

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

FRECUENCIA, ANTECEDENTES Y RESULTADOS DE PARTO VAGINAL EN PACIENTES CON CESARIA PREVIA

Estudio retrolectivo en 100 pacientes atendidas en el Departamento
de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Hno. Pedro de Bethancourt,
Antigua Guatemala, 1 de enero de 1991 a 31 de diciembre de 1996

RODOLFO PINEDA ORTEGA

MEDICO Y CIRUJANO

INDICE

	Página
I. Introducción	1
II. Planteamiento del problema	2
III. Justificación	4
IV. Objetivos	5
V. Revisión bibliográfica	6
VI. Metodología	30
VII. Presentación de resultados	35
VIII. Análisis y discusión de resultados	43
IX. Conclusiones	46
X. Recomendaciones	47
XI. Resumen	48
XII. Referencias bibliográficas	49
XIII. Anexos	52

I. INTRODUCCION

El trabajo de parto con antecedente de cesárea es hoy frecuente, y a menudo ocurre sin contratiempos. En un esfuerzo por reducir la frecuencia de cesárea en Estados Unidos, muchos médicos han vuelto su atención hacia el trabajo de parto con el antecedente de cesárea. La seguridad de tales partos vaginales se ha ratificado en casi todos los casos. La atención eficiente del trabajo de parto y la expulsión en mujeres con cicatrices requiere una cuidadosa selección, preparación y atención de las pacientes.

El propósito del presente trabajo es dar a conocer con qué frecuencia se da el trabajo de parto con antecedente de cesárea y describir las complicaciones tanto maternas como del recién nacido al momento del parto, en un periodo de seis años, obteniendo la información en los expedientes clínicos del Hospital Nacional Hno. Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala.

Espero que los principales resultados que fueron obtenidos en la presente investigación contribuyan en alguna medida a tomar la decisión de dar oportunidad de trabajo de parto a pacientes con antecedente de cesárea y que no tienen indicación absoluta de cesárea.

II. PLANTEAMIENTO Y DELIMITACION DEL PROBLEMA

La operación cesárea, quizá la más antigua de las operaciones, tan útil y necesaria en la actualidad, ha pasado por innovaciones importantes e interesantes a través de toda la historia del hombre, para ir perfeccionándose hasta el grado en que hoy la conocemos.

En los últimos decenios, la frecuencia de la cesárea se ha incrementado año con año, en Estados Unidos, la frecuencia fue de 4.5% en 1965; en 1981 de 18.5%; en 1984 de 21.5% y en 1990 de 24%. En México también se ha observado un aumento progresivo de la operación, en 1948 fue de 3.4%; en 1966 de 5.5%; en 1982 de 17%; en 1984 de 24.2% y para 1994 se tuvo un estudio con un incremento de 1% anual. A través del tiempo, han sido varios factores los que han contribuido al aumento de la tasa de la operación cesárea, uno de los más antiguos fue la doctrina establecida por Craigen en 1916: "Después de cesárea, siempre cesárea", manteniéndose vigente por mucho tiempo. Debe considerarse que junto con el aumento de la tasa de cesáreas, los problemas médico legales también se han incrementado. El temor cada vez mayor de las demandas por negligencia médica y los costos de los seguros que amparan, han introducido variables discordantes en la decisión de la vía del nacimiento. (1, 7). En otros países, como en la República de Irlanda, donde tradicionalmente la tasa de cesáreas ha sido baja, en los pasados diez años hubo un incremento, en 1974 fue de 5% y en 1989 de 10%. Como se puede observar existe una tendencia a incrementar el número de cesáreas aún en países que anteriormente habían mantenido una incidencia baja de esta operación. (7).

El riesgo relativo de la morbi-mortalidad materna de una operación cesárea comparada con parto vía vaginal es 2 a 10 veces mayor. (16)

Las complicaciones post-operatorias más comunes son la endometritis y la infección de la herida operatoria, elevando la mortalidad materna en relación al parto por vía vaginal. (13)

La inquietud de este estudio es determinar la frecuencia, antecedentes y resultados materno-perinatales en un hospital urbano (Hospital Nacional Hno. Pedro de Bethancourt, Antigua Guatemala), en donde se atienden pacientes por parto vía vaginal después de haber tenido cesárea.

III. JUSTIFICACION

El parto por cesárea se refiere únicamente a la técnica sin prejuzgar, ni la edad, ni la viabilidad o sea que es toda intervención quirúrgica que permite la extracción del feto mediante el corte de la pared del útero por la vía abdominal.

La probabilidad del nacimiento vaginal se ha reducido notablemente en las últimas tres décadas y el aumento de las tasas de operación cesárea se ha hecho notable, esto lo justifican con un mejor pronóstico en las tasas de sobrevivencia y una disminución de las tasas de morbilidad del recién nacido.

Hay múltiples causas que pueden explicar el aumento de la operación cesárea, pero la más importante es la de que cesárea anterior es igual a cesárea. La literatura reporta entre 40 y 80% de partos vaginales después de operación cesárea, pero muy pocos hospitales modifican sus normas, ofreciendo esta posibilidad.

En el hospital de Antigua Guatemala, no se conocen datos acerca de la oportunidad que se da de parto vaginal a pacientes con cesáreas anteriores, lo cual nos incentiva para realizar este estudio y normar el criterio sobre a qué paciente se les puede brindar esta oportunidad.

IV. OBJETIVOS

A. GENERAL

Determinar la frecuencia de parto vaginal después de operación cesárea en el Hospital Nacional Hno. Pedro de Bethancourt, Antigua Guatemala, en el período del 1 de enero de 1991 al 31 de diciembre de 1996.

B. ESPECIFICOS

1. Identificar los antecedentes de la cesárea previa a un parto vaginal.
2. Identificar los resultados del parto vaginal después de cesárea en la madre y el niño.
3. Identificar las complicaciones durante el parto vaginal de las pacientes con antecedente de operación cesárea.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

EL UTERO

DEFINICION:

Matriz: Organismo muscular hueco de los mamíferos hembras que está situado en la pelvis, entre la vejiga y el recto; su función es nutrir al embrión en desarrollo hasta el momento del nacimiento, actúa como elemento motor principal en el momento del parto; el útero maduro tiene forma de pera, pared gruesa y una longitud de unos 7 u 8 centímetros; alcanza el tamaño adulto a los 15 años y disminuye después de la menopausia; la parte superior del útero se abre a cada lado a las trompas, y en la porción inferior a la vagina. (3,4)

ANATOMIA:

Comprende dos grandes segmentos: el cuerpo y el cuello entre los cuales se intercala el istmo que representa una región de transición. (17)

En las nulíparas el útero tiene un diámetro longitudinal de 60 a 70 mm, un diámetro anteroposterior de 30 a 40 mm, y un diámetro transversal de 30 a 50 mm.

En las multíparas estas dimensiones están aumentadas en 10 a 20 mm. Pesa de 40 a 50 gramos en las nulíparas y poco más de 70 en las multíparas. (17)

El cuerpo constituye el segmento muscular más activo del útero, es la porción superior de forma triangular, aplanada en sentido anteroposterior. El fondo uterino es la parte del órgano situado por encima de la inserción de las trompas. Los cuernos uterinos son las porciones donde se unen el fondo de los bordes laterales del útero. En esta región se fijan los ligamentos redondos hacia adelante y las trompas y los ligamentos útero ováricos hacia atrás. Los ligamentos anchos se insertan en los bordes laterales. (3,16)

El cuello uterino queda dividido por la inserción de la vagina en tres partes: la porción supravaginal, de cuyas partes laterales parten los ligamentos úterosacros; la porción vaginal constituida por la propia inserción de la vagina y la porción intravaginal llamada Hocico de Tenca o Portio, de forma cónica y haciendo prominencia en la cavidad vaginal. Esta porción intravaginal queda separada de la vagina por el fondo de saco anular, en el que se describen una parte anterior, otra posterior y dos laterales. La parte más profunda es posterior. El extremo inferior del cuello presenta el orificio cervical externo mediante el cual comunica con la vagina. Este orificio es casi circular en las nulíparas y se convierte en una hendidura transversal de aproximadamente 1 cm. en las multíparas. El cuello tiene dos labios, uno superior y otro inferior. (10,17)

El istmo se extiende entre ambos orificios internos y mide aproximadamente 10 mm. de longitud. Por la cara externa del útero, su límite superior está determinado por la penetración de la rama principal de la arteria uterina, por la vena coronaria y por el límite más bajo de la sólida adherencia peritoneal al cuerpo del útero.

A su nivel el canal uterino se encuentra principalmente estrecho, durante el embarazo y el parto se distiende para formar el segmento inferior. (10,17)

HISTOLOGIA:

La pared del útero varía en grosor desde 1.5 cm. a algo menos de 1 cm. Consiste en tres capas: a) Túnica serosa externa delgada (serosa), b) Túnica muscular gruesa o miometrio, y c) mucosa de revestimiento o endometrio.

La serosa (revestimiento epitelial del órgano) consiste en una sola capa de células mesoteliales sostenida por una capa delgada de tejido conectivo laxo, se

continúa a cada lado con el peritoneo del ligamento ancho, pero falta en la mitad inferior de la superficie anterior.

El miometrio tiene haces de fibras de músculo liso separado por tejido conectivo. Los haces se disponen en tres capas mal definidas. Las capas interna y externa son delgadas y consisten principalmente en fibras longitudinales y oblicuas. La capa media es mucho más gruesa y las fibras tienden a disponerse circularmente.

Los vasos sanguíneos de mayor calibre de la pared del útero están principalmente en esta capa media, por lo cual a veces se llama estrato vascular. (8)

La capa muscular externa del cuerpo se continúa en el cuello y en la vagina. Por su parte, las capas musculares media e interna se extienden hasta el istmo, es decir, hasta un poco más abajo del orificio interno anatómico. A ese nivel el músculo deja de predominar para dar paso al tejido colágeno por abajo, formará la mayor parte del cuello. La transición entre ambos tejidos, músculo por arriba (hacia el cuerpo), y colágeno por abajo (hacia el cuello) generalmente es abrupta, aunque en ocasiones puede ser algo más gradual.

Esta zona de unión músculo conjuntiva se ha denominado unión fibro muscular, y la evolución de la misma durante el embarazo, el pre parto y el parto será la que determinará, en última instancia todas las modificaciones istmocervicales que caracterizan a estos períodos (formación del segmento inferior, borramiento y dilatación cervical). (17)

MODIFICACIONES TISULARES DURANTE EL EMBARAZO GENERALIDADES:

El peritoneo se distiende e hipertrofia, su adherencia al miometrio que es sólida en el cuerpo, se hace laxa y deslizante en el segmento inferior.

En el miometrio se instala un proceso de hipertrofia e hiperplasia muscular, así como de los tejidos conjuntivo y elástico. La hipertrofia del tejido muscular produce, durante los nueve meses, un aumento de las fibras de cerca de diez veces su longitud y cinco veces su espesor. Mediante microscopía electrónica se ha comprobado que la cantidad de miofibrillas de la célula muscular del miometrio se eleva durante el embarazo, también se produce un incremento del retículo endoplasmático, de las mitocondrias, del aparato de Golgi y de las vesículas de pinocitosis. El aumento de organelas citoplasmáticas traduce una intensa actividad metabólica propia de una célula que, como la miometrial debe experimentar importantes modificaciones, en este caso destinadas a lograr una adecuada preparación para el parto, el incremento en la cantidad de miofibrillas y en el tamaño celular constituyen la evidencia morfológica de dicha preparación. (5,8)

FORMACION DEL SEGMENTO INFERIOR:

El segmento inferior es la zona entre el cuerpo y el cuello que anteriormente a su constitución correspondía al istmo que se adelgaza y distiende durante la gestación y el parto. Empieza a formarse a partir de las catorce a dieciséis semanas de embarazo, los cambios anatómicos que dan lugar a su constitución se intensifican desde las veinticuatro semanas en las primíparas, y durante el preparto y el parto en las múltiparas.

En la musculatura asienta la modificación fundamental, la desaparición de la capa media espiralada produce un acentuado adelgazamiento de la zona, en franco contraste con el espesor del cuerpo.

Mediante la distensión longitudinal del istmo, las fibras espiraladas musculares de ambos hemiúteros que a ese nivel son totalmente horizontales se hacen verticales.

Las capas musculares externa e interna se distienden sin modificar su estructura histológica.

Todos estos cambios tienden a aumentar la capacidad de la cavidad uterina para dar lugar al crecimiento del feto, especialmente su polo inferior.

A partir de las veintiocho semanas, la muscular media de fibras espiraladas se tracciona hacia arriba por efecto de las contracciones del efecto del útero, de tal manera que por debajo de ella queda una pared muy fina, constituida por las capas musculares externa e interna del cuerpo, que es el segmento inferior.

Por ser el segmento inferior asiento casi exclusivo de la operación cesárea, sus relaciones con los elementos vecinos son de mayor importancia. Sobre su cara anterior se adosa la vejiga, con un plano de clivaje de fácil disección reflejándose el peritoneo del segmento sobre la vejiga en forma de fondo de saco, hacia atrás se relaciona con el fondo de saco de Douglas, el recto, el promontorio y el sacro, y hacia los costados se encuentran las vainas hipogástricas con los uréteres, las arterias y las venas uterinas. (3,17)

OPERACION CESAREA

HISTORIA:

Se ha dicho que el origen de la cesárea es por el nacimiento de Julio César, ya que él nació de esta forma según la historia, sin embargo, en otros escritos el

origen viene de una ley romana llamada "Lex-Regia", ya que fue la Iglesia Católica Romana la que apoyó hacer la incisión abdominal a una madre ya sea viva o muerta, pero en el momento de dar a luz para salvarle la vida al bebé, a pesar de que personajes como Hipócrates, Gales y Soranos nunca hicieron referencia de este procedimiento quirúrgico en sus investigaciones. (10,12)

Se relatan varias versiones sobre el inicio de la cesárea como en el caso de Escipión y Marcio, refiriendo que ellos nacieron en esta forma. Pero la misma historia refiere que la madre de Julio César vivió por varios años más, por lo que el procedimiento en este tiempo fue imposible que se realizara.

Se menciona que en 1500 el alemán Jacobo Nufes realizó una cesárea a una mujer viva, sobreviviendo ésta al procedimiento y teniendo aún dos partos posteriores, desconociéndose hasta entonces la sutura uterina. Por ese tiempo (1590) aparece el nombre de Francois Rousselt, quien publica 14 casos de cesárea practicadas a mujeres vivas, relatadas por sus amigos. Estos son relatos difundidos a través de generaciones y, dicen que de las 14 cesáreas, 6 se practicaron en la misma mujer. (9,14)

Francois Mauriceau, publicó en 1668 referencias que sí demuestran que la cesárea se practicó a mujeres vivas, en casos especiales y desesperados, siendo el procedimiento en su totalidad mortal. (6,14)

Aproximadamente doscientos años después, 1865 a 1876, la mortalidad materna continuaba alcanzando porcentajes bastantes altos, siendo hasta 1887 en que Max Sanger introduce la sutura de la pared uterina, realizándose hasta entonces, porque anteriormente se pensaba que era peligroso. (9,14)

Posteriormente en 1912, se defendió que la técnica extraperitoneal se realizaba, no tanto para evitar la cavidad peritoneal, sino que era para abrir el útero por su parte más delgada, como lo es el segmento.

Realizándose una incisión a través del saco supravescical del peritoneo, des un ligamento redondo a otro y separando la vejiga del segmento y del cuello uterino, se realizaba otra incisión media vertical y se extraía al niño con fórceps. En 1926 Kerr introdujo la variante de la incisión transversal al segmento y es que se usa en la actualidad. (2,14)

De este procedimiento las complicaciones más frecuentes fueron hemorragias e infecciones, pero con el advenimiento de los antibióticos y los bancos de sangre, estas complicaciones actualmente tienden a ser raras. (2,14)

DEFINICION:

Extracción de un feto a través de incisiones realizadas en las paredes del abdomen y del útero. (4,10)

INDICACIONES:

Entre estas se encuentran las absolutas y las relativas.

Entre las absolutas se pueden mencionar: la desproporción fetopélvica, placenta previa oclusiva, la inminencia de ruptura uterina, la rotura uterina, etc.

Son casos en los cuales la cesárea es la única técnica a tener en cuenta como forma determinada del parto. (2,14)

Entre las indicaciones relativas tenemos aquellas en que se elige la cesárea como la mejor alternativa en circunstancias en que se plantea también alguna otra opción, por ejemplo: "La cesárea previa es para algunos, indicación de cesárea por el riesgo de la cicatriz durante el parto. (1,3,9,14,17)

Las indicaciones también pueden clasificarse en cuatro grupos: maternas, fetales, materno fetales y ovulares.

- a. Entre las maternas tenemos: las patologías locales, sistémicas y fracaso de inducción.
- b. Entre las fetales: presentaciones viciosas, macrosomía fetal y vitalidad fetal comprometida.
- c. Materno fetales comprende la desproporción feto pélvica y el paro en expulsión.
- c. En las ovulares están: placenta previa, desprendimiento normoplacentario y prolapso de cordón. (13,14)

CONTRAINDICACIONES:

En la obstetricia moderna no hay virtualmente ninguna contraindicación para realizar la cesárea, excepto el hecho de no estar correctamente indicada. (3,9,10)

CESAREA SEGMENTARIA:

Para una presentación cefálica, en la mayoría de las ocasiones una incisión transversal a nivel del segmento uterino inferior representa la intervención de elección.

- a. Provoca una menor pérdida de sangre.
- b. Resulta más fácil de reparar.
- c. Está localizada en un lugar con menor tendencia a la rotura durante un embarazo posterior.
- d. No permite adherencias del intestino o del epiploon al lugar de la incisión.

PREPARACION PARA LA INCISION:

Se vacía la vejiga por medio de una sonda con la ulterior evacuación constante durante la práctica de la operación y después de ella. En el campo

operatorio se realiza asepsia y antisepsia, se coloca sonda vesical, se cubre la totalidad del abdomen con campos estériles.

Al emplearse anestesia de tipo general, todos los pasos anteriores se efectúan y el equipo operatorio se prepara de forma completa para intervenir antes de la inducción de la anestesia. Si se va a utilizar una anestesia de conducción continua, es necesario antes del pintado y colocación de campos estériles en el abdomen, colocar el catéter en el espacio epidural o bien caudal.

Cuando se usa una única dosis de anestesia intratecal (espinal), se inyecta inmediatamente antes del pintado y de la colocación de los campos en el abdomen. La incisión de la pared debe hacerse con cuidado, ya que en el embarazo su espesor puede disminuir y es fácil lesionar los órganos subyacentes. Las incisiones que se pueden practicar son dos: la mediana infraumbilical y la transversal o Phannenstiel.

La incisión mediana infraumbilical: se hace con una incisión mediana de unos 15 cms. de longitud, entre el púbis y el ombligo. En las cesáreas interactivas se reseca la cicatriz anterior. Se incide verticalmente la aponeurosis. La abertura del peritoneo se hace en el punto superior de la incisión para no lesionar la vejiga, que a veces tiene una situación muy alta, efectuando un pliegue con pinzas, se efectúa un ojal con bisturí e incisión con tijera.

La incisión transversal o de Phannenstiel: se practica en el surco suprasinficial, siguiendo una trayectoria transversal arqueada. La hemostasia debe realizarse cuidadosamente por cuanto se secciona muchos vasos. La apertura de la aponeurosis se hará transversalmente, después de lo cual se le separará de los músculos rectos y piramidales, disecando en forma roma hacia arriba y hacia abajo; en cambio, la línea alba, que se hallará en el centro del campo operatorio, se seccionará a tijera, también en dirección al ombligo y al púbis, el borde

superior de la incisión se fijará a la piel, por debajo del ombligo mediante un punto que tome la piel, celular subcutáneo y aponeurosis. La separación de los músculos rectos y la apertura del peritoneo se realizan siguiendo la misma técnica que para la incisión longitudinal. (9,17)

INCISION A NIVEL DEL PERITONEO UTERINO Y DESPRENDIMIENTO VESICAL:

La incisión del peritoneo visceral se hace por encima de la vejiga, reconociendo el fondo de saco vesicouterino, se efectúa un ojal de 1 ó 2 cms. más arriba, zona donde el peritoneo está menos adherido. Se le secciona transversalmente unos 12 cms. Después de tomar su borde inferior con una pinza, se le desprende (y con la vejiga) a dedo, con una tijera curva de punta roma cerrada, o con una pinza montada con una gaza, y de la misma manera se hace hacia arriba para separar el colgajo superior; en este desprendimiento hay que proceder con cuidado para no lesionar los plexos venosos que asientan por debajo. Si se efectúa una incisión transversal del segmento inferior, procedimiento que se aconseja, el despegamiento peritoneal necesario es mínimo, lo cual resulta ventajoso por los menores riesgos de hemorragia venosa y de celulitis. Si se va a realizar una histerotomía longitudinal, se debe desprender la vejiga bien hacia abajo. (3,17)

La histerotomía puede realizarse:

1. En dirección transversal (técnica de Munro-Kerr)

En esta técnica se practica una abertura arciforme de concavidad superior. Esta forma de abordar el útero facilita la sutura posterior de la derecha, produce una mejor cicatriz y permite que la operación sea realmente segmentaria cuando

la porción baja del útero tiene poca amplitud o cuando existen adherencias de la vejiga.

En la línea media y a unos 4 cms. por encima de la vejiga, se efectúa un ojal con pinza tipo Kocher, perforando el segmento y las membranas.

Esta maniobra que debe ser realizada con cuidado para no herir al feto, también puede efectuarse con bisturí. Por ese ojal se introducen ambos dedos (índices) y se separan las fibras musculares por divulsión hacia ambos lados realizando una sección transversal de 12 a 15 cms. La sección también puede llevarse a cabo con tijera de punta roma. El ayudante, mientras tanto, aspira el sangre y el líquido amniótico con el aspirador eléctrico para evitar que pasen al abdomen.

2. En dirección longitudinal (técnica de Kronig-Opitz)

Mediante un separador acodado, tipo Breisky, el ayudante aparta y protege bien la vejiga. Con el bisturí, el operador hace un ojal longitudinal arriba, en la línea media del segmento; por el, con la tijera recta de punta roma, sigue cortando hacia abajo, tomando las precauciones para no herir al feto. (3,17)

EXTRACCION DEL FETO Y LOS ANEXOS OVULARES

La extracción del feto se puede dificultar por la valva suprapúbica, en cuyo caso se le retirará momentáneamente.

Con presentación de vértice y móvil se introduce la mano por detrás de la cabeza, se hace girar el occipucio o el rostro hacia la pared uterina y se desliza por la herida, apoyando la maniobra con la presión ejercida sobre el fondo uterino con la otra mano o por la mano del ayudante. Si éste no se consigue se puede recurrir al fórceps. En caso de dificultad es necesario agrandar la incisión.

En las presentaciones podálicas y en la situación transversa se hace la extracción por las nalgas, valiéndose de los pies y extrayendo la cabeza de último por una maniobra parecida a la de Mauriciau. En los casos de placenta previa, para llegar al feto es necesario pasar a través de los cotiledones o rechazarlos.

Una vez extraído el niño se procede a facilitar el alumbramiento con la inyección endovenosa de 2 a 5 U de oxitocina. El operador toma ambos lados de la brecha uterina con pinzas de aro. Con las primeras contracciones se desprende la placenta y membranas. Si hubiera inconvenientes (falta de desprendimiento, hemorragia), se debe realizar de inmediato el alumbramiento manual.

Si la cesárea fue realizada sin dilatación cervical, conviene dilatar suavemente el orificio interno desde la cavidad uterina con una bujía de Hejer fina que descartará inmediatamente el material estéril (líquido amniótico y sangre). Con esta maniobra se garantiza la fácil expulsión de sangre y coágulos, que ayudará a la retracción uterina. (3,17)

CIERRE DE UTERO Y ABDOMEN

Se vuelve a colocar la valva para tener buen campo. Se pueden efectuar puntos en X en ambos ángulos con la finalidad de asegurar la hemostasia y facilitar la sutura de la incisión. El segmento inferior se sutura en uno o dos planos con catgut simple o crómico 0. En la sutura de dos planos, el primero, en sutura continua, toma todo el espesor de ambos labios musculares de la herida, con excepción de la mucosa. El segundo, también músculo muscular, invaginante del primero, se efectúa con puntos en X o en sutura continua. Actualmente la sutura en dos planos se está abandonando en beneficio de la síntesis de un solo plano, ya que se ha demostrado que ésta logra una cicatrización tan buena como con la primera y una mejor formación de la cavidad del útero.

La sutura con un solo plano se realiza con catgut crómico o con puntos perforantes en U o en X (son preferibles los primeros, por cuanto producen una mejor hemostasia, sin ser necrosantes como ocurre con los segundos), o bien con sutura continua con punto pasado.

Con cualquiera de ambas técnicas, el último paso consiste en rehacer el peritoneo visceral con una sutura continua, uniendo con catgut simple o el colgajo superior con el inferior peritoneo vesical.

Para el cierre del abdomen, se procede en primer término a la extracción de las compresas aisladoras, a la limpieza de la cavidad abdominal, a la eliminación de valvas y separadores, al cambio de campos y a la verificación de la buena retracción uterina. (13,17)

La pared abdominal se sutura por planos, según la técnica habitual, comenzando por el peritoneo parietal en forma continua con catgut simple 0.

La sutura del plano muscular es imprescindible y requiere un cuidado muy especial, por cuanto las embarazadas presentan una marcada diástasis de los rectos anteriores que pueden dar lugar a eventraciones si no es separada correctamente. Si se ha operado con la incisión transversal, inexorablemente se habrán abierto ambas vainas de los rectos, por lo que la sutura muscular no plantea dificultades. Se realiza mediante puntos de aproximación en U con catgut 0 simple. Pero si se ha efectuado la incisión mediana, lo habitual es que al incidir la aponeurosis se haya abierto sólo una de las vainas y se encuentre al descubierto sólo un músculo recto. Se le incide en el borde interno y en toda su extensión y luego se le disecciona hasta poner al descubierto todo el músculo. A continuación se suturan ambos rectos anteriores con la técnica ya mencionada.

Luego se sutura la aponeurosis con puntos separados de catgut crómico 00 simple. En el tejido celular subcutáneo se ponen puntos de acercamiento con catgut simple 0.

Por fin se sutura la piel con algodón, hilo, seda u otros materiales. Terminada la operación se exprime el útero a través de la pared abdominal para eliminar los coágulos que pueda contener. La herida se cubre con gasas mantenidas con cinta adhesiva. (3,10,17)

MEDIDAS GENERALES Y POST-OPERATORIAS

Durante el acto operatorio se instala una perfusión intravenosa de suero fisiológico o glucosado reemplazado por sangre en los casos necesarios.

En el post-operatorio se utilizan analgésicos. Se alimenta precozmente a las pacientes, primero con líquidos y luego con sólidos, lo cual disminuye la necesidad de administración de sueros. El levantamiento se efectúa también dentro de las primeras veinticuatro a cuarentiocho horas de la operación. La evacuación intestinal se consigue con laxantes o en su defecto con enemas al segundo o tercer día. Las suturas cutáneas son retiradas del quinto al séptimo día, según el tipo. (10,17)

COMPLICACIONES

Pueden ser inmediatas o tardías, o sea durante la operación o después de un tiempo de practicada la misma.

Y entre los accidentes, está la lesión de la vejiga, que se repara mediante sutura en dos planos con aguja atraumática y catgut 0, a lo que se añade la colocación de una sonda permanente de diez días.

Lo más frecuente e importante de las complicaciones es la hemorragia que puede originarse en la superficie de sección del segmento o en el sitio de inserción placentaria, también puede producirse una hemorragia si la herida uterina transversal se extiende hacia el costado del útero y aún hasta su cara posterior interesando la arteria uterina.

La serosa visceral y con ella la vejiga, pueden estar muy adheridas u ofrecer venas de gran calibre en vecindad.

La delgadez del segmento expone a que se lesione al niño durante la apertura del mismo. Cuando existan dificultades para extraer el feto deberá ampliarse la abertura; la incisión transversal se completa con una longitudinal de la línea media extendida hacia arriba.

La longitud de la prolongación debe adecuarse a las necesidades; oscila por lo general entre 4 y 6 cms. aunque raro, otro accidente con la incisión transversal es la sutura por error del labio superior de la histerotomía con la pared posterior del útero.

En las complicaciones tardías, la más importante es la peritonitis, por contaminación primaria durante el acto operatorio, o por propagación secundaria desde la cavidad uterina contaminada.

Hoy rara, la oclusión intestinal, casi siempre secundaria a una reacción peritoneal (ileo paralítico).

Otras complicaciones tardías pueden ser adherencias úteroparietales, bridamientos o adherencias que pueden ocasionar una oclusión intestinal mecánica tardía. Son frecuentes las diástasis de los rectos y las eventraciones consecutivas a la cicatrización de la pared a causa de abscesos o hematomas. (3,10,17)

CESAREA CORPORAL

Por su antigüedad es llamada también cesárea clásica, ha sido casi abandonada y debe reservarse para casos excepcionales. Su ejecución exige una laparotomía muy extensa, y frente a una infección ovular, ello incrementa el riesgo de siembra séptica. La sección del músculo, a pesar de hacerse en la línea media, es muy hemorrágica; los labios gruesos de la incisión, con tendencia a evitarse son difíciles de reunir con la sutura y en el post-operatorio la constante actividad del músculo puede aflojar los puntos y provocar la dehiscencia de la brecha.

Sus indicaciones actuales son muy restringidas, sólo debe recurrirse a ella en caso de dificultad para abordar el segmento inferior o procedimiento a la histerectomía en el embarazo con cáncer cervical.

La incisión de la pared es mediana infraumbilical de 12 a 15 cms. La incisión del útero se hace en la línea media de la pared anterior, comenzando a 5 cms., por encima debe tener unos 15 cms. de longitud; suele acompañarse de abundante hemorragia.

La extracción del niño es más fácil por los pies y el alumbramiento se hace manualmente.

La sutura del útero se hace: el primer plano a puntos separados, que toma el músculo de ambos lados sin incluir la mucosa, debe hacerse con catgut crómico 0. La primera línea de sutura se cubre con una sutura continua, que comprenderá la serosa y las capas más superficiales del músculo. (3,10,17)

PRONOSTICO

Además de la redefinición de algunas de sus indicaciones la cesárea ha posibilitado una mayor supervivencia perinatal y un menor traumatismo obstétrico

en muchos casos en los que antes se optaban por la vía vaginal (presentación pelviana en nulípara). (10,17)

ROTURA DEL UTERO

Es complicación a la hora del parto, con grave repercusión sobre la madre y el hijo. Puede producirse en forma espontánea, traumática u operatoria. Puede suceder durante el embarazo.

a. Frecuencia:

Resulta difícil establecer la incidencia, ya que dependen de muchos factores, siendo de 0.03% o menor.

b. Anatomía Patológica:

En el embarazo, el cuerpo del útero se desgarrá mientras que en el parto lo que habitualmente se desgarrá es el segmento inferior. En la rotura del cuerpo del útero, es por lo general completa, aquí tanto el feto como la placenta suelen pasar al abdomen.

En la rotura el segmento inferior, puede ser completa o incompleta; completa si la rotura abarca todas las capas del útero; y las incompletas, si el peritoneo permanece íntegro sobre el desgarró de las capas musculares. La completa del segmento inferior es en la región anterior; suele ser longitudinal o transversa, que con cierta frecuencia se ve incluído algún vaso. Según la amplitud de la brecha, el feto puede pasar parcial o totalmente al abdomen, pero la placenta suele quedar adherida en su sitio. El desgarró puede extenderse más allá del segmento (desgarró complicado); extendiéndose al cuerpo del útero, a la cúpula vaginal o a los órganos vecinos: vejiga, recto o vasos más importantes de la región, siendo otra complicación de esta índole la salida hacia la vagina de masa intestinal o epiploica a través de la brecha uterina. (3,10,17)

Entre sus causas se encuentran las determinantes y las predisponentes.

Entre las determinantes figura en primer plano el cuadro de parto obstruído, siendo su principal expresión la estrechez pelviana.

Como se ha señalado la causa más frecuente de este proceso, es la estrechez pelviana y del mismo modo obran los tumores previos, y de un modo muy similar la atresia o estenosis cicatrizal de la vagina. El mismo síndrome de obstrucción del parto puede ser producido por el feto con idéntico resultado; así obrarían el exceso de volumen del feto, el gigantismo fetal, hidrocefalia, y los vicios de actitud o situaciones, tales como la presentación de cara o frente en variedad posterior o la situación transversa.

Los traumatismos sobre el útero son otra fuente de producción de roturas del órgano. En este grupo se consideran los traumatismos naturales, como una caída o la contusión directa sobre el abdomen o el contragolpe en la caída de una mujer en forma sentada. Pero lo más importante, son los traumatismos provocados, por ejemplo: perforación por curetas, la versión interna, el fórceps alto (desproporción feto pelviana), alumbramiento artificial en la placenta acreta, embriotomías, expresión de Kristeller, etc.

Otra causa de este accidente es el abdomen péndulo muy acentuado.

c. Causas predisponentes:

La misma causa no actúa por igual en todos los partos, reconociéndose a nivel del útero condiciones que favorecen en mayor o menor grado la producción del accidente. Obrán de este modo la multiparidad, la hipoplasia y las malformaciones del útero, cicatrices de intervenciones anteriores (cesáreas, especialmente corpóreas, miomectomías, etc.) y los procesos inflamatorios agudos o sub-agudos del útero. (3,10,17)

d. Síntomas:

La rotura del útero se realiza casi siempre con un período prodrómico que la anuncia.

Amenaza de rotura uterina o rotura inminente (Síndrome Bandl-Frommel-Pinard):

i. Síntomas locales:

Entre estos predominan el dolor por el incremento de la intensidad de las contracciones.

Se evalúa elevándose el anillo de (signo de Bandl), fácilmente palpable, se ve ascender por encima de su límite en el parto normal (mitad de distancia entre el púbis y el ombligo), de tal manera que cuando está cerca del ombligo hay amenaza de rotura, y cuando se encuentra a su nivel es inminente.

La tensión de los ligamentos redondos permite palparlos como dos cordones estirados, que parten del mismo útero, hacia las fosas ilíacas (signo de Frommel).

Feto palpable fácilmente a través del segmento, sufriendo o muerto por intensa actividad del útero.

ii. Síntomas vaginales:

Edema y cianosis del cuello que se extiende a la región vulvovaginal.

Puede o no haber una pequeña cantidad de sangre oscura (signo de Pinard).

iii. Síntomas generales:

La parturienta sufre agitada, inquieta, angustiada, con taquicardia, temperatura alta, sin shock ni anemias. (3,10,17)

Rotura consumada:

i. Síntomas locales:

El hecho más importante es el cese repentino de las contracciones: dolor agudo que señala el instante de la rotura; feto en el abdomen fácilmente palpable

útero como un tumor duro lateral; tumor subperitoneal del hematoma, en rotura incompleta; a veces puede haber enfisema de la piel (signo de Clark). (3,10,17)

ii. Síntomas vaginales:

Al liberarse de la compresión, el cuello se encuentra algo aligerado, como flotando en la excavación.

La presentación alta y móvil; se puede tactar la rotura con el dedo que explora.

iii. Síntomas generales:

La hemorragia, como se ha dicho, puede ser interna, externa o mixta, tiene por lo general carácter agudo y progresivo; la ausencia de hemorragia externa no invalida el diagnóstico. (3,10)

Shock hipovolémico debido a la hemorragia y a la perforación de la víscera en la cavidad peritoneal, el que es denunciado, por taquicardia, hipotensión, sudación, palidez, polipnea, abatimiento y enfriamiento. Todos los signos precedentes se desvían un tanto en la rotura incompleta.

e. Diagnóstico:

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

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

El diagnóstico diferencial entre desgarro completo e incompleto sólo se hace por la menor intensidad de los síntomas en el último o si los dedos que tactan reconocen la brecha.

El desgarro complicado se diagnostica por los síntomas acompañantes propios del órgano interesado. El tacto explorador debe realizarse en el post alumbramiento cuando la intensidad de un cuadro grave no guarde relación con la pérdida de sangre surgida. (3,10,17)

f. Pronóstico:

Es bastante grave para la madre y el feto. Para la madre depende si la rotura es inminente o consumada, completa o incompleta, complicada o no.

Para el feto siempre es muy grave.

g. Tratamiento:

Para la rotura inminente: terminar cuanto antes el parto por medio de la operación cesarea.

Para la rotura consumada: laparotomía y extracción del feto y de la placenta; luego sutura de la brecha o histerectomía.

Con el feto ya nacido: sutura de la brecha por vía abdominal o histerectomía si es imposible la sutura.

En cualquiera de los casos mencionados el éxito terapéutico depende de la transfusión sanguínea previa, de la correcta anestesia y de los antibióticos utilizados. (3,10,17)

PARTO VAGINAL PREVIA CESAREA

El trabajo de parto con antecedente de cesárea es hoy frecuente, y a menudo ocurre sin contratiempos. En un esfuerzo por reducir la frecuencia de cesárea en Estados Unidos, muchos médicos han vuelto su atención hacia el trabajo de parto con antecedente de cesárea, la seguridad de tales partos vaginales se ha ratificado en casi todos los casos. La atención eficiente del trabajo de parto y la expulsión

en mujeres con cicatrices uterinas requiere una cuidadosa selección, preparación y atención de las pacientes. (9,15)

RIESGOS MATERNOS

Los riesgos maternos por trabajo de parto con antecedente de cesárea se relacionan sobre todo con grados variables de separación de la cicatriz uterina y hemorragia vinculada. Hay innumerables informes sobre los beneficios y la seguridad de los partos vaginales.

En un estudio de 2708 mujeres con antecedente de cesárea, que fueron objeto de una prueba de trabajo de parto tuvieron tasas similares de dehiscencia y rotura uterina y mucho menores de morbilidad febril materna e histerectomía. (9)

En un gran estudio multicéntrico realizado en California, otros autores encontraron que el sub-grupo de prueba de trabajo de parto, 5733 pacientes con una o más cesáreas transversas bajas o cicatrices de tipo no identificado, hubo una incidencia de sólo 0.17% de rotura uterina sintomática y ninguna muerte materna.

La implantación de la placenta sobre una cicatriz de incisión uterina puede predisponer a anomalías de inserción placentaria. Se han señalado trastornos como placenta acreta, increta y percreta en la región de la cicatriz. Sin embargo, se trata de un trastorno que pudiera complicar la prueba de trabajo de parto o la cesárea electiva de repetición. Sobre todo, hay demostración convincente que el parto vaginal con antecedente de cesárea es más seguro para la madre que el quirúrgico. (5,7,9)

RIESGOS FETALES

El riesgo adicional para el feto de una mujer con incisión uterina previa se vincula con rotura del útero y hemorragia. La localización de la incisión uterina

es un factor importante, no sólo en cuanto al riesgo materno, sino también al fetal. Después de la rotura de una cicatriz transversa segmentaria baja no suele haber signos de sufrimiento fetal. Raras veces se expulsa al feto hacia la cavidad abdominal. Más a menudo, la hipovolemia materna por hemorragia es gradual en roturas de cicatrices transversas bajas, y no tan rápida o espectacular en la de cicatrices segmentarias. Casi todos los investigadores informan que la morbilidad y mortalidad perinatales son equivalentes en pacientes con antecedentes de incisión uterina independientemente de la vía del parto. (2,5,9)

Riesgos relativos que deben tomarse en cuenta en el trabajo de parto con antecedente de cesárea en ciertas circunstancias clínicas:

1. Contraindicación del trabajo de parto:
 - a. Cicatriz cervical, que incluye al segmento activo del útero.
 - b. Cicatriz en forma T.
2. Trabajo de parto con muy bajo riesgo:
 - a. Antecedente con una cesárea segmentaria baja transversa.
3. Trabajo de parto de mayor riesgo:
 - a. Dos o más cesáreas segmentarias bajas previas.
 - b. Cicatriz de tipo desconocido.
 - c. Cicatriz vertical baja.
 - d. Embarazo gemelar.
 - e. Macrosomía fetal. (9)

DIAGNOSTICO DE ROTURA UTERINA

El signo de presentación más frecuente de la rotura uterina es el sufrimiento fetal, en particular un registro anormal de la frecuencia cardíaca, deceleraciones variables que se convierten en tardías, o en bradicardia. Se informa este dato en

50 a 70% de las roturas uterinas. El siguiente signo en orden de frecuencia es el dolor uterino que persiste entre contracciones, localizado por lo general en la región correspondiente a la incisión previa. La hemorragia es tan frecuente como el dolor uterino, y puede ser abdominal, vaginal o urinaria. El inicio de hematuria macroscópica en un paciente de trabajo de parto con antecedente de cesárea sugiere rotura uterina, con lesión vesical. Otros signos y síntomas de rotura, no tan frecuentes, son pérdida de contracciones uterinas, retroceso de la presentación y muerte fetal.

Un pequeño porcentaje de pacientes no presenta signos o síntomas de rotura uterina, y el diagnóstico se hace cuando requieren cesárea por otras indicaciones, como falta de progreso en el trabajo de parto. Excepto por la situación más aguda de la hemorragia, con la expulsión del feto hacia la cavidad peritoneal, el de rotura uterina puede ser un diagnóstico difícil. A menudo, hay una constelación de signos y síntomas que sugieren la rotura. (1,5,9)

VI. METODOLOGIA

1. Tipo de Estudio de acuerdo a la ubicación de datos en el tiempo y la profundidad: Estudio retrolectivo descriptivo.

2. Población de Estudio:

El grupo de estudio lo constituirán las historias clínicas de pacientes que ingresaron con embarazo a término, trabajo de parto activo y antecedente quirúrgico de cesárea previa, a las cuales se les resolvió el parto por vía vaginal, en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Hno. Pedro de Bethancourt, Antigua Guatemala, de enero de 1991 a diciembre de 1996. Si en un año (1991) hubo 21 pacientes, se espera en 6 años un estudio de aproximadamente 126 pacientes. Se tomará el total de pacientes ingresadas al hospital que resolvieron el parto vía vaginal con antecedente de cesárea.

3. Criterios de inclusión:

- a. Todas las pacientes ingresadas que tuvieron parto vaginal con antecedente de una o más cesáreas.
- b. Pacientes con control parenteral institucional.
- c. Pacientes con embarazo normal o complicado por cualquier etiología.
- d. Pacientes con edad gestacional de la 20 a la 40 semana.
- e. Pacientes con producto único o gemelar

4. Criterios de exclusión:

- a. Pacientes que no cuenten con registros clínicos de control prenatal.

5. Recursos:

- a. Materiales:

- i. Publicaciones y textos de obstetricia relacionados al tema.
 - ii. Instalaciones del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Hno. Pedro de Bethancourt, Antigua Guatemala.
 - iii. Archivo del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Hno. Pedro de Bethancourt, Antigua Guatemala.
 - iv. Boletas de recolección de datos.
 - v. Historia clínica de cada una de las pacientes en estudio.
 - vi. Libros de Ingreso y Egreso del servicio de Obstetricia.
 - vii. Equipo de Oficina.
 - b. Humanos:
 - i. Personal médico del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Hno. Pedro de Bethancourt, Antigua Guatemala.
 - ii. Miembros del archivo del Hospital Nacional Hno. Pedro de Bethancourt, Antigua Guatemala.
6. Plan para recolección de datos:
- a. Solicitud a Director del Hospital Nacional Hno. Pedro de Bethancourt, Antigua Guatemala, para ingreso a registro y archivo.
 - b. Revisión por parte del investigador de fichas clínicas de pacientes que tuvieron parto vaginal con antecedente de cesárea en el período de 1991 a 1996.
 - c. Llenar la boleta de recolección de datos.

DEFINICION DE VARIABLES DE ESTUDIO

1. Cesárea:

- Conceptual: Extracción de un feto a través de incisiones realizadas en las paredes del abdomen y del útero.
- Operacional: Buscar el antecedente de cesárea en las fichas clínicas de pacientes que tuvieron parto vaginal.
- Tipo de variable: nominal
- Unidad de Medida: 1, 2 ó 3 cesáras.

2. Parto vaginal:

- Conceptual: Concepción del parto basada en la educación prenatal, los ejercicios y el condicionamiento psicológico que reemplaza en gran parte la anestesia y la intervención quirúrgica en el momento del parto; también llamado parto fisiológico.
- Operacional: Se tomarán en cuenta a todos los pacientes que tuvieron uno o más partos vaginales con antecedente de cesárea.
- Tipo de variable: nominal.
- Unidad de Medida: Sí No

3. Morbilidad Materna:

- Conceptual: Condición de enfermar desde la gestación hasta el momento en que termina el puerperio.
- Operacional: Se registrará en la boleta de datos la enfermedad de la madre que tuvo durante su embarazo.
- Tipo de variable: Nominal.
- Unidad de Medida: Nombre del antecedente patológico.

4. Mortalidad Materna:

- Conceptual: Muerte sucedida desde el momento de la gestación, embarazo, parto, hasta el momento en que termina el puerperio.
- Operacional: Por medio de las fichas clínicas se registrará en la boleta de datos a las pacientes que hayan fallecido durante el embarazo, parto o puerperio con antecedente de cesárea.
- Tipo de variable: Nominal.
- Unidad de Medida: Si No

5. Morbilidad Perinatal:

- Conceptual: Enfermedad que ocurre antes, durante o poco después del nacimiento; se aplica al período que empieza por lo general al finalizar las 20 semanas de gestación y suele terminar 28 días después del nacimiento.
- Operacional: Del registro clínico se anotará en la boleta de datos la información que corresponde a la morbilidad perinatal.
- Tipo de variable: Nominal.
- Unidad de Medida: Nombre de la enfermedad o complicación perinatal.

6. Mortalidad Perinatal:

- Conceptual: Muerte del producto que ocurre antes, durante o poco después del nacimiento; se aplica al período que empieza, por lo general al finalizar las 20 semanas de gestación y suele terminar 28 días después del nacimiento.
- Operacional: Se tomará del registro clínico, para anotar en boleta de datos, todas las muertes perinatales.
- Tipo de variable: Nominal.
- Unidad de Medida: Si No

PLAN DE ANALISIS DE RESULTADOS

Luego de obtener los datos mediante la boleta de recolección, se procederá a tabular, hacer cuadros, análisis e interpretación de resultados de la investigación con sus respectivas conclusiones y recomendaciones.

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO No. 1

EDADES DE PACIENTES CON CESAREA PREVIA QUE TUVIERON PARTO VAGINAL
EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL
HNO. PEDRO DE BETHANCOURT DE ANTIGUA GUATEMALA EN EL PERIODO 1991
A 1996.

GRUPO ETAREO	No.	%
15-19	4	4
20-24	39	39
25-29	21	21
30-34	22	22
35-39	7	7
40 y >	7	7
TOTAL	100	100

Fuente: Boleta de Recolección de datos y archivo
de registros clínicos del Hospital Nacional
Hno. Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala.

CUADRO No. 2

CONTROL PRENATAL DE PACIENTES CON CESAREA PREVIA QUE TUVIERON PARTO VAGINAL EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL HNO. PEDRO DE BETHANCOURT DE ANTIGUA GUATEMALA EN EL PERIODO 1991 A 1996.

GRUPO	No.	%
SI	62	62
NO	38	38
TOTAL	100	100

Fuente: Boleta de Recolección de datos y archivo de registros clínicos del Hospital Nacional Hno. Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala.

CUADRO No. 3

LUGAR DE CONTROL PRENATAL DE PACIENTES CON CESAREA PREVIA QUE TUVIERON PARTO VAGINAL EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL HNO. PEDRO DE BETHANCOURT DE ANTIGUA GUATEMALA EN EL PERIODO 1991 A 1996.

LUGAR	No.	%
HOSPITAL NACIONAL	41	66
MEDICO PARTICULAR	8	13
C. T. A. * (CASA)	7	11
PUESTO DE SALUD	6	10
TOTAL	62	100

Fuente: Boleta de Recolección de datos y archivo de registros clínicos del Hospital Nacional Hno. Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala.

* Comadrona Tradicional Adiestrada.

CUADRO No. 4

NUMERO DE CESAREAS ANTERIORES DE PACIENTES QUE TUVIERON PARTO VAGINAL EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL HNO. PEDRO DE BETHANCOURT DE ANTIGUA GUATEMALA EN EL PERIODO 1991 A 1996.

CESAREAS	No.	%
1	90	90
2	9	9
3	1	1
TOTAL	100	100

Fuente: Boleta de Recolección de datos y archivo de registros clínicos del Hospital Nacional Hno. Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala.

CUADRO No. 5

INDICACION DE CESAREA ANTERIOR EN PACIENTES QUE TUVIERON PARTO VAGINAL EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL HNO. PEDRO DE BETHANCOURT DE ANTIGUA GUATEMALA EN EL PERIODO 1991 A 1996

INDICACION	No.	%
PODALICA	18	18
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO	12	12
TRANVERSA	12	12
DESPROPORCION CEFALOPELVICA	11	11
OTROS *	16	16
NO DOCUMENTADO **	31	31
TOTAL	100	100

Fuente: Boleta de Recolección de datos y archivo de registros clínicos del Hospital Nacional Hno. Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala.

* Incluyen: embarazo gemelar, cesárea anterior, eclampsia, placenta previa, prolapso de cordón, falta de descenso y papilomatosis.

** No se encontró escrito la indicación de la cesárea.

CUADRO No. 6

ENFERMEDAD O COMPLICACION EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA QUE TUVIERON PARTO VAGINAL EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL HNO. PEDRO DE BETHANCOURT DE ANTIGUA GUATEMALA EN EL PERIODO 1991 A 1996.

ENFERMEDAD O COMPLICACION	No.	%
ATONIA UTERINA EN EL MOMENTO DEL PARTO	1	1
CORIOAMNIOITIS	1	1
H. T. A. *	1	1
SIN ENFERMEDAD O COMPLICACION	97	97
TOTAL	100	100

Fuente: Boleta de Recolección de datos y archivo de registros clínicos del Hospital Nacional Hno. Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala.

* Hipertensión Arterial.

CUADRO No. 7

ENFERMEDAD O COMPLICACION DEL PRODUCTO DE PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESAREA QUE TUVIERON PARTO VAGINAL EN EL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL HNO. PEDRO DE BETHANCOURT DE ANTIGUA GUATEMALA EN EL PERIODO 1991 A 1996.

ENFERMEDAD O COMPLICACION	No.	%
INMADUREZ PULMONAR	2	2
BAJO PESO AL NACER	1	1
MORTINATO	1	1
SINDROME DE ASPIRACION DE MECONIO	1	1
SIN COMPLICACIONES	95	95
TOTAL	100	100

Fuente: Boleta de Recolección de datos y archivo de registros clínicos del Hospital Nacional Hno. Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala.

VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

En este estudio se analiza retrolectivamente en forma descriptiva a pacientes que tuvieron parto vaginal con antecedente de cesárea en un periodo de seis años: frecuencia, antecedentes y resultados.

Durante el estudio se encontraron registradas 100 pacientes con antecedente de cesárea previa al parto por vía vaginal, por ser un estudio de seis años se estima que aproximadamente en promedio hubo una atención de estas pacientes en 16.6 anual o sea 1.4 al mes.

CUADRO # 1

En este cuadro se puede observar la edad predominante de las pacientes en el grupo de estudio, la cual se encontró entre 20 y 24 años (39%), seguido por el grupo entre 30 y 34 años (22%), y el grupo entre 25 y 29 años (21%), haciendo los tres grupos un 82%. Cabe decir que la edad no es un factor que decida la conducta para un parto.

Esto refleja la edad en que más se atienden partos en el hospital.

CUADRO # 2

De todas las pacientes en estudio, observamos que 62 de las 100 pacientes tuvieron control prenatal y 38 de ellas no lo tuvieron.

Lo anterior confirma que las pacientes con un buen plan educacional después de una cesárea si asiste a control prenatal a una institución de salud, lo contrario de las pacientes sin cesárea en las que es más bajo el porcentaje de control prenatal.

CUADRO # 3

De la mayor parte de las pacientes que tuvieron control prenatal, 66% fue en el Hospital Nacional y el resto de las pacientes, 34% tuvieron control prenatal

en lugares diferentes, lo que confirma que la cobertura del control prenatal es grande, principalmente con personal especializado.

CUADRO # 4

Muestra la cantidad de pacientes que tuvieron parto vaginal y el porcentaje de ellas con el antecedente de cesárea, teniendo que 80 pacientes habian tenido una cesárea, 9 pacientes habian tenido dos cesáreas y 1 paciente habia tenido tres cesáreas. Los datos anteriores muestran que conforme aumenta el número de cesáreas, disminuye el número de pacientes con parto vaginal.

CUADRO # 5

Se pone de manifiesto las indicaciones de cesárea anterior en las pacientes que tuvieron parto vaginal; En 31% no se encontró por escrito en la historia clínica prenatal ni a la hora de ingreso, cual fue la indicación de la cesárea anterior probablemente porque estas pacientes tuvieron la operación cesárea en otro hospital, le sigue presentación podálica en un 18%; para luego encontrarse en datos similares sufrimiento fetal agudo con 12%, situación transversa 12% y desproporción cefalopélvica 11%; 16% de pacientes tuvieron diferente indicación a los anteriores, entre ellas estan: embarazo gemelar, papilomatosis, falta de descenso, placenta previa, etc.

El mayor porcentaje fue por presentación podálica, no siendo esta una indicación absoluta; a estas pacientes se les pudo brindar parto vía vaginal; se puede notar también que existe un porcentaje de pacientes que tuvieron cesárea por estrechez pélvica y que lograron su último parto vía vaginal, lo que hace pensar que no fueron bien evaluadas o que la indicación de cesárea tuvo que ver con el tamaño del feto.

CUADRO # 6

En este cuadro de mucha importancia, notamos que 97% de las pacientes no sufrieron de enfermedad alguna durante el embarazo, ni tuvieron complicación alguna al momento del parto habiendo tenido cesárea previa, se encontró una paciente con atonía uterina al momento del parto, una paciente con corioamnionitis y una paciente con hipertensión arterial; hacemos notar que esta última no es asociada a la vía de resolución del parto.

Se puede decir con seguridad que con un 0% de mortalidad y sólo un 2% de morbilidad; debiera considerarse siempre en dar parto vía vaginal a las pacientes con antecedente de cesárea, principalmente quienes tuvieron indicación relativa.

CUADRO # 7

95% de los recién nacidos no tuvieron complicación al momento del parto; encontramos un mortinato, un bajo peso al nacer y uno con inmadurez pulmonar; estas complicaciones se considera que no dependen de la vía de resolución del parto. Por último un síndrome de aspiración de meconio.

Estos datos como los del cuadro anterior fundamentan la seguridad de la prueba del parto vía vaginal, ya que no se encontró mortalidad y la morbilidad relacionada a la vía del parto fue solamente del 1%.

IX. CONCLUSIONES

- 1.- La frecuencia anual de atención de parto a pacientes con antecedente de cesárea previa fue de 16.6 %.
- 2.- No se utiliza protocolo de manejo en este tipo de paciente.
- 3.- No hubo mortalidad materna ni del recién nacido y la morbilidad que fue mínima, no es relacionada a la vía de parto.
- 4.- Las complicaciones durante el trabajo de parto y durante el parto, tanto en la madre como en el recién nacido fueron mínimas.
- 5.- La indicación de la cesárea anterior en 11 pacientes fue desproporción cefalopélvica; pero su último parto fue vía vaginal, por lo que se considera que no fueron bien evaluadas; 18 de las pacientes fue por presentación podálica siendo esta una indicación relativa.
- 6.- En un porcentaje significativo (31%), no se encuentra documentada la indicación de la cesárea previa.

X. RECOMENDACIONES

- 1.- Registrar en las fichas clínicas de la madre y del recién nacido todos los datos relacionados a historia, examen físico, laboratorios y evoluciones para una mejor fundamentación de conductas posteriores.
- 2.- Elaborar un protocolo de manejo del parto vaginal en pacientes que han tenido cesárea previa.
- 3.- Dar suficiente plan educacional a las embarazadas que han tenido cesárea anterior, para hacerles conciencia de la posibilidad de un siguiente parto vía vaginal.

XI. RESUMEN

Este estudio cuyo tema es: frecuencia, antecedentes y resultados de parto vaginal en pacientes con cesárea previa, se realizó retrolectivamente en seis años (1 de Enero 1991 al 31 de Diciembre de 1996) en el departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Hno. Pedro de Bethancourt, Antigua Guatemala.

Los principales hallazgos encontrados son:

La frecuencia anual de atención de parto a pacientes con antecedente de cesárea previa fue de 16.6 %.

No se utiliza protocolo de manejo en este tipo de paciente.

No hubo mortalidad materna ni del recién nacido y la morbilidad que fue mínima, no es relacionada a la vía de parto.

Las complicaciones durante el trabajo de parto y durante el parto, tanto en la madre como en el recién nacido fueron mínimas.

La indicación de la cesárea anterior en 11 pacientes fue desproporción cefalopélvica; pero su último parto fue vía vaginal, por lo que se considera que no fueron bien evaluadas; 18 de las pacientes fue por presentación podálica siendo esta una indicación relativa.

En un porcentaje significativo (31%), no se encuentra documentada la indicación de la cesárea previa.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Aquiles, R.A. Frecuencia e indicaciones de la cesárea en el Hospital Central Militar. Ginecología y Obstetricia de México. 1996, Febrero. Vol. 64 (pp 79-84)

2. Asakura, H. More Than One Previous Cesarean Delivery: A 5-Year Experience With 435 Patients. Section Obstetrics y Gynecology. 1995, June. Vol. 85 (6) (pp 924-928)

3. Dexeus, S. Tratado de Obstetricia. Barcelona Salvat. 1982. t. 1 (pp 20-27)

4. Dox, I. et al Diccionario Médico Ilustrado de Melloni. Barcelona Reverté, S.A.: 1983. 598 (pp 102)

5. Frederick, P.S. Cesarean birth: How to reduce the rate. American Journal of Obstetrics And Gynecology. 1995, June. Vol. 172 (6) (pp 1903-1907)

6. Gilbert, L. et al The management of multiple pregnancy in woman with a lower-segment cesarean scar Br. j Obstet Gynecol. 1988, dec. 95 (1312-1316)

7. Guzmán, A. et al Ruptura uterina y placenta percreta en el segundo trimestre. Presentación de un caso. Ginecología y obstetricia de México. 1996, oct. Vol. 64 (pp 482-483)

8. Ham, A.E. et al Aparato reproductor femenino. Tratado de Histología. 8a. Ed. México Interamericana, 1983 (pp 957-972)

9. Hayashi, R. H. et al Trabajo de parto con cesárea previa. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Ed. México Interamericana, 1992. Vol. 3 (pp 429-437)

10. Hellan, L. et al Obstetricia. 2a. Ed. Buenos Aires, Salvat 1980. 870p (pp 888-905)

11. Kirkinen, P. Múltiple cesarean sections: outcomes and complications. Br. J Obstet Gynecol. 1988, aug. 95 (pp 772-778)

12. Mielsen, T.F. et al Rupture and dehiscence or cesarean section scar during pregnancy and delivery. Am J Obstet Gynecol. 1989, march. 160(3): 569-572

13. Novas, J. Obstetric outcome of patients with more than one previous cesarean sections, Am J. Obstet Gynecol. 1989, feb. 160(2): 364-367

14. Ollendorff, D. A. et al Vaginal birth after cesarean section for arrest of labor. Am J. Obstet Gynecol. 1988, sep. 160(2): 364-367
15. Paul, R. H. et al 'Classical caesarean section-long term morbidity. Journal of Obstetrics and Gynecology. 1995, nov. Vol. 15 (6) (pp 379-381)
16. Rahilly, T. et al Anatomía. 5a. Ed. México Interamericana, 1990. 928 (pp 553-565)
17. Schwarcs, R. L. et al Obstetricia. 4a. Ed. Buenos Aires, El Ateneo, 1987. 602 p (533-539)

XIII. ANEXOS

HOSPITAL NACIONAL
DR. PEDRO DE BETHANCOURT
ANTIGUA GUATEMALA
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y
OBSTETRICIA

TEMA: FRECUENCIA, ANTECEDENTES Y RESULTADOS DE PARTO
VAGINAL EN PACIENTES CON CESAREA PREVIA

ANEXO I

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

No. de Registro Clínico _____ Edad _____

Control Prenatal: Si _____ No _____ Lugar _____

Gestas _____ Partos _____ Abortos _____

Cesáreas _____

Edad gestacional: Por U.R. _____ Por A.U. _____

Indicación y complicaciones de cesárea

Enfermedad o complicación en el último embarazo _____

Enfermedad o complicación perinatal _____

Parto vaginal después de cesárea Si _____ No _____