

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ANALISIS RETROSPECTIVO DE 5 AÑOS DE PACIENTE
CON PARTO VIA VAGINAL Y ANTECEDENTES DE CESA
SEGMENTARIA ANTERIOR

RENE MUNOZ ARCE

PLAN DE TESIS

1. INTRODUCCION
2. ANTECEDENTES
3. OBJETIVOS
4. HIPOTESIS
5. MATERIAL Y METODOS
6. ANALISIS Y PRESENTACION DE RESULTADOS
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES
8. BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

En el proceso evolutivo de las especies que habitan el planeta Tierra, la que presenta el porcentaje mayoritario de anomalías feto-maternas pre, per y postnacimiento es la Especie Humana; razón por la cual el Hombre como digno representante de la misma ha creado distintos sistemas, mecanismos y técnicas para evitar dichas anomalías perinatales. Entre los procedimientos de extracción del producto de la fecundación por una vía diferente a la del canal genital, se encuentra la Operación Cesárea la cual implica a la apertura del abdomen y útero, con su respectiva sutura posterior (7)

Desde que TRAUTMANN en 1610 introdujera la cesárea como un procedimiento médico (7) hasta, el momento actual de nuestra investigación (1979), Cuántas cesáreas se habrán realizado? En nuestro Hospital tal odisea se inicia en el año de 1955 cuando el Dr. Arturo Cereceda realizara la primera cesárea, (3) con un éxito rotundo.

El presente Trabajo de Tesis versará sobre un Estudio y Análisis Retrospectivo acerca del manejo de pacientes con cesárea anterior practicada en el Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt de Guatemala. Por lo tanto, éste estudio pretende ser una contribución importante para el Departamento de Maternidad de dicho hospital.

Se considerarán las pacientes operadas del 1ro. de Enero de 1975 al 31 de Diciembre de 1979, en una forma estadística y porcentual, relacionándolas con el número total de nacimientos por vía diferente; con la edad, paridad, raza, cesárea previa, tipo de operación e indicación.

Se deberá tomar en cuenta también que en toda mujer sometida a una operación cesárea y en quién la causa de la misma no persista en uno o más niños posteriores, el nacimiento por vías naturales es frecuentemente posible y siempre deseable en contraposición con la tendencia de algunos autores que se manifiestan en que debe practicarse en forma rutinaria una nueva cesárea (4)

Entre los antecedentes encontrados respecto al tema escogido para presentar el siguiente trabajo de tesis, se encuentra la obra de varios autores nacionales e internacionales. Cito a continuación la obra de médicos nacionales que me antecedieron en este tema cuyo trabajo de tesis tiene analogía o relación directa con el mío, siendo por ende una buena fuente bibliográfica.

El Dr. Mario Gilberto Alfaro Villatoro, en su Tesis de Graduación de Médico y Cirujano, titulada "Segunda Cesárea, su influencia e Indicación Sobre la Madre y el Producto", en una revisión de 119 casos que realizó en el Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt, llegando a la conclusión: que las principales indicaciones de Segunda Cesárea fueron: Puerperio complicado, el que consistió principalmente en endometritis e infección de herida operatoria con dehiscencia de la cicatriz, (39 casos) con un 32.7% del total; en segundo lugar estaba la estrechez pélvica, con 38 casos o sea 31.9% del total. (Junio de 1977). Además concluyó que la segunda cesárea está justificada por el antecedente de la primera en un 75.4% del total (90 casos). (2).

El Dr. Hernaldo José Acevedo Salinas, en su Tesis de Graduación de Médico y Cirujano, cuyo título "Consideraciones sobre la Cesárea en un Hospital Departamental". En el Apéndice de su obra refiere que un gran argumento en contra de la Operación Cesárea, es la gran realidad de que el parto por vía abdominal conlleva riesgos adicionales a la madre. Así mismo llega a elucubrar de que pronto vendrá alguna innovación en este campo que salvará el obstáculo; Pero quién podría asegurar de que no vendrá otro? (3). Concluye que: La cesárea es el procedimiento más inócuo para resolver los problemas obstétricos, cuando así está indicado y existen los medios necesarios para efectuarla. Además indica que la mayor incidencia de cesárea fue la desproporción cefalopélvica, en un 40% y que la técnica de más aceptación fue la Segmentaria Transperitoneal, en un 80%. Su trabajo lo realizó en el Hospital de Puer-

En su Tesis de Graduación el Dr. Roderico Guillermo Aguja Zúñiga titulada: "Pronóstico Materno-Fetal Post Extracción vía Contranatural", (Julio 1976). En su trabajo realizado en dos Hospitales de esta capital a los que el llama "Hospital "A" y Hospital "B" concluye en que las indicaciones de la cesárea en la actualidad son muchas, pudiendo ser motivadas por problemas maternos o para salvaguardar la vida del producto. Las principales indicaciones en ambos Hospitales fueron: Sufrimiento Fetal, Desproporción Cefalo-Pélvica, Cesárea Anterior, Estrechez Pélvica. El Dr. Aguja, no porcentualiza ni especifica en su estudio, las principales indicaciones de cesárea que encontró, las ya mencionadas, pero nos señaló los siguientes porcentajes: 17.50% para la morbilidad materna, 0.5% para la mortalidad materna de la muestra. 75.5% de las pacientes de la muestra tuvo control prenatal. El 22% de las cesáreas efectuadas fueron electivas. (4).

El Dr. Hilmar René Molina Castellanos, en su tesis de Graduación cuyo Título "Análisis del Manejo de la Paciente con Cesárea Anterior efectuada en los Hospitales Departamentales de la República de Guatemala", (Junio de 1977). Hizo una revisión de 39 casos y encontró que el 100% de las pacientes eran multiparas. Un 66% tuvo control prenatal; pero sólo la mitad de ellas tuvo cesárea electiva ya que la otra mitad ingresó de emergencia con trabajo de parto. El 100% de los casos fue resuelto con cesárea siendo el 92% Cesárea Segmentaria. Asimismo encontró que 1 de cada 3 pacientes tenía cesárea corpórea y que el 33.33% (13 pacientes) fue esterilizada, 10 por multiparidad (más de 5 partos) y 3 por encontrarse el segmento en malas condiciones para un futuro embarazo (7)

ASPECTOS HISTORICOS DE LA CESAREA:

En el Siglo XVI se inicia la gran aventura de la Obstetricia y la Tragedia de Madres y Niños, la cual es vencida gracias a la Ciencia y Tecnología Moderna.

Hay varias teorías acerca de la primera operación. Una de ellas es que el nombre viene del "Emperador" Caius Julio César, el cual nació por medio de esta operación, pero esto lo desmienten más tarde los mismos historiadores presentando hechos que demostraron que durante la campaña de las Galias, la madre de Julio César aún vivía y siendo fácil comprender que durante el tiempo que nació el "Emperador" la mortalidad por cesárea era del 100%, por lo tanto, es ridículo que durante ese tiempo estuviesen vivos los dos. Sin embargo, otros historiadores más conservadores dicen que el Emperador vino al mundo supuestamente por la operación que lleva su nombre (3).

En 1905, el Dr. Juan José Ortega hizo la primera Cesárea Corpórea en el Hospital San Juan De Dios (Guatemala). (3). Posteriormente y en 1919 el Dr. Lizardo Estrada efectuó la Segunda Cesárea en vivo en Guatemala. Y para el año de 1942, el Dr. Ricardo Alvarez Orantes, introduce la Técnica de la Cesárea Extraperitoneal tipo Waters. Once años más tarde, en 1953, se efectúa la primera Cesárea en el I.G.S.S. (3). Para el 16 de Diciembre de 1955 el Dr. Arturo Zeceña efectuó la primera Cesárea en el Hospital Roosevelt. (3).

TECNICA CESAREA SEGMENTARIA TRANSPERITONEAL

Describo la siguiente técnica, pues considero que es la más correcta cuando se tiene idea de dejar el útero con la capacidad para futuros embarazos.

Técnicas y procedimientos hay muchos, pero la más usada en el medio es la siguiente:

1. Paciente bajo anestesia epidural, raquídea o general, según el orden.
2. Posición en decúbito dorsal, practicándosele antisepsia y colocación de campos.
3. Incisión mediana infraumbilical que va del ombligo a la sínfisis púbica que interesa la piel y tejido celular subcutáneo.
4. Incisión de facia a nivel de la línea media, luego peritoneo parietal en el mismo sentido, previa divulsión de los músculos rectos. Incisión en media luna de peritoneo vesicouterino separando vejiga urinaria y exponiendo bien el área de segmento uterino, exposición del área operatoria, rechazando intestinos con compresas y la vejiga con la valva púbica de Baldford.
5. Incisión del útero a nivel del segmento con bisturí, hasta visualizar la bolsa amniótica, ésta se incide para aspirar el líquido contenido.
6. Ampliación de la herida segmentaria, divulsionado el músculo con los dedos o con tijera abotonada, (lister), procurando no lesionar los vasos uterinos (incisión de Munro-Kerr) en media luna.
7. Extracción del feto y placenta.

8. Cierre de herida uterina, usando catgut crómico "0" de preferencia aguja atraumática, en el primer plano hemostático puntos seguidos y pasados, un segundo plano invaginante de puntos continuos no pasados de Lembert o Cushing, usando el mismo material de sutura.
9. Sutura de Peritoneo vésico uterino con cargut simple "2" y peritoneo visceral con el mismo material, algunos afrontan músculo.
10. Cierre de facia con algodón 2/0. puntos separados, tejido celular subcutáneo con catgut simple "2/0" (algunos usan algodón 6/0 y otros no cierran tejido celular subcutáneo) sutura de piel con punto de Mc-Millian algodón "12/0" o puntos simples
11. Es necesario vaciar la vejiga previamente dejando sonda de Foley y al terminar la operación exprimir el útero manualmente para extraer coágulos y obtener una contracción más sostenida (expresión manual del útero) (3).

TIPOS DE CESAREA

CESAREA CORPOREA (Clásica): Sanger

Al hablar de cesárea corpórea en esta época, parecería a primera vista extemporáneo, puesto que se piensa que por las desventajas que tiene esta técnica, en comparación con la segmentaria debería de abandonarse. Sin embargo, la llamada operación clásica tiene todavía, al presente, indicaciones que si bien escasas son precisas, por lo que es necesario conocerlas, así como sus peligros y complicaciones Materno-Fetales.

Después del establecimiento rutinario de las técnicas bajas, la cesárea clásica se dejó en el olvido y hasta se consideró que el ci-

rujano que la practicaba no era competente y que esta cirugía era un menoscabo en su prestigio. Sin embargo, la operación tiene su razón de ser dentro de la cirugía obstétrica actual. La técnica de ésta operación es fácil y rápida. El traumatismo sobre la madre es poco; y nulo sobre el feto. Debe recordarse que los defectos cicatriciales predisponen a ruptura uterina en el siguiente embarazo en un grado mayor que cuando se efectúa la sección en el segmento uterino.

La justificación de ésta operación se basa en la valoración de su utilidad en relación con el riesgo quirúrgico y las consecuencias posteriores.

En general se puede decir, que es una intervención que no debe de ser olvidada, que tiene indicaciones precisas, pero que sólo es conveniente efectuarla cuando no es posible realizar la técnica segmentaria.

Las indicaciones principales son:

Cáncer Cervical Invasivo e imposibilidad de cortar el segmento uterino, concuerda con lo señalado por diferentes autores; en contraste con otras indicaciones como: placenta previa, desprendimiento de placenta normoinserta y cesárea anterior corporal, cuya justificación no es aceptada generalmente, la indicación de situación transversa es dudosa, ya que generalmente al segmento está muy extendido y es posible efectuar la extracción por la incisión segmentaria ampliando cuando sea necesaria una evacuación uterina muy rápida, como en la cesárea post-mortem, es otra indicación poco frecuente de la cesárea clásica.

La imposibilidad de abordar el segmento uterino puede estar condicionado a:

- a) Vejiga alta y fija (en cesárea iterativa)
- b) Adherencias firmes en segmento.
- c) Tumores istmicos.
- d) Varicosidades a nivel del segmento.

CESAREA SEGMENTARIA

La cesárea segmentaria es la operación más practicada en el presente porque ofrece mayores seguridades inmediatas y tardías. Podemos puntualizar en ellas las siguientes ventajas:

- a) Con una laparotomía más pequeña, se aborda el útero en un punto declive de la cavidad peritoneal laserosa es más resistente y donde no se tropieza con el epiplón no el intestino disminuyendo así, el manipuleo intestinal y por lo tanto hay menor incidencia del shock neurogénico o de ilio adinámico post-operatorio.
- b) En esta región, el peritoneo puede ser despegado y permite después una peritonización, con menor probabilidad de adherencias posteriores.
- c) La menor vascularización del segmento da menos hemorragia.
- d) Después de la extracción del feto y la placenta es más fácil de suturar y, en vista de que se realiza en el segmento inactivo del útero, cicatriza mejor.
- e) El asiento fijo y bajo de la herida proporciona, en caso de infección un mejor bloqueo y defensa.
- f) Se tiene menos probabilidades de incidir el útero en el sitio de incisión placentaria.

INDICACIONES DE CESAREA

MATERNAS:

1. La desproporción cefalopélvica: Constituía casi la única indicación de la vieja obstetricia. Actualmente nos encontramos que las pelvis afectadas son muy pocas y en las pelvis viables es imposible asegurar si el parto se llevará a cabo por vía natural o

bien por vía contranatural. Ya que el diagnóstico clínico y radiológico de desproporción media o relativa no autoriza a practicar la intervención, se deberá dar una prueba de trabajo de parto para determinar si la cabeza del feto se orienta bien y descende excepto en las presentaciones podálicas. En algunas ocasiones, se puede usar perfusiones intravenosas con ocitocina para dar esta prueba. Con esta forma de actuar, sólo un 35 por ciento de cesáreas corresponden a un obstáculo de origen óseo.

2. Toxemias Gravídicas: Si la paciente no mejora después de un periodo de tratamiento médico para la pre-eclampsia, y si los medios para desencadenar el trabajo de parto fracasan debe practicarse una cesárea con el objeto de evacuar el feto, evitar complicaciones graves materno-fetales.

En la eclampsia, lo más lógico es la evacuación inmediata del útero; pero, desgraciadamente las pacientes eclámticas resisten mal al shock operatorio y la mortalidad en esta paciente es del 10 al 20%. Cuando más crisis convulsivas halla sufrido la paciente pero será el pronóstico.

Como cada caso de eclampsia tiene una fisonomía y evolución particular, la conducta quirúrgica no puede ser sistemática. Cuando decimos que se debe evacuar el útero inmediatamente, no significa que se debe hacer cesárea sino que se debe administrar una perfusión intravenosa con oxitocina; salvo en aquellos casos en que existe otra indicación obstétrica agregada.

3. Distocias Dinámicas: La cesárea estará indicada en una distocia funcional siempre que:

3.1. Exista un verdadero trabajo de parto; es decir, que no se interpreten como anomalías de la contracción los fenómenos dolorosos del pre-parto.

3.2. Fracase un correcto tratamiento medicamentoso.

- 3.3. Pueden juzgarse, por experiencia, las ventajas y riesgos de una solución vaginal.

4. Patología Materna Intercurrente:

4.1. Hipertensión Arterial Agravada: Si la presión asciende pese al tratamiento médico, la embarazada expuesta a temibles complicaciones (tales como: hemiplejías, hemorragias retinianas y retroplacentarias, siendo además, pésimo el pronóstico para el niño. Si no hay trabajo de parto y no se logra éste con una inducción se practicará una cesárea

4.2. Diabetes: Interrumpir el embarazo por cesárea en el período preterminal, sobre todo si hay macrosomía fetal, toxemia sobre agregada o si se ha controlado en forma deficiente la diabetes.

4.3. Netropatías: Deberá practicarse la cesárea cuando la insuficiencia renal alcanza límites peligrosos y no es médicamente controlable.

5. Patología Ginecológica Asociada: (Distocia de partes blandas

5.1. Malformaciones Congénitas: Hacen imposible o peligroso el parto vaginal.

5.2. Tumores: Carcinoma del cervix; o algún quiste ovárico, fibroma que actúa como tumor previo.

5.3. Después de Cirugía Plástica Vaginal: Corrección de fístulas prolapsos uterinos, etc.

6. Ovulares:

6.1. Placenta Previa: Los elementos que aquí sirven de pauta para indicar la cesárea son: la falta de control y gran magnitud de la hemorragia, el feto vivo en las proximidades del término, la distancia completa, la resistencia del cuello, las variedades oclusivas y la primiparidad.

No hay que olvidar que las variedades son oclusivas y la multiparidad son favorables y muy comunes (85%) y que en ellas el método de Puzos logra con frecuencia una terminación fácil y exitosa.

6.2. Desprendimiento Prematuro de la Placenta Normoincerta: Será tratado con cesárea cuando el feto está vivo y viable o aquellos en que, aun con feto muerto, el parto no se realiza dentro de las 6 horas y la paciente tiende a agravarse, la intervención operatoria debe acompañarse de transfusiones sanguíneas.

6.3. Procidencias del Cordón: Con feto vivo y dilatación in completa es un motivo fundado de cesárea; superior a las tentativas de reducción.

7. Fetales:

7.1. Sufrimiento Fetal: Es frecuente notar que esta indica ción se hace con ligereza. Los únicos datos clínicos - que deben tomarse como base son: la aritmia y la bradi- cardia. La taquicardia por sí sola no plantea la extrac- ción inmediata; sino que exige una mayor vigilancia.

7.2. Presentaciones Anormales: Las de hombres, las de - frente o cara y las podálicas acompañadas de dificultad en la dilatación o de problema pélvico.

7.3. Anomalías Fetales: Monstruos siameses.

8. Otras Indicaciones:

8.1. Cesárea previa: Para algunos obstetras es indicación de que se ha de repetir la operación; pero para otros no lo es.

Por supuesto, si persiste la indicación que motivó la pri mera cesárea; como la estrechez pélvica, todos los fetos de tamaño normal deben ser extraídos por vía abdominal

Al decidir la ejecución de la cesárea hay que asegurarse de que el feto sea maduro para sobrevivir, el momento o portuno para realizar la cesárea electiva es esperar que comiencen los dolores de parto o bien si se produce la - ruptura espontánea de las membranas ovulares

8.2. Tragedias Ostétricas: En algunos pacientes que pade-- cen aborto habitual, en pacientes con muerte fetales in-- traparto inexplicables o en aquellos cuyos fetos anterior- res murieron después de llegar al período de viabilidad, se puede ejecutar la operación cesárea inmediatamente antes de la fecha en que con anterioridad murieron los - fetos.

8.3. Inminencia de Ruptura Uterina:

8.4. Embarazo Prolongado: cuando no se puede obtener res- puesta al inducir el trabajo de parto.

CONTRAINDICACIONES DE LA OPERACION CESAREA:

1. Muerte del Feto: Siempre que existe indicación materna y no - existe desproporción feto-pélvica, algunos casos de desprendi-- miento prematuro de la placenta, placenta previa de incersión ba- ja o parcial y siempre que permita una maniobra de Puzos o una maniobra en Braxton Hicks (actualmente en desuso por el aumen- to en la incidencia de ruptura uterina a nivel del segmento).

2. Eclampsia: Salvo en caso de no responder a la inducción.

3. Anomalías Fetales: La hidrocefalia, por ejemplo, ya que existen medidas de reducción (cráneocentesis).

4. En las Hemorragias graves: Mientras no mejore el estado gene- ral de la paciente, ya que la intervención aumentaría el riesgo de mortalidad por shock anestésico y quirúrgico.

ACCIDENTES Y COMPLICACIONES DE LA CESAREA

Los accidentes y complicaciones de la cesárea se dividen en:

1. Inmediatas:

- 1.1. Traumatismo Vesical: Se debe suturar en dos planos; dejando sonda vesical por diez días.
- 1.2. Hemorragias: Que puede originarse en la superficie de la sección del segmento, por atonía uterina a nivel de una rasgadura de los ángulos de la incisión, que puede acompañarse de lesión de la arteria uterina.
El tipo de anestésico influye sobre la intensidad de la hemorragia.
- 1.3. La delgadez del Segmento: Expone a que se hiera al niño durante la incisión.
- 1.4. Traumatismo del Feto en su Extracción (muy raros).
- 1.5. Por último tenemos un accidente de técnica que se debe evitar, y es la sutura del labio superior de la histertomía con la pared posterior del útero (muy raras).
- 1.6. Ligadura de ureteres (muy rara).

2. Mediatas:

- 2.1. La más importante es la peritonitis, que puede originarse por contaminación durante el acto operatorio o por propagación desde la cavidad uterina infectada en el post-operatorio.
- 2.2. Endometritis Post-Operatoria: Que altera el proceso de cicatrización del útero.
- 2.3. Infección de Herida Operatoria

3. Tardías:

- 3.1. Las eventraciones consecuentes a la mala cicatrización de la pared a causa de infección o hematoma.
- 3.2. Hernias.

OPERACIONES CESAREAS

Pronóstico de la Cesárea Abdominal:

Materno. Está ligado estrechamente a una correcta anestesia, al uso oportuno de la transfusión sanguínea, a una ajustada indicación y buena técnica operatoria; al uso de los antibióticos, cuando estuvieran indicados, y a la vigilancia capacitada del postoperatorio

La mortalidad materna oscila entre un 0.30% y un 0.76% según las diversas experiencias: complicaciones cardiorrenales, accidentes, anestésicos, sepsis.

La morbilidad (4.10%) está representada en especial por procesos infecciosos; flebitis, mastitis, procesos broncopulmonares, infecciones urinarias, supuración de la herida, flemones pelvianos (15)

Fetal: Los riesgos fetales dependen en gran parte de la anestesia de la paciente y del grado de asfixia que pueda sufrir. Esta última ocasiona inevitables, hipoxia fetal.

La mortalidad neonatal se halla agravada por la prematuridad, puesto que existen muchas condiciones en que debe practicarse la operación por razones médicas u obstétricas antes del término; por hemorragias (placenta previa) y por accidentes vasculares (abruptio placentae), sin embargo, el riesgo fetal en la cesárea es superior pese a que en el parto vaginal, las dificultades respiratorias son mayores que en el niño nacido por parto vaginal. En el parto cesáreo, la presión de oxígeno en el recién nacido es inferior, se ha comprobado una relación inversa entre la frecuencia del síndrome de su

frimiento respiratorio y la edad del embarazo: dandomás importante aquél, cuando el riesgo intrauterino es grave, aunque los niños sean maduros, la posibilidad de trastornos respiratorios es mayor

Embarazo y Parto Después de la cesárea:

El aumento de las indicaciones de la cesárea hace que sea necesario considerar este aspecto.

Cuando se trata de una paciente a la que ya se le ha practicado una cesárea, es necesario indagar la indicación de su intervención anterior. Si la misma fue de carácter "permanente" o "inmutable" (estrechez pélvica), es lógico que se mantenga para partos ulteriores. Por el contrario, si la indicación fue "circunstancial" (procidencia de cordón, discinesia uterina, placenta previa, etc.), en un parto siguiente, si las condiciones son favorables (proporción pélvico-fetal dinámica uterina, etc.), éste puede terminar en forma espontánea (15).

La posibilidad del parto por vía vaginal en pacientes con cesárea anterior es muy cierta; entre un 54 y un 70 por ciento, según diferentes experiencias. Pero también es real que el porcentaje de la histerotomía entre tales pacientes es muchísima mayor que entre el total de embarazadas, en razón de que la misma cesárea disminuye las posibilidades para otros partos (primiparidad tardía, feto, grande, alteraciones dinámicas, trabajo prolongado, etc). (15).

El peligro a que se expone la embarazada con cesárea anteriores es el de rotura del útero: 1 por ciento de los casos. Esto puede ocurrir en el último tiempo gestacional, y en especial, en el parto. Naturalmente, influyen aquí la modalidad operatoria (incisión corporal o segmentaria) y la técnica de la misma (sutura) (15)

La cesárea corporal ofrecía un porcentaje mayor de rotura del útero; las incisiones segmentarias mejoraron notablemente el porvenir de la operada. (15).

Por lo tanto, el problema más importante es el que se refiere a las condiciones de la cicatriz uterina; en este sentido, es conveniente conocer el curso postoperatorio: si el puerperio fue febril, la complicación infecciosa pudo haber influido en forma desfavorable sobre la cicatrización. También la técnica de la síntesis uterina

puede favorecer una reparación defectuosa: la inclusión del endometrio en la brecha uterina y el imperfecto afrontamiento de los labios uterinos pueden originar la transformación descidual del área endometrial incluida, lo que crea una situación que favorece la dehiscencia de la cicatriz. (15).

La histerografía realizada después del cuarto mes de la operación permite descubrir deformaciones o fallas de la herida operatoria que pueden hacer presumir riesgo para la evolución de un parto ulterior. (15).

De cualquier manera, el riesgo materno derivado de la posibilidad de la rotura del útero es inferior al ligado a la cesárea iterada.

Es forzoso internar en una clínica maternal a estas pacientes. Las perspectivas de la vía vaginal deben considerar un parto de prueba, que comporta riesgos menores que los del tallo cesáreo iterativo en cada caso particular deben valorarse todos los factores de parto para permitir en cada uno la vía más segura a elegir.

El parto vaginal debe controlarse estrechamente: estado general dinámica uterina, estado fetal. El forceps profiláctico (en cuanto se hayan reunido las condiciones necesarias), es aconsejable en los casos de período expulsivo trabajoso o prolongado. (15).

Cicatrización de las Heridas:

Características Clínicas y Biológicas:

La cicatrización de las heridas representa una serie integrada altamente dinámica de acontecimientos celulares fisiológicos y bioquímico que tienen lugar exclusivamente en organismos completos. Aunque los componentes individuales de la reacción cicatrizal (multiplicación y migración celular, síntesis y entrecruzamiento de colágena, etc.) tienen lugar en cultivos de tejidos o incluso en sistemas exentos de células, las heridas no cicatrizan en un frasco ni se producen acontecimientos de ningún género en casos de aislamiento

La eliminación de los residuos celulares y de los fragmentos de tejidos lesionados constituye parte esencial de la cicatrización de las heridas corriendo a cargo de los leucocitos el desempeño de esta función. Al principio predominan los leucocitos polimorfonucleares, pero al cabo de algunos días aumentan en forma manifiesta la proporción de monocitos. Estudios morfológicos cuidadosos indican que durante la migración inicial de los leucocitos, la proporción entre granulocitos y monocitos en la sangre y exudado extracelular es idéntica. Sin embargo, los granulocitos poseen vida muy breve y el movimiento activo de los leucocitos en la herida es pasajero. A medida que los granulocitos son lisados, mueren y liberan hidrolasas ácidas en el medio local, aumenta la proporción de monocitos los cuales pueden continuar su actividad depuradora durante semanas. Por lo tanto, los índices diferenciales de supervivencia explican al parecer los cambios de la población. (11).

Epitelización. Células Epiteliales

Las superficies epiteliales del cuerpo están formadas de células lábiles; incluyen la mucosa escamosa estratificada de piel, cavidad bucal, vagina y cuello uterino, epitelio cilíndrico de aparato gastrointestinal, útero y trompas de Falopio, y epitelio de transición del aparato urinario. En todos estos casos, durante toda la vida, las células superficiales se descaman continuamente, y la integridad del epitelio se mantienen por renovación constante de los elementos perdidos, por migración y proliferación de células de reserva, (Anátesis o Anagénesis?). Basta recordar cómo vuelve a formarse el endometrio después de cada período menstrual para percibirse de la capacidad de regeneración de las superficies epiteliales (9, 14).

En efecto, en las heridas cutáneas, la epidermis inmediatamente vecina al borde de la herida comienza a engrosar 24 horas después de la lesión. Las células basales marginales pierden su firme adherencia a la dermis subyacente, aumentan de volumen y entonces comienzan a emigrar cruzando el defecto.

Las células basales fijadas en una zona cercana al borde seccionando experimentan una serie de divisiones mitóticas rápidas y las células hijas emigran, dirigidas mediante guía por contacto a lo largo de las bandas de fibrina y por inhibición de contacto. En este momento, las anfractuosidades más profundas de la herida contienen solo bandas de fibrina y células inflamatorias, después de formarse puentes a nivel del defecto, las células epiteliales emigrantes pierden su aspecto aplanado y adoptan forma más cilíndrica, aumentando su actividad mitótica. Se establece así la formación de capas de epitelio con queratinización de las células de la superficie. Sin embargo, la interfase epitelial-mesenquimatosa no recupera nunca su arquitectura normal. (11).

La notable respuesta de las células epiteliales a la lesión no queda restringida a las áreas superficiales. En efecto, la lesión en cualquier elemento epitelial puede iniciar de inmediato una emigración epitelial. Por ejemplo, si persisten durante varios días suturas en heridas cutáneas, las células epiteliales emigran hacia las mismas y la queratinización y engrosamiento epitelial subsiguientemente pueden producir reacciones manifiestas de cuerpo extraño y formación de abscesos estériles. Incluso las suturas subcuticulares que seccionan folículos pilosos o glándulas sudoríparas pueden quedar rodeadas de bandas de epitelio y producir quistes epiteliales. (11)

Se postula que la lesión de células estables desreprime los programas genéticos que reprimen los fenómenos mitóticos en la célula inactiva o latente. Los dos grandes grupos de células que tienen la facultad de reconstitución funcional son estos: las células parenquimatosas de prácticamente todos los órganos glandulares del cuerpo y los derivados mesenquimatosos de la índole de fibroblastos, osteoblastos y condroblastos. (9).

Aunque las células lábiles y las estables pueden regenerarse, esto no significa obligadamente que las lesiones de estos órganos o tejidos experimenten reparación con restitución completa de la estructura normal. PARA PERMITIR LA SUBSTITUCION PERFECTA, DEBE CONSERVARSE LA ARMAZON SUBYACENTE O EL

ESTROMA DE SOSTEN DE LAS CELULAS PARENQUIMATOSAS. Cuando falta este soporte, las células pueden proliferar al azar y producir masas desorganizadas que no guardan semejanza alguna con la disposición ordenada original. Como alternativa, puede ocurrir cicatrización, claro está QUE LA DESTRUCCION COMPLETA DE UNA GLANDULA O UN ORGANO DESCARTA LA POSIBILIDAD DE REGENERACION. (9).

FASE CELULAR (Células del Tejido Conectivo)

A partir del segundo o tercer día, una serie de células fusiformes con núcleos ovales aumentan notablemente en número y al cabo de 10 días dominan la población celular. Poco después de esta invasión de células, aparecen fibras de colágena en la herida. Datos concluyentes indican que este nuevo tipo de células es fibroblasto y secreta moléculas de colágena (11). Los fibroblastos vistos en las heridas en trance de cicatrización derivan de células mesenquimatosas locales, especialmente de las asociadas con la adventicia del vaso sanguíneo (11). Las células de tejido conectivo tipo fibroblasto o sus progenitores mesenquimatosos más primitivos, no sólo son muy resistentes, a las lesiones sino también son células totipotenciales que conservan la capacidad de proliferar durante toda la vida del sujeto. Las cicatrices del tejido conectivo resultan de proliferación de fibroblastos, con depósito ulterior de colágena intercelular. Dado que en la mayor parte de las lesiones se destruyen células del estroma al igual que parenquimatosas, la proliferación fibroblástica y la cicatrización son consecuencias de casi todos los fenómenos de reparación. El fibroblasto totipotencial también puede diferenciarse en cualquier otra clase de célula de sostén. Por transformación metaplástica puede convertirse en osteoblasto o condroblasto y elaborar hueso o cartilago. Por virtud de la acumulación de lípidos, el fibroblasto o su progenitor se transforman en células lípidas y así reparan el tejido adyacente lesionado (9).

En el momento en que los fibroblastos locales comienzan a moverse en la herida, el espacio de la misma se llena de bandas de fibrina. Aunque los fibroblastos migratorios utilizan al parecer la red de fibrina como andamiaje, no sabemos todavía si las bandas de fibrina proporcionan orientación o guía por contacto. Los fibroblastos cultivados no cruzan un espacio líquido a menos que una prolongación celular se fije a una superficie sólida en el lado opuesto. (11).

Debido a que las primeras fibras de colágena identificables están más asociadas con bandas de fibrina, algunos observadores han sugerido que la fibrina quizá se convierta de algún modo en colágena. Si bien la verdad es todo lo contrario. Los fibroblastos no poseen enzimas fibrinolíticas. Grandes cantidades de fibrina, coágulos sanguíneos o tejidos muertos forman una barrera física que impide la penetración del fibroblasto y retrasa la producción de fibras de colágena, pero la proliferación de los capilares, constituye rasgo prominente de toda cicatrización temprana de una herida. En las heridas abiertas o cerradas, se forman nuevos capilares por gemación de las vénulas existentes. (11).

A medida que disminuye la población de fibroblastos, las fibras de colágena se convierten en el rasgo anatómico dominante de las heridas. Las primeras fibras de colágena aparecen a los cuatro o cinco días y rápidamente el espacio de la herida se llena de pequeños haces de fibras orientados al azar los cuales aumentan gradualmente de volumen y producen una estructura densa y masiva de colágena (la cicatriz) que une firmemente los bordes de los tejidos seccionados. El fenómeno del remodelado de la cicatriz es básico para la función de los tejidos lesionados o seccionados. (11).

Se ha observado regeneración de músculo en pared de intestino vejiga, útero y paredes de vasos sanguíneos. También en este caso, la mayor parte de las lesiones del músculo liso producen inevitablemente algo de cicatrización. En consecuencia, debe considerarse que la capacidad de regeneración del músculo liso es limitada. (9).

Estas células muy especializadas NO PUEDEN EXPERIMENTAR DIVISION MITOTICA EN LA VIDA POSTNATAL, posiblemente a causa de que los programas genéticos que participan en su división están irrevocablemente reprimidos. La lesión grave de éstos tejidos entraña inevitablemente pérdida de la función especializada. (9).

REPARACION POR TEJIDO CONECTIVO:

La proliferación y la cicatrización fibroblástica son los rasgos más generalizados de la reparación y se observan en todas las lesiones, excepto las pocas en las que ocurre lesión de las células estables y lábiles y el estroma de tejido conectivo persiste intacto. Esta forma de cicatrización se llama quirúrgicamente CICATRIZACION PRIMARIA O UNION POR PRIMERA INTENCION.

La incisión causa la muerte de un número limitado de células epiteliales al igual que de fibras y células de tejido conectivo; el espacio de la incisión es angosto e inmediatamente es ocupado por un pequeño volumen de sangre coagulada. La deshidratación del coágulo en la superficie forma costra que cubre la herida y la cierra herméticamente casi de inmediato, separándola del exterior. Qué tan pronto se efectúa la formación de puentes fibroblásticos subepiteliales? Cómo tanta rapidez la incisión alcanza la resistencia a la tracción completa de la piel no lesionada? Qué células o productos extracelulares brindan esta fuerza?. (9).

En término de 24 horas, en los bordes de la incisión aparecen los cambios característicos de la respuesta inflamatoria aguda en el tejido conectivo subepitelial. Los leucocitos que llegan son principalmente neutrofilos. (9).

Para el día 3, los neutrófilos casi han desaparecido y han sido sustituidos por monocitos que están muy ocupados en limpiar los restos necróticos y en eliminar eritrocitos y fibrina. En esta etapa se torna visible la hipertrofia de los fibroblastos subepiteliales, además del comienzo de la duplicación fibroblástica y la formación de yemas capilares. Este tejido fibroblástico vascularizado invade progresivamente el espacio de la incisión. Estainvasión avanza 6.2 m.m. al

día en el coágulo que llena la incisión, y se logra por división mitótica de los fibroblastos y de las células endoteliales. La actividad proliferativa mayor del endotelio ocurre en un sitio inmediatamente proximal a la punta en crecimiento de la yema capilar, lo cual empuja la punta hacia adelante. En ese momento ha fibras de colágena demostrables en los labios de la incisión, pero en etapa inicial están orientados verticalmente y no a manera de puente. Mientras está ocurriendo esta respuesta de tejido conectivo, continúan la proliferación y la diferenciación de células epiteliales, lo cual engrosa la capa de revestimiento epidérmico. (9).

Para el día 5, el espacio de la incisión está ocupado por tejido conectivo fibroblástico vascularizado y laxo rico en sustancias de cemento o fundamental. Las yemas capilares neoformadas de ambos lados se han unido para producir conductos continuos y en este período de cicatrización de la herida, la vascularización es máxima. Las fibrillas de colágena se tornan más abundantes y comienzan a ir de uno y otro lado de la incisión (9).

Durante la SEGUNDA SEMANA, hay acumulación continua de colágena y proliferación de fibroblastos dentro del tejido conectivo incisional. Han desaparecido casi por completo el infiltrado de leucocitos, el edema y la mayor vascularización y el tejido conectivo celular que llena la incisión comienza a comprimir los conductos capilares neoformados de pared delgada; durante esta semana, suele caer la costra superficial. (9).

Para el final del PRIMER MES, la cicatriz consiste en tejido conectivo celular, aún excesivamente vascularizado pero sin infiltrado inflamatorio y cubierto de epidermis intacta. La proliferación lenta pero constante de fibroblastos y la acreción (adición de partículas o capas a un tejido) continua de colágena aumentan la presión mecánica sobre los conductos vasculares y, en los meses siguientes la vascularización disminuye cada vez más. Puede necesitarse casi un año para que la cicatriz se transforme en una cicatriz acelular, avascular, pálida y colágena. (9, 14).

EN UNA HERIDA QUIRURGICA LIMPIA OCURRE CIERRE HERMETICO EN TERMINO DE HORAS POR FORMACION DE COAGULO SANGUINEO, CUYA SUPERFICIE SE DESHIDRATA Y PRODUCE COSTRA; SE RESTABLECE LA CONTINUIDAD EPITELIAL EN TERMINO DE 24 A 48 HORAS. EL PUENTE FIBROBLASTICO NO SE TORNA PATEENTE ANTES DE TRES A CINCO DIAS DESPUES DE LA INCISION Y LA COLAGENIZACION DEMOSTRABLE SOLO COMIENZA A APARECER EN LA ULTIMA PARTE DE LA PRIMERA SEMANA.(9).

SUBSTANCIA FUNDAMENTAL

Las cicatrices maduras y en desarrollo poseen los mismos componentes extracelulares básicos de todo tejido mesenquimatoso, es

decir, proteínas fibrosas, principalmente colágenas y glucosaminoglicanos, mucoproteínas y glucoproteínas. (11).

Todos los tejidos conectivos contienen cantidades variables de glucosaminoglicanos, macromoléculas gigantes, compuestas principalmente de carbohidratos y de una cantidad variable de proteínas, las que se conocen siete tipos principales. (11).

Los primeros estudios histoquímicos y las determinaciones de hexosamina sugirieron que durante los tres o cuatro primeros días de la cicatrización, las heridas sintetizan grandes cantidades de glucosaminoglicanos. Durante los días siguientes, a medida que aparece la colágena en la herida, disminuye netamente el contenido de hexosamina. Concluyeron estos investigadores que la producción y depósito de mucopolisacáridos prepara y dirige a los fibroblastos para producir colágena. Hasta la fecha, no se ha establecido un papel definido a los glucosaminoglicanos en la cicatrización de las heridas. Aún que no han sido identificadas con certeza las células productoras de glucosaminoglicanos en las heridas de trazo de cicatrización. Los fibroblastos en cultivos de tejidos pueden producir grandes cantidades de ácido hialurónico y en el caso de los condrocitos y otras células aisladas importantes de glucosaminoglicanos sulfatados. Los fibroblastos de los cuales depende la síntesis de colágena pueden producir también glucosaminoglicanos en la herida. (11).

METABOLISMO DE LA COLAGENA

Durante el período en que los fibroblastos se dividen e invaden el espacio de la herida es muy escasa la síntesis de colágena. Tan sólo después que los fibroblastos han logrado densidad suficiente (casi siempre entre el segundo y tercer día) puede identificarse químicamente dicha síntesis. No se observan por estudio histológico fibras de colágeno hasta el cuarto o quinto día. Los fibroblastos en cultivos de tejidos de una sola capa se comportan de la misma forma. Durante la primera fase del crecimiento, es sintetizada muy poca colágena quizá ninguna; después de lograda confluencia, disminuye el índice mitótico produciéndose grandes cantidades de colágena. (11).

La colágena es sintetizada en el interior de los fibroblastos sobre los grandes polirribosomas. Algunas elucubraciones científicas suponen que actúan los mismos sistemas de control de DNA - RNA mensajero en la síntesis de colágena que une la síntesis de enzimas bacterianas. Pero no se sabe que aminoácidos específicos se congregan en las cadenas polipeptídicas de colágena por medio de un RNA soluble o de transferencia. La síntesis comienza en el extremo aminoterminal y progresa en orden sucesivo hacia el extremo carboxilo terminal. No se sabe si las tres cadenas de polipeptidos de la colágena son sintetizadas y reunidas simultáneamente o si primero son sintetizadas y más tarde aglomeradas.

La síntesis de la colágena posee características únicas que no existen en la de otras proteínas. Los residuos de aminoácidos incorporados a la molécula de colágena proceden de los mismos fondos comunes intracelulares utilizados en la construcción de otras proteínas. Sin embargo, los únicos ácidos que carecen de fondo común entre celular, ya que ni hidroxiprolina se incorpora directamente a la molécula de colágena, puesto que es sintetizada primero una molécula precursora, protocolágena, rica en prolina pero sin hidroxiprolina. Sin hidroxiprolina, el precursor soluble de colágena (procolágena) pudiera no presentar fibrilogénesis (9). Más tarde una enzima, hidroxilasa de protocolágena, hidroxila los residuos específicos de prolina en el grupo polipeptídico. Esta reacción es específica de la síntesis de colágena y la inhibición de la actividad de esta enzima ejerce efectos profundos sobre el tejido cicatrizal. (11).

Durante la hidroxilación, el átomo de oxígeno del grupo hidroxilo procede del oxígeno molecular. Además, la hidroxilasa de protocolágena requiere de un alfa-cetoglutarato como substrato y de hierro ferroso como cofactor. Es también necesario un donador de electrones función que en circunstancias normales desempeña el ácido ascórbico (vitamina c). Cuando se inhibe la actividad de la hidroxilasa de protocolágena, mediante el uso de quelantes (separadores iónicos inorgánicos no disolubles) del hierro ferroso (alfa--

dipirilo, 1-10 fenantrolina) o por privación de las células de oxígeno, el citoplasma se llena de péptidos ricos en prolina inhibiéndose específicamente la síntesis y excreción de colágena. Si las células requeridas para sintetizar colágena son privadas rápidamente de ácido ascórbico se observa el mismo fenómeno. De los muchos factores, el mejor comprobado es la necesidad de concentración adecuada de vitamina C para la síntesis de colágena normal, ya que el ácido ascórbico aumenta la conversión de prolina a hidroxiprolina y de lisina hidroxilisina. La deficiencia de esta sustancia (escorbuto) produce desorganización de la ultraestructura del fibroblasto y trastorno de la síntesis de la colágena normal. (9, 11, 14).

La deficiencia de ácido ascórbico, inhibe la síntesis rápida de la colágena, pero no influye en su destrucción. Un equilibrio dinámico prolongado entre la síntesis y la destrucción de la colágena cicatrizal podría explicar este fenómeno, así como otras reacciones anormales en la cicatrización de las heridas, por ejemplo: alteraciones breves de este equilibrio podrían producir las cantidades anormales elevadas de colágena observadas en queloides y fibrosis retroperitoneal, además de las cantidades anormalmente pequeñas características del escorbuto (11).

DEFICIENCIAS DE VITAMINAS Y OLIGOELEMENTOS

La administración de cantidades relativamente pequeñas de vitamina C restablece la cicatrización normal, no siendo necesaria la saturación. Aunque nos hemos referido a la función del ácido ascórbico en la síntesis de colágena, las anomalías fisiológicas en el escorbuto no se limitan al metabolismo de la colágena. El ácido ascórbico, agente reductor poderoso, está implicado al parecer en otros diversos sistemas de reducción-oxidación. La cicatrización normal de las heridas requiere cantidades adecuadas de ácido ascórbico pero los estados de deficiencias son raros en el mundo occidental, salvo en alcohólicos o en individuos gravemente desnutridos.

En la actualidad se estudia intensivamente el papel de los metales en la cicatrización de las heridas, como es sabido son necesarios cobre y hierro para el metabolismo normal de la colágena, si bien rara vez se observan, quizá nunca, estados de deficiencia. El Zinc

y otros cationes divalentes actúan como cofactores en muchas reacciones metabólicas y los estados de deficiencia en animales retardan la epitelización y la ganancia de resistencia.

ANEMIA, PERDIDA DE SANGRE Y TENSION DE OXIGENO (Trastornos Hematológicos)

La deficiencia de neutrófilos en la sangre circulante (granulocitopenia) es una base plenamente comprobada de aumento de la susceptibilidad a la infección bacteriana. La deficiencia de neutrófilos observa en diversos trastornos hematológicos de la índole de leucemia pancitopenia, y agranulocitos, en todas estas circunstancias, los sujetos se tornan excesivamente susceptibles a infecciones bacterianas (9). Sabemos hoy que la caída prolongada de la tensión de oxígeno dificulta notablemente la cicatrización. Es probable que los resultados equívocos con anemias experimentales pueden explicarse por diferencias en la tensión local del oxígeno. Para la cicatrización normal es al parecer más importante la perfusión tisular adecuada que la capacidad aporte de oxígeno de la sangre. La hemorragia o la anemia solas quizá no alteren la tensión del oxígeno en los tejidos, sin embargo, la hipovolemia, vasoconstricción y el aumento de viscosidad de la sangre pueden producir efectos profundos sobre la tensión local del oxígeno. La temperatura ambiente influye también en la tensión local del oxígeno en la piel y afecta la cicatrización de las heridas. Por otra parte, las heridas adquieren nueva resistencia más rápidamente a temperaturas ambientales elevadas. El riego sanguíneo local es al parecer decisivo, ya que la disminución de la vasoconstricción local por desvascularización de la piel anula el efecto de la temperatura sobre la cicatrización.

SITUACION DE ALARMA, ESTEROIDES Y AGENTES ANTIINFLAMATORIOS

ACTH, cortisona y otros glucocorticoides pueden producir efectos profundos sobre el ritmo de la cicatrización. La cortisona y

sus derivados disminuyen la velocidad de síntesis de proteínas, estabilizan las membranas lisosómicas e inhiben la proliferación de fibroblastos disminuyen el ritmo de epitelización. Todas las fases de la cicatrización progresan mucho más lentamente en los pacientes que reciben terapéutica prolongada a base de esteroides y que deben someterse a intervenciones quirúrgicas es mucho mayor el riesgo de cicatrización demorada.

Los otros antiinflamatorios usados con frecuencia (derivados salicílicos, fenilbutazona) ejercen efectos mínimos sobre la cicatrización. Las dosis masivas de aspirina retrasan notablemente la ganancia de resistencia, para las dosis farmacológicas no producen efecto alguno.

DROGAS CITOTOXICAS Y RADIACION

Los efectos de la radiación aguda y los otros agentes citotóxicos influyen también en el ritmo de cicatrización. La mayor parte de agentes citotóxicos producen sus mayores efectos sobre las células epiteliales o de los fibroblastos locales debe impedir o retrasar la cicatrización. La administración de mostaza nitrogenada, tiotepa, 5-fluorouracilo y otros antimetabólicos rara vez produce concentraciones tisulares suficientemente altas para influir en la división de las células en las heridas. Sin embargo, la aplicación local prolongada de estos agentes (sobre todo 5-fluorouracilo), puede impedir por completo la cicatrización. Las dosis altas de radiación, especialmente durante los tres primeros días retrasan notablemente la ganancia de resistencia (11).

CONTROL DEL PROCESO DE CICATRIZACION

Las células epiteliales no emigran sobre superficies compuestas de materiales muertos ni sobre tejidos sometidos a enormes cargas de bacterias, las heridas de granulación y en espera de epitelización deben conservarse libres de materiales muertos y para ello es sumamente útil el desbridamiento cuidadoso con pinzas e instrumentos de corte. (11).

A principios del siglo actual señaló Alexis Carrel que los extractos de tejidos embrionarios aumentaban la actividad mitótica de los fibroblastos cultivados. Esta observación estimuló a los cirujanos para homogenizar tejidos de todas las variedades embrionarios y adultos, e inyectarlos o aplicar extractos de los mismos a las heridas. Después de décadas de experimentación, tan sólo una de éstas sustancias, el polvo de cartílago, ha demostrado su acción inequívoca sobre la cicatrización. En siete días las heridas tratadas con cartílago adquieren un 20% más de vigor y resistencia que los controles. Se desconoce el mecanismo de acción del cartílago sin embargo estudios histológicos sugieren que la densidad de los fibroblastos y la formación de colágena están aumentadas durante las fases de la reparación. El polvo de Cartílago, implantado en esponjas de plivinilo estimula la producción rápida de colágena. Aunque un aporte de cantidades supernormales de ácido ascórbico, proteínas o metionina no acelera la ganancia de resistencia, al incremento de la tensión de oxígeno estimula notablemente la cicatrización. Ni el polvo de cartílago ni el aumento de la tensión de oxígeno incrementan la ganancia de resistencia en grado suficiente para satisfacer a la mayoría de los clínicos. Las heridas incisas ganan menos del 5% de su resistencia final en siete días y menos del 15% en tres semanas. Un 20% de su aumento o incluso un 100% en dos o tres semanas pueden tener escasa significación clínica. Como la resistencia final de las cicatrices depende de las moléculas de colágena, densidad del entrecruzamiento y del entrelazamiento de las fibras, los agentes que influyen en el metabolismo de la colágena ejercerían efectos importantes sobre la cicatrización. (11).

PARAMETROS A CONSIDERAR PARA DAR OPORTUNIDAD DE PARTO VIA VAGINAL A UNA PACIENTE CON CESAREA SEGMENTARIA TRANSPERITONEAL PREVIA Y CUYO PROCESO PRE INTRA Y POST-OPERATORIO NO HAYA COMPLICADO EL PROCESO DE CICATRIZACION UTERINA

SI LA OPERACION EN EL EMBARAZO ANTERIOR FUE POR:

1. Sufrimiento Fetal Intenso (S.F.I.)
2. Placenta Previa Central Total Sangrante (P.P.C.T.S.)
3. Síndrome de Desproporción Céfalo-Pélvica (S. de D.C.P.)
4. Primigesta en Podálica.
5. Cesárea Segmentaria Transperitoneal Anterior con Parto Vía Vaginal Posterior.
6. Procidencia de cordón Umbilical con Dilatación Incompleta.
7. Inminencia de Ruptura Uterina (I.R.U.)
8. Situación Transversa con Ruptura Previa o Precoz de Membranas.

SIEMPRE QUE NO EXISTA LA SIGUIENTE COMPLICACION:

1. INTRA-OPERATORIO:

- a) Rasgadura hácia el Cuerpo Uterino
- b) Hácia Cuerpo Uterino y Segmento
- c) Segmentocorpórea, en Ancora o Ancla.

2. POST-OPERATORIO:

- a) Endometritis
- b) Infección de Herida Operatoria
- c) Dehiscencia Total o Parcial de Herida Operatoria.
- d) Eventración.
- e) Absceso Pélvico.

A una cesárea corpórea no se le dá oportunidad e parto vía vaginal, de donde cesárea corpórea es indicación de cesárea, porque

la incisión a nivel de cuerpo uterino tiene un mal proceso de cicatrización y es en esta parte del útero donde hay mayor actividad contractil, no así a nivel de segmento, donde hay menos musculatura lisa y el tejido de cicatrización fibrótico es mayor y mejor y no participa de la contracción activamente.

ABSORCION DEL MATERIAL DE SUTURA

En el período de tiempo requerido por las suturas de catgut para ser absorbidas depende de su grosor, de si se trata de catgut simple o crómico y muy particularmente del estado de los tejidos en que han de aplicarse. El tiempo de absorción indicado en las etiquetas de los tubos de catgut que se encuentran en el comercio se aplica sólo al caso de las suturas de tejidos normales en heridas asepticas. (12)

En la manipulación del material de sutura o ligadura han de tomarse las siguientes precauciones:

1. NO tocar nunca un tubo de catgut esterilizado, directamente con los dedos, debe usarse una pinza esterilizada o la mano enguantada.
2. NO debe manipularse innecesariamente el catgut o cualquier otro material de sutura, pues se contamina con especial facilidad.
3. No se debe nunca hervir los tubos que llevan la etiqueta: "no hervible". Si se hierve el catgut, se encoge, se desintegra y por lo tanto, se hace inservible.
4. No colocar nunca los tubos de catgut hervibles, en el hervidor sin envolverlos previamente en un paño; de lo contrario flotarían o pueden ponerse en contacto con el extremo del hervidor expuesto directamente al fuego y romperse.
5. Los tubos sacados del hervidor no deben exponerse rápidamente al aire frío, ni hay que intentar abrirlos cuando están todavía calientes. Los cambios bruscos de temperatura pueden ocasionar su explosión.

6. No hay que permitir que el catgut se ponga en contacto con los bordes de la herida cutánea mientras se usa en las partes profundas del campo operatorio.
7. Las infecciones purulentas locales en cualquier punto del organismo pueden causar bacteriemia. Las grandes cantidades de catgut, o los tejidos estrangulados por el catgut, pueden favorecer la localización de microorganismos. Esto ha de tenerse en cuenta cuando se inculpa al catgut como única fuente de la infección.
8. El catgut ha de ser digerido y absorbido por los tejidos; si éstos tejidos están debilitados, no han de sobrecargarse.
9. El catgut se absorbe en razón inversa a su área superficial. Por ejemplo, dos hebras finas se absorben más rápidamente que una gruesa.
10. El empleo de ligaduras finas y de una técnica muy cuidadosa en la práctica de la sutura facilitará la realización del resultado deseado (perfecta unión de los tejidos) y proporcionará a los tejidos menos proteínas extrañas con que luchar.

Para aumentar la resistencia a la absorción, las suturas de catgut pueden ser sometidas a un proceso de curtimiento y se designan luego como "suturas crómicas".

Otra ventaja de éstas es que pueden usarse hebras de menor calibre con el propósito de mantener la coaptación de heridas, pues su absorción es en las mismas circunstancias mucho más lenta que la del catgut simple. (12).

AGUJAS:

Se usan agujas curvas, semicurvas y rectas. Los tipos curvos se usan para las heridas profundas y para las de difícil acceso; las agujas rectas se emplean generalmente para los bordes superficiales de la herida. Las agujas curvas se manejan por medio de porta agujas. (12)

TIPOS DE SUTURA

Las suturas se clasifican, según la manera como son punccionadas, en entrecortadas, o interrumpidas, continuas y suturas de tensión. (12).

Las SUTURAS ENTRECORTADAS, son aquellas en que cada punto es independiente de los otros y se anuda separadamente.

Las Suturas CONTINUAS están formadas por una serie de puntos de un extremo a otro y sólo han de anudarse el primero y último de la serie.

Sutura CONTINUA TRENZADA. L. Torraca ensalza en la oclusión de heridas las ventajas de una sutura continua trenzada sobre la sutura simple continua.

Una SUTURA DE TENSION es una sutura no absorbible introducida a cierta distancia de la incisión y pasada a través de la piel el tejido subcutáneo, la fascia y el músculo. La sutura de tensión se utiliza no para la coaptación de los tejidos, sino sólo para mantenerlos aproximados y ayudar así a la rapidez y normalidad del proceso de reparación. (12).

Las suturas de coaptación han de comprender y anudar con la menor tensión posible pequeñas cantidades de tejido. La tensión excesiva causa la necrosis de los tejidos al dificultar la circulación de las partes que han de unirse. Los bordes de tejidos que no pueden aproximarse con una ligera tracción no deben suturarse. Por encima de todo, es muy cuerdo adoptar la regla siguiente: "TAN SOLO APROXIMAR Y NUNCA ESTRANGULAR". (12).

Un factor de seguridad en una herida laparotómica puede obtenerse colocando suturas de tensión a cierta distancia del área incisa, ejerciendo así el esfuerzo de aproximación de tejidos sanos. Por ejemplo, después de suturado el peritoneo pueden aplicarse suturas de tensión entrecortadas, no absorbibles a través de la piel el tejido subcutáneo, la fascia y músculo de un lado y a través de

las mismas formaciones del lado opuesto de la herida. Luego el músculo, la fascia y la grasa se coaptan con suturas de catgut fino comprendiendo pequeña cantidad de tejidos. Una vez ocluida la piel las suturas de tensión pueden ser fijadas sobre pequeños tubos de goma antes de ser ajustadas, o por cualquier otro medio para evitar que seccionen la piel sometida a fuerte tensión (12).

OBJETIVOS

1. Evaluar las frecuencias de Pacientes con Cesárea Anterior que ingresan al Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt de Guatemala y que tuvieron Parto Vía Vaginal.
2. Evaluar si el manejo de este tipo de Paciente es el Adecuado.
3. Satisfacer un interés personal en la Rama de la Gineco-Obstetricia.
4. Determinar que porcentaje de Cesáreas tuvieron disyunción de Cicatriz Secundaria a Parto Vía Vaginal.

HIPOTESIS

"LA CESAREA ANTERIOR NO ES INDICACION
ABSOLUTA DE CESAREA"

MATERIALES Y METODOS

HUMANO:

1. Personal del Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt en su asesoría y en su revisión (Dr. JOEL ZAMBRANO S. y Dr. BENEDICTO VASQUEZ).
2. Personal del Departamento de Registros Clínicos y del Departamento de Archivo y Estadística del Hospital Roosevelt.

MATERIAL:

1. Libros de operaciones de labor y partos y del servicio séptico del Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt.
2. Historias clínicas con diagnósticos de cesárea anterior efectuada en el Hospital Roosevelt.
3. Hoja de recopilación de datos conteniendo los siguientes parámetros:
 - a) Orígen de la paciente,
 - b) Grupo étnico de la paciente.
 - c) Edad de la paciente.
 - d) Paridad de la Paciente.
 - f) Abortos previos.
 - g) Si ingresó con trabajo de parto.
 - h) Indicación de la cesárea anterior.
 - i) Tipo de parto.
 - j) Anestesia.
 - k) Rx (Pelvimetría)
 - l) E.M.D.D. -o- E.M.L.I. -o- E.M.
 - m) Amniorrexis (si o nó).
 - n) Fórceps

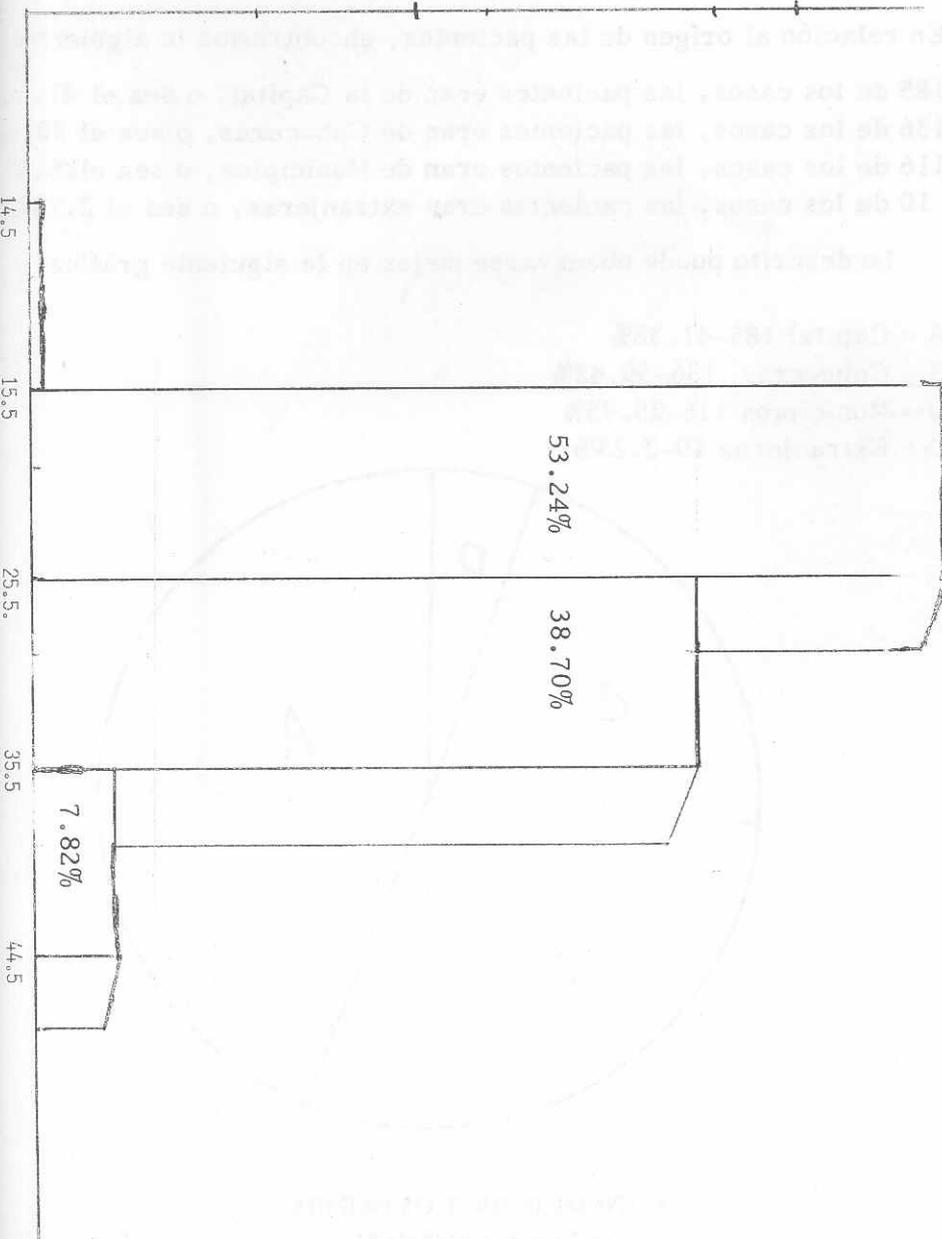
- ñ) Revisión de cavidad (tipo de cicatriz)
- o) Días de hospitalización
- p) Tiempo de trabajo de parto.
- q) Analgésicos, etc.

METODO:

1. Es un análisis retrospectivo de cinco años de fichas clínicas de pacientes con parto vía vaginal y con cesárea segmentaria anterior.

ANALISIS Y PRESENTACION DE RESULTADOS

ORIGEN



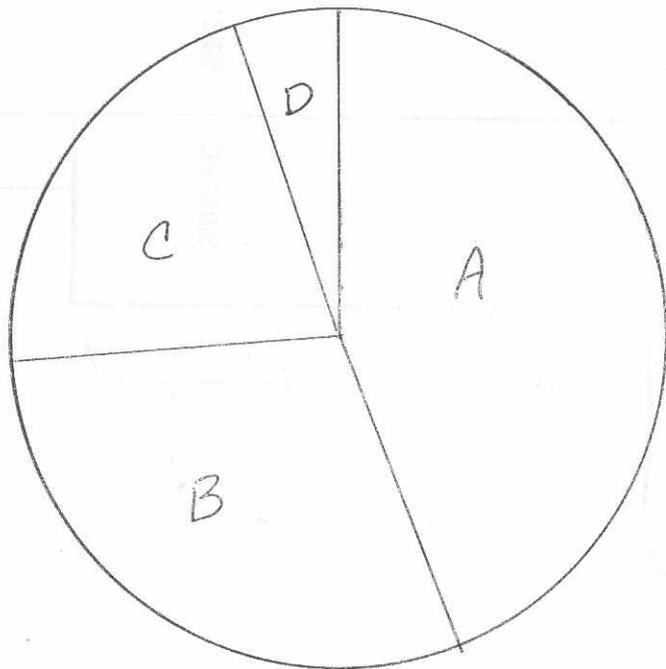
ORIGEN

En relación al origen de las pacientes, encontramos lo siguiente:

- 185 de los casos, las pacientes eran de la Capital, o sea el 41.38%
- 136 de los casos, las pacientes eran de Cabeceras, o sea el 30.42%
- 116 de los casos, las pacientes eran de Municipios, o sea el 25.95%
- 10 de los casos, las pacientes eran extranjeras, o sea el 2.23%

Lo descrito puede observarse mejor en la siguiente gráfica:

- A = Capital 185-41.38%
- B = Cabeceras 136-30.42%
- C = Municipios 116-25.95%
- D = Extranjeras 10-2.23%



MUESTRA DEL ORIGEN DE LAS PACIENTES
EN TOTALES Y PORCENTAJES

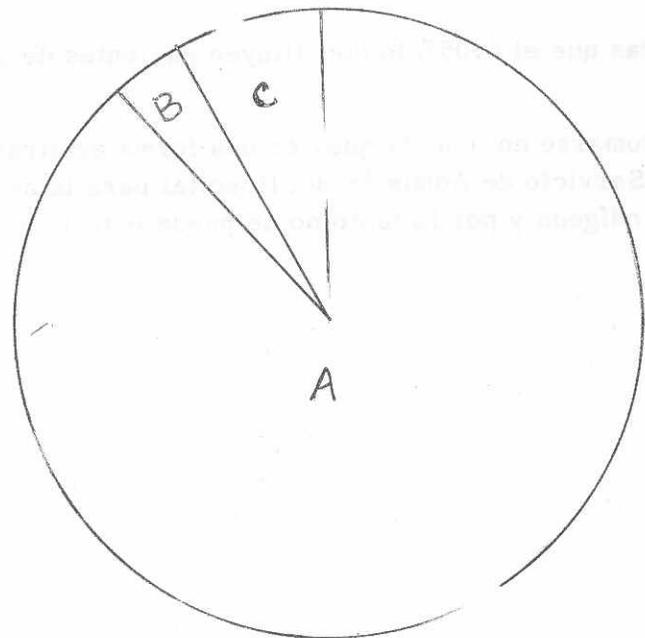
PROCEDENCIA:

En relación a la Procedencia de las pacientes, encontramos lo siguiente:

- 393 de los casos, las pacientes eran de la Capital, o sea el 87.91%
- 16 de los casos, las pacientes eran de cabeceras, o sea el 3.57%
- 38 de los casos, las pacientes eran de Municipios, o sea el 8.50%

Lo descrito puede observarse mejor en la siguiente gráfica:

- A = Capital 393-87.91%
- B = Cabeceras 16-3.57%
- C = Municipios 38-8.50%



MUESTRA DE LA PROCEDENCIA DE LAS PACIENTES
EN TOTALES Y PORCENTAJES

TIEMPO DE TRABAJO DE PARTO:

En relación al tiempo de trabajo de parto de las pacientes, encontramos lo siguiente:

376 de los casos, las pacientes presentaban trabajo normal, o sea el 84.11%

32 de los casos, las pacientes, presentaban trabajo Precipitado, o sea el 7.15%

39 de los casos, las pacientes, presentaban trabajo Prolongado, o sea el 8.72%

A = Normal 376-84.11%

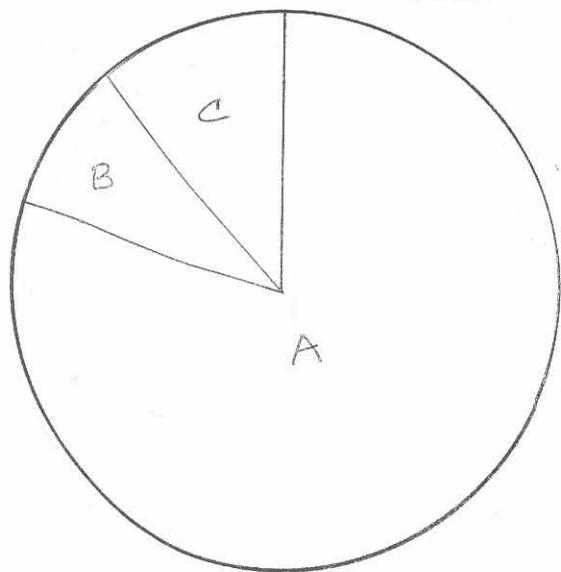
B = Precipitado 32-7.15%

C = Prolongado 39-8.72%

A = Normal 3.01-24.00 Horas

B = Precipitado, parto menor de 3.00 horas

C = Prolongado, parto mayor de 24.00 horas.



MUESTRA DEL TIEMPO DE TRABAJO DE PARTO DE LAS PACIENTES
EN TOTALES Y PORCENTAJES

PELVIMETRIA:

PELVIMETRIA	No. DE PACIENTES	%
SI	143	32.00
NO	304	68.00
TOTAL	447	100.00%

Podemos observar que el 32.00% de pacientes, se les hizo Pelvimetría.

Mientras que el 68.00% de pacientes no les hicieron Pelvimetría.

PARIDAD:

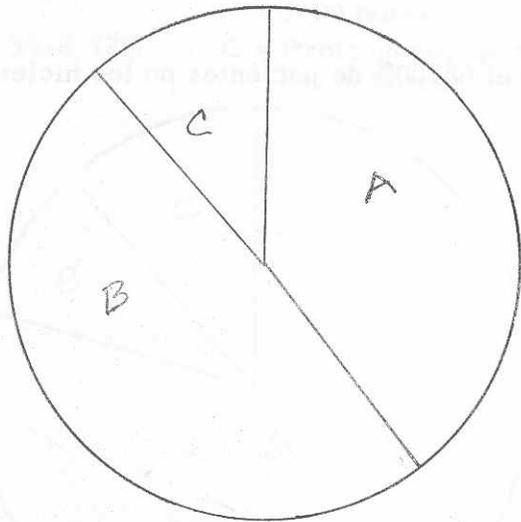
En relación a la paridad de las pacientes, encontramos lo siguiente:

183 de los casos, las pacientes eran Secundíparas, o sea el 40.93%
211 de los casos, las pacientes eran Pequeña Multípara, o sea el 47.20%.

53 de los casos, las pacientes eran Gran Multípara, o sea el 11.85%

Lo descrito se puede observar mejor en la siguiente gráfica:

- A = Secundípara 183-40.93%
- B = Pequeña Multípara 211-47.20%
- C = Gran Multípara 53-11.85%



- Secundípara: La paciente que ha tenido dos partos previos.
- Pequeña Multípara: La que ha tenido de 3 a 4 partos.
- Gran Multípara: La que ha tenido más de 5 partos

MUESTRA DE LA PARIDAD DE LAS PACIENTES EN
TOTALES Y PORCENTAJES

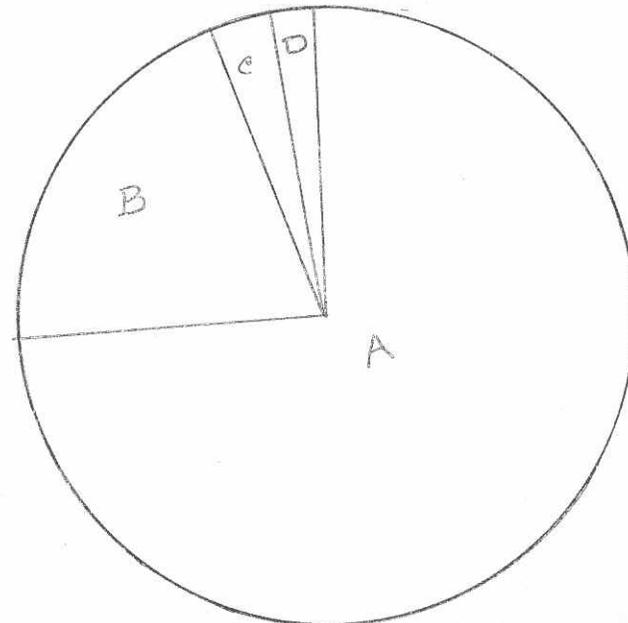
ABORTOS:

En relación con los abortos de las pacientes, encontramos lo siguiente:

- 74 de los casos, pacientes con un aborto, o sea el 74%
- 20 de los casos, pacientes con 2 abortos, o sea el 20%
- 4 de los casos, pacientes con 4 abortos, o sea el 4%
- 2 de los casos, pacientes con 4 o más abortos, o sea el 2%

Lo descrito se puede observar mejor en la siguiente gráfica:

- A = Con un aborto 74-74%
- B = Con 2 abortos 20-20%
- C = Con 4 Abortos 4-4%
- D = Con 4 o más abortos 2-2%



MUESTRA DE ABORTOS DE LAS PACIENTES EN
TOTALES Y PORCENTAJES

AMNIORREXIS:

AMNIORREXIS	No. DE PACIENTES	%
SI	197	44.00
NO	250	56.00
TOTAL	447	100.00%

Podemos observar que el 44% de las pacientes les hicieron Amniorrexis.

Mientras que el 56% de pacientes NO.

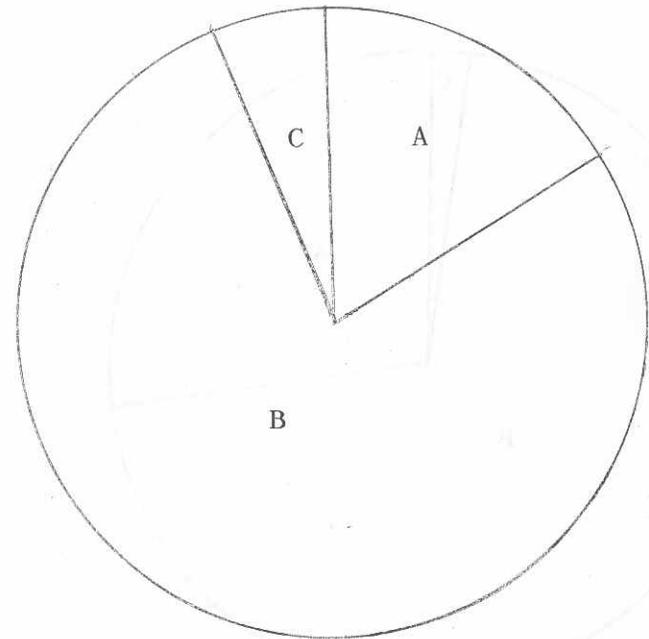
EDAD DE EMBARAZO POR ULTIMA REGLA:

En relación a la Edad de Embarazo por última regla, de las pacientes, encontramos lo siguiente:

66 de los casos, de pacientes de 28 a 37 años, fue del 14.76%
377 de los casos, de pacientes de 38 a 42 años, fue del 84.34%
4 de los casos, de pacientes de 43 o más años, fue del 0.89%

Lo descrito puede observarse mejor en la siguiente gráfica:

- A = de 28 a 37 años 66-14.76%
- B = de 38 a 42 años 377-84.34%
- C = de 43 a más años 4-0.89%



MUESTRA DE LA EDAD DE EMBARAZO POR ULTIMA REGLA DE PACIENTES EN TOTALES Y PORCENTAJES

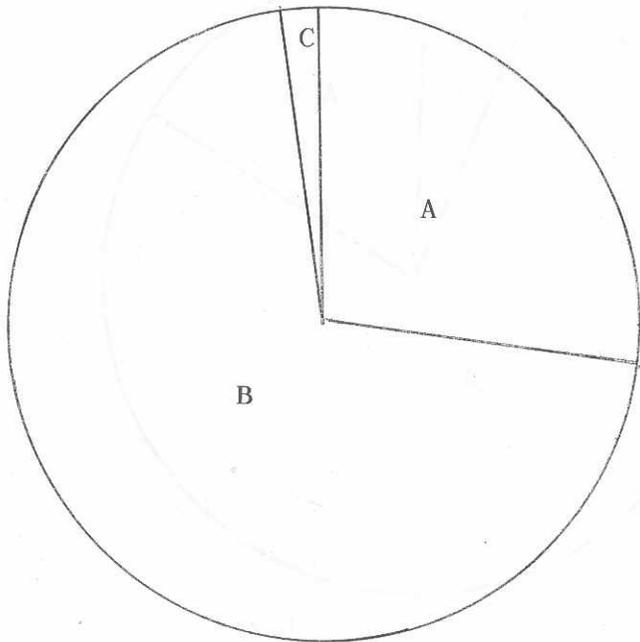
EDAD DE EMBARAZO POR ALTURA UTERINA

En relación a la edad de embarazo por altura uterina de las pa-
cientes, encontramos lo siguiente:

- 131 de los casos, de pacientes de 28 a 37 años, fue el 29.3%
- 308 de los casos, de pacientes de 38 a 42 años, fue el 68.90%
- 8 de los casos, de pacientes de 43 o más años fue el 1.78%

Lo descrito puede observarse mejor en la siguiente gráfica:

- A = de 28 a 37 años 131-29.30%
- B = de 38 a 42 años 308-68.90%
- C = de 43 o más años 8-1.78%



MUESTRA DE LA EDAD DE EMBARAZO POR ALTURA UTERINA DE PACIENTES
EN TOTALES Y PORCENTAJES

TRABAJO DE PARTO

TRABAJO DE PARTO	No. DE PACIENTES	%
SI	379	84.79
NO	9	2.01
Ruptura Prematura de Membrana	21	4.70
COMPLETAS	38	8.50
TOTAL	447	100.00%

Podemos observar que al 84.79% de las pacientes, presentó trabajo de parto.; mientras el 2.01% No.

El 4.70% de los casos, presentó RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA; y el 8.50% de los casos, fueron completas.

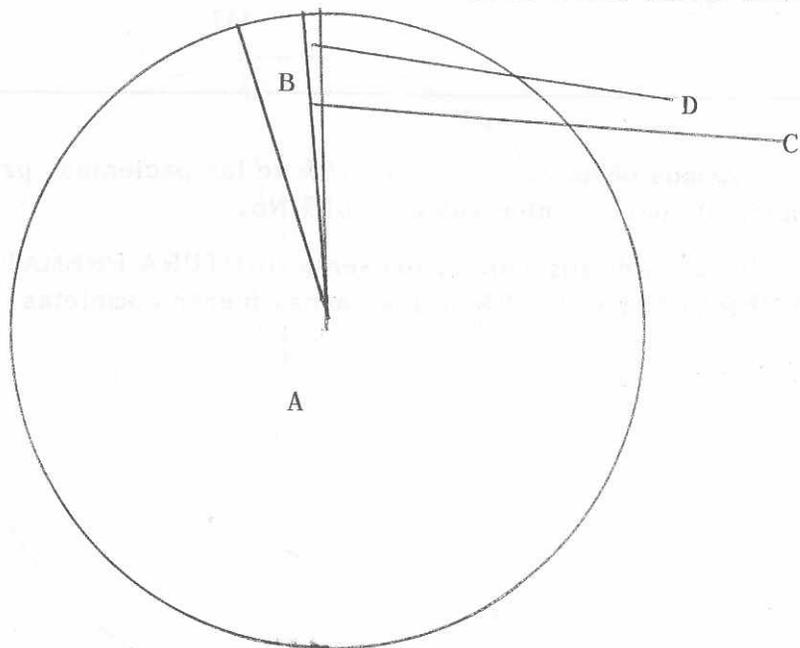
TIEMPO DE HOSPITALIZACION :

En relación al tiempo de hospitalización de las pacientes, encontramos lo siguiente:

- 411 de los casos, de hospitalización de 1 a 3 días, o sea el 91.94%
- 34 de los casos de hospitalización de 4 a 8 días, o sea el 7.60%
- 0 de los casos, de hospitalización de 9 a 16 días, o sea el 0.00%
- 2 de los casos, de hospitalización de 17 o más días, o sea el 0.44%

Lo descrito puede observarse mejor en la siguiente gráfica:

- A = de 1 a 3 días 411-91.94%
- B = de 4 a 8 días 34-7.60%
- C = de 9 a 16 días 0-0%
- D = de 17 o más días 2-0.44%



MUESTRA DEL TIEMPO DE HOSPITALIZACION DE LAS PACIENTES EN TOTALES
Y PORCENTAJES

PUERPERIO O POST-OPERATORIO:

PUERP. O POST-OPERATORIO	No. de PACIENTES	%
NORMAL	439	98.21
PATOLOGICO	8	1.79
TOTAL	447	100.00%

Podemos observar que el 98.21% de pacientes, presentó Puerperio Hospitalario o Post Operatorio Normal.

Mientras el 1.79%, complicado.

INDICACIONES DE CESAREAS SEGMENTAREAS TRANSPERITONEALES ENCONTRADAS EN EL ESTUDIO

INDICACIONES	No. DE PACIENTES	%
Idiopatica	95	23.00
Sufrimiento Fetal	74	17.91
Pélvis Estrecha	70	16.94
Desproporción Céfalo-Pélvica	57	13.80
Primigesta en Podalica	42	10.17
Inminencia de Ruptura Uterina	17	4.11
Placenta Previa	16	3.88
Procidencia de Cordón	14	3.39
Placenta previa central total	10	2.42
Sangrante		
Preeclampsia	10	2.42
Procúbito de Cordón	8	1.93
TOTAL	413	100.00%

REVISION DE CAVIDAD:

REVISION DE CAVIDAD	No. DE PACIENTES	%
Normales	429	97.5%
Disyunciones	11	2.5%
TOTAL	440	100.00%



RASGADURAS:

En relación con RASGADURAS de pacientes, encontramos lo siguiente:

34 de los casos, las pacientes presentaron Rasgadura Perineal grado 1; o sea el 60.71%

19 de los casos, las pacientes presentaron Rasgadura Perineal grado 2, o sea el 33.92%

1 de los casos, las pacientes presentaron Rasgadura Perineal grado 3; o sea el 1.79%

2 de los casos, las pacientes presentaron Rasgadura Perineal grado 4, o sea el 3.58%

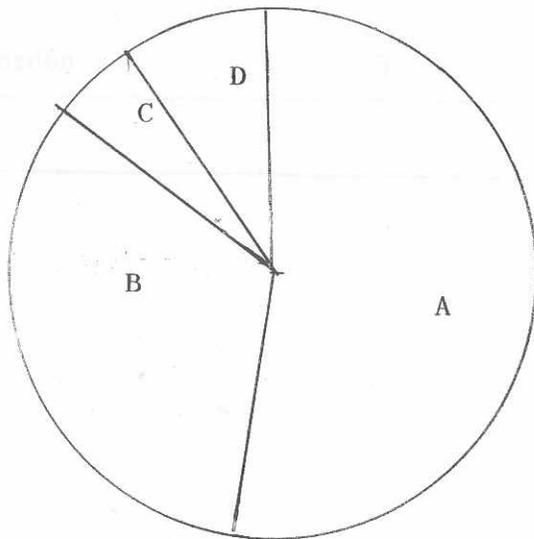
Lo descrito puede observarse mejor en la siguiente gráfica:

A = Rasgadura G-1 34-60.71%

C = Rasgadura G-3 1-1.79%

B = Rasgadura G-2 19-33.92%

D = Rasgadura G-4 2-3.58%

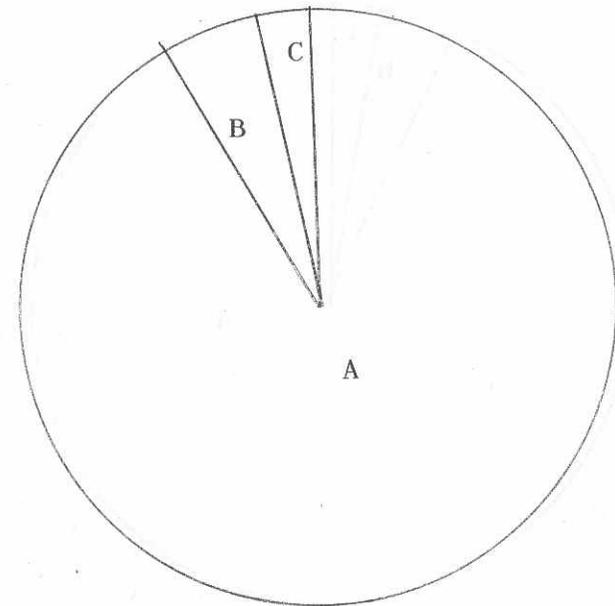


MUESTRA DE RASGADURA PERINEAL DE LAS PACIENTES EN TOTALES Y PORCENTAJES

NUMERO Y PORCENTAJE DE CESAREAS PRACTICADAS EN PACIENTES:

En relación con el número y porcentajes de cesáreas practicadas en pacientes, encontramos lo siguiente:

	CST	No. DE PACIENTES	%
A	1	427	95.52
B	2	16	3.58
C	3	4	0.90
D	4	0	0.00



MUESTRA DE CESAREAS PRACTICADAS A PACIENTES EN TOTALES Y PORCENTAJES

NUMERO Y TIPO DE EPISIOTOMIAS EFECTUADAS

En relación con Episiotomías de pacientes, encontramos lo siguiente:

248 de los casos, se les efectuó Episiotomía Media Lateral Derecha; o sea el 92.19%.

15 de los casos, se les efectuó Episiotomía Media Lateral Izquierda, o sea el 5,58% de los casos.

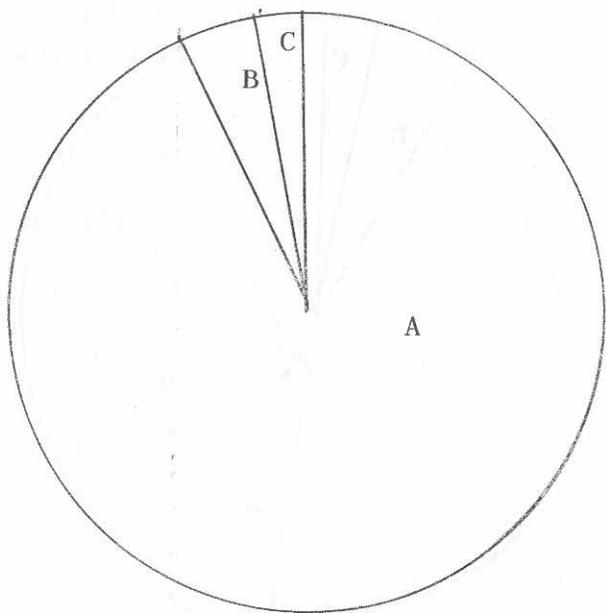
6 de los casos, se les efectuó Episiotomía Mediana, o sea el 2.23%

Lo descrito puede observarse mejor en la siguiente gráfica:

A = EMLD 248 - 92.19%

B = EMLI 15 - 5.58%

C = EM 6 - 2.23%

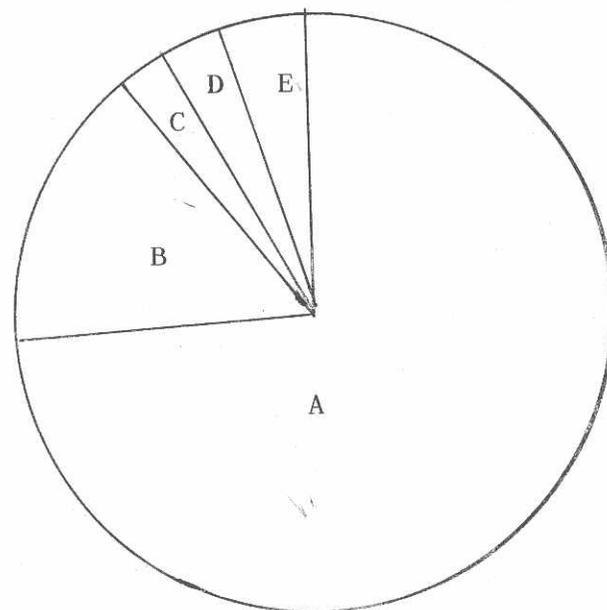


MUESTRA DE EPISIOTOMIAS EFECTUADAS A PACIENTES EN TOTALES Y PORCENTAJES

CLASIFICACION Y PORCENTAJE DE PARTOS EUTOCICOS SIMPLS EFECTUADOS

En relación a partos Eutocicos, encontramos lo siguiente:

	PRESENTACION	No. DE PACIENTES	%
A	OIIA	341	72.40
B	OIDA	73	15.50
C	OIDP	14	2.98
D	OIIT	19	4.03
E	OTROS	24	5.10



MUESTRA DE PACIENTES CON PARTOS EUTOCICOS SIMPLS EN TOTALES Y PORCENTAJES

CONCLUSIONES

1. Se revisaron 582 Registros Médicos de pacientes del Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt, que tienen parto vía vaginal y antecedentes de Cesárea Segmentaria Transperitoneal, de las cuales sólo se pudieron utilizar 447, debido a que los 135 restantes no se adaptaban al estudio.
2. El mayor número de Cesáreas que se encontró en el estudio son de origen idiopáticas o criptogénicas, debido a que fueron efectuadas en otros centros Hospitalarios y no se cuenta con los registros correspondientes.
3. Es digno de mención que el alto índice porcentual de Rasgaduras perineales (12.53%) tenga relación directa con la omisión de la Episiotomía en estas pacientes.
4. Se observa un predominio de pacientes cesarizadas cuyas edades oscilan entre 16 y 25 años, alcanzando la cifra de 238 para las mismas, y que representan el 53.25% del total de pacientes estudiadas.
5. En lo que Pelvimetría respecta, se observa un bajo porcentaje (32%) de las mismas, lo que implica una deficiencia en el manejo de pacientes con cesárea segmentaria transperitoneal anterior.
6. Es digno de mención el alto margen de seguridad, que predominó en las cicatrices segmentarias de las pacientes con cesárea previa al tener su segundo parto vía vaginal, pues de 447 casos investigados, sólo se encontraron 11 disyunciones en total lo que representa 2.47%; de los cuales sólo dos correspondían a pacientes cuya CST fue hecha en el Hospital Roosevelt y que representan 0.22%.
7. Se encontraron durante la investigación, una serie de anomalías del tipo de:

- a) Falta de datos complementarios en el llenado de la Historia Clínica.
 - b) Contradicciones en los Diagnósticos.
 - c) Cierta ilegibilidad y desorden en la elaboración de Registro médico.
8. Se colocaron 229 Forceps Profilácticos, que representan -- 51.59%.
 9. En la clasificación y porcentaje de Partos Eutócicos Simples, practicados se observa un alto índice de predominancia de la presentación OIIA, de los cuales se encontraron un total de 341 y que representa 72.40%
 10. Entre las once disyunciones encontradas, sobresale el caso de una paciente cuya Cesárea Segmentaria Transperitoneal anterior fue por Estrechez Pélvica y que la practicársele PES--SIIA, presentó Dehiscencia total de cicatriz segmentaria anterior, por lo que se le practicó Laparotomía Exploratoria más Histerorrafia. Con esto hacemos constar que en las pacientes con CST anterior más podálica, esté contraindicado el parto vía vaginal más el agravante de estrechés pélvica.
 11. El mayor número de Cesáreas Segmentarias Transperitoneal, encontradas durante la investigación, corresponden a la primer cesárea, con un total de 427 casos que reflejan el 95.52%
 12. Hacemos énfasis en que del total de disyunciones (II) que se encontraron entre las 447 pacientes investigadas, sólo dos -- pertenecían a personas cuyas CST anterior fueron practicadas en el Hospital Roosevelt, habiéndose encontrado que a una paciente se le hizo por desproporción céfalo-pélvica y a la otra por estrechez pélvica; ambas disyunciones representan 0.22%.

RECOMENDACIONES

1. Que todo el personal Médico del Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt anote en el libro de operaciones el número -- del Registro Clínico de la paciente y el nombre completo de ésta, para que dichos datos puedan servir al efectuar estudios estadísticos.
2. Siendo la cesárea un procedimiento tan útil, debe dejarse para los casos de completa indicación.
3. Es de mucha importancia implantar una mejor orientación a las pacientes a quienes se les resuelve el primer embarazo por medio de cesárea para que en los embarazos sucesivos tengan un estricto control prenatal.
4. Tratar en lo posible de completar las papeletas para elevar el nivel científico del hospital.
5. Que todo médico al llenar la papeleta en sus anotaciones respectivas, ponga datos fidedignos en sus diagnósticos, fechas y horas precisas y exactos; y que no se encuentre contradicción de ninguna índole en dichas papeletas.
6. Toda paciente con historia de Cesárea Segmentaria Transperitoneal anterior, se le debe practicar rigurosamente Pelvimetría Radiológica; con la finalidad de evaluar la posibilidad de practicarle parto vía vaginal.
7. Siempre que tenga Cesárea Segmentaria Transperitoneal, a la paciente que se le piensa practicar parto vía vaginal, se le debe efectuar Episiotomía, aplicarle Fórceps Profiláctico y hacerle Revisión de Cavidad bajo anestesia general, después del alumbramiento.
8. A toda paciente que haya sido cesarizada en el Hospital Roosevelt se le deberá informar los motivos, razones, causas y justificaciones de porqué se le hizo la Cesárea.

BIBLIOGRAFIA

AMERICAN JOURNAL OF OBSTETRICS AND GINECOLOGY,
January 15, 1980
Volume 136, number 2, pag. 205 - 210.

ALFARO VILLATORO, Mario Gilberto. SEGUNDA CESAREA,
SU INDICACION Y SU INFLUENCIA SOBRE LA MADRE Y
EL PRODUCTO"
Junio 1977, Tésis de Graduación de Médico y Cirujano.

ACEVEDO SALINAS, Hernaldo José. "CONSIDERACIONES
SOBRE LA CESAREA EN UN HOSPITAL DEPARTAMEN—
TAL".
Agosto de 1977. Tésis de Graduación de Médico y Cirujano

AGUJA ZUÑIGA, Roderico Guillermo. "PRONOSTICO MATER
NO-FETAL POST EXTRACCION VIA CONTRA NATURAL"
Julio 1976, Tésis de Graduación de Médico y Cirujano.

BECK, Alfred C. OBSTETRICAL PRACTICE
By Alfred C. Beck And Alexander H. Rosenthal.
Baltimore the Williams R. Wilkins
1965.

HELLMAN Lois M. WILLIAMS OBSTETRICS
Barcelona España
Salvat Editores
1973.

MOLINA CASTELLANOS, Hilmar René. ANALISIS DEL MANE
JO DE LA PACIENTE CON CESAREA ANTERIOR EFEC—
TUADA EN LOS HOSPITALES DEPARTAMENTALES DE -
LA REPUBLICA DE GUATEMALA
Junio 1977

RALPH M. Wynn OBSTETRICS AND GYNECOLOGY
The clinical core by Ralph M. Wynn
Barcelona España, Salvat Editores. 1977

9. ROBBINS, Stanley L. PATOLOGIA ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL.
By Stanley L. Robbins nueva editorial interamericana S. A. de C.V.
Primera edición en español (México) 1975
10. SCHWARCZ Ricardo. OBSTETRICIA
Por Ricardo Schwarcz, Silvestre Sala y Carlos Duverges
Buenos Aires, Editorial Ateneo. 1977.
11. SABISTON, Jr. Davis C. TRATADO DE PATOLOGIA QUIRURGICA.
By David C. Sabiston Jr. Davis Christopher.
6a. Edición en Español, nueva editorial Interamericana.
México 1974.
12. THOREK Max. TECNICA QUIRURGICA MODERNA
Por Max Thorek, Fred Rankin.
Segunda Edición traducida por el Dr. F. Domenech Alsina
Tomo III
Salvat Editores, 1953.
13. NOVAK And JONES. TRATADO DE GINECOLOGIA.
Por Edmund R. Novak, Georgeana Seegar Jones and
Howard W. Jones, Jr.
Nueva Editorial Interamericana, S. A. de C.V.
Cedro 512, México 4, D.F. México.
1977
14. DICCIONARIO TERMINOLOGICO DE CIENCIAS MEDICAS
Salvat Editores S. A.
Mallorca 43, Barcelona (España).
1974
15. F. URANGO Imaz, F. URANGO Imaz (Jr.) OBSTETRICIA PRACTICA
Intermedio Editorial,
Buenos Aires, República Argentina.
1974