“Vía del Parto en Pacientes con Antecedentes de Cesárea”

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA – FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Drs.: José David Castillo*, Ariel Iván Ruiz**, Jacinto Sánchez A.**

INTRODUCCION

A comienzos del siglo se practicaban incisiones transversas o verticales en el fondo del útero. En mayo de 1916 Edward Cragen pronunció su dictado: “Una vez cesárea siempre cesárea” que fue aceptado ampliamente en los Estados Unidos. En 1974, el 90% de las pacientes con cesárea previa eran sometidas a cesárea de repetición en hospitales norteamericanos.

Las indicaciones para la cesárea primaria han cambiado especialmente en los últimos veinte años. Durante la última década las intervenciones quirúrgicas por desproporción cefalopélvica, trabajo de parto anormal, sufrimiento fetal, presentación de pelvis y prevención de posibles partos traumáticos y el manejo obstétrico del embarazo de alto riesgo, han aumentado la incidencia de cesárea primaria. (1, 2).

En la actualidad la cesárea comprende del 10 al 25% de todos los partos. Si se aceptara el proverbio de “una vez hecha una cesárea hay que hacer otra”, la frecuencia seguiría ascendiendo (1). La cesárea de repetición es responsable del 27% de la

elevación en la tasa de parto abdominal entre 1970 y 1978 (3).

Con el aumento de intervención cesárea ha crecido la preocupación por sus riesgos potenciales, con elevación de la morbilidad materna comparada con la del parto vaginal. Por la alta tasa de morbilidad, los costos, la interferencia con el parto normal y -en ciertos países- por razones legales ha crecido la preocupación por la incidencia de cesárea (4, 3, 2, 5)

Por todas estas razones la literatura acerca de los riesgos de la ruptura uterina superan a los riesgos que conllevan los intentos de evitarla y en caso de ocurrir ruptura uterina, si ésta es tan catastrófica que justifique hacer otra cesárea una vez hecha la primera. (1).

En un estudio sobre 526 pacientes que tenían cesárea transversa baja, Merrill y Gibbs (6) encontraron que el 49% presentaron parto vaginal con morbilidad ligeramente menor y estancia hospitalaria más corta que las pacientes a quienes no se les permitió el ensayo del trabajo de parto. La morbilidad perinatal no fue afectada por la ruta del parto y la ruptura uterina (que ocurrió en tres pacientes con ensayo del trabajo de parto y una sin el mismo) no amenazó seriamente a la madre y el feto. Se observó aumento significativo de la morbilidad materna entre pacientes cuyo ensayo terminó en cesárea de repetición.

* Profesor Asociado. Departamento de Ginecología y Obstetricia. Facultad de Medicina. Universidad Nacional.

** Instructores Asociados. Departamento de Ginecología y Obstetricia. Facultad de Medicina. Universidad Nacional.

Lavin et. al (4) revisaron la literatura inglesa desde 1950 hasta 1980 para analizar los riesgos y beneficios del parto vaginal en pacientes con cesárea anterior y concluyeron que en parto vaginal apropiadamente es seguro, con una incidencia de ruptura uterina de 0.7% y una mortalidad perinatal del 0.93% sin muertes maternas debidas a ruptura uterina. El 66.7% de las pacientes a quienes se les permitió ensayo del trabajo tuvieron parto vaginal satisfactorio, el cual ocurrió en el 74.2% de pacientes con indicación no recurrente y en el 33.3% de aquellas cuya cesárea previa se practicó por desproporción cefalopélvica. Los partos vaginales selectivos en pacientes con antecedentes de cesárea resultaron en reducción de los costos.

Demianczuk et al (5) permitieron el intento de parto vaginal después de cesárea segmentaria baja ("ensayo de cicatriz") en 92 pacientes de las cuales 54.3% tuvieron parto vaginal y el 45.7% cesárea de repetición; hubo 3.2% de dehiscencia de cicatriz sin mortalidad materna ni fetal.

Meier y Porrego (3) manejaron 207 pacientes voluntarias con cesárea segmentaria baja sin indicación recurrente aparente permitiéndoles un ensayo de trabajo de parto. Este programa voluntario produjo un descenso del 27.9% en la tasa de cesárea de repetición en un período de dos años.

En el Instituto Materno Infantil de Bogotá en un estudio retrospectivo (7), se encontraron entre 8.202 historia clínicas de pacientes atendidas en el lapso de un año, 221 casos con antecedente de cesárea por repetición (43.9%). Entre las 124 hubo 106 partos espontáneos, 12 intervenidos con forceps, 3 intervenidos con ventosa y 3 sin dato. Se presentaron tres rupturas uterinas en pacientes con antecedentes que contraindicaban la prueba del trabajo de parto. No hubo accidentes entre las pacientes que tuvieron parto espontáneo. La mortalidad fetal fue mayor en el grupo de pacientes con cesárea de repetición que en el grupo de pacientes que tuvieron parto vía vaginal. No hubo mortalidad materna.

Acuña (8) en un estudio prospectivo sobre 614 pacientes con antecedente de cesárea en un lapso de 19 meses (1962-1964) en el Instituto Materno Infantil, considera los resultados obtenidos de acuerdo a normas precisas fijadas previamente en cuanto a valoración, condición y conducta del

parto se refiere. Hubo 259 partos vaginales (124 espontáneos), la ruptura uterina fue baja (1.5%) y en los casos en los cuales se presentó, tuvo relación con el uso de pitocín por vía intravenosa y por descuido en el trabajo de parto, considerándose por lo tanto como una complicación.

El futuro obstétrico de la paciente con cesárea anterior depende de varios factores, entre los que se destacan la indicación de la cesárea anterior, las complicaciones operatorias y postquirúrgicas, el tipo de histerotomía, el tipo de institución y el cirujano que la realizó.

En el trabajo de parto del siguiente embarazo influye también en la conducta obstétrica, el estado del cérvix al ingreso de la paciente, la presencia de indicaciones nuevas, la persistencia de la indicación, la duración del trabajo de parto, los antecedentes obstétricos y la edad de la paciente y la patología asociada. (5).

Se acepta que el parto vaginal después de cesárea es relativamente seguro si se conduce apropiadamente el trabajo de parto. Ocurre parto vaginal en el 74.2% de las pacientes con indicación no recurrente de la primera cesárea y el 33.3% de las pacientes en quienes la indicación fue por desproporción cefalopélvica. Además la ocurrencia del parto vaginal después de cesárea reduce el costo de hospitalización. (4).

Aún hay controversia respecto al uso de anestesia regional y de ocitócicos, tiempo de admisión hospitalaria, ruptura artificial de membranas, métodos de evaluación de la cicatriz, presentación de pelvis y embarazo gemelar. (5).

En el Instituto Materno Infantil se acepta como conducta, practicar cesárea de repetición cuando la indicación es absoluta, o si falla la prueba de trabajo de parto en pacientes con indicación relativa. El parto vaginal se permite cuando el caso se aparte de las condiciones anteriores. Los resultados de tal manejo no han sido aún evaluados.

Es conducta usual por parte de la mayoría de obstetras en los Estados Unidos, repetir la cesárea cerca del término: (9,10). Sin embargo en la actualidad se acepta que debe intentarse el parto vaginal a menos que la indicación para la cesárea sea recurrente o que en el embarazo actual haya surgido al-

gún proceso que obligue a la operación (11, 17, 23, 26). Se debe dar oportunidad de parto vaginal en el siguiente embarazo a término a las mujeres que tuvieron su primera cesárea por "falta de progreso" o por "desproporción cefalopélvica relativa" (24).

Uno de los inconvenientes de la cesárea electiva de repetición es la prematuridad iatrogénica. Kikwood et al (12) encontraron que la diferencia total en las tasas de mortalidad perinatal entre el entre el ensayo de trabajo planeado y la cesárea de repetición electiva, tuvo como causa la prematuridad iatrogénica. Muchos servicios pediátricos norteamericanos publican cifras alarmantes de niños prematuros que nacen como consecuencia de intervención obstétrica electiva (9).

Se han sugerido varias aproximaciones para evitar la prematuridad iatrogénica y el consecuente síndrome de dificultad respiratoria. Goldemberg y Nelson (13) recomiendan que se obtenga antes de cada cesárea de repetición electiva un estudio de madurez pulmonar o se demuestre un diámetro biparietal maduro, o ambos. Si no se dispone de estos estudios y hay duda acerca de la madurez fetal, se debe esperar el comienzo espontáneo del trabajo, que evita efectivamente la ocurrencia de prematuridad (14, 15). Podrá excluirse del estudio de madurez pulmonar fetal las pacientes que refieren una fecha de última menstruación segura, con visitas regulares al obstetra desde muy temprano en el embarazo y con medidas de altura uterina exactas que se correlacionen con la fecha de la última regla (14). No obstante se debe tener en cuenta que hay errores significativos en los estimadores comúnmente usados de edad gestacional (diámetro biparietal fetal, fecha de la última regla y movimientos fetales).

A pesar de lo anterior, la terminación electiva de embarazo por cesárea de repetición, seguirá siendo parte de la práctica obstétrica moderna y brinda algunas ventajas sobre la alternativa expectante de un parto espontáneo. Cabe evitar en la cesárea electiva todo tipo de esfuerzo o tensión sobre las cicatrices uterinas; con una fecha específica ya definida, las pacientes pueden prepararse de antemano para la maternidad, evitar todo tipo de trabajo en el momento oportuno y movilizar a la familia para el cuidado del niño. Así mismo el obstetra y el anestesiólogo pueden planear eficazmente el momento más adecuado para la práctica de la opera-

ción. Por otra parte los quirófanos, bancos de sangre, laboratorios y salas para lactantes cuentan con todo el personal durante las horas del día y se hallan en mejores condiciones para hacerle frente a las complicaciones de urgencias que pueden acompañar a un parto quirúrgico (9).

Las ventajas del parto vaginal después de la primera cesárea superan a las que pueda tener la cesárea electiva de repetición. El costo de la asistencia disminuye considerablemente, mejora la utilización de las camas del hospital por disminución de los riesgos quirúrgicos, morbilidad post-parto. También, en términos generales, se aminora notablemente el período de restablecimiento de la mujer si ha dado a luz por vía vaginal (1).

El parto abdominal selectivo es, sin duda, más costoso que el vaginal. Los gastos adicionales comienzan antes del parto pues los exámenes con ultrasonido (edad gestacional y localización placentaria) son de rutina en tales pacientes, también se hace con frecuencia determinaciones del líquido amniótico y los gastos hospitalarios, debido a la anestesia y a la hospitalización más prolongada también son mayores en el parto quirúrgico (1, 10). Cuando se utiliza la monitoría, un ensayo del trabajo de parto brinda sustancial disminución de los costos, sin riesgo de mortalidad que el estándar corriente de la cesárea de repetición (3).

Aunque la mortalidad es más baja en la paciente de cesárea de repetición que en la cesárea primaria, sigue siendo más alta que para las pacientes de parto vaginal. Uno de los muchos factores que ha contribuido a mejorar el futuro perinatal es el uso liberal de la cesárea. Sin embargo, a pesar de las técnicas anestésicas y quirúrgicas mejoradas y el uso de nuevos antibióticos, la morbilidad y mortalidad son mayores en la operación cesárea que el parto vaginal, (17) siendo la morbilidad cuatro veces mayor en aquella que en éste. La sepsis puerperal, infección urinaria y de la herida son mayores causas de morbilidad (18). Sin embargo, la morbilidad febril y endometritis en pacientes sometidas a ensayo del trabajo de parto y que terminan en cesárea es mayor que las que son tratadas con operación electiva (10). Para Amirikia et al (18) no hubo diferencia significativa en las tasas de infección después de cesárea de repetición y después del parto vaginal.

La razón principal para practicar cesárea electiva de repetición, es evitar la ruptura uterina y sus consecuencias. La cifra de ruptura de una cicatriz de cesárea varía desde 0.64% a 1.24% y la mortalidad materna por dicha causa es muy pequeña, especialmente en los casos de incisiones segmentarias transversas bajas. La mortalidad del feto como resultado de la ruptura de una cicatriz segmentaria es menor al 12.5% (1). La ruptura de una cicatriz de cesárea es muy diferente a la ruptura uterina espontánea o traumática; las rupturas después de cesárea son las menos peligrosas y rara vez se asocian a pérdida sanguínea excesiva o a mortalidad materna o fetal (20). De otra parte la cesárea electiva de rutina se puede asociar con otros riesgos de mortalidad que contrabalancean los riesgos de la ruptura uterina y ésta contribuye relativamente poco a la incidencia total de mortalidad perinatal y materna en las pacientes con ensayo de trabajo de parto.

De acuerdo con Gibbs (10), la amenaza de ruptura del útero y la aparición de otras complicaciones durante el ensayo de trabajo espontáneo, no bastan para negar los beneficios del parto vaginal en cerca de la mitad de las pacientes con una sola cesárea previa. No obstante, cualquier mujer que tenga una cesárea previa debe tener cuidado obstétrico especialmente bueno, pues uno o más partos vaginales después de cesárea no garantiza inmunidad a la ruptura de un embarazo subsiguiente (21). La presencia de una cicatriz segmentaria transversa baja parece agregar poco riesgo materno y fetal inherente al trabajo y parto vaginal (22). La ruptura de una cicatriz segmentaria baja transversa rara vez es completa y por lo tanto, rara vez peligrosa para la madre y el feto; no se puede decir lo mismo de la dehiscencia de la cicatriz de cesárea reciente (25).

Por último, el número de cesáreas de repetición podría continuar aumentando según se eleve la tasa de cesáreas de primera vez. Por lo tanto es importante tratar de reducir el uso de la cesárea. La tasa de cesárea iterativa se puede reducir sin afectar adversamente al feto, permitiéndose ensayos de trabajo de parto a pacientes seleccionadas, usando el PH en el cuero cabelludo cuando se encuentran trazados de monitoría "peligrosos", usando traductores de monitoría interna y educando a los obstetras y pacientes acerca de la monitoría fetal (17). La tasa creciente de cesárea, en los países desarrollados, no podía ser mayor que en nuestro

medio, donde las condiciones socio-económicas y la disponibilidad hospitalaria son aún más limitadas. La evaluación de la conducta establecida en un instituto como el nuestro, comprende un volumen significativo de pacientes con características diferentes a las de los estudios antes mencionados y en un medio donde son obvias las necesidades de reducción de los costos y duración de la hospitalización.

Este estudio pretende:

I. Establecer la frecuencia de pacientes con antecedentes de cesárea hospitalizadas en el Instituto Materno Infantil.

II. Identificar la incidencia de cesárea de repetición en el Instituto Materno Infantil.

III. Establecer la relación entre algunos factores pronósticos al ingreso de la paciente y la vía del parto.

IV. Establecer la relación entre la morbi-mortalidad materno fetal y la vía del parto en las pacientes con antecedentes de cesárea.

V. Evaluar los resultados obtenidos de acuerdo al sistema de manejo actual.

VI. Formalizar normas que sirvan de base para realizar un trabajo de investigación prospectivo y brindar un manejo adecuado a estas pacientes, acorde con las circunstancias que la institución posee.

MATERIAL Y METODOS

El presente trabajo es un estudio retrospectivo-descriptivo. Se realizó en el Instituto Materno Infantil. Fueron revisadas 32.192 historia clínicas correspondientes a pacientes obstétricas que ingresaron a la Institución, entre el 1o. de julio de 1981 y el 30 de junio de 1983.

De estas pacientes, se encontró que 352 presentaban antecedentes de cesárea anterior e ingresaron para atención del siguiente parto y son el motivo del presente estudio.

Para la recolección de datos se utilizó un formulario cuya variable estaba previamente codificada.

Se tabularon y procesaron los datos con la ayuda de un estadígrafo y un computador OSBORN. Fueron practicadas pruebas de significación estadística (χ^2) y se presentaron Tablas e Histogramas.

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Frecuencia de la Hospitalización de Pacientes con Antecedentes de Cesárea en el Instituto Materno Infantil

Se revisaron 32.192 historias clínicas correspondientes a pacientes obstétricas que ingresaron al Instituto Materno Infantil entre el 1o. de julio de 1981 y el 30 de junio de 1983.

De estas pacientes, 21.621 correspondían a partos atendidos durante ese período de tiempo. Se encontró que 352 pacientes presentaban antecedentes de cesárea para el parto anterior.

Esto nos da una frecuencia de $1.62\% \left(\frac{352}{21.621} \right)$.

Se encontró que de las 352 pacientes, 202 fueron sometidas a cesárea de repetición.

Estos datos nos dan una incidencia de $57.4\% \left(\frac{202}{352} \right)$.

Durante el período de tiempo analizado, se practicaron 2.922 cesáreas sobre un total de 21.621 partos.

Esto nos da una frecuencia de cesárea:

$$\frac{2.922}{21.621} = 13.51\%$$

Vía del Parto

De las 352 pacientes con antecedentes de cesárea, 150 presentaron el parto vía vaginal (42.61%).

84 fueron espontáneos (56%). 61 fueron intervenidos con espátulas (40.6%), y 5 con forceps (3.34%).

202 pacientes (57.39%) fueron sometidas a cesárea de repetición.

TABLA 1
"VIA DEL PARTO"

Vía del Parto	No. de Casos	%
Parto vaginal espontáneo	84	23.86
Parto vaginal - espátulas	61	17.33
Parto vaginal - forceps	5	1.42
Cesárea	202	57.39
Total:	352	100%

Indicación de la Cesárea Iterativa

Las indicaciones de la cesárea a repetición en orden descendente fueron: desproporción cefalopélvica 75 casos (37.12%). Ruptura prematura de membranas 45 casos (22.30%). Presentación de pelvis 19 casos (9.4%). Añosidad: 12 casos (5.9%). En los 19 casos (9.4%) se practicó cesárea electiva por el solo hecho de presentar cesárea anterior.

TABLA 2
INDICACION DE LA CESAREA ITERATIVA

Indicación	No. de Casos	%
Desproporción cefalopélvica	75	37.12
Ruptura prematura de membranas	45	22.27
Pelvis	19	9.40
Electiva	19	9.40
Añosidad	12	5.94
Pre eclampsia eclampsia	9	4.45
Inminencia de ruptura	9	4.45
Situación transversa	8	3.96
Placenta previa	5	2.47
Gemelar	1	0.50
Total:	202	100%

Prueba de Trabajo de Parto

Se le permitió prueba de trabajo de parto a 231 pacientes (65.62%). No se le permitió prueba de trabajo a 108 (34.36%) y 13 (3.69%) ingresaron en período expulsivo y su parto fue por vía vaginal.

TABLA 3
"PRUEBA DE TRABAJO DE PARTO"

Prueba	No. de Casos	%
Si	231	65.62
No	108	30.68
Expulsivo	13	3.69
Total:	352	100%

Duración del Trabajo de Parto

En 55 pacientes (15.6%) el trabajo de parto se prolongó más allá de las 13 horas. 176 (50%) presentaron un trabajo de parto entre 5 y 12 horas. 21 (12.78%) tuvieron una duración del trabajo menor de 4 horas. 17 (4.82%) toleraron un trabajo de parto mayor de 16 horas. No hubo trabajo de parto en 49.

TABLA 4
"DURACION DE LA PRUEBA
DE TRABAJO DE PARTO"

Duración	No. de Casos	%
Menos de 4 horas	21	12.78
5 - 8	95	26.98
9 - 12	81	23.01
13 - 16	38	10.79
Más de 16	17	4.82
Sin dato	27	7.67
No hubo	49	13.92
Total:	352	100%

Edad de las Pacientes

119 estaban entre 21 y 25 años (32.67%). 95 entre 26 y 35 años (27.00%) y 26 tenían 36 años o más (5.9%).

TABLA 5
EDAD

Edad	No. de Casos	%
15 años o menos	1	3.12
16 - 20 años	118	33.52
21 - 25 años	115	32.67
26 - 30 años	63	17.90
31 - 35 años	32	9.09
36 o más	23	6.53
Sin dato	0	0.0
Total:	352	100%

Motivo de Consulta

282 pacientes (76.42%) consultaron y fueron ingresadas por presentar trabajo de parto; 51 (13.82%), por amniorrea; 9 (2.44%) por hemorragia genital; 5 en preparto; 1 en post-término y 17 pacientes presentaron más de un motivo de consulta. Por esta razón el número de consultas es mayor que el número de casos.

TABLA 6
"MOTIVO DE CONSULTA"

Motivo	No. de Consultas	%
Trabajo de parto	282	76.42
Amniorrea	51	13.82
Hemorragia genital	9	2.44
Post-término	1	0.27
Pre-parto	5	1.35
Otras	21	5.69
Total:	369	100%

FACTORES PRONOSTICOS AL INGRESO Y LA VIA POSTERIOR DEL PARTO

Dilatación Cervical al Ingreso

Algo más de la mitad del número de las pacientes ingresaron con menos de 3 centímetros de dilatación de las cuales 70% terminaron en cesárea.

Cuando la dilatación fue igual o mayor de 7 centímetros en más del 75% de las pacientes ocurrió el parto vaginal. En ambos casos las diferencias son significativas con la literatura en que *la dilatación al ingreso es un factor pronóstico importante en la vía del parto; cuando la dilatación al ingreso es menor de 3 cm. la cesárea iterativa ocurre con mayor frecuencia que el parto vía vaginal y lo contrario ocurre cuando la dilatación es igual o superior a los 7 cm.*

TABLA 7
"DILATACION Y VIA DEL PARTO"

Dilatación	No. Parto	%	No. Cesárea	%	No. Total	%
3 cm. o menos	61	29.47	146	70.53	207	58.90
3 - 6 cm.	49	54.44	41	45.56	90	25.56
7 - 10 cm.	39	76.47	12	23.54	51	14.88
Sin dato	1	25.00	3	75.00	4	1.13
Total:	150		202		352	100%

Borramiento Cervical al Ingreso

Cuando el borramiento cervical al ingreso de la paciente estuvo en 70% o menos, la frecuencia de la cesárea a repetición fue mayor que la del parto por vía vaginal. En cambio cuando el borramiento cervical era del 100% al ingreso, la frecuencia de parto por vía vaginal fue mayor.

El borramiento cervical menor o igual al 70% es otro factor pronóstico en la vía del parto. No hay diferencia en la vía del parto cuando la dilatación al ingreso está entre 3 a 6 cm., o el borramiento está entre el 80 y 90%.

TABLA 8
BORRAMIENTO Y VIA DEL PARTO

Borramiento	Parto No.	%	Cesárea No.	%	Total No.	%
70% o menos	36	26.66	99	73.34	135	38.35
80 - 90%	71	48.63	75	52.37	146	41.47
100%	40	61.53	25	38.47	65	18.46
Sin dato	3	50.00	3	50.00	6	1.70
Total:	150		202		352	100%

Estados de las Membranas al Ingreso

La mayoría de las pacientes ingresaron con membranas íntegras (76%). Cuando las membranas

están íntegras no hay diferencia estadísticamente significativa en la vía del parto. Pero el 82% de las pacientes que ingresaron con membranas rotas terminaron con cesárea iterativa.

TABLA 9
"ESTADO DE LAS MEMBRANAS Y VIA DEL PARTO".

Estado de las Membranas	Parto No.	%	Cesárea No.	%	Total No.	%
Íntegras	126	47.01	142	52.99	268	76.13
Rotas	12	17.64	56	82.36	68	19.31
Sin dato	12	75.00	4	25.00	16	4.54
Total:	150		202		352	

X_2 : 19.2 (P. Co. OI S)
* Z - 1 - 15 (NS)

Presentación Fetal al Ingreso

La presentación fetal al ingreso de las pacientes fue la cefálica en la modalidad de vértice en: 309 casos (87.78%). Todas las pacientes con modalidad diferente a ésta, fueron sometidas a cesárea desde su ingreso. Igualmente aquellas pacientes a quienes se les diagnosticó presentación de pelvis o situación transversa.

TABLA 10
"PRESENTACION FETAL AL INGRESO"

Duración	No. de Casos	%
Cefálica	309	87.78
Podálica	24	6.02
Situación transversa	9	2.57
Otros	1	0.28
Sin dato	9	2.56
Total:	352	100%

Fetocardia al Ingreso

El 90% de las pacientes ingresaron con fetocardia positiva. Las 6 que ingresaron con fetocardia negativa terminaron en parto vía vaginal.

TABLA 11
"FETOCARDIA AL INGRESO"

Fetocardia	No. de Casos	%
Positiva normal	341	96.08
Negativa	6	1.70
Sin datos	5	1.42
Total:	352	100%

Partos Vaginales Previos

El presente estudio mostró que 294 pacientes no había presentado parto vía vaginal (84.52%); 43 habían presentado un parto vía vaginal (12.21%) y el resto, habían presentado más de dos partos por vía vaginal (4.25%).

Las diferencias no fueron significativas (χ^2) indicando que el número de partos previos no influyó sobre la vía del parto.

TABLA 12

"PARTOS VAGINALES PREVIOS Y VIA DEL PARTO"

Partos Vaginales Previos	Parto Vaginal No.	%	Cesárea No.	%	Total No.	%
Cero	131	44.55	163	55.45	294	84.52
Uno	113	30.23	30	69.77	43	12.12
Dos	4	44.44	5	55.56	9	2.55
Tres o más	2	33.33	4	66.67	6	1.75
Total:	150		202		352	100%

$\chi^2 = N/S$. (P 0.25)

Período Transcurrido entre la Cesárea y el Siguiendo Parto y la Vía del Parto

Cuando los períodos transcurridos se analizaron en forma global no hubo diferencia significativa. Pero, cuando se analizó cada período en forma separada, se encontró que las diferencias son significativas en cuanto a la vía del parto, cuando el período transcurrido es menor de 12 meses y mayor de 36 meses. En estos casos la cesárea a repetición fue más frecuente que el parto por vía vaginal.

TABLA 13
PERIODO ENTRE LA CESAREA Y EL PARTO SIGUIENTE Y LA VIA DEL PARTO

Periodo (Meses)	Parto No.	%	Cesárea No.	%	Total No.	%
12	18	38.30	29	61.70	47	13.25 2:S
13 - 18	28	49.12	29	50.87	57	16.19 2:NS
19 - 24	31	49.21	32	50.79	63	17.89 2:NS
25 - 31	16	57.14	12	42.85	28	10.79 2:NS
32 - 36	9	40.90	13	59.09	22	6.25 2:NS
36	15	30.61	34	69.39	49	13.92 2:S
Sin dato	33	38.37	53	61.63	86	24.33
$\chi^2 = N/S$						
Total:	150		202		352	

Indicaciones de la Cesárea Anterior

Las causas más frecuentes de la cesárea anterior fueron: desproporción cefalopélvica 70 casos (19.89%); presentación de pelvis: 48 casos (13.64%); situación transversa: 28 casos (7.95%); pre-eclampsia, eclampsia: 21 casos (5.97%). En 113 casos (32.10%) no hubo datos en la historia clínica.

TABLA 14

"INDICACIONES DE LA CESAREA ANTERIOR"

Indicación	No. de Casos	%
D C P	70	19.89
Pelvis	48	13.64
Situación transversa	28	7.95
Preeclampsia-eclampsia	21	5.97
R P M	9	2.56
Placenta previa	7	1.99
Gemelar	7	1.99
Añosidad	7	1.99
Prolapso del cordón	2	0.57
Otro	39	11.08
Sin Dato	113	32.10
Total:	352	100%

FACTORES RELACIONADOS CON LA VIA DEL PARTO

Morbilidad General Vs. Vía del Parto

De las 202 pacientes intervenidas por cesárea, 146 (72.27%) no presentaron morbilidad. 56 (27%) si la presentaron.

De las 150 pacientes cuyo parto fue por vía vaginal, 116 (77.4%) no presentaron complicación alguna; 34 (22.6%) presentaron algún tipo de morbilidad.

TABLA 15

"MORBILIDAD GENERAL VS. VIA DEL PARTO"

Vía del Parto	Sin Complicaciones		Complicaciones	
	No.	%	No.	%
Cesárea	202	146	56	27.73
Partos vaginales	150	116	34	22.6

Z = 1.1 (N.S.)

Morbilidad en el Parto por Vía Vaginal

34 pacientes presentaron algún tipo de morbilidad y 9 pacientes presentaron más de una compli-

TABLA 16

"MORBILIDAD POSTPARTO VAGINAL"

Morbilidad	No. de Complicaciones	%
Ninguna	116	72.96
Desgarros	12	7.55
Infección	6	3.77
Alumbramiento incompleto	5	3.14
Dehiscencia	5	3.14
Ruptura	4	2.52
Atonia	1	0.63
Otras	10	6.29
Total	159	100%

cación. El desgarro vaginal constituyó la complicación más frecuente: 12 casos (7.5%). Endometritis: 6 casos (3.7%). Dehiscencia mínima de la cicatriz: 5 casos (3.1%). Ruptura uterina: 4 casos (2.5%).

Morbilidad en Partos por Cesárea

56 pacientes intervenidas (27.7%) presentaron morbilidad de diverso tipo. La endometritis fue la complicación más frecuente en 21 casos: (10.30%). Le sigue el absceso de pared: 15 casos (7.4%). Infección urinaria: 5 casos (2.4%).

TABLA 17

"MORBILIDAD POSTCESAREA"

Morbilidad	No. de Complicaciones	%
No hubo	146	72.20
Endometritis	21	10.39
Infección urinaria	17	8.41
Absceso de pared	15	7.42
Infección respiratoria	5	2.47
Desgarros	4	1.98
Hemorragia	3	1.48
Dehiscencia de histerorráfia	1	0.49
I C C	1	0.49
T E P	1	0.49
Otros	7	3.46
Total:	75	37.08

Duración de la Hospitalización y Vía del Parto

127 pacientes tuvieron una estancia menor de 24 horas. 126 de éstas (99.21%), habían presentado parto por vía vaginal.

54 pacientes tuvieron estancia entre 2 y 4 días. 14 de ellas (25.9%) tuvo el parto por vía vaginal.

147 pacientes permanecieron entre 5 y 8 días. 139 de ellas (94%) habían sido intervenidas.

14 pacientes presentaron estancia entre 9 y 12

días. 13 de ellas (92.85%) fueron sometidas a cesárea.

De acuerdo con estas cifras se aprecia que la estancia es significativamente mayor cuando la paciente fue sometida a cesárea (X; 2).

TABLA 18
"DURACION DE LA HOSPITALIZACION
Y VIA DEL PARTO"

Duración	Parto No.	%	Cesárea No.	%	Total No.	%
1 día	126	99.21	1	0.79	127	36.07
2 - 4 días	14	25.92	40	74.07	54	15.34
5 - 8 días	8	5.44	139	94.55	147	41.76
9 - 12 días	1	7.14	13	92.85	14	3.97
12 días	1	10.00	9	90.00	10	2.84
(X ²)						
Total:	150		202		352	

Mortalidad Materna y Vía del Parto

Se registraron 2 casos de muerte materna. El primero correspondió a una paciente a quien se le practicó cesárea desde su ingreso por presentar un diagnóstico de estrechez pélvica y ruptura prematura de membranas.

El otro caso registrado se refiere a una paciente que presentó parto vía vaginal y posteriormente presentó miometritis por acretismo placentario.

La vía del parto no influyó en la muerte de estas pacientes.

TABLA 19
"MORTALIDAD MATERNA Y VIA DEL PARTO"

Mortalidad Materna	Parto No.	%	Cesárea No.	%	Total No.	%
Si	1	0.64	1	0.51	2	1.15
No	149	99.36	201	99.40	350	98.85
Total:	150	100%	202	100%	352	100%

Dehiscencia o Ruptura. Diagnóstico Tratamiento

Hubo 9 casos (3.89%) de pacientes sometidas

a prueba de trabajo de parto que presentaron pérdida de la integridad de la cicatriz transversa. 6 presentaron dehiscencia completa (2.59%). 3 presentaron dehiscencia parcial (1.29%).

En 7 casos el diagnóstico se hizo después del parto mediante la revisión uterina. En 2 casos se hizo durante la prueba de trabajo de parto por los signos y síntomas que presentaron las pacientes y fueron sometidas a cesárea. En ningún caso hubo shock hipovolemico ni morbilidad fetal atribuible a la pérdida de la integridad de la cicatriz.

En 5 casos (55.5%) se practicó histerorrafia. En 3 casos (33.33%) la conducta fue expectante y no aparecieron complicaciones posteriores, ya que las lesiones fueron mínimas e incompletas. En una paciente se practicó histerectomía total.

TABLA 20
"DEHISCENCIA O RUPTURA UTERINA. DIAGNOSTICO"

Diagnostico	No. de Casos	%
Intra parto	2	32.22
Post-parto inmediato	7	77.78
Total:	9	100%

TABLA 21
"TRATAMIENTO"

Diagnostico	No. de Casos	%
Histerorrafia	5	55.56
Expectante	3	33.33
Histerectomía	1	11.11
Total:	9	100%

Uso de Antibióticos Vs. Vía del Parto

De las 202 pacientes intervenidas, 113 (86.26%) recibieron algún tipo de antibióticos.

De las 150 pacientes cuyo parto fue por vía vaginal, solamente 18 recibieron antibióticos (13.74%).

Las diferencias son altamente significativas.

TABLA 22

"USO DE ANTIBIOTICOS SEGUN VIA DEL PARTO"

Uso de Antibioticos	Parto No.	%	Cesárea No.	%	Total No.	%
Si	18	13.74	113	86.26	131	37.21
No	132	59.73	89	40.27	221	62.79
Total:	150		202		352	100%

Apgar del Recién Nacido y Vía del Parto

Al analizar los datos mediante la prueba χ^2 , no se encontraron diferencias significativas. De acuerdo a la vía del parto, 6 de los recién nacidos por vía vaginal con apgar 0, ingresaron con fetocardia negativa. Fallecieron in útero durante la permanencia de la paciente en anteparto los 3 recién nacidos restantes.

Las 2 muertes fetales en pacientes intervenidas se produjeron antes de la cirugía.

TABLA 23

"APGAR Y VIA DEL PARTO"

Apgar	Parto No.	%	Cesárea No.	%	Total No.	%
0	9	81.81	2	9.09	11	3.12
1 - 3	2	16.66	10	88.12	12	3.40
4 - 6	8	38.09	13	61.90	21	5.96
7 - 10	131	42.67	176	57.32	302	87.21
Total:	150		202		352	100%

Morbilidad del Recién Nacido y Vía del Parto

Hubo 19 casos (12.66%) de morbilidad en los recién nacidos por vía vaginal y 55 casos (27.22%) en los nacidos por cesárea.

Analizando los factores en forma global se observa que la diferencia es significativa (χ^2). Pero al analizar en forma individual cada uno de los factores encontramos que la diferencia no lo es y que el factor OTROS, constituye un grupo de entidades no atribuibles a la vía del parto como fueron ictericia, malformaciones, etc.

Es interesante anotar que el síndrome de dificultad respiratoria (S.D.R.) fue menor en los recién nacidos por vía vaginal (4.66%). En los nacidos por cesárea fue de 9.40%.

TABLA 24

"MORBILIDAD DEL RECIEN NACIDO Y VIA DEL PARTO"

Morbilidad	Parto Vaginal No.	%	Cesárea No.	%	Total No.	%	χ^2
S.D.R.	7	4.66	19	9.46	36	7.38	2.25 NS
Trauma	1	0.66	2	0.33	3	0.85	0.7 NS
Infección	0	—	3	1.48	3	0.85	2.08 NS
Otros	11	7.33	31	15.34	42	11.93	4.25 S
Total Morbilidad	19	12.66	55	27.22	74	21.02	9.0 S
Sin Morbilidad	131	37.21	147	72.77	278		
Total:	150		202		352		

Análisis de la Prueba de Trabajo de Parto

Se le permitió prueba de trabajo de parto a 231 pacientes (65.5%), 137 de las cuales (59.3%) terminaron en parto por vía vaginal. 94 pacientes (40.6%) terminaron en cesárea a repetición.

Se aprecia que más de la mitad de las pacientes sometidas a la prueba de trabajo, presentaron el parto vía vaginal.

TABLA 25

"ANÁLISIS DE LA PRUEBA DE TRABAJO DE PARTO"

	Parto No.	%	Cesárea No.	%	Total No.	%
Con prueba	137	59.31	94	40.69	231	65.62
Sin prueba	13	4.70	108	89.25	121	34.38
Total:	150	42.61	202	57.38	352	100%

$$\chi^2 = 76.58$$

$$P: 0.001$$

Tiempo de la Prueba de Trabajo y Vía del Parto

A 165 pacientes se les permitió prueba de trabajo menor de 8 horas, de las cuales 101 presentaron parto vía vaginal y 64 fueron intervenidas.

A 66 pacientes se les permitió prueba de trabajo mayor de 8 horas de las cuales 36 tuvieron el parto por vía vaginal y 30 terminaron en cesárea.

TABLA 26

"TIEMPO DE LA PRUEBA DE TRABAJO Y VÍA DEL PARTO"

Duración Horas	Parto No.	%	Cesárea No.	%	Total No.	%
= 4	47	59.49	32	40.51	79	
5 - 8	54	62.79	32	37.20	86	
9 - 12	14	42.42	19	57.57	33	
13 - 16	9	69.23	4	30.76	13	
16	6	66.66	3	33.33	9	
Sin dato	7	53.84	4	36.36	13	
Total:	137	59.31	94	40.69	231	

$$\chi^2 = 5.05$$

$$P = 0.25$$

Al analizar los datos se aprecia que la mitad de las pacientes terminaron en parto por vía vaginal cuando se les permitió una prueba de parto prolongada.

Indicación de la Cesarea a Repetición en las Pacientes con Prueba de Trabajo de Parto

De las 231 pacientes sometidas a prueba de trabajo de parto, 94 terminaron en cesárea. Las indicaciones de las mismas están relacionadas en la Tabla 27.

Cabe destacar que 18 pacientes fueron intervenidas con diagnóstico de desproporción cefalo-pélvica, 17 por estrechez pélvica, 14 con otra indicación sobreañadida, 7 por distocia sobreañadida y 5 por feto grande. Estas 61 pacientes, que constituyen 64.89% no ameritaban prueba de trabajo de parto y que desde el ingreso presentaban indicación de cesárea iterativa.

TABLA 27

"INDICACION DE LA CESAREA DE REPETICION EN LAS PACIENTES Y TIEMPO DE LA PRUEBA DE TRABAJO DE PARTO"

	4	4 - 8	9 - 12	13 - 16	+ 16	S.D.	Total
DCP	4	9	3	0	2	0	18
Estrechez pélvica	6	8	2	0	1	0	17
Inminencia de R/U	6	1	3	0	0	0	10
Falta de encajamiento	1	4	3	1	0	0	9
Iterativa	2	4	1	0	0	0	7
RPM	3	1	1	0	0	1	6
Pelvis	4	0	1	0	0	0	5
Feto grande	3	1	1	0	0	0	5
Añosidad	0	2	1	1	0	0	4
Dilatación estacionaria	0	0	2	1	0	1	4
Inminencia de eclampsia	0	1	0	0	0	2	3
Situación transversa	2	0	0	0	0	0	2
Ruptura uterina	0	1	0	0	0	0	1
Feto muerto	0	0	0	1	0	0	1
S/ FC	1	0	0	0	0	0	1
SFA	0	0	1	0	0	0	1
Total:	32	32	19	4	3	4	94
X. F. de E. D. C. P. RPM. Ruptura Uterina							
Inminencia de Ruptura Uterina: Mioma cervical							
Antecedentes de endometritis							
61 pacientes tenían indicación de repetición y no se les debió permitir prueba de trabajo de parto.							

Morbilidad en la Cesárea y Prueba de Trabajo de Parto

Las pacientes intervenidas sin prueba de trabajo de parto presentaron la siguiente morbilidad: endometritis 10 casos. Infección urinaria: 9 casos; abscesos de pared: dehiscencia de la cicatriz: 1 caso.

Las pacientes con cesárea a repetición y con prueba de trabajo de parto, presentaron la siguiente morbilidad: endometritis: 15 casos. Infección urinaria: 10 casos. Absceso de pared: 9 casos y dehiscencia de la histerorrafía: 2 casos.

TABLA 28
"MORBILIDAD EN LA CESAREA
Y PRUEBA DE TRABAJO DE PARTO"

	Sin Prueba	Con Prueba	Total
Endometritis	10	15	25
Infección urinaria	9	10	19
Absceso de Pared	5	9	14
Infección respiratoria	2	3	5
Desgarros	1	2	3
Dehiscencia de la histerorrafia	1	2	3
ICC y tromboembolismo pulmonar	1	0	1
Hemorragia	1	0	1
Otros	1	7	8
Total:	31	48	79
Total de pacientes con morbilidad	23	33	56
Total de pacientes	106	94	

$$\chi^2 = 6.19 \quad P = 0.25$$

Morbilidad y Duración de la Prueba de Trabajo de Parto Según la Vía del Parto

94 pacientes de las sometidas a prueba de trabajo de parto terminaron en cesárea. 64 tuvieron prueba menor de 8 horas y el 45% presentó morbilidad. 30 pacientes tuvieron prueba mayor de 8 horas y el 63% presentó morbilidad.

137 pacientes presentaron el parto vía vaginal. 101 pacientes toleraron prueba menor de 8 horas y 17% presentaron morbilidad.

36 pacientes tuvieron una prueba mayor de 8 horas y 19% presentaron morbilidad.

TABLA 29
"MORBILIDAD Y DURACION
DE LA PRUEBA Y VIA DEL PARTO"

	Cesárea		Parto Vaginal		
	Casos	Morbilidad	Casos	Morbilidad	P
Menor 8 horas	64	29 45%	101	17 17%	0.001
Mayor 8 horas	30	19 63%	36	7 19%	0.001
	94	48	137	24	

COMENTARIOS

1. Durante el período analizado se encontró que hubo 21.621 partos y se practicaron 2.922 cesáreas.

Estos datos nos dan una frecuencia de: 13.51% (2.922: 21.621).

Si se le hubiera practicado cesárea de repetición a todas las pacientes que ingresaron con antecedentes de cesárea, la frecuencia se hubiera incrementado en 14.20%.

$$\frac{2.920 + 150}{21.621} = 14.20\%$$

2. De las pacientes que ingresaron con antecedentes de cesárea, 150 presentaron el parto por vía vaginal (42.61%). 202 fueron intervenidas por cesárea (57.39%).

3. Las indicaciones más frecuentes tanto de la

primera cesárea como la de repetición, fueron la desproporción cefalopélvica y la ruptura prematura de membranas.

En la cesárea de repetición, la desproporción cefalopélvica fue responsable del 33%. La ruptura de membranas del 22%. En 19 casos la cesárea electiva se practicó por el solo hecho de presentar antecedentes de cesárea.

La tercera parte de las historias clínicas no consignaban el dato acerca de la indicación de la primera cesárea. Estos dos hechos constituyen una consideración especial para la elaboración de las normas de manejo.

4. Se observó que la mayoría de las pacientes estaban entre los 16 y 25 años de edad.

5. El 75% de las pacientes se hospitalizaron en trabajo de parto. El 25% por otras causas.

6. La dilatación y borramiento del cervix al ingreso, constituyeron factor pronóstico muy importante para la elección de la vía del parto. Cuando la dilatación del cervix fue menor de 3 cm., se practicó con mayor frecuencia la cesárea de repetición, lo cual esta acorde con los hallazgos de Dimianczuk y col.

7. Cuando las membranas estaban íntegras al ingreso, no constituyeron diferencias estadísticamente significativas en la escogencia de la vía del parto.

En cambio cuando las membranas estaban rotas al ingreso, se practicó cesárea en el 82% de las pacientes. En el 22% se habían roto prematuramente.

8. La presentación más frecuente fue la cefálica de vértice (83%). El 13% de las presentaciones diferentes a esta modalidad, cuando fueron diagnosticadas, indicaron la cesárea de repetición, desde el ingreso de la paciente. Esta conducta es correcta ya que es una indicación universalmente aceptada.

9. La paridad no influyó en la vía del parto en el presente estudio.

10. Hubo diferencia significativa cuando después de la cesárea anterior habían transcurrido menos de 12 meses o más de 36, casos en los cuales la cesárea

de repetición fue más frecuente que el parto por vía vaginal.

11. El número de pacientes que presentaron morbilidad después del parto por vía vaginal o por cesárea, no muestra diferencia estadísticamente significativa pero si la hay en cuanto al tipo de complicaciones. La complicación más frecuente en el parto por vía vaginal fue el desgarro vaginal. En la cesárea fue la endometritis.

12. De acuerdo al material revisado se observó que la estancia hospitalaria fue significativamente menor en el parto por vía vaginal que por cesárea.

13. La vía del parto no influyó en la morbilidad materna.

14. La revisión uterina ayudó al diagnóstico de la dehiscencia parcial o completa de la cicatriz uterina. El tratamiento aplicado para los casos de dehiscencia mínima incompleta fue expectante, y no se presentaron complicaciones posteriores.

15. El uso de antibióticos fue significativamente mayor en la cesárea, que en parto por vía vaginal.

16. La vía del parto no influyó en el apgar del recién nacido ni en la morbilidad. Sin embargo, se observó que el síndrome de dificultad respiratoria fue mayor en la cesárea que en el parto por vía vaginal.

17. La prueba de trabajo de parto disminuyó el índice de cesárea de repetición; la diferencia de porcentajes es altamente significativa.

18. Se permitió la prueba de trabajo de parto a 61 pacientes sin estar justificada, ya que desde el ingreso presentaban indicación de cesárea de repetición y no fueron adecuadamente valoradas.

19. La prueba de trabajo de parto no influyó sobre la morbilidad de la cesárea a repetición.

CONCLUSIONES

1. La cesárea electiva en pacientes con antecedentes de cesárea anterior, incide sobre la frecuencia de cesárea -en general-.
2. La cesárea a repetición incrementa los costos

para los usuarios y la institución, no solo por el uso de drogas, sino por la permanencia hospitalaria.

3. La prueba de trabajo de parto no influyó sobre la morbilidad materno fetal, aún en aquellas pacientes que terminaron en cesárea.
4. Las pacientes con antecedentes de cesárea anterior, que no presentan indicación recurrente de cesárea, o se les agrega otra indicación, pueden ser sometidas a prueba de trabajo de parto, ya que un alto porcentaje de ellas presentan el parto por vía vaginal.
5. Se deben elaborar unas normas de manejo, que formalicen algunas existentes, con el fin de unificar criterios y permitir una adecuada conducción de estos pacientes, ya que la institución cuenta con infraestructura física y humana para tal finalidad.
6. Se debe realizar un estudio prospectivo con el fin de evaluar estos mismos, en un tiempo y número de pacientes similares.

RECOMENDACIONES

1. Elaborar unas normas de manejo de la paciente con antecedentes de cesárea.
2. Realizar un trabajo prospectivo de investigación de un número igual de pacientes con antecedentes de cesárea, manejado de acuerdo a dichas normas a fin de comparar resultados.

MANEJO DE LA PACIENTE CON ANTECEDENTE DE CESAREA

A. HISTORIA CLINICA

Se hará la historia clínica completa, consignando entre otros los siguientes datos:

1. Edad
2. Indicación de la cesárea anterior.
3. Complicaciones intra y post-operatorias de la misma.

4. Tipo de historotomía practicada.
5. Tipo de institución donde se practicó.
6. Cirujano que realizó la intervención.
7. Otros antecedentes obstétricos de la paciente.
8. Edad gestacional.
9. Llenar la hoja de cesárea.
10. Dar tarjeta de cesárea.

B. EXAMEN CLINICO

Se practicará el examen físico y obstétrico completo prestando especial atención a los siguientes puntos:

1. Estado del cervix al ingreso de la paciente.
2. Presencia o no de indicaciones nuevas de cesárea.
3. Persistencia de la indicación anterior.
4. Valoración pélvica y de la relación feto-pélvica.
5. Duración del trabajo de parto y características de su evolución.
6. Patología asociada.
7. Edad gestacional.

C. HOSPITALIZACION

Se hará preferiblemente cuando se inicie el trabajo espontáneo de parto o cuando otra indicación o patología asociada lo indiquen. Se tomarán las siguientes medidas:

1. Estricta evolución del trabajo de parto elaborando el partograma.
2. Mantener una vía venosa permeable.
3. Tomar cuadro hemático, hemoclasificación y prueba cruzada.
4. Ecografía para determinar el DBP (para rela-

ción feto-pélvica y edad gestacional) y la actitud fetal.

5. Monitoría electrónica.

D. CESAREA DE REPETICION

La cesárea de repetición la practicará el R-2 de más categoría.

Se practicará cuando:

1. Hay indicación absoluta para la misma.
2. Persistencia de la indicación anterior.
3. Falla de la "prueba de trabajo de parto" en pacientes con indicación relativa.
4. Se agrega otra indicación de cesárea.
5. La paciente tiene más de una cesárea anterior.
6. Los antecedentes investigados en la historia clínica revelan:
 - a. Incisión clásica del útero en la cesárea anterior.
 - b. Complicación intra o post-operatoria en la cesárea anterior (infección uterina).
 - c. Cesárea practicada en un medio hospitalario inadecuado.
 - d. Secundigestante añosa (con el antecedente de cesárea).
7. Presentación para-eutósicas (cara, bregma, pelvis).
8. La evolución del "trabajo de prueba de parto" en pacientes con indicación relativa no sigue el curso normal: detención o prolongación.
9. Aparición de los síntomas y signos de inminente ruptura:
 - a. Dolor localizado (segmentario) o abdominal generalizado.
 - b. Sobredistensión del segmento, formación de bandas de contracción y formas uterinas irregulares.

c. Hemorragia genital.

d. Hematuria.

e. Deterioro de los signos vitales maternos y fetales.

10. Aparición de signos de ruptura uterina:

- a. Cese de las contracciones uterinas.
- b. Regreso de la dilatación.
- c. Ascenso de la presentación.
- d. Síntomas señalados en el punto anterior.

E. TRABAJO DE PRUEBA DE PARTO O DE LA CICATRIZ

Se hará cuando la paciente no entre en las categorías anteriores y haya facilidad institucional y de personal las 24 horas (anestesia, cirugía, laboratorio, banco de sangre). Para la conducción de la "prueba de trabajo de parto" se seguirán las siguientes pautas:

1. Vigilancia estricta del trabajo de parto con control clínico y de monitoría electrónica. Elaboración del partograma.
2. Evitar el uso de ocitócico y anestesia peridural al final.
3. El período expulsivo se acortará con el uso profiláctico de espátulas o fórceps.
4. Se practicará revisión uterina de rutina examinando con particular interés la cicatriz de la histerorrafia anterior.
5. Se observará especial cuidado de la paciente con cesárea anterior pues uno o más partos vaginales después de la misma no garantizan inmunidad a la ruptura uterina en el parto siguiente.

F. LIGADURA DE TROMPAS

- a. Alta paridad.
- b. 3 ó 4 cesareas.
- c. El médico debe insistirle a la paciente, dejar constancia si la paciente se niega.

AGRADECIMIENTOS

A la valiosa colaboración del Profesor Alvaro Velasco Ch., por la aplicación de las pruebas de significancia a los resultados del trabajo; al Doctor Orlando Parra Parra por el procesamiento de los datos en el computador y al personal de estadística por facilitar la revisión de historias y la recolección de la información.

BIBLIOGRAFIA

1. D'SULLIVAN M.J., FUMIA F., HOLSINGER K. y McLEDD A.G.W.: Parto vaginal después de cesárea. Clin perinatol 1: 131-43: 1981.
2. SCREINER R.L., STEVENS D.C., SMITH W.L. LEMONS, J.A., GOLICHWSKI A.M. and PADILLA L.M.: Respiratory Distress Following Elective Repeat Cesarean Section, A.M.J. Obstet Gynecol 143 (6): 689-92 Jul. 1983.
3. MIER P.R. and PORRECO R.P.: Trial of labor following cesarean section: A two year experience. A.M.J. Obstet Gynecol 114 (6) 671-78. Nov. 1982.
4. LAVIN J.P., STEPHEN R.J., MIODOVNIK M. and BARDEN T.P.: Vaginal Delivery in Patients with a Prior Cesarean Section. Obstet Gynecol 59 (2) 135-48, Feb. 1982.
5. DEMIANCZUK, N.N. HUNTER, D.J.S. and TAYLOR, D.W.: Trail of labor Previous Cesarean Section- Prognostic Indicator of Dut. A.M.J. Obstet Gynecol 142 (5) 640 - 2 Maz. 1982.
6. MERRIL, B.S. and GIBBS, C.E.: Planned Vaginal Delivery Following Cesarean Section. Obstet Gynecol 52 (1) 50 - 2 Jul. 1978.
7. I. M. I. PERSONAL CIENTIFICO: Parto espontáneo después de cesárea y cesárea de repetición en el Instituto Materno Infantil. Concepción Villavices de Acosta, año de 1968. Rev. Col. de Obs. y Ginec. 13 - (1): 69 - 87; En. Feb. 1982.
8. ACUÑA, J. G.: El parto vaginal en pacientes con antecedentes de cesárea. Rev. Col. Obst. y Ginec. 15 (6): 499 - 514 Nov. Dic. 1964.
9. PORRECO, R. P. Operación cesárea repetida: Consideraciones y comentarios. Clin. Obst. Ginecol. 2: 503 - 11, 1980.
10. GIBBS, C.E.: Parto Vaginal Planeado después de operación cesárea. Clin Obstet Gynecol 2: 513-521, 1980.
11. HARLEY, J.M.G.: Operación Cesárea, Ginecología y Obstetricia: Temas actuales. 3: 525 - 54, 1980.
12. SHY, K.K. LOGERFO, J.O., and KARP, L.E. Evaluation of elective repeat cesarean section as a standard or care an Application of Decisión Analysis. A M 3 Obstet Gynecol 139 (2) 123 - 9 Jun 1981.
13. GOLDENBERG, R. L. and NELSON, K.: Iatrogenic Respiratory Distress Syndrome. An Analysis of Obstetric Events Proceeding Delivery Of Infants Who Develop Respiratory Distress Syndrome. A.M.J. Obstet Gynecol 123 (6) 617 - 9 Nov. 1975.
14. FLAKSMAN, R. J. VOLLMAN J. H. and BENFIELD, D. G.: Iatrogenic Prematurity due the elective termination of the Umcomplicated. Pregnancy: A Perinatal Healtld Major Care Problem. AM Obstet Gynecol 132 (8): Dec. 1978.
15. DONNELLY, J.P., and FRANZONI, K.T.: Vaginal Delivery Following Cesarean Section. Obstet Gynecol 29 (6): 871 - 4 a Jun. 1967.
16. ZADOR J. E., HERTZ., SOKOL R. J. and HIRSCH, J.: Sources of Errerin the Estimation of fetal gestational Age. A.M.J. Obstet Gynecol 138 (3): 344-5 Oct. 1979.
17. MINKOFF, H.L., and SCHWARZ, R.H.: The Rising Cesarean Section Rate: Can it Safely Be Reversed? Obstet Gynecol 56 (2): 135 - 43 Aug. 1980.
18. AMIRIKIA, H. ZAREWYCH, B. and EVANS, T.N.: Cesarean Section: a 15 year Review Of Changing Incidence, Indications And Risks.
19. EAWR, P.A., BERNSTEINT, P. and RAPSIN F.R. Risk Factors Associated With Infection Following Cesarean Section. A.M.J. Obstet Gynecol 139 (3):48-8 Feb. 1981.
20. YUSSMAN M.A. and HAYNES, D.N.: Rupture of the gravid Uterus. A 12 year study. Obstet Gynecol 36 (1): 115-20- Jul. 1970.
21. BEACH, W.D. BEACH D., WEBSTER, H.D. and FIELD- ING, S.L.: Rupture of the Uterus New Orleans Charity Hospital. A repors of 101 cases and comparison with the previously 96 cases. A.M.J. Obstet Gynecol 106 (7): 1088 - 97. Apr. 1978.

22. PAUERTIN, C.J.: Once a Section, always a trial of labor. *Obstet Gynecol* 28 (2) 273 - 6 Aug. 1969.
23. ALLAHBADIA, M.K.: Vaginal Delivery Following a Cesarean Section. *A.M.J. Obstet Gynecol* 85 (2) 241 - 8 Jun. 1963.
24. SEITCHIK, J. and RAMAIRISHANA, R.R.: Cesarean Delivery in Nulliparous Women for failed Oxytocin augmentation labor: Route of delivery in Subsequent Pregnancy. *A.M.J. Obstet Gynecol* 143 (4): 393 - 7 Jun. 1982.
25. MULLER, P.F., HEISER, W., GRAHAM W. Repeat Cesarean Section. *A.M.J. Obstet Gynecol* 81 (5) 867 74. May. 1961.
26. BENEDETTI, T.J., PLATT, L., and DRUZIN, M.: Vaginal Delivery After a Previous Cesarean Section for a Nonrecurrent Cause. *AM J Obstet Gynecol* 142 (3): 358 - 9 Feb. 1982.
27. BARAHONA, A., Y BARAHONA, F.: Metodología de los trabajos científicos. 2a. Edición, Editorial IPLER, Bogotá, 1979, pp. 219.

INSTRUCCIONES PARA LOS AUTORES DE ARTICULOS

La REVISTA COLOMBIANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA es el órgano de la Sociedad Colombiana de Obstetricia y Ginecología y de la Federación Colombiana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología.

Los manuscritos enviados para publicación, como originales, se aceptarán con el compromiso de que no serán publicados en parte o en su totalidad en otras Revistas sin previa autorización de los Directores de la Revista.

Los artículos deben ser escritos en papel Bond de 28 x 21 cm (tamaño carta), a doble espacio, por un solo lado, dejando amplios márgenes. La primera página debe llevar el título del artículo, el nombre completo del autor o autores, el nombre de la Institución o Instituciones donde el trabajo fue elaborado, los cargos que los autores desempeñan. Si el trabajo fue presentado en un Congreso citar el nombre de dicho Congreso. También deben mencionarse en los casos en que hubo un auxilio para la realización del trabajo, las entidades que colaboraron para tal fin. Cada página deberá llevar el número de ésta y el nombre del autor principal.

Los trabajos que se publican en esta Revista deben estar relacionados con Obstetricia y Ginecología o temas muy afines con la especialidad, como Fisiología de la Reproducción, Esterilidad, Demografía, etc.

El texto de los trabajos debe incluir: INTRODUCCION en la que se analizan los fundamentos del tema a tratar, y el objeto del trabajo. METODOS en donde se deben analizar en forma clara y concisa la manera como se realizó el trabajo. RESULTADOS donde también en forma clara y concisa se presentan los hallazgos del estudio o investigación. DISCUSION o COMENTARIOS en donde se analizan los métodos y los resultados obtenidos haciendo las consideraciones pertinentes. CONCLUSIONES donde los autores presentan en forma muy breve la aplicación en la práctica del trabajo que han elaborado. RESUMEN en donde se hace una síntesis del material y métodos empleados y de los resultados obtenidos en una extensión que no debe pasar de quince (15) líneas.

Las Tablas deben ir en hojas separadas escritas con tinta china negra, numeradas con números arábigos.

Fotografías deben ir marcadas muy suavemente con lápiz por el revés con el número y el nombre del autor.

Las citas bibliográficas deben anotarse de acuerdo con el Index Medicus en el orden siguiente: Apellido del Autor, Nombre (iniciales), título del trabajo citado, título abreviado de la Revista, Volumen, página y año — Ejemplo: Amaya León H. "Osteoporosis y Menopausia" *Rev. Col. de Obst. y Ginec.* XXI: 11, 1970 —. Los textos o tratados llevarán además el nombre del editor, la ciudad y año donde fueron impresos, la primera página y la edición. Ejemplo: Botella Llusá, J.: "Tratado de Ginecología". Editorial Científico-Médica Barcelona, 1966, pág. 123, 7a. Ed.

Estas citas bibliográficas se deben organizar en orden alfabético de acuerdo con el apellido del autor principal. A cada cita bibliográfica debe preceder un número correlativo de acuerdo con la materia del texto al cual se refiere.

Los autores son responsables de los conceptos emitidos en sus artículos. Se deben enviar los originales de los trabajos para su publicación y éstos no se devuelven.

Cuando se deseen separatas, éstas se deben solicitar en el momento en que se envía el Artículo y se debe arreglar por anticipado el costo de éstas.