

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"PARTO DESPUES DE DOS CESAREAS"

Estudio retrospectivo de atención del parto en
pacientes con antecedentes de dos cesáreas
previas; en población materna que consultó al
Hospital Roosevelt, durante el periodo de
Enero de 1987 a Diciembre de 1991.
Guatemala.

T E S I S

Presentada a la Honorable Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala.

P O R

MARCO VINICIO GUTIERREZ BATZ

En el acto de su investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, SEPTIEMBRE DE 1993.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

Impreso en Guatemala

DL
OS
7(6722)

HOSPITAL ROOSEVELT

AREA DE SALUD GUATEMALA SUR
TELEFONOS: 713384 - 713387
Guatemala, C. A.

DIRECCION CABLEGRAFICA
"HOSPVELT"

Al contestar el presente oficio sirsase
hacer referencia al
No. _____

Guatemala, 8 Septiembre de 1,993.

Dr. Jorge Villavicencio
Sub-Director de Servicios
Médicos del
Hospital Roosevelt
Presente.

Señor Sub-Director:

Por este medio me permito hacer de su conocimiento que el Comité de Investigaciones Científicas del Departamento de Obstetricia del Hospital Roosevelt, ha revisado el Informe Final de Tesis titulado "PARTO DESPUES DE DOS CESAREAS" presentado por el Doctor Infiere Marco Vinicio Gutierrez Batz, habiendo sido APROBADO.

Atentamente,

Dr. J. Benedito Vásquez y Vásquez.
Jefe del Departamento de Obstetricia.



c.c.: archivo.

JBVV./avdec.

HOSPITAL ROOSEVELT

AREA DE SALUD GUATEMALA SUR

TELEFONOS: 713387 713388

Guatemala, C. A.

DIRECCION CABLEGRAFICA

"HOSPVELT"

Al contestar el presente oficio sírvase
hacer referencia al

No. _____

09 de septiembre de 1993

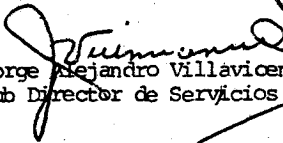
Doctor Raúl Alcides Castillo Rodas
Director del Centro de Investigaciones
de las Ciencias de la Salud
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos
Guatemala, Guatemala.

Estimado Doctor Castillo:

Por medio de la presente certificamos que el INFORME FINAL del Tema de Investigación "PARTO DESPUES DE DOS CESAREAS", realizado por Br. MARCO VINICIO GUTIERREZ BATZ, fue aprobado por el Comité de Docencia e Investigación y por OBSTETRICIA del Hospital, y reúne todos los requisitos exigidos para su divulgación.

En base al Artículo 11o. del Reglamento de Investigaciones del Hospital, se extiende la presente constancia.

Atentamente,
POR COMITE DE DOCENCIA E INVESTIGACION


Dr. Jorge Alejandro Villavicencio Alvarez
Sub Director de Servicios Médicos



JAVA/edb



FORMA C

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

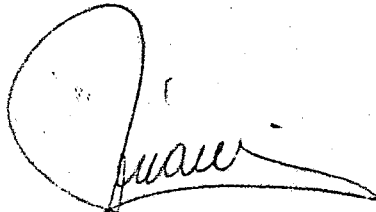
Guatemala, 13 de septiembre de 1993
DIF-091-93

Director Unidad de Tesis
Centro de Investigaciones de las Ciencias
de la Salud - Unidad de Tesis

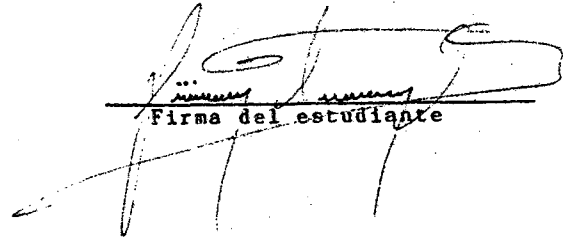
Se informa que el: MAESTRO DE EDUCACION PRIMARIA MARCO VINICIO
Título o diploma de diversificado, Nombres y apellidos
GUTIERREZ BATZ Carnet No. 87-30550
completos

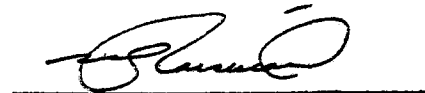
Ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:
"PARTO DESPUES DE DOS CESAREAS"

y cuyo autor, asesor(es) y revisor nos responsabilizamos de los conceptos metodología, confiabilidad y validez de los resultados, pertinencia de las conclusiones y recomendaciones, así como la calidad técnica y científica del mismo, por lo que firmamos conformes:


Asesor
Firma y sello personal

Dr. C. Raúl Juárez López
MEDICO Y CIRUJANO
Colegiado No. 2193


Firma del estudiante


Revisor
Firma y sello
Registro Personal 10943

Dr. Marco Julio Barcia Cocho
Médico y Cirujano
Colegiado 2951

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FORMA D

H A C E C O N S T A R Q U E :

El Bachiller: MARCO VINICIO GUTIERREZ BATZ

Carnet Universitario No. 87-30550

Previo a optar al Título de Médico y Cirujano, en su Examen General
Público ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:
"PARTO DESPUES DE DOS CESAREAS"

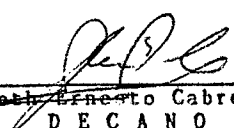
Avalado por Asesor(es) y revisor, por lo que se emite la presente
ORDEN DE IMPRESION:

Guatemala, 13 de septiembre de 1993

Dr. Edgar R. De León Barillas
Por Unidad de Tesis

Dr. Raúl A. Castillo Rodas
Director del Centro de Investigaciones
de las Ciencias de la Salud

I M P R I M A S E :


Dr. Jafeth Ernesto Cabrera Franco
DECANO



INDICE

	Página
I. INTRODUCCION.....	02
II. DEFINICION DEL PROBLEMA.....	04
III. JUSTIFICACION.....	06
IV. OBJETIVOS.....	08
V. REVISION BIBLIOGRAFICA.....	09
VI. METODOLOGIA.....	29
VII. PRESENTACION DE RESULTADOS.....	37
VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS.....	46
IX. CONCLUSIONES.....	51
X. RECOMENDACIONES.....	52
XI. RESUMEN.....	53
XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	54
XIII. ANEXOS.....	58

I. INTRODUCTION

I. INTRODUCCION

Recientemente el empleo de la cesárea a aumentado en ritmo en parte debido al amplio interes que se otorga al reconocimiento del sufrimiento fetal real o sospechado; el riesgo de complicaciones maternas especificamente el de ruptura uterina en cicatriz de cesárea previa orienta al obstetra a realizar cesárea y con mas razon si el antecedente es de dos cesáreas previas.

El trabajo de tesis titulado "PARTO DESPUES DE DOS CESAREAS" , comprendió un estudio retrospectivo de cinco años, analizandose pacientes con parto vaginal después de dos cesáreas; el cual se realizó en base a registros médicos del archivo del departamento de maternidad y registros médicos del Hospital Roosevelt. Se revisaron 3,097 papeletas encontrandose 13 casos de pacientes que consultaron al Hospital Roosevelt con: trabajo de parto activo, con diez centímetros de dilatación, o en periodo expulsivo en las que se intento someterlas a cesárea por dos cesáreas previas; pero por falta de recursos (salas de operaciones llenas, equipo esteril, personal en otros procedimientos) fueron resueltos los embarazos en partos eutocicos; de estas 13 pacientes ninguna sufrió complicaciones al realizar revision de cavidad el 100% presento cicatriz integra, el estudio es claro al rechazar la morbi-mortalidad materna en pacientes con dos cesáreas que presentan parto vaginal.

Las complicaciones del recién nacido determinadas en el estudio están asociadas a bajo peso, prematurez y están dados en bajos porcentajes; estos dos rubros no dependen de la vía de resolución del parto. Este estudio se realizó durante los meses de Febrero de 1,992 a Agosto de 1,993 en el departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Roosevelt.-

II. DEFINICION DEL PROBLEMA

El proverbio dicho por Edward Gragen en 1,916 "Una vez cesárea siempre cesárea" (31, 32). es probablemente uno de los guías utilizados por obstetras durante las últimas décadas que a influido en un aumento de la frecuencia de la operación cesárea, esto es demostrado con datos estadísticos, por ejemplo: en EE.UU. en 1,970 se realizaron 195,000 cesáreas, dando una incidencia del 5% y en 1,984 la incidencia se cuadruplicó a un 22% de todos los nacimientos (1, 11, 31, 32).

La única razón para no permitir que las mujeres con indicaciones no persistentes intenten el parto vaginal es el temor de lo que podría suceder sobre las bases médicas y legales si ocurriera una ruptura uterina; esta es la preocupación real del obstetra (32, 5).

Recientes publicaciones han evaluado los riesgos o beneficios en parto vaginal, en pacientes después de una cesárea, los datos presentados apoyan la proposición de que en pacientes seleccionadas y tratadas en forma adecuada el parto después de una cesárea previa puede ser una alternativa segura para el bienestar madre feto (5).

Los riesgos relativos de una cesárea comparada con un parto es de 2 a 10 veces más morbi-mortalidad materna (16, 11).

Mencionaremos los estudios publicados en clínicas gineco--

lógicas y obstetricas de Febrero de 1,989 en el cual se realizó un estudio entre Julio 1 de 1,982 a Junio 30 de 1,986 en el que se atendieron 67,748 pacientes de las cuales 6,250 o sea 2.9% tenían antecedente de cesárea, de éstas 17.4% con antecedente de dos cesáreas previas, del total en 501 (46%) se intentó parto, y de éstas 346 (69%) tuvieron parto vaginal exitoso. La dehiscencia de cicatriz en estas fué de 3% (26).

En el estudio se concluye:

- Durante los últimos años de estudio, la incidencia de parto normal varió de 10 a 32% y posteriormente a 72% de tasa de parto exitoso en pacientes con dos cesáreas previas.
- La indicación para repetir la cesárea fué similar en frecuencia en comparación con mujeres de una cesárea.
- La indicación más frecuente para repetir la cesárea en pacientes de estudio fué: Desproporción cefalopélvica.
- La incidencia de dehiscencia de cicatriz uterina no parece ser afectada por el número de incisiones uterinas previas por trabajo de parto.
- La política "dos veces cesárea siempre cesárea" debe ser estudiada en favor de una que permita a éstas mujeres tener un trabajo de parto según estudios del Dr. Phelan (26).

Al respecto en el presente trabajo se realizó una revisión de cada uno de los casos de pacientes que presentaron parto con antecedente de dos cesáreas previas para determinar si existió o no ruptura uterina. Básicamente el estudio es retrospectivo basado en archivos existentes en el departamento de bibliografías de estudios al respecto

III. JUSTIFICACION

Hace ya 76 años que está en el contexto médico obstetrico el proverbio "Una vez hecha una cesárea, hay que hacer cesárea" (32), esto a producido en gran cantidad de Hospitales basados en literatura especifica, aumente la frecuencia de cesáreas, -- mas aún si existe el antecedente de dos cesáreas previas.

La ruptura uterina, complicaciones médico-legales, la falta de experiencias y estudios locales conducen a negarle a una paciente con dos cesáreas previas la oportunidad de parto (11), en la actualidad existen estudios aplicados y modificaciones a los manejos de pacientes con una cesárea en los cuáles al cumplir con los criterios, se les dá la oportunidad de parto y seguimiento constante (11).

No existe en el departamento de obstetricia del Hospital-Roosevelt bases sólidas que impongan el punto de partida a la abolición de "dos veces cesárea siempre cesárea", colaborando con mantener o aumentar la incidencia de cesárea, tomando en cuenta la magnitud de los riesgos y/o complicaciones del mismo procedimiento, tanto a la madre como al feto, recursos, gastos de hospitalización, etc., por lo que consideramos oportuno realizar una determinación cualitativa y cuatitativa, confiable de los casos en que se presentó parto después de dos cesáreas, esta es la principal motivación a realizar el estudio en busca de

modificaciones a las normas tradicionales de manejo de pacientes, mejorando la calidad de atención materno infantil y por ende del departamento de obstetricia del Hospital Roosevelt.

IV. OBJETIVOS

GENERAL:

- Identificar si de la población con antecedente de dos cesáreas, que tuvieron parto normal presentaron ruptura uterina.

ESPECIFICOS:

- Evaluar la mortalidad materna en mujeres que presentan parto despues de dos cesáres.
- Identificar cuales fueron las indicaciones de las cesáreas en pacientes que presenten parto normal.
- Determinar el apgar y peso del recién nacido de madre que presentó parto normal con antecedente de dos cesáreas previas.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

PARTO DESPUES DE PRIMERA CESAREA

Con la aceptación reciente y el campo cada vez más amplio de aplicación de la cesárea, en años recientes, han llamado la atención de los Gineco-Obstetras, algunos problemas con dicho método. Uno de los mas importantes es el de la resistencia y fuerza de la cicatriz resultante en el útero. Precisamente de tal factor dependerá la conveniencia de permitir no solo de embarazos futuros, sino en algunas circunstancias incluso aceptar el trabajo de parto. Han transcurrido 70 años de Mason y Williams, y no han perdido vigencia en nuestros días. Si la cesárea adquiría aceptación cada vez mayor en la actualidad, comprende de 10 a 25% de todos los partos y su gran "popularidad ha alcanzado proporciones epidémicas" (4, 8, 9, 18).

El campo cada vez mas amplio de aplicación de esta intervención, en campos de obstetrica moderna, y la preocupación por el pronóstico del feto debe compararse con los intereses y preocupaciones de los médicos de 1,910, fecha en la cual el riesgo de la cesárea era tan grande, que apenas se tomaba en consideración al feto y su pronóstico. Esto nos plantea los mismos viejos problemas y otros nuevos, que por fuerza han terminado por despertar el interés y llamar la atención de los especialistas en este campo (22, 23, 25, 28).

En los primeros años de este siglo, las cesáreas se hacían en el fondo del útero, transversas o verticales. En 1,871 se-

hizo la primera cesárea segmentaria baja, pero fué hasta el decenio de 1,940 en que se aceptó en forma amplia dicha operación. (2, 8, 18, 19, 22).

Las indicaciones para la cesárea primaria han sufrido cambios radicales, especialmente durante los últimos 20 años y como resultado, somos testigos de la frecuencia de la atención de productos de la concepción por vía abdominal; que se practican. Si como Gineco-Obstetras continuamos aceptando el proverbio "Una vez hecha una cesárea, hay que hacer otra", la frecuencia seguirá ascendiendo con métodos repetitivos de atención (2, 4, 8, 12, 17, 22). La razón para no permitir que las mujeres con trastornos no recurrentes intenten el parto vaginal es el temor de lo que podría suceder sobre las bases médicas y legales si ocurriera ruptura uterina. Esta es la preocupación real del obstetra (22, 25, 28).

No existe duda de que el parto será seguro en la mayoría de las veces, aunque haya habido una cesárea previa. En los últimos años han aparecido numerosas publicaciones que confirman los informes previos de Riva y Teich (1,961), Douglas y Cols (1,963) y Macgarry (1,969), en lo relativo a la seguridad y eficacia del parto en mujeres previamente sometidas a operación cesárea. (Pero hay que señalar que estos informes subrayan la importancia de considerar el parto solo en las mujeres sometidas a una cesárea con incisión transversa baja (8, 9, 12, 14, 18, 22, 25, 29).

La circunstancia que ha permitido a los Obstetras a la hora de seguir un parto en una cesárea previa, ha sido el temor de rotura o deshincencia de la cicatriz uterina (2, 4, 22, 25). O'sullivan y Cole (1,981), revisaron mas de 8,000 partos publicados en la literatura y añadieron a su estudio varios cientos de pacientes propias. Estos autores comunicaron que la rotura franca del utero y la deshincencia de la cicatriz uterina ocurrían al menos en 1.8% de las mujeres con cesárea previa, comparada con un 0.5% de las que habían tenido parto vaginal. En esta excelente y exhaustiva revisión, estos autores concluyeron que el parto no solo es tan seguro como la cesárea electiva iterativa, sino que de hecho, constituye el método de preferencia para el manejo de pacientes seleccionadas cuidadosamente (2, 4, 8, 14, 17, 18, 22).

La cuestión no consiste tanto en saber si una mujer puede tener un parto después de una cesárea previa como establecer los criterios que hay que aplicar y seguir de forma estricta para que puedan intentar el parto (8, 14, 19, 22). El American College of Obstetricians and Ginecologist (ACOG NEWS letter -- 1,982) ha establecido a este respecto una serie de normas específicas que comprenden la aceptación y la comprensión por parte del paciente de los riesgos y ventajas del parto vaginal y por cesárea que se han descrito anteriormente (25).

Entre las candidatas para parto vaginal después de operación cesárea algunos autores han incluido: en quienes la opera-

ción cesárea es indicada por parto prematuro establecido. Otros dan importancia a los antecedentes de la cesárea previa y el tiempo transcurrido desde entonces; ya que las dehiscencias de cicatriz en pacientes con varias cicatrices es frecuente, --pos-operatorios complicados, incisiones verticales, embarazos con intervalos menores de dos años (8, 27).

Aún más, la mujer solo debe haber sufrido una incisión--- transversa previa sin extensión de la incisión uterina, confirmando mediante un informe quirúrgico por escrito (22, 25).

Aún cuando la cesárea hubiera sido realizada por un fracaso de la dilatación del cuello o por falta de descenso de la--- presentación, estas anomalías no constituyen por sí mismas una contraindicación absoluta para un parto posterior (Seitch y--- Ramakrishna) 1,982. (4, 8, 25). Finalmente hay que valorar si la pelvis se encuentra en condiciones de soportar un parto normal. Si una mujer ha de intentar un parto después de una cesárea previa, debe tener a su disposición todo el apoyo técnico--- del hospital, como es una adecuada asistencia de enfermería y la presencia de un obstetra, pediatría y anestesia en el hospital.

Debe de haber un banco de sangre con personal seleccionado las 24 horas del día y con posibilidades de disponer de sangre en forma inmediata. Durante el parto debe monitorisarse la ---

frecuencia cardíaca en forma electrónica. Así mismo debe de estar garantizado el acceso a una sala de operación adecuada, (8, 14, 25).

REQUISITOS PARA DAR OPORTUNIDAD DE PARTO DESPUES DE CESAREA

- Cesárea anterior segmentaria, documentada, sin rasgadura del segmento.
- Que el puerperio haya sido normal (sin infección).
- Que la presentación sea de vértice.
- Que no exista desproporción cefalopélvica (pelvis adecuada para el producto).
- Que no se repita la indicación de cesárea anterior.

El parto normal le devuelve a la mujer la confianza en sí misma y elimina su decisión de hacerse practicar abortos o adoptar procedimientos anticonceptivos, medidas que limitan la prole que lejos de unir a la familia contribuyen a su disolución (27).

A pesar de las ventajas el obstetra, en su celo por abandonar el viejo adagio "después de una cesárea, siempre hay que hacer otra cesárea", no debe dejarse embaucar por otra aun mas incorrecta "Después de una cesárea, nunca más otra cesárea". (8, 17, 19, 25).

NUEVAS Y ANTIGUAS CONTROVERSIAS

Una de las controversias antiguas en el campo de la obstetricia ha sido el debate sobre el manejo óptimo de pacientes--embarazadas con una operación cesárea previa (4, 8). Aunque -- el comercialismo de los obstetras podría ser un factor influ--yente la razón principal, indudablemente es el repentino aumen--to en el promedio de la operación cesárea. Este promedio, el--cual a aumentado en aproximadamente 300% durante la década pa--sada (2, 4, 14). En 1,980 el National Institute of Health -- (Instituto Nacional de Salud) Consensus Development Conference (Conferencia para el desarrollo del concenso general), indicó--una de las principales razones para el incremento en el número de cesáreas era repetir la operación (14). Después de revisar la voluminosa literatura al respecto, se recomendó el parto -- después de una operación cesárea, como uno de los métodos para disminuir la cantidad de cesáreas (8, 17).

Actualmente uno de los cinco partos es por métodos quirúr--gicos y cada uno de cada tres es repetido; son realmente neces--sarias las operaciones que se repiten? (4, 8). Hoy en día la--mayoría de los obstetras tratan el diagnóstico arcaico de Cra--ing como si fuera la conclusión de un reciente estudio colabo--rativo (8, 14, 22). Estudios recientes continúan demostrando--lo seguro y el ahorro que implica la prueba de labor de parto (4, 8).

TEMOR POR LA ROTURA UTERINA

Se encuentra un cuantioso volumen de literatura con el título de "Rotura Uterina". La mayoría de los artículos definen dos tipos básicos de ruptura uterina la completa o típica que implica completamente el grosor de la pared uterina. Esta es usualmente repentina, explosiva y asociada a dolor, hemorragia y mortalidad materno-fetal. Este tipo de rotura es más frecuente en el rompimiento traumático del útero ileso. Esto también ocurre en pacientes con una cesárea típica previa, pero es poco usual (4, 8, 14). Una rotura uterina incompleta, a la cual se refieren en la literatura como "rotura oculta" o "silenciosa", "dehiscencia" o "ventana uterina", que es más separación parcial de la pared uterina (4, 8, 14).

Un estudio en colaboración con catorce instituciones clasificó sesenta roturas de útero ileso, con cuatro muertes maternas y setenta y tres roturas de útero ileso sin muerte materna (8, 14). De hecho de las treinta y tres roturas reportadas con incisión transversa, treinta y uno eran efectivamente ventanas asintomáticas encontradas en el momento de repetir una cesárea de elección (8, 14). En 1,970 Yussman publicó un estudio de doce años sobre rotura uterina y concluyó diciendo aparentemente la rotura de la cicatriz de cesárea difiere ampliamente de la rotura traumática o espontánea del "útero ileso" (8, 14, 18). En 1,984, Plauche reportó veintres casos de rotura uterina catastrófica, sin ninguna muerte materna y ocho fe-

tos muertos. Solamente cuatro de las veintitres roturas ocurrieron en pacientes con una previa incisión transversa (8, 14, 19, 22).

En una amplia revisión de la literatura de 1,950 a 1,980 Lavín enumera 5,325 casos de nacimientos vaginales después de una operación cesárea sin encontrar una sola muerte materna relacionada a rotura uterina, sin embargo, doce de éstas fueron causadas por una previa incisión típica uterina (8). Se reconocieron dos muertes del feto relacionada con incisión uterina transversa pero ambas muertes fueron hace más de veinte años en pacientes que no estaban bajo observación (8, 14).

La amplia literatura sobre partos después de una cesárea y la rotura uterina nos lleva a la siguiente conclusión: La rotura uterina espontánea o traumática del útero ileso es usualmente completa y catastrófica, mientras que la rotura de una previa incisión uterina transversa es más frecuente, incompleta e inconsecuente (8, 14 18).

En los años de 1,981 y 1,982, se realizó un estudio en el centro médico de Missisipi (Jackson), en el centro médico de la Universidad de Alabama (Birmingham), con 789 mujeres embarazadas, quienes habían experimentado una o más cesáreas. A las pacientes antes mencionadas se les ofreció la oportunidad de escoger un parto si así lo deseaban y se encontraron diferencias en criterios.

Los factores, excluyendo a una parturienta de estudio fueron:

- a) Incisión uterina clásica previa (nota operatoria anterior).
- b) Sospecha de macrosomía fetal (mayor de 4,000 gramos).
- c) Mala presentación fetal.
- d) Gestación fetal múltiple.

La presencia de desproporción cefalopélvica previa, incisión vertical-inferior previa, endometritis documentada durante la recuperación después de un parto previo, historia de una o más cesáreas no impidieron que las mujeres participaran en este estudio (18, 25). De las pacientes inicialmente consideradas 717 pacientes (92%) se sometieron al estudio (25, 28, 33). Las pacientes se separaron por grupos, las que decidieron tener cesárea y las que decidieron tener parto normal. Para propósito del análisis todas las pacientes se dividieron en tres grupos. El grupo A comprendió aquellas pacientes que deseaban cesárea quienes sí tuvieron su hijo por este método. El grupo B comprendió las pacientes que deseaban parto normal y pudieron dar a luz por este método. El grupo C comprendió a las pacientes que deseaban tener un parto normal, pero a quienes se les practicó cesárea, lo cual se debió a factores obstetricos porque ellas al final indicaron su preferencia por cesárea. Los resultados del estudio fueron los siguientes: de las 717 pacientes que quedarón después se aplicaron los criterios de exclusión, 555 escogieron tener cesáreas posteriores y 162 de-

cidieron partos normales. De las 555 en el grupo que escogieron cesárea, todas menos 8 (1.4%) tuvieron cesárea. Casi dos tercios (101) de las que decidieron parto normal fueron capaces de dar a luz por este método. En las 547 pacientes del grupo A cuatro pacientes tuvieron dehiscencia. Esto se compara con la dehiscencia de las 101 pacientes que escogió parto normal y tres dehiscencias y una ruptura entre las 61 pacientes que escogieron parto y no pudieron dar a luz por este método (14, 19)

ROTURA DEL UTERO

Es un accidente del embarazo o más frecuentemente del parto con grave repercusión sobre la madre y el hijo. Puede producirse en forma espontánea, traumática u operatoria.

Frecuencia: Resulta difícil establecer la incidencia, ya que depende de muchos factores, siendo de 0.3% o menor.

Anatomía Patológica: Durante el parto lo que habitualmente se desgarga es el segmento inferior, mientras que durante el embarazo es el cuerpo del útero.

a) Rotura del segmento inferior: Pueden ser completas o incompletas; completa si la rotura abarca todas las capas del útero y las incompletas, si el peritoneo permanece íntegro sobre el desgarramiento de las capas musculares. Las completas del segmento inferior son en la región anterior; suelen ser longitudinales o transversales que con cierta frecuencia se ve incluido algún vaso. Según la amplitud de la brecha, el feto puede pasar parcial o totalmente al abdomen, pero la placenta suele quedarse

adherida en su sitio. El desgarro puede extenderse mas allá del segmento (desgarro complicado); extendiéndose al cuerpo del útero, a la cúpula vaginal o a los órganos vecinos: recto o vasos mas importantes de la región, siendo otra complicación de ésta índole la salida hacia la vagina de masa intestinal o epiploica através de la brecha uterina (3, 25, 29).

b) Roturas del cuerpo del útero: Son por lo general completas aquí tanto el feto como la placenta suelen pasar al abdomen.

Etiología: Existen causas determinantes y causas predisponentes.

Determinantes: Entre éstas debe figurar en primer plano el cuadro del parto obstruido, siendo su principal expresión la estrechez pelviana (3, 25, 29).

Predisponentes: La misma causa no actúa por igual en todos los partos reconociéndose a nivel del útero condiciones que favorecen en mayor o menor grado la producción del accidente. Obran de ésta manera la multiparidad, la hipoplasia y la malformación del útero; cicatriz de intervenciones anteriores (cesáreas principalmente corpóreas, miomectomías etc.) y los procesos agudos o sub-agudos del útero (3, 25, 29).

Síntomas locales: En estos predominan el dolor por el incremento de la intensidad de las contracciones.

fácilmente palpable, se ve ascender por encima de su límite en el parto normal (mitad de distancia entre el puvis y el ombligo), de tal manera que cuando está por encima del ombligo o - cerca hay amenaza de rotura, la tensión de los ligamentos redondos, permite palpar como dos cordones estirados, que partiendo del mismo útero, hacia las fosas ilíacas (signo de Frommel).-

Síntomas vaginales: Edema y cianosis del cuello que se extiende a la región bulbovaginal. Pueden o no haber una pequeña cantidad de sangre oscura (signo de Pinard).

Síntomas generales: la parturienta con agitación, inquieta, angustiada, con taquicardia y temperatura, no shock ni anemia (9, 13, 24, 25, 29).

Diagnóstico: El diagnóstico se realiza con cierta facilidad en la mayoría de los casos, sobre todo si la evolución inicial hace presumir el accidente o si el cuadro es neto.

La hemorragia externa conduce a la confusión con la placenta previa o el desprendimiento de la placenta normalmente insertada; pero en la primera la pérdida de la sangre es indolora, roja y han existido otras hemorragias anteriores; en la segunda el útero es grande leñoso; la sangre negrusca; con frecuencia existe el antecedente de gestosis.

El diagnóstico diferencial entre desgarro completo e incompleto solo se hace por la menor intensidad de los síntomas

en el último o si los dedos que tactan reconocen la brecha. (3, 25, 25).

Pronóstico: Gravisimo para la madre y el feto.

Tratamiento: De la rotura inminente; terminar cuanto antes el parto por medio de la operación cesárea. Si existe una rotura consumada se debe realizar laparotomía y extracción del feto y de la placenta, sutura de la brecha o histerectomía.

Con el feto ya recién-nacido; sutura de la brecha por vía abdominal o histerectomía si ello es imposible. (3, 25, 29).

DEHISCENCIA DE LA CICATRIZ UTERINA

En embarazos ulteriores puede presentarse dolor en las zonas de la cicatriz y sugerir dehiscencia de ella. Cerca del 20% de todas las rupturas de cicatrices ocurren antes de la iniciación del trabajo de parto (8, 27).

El peligro de sospecha de dehiscencia a sido uno de los abusos por lo que se efectuado operación cesárea (7, 9).

La incursión placentaria sobre la cicatriz se observa en el 0.5 a 1% con acretismo. Esto es debido a la ausencia de la decidua a nivel del tejido fibroso cicatrizal y con la penetración anormal de las vellosidades coriales en la musculatura uterina (24, 27).

RIESGO DE LA MADRE DURANTE LA PRUEBA DE LABOR DE PARTO

Hay datos que muestran que no se presentó una sola rotura relacionada con mortalidad materna en el estudio de 9,472 prue-

bas de labor de parto (Lavin y Flam). (4, 8, 14). La cantidad realista de mortalidad materna por operación de cesárea es de aproximadamente una muerte por cada 1,000 cesáreas y la cantidad por decisión de la paciente de repetir la cesárea es de aproximadamente una muerte por cada 5,000 cesáreas (8, 4, 14).

RIESGO PARA EL FETO DURANTE LA PRUEBA DE LABOR DE PARTO

En el mencionado estudio de Lavin y Flam nos muestra 8 muertes de fetos debido a rotura uterina en 9,472 pruebas de labor de parto (8). La rotura relacionada con mortalidad perinatales es de 0.85 por cada 1,000 pruebas de labor de parto (4, 8, 14). Se debe de observar que dos de tres fetos muertos en el primer estudio fué debido a rotura de la incisión uterina clásica, la tercera muerte ocurrió por inducción, de oxitocina previo a la era del monitoreo fetal electrónico. De las 5 muertes fatales en el estudio de 1,980 a 1,984 una fué a causa de la rotura de la incisión vertical uterina y otro de los fetos pesó únicamente 200 gramos. En las tres muertes, no se estableció el origen (8, 14).

Si los casos que involucran la conocida incisión vertical inferior, son excluidos la mortalidad perinatal se encuentra en el rango de 0.5 por cada 1,000 pruebas de labor de parto (8, 12, 33). Es razonable asumir que el monitoreo fetal electrónico del corazón y el monitoreo de la presión intrauterina posteriormente reducirá los riesgos fatales durante la prueba de labor de parto (8, 12).

EXITO DEL PARTO DESPUES DE UNA OPERACION CESAREA

La exitosa y creciente cifra en recientes estudios probablemente refleja manejo más agresivo de las pruebas de labor de parto, en lugar de una selección por inclinación ya que el manejo de ciertos reportes no excluye a pacientes con una cesárea previa por temor a fracasar en labor (8). El estudio de Lavin en el que reporta 9,472 pruebas de labor de parto con un total de 7,499 partos después de una operación cesárea (8). El resultado exitoso fue de 79%. En vista de una amplia información podemos establecer que dando una adecuada prueba de labor de parto, por lo menos tres mujeres de cuatro pueden dar a luz después de una operación cesárea (8).

Mencionaremos en este punto los estudios del Dr. Meier y el Dr. Porreco realizado en 207 pacientes quienes fueron tratadas con un adecuado ensayo de labor, en el 84.5% se atendió parto normal en el periodo de estudio, las muertes no fueron asociadas a un ensayo de labor; y su presencia maternal y fetalmente es insignificante. Este programa voluntario resultó en un 27.9% decreciente en la repetición de cesárea, razón sobre los dos años reportados.

"Con lo anterior se concluye que: No es justo ni aceptable la alternativa de volver a repetir cesárea" (20, 15).

ANTECEDENTE MEDICO EN GUATEMALA

En una revisión realizada en el Hospital Roosevelt en el año de 1,984 sobre la conducta del parto después de primera cesárea segmentaria transperitoneal, elaborandose la aplicación de protocolo en 100 pacientes de las cuales llenaron los requisitos del mencionado estudio, se obtuvieron los siguientes resultados; 77 casos se resolvieron por vía vaginal, el 34% se resolvió en forma espontanea y el 43% con aplicación de forceps profiláctico, 23% se resolvió con segunda cesárea sin presentarse mortalidad materno-fetal, siendo satisfactorio (6).-

PARTO DESPUES DE DOS CESAREAS

Existe la propuesta razonable de brindar la oportunidad de parto a una paciente con antecedente de dos cesáreas; mencionaremos el estudio realizado por el Dr. Phelan entre Julio de 1,982 a Junio de 1,986 que incluyó a 67,748 pacientes; de estas 6,250 o sea 2.9% tenían antecedente de cesárea previa, de estas 17.4% tenían antecedente de dos cesáreas, del total 501 pacientes o sea 46% se intento parto vaginal y de estas 346 o sea 69% tuvieron parto exitoso presentandose dehiscencia en un 3% del total. A principios del estudio se observó un aumento en el éxito en pacientes con dos cesáreas previas en relación a las de una cesárea de un 10 a 32% y 72% de éxito.

Las indicaciones usuales para repetir la cesárea fué similar en frecuencia en comparación con mujeres con una cesárea previa. La indicación fué: desproporción cefalopélvica.

Los datos sugieren que el uso de oxitocina no expone a la paciente de cesárea previa al aumento significativo en la morbilidad fetal o materna, su uso sometido en mujeres con cesárea previa permaneció controversial al inicio del estudio.

La experiencia con anestesia epidural fué limitada a 22 de 134 pacientes reportadas (16.4%), posteriormente en la siguiente serie 150 (30%) de las mujeres recibieron anestesia de conducción durante un trabajo de parto para aquellas pacientes que recibieron una combinación de anestesia epidural y oxitocina la tasa de parto normal fué de 54%. Al mismo tiempo el uso de a--

nestesia epidural sola o en combinación con oxitocina no fué asociado a mayor riesgo. (26).

El reporte de Tahl Ramaney et al. en el cual 37% de pacientes se sometieron a trabajo de parto la tasa de separación de cicatriz uterina para el grupo de trabajo de parto fué menor 1.6 vrs 3.8% en sus series. Mas aún el presente reporte indica de las 501 pacientes que se sometieron a trabajo de parto la incidencia total de dehiscencia uterina para aquellas con dos cesáreas previas fué mayor en el grupo de no trabajo de parto 4.6 vrs 1.8% una diferencia probablemente relacionada a este hecho es que es mas fácil ver que sentir un defecto uterino.

En resumen un trabajo de parto en pacientes con dos cesáreas previas parece ser una consideración razonable. El manejo debería ser similar a aquellas pacientes con una cesárea previa la anestesia epidural, dependiendo de las circunstancias individuales pareciera ser una opción aceptable, similarmente si la administración de oxitocina es considerada medicamente necesaria ya sea para conducción o inducción esta debería ser administrada manteniendo los parametros de ACOG.

El monitoreo electrónico fetal debería ser utilizado durante la labor para detectar cualquier evidencia de distres fetal intraparto; además un médico capaz de realizar una cesárea debería estar listo para una emergencia adoptando una política que permita a las pacientes con dos cesáreas previas tener un trabajo de parto, estimamos que la tasa de cesáreas repetidas

Para esta población podría ser reducida a 32% nuestros datos nos permiten concluir que: " La política dos veces cesárea, siempre cesárea debería ser abandonada en favor de una que permita tener a estas mujeres un parto.

PARTO DESPUES DE VARIAS CESAREAS

Un estudio durante los años 1,950 a 1,980 identificó más de 100 pruebas de labor de parto en pacientes con varias cesáreas previas y concluyó diciendo " Existe poca evidencia objetiva que apoye el amplio punto de vista que varias operaciones de cesáreas predisponen a un aumento en el riesgo de la ruptura uterina "(5, 8). Martín reportó 19 pacientes sometidas a la prueba de labor de parto con varias operaciones de cesárea previas sin ninguna complicación (8, 14)

Porreco permitió uso de oxitocina y anestesia epidural en 21 pacientes con varias operaciones previas de cesárea sin haber presentado ningún problema, concluye diciendo: las evidencias disponibles demuestran que la prueba de labor es razonable y segura y que la decisión de excluir a estas pacientes era arbitraria (4, 8, 14). Washawan permitió la prueba de labor de parto en 31 pacientes con dos cesáreas previas (8, 14, 19).

VI. METODOLOGIA

A. TIPO DE ESTUDIO:

- De acuerdo a la profundidad del estudio se realizó una investigación explicativa, se evaluó pacientes que presentaron parto después de dos cesáreas, su morbilidad que posteriormente servirá de guía en la realización de estudios locales en busca de una modificación en el manejo de estas pacientes.
- De acuerdo al grado de control de las variables el estudio es no experimental pues únicamente nos limitamos a la observación de un hecho.
- De acuerdo a la forma en que se recogió la información es transversal porque solamente recogimos la información durante los últimos cinco años, sin realizar seguimiento de personas.
- De acuerdo a la ubicación de los datos en el tiempo, la investigación es retrospectiva al analizar los datos acumulados durante los últimos cinco años.
- De acuerdo a los propósitos de la investigación es aplicada, constructiva, utilitaria, debido a que se evaluó un hecho que propondrá las bases para una investigación local.

B. SELECCION DEL SUJETO DE ESTUDIO:

- Todas las pacientes con atención del parto después de dos cesáreas que fueron atendidas de Enero de 1,987 a Diciembre de 1,991.

C. TAMAÑO DE LA MUESTRA:

- Universal.

D. CRITERIOS DE INCLUSION:

Todas las pacientes con diagnóstico de parto después de dos cesáreas atendidos en el departamento de maternidad (ver anexo).

E. VARIABLES.

Variable	Definición	Escala de medición.
Parto	Mecanismo por medio del cual los productos de la concepción feto y placenta son expulsados de la madre por medio de la vía vaginal, natural (10).	Historia clínica
Ruptura (dehiscencia de cicatriz).	Ruptura: separación de la antigua incisión uterina a través de la mayor parte de su longitud, con ruptura de las membranas fetales de forma que la cavidad uterina y la cavidad peritoneal se encuentren en comunicación. Dehiscencia: separación de una antigua incisión uterina que no abarca toda su longitud en estas las membranas fetales están intactas (28).	Historia clínica (hubo, no hubo ruptura)
Mortalidad	Relativo a muerte. Número de muertes por unidad de población en cualquier región, grupo de edad o enfermedad específica (5, 10).	Historia clínica.
Apgar	Valoración del estado físico del recién nacido que suele realizarse al minuto y a los cinco minutos después del parto que se basa en la puntuación (de 0 a 2) de cinco factores que reflejan la capacidad del niño para adaptarse a la vida extrauterina. El sistema fue desarrollado por Virginia Apgar médico pediatra. (21, 30).	Valoración al minuto, a los cinco minutos de: Color, Frecuencia cardíaca. Esfuerzo respiratorio. Tono muscular. Irritabilidad refleja (10).
Peso	Valoración de la masa. Atracción ejercida sobre un cuerpo por la fuerza de gravedad. (10).	Historia clínica.
Descesáreas.	Intervención quirúrgica que consiste en realizar una incisión en el abdomen y el útero y extraer el feto por vía transabdominal, al no cumplir con los criterios para resolver el embarazo por vía baja (10).	Historia clínica.

F. RECURSOS:

1. MATERIALES FISICOS:

- Instalaciones del departamento de gineco-obstetricia del Hospital Roosevelt.
- Archivo del departamento de gineco-obstetricia del hospital Roosevelt.
- Archivo del departamento de registro y estadística del Hospital Roosevelt.
- Historias clinicas de cada una de las pacientes sometidas al estudio.
- Libros de ingreso y egreso de los servicios de obstetricia.
- Textos, revistas de gineco-obstetricia, tesis relacionados al tema.
- Equipo de oficina.

2. RECURSOS HUMANOS

- Personal médico del departamento de gineco-obstetricia del Hospital Roosevelt.
- Jefatura del departamento de gineco-obstetricia del Hospital Roosevelt.
- Miembros del archivo del Hospital Roosevelt.
- Pacientes que llenaron los criterios en el periodo de estudio.

ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACION

La investigación se realizó através de historias clínicas de pacientes que consultaron al departamento de maternidad del Hospital Roosevelt, durante los últimos cinco años, los datos obtenidos se utilizaron únicamente con fines de investigación en beneficio en futuro de poblaciones que consulten al departamento.

PLAN PARA LA RECOLECCION DE LOS DATOS

Prevía autorización para realizar el estudio por jefes del departamento de maternidad se recolectaron datos de los registros médicos en el departamento de maternidad, sobre pacientes atendidas en este Hospital con antecedente de cesárea previa. Con estos datos nos remitimos al departamento de registro y estadística para obtener todas las historias clínicas y en estas se obtuvieron:

- Número total de pacientes a quienes se les atendió parto y quienes tienen antecedentes de dos cesáreas.
- Medición cualitativa y cuantitativa de ruptura uterina.
- Tipo de cicatriz uterina.
- Morbi-mortalidad de pacientes
- Características del recién-nacido hijo de madre que presentó parto teniendo antecedente de dos cesáreas, estos datos son: peso y apgar.

Los datos se recogieron con base a la boleta de recolección de datos de la que se adjunta copia en anexos, a estos datos se les dió tratamiento estadístico que se describe en presentación de resultados.

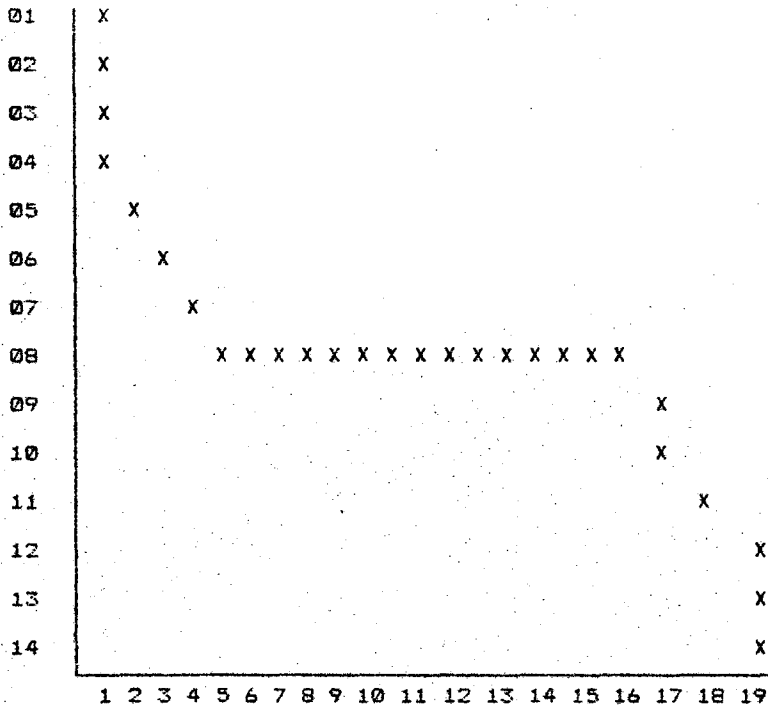
EJECUCION DE LA INVESTIGACION

La investigación se realizó durante los meses de Febrero-
de 1,992 a Agosto de 1,993

GRAFICA No. 1

programación de actividades durante
Febrero de 1,992 a Agosto de 1,993

Actividades



Meses.

ACTIVIDADES:

1. Selección del temas del proyecto de investigación.
2. Discusión de las actividades a realizar.
3. Recopilación del material bibliográfico.
4. Elaboración del proyecto conjuntamente con el asesor.
5. Presentación de protocolo realizado.
6. Aprobación del proyecto.
7. Diseño de la recopilación de la investigación.
8. Ejecución de la recolección.
9. Procesamiento de los datos, elaborar tablas y gráficas.
10. Análisis y discusión de resultados.
11. Elaborar conclusiones y recomendaciones.
12. Presentar informe final.
13. Aprobación del informe final.
14. Impresión del informe final, tramites administrativos.

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO No. 1

COMPLICACIONES MATERNAS EN PACIENTES CON DOS CESAREAS PREVIAS QUE TUVIERON PARTO VAGINAL EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ROOSEVELT PERIODO 1,987 - 1,991

COMPLICACIONES	No. DE PACIENTES	%
RUPTURA UTERINA	0	0
DEHISCENCIA	0	0
INFECCION	0	0
SIN COMPLICACIONES	13	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos y archivos de registros clínicos Hospital Roosevelt.

CUADRO No. 2

INDICACION DE PRIMERA CESAREA EN PACIENTES CON DOS CESAREAS
PREVIAS QUE TUVIERON PARTO VAGINAL EN EL DEPARTAMENTO DE GI
NECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ROOSEVELT PERIODO 1,987 - 1,991

INDICACION	No.	%
NO DOCUMENTADA, CAUSA		
DESCONOCIDA	3	23.08
DESpropORCION CEFALOPELVICA	4	30.77
PODALICA EN PRIMIGESTA	3	23.08
SUFRIMIENTO FETAL	1	7.69
SITUACION TRANSVERSA	1	7.69
EMBARAZO GEMELAR	1	7.69
TOTAL	13	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos y archivo de registros
clínicos del Hospital Roosevelt.

CUADRO No. 3

INDICACION DE SEGUNDA CESAREA EN PACIENTES CON DOS CESAREAS
PREVIAS QUE TUVIERON PARTO VAGINAL EN EL DEPARTAMENTO DE
GINECO-OBSTETRICA DEL HOSPITAL ROOSEVELT
PERIODO 1,987-1,991.

INDICACION	No.	
CESAREA ANTERIOR DEPTAL.	1	7.69
PUERPERIO COMPLICADO	2	15.38
DESPROPORCION CEFALOPELVICA	2	15.38
SITUACION TRANSVERSA	2	15.38
NO DOCUMENTADA	4	30.77
EMBARAZO GEMELAR	2	15.38
TOTAL	13	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos y archivo de registros
clínicos del Hospital Roosevelt.

CUADRO No. 4

ESTADO DEL RECIEN NACIDO MEDIDO POR APGAR EN PACIENTES CON DOS
 CESAREAS PREVIAS QUE TUVIERON PARTO VAGINAL EN EL DEPARTAMEN-
 TO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ROOSEVELT
 PERIODO 1,987-1,991.

APGAR	AL MINUTO		A LOS CINCO MINUTOS	
	No.	%	No.	%
DE 0 A 3	0	0	0	0
DE 4 A 6	5	38.46	1	7.69
MAYOR DE 7	8	61.53	12	92.31
TOTAL	13	100	13	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos y archivo de registros
 médicos del Hospital Roosevelt.

CUADRO NO. 5

COMPLICACIONES DEL RECIEN NACIDO DE PACIENTE CON DOS CESAREAS
PREVIAS QUE TUVIERON PARTO VAGINAL EN EL DEPARTAMENTO DE GI-
NECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ROOSEVELT
PERIODO 1,987-1991.

COMPLICACIONES	No.	%
BAJO PESO AL NACER *	2	15.38
PREMATUREZ *	1	7.69
MENINGOCELE	1	7.69
HIPOXIA PERINATAL	1	7.69
SIN COMPLICACIONES	8	61.54
TOTAL	13	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos y archivo de registros
médicos del Hospital Roosevelt.

* Estos dos rubros no dependen de la vía de resolución del
parto pero se tomó en cuenta por su incidencia.

CUADRO No. 6

DISTRIBUCION POR GRUPO DE EDAD EN PACIENTES CON DOS CESAREAS
PREVIAS QUE PRESENTARON PARTO VAGINAL EN EL DEPARTAMENTO DE
GIENCO-OBSTETRICA DEL HOSPITAL ROOSEVELT
PERIODO 1,987-1,991.

GRUPO ETAREO	No.	%
DE 20 A 25	8	61.54
DE 26 A 30	3	23.08
DE 31 A 35	1	7.69
MAYORES DE 35	1	7.69
TOTAL	13	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos y archivo de registros
clínicos del Hospital Roosevelt.

CUADRO No.7

PESO DE RECIEN NACIDOS DE MADRES CON DOS CESAREAS PREVIAS QUE
 TUVIERON PARTO VAGINAL EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRI
 CIA DEL HOSPITAL ROOSEVELT. PERIODO 1,987 - 1,991.

DISTRIBUCION DE PESO EN GRAMOS	No.	%
MENOS DE 1,500	2	15.38
DE 1,501 A 2,500	4	30.77
DE 2,501 A 3,500	7	53.85
MAYOR DE 3,500	0	0
TOTAL	13	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos y archivo de registros
 medicos del Hospital Roosevelt.

CUADRO No. 8

CONTROL PRENATAL EN PACIENTES CON DOS CESAREAS PREVIAS QUE
 TUVIERON PARTO VAGINAL EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO
 OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ROOSEVELT
 PERIODO 1,987 - 1,991.

	No.	LUGAR	%
SI	1	HOSP. ROOSEVELT	7.69
NO	12		92.31
TOTAL	13		100

FUENTE: Boleta de recolección de datos y archivo de registros
 médicos del Hospital Roosevelt.

VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

En este estudio se analizó retrospectivamente cinco años de pacientes que tuvieron parto vaginal despues de dos cesáreas así como la indicación de las cesáreas, observandose las complicaciones materno-fetales.

Se revisaron 3,097 papeletas y se encontraron trece casos de pacientes que presentaron parto con antecedente de dos cesáreas determinandose lo siguiente:

Cuadro No. 1

En este cuadro se pone de manifiesto el motivo principal de la investigación, del 100% de pacientes que cumplieron los requisitos de la investigación o sea 13 pacientes ninguna su frió complicaciones como ruptura uterina, dehiscencia, el puerperio se desarrollo normalmente; esto refleja claramente lo afirmado respecto a que no es posible seguir negando a las pacientes con antecedentes de cesáreas la oportunidad de parto normal.

Cuadro No. 2

Aquí se analiza la principal indicación para realizar cesárea por primera vez siendo predominante la desproporción cefalopelvica como indicación, tambien podemos determinar que en frecuencia le siguen causas desconocidas esto dado porque de estas pacientes el 23.08% fueron operadas en Hospitales Departamentales.

Cuadro No.3

En las historias clínicas en el 30.77% no se describe la razón por la que se les realizó segunda cesárea a las pacientes únicamente esta descrita por comentarios pero no aclara la indicación, es importante mencionar que de las 13 pacientes 2 fueron operadas con antecedente de embarazo gemelar lo que torna mas interesante el estudio pues el tercer embarazo se resolvió con parto normal.

Cuadro No. 4

Importante en el estudio es analizar las condiciones del recién-nacido a través del apgar y determinar la adaptación de este a su medio ambiente tomando en cuenta el riesgo aparente por los antecedentes de la madre; este cuadro pone de manifiesto que el 61.53% de los recién-nacidos se encontraron en adecuadas condiciones al minuto y a los cinco minutos, el 92.31% presentaba patrones adecuados, únicamente un 38.46% al minuto del parto presentaron problemas respiratorios estos asociados a factores como prematuridad.

Cuadro No. 5

En este cuadro observamos que un 61.54% de recién-nacidos hijos de madres con antecedente de dos cesáreas y producto de parto normal no presentaron ninguna complicación, el resto presentó problemas pero no determinados por la vía de resolución del parto.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

Cuadro No. 6

Del total de pacientes analizadas el 61.54% se encontraban en el momento del estudio entre las edades de 20 a 25 años en base a las historias revisadas en su mayoría tuvieron su primer embarazo entre los 16 y los 19 años. Del estudio unicamente dos pacientes son mayores de 30 años.

Cuadro No. 7

De los hijos de las pacientes en estudio el mayor porcentaje se encontraron dentro de los parámetros adecuados de peso únicamente dos recién-nacidos presentaron peso menor de 1,500 gramos estos fueron llevados a alto riesgo pues fueron prematuros y presentaron otros problemas asociados.

Cuadro No. 8

Del total de pacientes solamente una tuvo control prenatal en Hospital Roosevelt el resto no llevó control prenatal ni en este embarazo ni en los pasados.

CASOS INTERESANTES DEL ESTUDIO

De las trece pacientes del estudio dos pacientes presentaron en su segunda gesta embarazo gemelar. Mencionaremos que uno de estos dos casos resolvió su primer embarazo con cesárea indicada por podalica en primigesta; su segundo embarazo fue resuelto por cesárea en el Hospital Roosevelt no se describe la indicación, su tercer embarazo a término fue atendido por comadrona en casa particular aparentemente sin complicaciones, a los dos años la paciente tuvo su cuarto embarazo y consultó a Hospital Roosevelt y por antecedente de dos cesáreas se le realizó cesárea segmentaria transperitoneal.

IX. CONCLUSIONES

1. Del total de pacientes con antecedente de dos cesáreas previas que resolvió con parto normal; el 100% no presentó ninguna complicación: dehiscencia, ruptura uterina, etc.
2. El tipo de cicatriz en el 100% de las pacientes de estudio fué MUNRO KERR y en el total de los casos la condición de la cicatriz fué íntegra.
3. La indicación más frecuente de primera cesárea en pacientes de estudio fué desproporción cefalopélvica y la indicación de segunda cesárea en su mayoría no está documentada.
4. El recién-nacido de madre que presentó parto con antecedente de dos cesáreas no sufrió mayores complicaciones y las presentes están asociadas a bajo peso, prematuridad que no dependen de la vía de resolución del parto.
5. Ninguna de las pacientes de estudio (100%) fué programada para parto eutócico simple pues ingresaron en su mayoría con 10 centímetros de dilatación o en período expulsivo por lo que condicionaron a ser asistidas, mencionaremos que se intentó al máximo llevarlas a sala de operaciones pero como queda demostrado fué fallido el intento.
6. Los adelantos de la cirugía no deben bloquear el progreso de la obstetricia y poder ofrecer menor riesgo de morbi-mortalidad materna permitiendo la oportunidad a nuestras pacientes de parto normal con antecedente de dos cesáreas pues es evidente que no existen complicaciones que puedan hacer temer al obstetra.

I. RECOMENDACIONES

1. Implementar y ejecutar el protocolo de manejo del parto vaginal despues de dos cesáreas en el departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Roosevelt.
2. Evaluar adecuadamente a cada paciente con antecedente de dos cesáreas anteriores para dar parto por vía vaginal y lograr erradicar el probervio de " Despues de cesárea, siempre cesárea " con cuidado de no caer en otro peor " Despues de cesárea nunca más cesárea " pues existen condiciones para tomar esta conducta.
3. Dar plan educacional a cada paciente que llegue a con trol prenatal o a la emergencia para la atención de su parto con el antecedente de dos cesáreas.
4. Documentar adecuadamente pre y pos-operatorio a cada pa ciente, pues son varios los problemas determinados en las historias clinicas revisadas.

XI. RESUMEN

El trabajo de tesis titulado "PARTO DESPUES DE DOS CESAREAS" se realizó retrospectivamente (de primero de Enero de 1,987 al 31 de Diciembre de 1,991), durante los meses de Marzo a Agosto de 1,993 en el Departamento de Gineco-obstetricia del Hospital Roosevelt. Haciendo uso de registros médicos del departamento de maternidad y de registros del Hospital, se revisaron 3,097 historias clínicas en las que se encontraron 13 pacientes con antecedente de dos cesáreas que presentaron parto normal accidentalmente, pues de haber existido oportunidad se les hubiese realizado cesárea y de las cuáles se obtuvieron los siguientes resultados:

- Ninguna paciente presentó ruptura uterina u otra complicación.
- El mayor porcentaje de recién-nacidos presentaron APGAR normal al minuto y a los cinco minutos, las complicaciones de algunos recién-nacidos no estan asociados a la vía de resolución del embarazo.
- El peso de los recién-nacidos en su mayoría es adecuado sobrepasando los 2,500 gramos.
- No existió mortalidad materna o de recién-nacidos.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Barber H.R. OPERACIONES CESAREAS: SE PRACTICAN EN EXCESO? Mundo Médico 1,986 Septiembre; 3 (3) p. 53-54.
2. Benedetti T. J. Platt L. Druzin M. VAGINAL DELIVERY AFTER PREVIUS CESAREAN SECTION FOR A NONRECURRENT CAUSE, Am J. Obstet Gynecol, 1,982, p. 142-358.
3. Cavanagh, Denis, et al. URGENCIAS OBSTETRICAS, 1a. Ed. en Español; Mallorca Salvat S. A. 1,982; p. 222-230.
4. Demianczuc, Néstor N. et al TRAIL OF AFTER PREVIUS CESAREAN SECTION: PRONOSTIC INDICATORS OF OUTCOME, Am J. Obstet Gynecol, 1,982 March 15; p. 142 (6) 640-642.
5. Enriquez J.L. PARTO VAGINAL DESPUES DE LA PRIMERA CESAREA, Estudio retrospectivo realizado en 173 pacientes que ingresaron al Hospital General San Juan de Dios, de Julio a Septiembre de 1,989 Tesis (médico y cirujano) Universidad San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas 1,989, p. 93.
6. Espino Aguirre Rigoberto. CONDUCTA DEL PARTO DESPUES DE PRIMERA CESAREA SEGMENTARIA TRANSPERITONEAL. Aplicación de protocolo en 100 pacientes con antecedente de cesárea segmentaria transperitoneal anterior en el Departamento de Obstetricia del Hospital Roseevelt. Tesis médico y cirujano Universidad San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas 1,984. Guatemala p. 54.
7. Flamm B. L. MACROSOMIA DESPUES DE CESAREA PREVIA, Clin, Obstet Gynecol vol 74, 5:1,989. p. 694-697.
8. Flamm B. L. VAGINAL BIRTH AFTER CESAREAN SECTION CONTROVERSIIS OLD AND NEW, Obstet Gynecol, 1,985 vol. 28:4, p.735-744.

9. Gibbs C. E. PLANED VAGINAL DELIVERY FOLLOWIN CESAREAN SECTION, Am J. Obstet Gynecol 1,980 (23) p 507.
10. Gispert Carlos, ENCICLOPEDIA DE MEDICINA Y ENFERMERIA 1a. ed. 1,982 España, 6 tomos.
11. Gold E. M. FRECUENCIA DE LA OPERACION CESAREA. Mundo Médico 1,985 Jun 4 (12) p, 37-42.
12. Graham, A. TRIAL LABOR FOLLOWING PREVIUS CESAREAN SECTION Am J. Obstet Gynecol 1,984; 149, p 35-49.
13. Harley J. M. G. OPERACION CESAREA, Ginecologia y obstetricia temas actuales 3; 1,980 Marzo, p 525-552.
14. Hornstein, Janet M. and J. L. Phelan. PREVIUS CESAREAN SECTION: THE RISKS AND BENEFITS OF OXITOCIN USAGE IN A TRIAL OF LABOR. Am J. Obstet Gynecol 1,985 Mar 1; 151 (5) p 564 568.
15. James N. martin Jr. VAGINAL DELIVER AND FOLLOWING PRECIUS CESAREAN BIRTH Am. J. Obstet Gynecol, 1,983 Junio 3; vol. 146, p 255-262.
16. Kirkinen, P. MULTIPLE CESAREAN SECTION: OUTCOMES AND COMPLICATION, Br, J, Obstet Gynecol 1,988 aug; 95, p 772-778.
17. Lavin J. et al VAGINAL DELIVERY IN PATIENTS WHIT APRIOR CESAREAN SECTION, Obstet Gynecol 1,982; 59, p 135.
18. Main Denis M et al. CESAREAN SECTION VERSUS VAGINAL DELIVERY FOR THE BREECH FETUS WIEGHING TESSTHAN 1,500 grms. Am J. Obstet Gynecol 1,983 Jul 1; 146 (5) p 580-584.
19. Martin james N. et al. VAGINAL DELIVERY FOLLOWING PREVIUS CESAREAN BIRTH Am J. obstet Gynecol 1,983 Jun 1; 146 (3) p 255-264.
20. Mair Paul R. M. D. TRIAL OF LABOR FOLLOWING CESAREAN SECTI-

- ON A TWO YEAR EXPERIENCE. Am J. Obstet Gynecol, 1,982 Jul
vol 144, number 6, p 671-678.
21. Nelson Waldo E. TRATADO DE PEDIATRIA. Tomo 1, 7a. ed. 1,980
México D. F, p 346-347.
 22. O'Sullivan, M. J. et al PARTO VAGINAL DESPUES DE DOS CESA-
REA, Clínicas de Norteamerica 1,986; p 141-149.
 23. Paul, R. H. et al OBSTETRIC FACTORS INFLUENCING OUTCOME IN
INFANTS WEIGHING FROM 1,001 TO 1,500 grms Am J, Obstet Gy-
necol 1,979; 133 p 501.
 24. Petitti D. B. MATERNAL MORTALITY AND MORBIDITY IN CESAREAN
SECTION, Am J. Obstet Gynecol 1,985. vol 28; 4, p 763-769.
 25. Petitti D. Olson R. D. and Williams R. L. CESAREAN SECTION
IN CALIFORNIA 1,960 THROUGH 1,975, Am J. Obstet Gyneconl,
1,979, p 133-391.
 26. Phelan Jeffrey P. TWICE A CESAREAN ALWAYS A CESAREAN? Am J.
Obstet Gynecol 1,989 Febrary, vol 73, No. 2 p 161-165.
 27. Porreco R. P. OPERACION CESAREA REPETIDA, CONSIDERACIONES Y
COMENTARIOS, Clinicas de Norteamercia 1,980: 2: p 513.
 28. Pritchard Jack A. et al WILLIAMS OBSTETRICIA, 3a. ed. 1,986
Buenos Aires, Salvat 870; p 844-845.
 29. Saldana, L. R. et al MANAGMENT OF PREGNANCY AFTHER CESAREAN
SECTION, Am J. Obstet Gynecol 1,979; p 135-155.
 30. Sandberg Eugene C. TRATADO DE OBSTETRICIA. 10a. ed. 1,981
The C. V. Mosby Company San Luis, Toronto Londres pp 204
205.
 31. Valle Colindres J. M. HALLAZGOS HISTOPATOLOGICOS DEL SEG-
MENTO UTERINO EN CESAREA ANTERIOR. Estudio prospectivo re-
alizado en 60 pacientes con antecedente de cesárea previa

en el Hospital de Gineco-Obstetricia del IGSS, durante los
mese de Abril y Mayo de 1,990. Tesis médico y cirujano, U-
niversidad San Carlos de Guatemala, Ciencias Médicas p 49.

32. Van Gelderen C. J. et al LABOR IN PATIENTS WITH A CESAREAN
SECTION, Scar. s. afr med. J. 1,986 Oct 70; p 529-532.

33. Wilson A. LABOR AND DELIVERY AFTHER CESAREAN SECTION, Am J.
Obstet Gynecol 1,951, 62 p 225.

PROYECTO DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
BIBLIOTECA CENTRAL

.....
.....

Otros:.....

Ruptura uterina:.....

Condicion de cicatriz:.....

Tipo de Cicatriz:.....

EVALUACION ESPECIFICA:

Apgar:..... peso:.....

Complicaciones de R. N.:.....

Complicaciones fetales:.....

Complicaciones Maternas:.....

Indicacion de segunda cesarea:.....

Indicacion de primera cesarea:.....

Hijos vivos..... Hijos muertos..... causas.....

..... Gestas..... Partos..... Abortos..... Cesareas..... Ectopicos.....

Control prenatal: Si..... No..... Lugar.....

No. de registro Clinico..... Edad.....

"TEMA" PARTO DESPUES DE DOS CESAREAS.

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS.

XIII. ANEXOS

GLOSARIO:

APGAR: Valoración del estado físico del recién-nacido que suele realizarse al minuto y a los cinco minutos después del parto y que se basa en la puntuación (de 0 a 2) de cinco factores que reflejan la capacidad del niño para adaptarse a la vida extrauterina. El sistema fue desarrollado por Virginia Apgar médico pediatra. Los valores son: a) Frecuencia cardíaca, b) Esfuerzo respiratorio, c) Tono muscular, d) Color, e) Irritabilidad refleja.

ATRESIA: Ausencia de una apertura, conducto o canal normal del organismo como el ano, la vagina. Sufijo que significa "Estado de oclusión", ginatresia, hedratresia, uretratesia.

CESAREA: Intervención quirúrgica que consiste en realizar una incisión en el abdomen y en el útero y extraer el feto por vía trans-abdominal. Se realiza cuando concurren circunstancias fetales o maternas que hacen considerar arriesgado el parto vaginal.

DEHISCENCIA: Separación de una antigua incisión uterina que no abarca toda su longitud, en esta las membranas fetales están intactas y por tanto ninguna parte del feto sale hacia la cavidad uterina.

DESPROPORCIÓN CEFALOPELVICA: Trastorno obstétrico que consiste en que la cabeza del feto es demasiado grande o el canal del parto de la madre demasiado pequeño para permitir un parto normal, en la desproporción cefalopélvica relativa el tamaño de

la cabeza del feto se encuentra entre los límites normales pero es mayor que la media, el tamaño del canal del parto de la madre se encuentra igualmente entre las medidas normales pero es menor que la media o ambas circunstancias. En la desproporción cefalopelvica absoluta la cabeza del feto es claramente grande y el canal del parto de la madre se encuentra muy contraído, lo cual imposibilita el parto.

ECTOPICO: Dicese del objeto u órgano situado fuera de su lugar normal. Por ejemplo: el embarazo ectopico es el que se produce fuera del utero. 2. Que se produce en un momento anormal, como el latido cardiaco prematuro.

ENDOMETRITIS: Trastorno inflamatorio del endometrio generalmente debido a una infección bacteriana casi siempre por gonococos o estreptococos hemoliticos. Se caracteriza por fiebre dolor abdominal, flujo vaginal de olor fétido y aumento del tamaño del utero.

ESTENOSIS: Estrechamiento temporal o permanente de la luz de un órgano hueco como el esófago, el piloro, el ureter como consecuencia de un proceso inflamatorio o cicatrizal o una compresión externa.

ESTRECHEZ PELVICA: Estenosis de parte o todo el canal del parto que es causa de distocia. Se habla de estenosis pelvica superior cuando el diametro anteroposterior es de 10cms. o menor, el diametro transverso de 15cms. o menor. Hay estenosis pélvica media cuando la suma del diametro interespinoso (normalmente de 10.5cms) y el sagital posterior (normalmente de 5

cms) es de 13.5cms. o menos. Cuando el diametro interpuveroso o interisquiático es de 8cm o inferior se trata de una estenosis pélvica inferior.

INCIDENCIA: 1. Número de veces que sucede un hecho. 2. (Epidemiología) numero de casos nuevos durante un periodo concreto de tiempo.

LAPAROTOMIA: Incisión quirúrgica de la pared abdominal realizada bajo anestesia regional o general con fines exploratorios.

MACROSOMIA: Gigantismo. Anomalia caracterizada por estatura y tamaño excesivos.

MORBILIDAD: Frecuencia con la que se produce una enfermedad o anomalia; se calcula dividiendo el numero total de personas de un grupo por el numero de las afectadas por la enfermedad o anomalia.

MORTALIDAD: Número de muertes por unidad de población en cualquier región, grupo de edad o enfermedad especifica; generalmente se expresa como muertes por 1,000 por 10,000 o por 100,000 habitantes.

PARTO: Mecanismo por medio del cual los productos de la concepción feto y placenta maduros o parcialmente maduros son expulsados de la madre por vía vaginal (natural).

PUERPERIO: Tiempo que sigue al parto y que dura aproximadamente seis semanas. Durante el mismo regresan los cambios ana-

tómicos y fisiológicos producidos por la gestación y la mujer se ajusta a las responsabilidades nuevas o mas amplias de la maternidad y la vida de no gestante.

RUPTURA UTERINA: Separación de la antigua incisión uterina através de la mayor parte de su longitud con ruptura de las membranas fetales de forma que la cavidad uterina y cavidad peritoneal se encuentren en comunicación.

TENESMO: Deseo continuo doloroso e ineficaz de orinar o defecar producido de ordinario por una irritación del cuello vesical o del ano.

YATROGENIA: Producido por el médico. Causado por el tratamiento o tecnicas diagnósticas. Una enfermedad yatrogena es la provocada por el personal médico por técnicas o terapeuticas o por la exposición al medio ambiente hospitalario.