

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

Facultad de Ciencias Médicas

*Consideraciones sobre la Prueba
de Trabajo de Parto con Cesárea Previa*

*Casos atendidos en el Departamento
de Maternidad del Hospital Roosevelt*

TESIS

presentada a la Junta Directiva de la Facultad
de Ciencias Médicas de la Universidad de San
Carlos de Guatemala, por

LUIS ANTONIO RIVAS VILLAVERDE

Ex-Interno del Departamento de Enfermedades Transmisibles, Consulta Externa; Primera Medicina de Hombres; Tercera Cirugía de Mujeres Sección "B"; Ex-Asistente de Residente del Servicio de Emergencia, Hospital General; Ex-Interno del Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt; Residente del Hospital Pedro de Betancourth.

En el acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO.



GUATEMALA, NOVIEMBRE DE 1957.

PLAN DE TESIS

- 1.—Opiniones al Problema.
- 2.—Factores de Importancia.
- 3.—Presentación de Casos.
- 4.—Breve discusión sobre algunos Casos Presentados.
- 5.—Indicaciones.
- 6.—Contraindicaciones.
- 7.—Estadística.
- 8.—Conclusiones.
- 9.—Bibliografía.

OPINIONES AL PROBLEMA

El porvenir obstétrico de una mujer que ha sido sometida a una operación cesárea y a la cual se trata de dar posteriormente una prueba espontánea de parto, ha sido discutido en muchas ocasiones por autores de notable personalidad científica y obstetras de reconocido prestigio mundial.

En realidad nunca se ha podido llegar a una norma de conducta única, dada la diferencia de criterio existente entre las diversas escuelas de enseñanza, así como la desigualdad científica, económica y social, de los diferentes medios en donde se ha suscitado el problema.

Existen dos grandes o principales escuelas:

1.—LA INTERVENCIONISTA

Para esta escuela una operación cesárea previa es indicación de repetir la operación.

Desde luego si la indicación primitiva es permanente, como una estrechez pélvica por ejemplo, el feto debe ser extraído por vía abdominal.

Basan en parte su opinión en el hecho de que actualmente es casi nula la mortalidad de la operación cesárea; en cambio existe mayor peligro y probabilidad de que se produzca una ruptura uterina al someter a estas pacientes a una prueba de trabajo de parto.

En caso de ruptura uterina la mortalidad materna es muy alta y casi del ciento por ciento la mortalidad fetal.

En el Chicago Lying in Hospital, a pesar de que en los últimos años ha aumentado la frecuencia de la operación cesárea, ha disminuido en cambio la frecuencia de mortalidad materna.

En el período comprendido entre los años 1943 a 1952, la mortalidad materna fue de 0.1%, en 1962 operaciones cesáreas ejecutadas.

Las estadísticas han logrado probar en dicho centro, que si bien la Distocia Céfalo Pélvica era antes la principal indicación de cesárea, actualmente ha sido superada por la presencia de una cicatriz uterina anterior.

La mortalidad fetal fue de 3.6% en 1,371 cesáreas, excluyendo las originadas por malformaciones y eritroblastosis fetal.

Debido a que la operación cesárea se hace más frecuente hoy en día, la dehiscencia de la cicatriz ha venido a ser la causa más común de ruptura uterina. Cuando dicha ruptura se produce, se anula casi toda posibilidad de futuras gestaciones, lo cual sería un riesgo en aquellas personas que no tienen hijos vivos.

Para esta escuela, la frecuencia de ruptura uterina en el sitio de la cicatriz anterior, varía entre 1 y 4%.

2.—LA NO INTERVENCIONISTA

Para ella ha quedado demostrado categóricamente, que siempre que persista la causa indicadora de la primera cesárea, el embarazo debe ser resuelto por vía abdominal.

Por tanto, siempre que no persista dicha causa, carece de bases científicas privar de la oportunidad de poder resolver la gestación por vía vaginal a una paciente cesarizada anteriormente. Esta oportunidad se acrecienta cuando previa o posteriormente a la cesárea se han realizado partos por vía natural.

Williams sostiene la opinión, de que la incidencia dada anteriormente como frecuencia de ruptura uterina es errónea, porque está basada en la creencia de que la incisión uterina cierra mediante la formación de tejido cicatrizal.

El útero cierra mediante la regeneración de fibras musculares.

Con respecto al concepto de mortalidad materna en la operación cesárea y de mortalidad materna y fetal de la ruptura uterina, Williams presenta el siguiente cuadro, de 624 casos estudiados en el Johns Hopkins Hospital, en pacientes sometidas a una cesárea anterior:

	Nº	%
Operación cesárea motivada por desproporción y cicatriz anterior	316	50.7%
Operación cesárea: única indicación la cicatriz	120	19.2
Expulsión o extracción por vía vaginal	188	30.1
Total de Gestaciones	624	
Rupturas durante la gestación	6	1.0
Total de Partos	188	
Rupturas durante el parto	2	1.1

Como es posible ver por el cuadro anterior, la proporción de ruptura uterina durante la gestación y el parto fue de 1 y 1.1%, respectivamente, lo que da un total de 2.1%.

Siendo la frecuencia total de rupturas de 2.1% y la proporción de muertes maternas durante la misma del 10%, se concluyó que el riesgo con respecto a la embarazada era de 0.2%, porcentaje, que comparado con el de mortalidad materna en la cesárea, de 0.1%, demostraba, que tanto cuando se resuelve el embarazo por vía abdominal como cuando se permite la prueba de trabajo de parto se somete a la paciente a un riesgo general de casi igual porcentaje.

No fue en cambio posible llegar a parecidas conclusiones con respecto a la vida del feto ni a la probabilidad de gestaciones futuras.

FACTORES DE IMPORTANCIA

Para poder presentar conclusiones o justificar alguna medida asistencial es necesario discutir y poder valorar diversos factores, cuyo conocimiento es medida indispensable para valorar cada caso en particular.

I.—MOTIVO DE LA PRIMERA CESAREA

Hemos dicho anteriormente que para ambas escuelas, la Intervencionista y la no Intervencionista, ha quedado establecido el hecho de que siempre que *persista la causa* que motivó la primera cesárea, el embarazo debe ser resuelto por vía abdominal.

Demostrar esta axioma significa resolver el caso quirúrgicamente, aún cuando la causa presente no sea de carácter absoluto.

Llegamos así al momento de recordar cuáles son las principales causas que motivan la operación cesárea; no las dividiremos en *absolutas y relativas*, porque si llegada la hora del parto se presentara una causa relativa de ejecutar una operación cesárea, por la presencia de una cicatriz uterina anterior, ésta podría convertirse en indicación precisa.

Las principales indicaciones son:

- 1.—Desproporción marcada entre la cabeza del feto y el estrecho superior de la pelvis.
- 2.—Reducción notable en las medidas de uno o varios de los diámetros de la excavación pélvica o del estrecho inferior, suficiente para originar distocia ósea.
- 3.—Tumores que obstruyan la vía natural del parto.

- 4.—Ciertos casos de Placenta Previa, especialmente la variedad Total.
- 5.—En algunos casos de desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta.
- 6.—Preeclampsia.
- 7.—Presentación transversa en primigestas.
- 8.—Diabetes Mellitus en la gestante: cuando el feto está creciendo rápidamente.
- 9.—Inminencia de ruptura uterina.
- 10.—Prolapso del Cordón, con cuello parcialmente dilatado.
- 11.—Pacientes con afecciones Cardíacas o Pulmonares, en donde el trabajo de parto ponga en peligro la vida o agrave el estado actual de la enfermedad.
- 12.—En algunos casos después de una miomectomía importante.
- 13.—Operación cesárea anterior, siempre que persista la causa inicial.

II.—EDAD DE LA PACIENTE

La gestación puede sorprender a la mujer en una época temprana de la vida (12 a 14 años). Es muy probable entonces que el aparato genital femenino no haya alcanzado la madurez deseada.

Así, la gestación evoluciona en útero de tipo infantil, cuyas fibras musculares no poseen las cualidades de contractilidad y elasticidad que el trabajo de parto impone al motor uterino.

Más importante es aún el problema cuando el embarazo evoluciona en pacientes añosas. En ellas, a medida que el tiempo pasa, el útero ve sus fibras musculares reemplazadas por fibras esclerosas.

Además, se presentan en esta clase de pacientes, con mayor frecuencia, ciertas complicaciones adversas a la ges-

tación: hipertensión esencial crónica, miomas, inercia uterina y falta de encajamiento al comenzar el parto.

III.—OBESIDAD

Aunque no de grande importancia, este factor debe ser tenido en cuenta.

Desde el punto de vista obstétrico permite sospechar la posibilidad de una infiltración grasa del músculo uterino, lo que a su vez predispone a la ruptura.

Es corriente que estas pacientes engendren fetos voluminosos que superdistiendan el útero, lo que trae consigo una mayor frecuencia de inercia uterina o un peligro de integridad cicatrizal.

IV.—HISTORIA DE PARTOS POR VIA VAGINAL

De suma importancia en la historia clínica de estas pacientes porque benigniza el porvenir obstétrico de las mismas.

Debe establecerse la paridad de la mujer e investigar la relación que los partos por vía vaginal tienen con la operación cesárea.

La presencia de partos posteriores nos da a conocer la permeabilidad del canal del parto y la resistencia de la cicatriz, tanto a la distensión como a la fuerza de las contracciones del útero.

Si el parto espontáneo fue previo a la operación, no demuestra desde luego la resistencia cicatrizal, pero permite conocer la posible utilidad del canal del parto, así como la disminución de la resistencia que normalmente oponen las partes blandas.

Cuando no existe historia de partos naturales pre o post cesárea, la paciente se puede catalogar como nulípara, acrecentándose el problema, por cuanto se añaden los inconvenientes propios de ese estado.

V.—TECNICA OPERATORIA

De entre las muchas técnicas empleadas, las más interesantes desde nuestro punto de vista son cuatro:

- a) Operación cesárea clásica o corpórea;
- b) Operación cesárea segmentaria transperitoneal;
- c) Operación cesárea segmentaria extraperitoneal; y
- d) Operación cesárea ~~cervical~~ ^{vaginal}, casi abandonada.

Sólo las analizaremos desde el punto de vista de la situación de la incisión en el útero, es decir, si ha sido corpórea, segmento corpórea o sólo segmentaria.

Actualmente el criterio mayoritario ha sido desechar casi por completo la cesárea clásica o corpórea, para dar absoluta preferencia a la operación segmentaria. Las ventajas que ofrece esta última son múltiples, aunque para nuestro estudio, la más importante, es la menor incidencia de ruptura uterina con esta incisión.

Wetterwold registró una frecuencia de 0.28% de ruptura de la cicatriz uterina, en gestaciones subsecuentes, en un estudio sobre 3,600 operaciones cervicales segmentarias. Después de la operación clásica, la frecuencia fue diez veces mayor.

El mayor número de dehiscencias se origina durante el embarazo en la cicatriz de la operación corpórea, en contraposición con las perforaciones de la cicatriz segmentaria, las cuales se efectúan durante el parto, con la paciente en medio hospitalario.

La ruptura corpórea raramente ocurre al iniciarse el trabajo de parto; casi siempre sucede entre los meses séptimo y octavo de la gestación, cuando el útero tiene que acomodarse al rápido crecimiento fetal.

La ruptura corpórea acaece de una manera violenta, sin pródromos y con un cuadro clínico aparatoso.

Las rupturas del segmento uterino inferior, igualmente peligrosas, evolucionan silenciosamente. La susceptibilidad a la ruptura, de las incisiones longitudinales o transversas del segmento uterino, parece ser la misma.

VI.—CICATRIZ UTERINA

Anteriormente hemos dicho, que en defensa de la escuela no intervencionista, Williams había negado la creencia de que la cicatriz uterina cierra mediante la formación de tejido cicatrizal. Se basaron estas conclusiones en varias observaciones:

- a) Al inspeccionar la cicatriz uterina anterior, cuando se hace una nueva intervención quirúrgica, generalmente no se descubren señales de ella, o si las hay son tan delicadas que aparentan una delgada cicatriz lineal;
- b) Úteros extirpados quirúrgicamente han dado las mismas impresiones macroscópicas;
- c) Schwarz y colaboradores estudiaron macroscópicamente el sitio de la incisión uterina, en úteros tanto humanos como de animales de experimentación, llegando a la conclusión de que la cicatrización se efectúa por la proliferación de fibroblastos; de este modo, al retraerse la cicatriz se vuelve menos perceptible el tejido conjuntivo, que necesita entonces de colorantes especiales (Van Gieson) para ser identificados; y
- d) La resistencia de la cicatriz uterina fue comprobada por Williams en fragmentos de úteros de animales de experimentación que presentaban una incisión de cesárea anterior y a los cuales sometía a tracciones progresivas por medio de pesos cada vez mayores.

Este experimento comprobó que la ruptura uterina siempre se produjo en el tejido muscular y nunca en el tejido de cicatriz.

Cuando la ruptura acaece en dicho sitio casi siempre constituye una dehiscencia. La ruptura por estallido pertenece la mayor parte de las veces al tejido muscular.

VII.—RECONSTRUCCION QUIRURGICA

Hemos comentado la importancia de la técnica operatoria escogida y el modo como se lleva a cabo la consolidación de la herida.

Es lógico pensar ahora, que si las superficies de la pared uterina hendida se ponen en coaptación lo más perfectamente posible, la proliferación de tejido conjuntivo será mínima y la relación entre fibras musculares y tejido de cicatrización será bastante semejante al normal.

Quizás en otros países, por el carácter especializado de los centros hospitalarios, la cirugía en manos experimentadas y las condiciones de asistencia óptimas, este factor merezca un valor relativo; pero en nuestro medio, algunos casos caen dentro de normas quirúrgicas, medios asistenciales o conocimientos personales quizás desaconsejables, por lo que este factor no debe ser despreciado al valorar las condiciones que permitan la prueba del parto.

VIII.—INFECCION UTERINA

Cuando hay infección franca o ésta es latente o en potencia: trabajo de parto excesivamente prolongado y bolsa de las aguas rota, tactos vaginales repetidos, colocación del Metrouirinter o intentos repetidos de extracción instrumental del feto, la conducta a seguir es difícil.

Para algunos tocólogos es contraindicación ejecutar una operación cesárea en dichas condiciones; debe amputarse

el cuerpo uterino o en condiciones adecuadas practicar una cesárea extraperitoneal.

Douglas, del New York Lying Hospital, hizo cultivos de la cavidad uterina y cervical en 500 pacientes cesarizadas, después de la extracción del feto y posterior a la extracción de la placenta. Nacieron así las siguientes observaciones:

- 1.—La operación cesárea ejecutada antes de comenzar el trabajo de parto está relativamente exenta de peligro.
- 2.—Durante las primeras ocho horas de trabajo de parto, si no están rotas las membranas, el riesgo aumenta poco.
- 3.—Después de doce horas de trabajo de parto, el peligro de infección crece señaladamente cada hora, máxime si las membranas se encuentran rotas.

Actualmente, a pesar de estas razones, con el empleo de sulfamídicos y antibióticos se puede ejecutar la operación cesárea intra o extraperitoneal, tanto en la potencialmente infectada, como en la que se comprueba hipertermia durante el examen de admisión.

De haber sido así, debemos suponer la participación infecciosa de la herida operatoria y el corolario de una cicatriz de defectuosa formación.

PRESENTACION DE CASOS

Obtenidos al revisar 4,000 récords hospitalarios en el Departamento de Estadísticas del Hospital Roosevelt, en el tiempo comprendido entre los meses de enero a julio de 1956.

CASO NUMERO UNO (récord: 344-56)

Admitida por estar en trabajo de parto, de 2 horas 20 minutos de duración. Edad: 30 años. Gestas: 2. Partos:

1. Abortos: 0.

Cesarizada anterior, por probable estrechez pélvica.

Examen de Admisión:

Estado general bueno. Altura uterina 35 cms. C. Abdominal: 88 cms. Contracciones fuertes. Foco: 144 por minuto. Presentación OII. Dilatación: 1 cm. Membranas: enteras. Altitud: móvil. T.: 37.4. P.: 96. T. A.: 110-70.

Diagnóstico de Admisión:

Embarazo simple, de 42 semanas, feto vivo. Descartar radiológicamente estrechez pélvica.

Evolución del Trabajo de Parto:

Paciente que después de 5 horas y 10 minutos de trabajo de parto controlado, presenta: contracciones fuertes se suceden cada 2 minutos y duran 30 segundos. Foco bueno. Presentación cefálica. Cabeza móvil. Dilatación de 1 cm. Membranas enteras. Se palpa promontorio saliente y ligamentos redondos tensos.

Pelvimetría radiológica: embarazo simple, feto a término. Presentación cefálica no encajada, con tendencia del cuerpo fetal a ocupar posición transversa. La cabeza es pequeña y los diámetros transversos de la pelvis son normales.

Breve Descripción del Parto:

Cesárea segmentaria transperitoneal, indicada por desproporción céfalo-pélvica e inminencia de ruptura uterina. Cicatriz anterior: segmentaria, transversal y bien consolidada.

Duración total: 40 horas.

Alumbramiento:

Artificial; extracción manual de la placenta. Placenta normal. Membranas incompletas: quedaron retenidos in útero, pequeños fragmentos de las mismas.

Recién Nacido:

Sexo masculino, 6 libras y 4 onzas; respiración artificial.

Puerperio Hospitalario:

Hospitalizada durante siete días. Post-operatorio normal.

CASO NUMERO DOS (récord: 347-56)

Admitida por estar en trabajo de parto de 13 horas 30 minutos de duración. Edad: 35 años. Gestas: 2. Partos: 1. Abortos: 0.

Cesarizada en su primer embarazo, por probable desproporción céfalo-pélvica.

Examen de Admisión:

Estado general bueno. Altura uterina: 32 cms. C. Abdominal: 88 cms. Contracciones suaves. Foco: 140 por minuto. Presentación: OIIA. Cuello: borrado.

Membranas enteras. Altitud móvil. T.: 36°. P.: 72. TA.: 110-70.

Diagnóstico de Admisión:

Embarazo simple, curso de las 42 semanas. Feto vivo.

Evolución del trabajo de Parto:

Paciente, después de 24 horas de trabajo de parto irregular, presenta contracciones fuertes. Presentación de vértice, feto grande; cabeza se encuentra cabalgando sobre el pubis. Cuello con dilatación de 1 cm.; bolsa de las aguas entera. Al tacto se palpa promontorio saliente y espinas ciáticas prominentes.

Estos datos hacen pensar en desproporción céfalo-pélvica, con peligro de ruptura uterina por cicatriz anterior.

Breve Descripción del Parto:

Cesárea segmentaria transperitoneal. Conducta seguida por síndrome de desproporción céfalo-pélvica y presencia de cicatriz anterior.

Duración total: 12 horas.

Alumbramiento:

Artificial; extracción manual de la placenta. Placenta normal, membranas completas.

Recién Nacido:

Sexo masculino, 6 libras y 6 onzas. Respiración espontánea. Aparentemente sano.

Puerperio Hospitalario:

Hospitalizada nueve días. Post-operatorio febril.

CASO NUMERO TRES (récord: 420-56)

Admitida por estar en trabajo de parto, de 75 horas de duración. Gestas: 2. Partos: 1. Abortos: 0.

Primer embarazo resuelto por Cesárea; se ignora causa de la misma.

Examen de Admisión:

Estado general bueno. Altura uterina: 32 cms. C. Abdominal: 99 cms. Contracciones fuertes. Foco: 140 por minuto. Presentación podálica SIDA.

Dilatación: 9 cms. Membranas enteras. Altitud: más uno. T.: 37°. P.: 96. TA.: 140-90.

Diagnóstico de Admisión:

Embarazo simple, curso de las 40 semanas; feto vivo. Presentación pelviana. Cesarizada anterior.

Breve Descripción del Parto:

Ingresa con dilatación completa a sala de labores. Presentación SIDP. Hubo retención de hombros; al descender hombro izquierdo, se produjo fractura del húmero correspondiente. Retención de cabeza última, que no cedió a la maniobra de Mauriceau. Aplicación forceps de Piper. Feto no respiró; nació con latidos cardíacos normales. Rasgadura perineal grado uno, suturada. Duración total 2 horas 15 minutos.

Alumbramiento:

Natural con expresión simple. Placenta normal, tamaño corriente. Membranas completas. Cordón central. Cue-

llo uterino con rasgadura de pequeña longitud., situada como a las dos, no suturada.

Recién Nacido:

Sexo masculino, 7 libras y 8 onzas. Respiración artificial; asfíctico. Fractura del húmero izquierdo. Ruidos cardíacos normales. Falleció.

Puerperio Hospitalario:

Hospitalizada durante cinco días. Evolución normal.

CASO NUMERO CUATRO (récord 745-56)

Admitida por estar en trabajo de parto, de 9 horas 20 minutos de duración. Edad: 22 años. Gestas: 2. Partos: 1. Abortos 0.

Operación cesárea anterior, por probable desproporción céfalo-pélvica.

Examen de Admisión:

Estado general bueno. Altura uterina: 36 cms. C. Abdominal: 100 cms. Contracciones ausentes. Foco: 140 por minuto. Presentación: OIIA. Cuello uterino: cerrado. Membranas enteras. Altitud: menos uno. T.: 37°. P.: 96. TA.: 140-90.

Diagnóstico de Admisión:

Embarazo simple, curso 40 semanas. Feto: grande; descartar desproporción céfalo-pélvica.

Evolución del trabajo de Parto:

Ultimo control: contracciones fuertes cada 2 minutos por 35 segundos. Presentación OIIA. Foco: 132 por minuto. Altitud cero. Dilatación: 10 cms.

Breve Descripción del Parto:

Ruptura artificial de membranas. Presentación OIIA. Desprendimiento en OP.

Aplicación de forceps bajo, de Simpson. Episiotomía medio lateral derecha, suturada. Duración total: 17 horas.

Alumbramiento:

Natural, con expresión simple. Placenta normal, membranas completas. Cordón: inserción central, de 60 cms. de longitud.

Recién Nacido:

Femenino, 7 libras y 3 onzas. Respiración espontánea. Aparentemente sano.

Puerperio Hospitalario:

Hospitalizada durante cinco días. Evolución normal.

CASO NUMERO CINCO (récord 847-56)

Admitida por estar en trabajo de parto de 1 hora de duración. Edad: 25 años. Gestas: 5. Partos: 4. Abortos: 0.

Cesarizada hace 9 años; no se conoce causa de la operación. Tres partos espontáneos post-cesárea.

Examen de Admisión:

Estado general bueno. Edemas moderados porción distal de ambos miembros inferiores. Altura Uterina: 40 cms. C. Abdominal: 112 cms. Contracciones moderadas. Foco: 150 por minuto. Presentación: OIIA. Dilatación: 6 cms. Membranas enteras. Altitud cero. T.: 37.8°. P.: 100. TA.: 160-110.

Diagnóstico de Admisión:

Embarazo simple, curso de la 40 semana; feto vivo. Preeclampsia.

Evolución del trabajo de Parto:

Ultimo control: contracciones fuertes. Foco: 140 por minuto. Presentación: OIIA. Dilatación: 11 cms. Membranas enteras. Altitud: 0.

Breve Descripción del Parto:

Presentación OIIA; desprendimiento en O.P. Reducción manual de circular del cordón, alrededor del cuello del feto. Salida de abundante meconio. Rasgadura perineal muy pequeña, no suturada. Duración total 7 horas y 5 minutos.

Alumbramiento:

Natural con expresión simple. Placenta normal, membranas completas. Cordón con inserción central, de 50 cms. de longitud.

Recién Nacido:

Masculino, 8 libras y 5 onzas. Respiración espontánea. Aparentemente sano.

Puerperio Hospitalario:

Hospitalizada durante ocho días. Evolución febril.

CASO NUMERO SEIS (récord 885-56)

Admitida por estar en trabajo de parto, de 4 horas y 20 minutos de duración. Edad: 23 años. Gestas: 2. Partos: 1. Abortos: 0.

Cesarizada durante su primer embarazo; se ignora causa de la misma. Controlada en el servicio de Prenatal.

Examen de Admisión:

Estado general bueno. Altura Uterina: 30 cms. C. Abdominal: 81 cms. Contracciones suaves cada 5 minutos por 45 segundos. Foco: 140 por minuto.

Presentación: OIIA. Dilatación: 1 cm.

Membranas enteras. Altitud: 0. T.: 37°. P.: 80. TA.: 120-80.

Diagnóstico de Admisión:

Embarazo simple, curso de la 40 semana. Feto vivo.

Evolución del trabajo de Parto:

Al ser recibida en sala de Labores: Dilatación completa, contracciones fuertes. Foco: 140 por minuto, presentación OIIA.

Breve Descripción del Parto:

Dilatación completa a las 10 horas y 30 minutos. Presentación OIIA. Desprendimiento en O. P. Duración Total: 7 horas y 40 minutos.

Alumbramiento:

Natural con expresión simple. Placenta normal, membranas completas. Cordón con inserción central.

Recién Nacido:

Femenino, 5 libras y 5 onzas, prematuro, con respiración espontánea y aparentemente sano.

Puerperio Hospitalario:

Hospitalizada durante cuatro días. Evolución normal.

CASO NUMERO SIETE (record 923-56)

Admitida por estar en trabajo de parto de 20 horas y 45 minutos de duración. Edad: 20 años. Gestas: 3. Partos: 2. Abortos: 0.

Controlada en servicio prenatal, de donde trae diagnóstico de Estrechez Pélvica. Dos embarazos anteriores resueltos por cesárea, debidas probablemente a desproporción céfalo-pélvica.

Examen de Admisión:

Contracciones suaves, espaciadas. Foco: 130 por minuto. Presentación: OII. Cuello uterino: cerrado. Membranas enteras. Altitud: móvil. T.: 36°. P.: 80. TA.: 120-70.

Diagnóstico de Admisión:

Embarazo simple, curso 40 semanas. Investigar radiológicamente desproporción céfalo-pélvica.

Evolución del trabajo de Parto:

Paciente de 20 años de edad, con dos embarazos anteriores resueltos por operación cesárea, por probable desproporción céfalo-pélvica; desde que ingresa hasta el momento, lleva 13 horas y 15 minutos de trabajo de parto; contracciones irregulares, poca dilatación cervical y sin descenso alguno.

Breve Descripción del Parto:

Cesárea segmentaria transperitoneal. Ligadura bilateral de Trompas de Falopio. Cesárea indicada por falta

de progresión del parto y cicatrices quirúrgicas anteriores.
Duración Total: 34 horas y 55 minutos.

Alumbramiento:

Artificial, placenta normal, membranas completas.

Recién Nacido:

Femenino, 8 libras y 3 onzas. Respiración espontánea.
Aparentemente sano.

Puerperio Hospitalario:

Hospitalizada durante seis días. Evolución normal.

CASO NUMERO OCHO (record 999-56)

Admitida por estar en trabajo de parto. Edad: 20 años. Gestas: 3. Partos: 2. Abortos: 0.

Hace dos años fue sometida a operación cesárea; se ignora la causa. Posteriormente un parto por vía natural.

Examen de Admisión:

Estado general bueno. Altura uterina: 31 cms. C. Abdominal: 79 cms. Contracciones suaves cada 10 minutos por 40 segundos. Foco: 148 por minuto. Presentación: OID. Dilatación: 2 cms. Membranas enteras. Altitud: insinuada. T.: 36°. P.: 88. TA.: 160-70.

Evolución del trabajo de Parto:

Tres horas y cincuenta minutos después de su ingreso presenta contracciones fuertes. Foco: 148 por minuto. Presentación: OI DP. Altitud: cero. Dilatación completa.

Breve Descripción del Parto:

Presentación cefálica. Desprendimiento en O. P. Posición: D. P. Duración total: 16 horas, 25 minutos.

Alumbramiento:

Natural con expresión simple. Placenta normal, membranas completas.

Recién Nacido:

Femenino, 6 libras. Respiración espontánea; aparentemente sano.

Puerperio Hospitalario:

Hospitalizada durante ocho días. Evolución normal.

CASO NUMERO NUEVE (record 1134-56)

Admitida por estar en trabajo de parto, de 55 minutos de duración. Edad: 33 años. Gestas: 2. Partos: 1. Abortos: 0.

Primer embarazo resuelto por operación cesárea. Se ignora causa. Controlada en el Servicio de Prenatal.

Examen de Admisión:

Estado general bueno. Altura uterina: 32 cms. C. Abdominal: 93 cms. Contracciones moderadas cada 4 minutos por 40 segundos. Foco: 140 por minuto. Presentación: OID. Dilatación: cuello uterino borrado. Membranas enteras. Altitud: menos 1. T.: 36.5°. P.: 96. TA.: 140-90.

Diagnóstico de Admisión:

Embarazo simple, curso de la 39 semana. Feto vivo.

Evolución del trabajo de Parto:

Estudio radiológico hecho en el servicio prenatal: posición ántero posterior muestra la pelvis ginecoide, con medidas amplias en sus diámetros transversos, tanto del estrecho superior como del medio e inferior. No hay, aparentemente, desproporción feto materna. Feto único, de vértice, insinuado y flexionado.

Teniendo en cuenta el examen radiológico, se da prueba de trabajo de parto, con la recomendación de aplicar forceps bajo, durante el periodo de expulsión.

Breve Descripción del Parto:

Dilatación completa a las 6 horas y 45 minutos. Ruptura artificial de membranas. Presentación: OIDA. Aplicación de forceps bajo de Simpson. Desprendimiento en O. P. Episiotomía medio lateral derecha, suturada. Duración total: 6 horas y 15 minutos.

Alumbramiento:

Artificial; extracción manual de la placenta. Placenta normal; membranas rasgadas a nivel de adherencias con la cicatriz anterior.

Recién Nacido:

Femenino, 6 libras y 10 onzas. Respiración espontánea. Aparentemente sano.

Puerperio Hospitalario:

Hospitalizada durante cuatro días. Reingresó trece días después de dada su alta con infección puerperal y hemorragia, por retención de restos de membranas.

CASO NUMERO DIEZ (record 1408-56)

Admitida por estar en trabajo de parto, de 2 horas 45 minutos de duración. Edad: 23 años. Gestas: 4. Partos: 3. Abortos: 0.

Dos primeros embarazos se resolvieron por vía natural; tercer embarazo resuelto por operación cesárea. En los tres casos el producto de la concepción nació muerto. Controlada en el Servicio Prenatal.

Examen de Admisión:

Estado general bueno. Altura uterina: 30 cms. C. Abdominal: 86 cms. Contracciones suaves. Foco: normal. Presentación SIIA. Dilatación: 1 cm. Altitud: móvil. T.: 37°. P.: 82. TA.: 120-80.

Evolución del trabajo de Parto:

Dos exámenes radiológicos:

- a) Feto único, cerca de término. Presentación podálica completa. La pelvis parece pequeña.
- b) Embarazo simple, feto único, aparentemente todavía no de término. Presentación podálica completa, posición izquierda. Pelvis ginecoide.

Después de estudiadas las medidas antero-posteriores y transversales en sus estrechos superior, medio e inferior, se deduce que no hay desproporción céfalo-pélvica.

Debido a la historia de sus anteriores embarazos, se resolvió el caso por vía abdominal.

Breve Descripción del Parto:

Operación cesárea segmentaria intraperitoneal, indicada por los antecedentes de muerte fetal in útero y cesárea anterior. Duración total: 8 horas.

Recién Nacido:

Femenino, 5 libras y 5 onzas. Respiración artificial. Prematuro. Aparentemente sano.

Puerperio Hospitalario:

Hospitalizada durante once días. Post-operatorio febril.

CASO NUMERO ONCE (récord 1756-56)

Admitida por estar en trabajo de parto de 18 horas de duración. Edad: 35 años. Gestas: 2. Partos: 1. Abortos: 0.

Cesarizada en su primer embarazo, por probable estrechez pélvica. Controlada en Servicio Prenatal, donde estiman la posibilidad de Distocia Osea.

Examen de Admisión:

Estado general regular. Altura uterina: 33 cms. C. Abdominal: 88 cms. Contracciones moderadas cada 2 minutos por 36 segundos. Foco: 170 por minuto.

Presentación cefálica. Dilatación: 1 cm. Membranas enteras. Altura: menos uno. T.: 36°. P.: 70 por minuto. TA.: 100-70.

Diagnóstico de Admisión:

Embarazo simple, curso de la 41 semana. Feto vivo. Descartar estrechez pélvica. Foco acelerado.

Breve Descripción del Parto:

Cesárea Segmentaria transperitoneal. Indicada por estrechez pélvica y cesárea anterior. Duración Total: 19 horas, 30 minutos.

Alumbramiento:

Artificial, placenta normal, membranas completas.

Recién Nacido:

Masculino, 6 libras y 14 onzas. Respiración espontánea. Aparentemente sano.

Puerperio Hospitalario:

Hospitalizada durante siete días; evolución normal.

CASO NUMERO DOCE (record 1911-56)

Admitida por estar en trabajo de parto, de 3 horas y 50 minutos de duración. Edad: 28 años. Gestas: 3. Partos: 2. Abortos: 0.

Dos embarazos resueltos quirúrgicamente, por estrechez pélvica, según datos proporcionados por la paciente.

Examen Prenatal:

Estado general bueno. Altura uterina: 32 cms. C. Abdominal: 87 cms. Contracciones suaves. Foco: 152 por minuto. Presentación: OIIA. Cuello uterino cerrado. Membranas rotas. Altitud: móvil. T.: 37°. P.: 60. TA.: 90-60.

Diagnóstico de Admisión:

Embarazo a término por altura uterina. Descartar estrechez pélvica.

Evolución del trabajo de Parto:

Examen radiográfico: embarazo simple, feto cerca de término, presentación cefálica. Pelvis tipo ginecoide. Cabeza fetal tiene medidas dentro de límites normales.

El diámetro promonto-pubiano, es pequeño. La probabilidad de desproporción feto materna debe considerarse.

Control hecho a las 16 horas y 20 minutos: contracciones fuertes cada minuto. Foco: 140 por minuto. Al tacto vaginal se encuentran las membranas rotas. Dilatación: 2 cms. Presentación cefálica, con gran traslape óseo.

Breve Descripción del Parto:

Operación cesárea segmentaria; sección y ligadura bilateral de Trompas de Falopio. Indicada por estrechez pélvica y cicatriz anterior. Duración Total: 13 horas.

Alumbramiento:

Artificial.

Recién Nacido:

Femenino, 5 libras y 2 onzas. Respiración espontánea. Al ser reconocido por el servicio de Pediatría, se diagnóstico: Atresia Esofágica y comunicación tráqueo-estomáquica. Muerto al tercer día de nacido.

Puerperio Hospitalario:

Hospitalizada durante siete días. Evolución normal.

CASO NUMERO TRECE (record 1922-56)

Admitida por estar en trabajo de parto de 10 horas y 35 minutos de duración. Edad: 26 años. Gestas: 2. Partos: 1. Abortos: 0.

Operación cesárea anterior, cuya indicación se desconoce.

Examen de Admisión:

Estado general bueno. Altura uterina: 35 cms. C. Abdominal: 92 cms. Contracciones moderadas, cada 2 minutos por 30 segundos. Foco: 140 por minuto. Presentación: OII. Dilatación: 1 cm. Membranas enteras. Altitud: móvil. T.: 37.5°. P.: 100. TA.: 120-70.

Diagnóstico de Admisión:

Embarazo simple, curso de la 41 semana. Feto vivo.

Evolución del Trabajo de Parto:

Examen radiográfico: embarazo simple; feto cerca de término. Presentación cefálica no encajada, flexionada, de vértice. No hay evidencia de desproporción feto-pélvica.

Control: no obstante el diagnóstico del departamento de radiología, al observar las radiografías se nota la pelvis plana con franca desproporción céfalo-pélvica.

Breve descripción del Parto:

Cesárea segmentaria intraperitoneal. Sección y ligadura bilateral de trompas. Indicada por desproporción feto-pélvica.

Duración Total: 15 horas, 30 minutos.

Recién Nacido:

Femenino, 6 libras y 5 onzas. Respiración espontánea. Aparentemente sano.

Puerperio Hospitalario:

Hospitalizada durante siete días. Evolución: normal.

CASO NUMERO CATORCE (record 2054-56)

Admitida por estar en trabajo de parto, de 2 horas y 15 minutos de duración. Gestas: 3. Partos: 2. Abortos: 0. Edad: 30 años.

Primer embarazo resuelto por operación cesárea, probablemente indicada por feto grande, según refiere la paciente. Controlada en el Servicio Prenatal.

Examen de Admisión:

Altura uterina: 31 cms. C. Abdominal: 90 cms. Contracciones moderadas cada 25 minutos por 15 segundos. Foco: 146 por minuto. Presentación: SII. Dilatación: 1 cm. Membranas enteras. Altitud: móvil. T.: 37°. P.: 80. TA.: 120-80.

Diagnóstico de Admisión:

Embarazo simple, curso de la 40 semana. Feto vivo.

Evolución del Trabajo de Parto:

Paciente multigesta, cuyo primer embarazo fue resuelto quirúrgicamente; niño pesó 9 libras. Post-operatorio complicado por fiebre e infección de la herida operatoria. Posteriormente tuvo un parto espontáneo, normal, presentación cefálica. Niño pesó 7.5 libras.

Breve descripción del Parto:

Ruptura artificial de membranas. Presentación SII. Desprendimiento en S. P. Maniobra de Mauriceau. Duración Total: 21 horas y 25 minutos.

Alumbramiento:

Espontáneo. Placenta normal. Membranas completas. Cordón inserto en forma de raqueta.

Recién Nacido:

Masculino, 5 libras y 12 onzas. Respiración espontánea. Aparentemente sano.

Puerperio Hospitalario:

Hospitalizada durante cuatro días. Evolución normal.

CASO NUMERO QUINCE (record 2083-56)

Admitida por estar en trabajo de parto, de 3 horas y 30 minutos de duración. Edad: 25 años. Gestas: 3. Partos: 2. Abortos: 0.

Primer embarazo resuelto quirúrgicamente; se ignora causa. Parto espontáneo, por vía vaginal, en su segundo embarazo. Controlada en el Servicio de Prenatal.

Examen de Admisión:

Estado general bueno. Altura uterina: 28 cms. C. Abdominal: 90 cms. Contracciones suaves. Foco: 140 por minuto. Presentación: OIIA. Dilatación completa. Membranas enteras. Altitud: insinuada.

Breve descripción del Parto:

Llevada a sala de partos en expulsión. Dilatación completa. Ruptura artificial de membranas. Presentación: OIIA. Desprendimiento en O. P. No dio tiempo para aplicación de forceps profiláctico. Duración total: 8 horas.

Alumbramiento:

Natural con expresión simple. Placenta normal, membranas completas. Cordón con inserción central, de 40 cms. de longitud.

Se revisó cavidad uterina, encontrándose cicatriz anterior de consistencia normal, sin señales de dehiscencia.

Recién Nacido:

Femenino, 5 libras y 11 onzas. Respiración espontánea, aparentemente sano.

Puerperio Hospitalario:

Hospitalizada durante tres días. Evolución normal.

CASO NUMERO DIEZ Y SEIS (record 2097-56)

Admitida por estar en trabajo de parto de 9 horas de duración. Edad: 24 años. Gestas: 2. Partos: 1. Abortos: 0.

Operación cesárea anterior; se ignora causa de la misma.

Examen de Admisión:

Estado general bueno. Altura uterina: 32 cms. C. Abdominal: 88 cms. Contracciones suaves. Foco: 140 por minuto. Presentación: OIIA. Dilatación: multiparidad. Membranas enteras. Altitud: menos uno. T.: 32°. P.: 84. TA.: 110-80.

Diagnóstico de Admisión:

Embarazo simple curso de la 41 semana. Feto vivo.

Evolución del Trabajo de Parto:

Estudio radiográfico: embarazo simple, feto cerca de término. Presentación cefálica, de vértice, insinuada, con marcado traslape en las suturas, especialmente en la fontanela mayor.

El índice del estrecho superior está entre límites normales. Sin embargo la pelvis es ligeramente plana; la cabeza fetal no es grande, ligeramente dolicocefala y el caso parece ser límite.

Breve descripción del Parto:

Cesárea segmentaria transperitoneal. Indicada por desproporción céfalo-pélvica. Duración total: 14 horas, 25 minutos.

Alumbramiento:

Artificial. Extracción manual de la placenta. Placenta normal. Membranas completas. Cordón central, longitud 40 cms.

Recién Nacido:

Femenino, 6 libras y 12 onzas. Respiración espontánea. Aparentemente sano.

Puerperio Hospitalario:

Hospitalizada durante siete días. Evolución normal.

CASO NUMERO DIEZ Y SIETE (record 2322-56)

Admitida por estar en trabajo de parto de 8 horas, 45 minutos de duración. Edad: 25 años. Gestas: 6. Partos: 3. Abortos: 2.

Segundo embarazo resuelto por cesárea; se ignora causa. Dos legrados uterinos. Controlada en Servicio de Prenatal.

Examen de Admisión:

Estado general bueno. Altura uterina: 32 cms. C. Abdominal: 88 cms. Contracciones fuertes cada 3 minutos

por 30 segundos. Foco: bueno. Presentación: OIIA. Dilatación: 2 cms. Membranas enteras. Altitud: 0. T.: 37°. P.: 80. TA.: 110-60.

Diagnóstico de Admisión:

Embarazo simple curso de la 40 semana por altura uterina.

Evolución del Trabajo de Parto:

Estudio radiográfico: embarazo simple. Feto único, bien desarrollado, cerca de término. Presentación cefálica de vértice, no encajada. Aparentemente no hay desproporción céfalo-pélvica.

Habiendo tenido la paciente un parto por vía vaginal, después de cesarizada, se le sometió a la prueba de trabajo de parto.

Breve descripción del Parto:

Ruptura artificial de membranas. Presentación OIIA. Desprendimiento en O. P. Duración total: 17 horas y 35 minutos.

Alumbramiento:

Natural con expresión simple. Placenta normal, tamaño mediano, membranas completas. Cordón central de 40 cms. de longitud.

Recién Nacido:

Masculino, 6 libras y 12 onzas. Respiración espontánea. Aparentemente sano.

Puerperio Hospitalario:

Hospitalizada durante tres días. Evolución normal.

CASO NUMERO DIEZ Y OCHO (record 2388-56)

Admitida por estar en trabajo de parto, de 3 horas y 53 minutos de duración. Edad: 34 años. Gestas: 2. Partos: 1. Abortos: 0.

Primer embarazo resuelto por cesárea. Se ignora causa. Controlada en Servicio de Prenatal.

Examen de Admisión:

Estado general bueno. Altura uterina: 36 cms. C. Abdominal: 105 cms. Contracciones fuertes cada 6 minutos por 30 segundos. Foco: 140 por minuto. Presentación: OIDA. Membranas enteras. Altitud: móvil. T.: 36.5°. P.: 86. TA.: 110-60.

Diagnóstico de Admisión:

Embarazo simple, curso de la 42 semana por altura uterina.

Evolución del Trabajo de Parto:

Paciente cesarizada anterior, de 34 años de edad, presentando útero contracturado en forma de reloj de arena, con anillo de Bandl presente, que se acentúa durante las contracciones uterinas. La presentación es cefálica, insinuada. La dilatación es de 2 cms. Se teme la inminencia de una ruptura uterina, por lo que se recomienda sedar el útero con demerol. Se piensa en la posibilidad de una estrechez pélvica.

Se consulta el caso y se cree conveniente dar dos horas más de trabajo de parto, bajo las indicaciones requeridas para estos casos. Cuatro horas y veinticinco minutos después del primer control, no hay signos de inminencia de ruptura uterina, ni dolor de la cicatriz abdominal. Las contracciones uterinas se han intensificado nuevamente ca-

da 4 minutos por 30 segundos, el trabajo de parto es irregular, la dilatación sólo ha avanzado 2 cms. y se cree "peligrosa" la conducta expectante.

Breve descripción del Parto:

Cesárea segmentaria extraperitoneal, indicada por desproporción feto materna y cicatriz anterior.

Alumbramiento:

Artificial. Placenta normal, tamaño mediano, membranas completas. Cordón con inserción excéntrica, de 50 cms. de longitud.

Recién Nacido:

Femenino, 7 libras y 13 onzas. Respiración espontánea. Pie Zambo bilateral.

Puerperio Hospitalario:

Hospitalizada durante 7 días. Evolución normal.

CASO NUMERO DIEZ Y NUEVE (record 2416-56)

Admitida por estar en trabajo de parto de 5 horas, 35 minutos de duración. Edad: 26 años. Gestas: 3. Partos: 2. Abortos: 0.

Primer embarazo resuelto por cesárea, en centro hospitalario; se ignora la causa. Segundo embarazo con parto por vía vaginal. Controlada en Servicio Prenatal.

Examen de Admisión:

Estado general bueno. Altura uterina: 31 cms. C. Abdominal: 93 cms. Contracciones fuertes cada 10 minu-

tos por 35 segundos. Foco: 152 por minuto. Presentación: OIIA. Dilatación: 3 cms. Membranas enteras. Altitud: móvil. T.: 37°. P.: 96. TA.: 110-70.

Diagnóstico de Admisión:

Embarazo simple, curso de la 41 semana.

Evolución del Trabajo de Parto:

Dos admisiones anteriores en que se dio salida por falso trabajo de parto.

Breve descripción del Parto:

Ruptura artificial de membranas. Presentación: OIIA. Desprendimiento en O. P. Duración total: 8 horas y 47 minutos.

Alumbramiento:

Natural con expresión simple. Placenta normal, tamaño mediano, membranas completas. Cordón central de 70 cms. de longitud.

Recién Nacido:

Femenino, 6 libras y 14 onzas. Respiración espontánea. Aparentemente sano.

Puerperio Hospitalario:

Hospitalizada durante cuatro días. Evolución normal.

CASO NUMERO VEINTE (record 2798-56)

Admitida por estar en trabajo de parto de 1 hora, 25 minutos de duración. Edad: 23 años. Gestas: 3. Partos: 2. Abortos: 0.

Cesárea en su primer embarazo; se ignora causa precisa: paciente indica que el niño "no podía nacer". Segundo parto por vía vaginal. Niño pesó: 6 libras y 15 onzas.

Examen de Admisión:

Estado general bueno. Altura uterina: 30 cms. C. Abdominal: 95 cms. Contracciones fuertes cada 3 minutos por 45 segundos. Foco: 142 por minuto. Presentación: OIIA. Dilatación: 6 cms. Membranas enteras. Altitud cero. T.: 36°. P.: 92. TA.: 130-80.

Diagnóstico de Admisión:

Embarazo simple, curso de la 38 semana por altura uterina.

Evolución del Trabajo de Parto:

Nuevo control, 1 hora y 40 minutos después de su ingreso: contracciones fuertes. Foco: 140. Presentación: OIIA. Dilatación: 8 cms. Membranas enteras. Altitud más uno.

Breve descripción del Parto:

Ruptura artificial de membranas. Desprendimiento en O. P. Duración total: 4 horas.

Alumbramiento:

Natural con expresión simple. Placenta normal, membranas completas. Cordón excéntrico, de 55 cms. de longitud.

Recién Nacido:

Masculino, 8 libras. Respiración espontánea. Apparentemente sano.

Puerperio Hospitalario:

Hospitalizada durante cuatro días. Evolución normal.

CASO NUMERO VEINTIUNO (record 2853-56)

Admitida por estar en trabajo de parto, de 3 horas y 50 minutos de duración. Edad: 29 años. Gestas: 3. Partos: 2. Abortos: 0.

Un embarazo resuelto por cesárea. Se ignora causa. Controlada en Prenatal.

Examen de Admisión:

Estado general bueno. Altura uterina: 32 cms. C. Abdominal: 84 cms. Contracciones fuertes. Foco: 140 por minuto. Presentación: OII. Dilatación: 1 cm. Membranas enteras. Altitud: mas uno.

Diagnóstico de Admisión:

Embarazo simple, curso de la 40 semana por altura uterina.

Evolución del Trabajo de Parto:

Ultimo control, hecho 1 hora y 45 minutos después de su ingreso: contracciones fuertes cada 5 minutos por 30 segundos. Foco: 152 por minuto. Presentación: OIIA. Dilatación: 9 cms. Membranas enteras. Altitud: más dos.

Breve descripción del Parto:

Presentación cefálica: OIIA. Ruptura espontánea de membranas. Desprendimiento en O. P. Se practicó episiotomía medio lateral derecha, con anestesia local. Duración total: 7 horas y 10 minutos.

Alumbramiento:

Natural con expresión simple. Placenta normal, membranas completas. Cordón central de 52 cms. de longitud.

Recién Nacido:

Masculino, 6 libras y 14 onzas. Respiración espontánea. Aparentemente sano.

Puerperio Hospitalario:

Hospitalizada durante tres días. Evolución normal.

CASO NUMERO VEINTIDOS (record 3047-56)

Admitida por estar en trabajo de parto, de 7 horas y 45 minutos de duración. Antecedentes de hemorragia por vía vaginal. Edad: 24 años. Gestas: 5. Partos 3. Abortos: 1.

Un embarazo resuelto por vía abdominal. Otro, con aplicación de forceps.

Examen de Admisión:

Estado general bueno. Altura uterina: 35 cms. C. Abdominal: 85 cms. Contracciones suaves. Foco: 140 por minuto. Presentación cefálica por palpación abdominal. T.: 37°. P.: 116. TA.: 100-70.

Diagnóstico de Admisión:

Embarazo simple, curso de la 42 semana por altura uterina. Placenta Previa.

Evolución del Trabajo de Parto:

Paciente con embarazo simple, curso de las 42 semanas por altura uterina, que desde hace diez días comenzó con hemorragia por vía vaginal, cuya duración fue de tres días.

Se suspendió espontáneamente y hace dos días empezó de nuevo. Actualmente presenta dolores de tipo parto, cada diez minutos.

Breve descripción del Parto:

Ruptura espontánea de membranas. Presentación: OIDA. Desprendimiento O. P. Placenta Previa Parcial. Duración total: 13 horas y 40 minutos.

Recién Nacido:

Masculino, 6 libras y 10 onzas. Respiración espontánea, aparentemente sano.

Alumbramiento:

Natural con expresión simple. Placenta normal, membranas completas. Cordón excéntrico, de 75 cms. de longitud.

Puerperio Hospitalario:

Hospitalizada durante 6 días. Evolución normal.

CASO NUMERO VEINTITRES (record 3286-56)

Admitida por estar en trabajo de parto, de 33 horas, 45 minutos de duración. Edad: 33 años. Gestas: 2. Partos: 1. Abortos: 0. Antecedentes de hemorragia vaginal.

Primer embarazo resuelto por cesárea; se ignora causa.

Examen de Admisión:

Estado general bueno. Altura uterina: 32 cms. C. Abdominal: 107 cms. Contracciones fuertes, cada 20 minutos por 30 segundos. Foco: 156 por minuto. Presentación: OII por palpación abdominal. T.: 37°. P.: 74. TA.: 110-60.

Diagnóstico de Admisión:

Embarazo simple, curso de la 40 semana. Placenta Previa.

Evolución del Trabajo de Parto:

Paciente de 23 años de edad, en su segundo embarazo. El primer embarazo resuelto por cesárea, cuya causa se ignora. Por la cicatriz abdominal se tiene la impresión de haber sido *corpórea*. Niño pesó 8 libras. Presenta contracciones fuertes cada 4 minutos por 20 segundos. Foco: 160 por minuto. Ha sangrado poco. Durante el examen no hay hemorragia. Los ligamentos redondos se palpan bastante tensos, con dolor a la palpación en la inserción izquierda del ligamento correspondiente. Presenta un trabajo de 34 horas de duración y de carácter irregular. Bolsa de las aguas enteras. Altitud: insinuada. Dilatación: 1 cm. Se tiene la impresión de Inminencia de Ruptura Uterina.

Breve descripción del Parto:

Cesárea segmentaria transperitoneal, indicada por cesárea *corpórea* anterior. Durante el acto operatorio se comprobó la presencia de la cicatriz *corpórea* sospechada preoperatoriamente. Duración total: 50 horas y 18 minutos.

Recién Nacido:

Femenino, 7 libras. Respiración espontánea, aparentemente sano.

Puerperio Hospitalario:

Hospitalizada durante 8 días. Evolución normal.

CASO NUMERO VEINTICUATRO (record 3325-56)

Admitida por estar en trabajo de parto, de 2 horas de duración. Edad: 23 años. Gestas: 6. Partos: 3. Abortos: 2. Operación cesárea en el primer embarazo; se ignora causa.

Examen de Admisión:

Estado general bueno. Altura uterina: 36 cms. C. Abdominal: 95 cms. Contracciones suaves. Foco: 132 por minuto. Presentación cefálica. Dilatación: 3 cms. Membranas enteras. Altitud: móvil. T.: 37°. P.: 80 TA.: 120-80.

Diagnóstico de Admisión:

Embarazo simple, curso de la 39 semana.

Evolución del Trabajo de Parto:

Paciente múltipara, cuyo primer embarazo fue resuelto por cesárea, en centro hospitalario, por desproporción céfalo-pélvica; niño pesó diez libras. Parturienta ha tenido tres partos espontáneos y una gran extracción podálica. Después se encuentran anotados numerosos controles, que abarcan el período de cinco días, a contar de la fecha de ingreso. En ellos hay diferentes opiniones con respecto a dilatación cervical, altitud y carácter de las contracciones.

Breve descripción del Parto:

Ruptura artificial de membranas. Presentación OIDA. Desprendimiento en OP. Episiotomía medio lateral derecha. Duración total: 22 horas 45 minutos.

Alumbramiento:

Natural con expresión simple. Placenta normal, membranas completas. Cordón central, de 50 cms. de longitud.

Recién Nacido:

Masculino, 6 libras y 8 onzas. Respiración espontánea. Aparentemente sano.

Puerperio Hospitalario:

Hospitalizada cuatro días. Evolución normal.

CASO NUMERO VEINTICINCO (record 3343-56)

Admitida por estar en trabajo de parto, de 13 horas y 30 minutos de duración. Edad: 36 años. Gestas: 2. Partos: 1. Abortos: 0.

Primer embarazo resuelto por cesárea en centro hospitalario departamental, por presentación podálica, según refiere la paciente. Control prenatal en dispensario.

Examen de Admisión:

Estado general bueno. Altura uterina: 30 cms. C. Abdominal: 76 cms. Contracciones suaves, cada 15 minutos por 30 segundos. Foco: 160 por minuto. Presentación: OIIA. Dilatación: 1 cm. Membranas enteras. Altitud: 0. T.: 37°. P.: 80. TA.: 100-60.

Evolución del Trabajo de Parto:

Antecedentes de cesárea anterior, por trabajo de parto prolongado y presentación podálica. Principió en trabajo de parto el día de ayer a las 20 horas. Actualmente el trabajo es violento, con contracciones fuertes cada 45 se-

gundos. Utero con anillo de retracción, marcado a unos 5 cms. por debajo del ombligo. Ligamentos redondos palpables. Foco: 180 por minuto. Dilatación: 8 cms. Altitud: 0.

Se ignora qué clase de incisión se practicó en operación anterior. No tiene pelvimetría interna ni pelvimetría radiológica. Es nulípara. Hay sufrimiento fetal e inminencia de agotamiento materno.

Breve descripción del Parto:

Cesárea segmentaria intraperitoneal, indicada por los antecedentes dichos en el último control. Duración total: 2 horas y 40 minutos.

Recién Nacido:

Masculino, 6 libras. Aparentemente sano.

Puerperio Hospitalario:

Hospitalizada durante 7 días. Evolución normal.

CASO NUMERO VEINTISEIS (record 3437-56)

Admitida por estar en trabajo de parto, de 4 horas y 5 minutos de duración. Edad: 22 años. Gestas: 3. Partos: 2. Abortos: 0.

Dos primeros embarazos resueltos por operación cesárea.

Examen de Admisión:

Estado general bueno. Altura uterina: 30 cms. C. Abdominal: 88 cms. Contracciones suaves, cada 15 minutos por 40 segundos. Foco: 148 por minuto. Presentación: OII. Dilatación: 3 cms. Membranas enteras. Altitud: móvil.

Diagnóstico de Admisión:

Embarazo simple, curso de la 38 semana por altura uterina.

Evolución del Trabajo de Parto:

Paciente multigesta, nulípara. Dos cesáreas anteriores en centro hospitalario, cuya indicación fue estrechez pélvica, comprobada en dicho centro por estudio radiológico, según informe de la paciente.

Contracciones moderadas cada 10 minutos por 40 segundos, presentación cefálica. Foco: 140 por minuto. Cabeza móvil, dilatación negativa.

Breve descripción del Parto:

Cesárea segmentaria iterativa. Duración total: 19 horas.

Alumbramiento:

Artificial. Placenta normal, membranas completas. Cordón central.

Recién Nacido:

Femenino, 5 libras y 6 onzas. Respiración espontánea. Aparentemente sano.

Puerperio Hospitalario:

Hospitalizada durante siete días. Evolución normal.

CASO NUMERO VEINTISIETE (record 3478-56)

Admitida por estar en trabajo de parto de 10 horas y 30 minutos de duración. Edad: 40 años. Gestas: 4. Partos: 3. Abortos: 0.

Cesárea anterior, se ignora causa. Dos partos posteriores espontáneos.

Examen de Admisión:

Estado general bueno. Altura uterina: 32 cms. C. Abdominal: 92 cms. Contracciones fuertes. Foco: 148 por minuto. Presentación: OIDA. Dilatación: completa. Altitud: más uno.

Breve descripción del Parto:

Ruptura artificial de membranas. Presentación: OIDA. Desprendimiento en O. P. Se ayudó a la salida del hombro anterior, con la maniobra de Couder. Duración total: 1 hora y 31 minutos.

Alumbramiento:

Natural con expresión simple. Placenta normal. Membranas completas. Cordón excéntrico, de 50 cms. de longitud.

Recién Nacido:

Masculino, 7 libras y 13 onzas. Respiración espontánea. Aparentemente sano.

Puerperio Hospitalario:

Hospitalizada durante tres días. Evolución normal.

CASO NUMERO VEINTIOCHO (record 3636-56)

Admitida por estar en trabajo de parto, de 6 horas 45 minutos de duración. Edad: 22 años. Gestas: 2. Partos: 1. Abortos: 0.

Cesarizada en su primer embarazo, en centro hospitalario. Se ignora causa. Controlada en Servicio de Prenatal.

Examen de Admisión:

Estado general bueno. Altura uterina: 30 cms. C. Abdominal: 85 cms. Contracciones moderadas, cada 15 minutos. Foco: 145 por minuto. Presentación: OID. Dilatación negativa. Membranas enteras. Altitud: insinuada. T.: 37.3°. P.: 80. TA.: 110-70.

Diagnóstico de Admisión:

Embarazo simple, curso de la 38 semana por altura uterina.

Evolución del Trabajo de Parto:

Paciente refiere que en el mes de julio del 55 fue sometida a operación cesárea, después de dos días de estar en trabajo de parto. Cesarizada anterior, con cicatriz posiblemente corpórea y medidas pelvianas relativamente estrechas, según datos de control Prenatal. No se cree indicado dar prueba de trabajo de Parto.

Breve descripción del Parto:

Ruptura artificial de membranas. Presentación: OI DP. Rotación manual a OIDA. Aplicación de forceps medio bajo. Episiotomía medio lateral derecha, suturada. Duración total: 17 horas y 50 minutos.

Alumbramiento:

Natural con expresión simple. Placenta grande, normal, membranas completas. Cordón central de 52 cms. de longitud.

Recién Nacido:

Femenino, 6 libras y 15 onzas. Respiración artificial, aparentemente sano. Impresión de una de las ramas del forceps en las regiones malar y orbitaria derechas.

Puerperio Hospitalario:

Hospitalizada durante 8 días. Evolución normal.

CASO NUMERO VEINTINUEVE (record 3684-56)

Admitida por estar en trabajo de parto, de 6 horas y 5 minutos de duración. Edad: 20 años. Gestas: 2. Partos: 1. Abortos: 0.

Cesarizada en su primer embarazo, por trabajo de parto prolongado y "complicación con el cordón umbilical", según datos de la paciente.

Examen de Admisión:

Estado general bueno. Edema grado uno, en ambas porciones distales de los miembros inferiores. Altura uterina: 31 cms. C. Abdominal: 87 cms. Contracciones fuertes, cada 5 minutos por 40 segundos. Foco: 136 por minuto. Presentación: OIIA. Dilatación: 7 cms. Membranas enteras. Altitud: menos uno.

Diagnóstico de Admisión:

Embarazo simple, curso de la 40 semana. Feto vivo.

Evolución del Trabajo de Parto:

Paciente con antecedentes de cesárea anterior, ejecutada hace tres años, por probable trabajo de parto prolon-

gado. Hubo problema con el cordón umbilical según refiere la paciente. Presenta contracciones fuertes. No hay dolor a nivel de la cicatriz abdominal. Ligamentos se notan algo tensos.

Breve descripción del Parto:

Ruptura artificial de membranas. Presentación: OIIA. Aplicación de forceps medio bajo (Leucart-McClein). Episiotomía medio lateral derecha suturada. Duración total: 9 horas y 55 minutos.

Alumbramiento:

Natural con expresión simple. Placenta grande, normal. Membranas completas. Cordón central, de 42 cms. de longitud.

Recién Nacido:

Femenino, 6 libras y 13 onzas. Respiración artificial. Aparentemente sano.

Puerperio Hospitalario:

Hospitalizada durante seis días. Evolución normal.

CASO NUMERO TREINTA (record 3854-56)

Admitida por estar en trabajo de parto, de 7 horas y 35 minutos de duración. Edad: 32 años. Gestas: 2. Partos: 1. Abortos: 0.

Primer embarazo resuelto por vía abdominal, probablemente debido a estrechez pélvica. Controlada en el Servicio de Prenatal, de donde informa que habrá Distocia Osea.

Examen de Admisión:

Estado general bueno. Edemas discretos ambas porciones distales de los miembros inferiores. Altura uterina: 31 cms. C. Abdominal: 96 cms. Contracciones moderadas, cada 5 minutos por 20 segundos. Foco: 156 por minuto. Presentación: OIIA. Dilatación: 1 cm. Membranas enteras. Altitud: Móvil. T.: 37°. P.: 80. TA.: 120-60.

Diagnóstico de Admisión:

Embarazo simple en curso de la 39 semana. Descartar estrechez pélvica.

Evolución del Trabajo de Parto:

Tratándose de una cesárea anterior hecha en centro hospitalario, la conducta será cesárea iterativa.

Breve descripción del Parto:

Cesárea segmentaria intraperitoneal, indicada por estrechez pélvica. Duración total: 12 horas y 10 minutos.

Alumbramiento:

Artificial. Placenta normal, membranas completas. Cordón con inserción en raqueta.

Recién Nacido:

Femenino, 6 libras y 10.5 onzas. Respiración espontánea. Aparentemente sano.

Puerperio Hospitalario:

Hospitalizada durante 14 días. Evolución febril.

BREVE DISCUSION SOBRE ALGUNOS CASOS PRESENTADOS

He querido presentar a consideración algunos casos de los escogidos para este trabajo, que posean en el curso de su evolución alguna enseñanza provechosa.

No ha sido mi interés hacer una crítica que permita una interpretación errónea con respecto al modo como evolucionaron y fueron resueltos algunos de ellos.

He tratado de analizar, al estudiar los records hospitalarios de nuestro máximo centro obstétrico, nuestra propia experiencia.

Por nuestros propios casos y el estudio de nuestra obstetricia tratamos de llegar a un grado de superación cada vez mayor, con el fin de poder dar una asistencia de primera clase a la madre guatemalteca.

CASO NUMERO DOS

Paciente de 35 años de edad, con embarazo anterior resuelto por operación cesárea. Embarazo actual. Desde el punto de vista obstétrico se comporta como nulípara. Por la edad se comporta como gestante añosa.

Ha sido sometida a una cesárea anterior; ignoramos la causa de la misma ya que el dato es obtenido de la propia madre.

La mayoría de las veces no presentan un documento que respaldado por una firma médica, atestigüe la causa operatoria. Suponemos fue debida a una Desproporción Céfalo-Pélvica. Este término lo vemos incluido en la mayoría de los casos presentados.

Como dato dado por la madre, si es que alguna llega a expresarse en dichos términos, tendría mucho valor, pero

desde el punto de vista obstétrico indica la mayor parte de los casos o circunstancias en que el parto no progresa satisfactoriamente.

En realidad, lo ideal sería determinar la verdadera causa que origina la distocia. Por ello creo conveniente reservar dicho término para un diagnóstico de admisión; posteriormente, con los exámenes que se crean necesarios, se podría determinar la causa verdadera.

Llevar a una paciente a sala de operaciones con el sólo diagnóstico de desproporción céfalo-pélvica, parece menos académico que precisar la causa de la operación en términos como estrechez pélvica, tamaño excesivo del feto, etc.

Continuando el estudio de este caso nos encontramos un trabajo de parto prolongado que cursa ya las 24 horas; otros datos más son: la ausencia de dilatación del cuello uterino, la impresión de un feto grande y la presentación cefálica móvil y cabalgando sobre el pubis.

Dado es pensar en distocia, que por las circunstancias podría ser una estrechez pélvica o un tamaño excesivo del feto para las medidas del canal del parto; obtenido el fruto de la concepción reveló un peso de 6 libras y 6 onzas.

Este dato nos permite sospechar que la causa existente de distocia era o podría haber sido una estrechez de la pelvis materna, máxime cuando un tacto vaginal efectuado, impresiona al hacer notar la presencia de un promontorio saliente y de espinas ciáticas prominentes.

El record operatorio nos concede un dato quizás el más importante de todos: el segmento uterino se encuentra tan delgado que permite observar de modo imperfecto la cabeza fetal.

Se ha sometido así a una paciente cesarizada anterior, a un trabajo de parto que rebasa el tiempo generalmente permitido. No hay diagnóstico cierto y este útero se lanza a una lucha estéril y peligrosa. Prueba de ello es la observación macroscópica del segmento uterino cuya delgadez

extrema casi permite la complicación de una ruptura uterina.

CASO NUMERO TRES

Este caso nos servirá para explicar por qué se ignora con frecuencia la causa motivadora de la primera operación.

En la mayor parte de nuestros centros hospitalarios se extiende una tarjeta en donde se especifica la clase de operación ejecutada y la causa que motivó la operación.

El índice cultural de buen número de nuestras pacientes es pobre; por ello olvidan con facilidad, o no comprenden, la importancia que dicho documento pueda tener; muchos casos se encontraron sin un cálculo de probabilidad de la fecha del parto, porque dichas pacientes no han recordado el tiempo en que acaeció su última menstruación.

El departamento de maternidad no atiende solamente pacientes que pertenezcan a la ciudad capital; buen número de ellas pertenecen a lugares lejanos de la República donde quedaron olvidados los documentos que relatan sus antecedentes obstétricos.

Muchas de nuestras pacientes ingresan en horas avanzadas de la noche o en la madrugada y a veces en un período tan avanzado del trabajo del parto, que no queda otro recurso que prescindir del dato operatorio.

CASO NUMERO SIETE

Paciente de 20 años de edad, con dos cesáreas anteriores iterativas por probable desproporción céfalo pélvica, según datos obtenidos de la propia paciente.

Es probable que el factor de distocia en este caso sea una estrechez pélvica, de acuerdo con los antecedentes y la impresión dada por el Servicio de Control Prenatal.

Si bien es cierto que este dato, los de cesárea iterativa y trabajo de parto prolongado e irregular, son suficientes

para resolver el caso por vía abdominal, quizás la conducta más científica hubiese sido comprobar radiológicamente dicha estrechez, ya que tengo la impresión de que lo más conveniente sería completar cada caso con todos los medios que tengamos a nuestra disposición, siempre que la situación así lo exija, para poder defender de un modo irrefutable la conducta que hubiésemos seguido.

CASO NUMERO DIEZ

Se trata de una presentación anómala, como es la Pelviana, en una cesarizada anterior.

Una presentación pelviana, sobre todo podálica completa, no es contraindicación para someter a una de estas pacientes a la prueba de parto.

A pesar de ello, en este caso en particular es de aplaudir la conducta seguida, dado que la paciente no ha podido en tres ocasiones sucesivas obtener un niño vivo. No podía el tocólogo permitir el parto por vía natural conociendo los peligros inherentes al parto en presentación pelviana.

CASO NUMERO DIEZ Y SEIS

Mencionado únicamente para indicar que toda prueba de parto o toda conducta operatoria puesta en práctica, debe ir respaldada por una discusión clínica escrita, donde se anoten las condiciones que motivaron la conducta seguida.

CASO NUMERO DIEZ Y OCHO

Paciente de 37 años de edad, con antecedente de cesárea anterior, de etiología ignorada. Nulípara y considerada como gestante añosa.

Durante el primer comentario escrito de la evolución del caso, la paciente llevaba 5 horas y 30 minutos de trabajo de parto.

En este momento presenta signos de inminencia de ruptura uterina, los cuales ceden al tratamiento con Demerol.

No obstante lo anterior, se dispone dar dos horas más de trabajo de parto. Llama la atención que el nuevo control se hace dos horas más tarde de las permitidas.

En este último control los signos de inminencia de ruptura uterina han desaparecido y no hay dolor a la palpación de la herida abdominal, pero las contracciones se han intensificado mucho nuevamente y la paciente alcanza 9 horas de trabajo irregular.

Por ello se lanza la opinión de "peligrosa" la conducta expectante.

Desde luego, la conducta expectante era excesivamente peligrosa, puesto que el motor uterino había alcanzado tal grado de fatiga, que al simular los signos que presagian la ruptura del útero, ponía en peligro la integridad cicatrizal.

Desde un principio consideramos contraindicada la prueba de parto: gestante añosa, operación anterior, cicatriz uterina y sospecha de estrechez pélvica.

Pero ¿nos es permitido sospechar estrechez pélvica? No tenemos en qué basarnos. El examen prenatal no indica si habrá distocia ósea; no hay pelvimetría interna y los datos de pelvimetría externa son normales.

Sin embargo, la inminencia de ruptura uterina nos invita a pensar que el útero luchaba contra un obstáculo; por fin se resuelve el caso quirúrgicamente con un diagnóstico preoperatorio de desproporción feto materna. No hay estudio radiológico.

Siento la impresión de no haber ningún dato positivo que respalde la conducta seguida.

CASO NUMERO VEINTITRES

Aquí, al igual que en el caso número veinocho, nos formamos la idea de que no existe una opinión concreta acerca de la conducta a seguir, al permitir la prueba de parto en una paciente con antecedentes de cesárea anterior.

Se sospecha en ella la presencia de una cicatriz *corpórea*. Hay signos inminentes de ruptura uterina; es nulípara y lleva 36 horas de trabajo irregular. No hay estudio radiológico, ni pelvimetría interna.

Es cierto que dijimos entre los factores de importancia, que la cicatriz corpórea presenta la mayor incidencia de ruptura durante el embarazo y menor frecuencia durante el parto; pero no queremos indicar con ello que durante éste no pueda producirse.

Muchas veces es preferible contraindicar la prueba de parto cuando existe cicatriz corpórea anterior.

Durante el acto quirúrgico se comprobó la localización sospechada de la cicatriz.

CASO NUMERO QUINCE

Es este el único caso donde después del alumbramiento se revisó la cavidad uterina. Dato de trascendental importancia fue ignorado en la totalidad de los casos restantes.

El revisar la cavidad uterina es un dato de gran valor, por cuanto permite aprovechar una oportunidad que no volverá a presentarse sino mucho tiempo después y que da a conocer el estado de la cicatriz del segmento uterino, una vez terminada la violencia de las contracciones.

Es un medio muy seguro de diagnosticar una dehiscencia o de descartar una ruptura uterina cuyo diagnóstico tardío sería sumamente grave.

Dada las condiciones de dilatación cervical posterior al alumbramiento, la exploración digital del segmento no

constituye una medida dolorosa, ni entraña, en condiciones de asepsia, el peligro de transportar gérmenes de infección.

Quiero terminar mis comentarios sobre los casos presentados con unas pocas palabras acerca del control prenatal de estas pacientes.

De los 30 casos sometidos a nuestra consideración, únicamente 14 gozaron de las ventajas de dicho control.

El Servicio de Asistencia Prenatal cuenta en el currículum perteneciente a cada señora, con un formato propio. En él se estudian o investigan los siguientes datos, en el orden mencionado:

1.—*Pelvimetría Externa del Estrecho Superior:*

Dado que la medición directa del estrecho pélvico superior es impracticable si no se emplean los métodos radiográficos, se han utilizado desde hace mucho tiempo ciertas medidas externas de la pelvis, suponiendo que permiten calcular de una manera bastante aproximada las dimensiones de dicho estrecho.

Tales medidas son: el diámetro intercrestal, el diámetro interespinoso, el diámetro intertrocantéreo y la distancia que hay entre la superficie anterior de la sínfisis púbica y la depresión que se encuentra inmediatamente por debajo de la apófisis espinosa de la quinta vértebra lumbar, conocido comúnmente con el nombre de diámetro de Baudelocque.

En realidad las dos primeras medidas evidencian el tamaño de la llamada Pelvis Falsa, cuya actuación durante el embarazo y el parto se limita a la manutención del útero grávido.

El diámetro intertrocantéreo intenta dar a conocer las medidas transversales de la pelvis; sin embargo sus dimensiones son en extremo variables, por cuanto la distancia entre ambos trocánteres depende del ángulo que forma el cuello del fémur con su diáfisis.

El diámetro de Baudelocque es el único que de una manera aproximada, aunque también variable, se acerca a las medidas reales del Conjurado Verdadero.

Actualmente la mayoría de los centros de Obstetricia consideran estas medidas, "sin ninguna utilidad obstétrica, por lo cual hemos prescindido de ellas". (Thomas).

2.—*Pelvimetría interna, pelvimetría radiológica y tipología de la pelvis, dando como corolario final la impresión de si habrá o no Distocia Osea:*

Dada la importancia de estas investigaciones, cabría suponer su existencia en toda paciente que fuese controlada en dicho servicio.

A pesar de ello podemos observar entre los casos que concurren a ese servicio, de los que en este trabajo hemos presentado, que sólo en tres se encuentra reportada la probabilidad de Distocia Osea.

Este hecho nos permite suponer que en los diez casos restantes se hizo caso omiso del tipo de pelvis y de la pelvimetría interna.

En fin, nada costaría que en donde ellos suponen por los datos obtenidos la existencia de distocia ósea, se completase el estudio de la pelvis con pelvimetría interna y pelvimetría radiológica.

Así, cuando ya en trabajo de parto estas pacientes ingresaran al Departamento de Maternidad, la norma de conducta a seguir tácitamente podría estar indicada.

INDICACIONES

Debe tratarse de establecer durante el examen de Admisión:

- 1.—La causa que motivó la intervención quirúrgica anterior.
- 2.—Si persiste dicha causa en el momento de ingreso.
- 3.—Lugar y cirujano que practicó la intervención.
- 4.—Paridad de la paciente. Si es múltipara, especificar si los partos por vía natural fueron anteriores o posteriores a la operación. Anotar a qué embarazo correspondió la operación.
- 5.—Anotar el peso y grado de madurez de los niños; si están vivos o si han fallecido. En este caso, las causas de la muerte.
- 6.—Si es nulípara, valorar con relación a la edad el problema de la gestante añosa o infantil.
- 7.—El momento en que se iniciaron las contracciones uterinas regulares, para poder permitir un tiempo prudencial de trabajo de parto.
- 8.—Saber diferenciar un Falso Trabajo de Parto.
- 9.—Edad, tamaño y situación del feto.
- 10.—Factores Patológicos, generales u obstétricos, coincidentes con el embarazo.
- 11.—Sospechar por la cicatriz abdominal la clase de incisión practicada in útero.
- 12.—Forma en que evolucionó el Puerperio.
- 13.—Ordenar pelvimetría radiológica, si este estudio no fue hecho en el Departamento de Prenatal y si el estado de la paciente lo permite.
- 14.—Datos generales del examen de admisión.

Conducta en el Cuarto de Labores:

- 1.—Reconocer los datos obtenidos durante el examen de admisión.
- 2.—Examen general y obstétrico de la paciente.
- 3.—Control de la Dinámica Uterina: frecuencia intensidad y duración de las contracciones del útero.
- 4.—Investigar cualquier dato que haga sospechar la inminencia o consumación de una ruptura uterina.
- 5.—Controlar los latidos cardíacos fetales, en cada control materno.
- 6.—Explorar la cicatriz abdominal, antes y después de las contracciones.
- 7.—Se hará una valoración escrita del caso, indicando los hallazgos del examen, la impresión acerca de la evolución y la conducta que se crea conveniente seguir. Se ordenarán los exámenes complementarios que se crean necesarios.
- 8.—Se considerarán los datos aportados por el servicio de Consulta Prenatal, así como los datos dados por el estudio radiológico.
- 9.—Se ordenará clasificar el grupo sanguíneo y el factor Rh, con el fin de poder administrar una transfusión de sangre cuando las necesidades lo requieran.
- 10.—Se dispondrá de una sala de operaciones preparada para cualquier emergencia.
- 11.—Se hará uso juicioso de los medicamentos empleados para la sedación del útero.
- 12.—Si el caso lo requiere, se pedirán opiniones a otros obstetras del Departamento de Maternidad.

Conducta en el Cuarto de Partos:

- 1.—Se controlará con la frecuencia que se crea conveniente las contracciones uterinas, la cicatriz abdominal, los latidos del corazón fetal, así como también el pulso, la presión arterial y el número de respiraciones maternas.
- 2.—Se podrá efectuar la ruptura artificial de membranas cuando la dilatación cervical alcance 5 centímetros, si así se cree conveniente.
- 3.—Se hará aplicación de forceps profiláctico bajo para evitar los esfuerzos expulsivos de la madre, una vez que se haya logrado la dilatación completa del cuello uterino.
- 4.—Después del alumbramiento se revisará la cicatriz operatoria uterina, anotándose los caracteres y comprobándose o descartándose la dehiscencia o ruptura de la misma.

CONTRAINDICACIONES

- 1.—No se atenderá nunca a una de estas pacientes en un medio rural o no hospitalario, donde las condiciones asistenciales no sean las requeridas para el caso.
- 2.—No confiar la vigilancia de estas pacientes a personas profanas o poco compenetradas del problema.
- 3.—No inducir el trabajo de parto.
- 4.—No emplear ocitósicos en ninguna forma, antes de que se produzca el parto, salvo muy raras excepciones.
- 5.—No hacer maniobras obstétricas intrauterinas.
- 6.—No hacer maniobra de Kristeller.

ESTADISTICA

Número de records revisados en el Departamento de Archivos del Hospital Roosevelt, pertenecientes al año 1956 y correspondientes al Departamento de Maternidad: 4,000.

Número de casos que tenían entre sus antecedentes una operación cesárea anterior: 30.

Partos por vía vaginal	17
Operaciones Cesáreas	13
Partos Espontáneos	13
Partos Operatorios	4

Indicaciones de Operación Cesárea:

Desproporción céfalo-pélvica y cicatriz anterior	4
Estrechez pélvica y cicatriz anterior	4
Sólo cicatriz anterior	1
Desproporción C. P. e inminencia de ruptura uterina	1
Muerte habitual del feto in útero	1
Asinergia Funcional	1
Sufrimiento fetal y agotamiento materno	1
Ligadura Bilateral de Trompas de Falopio	3

Duración del trabajo, en partos vaginales:

Tiempo Máximo	22 horas, 45 minutos
Tiempo Mínimo	2 horas, 15 minutos

Edad de las Pacientes:

Máxima	40 años.
Mínima	20 años.

Número de Gestaciones:

Máximo	6
Mínimo	2

Peso del Recién Nacido:

Máximo	8 libras, 5 onzas
Mínimo	5 libras, 2 onzas

Rupturas uterinas	0
Mortalidad Materna	0
Mortalidad Infantil	0

Cavidades uterinas revisadas, después del alumbramiento: un sólo caso revisado.

Las dos muertes fetales acaecidas después del nacimiento no fueron incluidas en la estadística anterior, porque la causa del fallecimiento fue extraña al parto. En efecto, uno de ellos murió aparentemente, a causa de Shock traumático; y el segundo por anomalías congénitas incompatibles con la vida.

Las dos malformaciones que se presentaron en la totalidad de Recién Nacidos, fueron:

- a) Atresia esofágica y comunicación tráqueo-estomáquica; y
- b) Pie Zambo Bilateral.

CONCLUSIONES

- 1ª—Soy de opinión, que cuando no persista la causa que inicialmente motivó la primera intervención, carece de bases científicas privar de la oportunidad de resolver su gestación por vía natural, a una paciente que presente una cicatriz uterina, máxime si previa o posteriormente, se han realizado partos por vía vaginal.
- 2ª—La mayor frecuencia de operaciones cesáreas, motivadas por la presencia de una cicatriz uterina anterior, únicamente indica la tendencia intervencionista de determinadas Escuelas de Obstetricia, según opinión de algunos autores.
- 3ª—Pacientes que por su edad son clasificadas dentro del grupo de infantiles o añosas, deberán ser valoradas de manera especial, antes de ser sometidas a la prueba de trabajo de parto.
- 4ª—La historia de partos anteriores o posteriores a la operación, benigniza el pronóstico, por cuanto da a conocer la permeabilidad del canal del parto y la resistencia de la cicatriz.
- 5ª—La operación clásica o corpórea debe ser desechada hasta donde sea posible, dándose absoluta preferencia a la operación segmentaria.
- 6ª—La susceptibilidad a la ruptura, de las incisiones longitudinales o transversas ejecutadas en el segmento, parece ser la misma, según estudios extranjeros.
- 7ª—El riesgo corrido, al someter a una paciente cesarizada a la prueba de trabajo de parto, es prácticamente igual al riesgo quirúrgico de la operación cesárea.

- 8ª—Siempre que la intervención quirúrgica anterior haya sido ejecutada en concomitancia con un proceso infeccioso del útero, o éste se haga evidente durante el puerperio, debe suponerse la participación infecciosa de la herida operatoria y el corolario de una cicatriz de defectuosa formación.
- 9ª—Cada una de estas pacientes, al pasar por el Servicio de Asistencia Prenatal, será sometida a un estudio especial que incluya pelvimetría interna y radiológica. El control del embarazo se hará con más frecuencia que el que necesita una gestante normal.
- 10ª—Se procurará obtener, por lo menos de las pacientes que pasen por el Servicio de Control Prenatal, el documento que atestigüe el centro hospitalario donde se les atendió, las causas que indujeron a la operación y la clase de intervención practicada.
- 11ª—Es preferible no someter a la prueba de trabajo de parto, a una paciente cuya cicatriz anterior haya sido corpórea.
- 12ª—No se dará prueba de trabajo de parto, a pacientes en quienes persista la causa que motivó la primera cesárea.
- 13ª—La prueba de trabajo de parto, preferentemente, no será mayor de 12 horas.
- 14ª—Debemos preferir diagnosticar no sólo desproporción Céfalo-Pélvica, sino determinar con exactitud la verdadera causa de distocia.
- 15ª—Se dispondrá de un Banco de Sangre y de Sala de Operaciones, listos a entrar en función cuando la necesidad lo exija.
- 16ª—Se hará aplicación de forceps bajo, profiláctico, para evitar los esfuerzos del período de expulsión.

- 17ª—Cuando durante el trabajo de parto se presenten signos de Inminente Ruptura Uterina, deberá sedarse el útero y concluirse la conducta expectante.
- 18ª—Se deberán archivar clasificados, los records hospitalarios de toda paciente cesarizada, dentro o fuera de la Maternidad Roosevelt, con el fin de facilitar la obtención de sus datos, en una gestación posterior.
- 19ª—Se impartirán a estas madres conferencias de orientación, con el fin de darles a conocer los peligros inherentes a su estado, tanto durante la gestación como en el parto, haciendo énfasis sobre la importancia del Control Prenatal y la necesidad de una asistencia hospitalaria competente.

LUIS ANTONIO RIVAS VILLAVERDE.

Vº Bº,

Dr. Humberto Montenegro P.

Imprímase,

Dr. José Fajardo,

Decano.

BIBLIOGRAFIA

Greenhill-Delee.—Principios y Práctica de Obstetricia.

Eastman.—Obstetricia de Williams.

Moragués Bernat.—Clínica Obstétrica.

Carl Henry Davis.—Gynecology and Obstetrics.

Carlos R. Dardón.—Porvenir Obstétrico de la Mujer con Cesárea Previa. Revista del Colegio Médico Diciembre de 1954.