LA CESAREA ITERATIVA

Doctor *José Gabriel Acuña Díaz* *

Se denomina cesárea iterativa aquella que ha de repetirse ya sea por persistencia de la indicación anterior o por aparición de una nueva, distinta de la que motivó la intervención o intervenciones anteriores. Su incidencia es cada vez mayor, aunque varía dentro de amplios límites, a causa de la posición que ante la paciente con antecedente de cesárea adoptan las distintas escuelas, de las cuales unas son partidarias de reintervenir casi sistemáticamente, mientras que otras sólo practican la nueva cesárea en aquellas que se apartan de ciertos requisitos.

Causa directa del aumento de su incidencia es la mayor frecuencia con que se practica la primera cesárea, por aparición de nuevas indicaciones, mejoramiento de técnicas y medios quirúrgicos, anestesia, mejor valoración de la importancia fetal, e impedimento ético y religioso en nuestro medio para efectuar la ligadura de las trompas después de cierto número de intervenciones.

Las estadísticas mencionadas por Páez Pumar (3) en su trabajo muestran los siguientes datos: Birnbaum acusa un aumento del 23% en 1950 al 33% en 1954; Castelazo Ayala, de México, del 8.2% al 19.6%; Jonston y Morgan del 9.6% en 1938 al 54.8% en 1955. Lamkee y Donaldson (20) tienen en el King County Hospital entre 1943-49 una incidencia de 38.6% que aumenta a 62.5% entre 1950-56; en el Maynard Hospital de 1943-49 la iterativez fue de 37.9% y entre 1950-56 de 0.6%. Entre nosotros Cárdenas (1) presenta una incidencia de 5.3% de cesárea iterativa sobre el total de cesáreas practicadas en la Clínica David Restrepo de Bogotá entre los meses de VI del 52 y VII/55, que aumenta entre 1958 y 60 al 33.3%, llegando en el lapso comprendido entre X/60 y IX/61 al 46.9%. Valderrama (7) encuentra en los años de 1958-59 una incidencia de iterativez del 25.2% en el I/M.I. 34.9 por ciento en la Clínica Restrepo y 26.8% en Palermo, todas ellas instituciones de la ciudad de Bogotá.

Los resultados de estudios efectuados en algunos medios hospitalarios son los siguientes:

---

* Teniente de Navío Médico. Especialista Asociado, Hospital Militar Central. Bogotá.

Autor	*Casos*	*Reint.*	*%*
Riva y Teich (Estados Unidos)	214	56	26.4
Reyes Ceja (Méjico)	190	4	2.1
Agüero, Marcano, Páez (Venezuela)	629	321	53.0
Jesurum (Estados Unidos)	222	109	490
Pérez (Perú)	141	107	70.8
Valenzuela (Chile)	63	30	44.4
Suárez Cobo (México)	206	123	59.5
Peralta Cayón (Bogotá)	41	21	51.1
Fleming (Inglaterra)	295	177	60.0
Del Corral, Muñoz (Cali)	125	62	49.0
Cárdenas, Zornosa (Bogotá)	100	38	38.0
Sanz (Bogotá)	135	56	41.4
Acuña Díaz (Bogotá - I. M. I.)	221	97	44.0

Como bien es anotado por Agüero, Marcano y Páez (3), los resultados varían de una escuela a otra debido a la falta de unidad de criterio con que se ha enfrentado el problema y a los diferentes puntos de vista contemplados en las comunicaciones al respecto; unos trabajos mencionan sólo partos postcesárea, otros sólo cesáreas iteradas, otros casos tratados repetidamente en la misma institución, otros casos tratados en la institución, cualquiera que hubiera sido el medio de atención previa, etc. Concluyen que, para poder comparar estadísticas sólo deben tomarse casos atendidos en la misma institución, ojalá siguiendo el mismo criterio.

En el año de 1960 en el Instituto Materno Infantil de Bogotá se estableció la conducta a seguir en la atención de la paciente que ingresaba con antecedente de cesárea, hubiera sido ella practicada dentro o fuera del mismo.

Publicamos anteriormente (4) los resultados de los casos considerados favorables para parto por vía vaginal, el sistema de valoración y la conducta establecida. Presentamos ahora los casos considerados desfavorables, es decir, programados para cesárea de repetición, un resumen de los datos valorados para decidir la conducta y nuevamente, el cuadro de causas determinantes de la misma.

El estudio prenatal que pudo efectuarse fue escaso ya que las pacientes poco asisten a la Consulta Prenatal; esto obligó a estudiar y resolver casi todos los casos en el momento de ingreso de la paciente, generalmente en trabajo de parto, como veremos más adelante; es la razón por la cual nuestro estudio no es completo, aunque los resultados son semejantes a los de otros centros hospitalarios.

Los puntos a tratar son los siguientes:

A) Valoración de los antecedentes

B) Valoración obstétrica al ingreso

C) Valoración de la madurez fetal

D) Cuadro de indicaciones o conducta

A) *Valoración de los antecedentes*

a) *Edad de la paciente.* es dato de especial valor cuando se trata de pacientes cercanas o mayores de 30 años y sólo han tenido un embarazo que terminó en cesárea, ya que al factor quirúrgico previo se agrega el problema obstétrico caracterizado por distocia de partes blandas, frecuente en las pacientes añosas; es igualmente oportuno relacionar la edad de la paciente con el tiempo transcurrido entre la cesárea y la nueva gestación.

b) *Indicación anterior.* El pronóstico está íntimamente unido a este factor; es distinta la situación de una paciente intervenida por factor absoluto (pelviviciación, por ejemplo) a la de otra intervenida por una distocia ovular. Tampoco será igual el pronóstico en caso de antecedente de desproporción que en el de abruptio, inercia, etc. Hablando de desproporción dice Kaltreider (19) que ésta constituye un diagnóstico frecuente de indicación de cesárea anterior, cuando en realidad no ha sido la verdadera causa, ya que este diagnóstico sólo debe hacerse después de obtenida la dilatación completa.

Cuando la intervención ha sido practicadas en otra institución, suele ser difícil conocer la indicación; recordar que las causas relativas más frecuentes son distocias de contracción de distinto tipo, sufrimiento fetal, toxemia gravídica y hemorragia del final de la gestación del final de la gestación; las causas absolutas generalmente se pueden comprobar al examen de la paciente.

c) *Lugar de la intervención.* Cuando ha sido practicada en medio hospitalario adecuado puede esperarse el parto por vías naturales con mayor seguridad, ya que la indicación, el procedimiento quirúrgico, los cuidados postoperatorios y los recursos de drogas, anestesia, laboratorio, etc. son garantía de buena atención y por tanto de buena cicatrización. Cuando la intervención ha sido practicada en medio hospitalario inadecuado, especialmente tratándose de casos operados en medio rural, previamente atendidos por comadronas, debemos extremar nuestras dudas.

d) *Cirujano.* Importa conocer quién intervino, para deducir en muchas ocasiones, qué tipo de cesárea fue practicado; sospechamos la posibilidad de cesárea atípica cuando la paciente ha sido intervenida por médico o cirujano general y en medio no adecuado.

Para mayor seguridad de las pacientes, asimilamos esta situación con la de aquellas cuyos datos al respecto desconocemos.

e) *Tipo de cesárea.* Hay relación íntima entre este dato y la conducta; la cesárea clásica (corporal) y las segmentarias complicadas con desgarros o prolongaciones (incisiones en "T" invertida) entrañan grave riesgo para las pacientes por la posibilidad de ruptura en partos posteriores. En cicatrices uterinas por cesárea clásica puede producirse la ruptura antes del comienzo del trabajo de parto; la cesárea segmentaria longitudinal (tipo Beck) está considerada como potencialmente peligrosa para la ruptura, en mayor proporción que la segmentaria transversal pero en menor proporción que la clásica.

f) *Edad gestacional y peso del feto.* Factor de menor importancia pero útil, ya que la diferencia en el tamaño y peso fetales son los elementos de juicio que en determinadas ocasiones imponen la conducta en sucesivos embarazos.

g) *Trabajo de parto y estado del cuello.* Importan estos datos en pacientes que aún no han tenido partos por vía vaginal, nulíparas especialmente; cuando se ha practicado la cesárea con poco tiempo de trabajo y dilatación cervical insuficiente, se necesitará mayor tiempo e intensidad en el trabajo de un nuevo parto para llegar a la dilatación completa; el trabajo es más corto en aquellas pacientes que alcanzaron mayor dilatación en el momento de la intervención anterior y por tanto su pronóstico es mejor.

h) *Accidentes operatorios.* Desgarros del segmento, del cuello y del cuerpo uterino, lesiones de los vasos uterinos, etc. son circunstancias que determinan la formación de cicatrices anómalas por compromisos de la circulación del segmento creando así la posibilidad de dehiscencias o rupturas durante las últimas semanas del embarazo y durante el trabajo de parto. Su antecedente es suficiente razón para practicar la reintervención.

i) *Complicaciones postoperatorias.* La endometritis severa puede determinar dehiscencia parcial o total de la sutura uterina o ser su consecuencia; queda constituída a este nivel una zona de menor resistencia susceptible de ruptura en embarazos posteriores, especialmente durante el momento del parto.

Sin embargo, Poidevin y Bockner, citados por Del Corral y Muñoz (6), en estudios histerográficos después de cesárea no encontraron relación entre el tamaño de la deformación cicatricial y los diferentes factores clínicos, como paridad, indicación de la intervención, técnica operatoria y fiebre postoperatoria. Ruiz Velasco (22) en 150 casos estudiados encuentra 65 (45%) con histerograma normal, 56 (40%) con defectos en el istmo y 33 (15%) con anormalidades en la cavidad uterina asociadas a defecto ístmico; 6 estudios no fueron satisfactorios. No encuentra tampoco relación entre los defectos ístmicos y los datos clínicos estudiados, como indicación, grado de dilatación cervical, tiempo de trabajo, etc.

j) *Número de cesáreas previas.* La importancia de este factor es lógica; sin embargo, es necesario relacionar este dato con la existencia en la misma paciente de partos anteriores o en posteriores por vías naturales; en el segundo caso puede considerarse que la paciente ya ha sido sometida a una o más pruebas de trabajo, satisfactorias, que han permitido confirmar la bondad de su cicatriz uterina. Una excepción a la tendencia a reintervenir pacientes con dos o más cesáreas es, en algunas escuelas, el parto prematuro; en este caso se espera con más seguridad el parto vaginal, manteniendo, sin embargo, a la paciente en observación estricta.

k) *Historia de partos anteriores.* De acuerdo con la paridad se clasifican las pacientes en tres grupos:

1. Secundigestante con cesárea anterior (nulípara).

2. Multigestante con último parto intervenido por cesárea.

3. Multigestante con partos vaginales posteriores a la cesárea practicada.

B) *Valoración obstétrica al ingreso*

Desde el punto de vista de su embarazo actual se valoraron en la paciente, a su ingreso al Instituto, los siguientes puntos para decidir, de acuerdo con los del grupo anterior, si debía o no reintervenirse.

a) *Tamaño fetal y edad gestacional.* Es evidente que los fetos pequeños dan mayor posibilidad de parto vaginal, con menor riesgo para la madre.

b) *Proporción feto-pélvica.* Valoración de la pelvis previamente efectuada, ojalá antes de un nuevo embarazo; la pelvigrafía en la Consulta Prenatal o al ingreso de la paciente en la institución, consignando los datos en historia especial para ello y relacionando, al término de la gestión, los datos obtenidos con el tamaño de la presentación. En casos de pelvis límite consideramos peligrosa la prueba de trabajo. Igualmente importantes, cuando la paciente se encuentra en trabajo, son la palpación mensuradora y el Test de Hillis; la valoración cuenta igualmente para las pacientes multíparas con partos vaginales previos o posteriores a la cesárea.

c) *Encajamiento.* Cuando este se encuentra avanzado en paciente que ingresa en trabajo de parto, el caso se considera favorable. Es dato que interesa más en pacientes "nulíparas", es decir, sin antecedente de partos por vía vaginal. Se puede valorar por medio de maniobras especiales como la mesuradora de Pinard y el Test de Hillis, mencionados anteriormente, siendo factor importantísimo para la conducta.

d) *Presentación, posición, variedad.* Sólo consideramos favorables los casos de presentaciones cefálicas de vértice; las variedades posteriores y transversas determinan mayor esfuerzo uterino contráctil y en el momento del parto, en ocasiones, requieren recursos obstétricos para su corrección, que dan mayor incidencia de lesiones de partes blandas, incluyendo las lesiones de cicatriz, motivo que inclina a su cuidadosa selección.

e) *Estado del cuello.* El cuello maduro (blando, corto, central, permeable) es indicio de buen preparto y crea condiciones favorables a la marcha del trabajo; no está indicada la prueba de trabajo en caso de cuellos largos, duros y poco elásticos; es interesante recordar el llamado "cuello uterino no patológico, problema en el parto" (12) común en los casos de ruptura prematura de membranas, independiente de la madurez cervical, frecuentemente resistente y a veces irreductible a la terapéutica rutinaria.

f) *Otros factores.* La distensión uterina por feto grande, embarazo múltiple e hidramnios, es factor desfavorable para el parto vaginal. La inserción baja, no previa, de placente es factor que inclina a reintervenir pues trastorna la contractilidad local y en caso de ruptura de cicatriz constituye elemento de mayor peligro para la paciente y el feto; cuando se sospecha es

aconsejable practicar una placentografía.

C) *Valoración de la madurez fetal*

Cuando se trata de pacientes que por sus condiciones clínicas y sus antecedentes deben ser sometidas a cesárea electiva extemporánea, es de suma importancia el factor madurez fetal, muchas veces difícil de valorar por falta de dato preciso de amenorrea, patología materna asociada que influye en el tamaño fetal, etc.

Claramente lo anotan Del Corral y Muñoz (6) cuando dicen que una de las causas de mortalidad fetal, cuatro veces mayor en la cesárea de repetición que en el parto vaginal, es el error de apreciación del tamaño fetal a causa del elevado índice de prematurez en aquella. Por su parte Bishop dice (25) que en el Hospital de Pensilvania, en los últimos 6 años, alrededor del 6% de los partos prematuros guardaron relación con el parto provocado electivo o la cesárea extemporánea (4.2% en el parto vaginal y 8.0% en cesáreas de repetición); las estadísticas de este Hospital entre 1957 y 1962, ponen en claro el riesgo que intentamos valorar. Sobre 20.458 niños nacidos, la mortalidad perinatal no corregida fue de 3.1%; de los mortinatos 68% pesaron menos de 2.500 gramos y 78% de los que murieron en el período "natal" también fueron prematuros por peso. No está por demás recordar que cuando el prematuro sobrevive, presenta en los exámenes neurológicos posteriores, mayor incidencia de anomalías neurológicas que el nacido a término y presenta también mayor retardo físico y mental.

Por su parte Hellegers e Eastman (9) en 465 cesáreas iterativas practicadas antes del comienzo del trabajo (extemporánea) encontraron 39 prematuros (8.3%) y en 116 electivas precoces 28, para una incidencia de 24.1%.

Por tanto, este procedimiento sólo es aconsejable en aquellos casos en que los peligros maternos o los fetales son de tal magnitud que obligan a practicar una intervención temprana. Tal sería el caso de antecedente de cesáreas con técnicas clásicas o la certeza de antecedente de intervenciones atípicas o complicadas durante el acto quirúrgico; fetos grandes hijos de madres diabéticas, etc. Mención especial merecen los casos en los cuales no puede contarse con medio hospitalario adecuado y oportuno al comienzo del trabajo, o aquellos en que las condiciones económicas de la paciente impiden una hospitalización temprana.

Son útiles los siguientes datos, recordando que la valoración definitiva debe comprender el mayor número de ellos.

a) Fecha de la última menstruación, cuando el dato es preciso.

b) Altura uterina, relacionada con el dato anterior.

c) Estudio del tamaño fetal aproximado de ser posible practicado por varios médicos suficientemente entrenados, calculado un peso no menor de 3.000 gramos, antes de permitir la intervención.

d) Valoración prospectiva de la aparición de los ruidos fetales, en aquellos casos en que la paciente consulta

desde los primeros meses, los cuales aparecen hacia la semana 18, dato al cual se agregan 20 semanas para considerar la fecha probable del parto.

e) Estudio radiológico del contenido uterino buscando puntos de osificación, tamaño de los huesos largos, tamaño cefálico, etc. Los puntos de osificación más importantes, hacia el final de la gestación, son los siguientes: epífisis inferior del fémur que aparece entre las 35 y las 40 semanas; epífisis superior de la tibia hacia las 40 semanas, cuboides entre las 36 y las 40 semanas. Debe tenerse en cuenta (14) que la visualización de ellos no siempre es posible; además hay variaciones en el tiempo de su aparición determinadas por factores como herencia, sexo, trastornos endocrinos, infecciones, alimentación, etc. El margen de error es igual cuando se trata del tamaño fetal general, el tamaño cefálico, el grado de separación de las fontanelas y el grosor de los huesos del cráneo.

Morillo Atencio (16) presenta en su trabajo sobre estudio radiológico de la madurez del embarazo en Venezuela los siguientes datos, para gestación a término: proyección del borde superior del útero sobre D12 - L1. Puntos de osificación: los del extremo superior del húmero a veces acompañados por otro más pequeño que corresponde a la tuberosidad mayor del hueso; inferior del fémur, grande, pudiéndose delimitar su contorno y apreciar fácilmente su estructura; superior de la tibia grande. Presenta estas medidas de los huesos largos: húmero 8 cms., fémur 8.5 cm., cúbito 5.5 cms., radio 5 cms., tibia 7 cms., y peroné 6.8 cms. En la cabeza un diámetro occipitofrontal de 10 a 12 cms. y biparietal de 7 a 9.

f) Valoración del estado de madurez del cuello uterino mediante la apreciación de sus distintas características: longitud, reblandecimiento, situación y grado de dilatación.

g) Toma de muestras para estudio citológico buscando aquellas modificaciones que orientan al embarazo a término, basadas en los índices de acidofilia, aglutinación y cariopicnosis.

D) *Cuadro de indicaciones*

Una vez analizados los datos anteriores hemos agrupado las pacientes en tres grupos, de acuerdo a sus condiciones:

a) *Cesárea de repetición, por indicación absoluta:*

1. Por persistencia de la indicación anterior.

2. Por aparición de nueva indicación.

3. Por antecedente de cesárea clásica.

4. En caso de antecedente de cesárea segmentaria o complicada.

5. En secundigestante añosa con antecedente de cesárea.

6. En presentaciones paraeutócicas y distócicas (cara, frente, pelvis, etc.).

7. En caso de dos o más cesáreas previas.

8. En caso de sobredistensión uterina (feto grande, hidramnios, embarazo múltiple).

9. En caso de distocia de contracción por exceso (polisistolia, hipertonía, etc.).

10. En caso de patología de partes blandas, asociada (fístulas o su antecedente, intervenciones reparadoras de vagina).

11. En caso de cesárea practicada en medio inadecuado, por cirujano no especialista.

b) *Cesárea de repetición, por indicación relativa*

1. En caso de antecedente de infección uterina postoperatoria.

2. El caso de infección amniótica, con feto vivo o muerto.

3. En caso de muerte fetal in útero, antes de la iniciación de trabajo de parto.

4. En caso de ruptura prematura de membranas, sin complicaciones.

5. En caso de placenta previa lateral.

c) *Parto vaginal*

Permitido a todas aquellas pacientes, que con antecedente de cesárea, no se encuentren en ninguno de los dos grupos anteriores.

Material

Se estudiaron 614 casos de pacientes con antecedente de cesárea, siendo los resultados de la volaración anteriormente mencionada los siguientes:

Favorables	282 casos	—	Parto vaginal	252	89.4%
			Nueva cesárea	30	10.6 "
Desfavorables	332 "	—	Parto vaginal	7	2.1 "
			Nueva cerárea	325	97.9 "
Total partos vaginales	259 "	—	Favorables	252	
			Desfavorables	7	42.1 "
Total nueva cesárea	355 "	—	Favorables	30	
			Desfavorables	325	57.9 "

Un bajo porcentaje de pacientes fue intervenido sin trabajo de parto por sus condiciones clínicas y obstétricas, pero la mayoría fueron sometidas a prueba de trabajo, corta o media, con el fin de obtener la formación de segmento suficiente que facilitara el acto quirúrgico y de someter al feto a la acción de las contracciones, cuyo benéfico efecto ha sido ampliamente reconocido. La escasa vinculación de estas pacientes con el Instituto hace que buen número de ellas ingrese en trabajo franco de parto, obligando en ocasiones, por lo avanzado del mismo, a modificar la conducta establecida en el esquema antes mencionado.

Se practicaron un total de 355 cesáreas de 614 pacientes estudiadas para una incidencia de iterativez de 57.9%; 7 pacientes que han debido reintervenirse presentaron parto vaginal por demora en la práctica de la intervención y lo avanzado del trabajo de parto a su ingreso, ya que todas tenían cinco o más cms. de dilatación al examen ini-

cial; la indicación de iterativez en ellas era la siguiente: 3 por presentación de pelvis, 2 por antecedente de dos cesáreas y 2 por estrechez relativa de la pelvis.

En 30 casos programados para parto vaginal se practicó nueva cesárea; 12 corresponden a valoración adecuada y 18 a valoración inadecuada. Entre los casos de valoración adecuada, 4 fueron intervenidos por distocias de contracción, 5 por sufrimiento fetal, no figurando la causa de reintervención en los 3 restantes (su estudio inicial fue bien elaborado); en el grupo de valoración inadecuada, 6 presentaban estrechez relativa de la pelvis; 2 antecedentes quirúrgicos, medio no aconsejable y cirujano desconocido; 3 desproporción cefalopélvica (uno en pacientes con feto grande, muerto, en el cual se intentó aplicación de vacuum, otro con feto grande que terminó en ruptura uterina y otro finalmente, con feto grande e hidramnios), dos con antecedentes de dos cesáreas previas, 1 con placenta previa marginal, 1 con eventración e infección amniótica, y con sufrimiento fetal y 1 con distocia de contracción.

Consulta prenatal. La vinculación de las pacientes a la Consulta Prenatal es escasa, pero ha mejorado por la ampliación de este servicio en el curso de los últimos años; el control postnatal y estudio de la cicatriz es nulo por falta de educación de este personal y la escasez de medios y personal médico del Instituto.

Número de cesáreas previas. En número de intervenciones practicado a las pacientes estudiadas en este trabajo, antes de su ingreso, fue el siguiente:

1 cesárea	176 casos	49.5%
2 "	100 "	28.1 "
3 "	39 "	10.9 "
4 "	23 "	6.4 "
5 "	10 "	2.8 "
6 "	3 "	0.9 "
7 "	1 "	0.3 "
Rupturas uterinas previas	3 "	0.9 "

El mayor número corresponde naturalmente a pacientes que tienen como antecedente una o dos cesáreas previas.

Las indicaciones de las cesáreas previas en el grupo de pacientes estudiados, fueron las siguientes:

Indicación	*Intervención*						
	I	II	III	IV	V	VI	VII
Estrechez pélvica	111	78	40	23	11	3	1
Desproporción	40	11	—	—	—	—	—
Presentaciones distócicas	31	10	—	—	—	—	—
Toxemia gravídica	9	—	—	—	—	—	—
Placenta previa	17	8	3	1	—	—	—
Trabajo prolongado - Inm. ruptura	18	3	—	—	—	—	—
Primigestante añosa	10	—	—	—	—	—	—
Procedencia del cordón	8	3	—	—	—	—	—
Sufrimiento fetal	38	12	1	—	—	—	—
Antecedente de cesárea	—	19	24	12	3	1	—

Indicación	*Intervención*						
Distocia dinámica	9	6	—	—	—	—	—
Sin dato	51	21	5	—	—	—	—
Herida abdominal	—	1	—	—	—	—	—
Muerte habitual del feto	1	1	1	—	—	—	—
Embarazo gemelar	1	2	1	—	—	—	—
Ruptura uterina o cirugía previas	5	—	—	—	—	—	—
Cirugía vaginal previa o anomalías	6	1	1	1	—	—	—

La indicación de reintervención en los 355 casos estudiados fue la siguiente:

Indicación	*Ppal.*	*Relat.*
Estrechez pélvica	146	15
Dos o más cesáreas previas	59	2
Situación transversa u oblicua	25	7
Sufrimiento fetal	23	11
Presentación de pelvis	17	3
Placenta previa	16	2
Secundigestante añosa con cesárea anterior	14	2
Cesárea en medio inadecuado, cirujano desconocido	9	—
Distención uterina (hidramnios, gemelar)	5	1
Falta de encajamiento, desproporción	11	1
Antecedente de fístula vesico-vaginal	5	—
Distocia de contracción por defecto	9	—
Otros: abruptio, presentación de frente, infección amniótica, inminencia ruptura, ruptura, polisistolia, ruptura prematura de membranas, distocia cervical, hipermadurez, procidencia miembro superior y sin dato	16	5

Mencionamos algunos datos bibliográficos sobre indicaciones de la reintervención:

Páez Pumar (3) presenta cifras semejantes a las anteriores, ya que encuentra en la primera cesárea, sobre 350 casos, 193 intervenidas por estrechez y desporporción; en la segunda 40% por estrechez y desproporción y 27.7% por antecedente de cesárea; en la tercera 59.9% por estrechez y desproporción y 36.8% por cesárea anterior; en la cuarta el porcentaje por antecedente de cesárea aumenta a 62.5 por ciento.

Rábago José (2) dice que cuando se operó por estrechez se reintervino en el 96.1% y cuando se operó por desproporción, la reintervención sólo se practicó en el 10% de los casos.

Septén José (2) llama la atención sobre el aumento de la incidencia de pacientes que ingresan a los servicios presentando antecedente de cesárea (5.1 por ciento en su servicio); en 172 casos estudiados reintervino, 88, siendo

las indicaciones principales desproporción (15 casos) y antecedente de cesárea (61 casos).

Suárez Cobo (2) reinterviene 123 pacientes de 206 estudiadas, 55 por desproporción, 23 por antecedente de cesárea y 25 por distocia de contracción. Para Castelazo Ayala (2) sobre 2.309 cesáreas, en 427 la indicación de iterativez fue el antecedente de cesárea.

Sanz Araos (8) sobre 56 iterativas presenta 41 reintervenidas por desproporción o estrechez y solamente 1 por antecedente de cesárea.

Peralta Cayón (12) en 21 iterativas encuentra 13 con distocia ósea franca o relativa y 8 en las cuales actuó el factor cuello-edad, que insiste en no separar.

Erhart y Gold ( ) presentan 40% de iterativez por cesárea anterior, 30% por desproporción y 19% por abruptio y placenta previa.

Bryant R. (10) considera que en Cincinati del 95% de las pacientes con cesárea previa son intervenidas en todos los embarazos posteriores; sin embargo, presenta sólo 2.716 reintervenciones (43%) sobre 6.265 cesáreas, el 75% de las cuales fueron electivas.

Riva y Teich (13) reintervienen 56 pacientes (26.4%), 12 de ellas extemporáneamente; el porcentaje de iterativez por desproporción cefalopélvica fue de 66.7%.

Briceño, Vielma (17) sobre 142 cesáreas practican 30 iteradas para una incidencia de 21.2%, siendo la dilatación estacionaria, la desproporción cefalopélvica y el antecedente de cesárea las indicaciones más frecuentes.

López Vargas (18) presenta una incidencia de cesárea de 2.75%; sobre 119 practicadas, reinterviene 8 por desproporción, 3 por antecedente de cesárea y 13 electivas, para una incidencia de 37.7% de iterativez.

Causa de ingreso. La causa de ingreso en el grupo de pacientes estudiado fue la siguiente:

	Casos
Trabajo de parto	176
Hemorragia genital	49
Ruptura prematura de membranas	26
Iniciación de trabajo, preparto	75
Amenaza de parto prematuro	2

Insistimos nuevamente en la necesidad de vincular estas pacientes más estrechamente al Hospital, por medio de una consulta especial, para realizar un estudio completo, posterior a la intervención, logrando así mejorar los resultados maternofetales en esta entidad obstétrica, que encontramos cada día más frecuente.

Estado del cuello al ingreso:

	Casos
Sin signos de trabajo activo	159
Hasta 4 cms. de dilatación	125
Con 5 o más cms. de dilatación	68
Sin dato de estado cervical al ingreso	3

Muchas de estas pacientes fueron intervenidas a su ingreso después de ha-

ber estado bajo control de médicos generales o de enfermeras fuera del Hospital.

Trabajo de parto. Las características del trabajo de parto fueron las siguientes:

	Casos
Sin trabajo de parto (electivas extemporáneas)	56
Trabajo menor a 4 horas (electivo precoz)	69
Trabajo de 4 a 8 horas (medio)	127
Trabajo de 8 a 12 horas (largo)	56
Trabajo de más de 12 horas (prolongado)	38
Sin dato de su duración	9

En 477 casos de Páez Pumar (3) 131 (27.4%) fueron practicadas extemporáneamente. Birnbaum presenta 95% de electivas en clientela particular y 75% en la hospitalaria. Cárdenas Escovar (1) de 38 cesáreas iteradas practicó 9 extemporáneas (22%) y 14 electivas precoces (34%). Sanz (8) tiene un promedio de 18 horas 10 minutos de duración de trabajo de parto para cesárea iterada. En nuestra comunicación anterior (5) la duración media del trabajo en 97 casos, fue de 12 horas 20 minutos.

Las características de la contracción uterina fueron:

	Casos
Polisistolia	11
Bradisistolia	36
Astenosistolia	20
Bradiastenosistolia	70
Trabajo de parto normal	113
Sin trabajo de parto	56
Sin dato	49

Hemos encontrado que las características del trabajo de parto son tanto menos favorables, es decir más irregular, cuanto mayor número de cesáreas ha sido practicado

Tipo cesárea practicado:

	Casos
Segmentaria transversa	348
Segmento-corporal	3
Extraperitoneal	3
Histerorrafia por ruptura	1

Hallazgos operatorios:

	Casos
Placenta previa	21
Adherencias epiploicas	60
Ascenso de la vejiga sobre el segmento	18
Dextro-rotación uterina	6
Eventración	5
Distensión segmentaria	36
Distención e inminencia de ruptura	7
Cicatrices atípicas	5
Rupturas de cicatriz	10

Páez Pumar (3) encuentra 63% de adherencias en la segunda cesárea, 71 por ciento en la tercera y 75% en la cuarta. Bartolomew encuentra 62%, Bremner y Dillon (23) sólo un 18%, Smith 19%; Thein (24) presenta adherencias y absceso de la vejiga en 23 de 169 casos con cuatro cesáreas previas, 19 de 78 con cinco cesáreas, 8

de 25 con seis y cinco de 8 con siete intervenciones; sobre un total de 282 casos encuentra más del 10% de placenta previa.

Ruptura uterina. Encontramos un total de 10 rupturas uterinas para una incidencia de 2.8%; 2 completas y 8 incompletas, de las cuales solamente 3 fueron sintomáticas; todas con feto vivo; en 2 la conducta tomada al ingreso fue inadecuada, 5 ingresaron en trabajo de parto y 5 sin trabajo o apenas iniciándolo. En 5 había antecedente de una cesárea, en 4 de dos y en una de cuatro intervenciones. Ocho casos eran de término, uno prematuro y uno postmaduro.

Agüero (3) encontró en la segunda cesárea 7 desuniones parciales, cinco totales y dos rupturas; en la tercera dos desuniones parciales y una total. Cárdenas (1) una ruptura segmentaria incompleta. En nuestra revisión de 1958 (5) presentamos 3 casos de ruptura, dos completas y una incompleta, sin mortalidad materna. Riva y Teich (13) encuentra dos rupturas uterinas en 56 pacientes iteradas, ambas con antecedente de cesárea clásica. Hellegers (9) presentan dos rupturas y cuatro dehiscencias, la mitad de las cuales ocurrieron sin trabajo de parto. Dillon (23) en 284 pacientes estudiadas encuentra 3 rupturas asintomáticas, silenciosas y 9 rupturas sintomáticas; en tres había antecedente de cesárea clásica; practicó ocho histerectomías.

Complicaciones operatorias. Se presentó ruptura vesical en tres casos que evolucionaron satisfactoriamente; en cinco casos hubo desgarro del segmento.

Postoperatorio. Fue de tipo febril en 66 casos, encontrándose las siguientes causas:

	Casos
Infección de la herida quirúrgica	21
Endometritis	4
Constipación rebelde	1
Absceso de pared abdominal	2
Mastitis	1
Infección de vías respiratorias	1
Dehiscencia de sutura, pelviperitonitis	1
Absceso glúteo	1
Sin anotación de causa de fiebre	34

No presentamos mortalidad materna; Cárdenas (1) una muerte materna por accidente cardíaco durante la anestesia; Agüero y Páez (3) cuatro muertes maternas en 513 intervenciones (0.7 por ciento); Suárez Cobo (2) cinco muertes en 123 cesáreas para una incidencia de 4.06% (4 por hemorragia por atonía y 1 por complicación anestésica); Fleming 2 muertes en 135 pacientes (1.3%).

Resultados fetales: (seis embarazos gemelares)

Peso:

	Casos
Menos de 2.500 gramos	77
De 2. 501 a 3.500	233
Más de 3.501	44
Sin dato	7

Edad gestacional:

	Casos
Menos de 36 semanas	53
De 37 a 40	247
Más de 41	50
Sin dato	5

Apgar:

	Casos
Seis o menos	25
Siete	19
Ocho	32
Nueve	42
Diez	226
Sin dato	11

Mortinatos: Seis mortinatos por anoxia, determinada: 1 por ruptura uterina con paso del feto a la cavidad abdominal, 2 por procedencia del cordón, 1 por placenta previa central total con severa hemorragia, 1 por abruptio placentae en paciente toxémica y 1 por tetanización uterina en paciente atendida durante dos días a domicilio sin obtener el parto vaginal.

Presentamos 15 casos de muerte neonatal:

	Casos
Anoxia severa intraparto y prematurez	3
Membrana hialina y prematurez	1
Enteritis y moniliasis	1
Neumonía aspirativa	2
Hernia diafragmática operada	1
Síndrome de dificultad respiratoria	2
Inmadurez	2
Embriopatía	1

Tenemos un total de 21 casos de muerte perinatal no corregida (5.9%); Agüero y Páez (3) presentan 7.2%, Báez (3%), Fleming (2.06%), Cárdenas y Sornoza (1) no presentan mortalidad. En 1.958 presentamos una mortalidad de 13.3% en 97 cesáreas, (5). Delgado Calderón (11) encuentra 5.39% de mortalidad perinatal en 1.032 cesáreas; anota, que aun cuando mediante la cesárea el traumatismo fetal es menor que en el parto vaginal, no se pueden descartar casos de extracción fetal laboriosa y el hecho frecuente de una intervención tardía, con sufrimiento fetal avanzado, causas directas de la muerte del niño.

Es llamativo el hecho de encontrarse 77 casos (21.3%) de prematurez por peso, porcentaje elevado que viene a repercutir amplia y directamente sobre el porvenir fetal, como mencionamos en la primera parte de este trabajo al insistir en la necesidad de una correcta valoración del tamaño y madurez del niño. En cuanto a patología materna se refiere, encontramos las siguientes causas favorecedoras de prematurez: toxemia gravídica 27 casos, ruptura prematura de membranas 5 casos, hidramnios 5 casos.

Morbilidad fetal:

Piodermitis	12 casos
Onfalitis	9 "
Enteritis	9 "
Ictericia por isoinmunización	2 "
Moniliasis oral, hemorragia cerebral, achalasia, membrana hialina, allux valgus, neumonía aspirativa, acondroplasia y catarata congénita	8 "

Resumen y conclusiones

1. Presentamos 355 casos de cesárea iterativa, intervenidos en el curso de 19 meses en el Instituto Materno Infantil de Bogotá, de 614 pacientes que ingresaron con antecedente de cesárea.

2. La conducta obstétrica en este normas previamente estudiadas que se mencionaron al comienzo del trabajo.

3. Las indicaciones más frecuentes para practicar la reintervención fueron estrechez pélvica, antecedente de cesárea, situación transversa y sufrimiento fetal.

4. Las causas más frecuentes de ingreso fueron trabajo de parto y complicaciones de la gestación, como hemorragia genital y ruptura prematura de membrana.

5. El tipo de cesárea practicado en casi todos los casos fue la segmentaria transversa; no se practicaron ligaduras de trompas ni histerectomías.

6. Se encontraron 10 casos de ruptura de cicatriz anterior, para una incidencia de 2.8%, la mitad de los cuales se presentaron en pacientes sin trabajo franco de parto o en preparto; sólo 3 fueron sintomáticas y en 2 la ruptura se debió a conducta inadecuada en el manejo del caso.

7. Los hallazgos operatorios más frecuentes fueron las adherencias epiploicas y el ascenso de la vejiga sobre el segmento.

8. Presentamos 10.8% de casos en los cuales hubo trabajo prolongado, más de 12 horas de duración, situación peligrosa tanto para la madre como para el feto.

9. La mortalidad alcanzó casi al 20%, pero la incidencia de endometritis fue escasa (14%); la mayoría de los estados febriles fueron ocasionados por procesos infecciosos localizados en la herida quirúrgica abdominal.

10. El índice de prematurez por peso alcanzó a 21.7%; sin embargo, sólo un 15.8% fueron intervenidas antes del comienzo del trabajo de parto.

11. Cerca del 80% de los casos correspondieron a embarazos a término, tanto por peso como por edad gestacional.

12. La mortalidad perinatal no corregida fue de 5.9%. No presentamos mortalidad materna.

BIBLIOGRAFIA

1. CARDENAS ESCOBAR, SORNOZA DEL VALLE: La cesárea iterativa. *Revista de la Clínica de Maternidad David Restrepo. Vol. 3.* Nº 1. Julio 1962.
2. SUAREZ COBO, RABAGO JOSE, SEPTIEN JOSE MANUEL y CASTELAZONO AYALA: Conducta a seguir en la embarazada con cesárea previa. *Rev. de Obst. y Gin de México. Vol. 16.* Nº 90, 3. Febrero 1961.

3. AGÜERO, MARCANO Y PAEZ: El futuro de las cesáreas. *Rev. de Obst. y Gin. de Venezuela. Vol. 19.* Nº 4, 695. 1959.
4. ACUÑA DIAZ: El parto vaginal en pacientes con antecedentes de cesárea. *Rev. Col. de Obst. Gin. Vol. 15.* Nº 6, 499, XII/64.
5. ACUÑA DIAZ: Parto espontáneo después de cesárea y cesárea de repetición. *Rev. Col. de Obst. y Gin.* Vol. 13, Nº 1, 69, II/62.
6. DEL CORRAL, MUÑOZ DELGADO: Evaluación clínica para el parto después de cesárea. *Revista Col. de Obst. y Gin. Vol. 10.* Nº 1, 1. II/59.
7. VALDERRAMA DELFIN: Anotaciones sobre cesáreas en hospitales y clínicas de Bogotá. *Rev. Col. de Obst. y Gin. Vol. 16.* Nº 1. II/65.
8. SANZ ARAOS: Conducta obstétrica en pacientes previamente operadas de cesárea. *Rev. Col. de Obst. y Gin. Vol. 3.* Nº 2/52.
9. HELLEGERS. NICHOLSON: The problem of prematurity in gravidas with cesarean sections scars. *A.J.O.G. 11.* March 1958.
10. BRYANT R.: Cesarean section in Gincinnati. *A.J.O.G. Vol. 81.* Nº 3. March 1961.
11. DELGADO CALDERON: Mortalidad perinatal en cesárea. *Rev. Col. de Obst. y Gin. Vol. 12.* Nº 5. X/61.
12. PERALTA CAYON: Cesáreas previas, controversias clínicas y terapéuticas. Publicación personal. 1962.
13. RIVA y TEICH: Vaginal delivery after cesarean section. *A.J.O.G. Vol. 81.* Nº 3. March 1961.
14. DE LEE: Principios y práctica de obstetricia. *Radiología Uteha,* Segunda edición, 1326, 1955.
15. APGAR VIRGINIA: Consecuencias de la prematurez. *Clínicas obstétricas y ginecológicas.* 741. IX/64.
16. MORILLO ATENCIO: Determinación radiológica de la edad y madurez fetal. *Rev. de Obst. y Gin. de Ven. Vol. 19.* Nº 1, 43. 1959.
17. BRICEÑO, VIELMA: Experiencia sobre cesárea en el Hospital Central de Valera. *Rev. de Obst. y Gin. de Ven. Vol. 22.* Nº 3, 3/62, 475.
18. LOPEZ VARGAS: Algunas consideraciones sobre la cesárea. *Rev. de Obst. y Gin. de Ven. Vol. 22.* Nº 2/62, 375.
19. KALTREIDER, KRONE: Delixvery following cesarean section: *A. J. O. G. Vol.* 1023, XII/59.
20. LAMKEE-DONALDSON: Cesarean sections. *A.J.O.G. Vol. 83.* 5/63.
21. STIRLING, PILISBURY: The Safety of cesarean section. *A.J.O.G. Vol. 86.* Nº 5, 580. Julio 1963.
22. RUIZ-VELASCO y GUERRERO: Postecesarean section histerographic control. *A.J.O.G. Vol. 90.* Nº 2, 222. IX/64.
23. DILLON, TILIS and BREMNER. A fifteen-year survey of multiple cesarean sections. *A.J.G. Vol. 90.* Nº 7, 907. XII/64.
24. THEIN, MC SWEENEY: Multiple repeat cesarean sections. *A.J.O.G. Vol. 90.* Nº 7, 913. XII/64.
25. BISHOP EDWARD: Prematurez. *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas.* 643. IX/64.