

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**CONDUCTA DEL PARTO DESPUES DE PRIMERA
CESAREA SEGMENTARIA TRANSPERITONEAL**

**Aplicación de Protocolo a 100 Pacientes con el
Antecedente de Cesarea Segmentaria
Transperitoneal Anterior, en el Departamento de
Obstetricia del Hospital Roosevelt**

RIGOBERTO ESPINO AGUIRRE

GUATEMALA, OCTUBRE DE 1984.

PLAN DE TESIS

- 1.- PRESENTACION
- 2.- INTRODUCCION
- 3.- DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA
- 4.- REVISION BIBLIOGRAFICA
- 5.- MATERIAL Y METODOS
- 6.- PRESENTACION, ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS.
- 7.- CONCLUSIONES
- 8.- RECOMENDACIONES
- 9.- RESUMEN
- 10.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

INTRODUCCION

Conociendo la necesidad de tomar una conducta devida en los diferentes problemas que cada paciente prenta, y para poderlos resolver, se hace necesario parr de bases y experiencias anteriores, mucho mejor si estas pueden ser aplicadas y comprobadas; de manera que me llamó la atención saber cual es la mejor conducu que se puede tomar en aquellas pacientes que han sido sometidas a una cesárea y que esta sea del tipo segumentaria, por tal motivo se elaboró un protocolo para poder aplicarlo y comprobar los resultados y si estos eran o no satisfactorios.

En el presente trabajo se tomó un grupo de 100 pacientes que fueron sometidas a C.S.T. debiendo conouerse el historial de esta intervención para incluirla en el estudio. Entre los requisitos que debían tener las pacientes estan: Antecedente de una C.S.T. previa y pueruerio normal, Embarazo de término (38 a 42 semanas), Membranas enteras, Trabajo de Parto establecido, Peluvis radiológicamente aceptable, No Desproporción Feto uélvica al inicio del trabajo de parto, Pelvimetría radioulogica actualizada, No cesárea departamental, Feto en Presentación Cefalica, y finalmente Feto Unico.

Se obtuvieron los resultados siguientes: 77 casos se resolvieron por vía vaginal y 23 casos por nueva ceusárea, sin presentarse mortalidad Materna ni Fetal, el nuevo parto fue satisfactorio.

Comprobando que de la muestra investigada, al uaplicar la metodología definida al inicio del estudio, la

paciente con cesárea segmentaria transperitoneal anterior, seleccionada y llenando los requisitos propuestos muy bien puede tener la oportunidad de parto vaginal.

La importancia de este trabajo estriba en que servirá de ayuda para mejorar el manejo de la paciente con antecedente de una cicatriz uterina segmentaria transversal baja.

DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

El embarazo que se desarrolla en el útero con el antecedente de cesárea anterior, siempre es un riesgo potencial, debido a la alteración que el útero ha sufrido en su estructura. El riesgo de la rotura uterina es muy grande al momento del parto con la cesárea Clásica, y la posibilidad de rotura con una cicatriz segmentaria inferior (C.S.T.) es menor debido en parte a que la cicatriz se encuentra en la posición no contráctil del útero.

La conducta a seguir con la paciente que tiene cesárea segmentaria anterior al momento del parto, es muy delicada; existe la posibilidad de resolver el parto por vía vaginal, corriendo el riesgo de una rotura uterina, o bien realizar una segunda cesárea.

El presente trabajo se llevó a cabo en el departamento de Obstetricia del Hospital Roosevelt, y se basó en el estudio de 100 pacientes con el antecedente de Cesárea Segmentaria Transperitoneal anterior a quienes se aplicó un protocolo estandarizado para el manejo al final del embarazo actual, permitiéndoles una oportunidad de parto vaginal.

Se incluyeron en este estudio, solamente pacientes que llenaron los requisitos y condiciones siguientes:

A. MATERNOS:

1. Tener antecedentes de C.S.T. previa con historial médico conocido.

2. Antecedente de Puerperio normal.
3. Embarazo de termino: 38 a 42 semanas de edad gestacional.
4. Membranas Ovulares enteras.
5. Trabajo de Parto establecido.
6. No persista Indicación de la 1a. C.S.T.
7. Tener Pelvimetría radiológica actual.
8. No antecedente de cesárea departamental.
9. Progreso en dilatación y descenso en la presentación.

B. FETALES:

1. Presentación de vértice.
2. No exista sufrimiento fetal
3. Si se Diagnóstica Desproporción Cefalopélvica durante el trabajo de parto, se cesarizara inmediatamente.
4. Feto Unico.
5. Embarazo de termino.

Como dato adicional, se investigaron los Estrechos y Diámetros pelvianos para analizar su aceptabilidad en el estudio.

"REVISION BIBLIOGRAFICA"

¿CUANDO ESTA INDICADA UNA OPERACION CESAREA? (8)

En estudios efectuados en otros países del mundo, y aún en el nuestro, se encontro que la principal indicación para la cesárea fue una cicatriz previa; a estas se les llama cesáreas secundarias o repetidas y existe en ellas el riesgo que la cicatriz anterior pueda romperse durante el trabajo de parto. Sin embargo estudios realizados en distintos países de Norte América así como en Venezuela, nos aportan datos de pacientes a quienes se les permitió parto Vaginal sin mayores complicaciones para la madre y el feto, después de una cesárea anterior.

Es importante tomar en cuenta siempre, cuales fueron las indicaciones para realizar la primera cesárea (8) en el manejo de la paciente embarazada con el antecedente de cesárea anterior, para permitirle parto vía vaginal o realizar una nueva cesárea, pero no deben ser necesariamente indicaciones en la resolución del embarazo actual.

Según lo describe Williams en la edición de 1976 (pag. 815) el peligro de rotura de una cicatriz transversal del Segmento inferior, es pequeño; por lo tanto es lógico que muchos obstétricos experimentados consideren que si no se repiten los motivos de la primera intervención y si la paciente ha dado a luz anteriormente un niño de tamaño normal por vía vaginal, deberá permitirsele

el parto normal bajo observación cuidadosa del obstetra

Actualmente en nuestro medio no hay reportes o protocolos escritos de pacientes a quienes se les permite una prueba de trabajo de parto vía vaginal, para pacientes con el antecedente de C.S.T. en la mayoría de las instituciones hospitalarias del país. En instituciones públicas y centros privados de la capital, se sigue la conducta de que: "Una vez cesárea, siempre cesárea". Sin embargo en algunos hospitales del interior de la república por mi experiencia se le permite a pacientes con cesárea previa una prueba de trabajo de parto.

En el Hospital Roosevelt se procede con una conducta un tanto más conservadora, como lo es el permitir una oportunidad de trabajo de parto a la paciente con cesárea anterior, si esta fue Segmentaria Transperitoneal; y si en su historial médico (papeleta) no hay reportes de complicaciones trans-operatorias como rasgas duras del segmento; si el post-operatorio fue normal y si existe una pelvis aceptable; en tanto que si es una cesárea realizada departamentalmente es indicación para una nueva cesárea, debido a que se desconoce si hubieron complicaciones, aunque en la mayoría de ocasiones queda a criterio del obstetra de turno la decisión sobre el manejo de dicha paciente.

En una revisión de 119 casos (2) con cesárea previa en el hospital Roosevelt en 1977, la indicación para la segunda cesárea tenía como principal antecedente un Puerperio complicado de la primera cesárea, que consistió especialmente en Endometritis y en Infección de la herida operatoria con dehiscencia de cicatriz. En segundo lugar estuvo la Estrechez pélvica, tomándose co-

mo base la primera cesárea. Concluye en que la segunda cesárea está justificada por el antecedente de la primera cesárea en un 75%.

Otra revisión realizada en el mismo año (1977) de 39 casos (10) sobre el manejo de la paciente con cesárea anterior, efectuado en hospitales departamentales, concluyó con que toda paciente que ha tenido una cesárea en un departamento de la república es indicación de realizarle una nueva cesárea porque son Córporeas en un 33%.

Una revisión de 100 casos (13) con cesárea previa en el Hospital de Amatlán en 1981, dice que la indicación para una segunda cesárea fue principalmente la -- Desproporción Cefalopélvica en más de la mitad de los casos, así mismo que la cesárea está condicionada por la cicatriz de la cesárea anterior, pero además se encontraron tres indicaciones más: Placenta Previa, Sufrimiento Fetal y situación transversa; estando la segunda cesárea justificada en el 88% por lo anterior.

En el año de 1977 en el Hospital de Gineco-Obstetricia No. 2 del Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social (5) se revisaron 1527 casos de pacientes embarazadas sometidas a Prueba de Parto Vaginal con el único requisito que tuvieran antecedente de cesárea anterior en el lapso de un año. Se encontró que la indicación para la segunda cesárea tuvo como principal razón la Desproporción Cefalopélvica, seguida por rotura Prematura de Membranas Ovulares, Presentación Pódalica, Probable dehiscencia de cicatriz uterina, Toxemia, Cesárea previa y Obito Fetal. Concluyendo que la segunda cesárea fue justificada en un 63.3%.

En este grupo de pacientes con el antecedente de

cesárea anterior se dividió el método de resolución del embarazo en tres grupos: Por Cesárea, por Fórceps y Parto Espontáneo; obteniéndose que de las 1527 pacientes a 968 se les realizó otra cesárea, en tanto que 579 resolvieron su embarazo vía vaginal (290 con aplicación de fórceps prof. bajo y 269 por parto espontáneo) sin presentar mayores complicaciones obstétricas o fetales.

Otro reporte del Hospital General (14) Dr. José Gregorio Hernández, en Caracas; donde se revisaron 460 casos durante el transcurso de tres años y medio (1973-1977), con el antecedente de una cesárea previa, encontrándose que 190 pacientes parieron por vía vaginal (41.3%) y 270 necesitaron nueva cesárea (58.7%), no descubriéndose sus indicaciones.

Refiriendo que a pesar de que el criterio es el de aplicar fórceps para abreviar el período expulsivo, el 46.8% tuvieron parto vaginal espontáneo (89 casos) y a 107 se les aplicó fórceps bajo (53.2%).

En el Hospital Centro Médico de Caracas (1) en 1977 se tuvo la experiencia de 376 casos de pacientes cuyos embarazos evolucionaron en uteros cricatrízales, revisándose de la siguiente manera los resultados: las cicatrices provenían de 357 cesáreas y 19 de otras operaciones.

De los 376 casos 98 de ellas fueron sometidas a cesáreas electivas, 221 entraron espontáneamente en trabajo de parto y 57 fueron inducidas; terminando por segunda cesárea 177 casos (47.07) no reportando cuales fueron sus indicaciones; en tanto que 199 casos se resolvieron por vía vaginal (52.9%), sin reportarse morbilidad materna o fetal sería.

En el Hospital de mujeres de USC/LAC de los Angeles Calif. se realizó un Protocolo en 1977 (3) para permitir a mujeres con cesárea previa por una causa no recurrente, una prueba de trabajo de parto vía vaginal, si ellas lo deseaban; reportándose los resultados de las primeras 89 pacientes estudiadas, de las cuales 16 (18%) de ellas requirieron nueva cesárea. Las indicaciones para estas fueron: falta de Progreso en el trabajo de parto (8 casos), Sufrimiento Fetal (7 casos) y un caso por Sospecha de rotura Uterina.

Las otras 71 pacientes (82%) tuvieron parto Vaginal, el trabajo de parto fue inducido en 5 pacientes y conducido en 11, doce de estas 16 pacientes tuvieron parto vaginal y solo 4 requirieron nueva cesárea, no se reportaron en ninguna de los casos de muertes maternas ni complicaciones fetales.

Del estudio retrospectivo realizado en 1978-1981 en la Universidad de Mc. Master en el Centro Médico de Hamilton, Ontario Canadá (4), sobre la prueba de trabajo de parto, estudiaronse 92 pacientes con el antecedente de cesárea segmentaria transversal, embarazo de más de 32 semanas, feto único y presentación de vértice. En dicha serie, 50 pacientes (54.3%) tuvieron parto vaginal. La incidencia de la totalidad de fórceps aplicados fue de 29.3%. Cuarenta y dos pacientes (45.7%) requirieron repetición de cesárea durante el trabajo de parto. Las indicaciones para repetir la cesárea fueron: falta de progreso en el trabajo de parto (30 Pte.) Sufrimiento fetal (6 ptes.) y Sospecha de ruptura uterina (6 ptes.) no hubo mortalidad materna ni fetal.

El Dr. C.E. Gibbs de la Universidad de Texas, Centro de Ciencias de la Salud, en San Antonio Texas

reporta un estudio de análisis y recopilación de datos sobre nueve años de estudio 1970-1978), sobre el Parto Vaginal Planeado después de una operación cesárea (6); 1192 pacientes con cesárea anterior tuvieron ensayo de parto de las cuales 746 pacientes tuvieron parto vaginal, en tanto que 446 requirieron operación cesárea repetida; no se registraron muertes maternas o fetales. De las indicaciones que se registraron para operación cesárea repetida de urgencia: La Desproporción Cefalopélvica, Prolapso del Cordón, Sufrimiento Fetal y toxemia. Dichas pacientes fueron seleccionadas para ensayo de parto espontáneo si habían sido sometidas a cesárea cervical baja con incisión transversal y si no existía indicación para repetir tal intervención en el embarazo actual.

Existen estudios más recientes sobre este tema que coinciden exactamente con los datos reportados anteriormente (7) (9). Las indicaciones para la segunda cesárea coinciden entre si, pero además de estas debieron llenarse ciertos requisitos para que las pacientes fueran sometidas a prueba de parto vía vaginal, como son: Primero: que el embarazo fuera a termino. Segundo: que no existiera una causa recurrente para segunda cesárea, como lo es Pelvis estrecha, así mismo que la incisión de la cesárea anterior fuese transversa cervical baja.

Sin embargo en los datos reportados de estas investigaciones para la terminación del parto por Cesárea Electiva, nos mencionan el riesgo que implica la Prematuridad Yatrogena.

La mayor incidencia en los casos reportados, fueron embarazos a término pero hubieron en un alto por-

centaje embarazos pretérmino sin reportar complicaciones fetales secundarias. Es importante que la estimación clínica o Amniosentesis de la Edad Gestacional para evitar la Prematuridad yatrogénica en las cesáreas electivas (11) en muchas instituciones se realizó pero aún así se tienen márgenes de error.

La duración del trabajo de parto, para el ensayo de parto vaginal y la realización de segunda cesárea, es también importante, pues se corre el riesgo de ruptura uterina como lo demuestran los antecedentes revisados. En cuanto a la abreviación del período expulsivo, en el trabajo de parto vaginal con cesárea anterior, aplicando fórceps profiláctico, el día de hoy existe mucha controversia, pues algunos autores recomiendan su uso y otros no (5). La indicación mayor para el uso de este instrumento, ha sido la presencia de cicatriz uterina previa.

La conducta a seguir con la paciente que presenta embarazo con el antecedente de una cesárea previa, es de mucha importancia para evitar resultados indeseables, no solo para la madre sino para el recién nacido. La vigilancia cuidadosa y la selección de las pacientes para permitirles parto vaginal, ha tenido muy buenos resultados en países donde se está estudiando ampliamente este manejo.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio prospectivo en el Departamento de Obstetricia del Hospital Roosevelt, permitiendo una oportunidad de Parto vía Vaginal a pacientes embarazadas con antecedente de Cesárea Segmentaria Transperitoneal anterior para lo cual se usó una muestra de 100 pacientes a quienes se aplicó este Protocolo.

Las pacientes, para que pudieran ser incluidas en este estudio debían llenar los requisitos y condiciones siguientes:

A.- MATERNOS:

1. Tener el Antecedente de C.S.T. previa, con historial médico conocido (realizada en el Hospital Roosevelt).
2. Antecedente de Puerperio Normal: Se descartaron todas las pacientes que presentaron infección de herida operatoria, endometritis u otras.
3. Embarazo de Término: 38 a 42 semanas de Gestación.
4. Membranas Oculares Enteras: Se descartaron pacientes con ruptura prematura de membranas o ingresaron con membranas rotas.

5. Trabajo de Parto Establecido: Toda paciente que halla llegado a embarazo de término y que se le diagnosticó trabajo de parto que fuera de acuerdo con los cambios Cervicales y de Borramiento con Dilatación, como también no teniendo un trabajo de parto mayor de 6 a-8 horas, entraron al estudio.
6. No Persista la Indicación de la 1a. C. S. T.: Se descartarán aquellos casos en que la indicación de la Primera Cesárea persistió en este grupo (Estrechez Pélvica).
7. Tener Pelvimetría: Toda paciente debe tener:
 - a) Estimación Pélvica Clínica, fueron descartadas pelvis Platipeloides, Androides, Antropides; se incluyeron únicamente pelvis Ginecoides.
 - b) Debieron tener estudio de Pelvimetría Radiológica con Pelvis Amplia ($> 25-22-18$) ó Pelvis Limite ($22-20-16$).
8. No Cesárea Departamental: Toda paciente que presente una cesárea realizada en un departamento de la república fue descartada de este estudio, porque: a) No se tiene historial de la cesárea anterior ni del puerperio.
 - b) En un estudio realizado (10) una de cada tres cesáreas departamentales son córporeas.

9. Cicatriz del Segmento sin Rasgaduras: Si la paciente tiene historia que durante el acto Quirúrgico de la cesárea segmentaria anterior se produjo rasgadura del segmento, al cuerpo ó al cuello no entraron al estudio.
10. Progreso en Dilatación y Descenso en la Presentación: Una vez establecido el trabajo de parto la presentación debe ir progresando en el descenso y en la dilatación, si a las evaluaciones se detectó anomalías de la Contracción (Inercia Secundaria) ó paro en el progreso y la dilatación, las pacientes fueron cesarizadas inmediatamente; no se condujeron con Oxitócicos.

B. - FETALES:

1. Presentación de Vértice: Se incluyeron únicamente pacientes con Feto en presentación de vértice, descartándose otros tipos de presentaciones anómalas.
2. No exista Sufrimiento Fetal: Toda paciente que durante el trabajo de parto se le diagnosticó Sufrimiento Fetal y que el feto no se encontró en plena expulsión se le realizó una nueva cesárea, en tanto que si el feto ha pasado las espigas y es posible aplicar un Fórceps bajo, esta indicado realizar la aplicación de este para resolver el parto de inmediato.

3. No Diagnóstico de Desproporción Cefalopélvica al inicio del Trabajo de Parto: Toda paciente que se le Diagnosticó Desproporción Cefalopélvica (feto grande ó Estrechez pélvica) al inicio del trabajo de parto fue descartada; en tanto que las presentaron D.C.P. durante el trabajo de parto fueron incluidas (cabeza no bien deflexionada) siendo cesarizadas nuevamente.
4. Feto de Término: con embarazo de 38 a 42 semanas.
5. Feto Unico: Embarazos Gemelares fueron -- Descartados.

En el presente estudio no se incluyeron pacientes que durante el embarazo tuvieron complicaciones con enfermedades asociadas, como por ejemplo: Toxemia, -- Diabetes, Asma, Cardiopatías Anemia severa u otras.

A toda paciente que su parto se resolvió vaginalmente se le hizo revisión manual de cavidades y de cicatriz uterina anterior bajo anestesia general; (si se encontrare dehiscencia Parcial de cicatriz anterior, se realizará inmediatamente Laparatomía Exploradora y corregirá el defecto encontrado).

En cada caso de investigaron los siguientes parámetros, anotándose en un cuestionario para luego presentarlos en cuadros estadísticos:

- 1.- Edad de la Paciente
- 2.- Gestaciones

- 3.- Paridad
- 4.- Indicación de la Cesárea anterior
- 5.- Control Prenatal
- 6.- Edad del embarazo actual
- 7.- Evaluación del canal de parto por pelvimetría Radiológica con sus medidas (estrecho superior, medio, inferior)
- 8.- Indicación de la Cesárea actual
- 9.- Indicaciones de fórceps
- 10.- Evolución del trabajo de parto
- 11.- Condiciones de la cicatriz anterior
- 12.- Apgar del Recién Nacido
- 13.- Peso del Recién Nacido en el embarazo actual
- 14.- Circunferencia craneana del Recién Nacido
- 15.- Complicaciones maternas trans-operatorias o morbilidad materna inmediata (hasta 6 horas post-parto)
- 16.- Complicaciones maternas tardías (de 7 horas post-parto a 15 días post-parto)
- 17.- Duración del primer período, segundo y el tercero en el parto.

PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO No. 1

EDAD MATERNA SEGUN RESOLUCION DEL
EMBARAZO ACTUAL

EDAD (años)	PARTO VAGINAL		2a. Cesárea	TOTAL
	Espontaneo	Con Fórceps		
-----15	-	-	-	-
16-----20	5	10	2	17
21-----25	14	16	9	39
26-----30	11	8	4	23
31-----35	3	3	4	10
36-----40	1	4	4	9
41-----más	-	2	-	2
TOTAL	34	43	23	100
Promedio	25.09	25.93	27.87	
Desv. Standar	4.98	6.92	6.22	

Fuente: Archivo del Hospital Roosevelt.

CUADRO No. 2

GESTACIONES SEGUN RESOLUCION DEL
EMBARAZO ACTUAL

GESTACIONES	PARTO VAGINAL		2a. Cesárea	TOTAL
	Espontaneo	Con Fórceps		
Secundigestas	11	23	13	47
Trigestas	8	9	4	21
Multigestas 4 y +	15	11	6	32
TOTAL	34	43	23	100

Fuente: Archivo del Hospital Roosevelt.

CUADRO No. 3

PARIDAD VAGINAL SEGUN RESOLUCION
EMBARAZO ACTUAL

PARIDAD	PARTO VAGINAL		2a. Cesárea	TOTAL
	Espontaneo	Con Fórceps		
0	12	24	16	52
1	8	8	2	18
2 - 4	12	8	4	24
5 a más	2	3	1	6
TOTAL	34	43	23	100

Fuente: Archivo del Hospital Roosevelt.

INDICACION DE LA CESAREA ANTERIOR SEGUN RESOLU-
CION EMBARAZO ACTUAL

INDICACION DE LA 1a. CESAREA	PARTO VIA VAGINAL		2a. Cesárea	TOTAL
	Espont.	Con Fórceps		
1. Desproporción Cefalopélvica	5	13	9	27
2. Podálica en Primigesta	7	9	3	19
3. Situación Transversa	7	3	3	13
4. Sufrimiento Fetal	4	4	4	12
5. Presentación Pelviana	4	5	-	9
6. Sospecha de Estrechez Pélvica	2	5	-	7
7. Anomalías de la Ubicación del Cordón	1	2	2	5
8. Toxemia Severa	2	1	-	3
9. Inminencia Ruptura Uterina	1	1	1	3
10. Desprendimiento Prematuro de Placenta Normlte. Incerta	1	-	1	2
T O T A L	34	43	23	100

CUADRO No. 5

RELACION ENTRE LA INDICACION DE LA 1a. Y 2a. CESAREA

INDICACION DE LA 1a. CESAREA	INDICACION DE 2a. CESAREA		D.C.P.	TOTAL
	Sufr. Fetal	Iner. Secun.		
1. Desproporción Cefalopélvica	2	1	6	9
2. Podálica en Primigesta	1	-	2	3
3. Situación Transversa	-	-	3	3
4. Sufrimiento Fetal	-	2	2	4
5. Presentación Pelviana	-	-	-	-
6. Sospecha de Estrechez Pélvica	-	-	-	-
7. Anomalías de la Ubicación del Cordón	-	1	1	2
8. Toxemia Severa	-	-	-	-
9. Inminencia Roptura Uterina	-	1	-	1
10. Desprendimiento Prematuro de Placenta Normlte. Incerta	-	-	1	1
T O T A L	3	5	15	23

Fuente: Archivo del Hospital Roosevelt.

CUADRO No. 6

ATENCION OBSTETRICA SEGUN RESOLUCION
DEL EMBARAZO ACTUAL

METODO OBSTETRICO	No. CASOS	%
PARTO VAGINAL ESPONTANEO	34	34
PARTO VAGINAL CON FORCEPS	43	43
NUEVA CESAREA	23	23
T O T A L	100	100

Fuente: Archivo del Hospital Roosevelt.

Nota: El 77% de los casos con cesárea Segmentaria anterior se resolvieron vía Vaginal.

CUADRO No. 7

INDICACION DE LA CESAREA ACTUAL

INDICACION	No. CASOS	%
1. DESPROPORCION CEFALO- PELVICA	15	65.22
2. INERCIA SECUNDARIA	5	21.74
3. SUFRIMIENTO FETAL	3	13.04
T O T A L	23	100 %

Fuente: Archivo del Hospital Roosevelt.

NOTA: Estas son las mismas complicaciones que se presentaron durante el trabajo de parto; tres pacientes que se resolvían por parto vaginal espontáneo presentaron Sufrimiento Fetal durante el período expulsivo habiendo pasado ya las espigas por lo que se les aplicó Fórceps bajo para resolver el parto de inmediato, no hubo complicaciones inmediatas a este, los Recién Nacidos egresaron en buenas condiciones.

TIEMPO DE COMPLETACION DESDE EL INGRESO DE LA PACIENTE AL HOSPITAL HASTA SU DILATACION COMPLETA EL PROMEDIO DE TIEMPO EN DURACION DEL TRABAJO DE PARTO EN SUS 2 PRIMEROS PERIODOS Y DESV. STAND.

TIEMPO DE COMPLETACION	PARTO VAGINAL ESPONTANEO		PARTO VAGINAL CON FORCEPS		TOTAL
3----- 5	1		1		2
6----- 8	27		36		63
9-----12	5		7		12
T O T A L	34		44		77
	PROMEDIO	DESV. STAND.	PROMEDIO	DESV. ST.	
1 PERIODO	9:10*	2:27**	9:13*	2:37**	
2 PERIODO	0:17'	0:10'	0:20'	0:12'	

Fuente: Archivo del Hospital Roosevelt.

* Tiempo Promedio en horas y minutos.

** Desviación Standar en horas y minutos.

NOTA: El tiempo promedio representado, va desde el inicio de dolor de trabajo de parto hasta la resolución del embarazo actual.

En cuanto a la resolución por nueva Cesárea tuvieron un tiempo Promedio de trabajo de Parto de:..... 9:32' Horas
y Desviación Standar de:..... 4:36' Horas

CUADRO No. 9

HALLAZGOS EN LA REVISION DE CAVIDADES EN EL PARTO VAGINAL

HALLAZGOS	PARTO VAG. ESPONTANEO	PARTO VAG. CON FORCEPS	TOTAL	%
1. Cicatriz Intacta	34	37	71	92.2
2. Rasgaduras Vaginales Grado III	-	3	3	3.9
3. Rasgaduras Cervicales	-	1	1	1.3
4. Retención restos Placentarios	-	1	1	1.3
5. Dehiscen. Cicatz. Ut. - Rasg. Segto.	-	1	1	1.3
T O T A L	34	43	77	100%

Fuente: Archivo del Hospital Roosevelt.

NOTA: Se realizó una Laparatomía exploradora por Dehiscencia de cicatriz Uterina. En los Hallazgos de 2a. Cesárea todas las cicatrices estaban Intactas. Se observa que los partos resueltos con fórceps tuvieron más complicaciones.

COMPLICACIONES MATERNAS INMEDIATAS SEGUN
RESOLUCION DEL EMBARAZO ACTUAL

COMPLICACIONES	Parto Vaginal Espontáneo	Parto Vaginal Con Fórceps	Nueva Cesar.	Total
1. Ninguna	34	36	22	92
2. Hemorragia Excesiva* Transf. Sangre (2 Und.)	-	5	-	5
3. Retención Restos Placentarios	-	1	-	1
4. Dehiscencia Cicatriz Uterina	-	1	-	1
5. Antónia Uterina Reversible	-	-	1	1
T O T A L	34	43	23	100

Fuente: Archivo del Hospital Roosevelt.

NOTA: La Hemorragia excesiva ocasionada en el Parto Vaginal con fórceps se debió a la prolongación de la Episiotomía en la aplicación del fórceps, por lo que hubo necesidad de transfusiones.

CUADRO No. 11

COMPLICACIONES MATERNAS TARDIAS SEGUN
RESOLUCION DEL EMBARAZO ACTUAL

COMPLICACION	Parto Vaginal Espontáneo	Parto Vaginal Con Fórceps	Nueva Cesárea	Total
1. Ninguna	33	42	22	92
2. Endometritis	1	-	-	1
3. Anemia Severa	-	1	1	2
T O T A L	34	43	23	100

Fuente: Archivo del Hospital Roosevelt.

PELVIS PROMEDIO SEGUN VALORES: DIAMETROS EN SUS ESTRECHOS
Y DESVIACION STANDAR POR METODO OBSTETRICO DE RESOLUCION
DEL EMBARAZO ACTUAL

METODO OBSTETRICO Y ESTRECHOS DE LA PELVIS	DIAMETRO TRANSVERSO		DIAMETRO ANTEROPOST.	
	Promedio	Desv. St.	Promedio	Desv. St.
PARTO VAG. ESPON- TANEO				
Estrecho Superior	12.70	0.604	11.79	0.982
Estrecho Medio	10.14	0.490	11.87	1.232
Estrecho Inferior	10.15	0.879	7.96	0.987
PARTO VAG. CON FORCEPS				
Estrecho Superior	12.93	0.627	11.75	0.868
Estrecho Medio	10.23	0.627	11.79	0.878
Estrecho Inferior	9.95	0.859	7.91	1.244
NUEVA CESAREA				
Estrecho Superior	12.92	0.799	11.74	0.937
Estrecho Medio	10.16	0.564	11.86	0.943
Estrecho Inferior	9.95	0.685	7.93	1.114

Fuente: Archivo del Hospital Roosevelt.

NOTA: Todas las cifras escritas son valores en centímetros.

PELVIS PROMEDIO SEGUN SUS VALORES POR ESTRECHOS Y SUS
DESVIACIONES STANDAR, EN LA RESOLUCION DEL EMBARAZO
ACTUAL

Estrechos Pélvicos según el Método Obstétrico	Promedio	Desviación Standar
<u>PARTO VAGINAL ESPONTANEO</u>		
Estrecho Superior	24.4	1.062
Estrecho Medio	22.0	1.170
Estrecho Inferior	18.0	1.418
<u>PARTO VAGINAL CON FORCEPS</u>		
Estrecho Superior	24.7	1.042
Estrecho Medio	22.0	1.163
Estrecho Inferior	18.0	1.348
<u>NUEVA CESAREA</u>		
Estrecho Superior	24.6	1.355
Estrecho Medio	22.0	1.225
Estrecho Inferior	18.0	1.425

Fuente: Archivo del Hospital Roosevelt..

CUADRO No. 14

PELVIS PROMEDIO TOTAL SEGUN LOS
ESTRECHOS EN SUS DIFERENTES
DIAMETROS

ESTRECHOS	Diámetro Transverso		Diámetro Anterop.		TOTALES	
	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S
Superior	12.85	0.664	11.76	1.23	24.6	1.153
Medio	10.20	0.569	11.84	1.03	22.0	1.186
Inferior	10.02	0.829	7.93	1.13	17.9	1.397

FUENTE: Archivo del Hospital Roosevelt.

NOTA: $\bar{X}$ = Promedio S = Desviación Standar

CUADRO No. 15

APGAR DE LOS RECIEN NACIDOS SEGUN RESOLUCION
DEL EMBARAZO ACTUAL

METODO OBSTETRICO	A P G A R			
	1 minuto		5 minutos	
	1 -- 6*	7 --- 10	1 -- 6	7 -- 10
PARTO VAGINAL ESPONTANEO	2	32	-	34
PARTO VAGINAL CON FORCEPS	7	36	-	43
NUEVA CESAREA	5	18	-	23
T O T A L	14	86	-	100

Fuente: Archivo del Hospital Roosevelt.

Nota: * De los RN nacidos por parto vaginal (espontáneo y fórceps) el puntaje Apgar al minuto no bajo de 6, en tanto que los nacidos por 2a. cesárea solamente uno tuvo puntaje de 5 al minuto, teniendo 10 de Apgar a los 5 minutos.

PESO DE RECIEN NACIDOS SEGUN RESOLUCION DEL EMBARAZO
ACTUAL, SU PROMEDIO Y DESVIACION STANDAR

PESO Lbs.	PARTO VAGINAL ESPONTANEO	PARTO VAGINAL CON FORCEPS	NUEVA CESAREA	TOTAL	%
5.0 -- 5.8	7	8	4	19	19
5.9 -- 6.7	18	15	9	42	42
6.8 -- 7.8	8	15	6	37	37
7.7 -- 8.5	1	5	2	8	8
8.6 -- 9.4	-	-	2	2	2
T O T A L	34	43	23	100	100
PROMEDIO	6.48 Lbs.	6.7 Lbs.	6.9 Lbs.		
DESV. STAN- DAR	0.67 "	0.79 "	0.97 "		

Fuente: Archivo del Hospital Roosevelt.

CIRCUNFERENCIA CRANEANA DE LOS RECIEN NACIDOS SEGUN
RESOLUCION EMBARAZO ACTUAL, PESO PROMEDIO
Y DESVIACION STANDAR

CIRCUNFERENCIA CRANEANA cms.	PARTO VAGINAL ESPONTEANEO	PARTO VAGINAL CON FORCEPS	NUEVA CESAREA	TOTAL
32 -- 32.8	6	6	3	15
32.9 -- 33.7	10	17	4	31
33.8 -- 34.6	15	13	9	34
34.7 -- 35.5	3	6	4	13
35.6 -- 36.4	-	1	2	3
36.5 -- 37.3	-	-	1	1
T O T A L	34	43	23	100
PROMEDIO	33.5 cms.	33.6 cms.	34 cms.	
DESV. STAN- DAR	0.8 cms.	1.67 cms.	1.22 cms.	

Fuente: Archivo del Hospital Roosevelt.

DESCRIPCION Y ANALISIS DE RESULTADOS

CUADRO No. 1

En este cuadro encontramos que la edad varió entre los 16 y los 43 años. Se dividieron las pacientes en intervalos de 5 años de edad; el mayor grupo lo constituyó el de las edades de 21 a 25 años, siguiendo el de 26 a 30 años, conformando ambos grupos el 62% del total, correspondiente a la tercera década, lo cual coincide con los datos reportados por otros investigadores; siendo el promedio de edad 26 años. 1.5.12.

Se observa en el grupo de pacientes que resolvieron su embarazo por vía Vaginal (espontáneo y fórceps prof.) que fue proporcionalmente mayor en un 49% en la tercera década a diferencia de los otros grupos.

CUADRO No. 2

La mayor parte de pacientes fueron secundigestas (47%) con el antecedente solo del embarazo previo resuelto por cesárea segmentaria transperitoneal. El índice de secundigestas es similar al que reporta la literatura. 1.5.12. El grupo resuelto por parto vaginal (espontáneo y fórceps prof.) muestra un índice de secundigestas muy alto (44%) seguido por las multigestas en ese grupo, con un 32.5%; de la misma manera las resueltas por segunda cesárea.

CUADRO No. 3

En este cuadro el mayor porcentaje de pacientes lo constituyeron las Nulíparas (52%) lo que coincide con lo reportado en la literatura revisada. 5.12. Se encuentra que las resueltas por Parto Vaginal (espontáneo y fórceps prof.) alcanzó el índice más alto del total (36%), en tanto que las que se resolvieron por nueva cesárea sólo el 16%. Un 20% fueron Múltiparas que se resolvieron vía vaginal y sólo el 4% de ellas por segunda cesárea.

CUADRO No. 4

La indicación más frecuente de la cesárea anterior, fue la Desproporción Cefalopélvica (DCP) en un 27%, lo que coincide con la literatura consultada; 1.2.3.4.5.7.10.11.12. seguida por la indicación de Podálica en Primigesta 19%, Situación Transversa 13%, Sufriamiento Fetal 12% y Presentación Pelviana con el 9%.

La indicación D.C.P. en Cesárea anterior tuvo un índice mayor en las pacientes que resolvieron su embarazo actual por Parto Vía Vaginal (18%), en relación con el 9% en la segunda cesárea; de la misma manera con las que tuvieron como indicación anterior Podálica en Primigesta (16%) resolviéndose actualmente por parto vaginal y un 3% por nueva cesárea, que no necesariamente fue por presentación Pelviana.

Existió así mismo una mayor frecuencia de indicaciones fortuitas en el embarazo previo, que no necesariamente debieron repetirse en embarazos posteriores. 1.5.14.

Llama mucho la atención que un 7% de las pacientes hayan sido operadas por sospecha de Estrechez Pélvica, pues al ser evaluadas actualmente, presentaban una pelvis radiológicamente aceptable y resolvieron su embarazo por Vía Vaginal.

CUADRO No. 5

Se observa que la indicación de la primera cesárea en relación con la segunda, no se repite necesariamente en embarazos posteriores, lo cual coincide con lo reportado por otros investigadores. 1.2.3.5.7.6.11.14. Pacientes que tuvieron Desproporción Cefalopélvica como indicación de la primera cesárea, solamente un 22% de estas se repitió como indicación de la nueva cesárea; sin embargo si disminuyó como indicación con relación a la primera cesárea.

CUADRO No. 6

De los 100 casos de estudio el 77% se resolvió por parto vaginal; un 34% en forma espontánea y un 43% en forma espontánea y un 43% con aplicación de fórceps profilático bajo, se observa que el porcentaje de fórceps en la resolución del embarazo de estas pacientes con C.S.T. anterior es alto, dato similar a los reportes de otros autores. 1.5.7. En tanto que un 23% de los casos se resolvió por segunda cesárea. Estos resultados coinciden con la mayoría de los reportes de la bibliografía revisada. 1.3.4.6.7.9.11.14.

CUADRO No. 7

Se observa en este cuadro que de las 23 pacientes que fueron cesarizadas nuevamente, un 65.22% presentaron Desproporción Cefalopélvica durante el transcurso del trabajo de parto, siendo imprevisible tal complicación por el diámetro de la pelvis y el tamaño del feto radiológicamente, al parecer la cabeza fetal no alcanzó la deflexión adecuada. (8) La Desproporción Cefalopélvica continua siendo la mayor indicación para la segunda cesárea lo cual es similar con los reportes de otros estudios. 1.3.4.5.6.7.9.11.14. Un 21% tuvo como indicación para segunda cesárea Inercia Secundaria y un 13% Sufrimiento Fetal.

Durante el transcurso del trabajo de parto se presentaron 3 casos con Sufrimiento Fetal en el período expulsivo habiendo pasado las espigas, por lo que se aplicó fórceps bajo para resolver el parto de inmediato, no presentándose ninguna complicación en este procedimiento, los Recién Nacidos egresaron en buenas condiciones generales.

CUADRO No. 8

En este cuadro se observa que un 81.8% de las pacientes que resolvieron su parto vaginal (espontáneo y fórceps prof.) alcanzaron su Dilatación Completa e un intervalo de tiempo entre 6 y 8 horas, (desde el ingreso al hospital hasta la completación), un 15.6% se completó entre 9 y 12 horas y solamente un 2.6% entre 3 y 5 hs. que va relacionado con el tiempo Promedio de trabajo de parto en el Primer Período, durante el Parto Vagi-

nal (9:11 horas) con una desviación standar de 2:52 horas. 1.5.14.

Se encontró así mismo que el tiempo Promedio de duración del Segundo Período (va de la Dilatación completa al Nacimiento) fue de 19 minutos con una desviación standar de 11' (minutos). Todo lo cual nos da la idea del tiempo de trabajo de parto que se le puede dar a una paciente con cesárea segmentaria transperitoneal anterior sometida a parto vaginal. El tiempo promedio de trabajo de parto que tuvieron las pacientes con 2a. cesárea fue de 9:32 hs. y una desviación standar de 4:2 horas influenciadas por las complicaciones presentadas durante este.

CUADRO No. 9

Las pacientes que resolvieron su parto vaginal en forma espontánea, al revisar la cavidad uterina y vaginal, como se muestra en este cuadro, no presentaron ninguna complicación; en tanto que de las 43 pacientes a quienes se aplicó fórceps profiláctico bajo, un 7.8% presentaron morbilidad materna; se produjeron en un 3.9% prolongaciones de episiotomía ocasionando rasgaduras vaginales grado III que fueron corregidas inmediatamente. Un 1.3% tuvieron rasgaduras cervicales leves, otro 1.3% retención de restos placentarios por extracción manual de placenta. Se produjo una dehiscencia parcial de cicatriz uterina anterior con rasgadura el segmento que se corrigió en la Laparatomía. Estos resultados coinciden con los reportes de otros estudios. 1.5.14.

De la misma manera nos revela lo traumático en la aplicación de un fórceps profilático en este tipo de pacientes.

CUADRO No. 10

En este cuadro se observa que el mayor índice de complicaciones Maternas Inmediatas al parto, lo ocupa la Hemorragia excesiva con requerimiento de transfusiones sanguíneas (2 unidades), el 5% que concuerda con lo reportado por E. Gibbs; ocurridas en el parto vaginal con aplicación de fórceps Prof. dato seguido por la Dehiscencia de cicatriz uterina que se corrigió en la Laparatomía; un 1% correspondiente a retención de restos placentarios que necesitaron legrado uterino instrumental. Se presentó únicamente un caso de atonía Uterina reversible en la realización de 2a. Cesárea sin mayores complicaciones. 1.5.6.14

Las pacientes con parto vaginal espontáneo, no -- presentaron ninguna complicación inmediata; produciéndose el mayor número de complicaciones inmediatas al parto con la aplicación de fórceps (7%), lo que demuestra que el uso de este instrumento no está indicado por la morbilidad que conlleva.

CUADRO No. 11

Encontramos en este cuadro que de las complicaciones maternas que se presentaron tardíamente, un 1% del total de casos presentó Endometritis (en parto Vaginal espontáneo) tratado médicamente con antibióticos

sin mayores complicaciones. Así mismo un 1% requirió transfusión sanguínea por Anemia Severa; esto nos muestra que la paciente tuvo un manejo adecuado durante este estudio, pues tardíamente no presentaron complicaciones graves.⁵

CUADRO No. 12

Este cuadro nos revela detalladamente los valores promedio en los diámetros transversos y anteroposteriores de los diferentes estrechos pélvicos según el método de resolución del embarazo actual; se observa que los diámetros transversos y anteroposteriores de los estrechos Superior, Medio e Inferior, son similares en sus medidas en cada uno de los métodos obstétricos usados para resolver el embarazo.

Esto nos demuestra que las pacientes que necesitaron ser cesarizadas nuevamente no tuvieron influencia pélvica para ello pues los diámetros son similares al de los otros grupos aceptables para resolución de un parto vaginal.

CUADRO No. 13

Como se observa aquí, los diferentes métodos para la resolución del embarazo actual tuvieron una pelvis aceptable para parto vaginal, siendo sus valores promedio por estrechos sumamente similares (24.6 - 22 - 18 cms.), cada uno de estos con su desviación Standard correspondiente, nos da valores exactos entre lo que es una pelvis Amplia y Límite, Ginecoide Ginecoide; con-

dición propuesta en el Protocolo para permitir a las pa
cientes oportunidad de parto Vaginal.

CUADRO No. 14

Este cuadro nos muestra la Pélvis Promedio en-
sus diferentes estrechos y diámetros correspondientes,
más su desviación standar. De las 100 pacientes som
tidas a oportunidad de Parto Vaginal sus valores prom
edios fueron los siguientes:

Estrecho Superior: Transv.: 12.85 cms. Anteropost.:
11.76 cms.

Estrecho Medio: " 10.02 " "
11.84 cms.

Estrecho Inferior: " 10.02 " "
7.93 cms.

Esta pélvis es Radiológicamente aceptable con sus
correspondientes desviaciones standar para la aplica-
ción del Protocolo propuesto a pacientes con cicatriz de
cesárea segmentaria transperitoneal anterior.

CUADRO No. 15

En este cuadro observamos las puntuaciones APGAR^R
de los Recién Nacidos, al minuto (1') y a los cinco minu-
tos (5') por el método obstétrico de resolución del emba-
razo actual.

De los Recién Nacidos por parto Espontáneo 2 ca-

sos tuvieron puntuación Apgar entre 1-6 al minuto, sin
descender de 6 la puntuación, y alcanzando su normali-
dad (10 puntos) antes de los cinco minutos. Un 94.1% -
(32 casos) tuvieron puntuaciones entre 7-10 al minuto. -
En tanto que a los 5 minutos los 34 Recién Nacidos tuvie
ron Apgar entre 7-10.

Podemos observar que de los Recién Nacidos con
aplicación de Fórceps, 7 de ellos tuvieron Apgares en-
tre 1-6 sin descender la puntuación de 6 al minuto, al-
canzando la normalidad antes de los cinco minutos; el
resto (36 casos) tuvieron puntuaciones entre 7-10 al mi-
nuto. A los 5' (minutos) el 100% (43 casos) tenían Ap-
gar entre 7-10.

De los Recién Nacidos obtenidos por Cesárea (23
casos) un 78.3% tuvieron Apgares entre 7-10 al minuto
y un 21.7% (5 casos) Apgar entre 1-6 al minuto, presen-
tándose un Recién Nacido con puntuación de 5 al minuto
probablemente por paso de anestesia a este durante el
acto quirúrgico, no necesito reanimación pues antes de
los 5 minutos se encontró en buen estado. Estos 23 Re-
cién nacidos a los cinco minutos tenían puntuaciones en-
tre 7-10.

Se observa que en los Recién Nacidos con puntua-
ciones de 6 y 5 al minuto hubo tardanza en su extracción
de la cavidad uterina y pudo haber paso de anestecia a
ellos, por lo cual nacieron deprimidos (no así los naci-
dos espontáneamente), aunque no necesitaron reanima-
ción estuvieron expuestos a mayores complicaciones. 1.
5.6.14

Dichos resultados son similares a los reportado

por el Dr. Oscar Agüero (1) y compatible con lo que dice el Dr. García Luna de que el estado neonatal inmediato puede depender de muchos factores, (5) lo que hace difícil la interpretación de estos datos en relación al método de resolución del embarazo.

CUADRO No. 16

Se observa en este cuadro que el Peso de los Recién nacidos varió entre 5 libras (2,265 grs.) y 8.75 libras (3,960 grs.) el mayor grupo lo constituyeron los pesos entre 5.9 lbs. y 6.7 lbs. haciendo un total de 42%, seguido por el grupo que peso entre 6.8 lbs. y 7.6 lbs. con un total de 37%, un 19% entre 5 lbs. y 5.8 lbs. y un 2% entre 8.6 y 9.4 lbs. 5.6.

Se tuvo como peso Promedio el similar en cada uno de los métodos obstétricos como se resolvió el embarazo actual, siendo el Peso Promedio del total de los Recién Nacidos: 6.7 Lbs. o sea 3,026 Grs. con una desviación standar de 0.81 lbs., lo que coincide con lo reportado por A.M. García Luna. (5)

CUADRO No. 17

Este cuadro nos muestra los valores dentro de los que varió la Circunferencia Craneana de los Recién Nacidos (32-37 cms.) alcanzando el más alto porcentaje (65%) los grupos entre 32.9 y 34.6 cms. seguido por el 15% entre 32 y 32.8 cms., 13% entre 34.4 y 35.5 cms., un 3% entre 35.6 y 36.4 cms. y un 1% entre 36.5 y 37.3 cms. Se obtuvo como Promedio total de Circunferencia

Craneana un 33.7 centímetros con una desviación standar entre 1.23 cms. Resultados que van de acuerdo a las medidas que se tienen en la Pediatría moderna.

CONCLUSIONES

- 1- La cesárea previa no es indicación de nueva cesárea porque al 77% de los casos que anteriormente se les practicó esta, actualmente resolvieron su embarazo por vía vaginal.
- 2- El uso de fórceps profiláctico tuvo un porcentaje elevado (43%) en la resolución del embarazo actual, lo que produjo complicaciones inmediatas al parto en el 7.8% de los casos, esto revela que la aplicación de dicho instrumento conlleva a mayores riesgos maternos en este tipo de pacientes.
- 3- La dehiscencia de cicatriz uterina en este estudio tuvo un porcentaje bastante bajo (1.3%) pese a que el 77% de los casos se resolvieron por vía vaginal; esto varía con los índices más altos reportados por otros autores. 4.5.9.11.14
- 4- El tiempo de hospitalización para las pacientes que resolvieron su embarazo por vía vaginal fué únicamente de 24 horas (en tanto que para las pacientes que lo resolvieron por nueva cesárea fué de cinco días) lo cual trae como resultado un beneficio económico para el hospital.
- 5- Los ensayos de parto vaginal en este estudio, nos dieron como resultado un bajo índice de complicaciones materno-fetales, tanto inmediatas como tardías, esto nos dice que sí es conveniente dar oportunidad de parto vía vaginal a pacientes con el antecedente de C.S.T. anterior que llenen los re-

quisitos y condiciones del protocolo presentado inicialmente.

RECOMENDACIONES

- 1.- Efectuar estudios con mayor cobertura de pacientes con el antecedente de Cesárea Segmentaria -- Transperitoneal anterior.
- 2.- Que el parto vaginal sea permisible a pacientes con cesárea segmentaria transperitoneal anterior únicamente si existe la certeza de un excelente resultado final para la madre y el feto.
- 3.- La paciente con C.S.T. para tener la oportunidad de parto vaginal debe reunir los requisitos y condiciones descritos en este estudio.
- 4.- Omitir en lo que sea posible el uso de Fórceps Profiláctico en este tipo de pacientes ya que aumenta la morbilidad Materna y podría ocasionar complicaciones secundarias al Recién Nacido según reportes de estudios actuales.

RESUMEN

Se sometieron a estudio 100 pacientes con antecedente de Cesárea Segmentaria Transperitoneal Anterior, aplicándoles el Protocolo elaborado, con requisitos y condiciones que deberían llenar las pacientes para entrar al estudio.

La Indicación más común para la Primera Cesárea fue la Desproporción Cefalopélvica (27%) seguida de la Podálica en Primigesta (19%), alcanzando el porcentaje más alto las Indicaciones fortuitas.

El 77% del total de los casos fue resuelto por Parto Vaginal, el 34% se resolvió Espontáneamente y el 43% con aplicación de Fórceps Profiláctico; el 23% fue resuelto por una Segunda Cesárea.

El tiempo Promedio de Trabajo de Parto fue de 9:11 hrs. en el Primer Período y de 19¹ minutos en el segundo Período; el 81.8% de las pacientes que resolvieron su parto por vía vaginal alcanzaron su dilatación cervical completa en un intervalo de 6 a 8 horas.

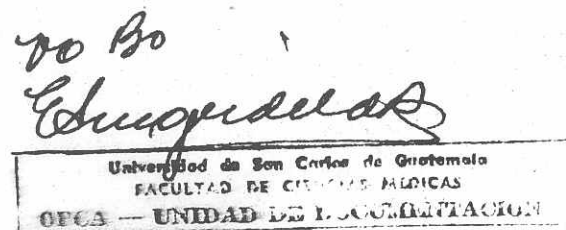
El 1% del total presentó Dehiscencia de cicatriz Uterina, siendo más bajo que los reportes de otros investigadores. El peligro mayor de la cicatriz uterina previa es la dehiscencia. La Mortalidad Materno-Fetal fue de cero (0). Sin embargo el uso de fórceps en la resolución del embarazo, produjo un porcentaje considerable (7.8%) de complicaciones maternas inmediatas al parto.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Agüero, O. Utero cicatrizal grávido. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela* 1983; 39(1):18-20
2. Alfaro V., Mario G. **Segunda cesárea, su indicación y su influencia sobre la madre y el producto; revisión de 119 casos en la Maternidad del Hospital Roosevelt.** Tesis (Médico y Cirujano)-Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1977. - 42p.
3. Benedetti, T.J. et al. Vaginal delivery after previous cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 1982 Feb 1; 142(3):358-359
4. Demianczuk, Nestor N. et al. Trial of labor after previous cesarean section: pronostic indicators of outcome. *Am J Obstet Gynecol* 1982 Mar 15; 142(6):640-642
5. García, L.A.M. et al. Manejo de la paciente obstétrica con antecedente de una cesárea. *Gineco-Obstetricia de México* 1979 marzo; 45(269): 223-241
6. Gibbs, C.E. Planned vaginal delivery following - Cesarean section. *Clin Obstet Gynecol* 1980 Jun; 23(2):507-515

7. Graham, A.R. Trial labor following previous cesarean section. **Am J Obstet Gynecol** 1984 May 1; 149(1):35-38
8. Hellman, L.M. et al. **Williams obstetricia**. Barcelona, Salvat 1978. 1076p. (pp.810-815, 1007-1030)
9. James N., Martin et al. Vaginal delivery following previous cesarean birth. **Am J Obstet Gynecol** 1983 Jun 1; 146(3):255-260
10. Molina C., H.R. **Análisis del manejo de la paciente con cesárea anterior, efectuado en los hospitales departamentales de la república de Guatemala; revisión de casos efectuados en el Hospital Roosevelt, durante los años de 1967 a 1976.** Tesis (Médico y Cirujano)- Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1977. 33p.
11. Porreco, Richar P. Timing of repeat cesarean section. **Clin Obstet Gynecol** 1980 Jun; 23(2): 499-506
12. Schwarcz, S.S. et al. **Obstetricia**. 3 ed. Buenos Aires, Altense, 1973. 944p. (pp.848-865)

13. Turcios R., H.L. **Indicaciones de segunda cesárea.** Tesis (Médico y Cirujano)- Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1981. 42p.
14. Uzcategi U., Ofelia et al. Parto vaginal post cesárea. **Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela** 1978; 38(1):32-33



CENTRO DE INVESTIGACIONES DE LAS CIENCIAS

DE LA SALUD

(C I C S)

CONFORME:

Dr. MARIO B. ALFARO VILLATORO
ASESOR.

Dr. BENEDICTO VASQUEZ Y VASQUEZ
ASESOR

JOSE B. VASQUEZ y V.
MEDICO Y CIRUJANO
Colegiado 1298

SATISFECHO:

Dr. ORLANDO ESCOBAR MEZA
REVISOR.

Dr. JOSE ORLANDO ESCOBAR MEZA
Medico y Cirujano
Col. No. 2506

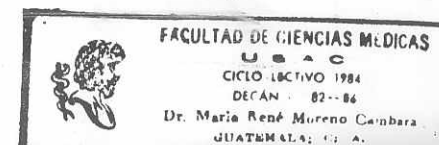
PROBADO:

DIRECTOR DEL CICS

EMPRIMASE:

Dr. Mario René Moreno Cambará
DECANO
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS.
U S A C .

Guatemala, 21 de Septiembre de 1984. -



Los conceptos expresados en este trabajo
son responsabilidad únicamente del Autor.
(Reglamento de Tesis, Artículo 44).