total     |
|----------------|----------|-----------|-----------|
| 1000 g. a 2499 | 2        | 2         | 4         |
| 2500 a 3900 g. | 32       | 38        | 70        |
| 4000 g. ó más  | <u>8</u> | <u>15</u> | <u>23</u> |
| T O T A L      | 42       | 55        | 97        |

CUADRO XIV

El 88% de los casos obtuvieron una calificación de Apgar - Silverman mayor de 7 al minuto. Se obtuvieron 5 obitos fetales y se produjeron dos muertes neonatales, una de ellas causada por retención de cabeza última en un producto en presentación pélvica a quien se permitió trabajo de par--to vía vaginal. Debido a desconocimiento en el manejo obstrétrico del médico tratante y el segundo causado por insuficiencia respiratoria por prematurez. Constituyendo una mortalidad fetal inmediata de 7%. Como se muestra en el - Cuadro XV.

MORTALIDAD FETAL

|                 | Cesárea  | Parto    | Total    |
|-----------------|----------|----------|----------|
| Obito Fetal     | 2        | 3        | 5        |
| Muerte Neonatal | <u>—</u> | <u>2</u> | <u>2</u> |
| T O T A L       | 2        | 5        | 7        |

CUADRO XV

### DATOS DE LABORATORIO

Se obtuvieron los siguientes datos:

No se efectuó tipiaje ABO-Rh en 42 pacientes, de las cuales 37 fueron del grupo que tuvieron su parto por vía vaginal y las 5 restantes a las que se les efectuó cesárea. El cruce sanguíneo no se efectuó en 66 pacientes, de las cuales 49 correspondían al grupo en que se permitió el parto y las 17 restantes al grupo de cesárea. La solicitud de sangre a laboratorio se hizo únicamente en 51 casos. Y la solicitud del tipo sanguíneo se hizo en 80 pacientes y en 7 casos no se encontró ningún examen. Como se muestra en el Cuadro XVI.

### DATOS DE LABORATORIO

|               |    | Cesárea | Parto | Total |
|---------------|----|---------|-------|-------|
| Tipo ABO-Rh.  | No | 5       | 37    | 42    |
|               | Sí | 37      | 21    | 58    |
|               |    |         |       | 100   |
| Cruce Sanguí- | No | 17      | 49    | 66    |
|               | Sí | 26      | 8     | 34    |
|               |    |         |       | 100   |

CUADRO XVI

## DISCUSION

Los datos presentados en este estudio, junto con otros reportes hablan en forma favorable respecto a permitir trabajo de parto vía vaginal a pacientes con antecedentes de una cesárea previa con técnica cervical transversal baja.

En la presente serie, en cuanto a la finalización del embarazo actual mostró un porcentaje mayor para las pacientes resueltas por vía vaginal en un 58%, siendo este superior al reportado por otros autores (8,12). Al 42% restante se le efectuó cesárea, considerándose aún relativamente elevada debido probablemente a la alta incidencia de D.C.P. como indicación de la cesárea previa (33%), lo mismo que en la cesárea actual (50%), siendo este último ligeramente inferior al de otros autores (12,21).

Se encontró que de 33 pacientes con antecedentes de D.C.P. 12 tuvieron progreso de trabajo de parto vaginal, de las cuales 4 llegaron en período expulsivo al hospital y a las restantes se les permitió por razones no bien especificadas, presentándose en una de ellas el único caso de Dehiscencia de cicatriz uterina, en las restantes el parto fue satisfactorio, lo que concuerda con lo reportado por algunos autores, de que un número considerable de pacientes con antecedentes de D.C.P. no repiten en embarazos posteriores (de D.C.P. no repiten en embarazos posteriores) esta indicación (6,8,18), en ninguna de ellas se efectuó pelvimetría radiológica, lo que nos hace pensar que debería hacerse una evaluación cuidadosa y serena a éstas.

El uso de oxitocina fué casi nulo, debido talvez igual que en el caso anterior a que existe temor a la D.C.U. ya que dicho Hospital no cuenta con los medios apropiados de vigilancia continúa, ni monitoreo materno fetal durante el trabajo de parto.

La D.C.P. como indicación de la primera cesárea, fué proporcionalmente mayor en el grupo resuelto por cesárea, lo que indica la repetición de la indicación previa en el embarazo subsiguiente, por el contrario, en las pacientes resueltas por vía vaginal existió proporcionalmente una mayor incidencia de indicaciones de cesárea en el embarazo previo, que no necesariamente debían repetirse en forma posterior. En ningún caso se tomó como indicación de la cesárea actual, a la existencia de la cesárea previa por sí sola.

El hecho de que 21% de las pacientes hallan tenido 20 años o menos, lo mismo que solo el 60% de éstas recibieron control prenatal, revela la falta de una adecuada orientación prenatal, (revela la falta de una adecuada orientación prenatal) en especial a las adolescentes, debido a la deficiencia de parte de los servicios hospitalarios, como al bajo nivel cultural de nuestras pacientes. Saldana en su serie apoya la importancia del control prenatal por medio del cual logro reducir de 17.4% hasta el 8.5% la incidencia de la operación cesárea. (21).

Las complicaciones se presentaron con mayor frecuencia en el grupo de pacientes a quienes se les efectuó nuevamente cesárea, lo que habla a favor del parto por vía vaginal.

En nuestro estudio se presentó un caso de dehiscencia de cicatriz uterina detectada post-parto, abarcando un tercio de longitud, la cual correspondió a una paciente de 20 años de edad, con la historia Gineco-Obstétrica siguiente: Grávida; 2, Paridad, 0, Abortos, 0, C:1, H.V.; 1, indicación de la cesárea previa: Sufrimiento Fetal Agudo y Desproporción Cefalopélvica no bien especificada en el expediente, efectuada hace dos años y medio, con antecedentes en la primera cesárea de sangrado excesivo, fiebre, infección y dehiscencia de herida abdominal, anemia de H.b. 6.9 grs. a la cual no se le transfundió sangre, con producto del embarazo actual mayor que en el anterior. Los antecedentes antes mencionados corroboran la opinión de algunos autores que relacionan el curso postoperatorio complicado, con la predisposición de presentar dehiscencia de cicatriz uterina. (19,12).

Siendo esta incidencia de D.C.U. menor que la reportada por otros autores. (20, 5)

Existió un porcentaje relativamente alto de embarazos pretérmino 11%, lo que está de acuerdo con lo descrito de que estas pacientes entran en trabajo de parto prematuro frecuentemente. (1).

El índice de apgar al minuto fue mayor de 7, en la mayoría de los casos (88%), similar al reportado otros estudios (20,8). En relación a la mortalidad se obtuvieron 5 obitos fetales y 2 muertos - post-natales. Una de ellas causada por retención de cabeza última en producto pélvico a quien se le permitió parto vaginal, constituyendo la mortalidad fetal inmediata de 7%, si eliminamos las - muertes anteparto, nos queda una mortalidad de 2%, siempre mayor que la reportada en otros estudios. (20,12)

Llama la atención las deficiencias marcadas encontradas dentro del marco de laboratorio y banco de sangre, lo cual no cumple con algunos requisitos recomendados para el manejo intra-hospitalario de este tipo de pacientes. (10)

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- 1.- El parto vaginal se debe permitir en pacientes con cesárea previa transversal baja, después de haberse seleccionado y llenado los requisitos adecuados, que garanticen la certeza de un excelente resultado final materno-fetal.
- 2.- En el presente estudio se encontró que casi dos tercios de este tipo de pacientes, tuvieron su parto por vía vaginal satisfactoriamente.
- 3.- Existe controversia en cuanto a permitir desarrollar trabajo de parto vaginal a pacientes con antecedentes de D.C.P. en su primer cesárea, en tal caso creemos que no solo es conveniente efectuar pelvimetría radiológica, sino que correlacionar la evolución del mismo con la cefalo-pelvimetría.
- 4.- Se encontraron otras situaciones que son indicación para efectuar nueva operación cesárea, como la presentación pélvica, embarazo gemelar, ruptura prematura de membranas sin trabajo de parto y placenta previa.
- 5.- La incidencia de D.C.U. fue de un caso, siendo inferior a lo reportado por otros autores.
- 6.- No se hizo uso significativos de oxitocina, debido a que las condiciones no son favorables para llevar un buen manejo, además de que fueron pocos los casos en que su uso estaba indicado.
- 7.- Las complicaciones maternas más frecuentes encontradas fueron: infección de herida abdominal, morbilidad febril y anemia moderada.

- 8.- En casos seleccionados adecuadamente el parto espontáneo ofrece, la menor morbilidad materno-fetal, en comparación con la cesárea repetida.
- 9.- En la presente serie se encontró que solo un 60% recibió control prenatal, por lo que hay que tratar de dar una mejor orientación, acerca de la necesidad de asistir a éste en caso de un nuevo embarazo.
- 10.- El hecho de que se haya permitido evolución a parto vía vaginal a una paciente con presentación pélvica y a una paciente con dos cesáreas anteriores, lo mismo de que el 70.6% de estas pacientes les fué atendido el parto por personal auxiliar de enfermería, sin un adecuado control en la evolución de la labor, sumado a la falta de exámenes y disposición de sangre, nos muestra que existen deficiencias en cuanto al manejo intra-hospitalario, las cuales pueden ser superadas tomando las medidas adecuadas.
- 11.- La uniformidad de criterios en la mayoría de los reportes incluyendo el presente, ha demostrado la seguridad y el éxito continuo en los resultados de las pacientes con antecedente de cesárea previa a quienes se les permite trabajo de parto vía vaginal, lo cual deja en desventaja franca al pronunciamiento hecho por Gragin.
- 12.- Nuestro ideal deberá ser siempre el que exista una indicación para cada operación cesárea.

## RESUMEN

Se revisaron 100 expedientes de pacientes con el antecedente de una cesárea previa, encontrando que el 58% tuvieron parto espontáneo, al 42% restante se le efectuó nuevamente operación cesárea. La indicación mas frecuente de la cesárea actual la constituyó la D.C.P. 50%. Unicamente el 60% de las pacientes asistió a control prenatal.

La complicación mas temible que es la D.C.U. se presentó en un caso, la cual tenía antecedentes de postoperatorio complicado en su primer cesárea, teniendo posteriormente una evolución satisfactoria materno-fetal.

No hubo uso significativo de oxitocina. Pensamos que se debería mejorar el manejo en cuanto a la atención del parto, el cual es hecho en su mayoría por personal auxiliar de enfermería, lo que contribuiría a tomar la conducta más adecuada y rápida en casos que presenten complicación.

Creemos que el parto es permisible cuando se tiene la certeza de un excelente resultado final materno-fetal, en caso contrario la cesárea es el método correcto de resolución.

## VIII. BIBLIOGRAFIA

- 1.- BEAR MONTALVO, E.A.: "Cesárea Iterativa, reporte de 100 casos".  
Ginec. Obstet. Méx. 38 (226). año XXX: 113-117. Agosto 1975.
- 2.- BENEDETTI, T.J.; PLATT, L. y DRUZIN, M. "Vaginal delivery -  
after previous cesarean section for a nonrecurrent cause".  
Am. J. Obstet. Gynecol. 142(3): 358-359. February 1982.
- 3.- BERCHUCK, A. y SOKOL, R.J. "Previous cesarean section, pla-  
centa increta, and uterine rupture in second-trimester -  
abortion". Am. J. Obstet. Gynecol. 145(6): 166-167. March  
15, 1983.
- 4.- CHAVEZ, A.J.; CASTRO, C.F.; SANGUINO, C.A.; RIBO, T.P.:  
QUESNEL, C. "Riesgo materno fetal de la paciente adolescente  
sometida a cirugía obstétrica". Ginec. Obstet. Mex. 43 (260).  
Año XXXIII; 405-413. Junio 1978.
- 5.- CHI, I-CHENG; SALFUDDIN, A.B.; GUNATILAKE D.E. Y WALLACE,  
S.L. "De deliveries after cesarean birth in two Asian  
university hospitals". Int. J. Gynaecol. Obstet. 21:11-16.  
1983.
6. DEMIANCZUK, N.N.; Hunter, D.J. y TAYLOR, D.W. "Trial of  
labor after previous cesarean section: Prognostic indicators  
of outcome". Am. J. Obstet. Gynecol. 142 (6): 640-642. March  
1982.

- 7.- FARRELL, S.J.; ANDERSEN, H.F.; y WORK, B.A. "Cesarean section: Indications and postoperative morbidity". Obstet. Gynecol. 56 (6): 696- 700. December 1980.
- 8.- FLAM, B.L.; DUNNETT, CH.; FISCHERMANN, E. y QUILLIGAN, C.J. "Vaginal delivery following cesarean section: Use of oxytocin augmentation and epidural anesthesia with internal tocodynamic and internal fetal monitoring". Am. J. Obstet. Gynecol. 148 (6): 739-763. March, 1984.
- 9.- GELLMAN, E.; COLDSTEIN, M.S.; KAPLAN, S. y SHAPIRO, W.J. "Vaginal delivery after cesarean section". Jama, 249 (21): 2935-2937. June 1983.
- 10.- GRAHAN, A. RICHARD. "Trial labor following previous cesarean section". Am. J. Obstet. Gynecol. 144 (1): 35-40. May 1, 1984.
11. LAVIN, J.P.; STEPHENS, R.J.; MLODOVNIK, M. y BARDEN, T.P. "vaginal delivery in patients with a prior cesarean section". Obstetrics and Gynecology. 59 (2): 135-148. February 1982.
12. LUNA, G.A.; RAMIREZ, P.D.; y ALVARADO, D.A. "Manejo de la paciente obstétrica con antecedentes de una cesárea. Análisis de 1,527 casos". Ginec. Obstet. Mex. 45 (269), Año XXXIV: 223-241. Marzo 1979.
- 13.- MACIAS, COUNTIÑO R.; AGUILAR, R.E.; ALVARADO, D.A.; GUERRERO, B.A. y SUGAR, T.J. "El forceps en la paciente con antecedentes de cesárea previa". Ginec. Obstet. Méx. 21 (160)-Año XXV.: 249-258. Febrero, 1970.

14. MOREWOOD, G.A.; O'SULLIVAN, M. J.; and McCONNEY, J.  
"Vaginal delivery after cesarean section". *Obstetrics and Gynecology*. 42 (4): 589-595. October, 1973.
- 15.- O'DRISCOLL, KIERAN.; and FOLEY, MICHAEL "Corretation of decrease of perinatal mortality and cesarean section rates". *Obstetrics and Gynecology*. 61 (1): 1-5 January 1983.
- 16.- ORTÍZ, L.E.; MACLOIRE, M.P. y GARAY, S.E. "La operación cesárea en el hospital de gineco obstetricia 3a. del I.M.S.S.". *Ginecología y Obstetricia de México*. 51 (320): 315-320. Diciembre, 1983.
- 17.- PEARSON, JACK W. "Cesarean section and perinatal mortality". *Am. J. Obstet. Gynecol.* 148 (2): 155-158. January, 1984.
- 18.- RUIZ, VELASCO VICTOR. "La operación cesárea". *La Prensa Médica Mexicana*, Editorial Fournier, pag. 193-199, 215-221. 1971.
- 19.- RUIZ, VELASCO VICTOR. "Pronóstico de la cicatriz post-cesarea". *Ginecología y Obstetricia de México*. Vol. XX: 107-1088. Nov. 1965.
- 20.- RUIZ, VELASCO VICTOR. "Parto postcesárea. 77. Morbimortalidad". *Ginec. Obstet. Mex.* 34 (203)-Año XXVIII: 217-227. Sept. 1973.
21. SALDANA, L.R. SCHULMAN, H. y REUSS, L. "Management of pregnancy after cesarean section". *Am. J. Obstet, Gynecol.* 135 157: 555-567. November, 1974.

22. SEPTIEM, J.M.; RUCHIN, M.; WIMLNCUEZ, R.; WIALLEON, C.  
GUTIERREZ, R.; GALINDEZ, J.L.; OLIVARES, G.; RIO DE LA LOZ, F.  
y AUSA, A. "Simposium sobre: Conducta a seguir en las embara-  
zadas con cesárea previa". Ginecología y Obstetricia de México.  
Vol. XVI:5-8. Enero-Feb. 1961.
- 23.- SOSA, M.A. y BOLAÑOS, J.A. "Ruptura uterina, análisis de 21  
casos".  
Ginec. Obstet. Méx. 44 (295): 32-333. Mayo, 1981.
- 24.- TAFFEL, S.M.; PLACEK, P.J. "Complications in cesarean and  
non-cesarean deliveries: United States, 1980. "Am. J. Public  
Health. 73 (8): 856-860. August, 1983.

C U E S T I O N A R I O

- 1.- NOMBRE \_\_\_\_\_ EXP. # \_\_\_\_\_
- 2.- EDAD \_\_\_\_\_ AÑOS.
- 3.- No. DE GESTACIONES \_\_\_\_\_ Ab= - C.= \_\_\_\_\_  
HV = - H.M= Gemelares= \_\_\_\_\_
- 4.- PARIDAD \_\_\_\_\_
- 5.- INDICACION DE LA CESAREA PREVIA ... a) \_\_\_\_\_  
b) \_\_\_\_\_ Desconocido \_\_\_\_\_
- 6.- TIPO DE CESAREA PREVIA ... a) Segmentaria Transversal \_\_\_\_\_  
b) Segmento corporal \_\_\_\_\_ c) Corporal \_\_\_\_\_ d) Desconocido \_\_\_\_\_
- 7.- COMPLICACIONES DE LA CESAREA PREVIA: a) Sangrado excesivo \_\_\_\_\_  
b) Desgarros \_\_\_\_\_ uterino \_\_\_\_\_ c) Fiebre \_\_\_\_\_  
d) Infección de herida quirúrgica \_\_\_\_\_ e) Endometritis \_\_\_\_\_  
f) Otros \_\_\_\_\_
- 8.- NO. DE PARTOS ANTERIORES POSTCESAREA \_\_\_\_\_
- 9.- EDAD DEL EMBARAZO ACTUAL \_\_\_\_\_ Semanas
- 10.- TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LA CESAREA PREVIA Y LA FINALIZACION DEL EMBARAZO ACTUAL  
Menor de 1 año \_\_\_\_\_ de 1 a 2 años \_\_\_\_\_ 2 años y más \_\_\_\_\_
- 11.- RECIBIO CONTROL PRENATAL DEL EMBARAZO ACTUAL \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ #
- 12.- COMPLICACIONES DEL EMBARAZO ACTUAL a) \_\_\_\_\_  
b) \_\_\_\_\_ Ninguna \_\_\_\_\_
- 13.- METODO DE RESOLUCION DEL EMBARAZO ACTUAL:  
Parto via vaginal.....Espontáneo \_\_\_\_\_  
..... Uso de Oxitocina \_\_\_\_\_

Inducción \_\_\_\_\_ Conducción \_\_\_\_\_

Cesárea: Segmentaria Transversal \_\_\_\_\_ Segmento-cor-  
poral \_\_\_\_\_ Corporal \_\_\_\_\_.

14.- PARTO ATENDIDO.....MEDICO \_\_\_\_\_ ENFERMERA \_\_\_\_\_.

15.- SE EFECTUO REVISION DE HISTERORRAFIA....SI.....NO

16.- SE PERMITIO COMPLETAR PRIMER PERIODO DE PARTO CUANDO EXISTIO  
ANTECEDENTE DE DESPROPORCION CEFALO-PELVICA ....SI .....NO.

17.- SE EFECTUO VALORACION PREOPERATORIA POR GINECO-OBSTRETA  
...SI .....NO.

18.- INDICACION DE LA CESAREA ACTUAL. a) \_\_\_\_\_  
b) \_\_\_\_\_.

19.- MORBILIDAD FETAL .....SI .....NO.....CAUSA \_\_\_\_\_  
APGAR \_\_\_\_\_ 1min. \_\_\_\_\_ 5min. Edad fetal por clínica  
PESO \_\_\_\_\_ Kg. (DUBOWITZ) \_\_\_\_\_.

20.- MORTALIDAD FETAL .....SI.....NO.....CAUSA \_\_\_\_\_

21.- MORBILIDAD MATERNA: a) Sangrado excesivo \_\_\_\_\_ b) Ruptura  
prematura de membranas \_\_\_\_\_ c) Fiebre \_\_\_\_\_ d) Atonía uterina  
\_\_\_\_\_ e) Anemia \_\_\_\_\_. f) Infección de herida  
quirúrgica \_\_\_\_\_ g) Endometritis \_\_\_\_\_ h) Otros \_\_\_\_\_.

22.- MORTALIDAD MATERNA:.....SI .....NO.....CAUSA \_\_\_\_\_