

RESOLUCION DEL EMBARAZO DE TERMINO, SECUNDARIA A CESAREA PREVIA. HOSPITAL MATERNO INFANTIL "GERMAN URQUIDI"

Dr. Antonio Garcia Flores - Ginecólogo-Obstetra

Dr. Hedson A. Villazón Villarroel - Residente de Ginecología-Obstetricia

RESUMEN

Hay preocupación por las altas tasas de incidencia de cesáreas innecesarias que se realizan en Latinoamérica, que lleva a una mayor incidencia de morbilidad. El presente trabajo es un estudio de tipo no experimental, descriptivo, transversal, realizado en el Hospital Materno Infantil "German Urquidi" de III nivel de atención, de la ciudad de Cochabamba. La recolección de datos se realizara durante el periodo comprendido entre el 1º de Enero hasta el 31 de Diciembre del 2006 para ello se definió los siguientes términos: Se tomo como muestra a las pacientes que culminaron el embarazo por parto después de una cesárea.

Los resultados fueron, un 21 %, se les realiza una nueva operación cesárea, 11,2 % del total cesáreas o partos son preterminos, 20,4 % no realizó ningún control prenatal, 50,5 % de pacientes con periodo ínter genésico de 3 años o mas fueron sometidas a cesárea, en cambio un 89 % de partos presentan un periodo ínter genésico de un año o menor, entre las causas de la primera cesárea un 21,6 % es por DCP materna, 16,7 % se repite una nueva cesárea con diagnóstico de cesárea previa, el APGAR de los recién nacido por parto el 100% presentó un puntaje optimo, las pacientes que presentaron endometritis en un 9,5 % son las pacientes que se les realizó una cesárea, no se presento esta complicación con las pacientes pos parto, un 14,4 % de partos el alumbramiento fue incompleto Se presentó dehiscencia de la cicatriz de la histerorrafia en un 3,6 %, un 96,4% terminaron el

embarazo por parto eutocico y solo un 3,6 % se les realizó conducción con oxitócica.

PALABRAS CLAVES: Cesárea previa, parto vaginal después de una cesárea (siglas PVDC).

INTRODUCCIÓN

Se denomina parto a la resolución fisiológica o inducida del embarazo, el cual se realiza coordinando movimientos y desplazamientos que expulsan el producto de la concepción a través del canal pélvico genital el que es impulsado por la fuerza del motor uterino, a veces, sin embargo, esto no es posible, por que el embarazo se interrumpe por una operación cesárea. La cesárea consiste en el nacimiento del feto a través de una laparotomía e histerotomía en el abdomen y en el Útero. Sin lugar a duda la posibilidad más importante en la práctica obstétrica fue manejar a la mujer embarazada dando lugar a un parto después de una cesárea en forma prioritaria.

En el pasado se pensaba que si una mujer daba a luz por cesárea una vez, todos los demás niños que tuviera debían nacer de la misma manera. Hoy, muchas mujeres que han dado a luz por cesárea pueden hacerlo por vía vaginal de forma segura. Esto se llama parto vaginal después de cesárea (siglas PVDC).

Desde hace más de una década, nos ha preocupado tanto, la existencia en nuestro medio

de tasas de cesáreas elevadas que podrían figurar entre las más altas del mundo, como la relevancia que ha tenido la práctica de la cesárea médicamente injustificada. El aumento de la operación cesárea en los países desarrollados fue incrementándose de uno por veinte nacimientos en 1970 a uno por cuatro nacimientos hoy en día.

La principal preocupación será la cicatriz que quedó en el útero debido a la operación cesárea. Hay que evitar que el útero se rompa parcial o totalmente durante el trabajo de parto o el parto vaginal. Su médico la alentará, y permitirá que intente un trabajo de parto vaginal si en sus parto con cesárea previa se le realizó una histerotomía transversal. Se consultará sus registros médicos para saber qué tipo de incisión tuvo y la presencia de o rupturas previas del útero.

OBJETIVO GENERAL

REDUCIR LA MORBI-MORTALIDAD POR CESAREAS EN NUESTRO SERVICIO

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar la incidencia de partos posteriores a una cesárea.
- Establecer la incidencia de pacientes que recibieron conducción, analgesia de parto y utilización de fórceps de alivio.
- Determinar la prevalencia de cesárea con antecedente de cesárea previa.
- Mejorar y unificar criterios para la realización de una operación cesárea en nuestros distintos puntos de salud.
- Establecer los riesgos de morbi-mortalidad materno fetal en el parto post cesárea.
- Descartar factores de riesgo que podría determinar una nueva operación cesárea.
- Determinar el porcentaje de pacientes que

presento complicaciones durante el puerperio inmediato y mediato.

METODOLOGIA

El presente trabajo es un estudio de tipo no experimental, descriptivo, transversal, realizado en el Hospital Materno Infantil "German Urquidi" de III nivel de atención, de la ciudad de Cochabamba.

La recolección de datos se realizará durante el período comprendido entre el 1º de Enero hasta el 31 de Diciembre del 2005 para ello se definió los siguientes términos:

Se utilizó un formulario de recolección de datos de las pacientes que culminaron el embarazo por parto después de una cesárea, la información así obtenida fue llevada a una de las bases de datos, las variables primarias de salida fueron: la tasa de operación cesárea y la tasa de cada indicación, aceptando inicialmente como cierto el diagnóstico anotado por el médico responsable de la atención de la paciente y cambiándolo solo cuando se consideró inconsistente, de acuerdo con la evidencia aportada en la discusión semanal.

Los datos se analizaron utilizando el programa Excel. Los resultados se presentan como tablas de distribución de frecuencias.

ANALISIS DE RESULTADOS

En el presente estudio se tomo en cuenta un total de 305 pacientes que tienen una cesárea previa, dentro de la población que se toma de estudio se resolvió el embarazo por una nueva cesárea en un total de 222 pacientes y finalizaron el embarazo con parto un total de 83 pacientes, que tienen su historial clínico en el Hospital.

TABLA Nº 1

Relación por la edad materna en 305 pacientes que tienen cesárea previa con la resolución del embarazo en parto o cesárea durante el año del 2005.

<i>Edad materna</i>	<i>Pacientes con cesárea previa</i>		<i>Total</i>
	<i>Resolución en cesárea</i>	<i>Resolución en parto</i>	
14 a 19 años	47 (21,2 %)	9 (11,0 %)	56 (18,2 %)
20 a 25 años	85 (38,3 %)	43 (51,0 %)	128 (42,0 %)
26 a 30 años	69 (31,0 %)	23 (28,0 %)	92 (30,1 %)
31 a 35 años	18 (8,2 %)	5 (6,0 %)	23 (7,5 %)
36 años y mas	3 (1,3 %)	3 (4,0 %)	6 (20,0 %)
Total	222 (72,8%)	83 (27,2 %)	305 (100,0 %)

Terminaron el embarazo por cesárea un 72,8 %, 18,2% corresponde al grupo etáreo de adolescentes, sin embargo la literatura indica que actualmente la edad no es una indicación directa de cesárea.

La literatura también menciona que si no existe antecedentes de partos previo a la cesárea no deberá tener la paciente mas de 35 años para darle una opción a parto, en el gráfico se observa que un 4,0 % de las pacientes que finalizaron el embarazo por parto tienen mas de 35 años siendo ésta una indicación de cesárea relativa.

TABLA Nº 2

Relación del periodo ínter genésico con la edad materna en 305 pacientes que tienen cesárea previa con la resolución del embarazo por cesárea durante el año del 2005.

<i>Edad materna</i>	<i>Pacientes con cesárea previa con resolución del embarazo en cesárea con un periodo ínter genésico</i>			<i>Total</i>
	<i>1 año</i>	<i>2 años</i>	<i>3 años y mas</i>	
14 a 19 años	10 (33,4 %)	21 (26,0 %)	16 (14,0 %)	47 (21,2 %)
20 a 25 años	7 (23,3 %)	31 (39,0%)	47 (42,0 %)	85 (38,2 %)
26 a 30 años	8 (26,6 %)	24 (30,0%)	37 (33,0 %)	69 (31,0 %)
31 a 35 años	2 (6,7 %)	4 (5,0%)	12 (11,0 %)	18 (8,2%)
36 años y mas	3 (10,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	3 (1,4 %)
Total	30 (13,5%)	80 (36,0%)	112 (50,5%)	222 (100,0%)

Un total de 50,5 % de las pacientes con un período ínter genésico de 3 años o más fueron sometidas a cesárea cuando debiera de ser al contrario estas

pacientes las que tengan oportunidad para tener un parto normal si las condiciones están dadas.

TABLA Nº 3

Relación del período ínter genésico con la edad materna en 305 pacientes que tienen cesárea previa con la resolución del embarazo por parto durante el año del 2005.

<i>Edad materna</i>	Pacientes con cesárea previa y resolución del embarazo en parto con un periodo ínter genésico			<i>Total</i>
	1 año	2 años	3 años y mas	
14 a 19 años	3 (11,2 %)	4 (18,0 %)	2 (6,0 %)	9 (10,7 %)
20 a 25 años	11 (40,7 %)	12 (54,5 %)	20 (59,0 %)	43 (51,3 %)
26 a 30 años	11 (40,7 %)	5 (23,0 %)	7 (20,5 %)	23 (28,0 %)
31 a 35 años	2 (7,4 %)	1 (4,5 %)	2 (5,8 %)	5 (6,0 %)
36 años y mas	0 (0,0%)	0 (0,0 %)	3 (8,7%)	3 (4,0 %)
Total	27 (32,5%)	22 (18,1%)	34 (49,4%)	83 (100 %)

Se observa que en 24 pacientes un 89 % con cesárea previa, que concluyó el embarazo con parto presentan un período ínter genésico de un año o menor, en contra de la propuesta, que una paciente con un periodo ínter genésico corto de

dos años o menor debe de realizarse nuevamente una cesárea.

Sabemos que este parámetro se ha descartado debido a la poca influencia de morbi-mortalidad materna.

TABLA Nº 4

Relación del APGAR de los recién nacidos de 305 pacientes que tienen cesárea previa con la resolución del embarazo en parto o cesárea durante el año del 2005.

<i>APGAR del recién nacido al minuto</i>	Pacientes con cesárea previa		<i>Total</i>
	Resolución en cesárea	Resolución en parto	
Óbito fetal APGAR 0	9 (4,0 %)	0 (0,0 %)	9 (2,9 %)
APGAR de 1 – 3 depresión severa	3 (1,5 %)	0 (0,0 %)	3 (1,0 %)
4 – 6 depresión moderada	9 (4,0 %)	0 (0,0 %)	9 (2,9 %)
7 – 10 vigorosos	201 (90,5 %)	83 (100,0 %)	284 (93,2 %)
Total	222 (72,8%)	83 (27,2 %)	305 (100,0 %)

Se debe resaltar que el APGAR de los recién nacidos que se obtuvo por parto, el 100% presentó un puntaje óptimo, en contrapartida un total de 21 nacidos, con un 9,5 % presentaron un APGAR con moderada y severa depresión que fueron obtenidos por cesárea, incluidos en este los óbitos fetales

que posiblemente no deberían de ser obtenidos por una nueva cesárea.

Se demuestra que el parto es la vía de resolución del embarazo mas adecuada en pacientes que tienen cesárea previa por la calidad del producto con APGAR optimo.

TABLA Nº 5

Complicaciones que se presentaron durante el puerperio en 305 pacientes que tienen cesárea previa con la resolución del embarazo en parto o cesárea durante el año del 2005.

Complicaciones	Pacientes con cesárea previa		Total
	Resolución del embarazo en cesárea	Resolución del embarazo en parto	
Ninguna complicación	201 (90,5 %)	68 (82,0 %)	269 (88,2 %)
Endometritis	21 (9,5 %)	0 (0,0 %)	213 (6,9 %)
Retención de restos	0 (0,0 %)	12 (14,4 %)	12 (3,9 %)
Dehiscencia de histerorrafia	0 (0,0 %)	3 (3,6 %)	3 (1,0 %)
Total	222 (72,8%)	83 (27,2 %)	305 (100,0 %)

Las pacientes que presentaron endometritis en un 9,5 % son las pacientes que se les realizó una cesárea y que volvieron a hospitalizarse por esa complicación puerperal es decir no ingresaron a quirófano con ese diagnóstico, posiblemente se pasa por alto una ruptura de membranas o la retención de restos post cesárea.

No se presento esta complicación con las pacientes post parto, pero si advertimos un 14,4 % de alumbramientos que fueron incompletos debiéndose esto posiblemente a la cicatriz de la histerorrafia que produce adherencia al tejido cirio placentario y que durante el alumbramiento se produce retención de tejido.

Recomendamos que a toda paciente con cesárea previa que se da opción a parto debe de realizarse una revisión de cavidad uterina ya sea esta manual o instrumental.

La complicación mas temida que se tiene en pacientes con cesárea previa y que se atiende el parto es la dehiscencia de la cicatriz de la histerorrafia la que se presento en un 3,6 % recordando que no se presento esta complicación antes del parto lo cual tendría un riesgo elevado para el binomio.

CONCLUSIONES

- La edad de 19 años o más de 35 años en pacientes que no presentaron partos anteriores a la cesárea no justifica la realización de una nueva operación cesárea.
- Existe un alto número de nacimientos prematuros por parto o por cesárea en una proporción similar incrementando así la morbi-mortalidad neonatal.

- El periodo ínter genésico corto no constituye un factor por el cual tenga que realizarse nuevamente cesárea.
- Se debe dar opción a parto después de una cesárea a las pacientes cuando la causa de la anterior cesárea no se repita, sin embargo se toma el diagnóstico de cesárea previa para justificar una nueva cesárea.
- El índice de APGAR del producto es aceptable en todos los partos que se atendieron.
- Se presentaron mayores complicaciones en el puerperio post cesárea que en el post parto.
- Las complicaciones que se presentaron el post parto fueron resueltas inmediatamente.
- Los partos que se atendieron posterior a una cesárea solo un pequeño porcentaje se les realizó conducción oxitócica monitorizada y a ninguno se les realizó analgesia peridural.

RECOMENDACIONES

- Parece importante unificar criterios para determinar una conducta frente a una paciente que tubo una cesárea previa.
- Debemos de tener presente los riesgos que conllevan el atender un parto después de una cesárea, pese a su porcentaje muy bajo de complicaciones.
- Se debe informar a la paciente sobre las posibles complicaciones que pueda tener al atender su parto y tomar todas las medidas preventivas.
- Se debe trabajar más en los centros peri urbanos para que las pacientes tengan cuatro controles prenatales.
- Tener en cuenta que posterior al alumbramiento de un parto que tiene el antecedente de cesárea previa se debe someter a una revisión manual y/o instrumental de la cavidad uterina y del canal del parto.

- Las pacientes con cesárea previa deben realizar sus controles prenatales en un 3º nivel de atención.
- Se debe realizar una exhaustiva anamnesias para ver la posibilidad de no pasar por alto una ruptura prematura de membranas. Que influyen en una endometritis post cesárea.
- Realizar estudios de carácter experimental pero controlados para realizar una conducción mediante oxitócica ya que los resultados obtenidos han sido buenos para un número escaso de pacientes.

BIBLIOGRAFIA

- Alfredo Perez Sanchez_Enrique Donoso Siña, Gineco-Obstetricia 1999; 385-399
- Ricardo L. Schwacz, Carlos A Diverges, Gineco-Obstetricia 600-607
- Ginecologia de Gori. Jorge R Gori, Antonio Larusso, Editorial el Ateneo 2º Edicion 2001 Buenos Aires Argentina.
- Terapeutica Ginecologica de Carlos J. Calatroni-Vicente Ruiz, 10º Edicion
- Gistrap. Cunninham. VanDorsten: Urgencias en Sala de Partos y Obstetricia Quirúrgica; 2ª Edición; Editorial Medica Panamericana.
- Te Linde. Ginecología Quirúrgica, 8ª Edición, 1999; Editorial Medica Panamericana. S.A. Buenos Aires, Argentina; 879;895.
- Willams. Obstetricia, 22ª Edición, Editorial Mc Graw Gil. Buenos Aires, Argentina, 2006; 558:561, 480:488, 637:724.
- Indicaciones y Factores de Riesgo para cirugía Obstétrica de Emergencia. Revista de Ginecología y Obstetricia de México, Volumen 70
- www.encolombia.com/medicina
- www.fecolsog.org/ShowContent
- www.iqb.es/patologia/parto.htm