

*Conducta durante el trabajo de parto de la mujer con cesárea previa**

Dr. Luis BENAVIDES DE ANDA

Profesor de Obstetricia de la Facultad de Medicina de la Universidad de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León, México.

Al examinar a una paciente durante su embarazo o durante su trabajo de parto, si nos da el antecedente de haber sufrido cesárea con anterioridad, no puede dejar de inquietarnos la duda de cómo habrá de resolverse el parto en la presente ocasión. ¿Será necesario repetir una cesárea? o ¿podrá resolverse por vía vaginal?

Esta duda que forzosamente acude a nuestra mente, es lo que me ha decidido a presentar este modesto trabajo.

Como muy frecuentemente sucede en obstetricia al ahondar sobre la conducta que se debe seguir ante una situación determinada, surgen francas discrepancias de criterio.

Para citar algunos ejemplos, tenemos la utilización de los ocitócicos durante el trabajo de parto; el tratamiento de elección frente a una placenta previa; los procedimientos señalados para acelerar el trabajo de parto.

En términos generales podemos aceptar para todas estas eventualidades, los criterios de dos escuelas: la intervencionista y la conservadora.

Para el caso de “cesárea previa”, en adelante así la denominaremos por la sencillez del término, se abren igualmente profundas diferencias de criterio acerca de cuál debe ser considerado el procedimiento terapéutico electivo.

Y vuelven a surgir las dos escuelas en pugna. Autores de connotada personalidad científica defienden sin rodeos que el viejo aforismo de “una vez cesárea siempre cesárea” debe ser respetado sistemáticamente. Entre ellos se cuentan J. P. GREENHILL, DIECKMAN, SEELEY y BILL.

Defendiendo el criterio opuesto y aduciendo razones y argumentos de su experiencia personal, demostrados con

estadísticas bien llevadas y con resultados favorables, se aparta un grupo de autores que defienden que ese aforismo debe ser substituido por otro “una vez cesárea no necesariamente siempre cesárea”. Entre ellos están SCHMITZ, BABA, GAJEWSKI, COSGROVE, DUCKERING y PAUWEN.

En vista de que existen notorias diferencias de opinión acerca de la conducta preferible para manejar estos casos trataré de analizar en orden los factores que pueden tener mayor interés, para podernos formar una idea personal acerca de la actitud que debemos tener ante esta eventualidad.

Se irán exponiendo los puntos que pueden decidir al tocólogo, ante un caso determinado, si dará a su paciente una prueba de trabajo de parto, con la esperanza de un parto vaginal, o si por el contrario no se le debe permitir.

MOTIVO DE LA PRIMERA CESÁREA

Es fundamental conocer qué motivó la indicación de la primer cesárea. Las causas, para facilitar su comprensión, podemos dividir las en dos grupos:

- a) Causas permanentes. Ejemplos: estenosis pelviana, pelvis deformadas tipo coxalgia, cifótica, pelvis fracturada, etc., que seguirán presentes en todos los embarazos siguientes.
- b) Causas transitorias. Ejemplos: placenta previa, preeclampsia, presentaciones viciosas, prolapso del cordón, que es de suponerse no vuelvan a crear el mismo problema en un parto siguiente.

Esto debe ser cuidadosamente investigado, y si la misma causa persiste, es obvio que tendrán que repetirse tantas cesáreas como embarazos sobrevengan.

* Trabajo desarrollado en el Servicio de Maternidad del Hospital Universitario Dr. J. A. González y leído en la Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia. Reproducido de Ginecología y Obstetricia de México, 1953;VIII:336-47.

TÉCNICA OPERATORIA

Dentro de este capítulo estudiaremos varios puntos, cada uno de los cuales tiene su importancia para el asunto que estamos tratando.

Histerotomía

El hecho de existir tantas variantes en la técnica quirúrgica de la cesárea, ha hecho que adquiera importancia en las discusiones el sitio donde se practica la incisión del útero.

Para algunos poco importa cualquier técnica quirúrgica con tal que sea correctamente ejecutada. Comprendiendo desde luego las incisiones corporales, cóporosegmentarias y segmentarias. Igualmente, entre las segmentarias, se incluyen las histerotomías longitudinales y las transversales arqueadas.

La gran mayoría de los que se han ocupado de estudiar esto, coinciden en señalar a la cesárea clásica como la que mayores peligros ofrece para el futuro obstétrico. Se basan en la revisión de las estadísticas que arroja siempre una cantidad mayor de roturas uterinas correspondiente al grupo de esta técnica. Por lo tanto resulta superior la incisión practicada en el segmento inferior. En la revisión de los resultados posteriores, dentro de las incisiones segmentarias, también parece haberse obtenido una conclusión que recomienda, como superior a todas las demás, la incisión transversal arqueada tipo KERR.

Reconstrucción quirúrgica

Conviene investigar qué cirujano practicó la primera operación. No ofrece la misma calidad de cicatriz la cesárea practicada por un cirujano en forma accidental, que tiene oportunidad de operar unas cuantas en toda su carrera, a aquélla realizada por un partero especializado y ampliamente familiarizado en su manejo. Una pobre técnica quirúrgica deja una incorrecta coaptación de los bordes musculares del útero, sin preocuparse de hacer un afrontamiento exacto de los planos anatómicos, cosa que sucede con frecuencia a quien no está capacitado en este tipo de operación, principalmente por la precipitación al tratar de cohibir con la mayor rapidez un sangrado persistente. Esto también ocasiona mala visibilidad del campo operatorio por la sangre extravertida. Estos factores contribuyen a dejar una cicatrización con mayores posibilidades de ser defectuosa. En cambio, la sutura hecha con toda seguri-

dad, con buena visibilidad, con buen afrontamiento de los bordes, respetando los planos anatómicos para cada hilera de sutura y ejecutando el cierre del útero en tres o cuatro planos, dejará mayor seguridad tanto para la futura integridad del útero como para su capacidad funcional.

Para el partero especializado su decisión variará algunas veces basado en este punto. Si él mismo, o alguna persona de amplia experiencia, ha practicado la primer cesárea, podría esperar una prueba de trabajo de parto con relativa tranquilidad. En cambio si la paciente fue operada de emergencia, en una pequeña población, por algún cirujano en forma obligada y con la técnica clásica, este argumento en ocasiones decide a no concederle la oportunidad de una prueba de trabajo de parto.

Suturas

Algunos abogan en favor de materiales no absorbibles ni irritantes, como preferibles en las suturas. Para otros, en cambio, los resultados son excelentes utilizando los materiales absorbibles tipo catgut tan ampliamente usados.

Más que el material de sutura, parece de importancia el cuidado que se tenga al practicarla. Se debe procurar no dejar demasiado apretados los puntos, tampoco abarcar demasiado espesor de tejido en cada puntada, con el objeto de no producir trastornos circulatorios de tipo isquémico y de necrosis, que podrían perjudicar la evolución de la cicatrización. También se debe evitar dejar demasiado espacio entre dos puntos, así como practicar nudos defectuosos que pueden dar lugar a un ojal en la cicatriz.

EVOLUCIÓN DEL PUERPERIO POSCESÁREA

Está ampliamente difundido el conocimiento de que se debe investigar si el posoperatorio de la cesárea cursó con fiebre o sin ella. Si se confirma una evolución febril siguiendo a la cesárea es de sospecharse, y con justicia, que la herida quirúrgica pudo participar del proceso infeccioso. Si en la herida uterina se desarrolla un fenómeno infeccioso concomitante, lógicamente la cicatriz resultante será de menor calidad. De aquí que esta indagación sea también conveniente.

ANTECEDENTES DE PARTOS VAGINALES

Esta investigación debe de aclarar si la paciente ha presentado algún parto vaginal después de la operación cesárea,

si ha tenido partos vaginales antes de la operación cesárea, o finalmente, si no cuenta con ningún parto vaginal.

Es más problemático someter a una mujer a una prueba de trabajo de parto cuando no se cuenta el antecedente de algún parto vaginal, que cuando de antemano sabemos que la paciente los ha tenido. Aunque el pronóstico para un futuro parto vaginal es más favorable si los partos fueron posteriores a la cesárea, si la paciente los presentó antes de la cesárea, todavía queda colocada en mejor situación que aquella que nunca los ha tenido. La diferencia estriba en que en algunos casos se comportarán como primíparas, y en los otros como multíparas.

Si la paciente ha tenido partos vaginales después de la cesárea, nos asegura dos conocimientos importantes.

- A) Nos habla de la permeabilidad de la pelvis.
- B) Nos comprueba la resistencia al trabajo de parto de la cicatriz uterina.

Si los antecedentes de partos vaginales datan de fechas anteriores a la cesárea, nos garantiza el primero de estos puntos, pero en cambio ignoramos cuál será el comportamiento de la cicatriz del útero.

Si el embarazo actual sigue a la cesárea, sin antecedente de partos por vías naturales, aparte de que ignoramos ambos puntos, el feto tendrá que vencer a su salida la resistencia del canal genital, igual que lo hace la primípara.

En resumen, el pronóstico será más o menos favorable en el siguiente orden:

- 1) Si hay antecedente de partos por vagina, después de la cesárea.
- 2) Si hay antecedente de parto vaginal antes de la cesárea.
- 3) Si no hay antecedente de parto vaginal.

Todos estos factores que han sido revisados, no por ser conocidos y de fácil investigación deben dejar de ser buscados en forma rutinaria en todo caso de cesárea previa.

CICATRIZACIÓN UTERINA

¿Qué es lo que sucede en el sitio en que se ha hecho la incisión del útero después de la cesárea?

Los estudios que se han hecho en forma experimental, han demostrado que la cicatrización se efectúa por proliferación fibroblástica.

SCHWARTZ, PADDOCK y BOSTNICK, de sus estudios han encontrado que el proceso de cicatrización se realiza por proliferación fibroblástica a lo largo de la línea de la incisión de los haces musculares. Cuando la cicatriz se retrae se hace menos perceptible, y es difícil demostrar la línea con la tinción ordinaria de hematoxilina-eosina después de un periodo de dos semanas. Son necesarias tinciones especiales, como la de VAN GIESON, para hacer posible la diferenciación. En los úteros extirpados después de cesareados, la cicatriz es frecuentemente imperceptible, pero en muchos casos el aumento del tejido conjuntivo sí puede ser demostrado. La razón para que la cicatriz se haga imperceptible es debida a la notoria retracción del tejido conectivo nuevamente formado, y al hecho de que sus ramificaciones penetren entre las fibras musculares a lo largo de la incisión. Si la sutura ha sido bien hecha y los bordes musculares están en correcto afrontamiento, queda solamente una estrecha línea de cicatrización. Cuando la retracción tiene lugar, las relaciones entre las fibras musculares lisas y el tejido conectivo quedan en forma similar a como la que existe en el útero que no ha sido incidido.

La resistencia de una cicatriz de primera intención es aún mayor que la del músculo mismo. MASON y WILLIAMS en 1910 tomaron fragmentos de músculos uterinos conteniendo la cicatriz de cesárea practicada en caballos y gatos, y los sujetaron a progresivos estiramientos por medio de pesos cada vez mayores; la rotura siempre se efectuó sobre el músculo y nunca sobre la cicatriz. Algunos reportes clínicos de roturas a través de la porción muscular del útero grávido, mientras la cicatriz permanece intacta, están acordes con los resultados de esas experiencias.

ROTURAS UTERINAS

Sin duda alguna, lo que complica la situación y nos hace dudar frente a la paciente qué será mejor: operar de nuevo una cesárea o luchar por conseguir un parto vaginal, es el riesgo del accidente tan grave de una rotura uterina, a la que está expuesta la paciente.

En este punto hay acuerdo unánime de los investigadores. Hasta la fecha no tenemos elementos que nos puedan permitir afirmar con certeza cuál irá a ser el comportamiento de la cicatriz uterina. ¿Tolerará el trabajo de parto sin incidentes? ¿O en un momento dado cederá su resistencia para dejar instalado el cuadro de la rotura uterina?

Detenernos en estas consideraciones es razonable. Meditar concienzudamente antes de tomar una determinación es obligación ineludible del partero que atiende el caso.

No podemos dejar pasar inadvertido lo que significa el accidente de la rotura. Aunque las estadísticas muestran que no son demasiado frecuentes, desgraciadamente tampoco son demasiado raras. Más adelante se señalará la frecuencia obtenida en varias series presentadas por distintos autores. Pero el cambio de cariz que le viene a dar al caso, representa en verdad una tragedia obstétrica.

Aun cuando existen notorias diferencias entre la gravedad dentro de los distintos tipos de roturas, hablando en términos generales, se puede afirmar que tan pronto se instala la rotura:

- 1) La situación cambia bruscamente a una emergencia quirúrgica.
- 2) Que la vida del feto se ve muy seriamente en riesgo.
- 3) Que la conservación del útero en la intervención será una cosa problemática, sin poder adelantarse a saber si se podrá o no conservar el órgano.
- 4) Y por último, que las cifras de mortalidad y de morbilidad maternas siguen siendo muy elevadas en todas las estadísticas más o menos numerosas.

Estos sucesos de importancia capital son los que deben ser sometidos a un análisis muy riguroso en la mente del médico responsable del caso, para que en cada paciente particular encuentre la conducta más aconsejable, velando siempre por la seguridad de la madre y de su hijo.

Se ha hablado de las diferencias de gravedad que existen entre los distintos tipos de roturas. Daré algunos detalles para ser un poco más explícito.

Un hecho que se ha señalado, y que tiene algunos puntos de razonable, es que la gravedad de la rotura es mayor en un útero sin cicatrices previas, pareciendo de menor gravedad si se verifica, en cambio, en el sitio de una cicatriz anterior.

Para demostrarlo se aducen casos de pacientes que han sido operadas de nueva cesárea en forma profiláctica, sin sospechar ningún accidente, y se ha encontrado como hallazgo operatorio una disrupción mayor o menor de la cicatriz que evolucionó sin síntomas notorios. Igualmente en estas mismas pacientes se ha logrado salvar un buen porcentaje de niños, cosa que difícilmente sucede cuando la rotura obedece a otras causas.

La explicación se encuentra en que las soluciones de continuidad sobre un útero sin cicatrices por lo común son muy amplias e irregulares, y dan origen a cuadros clínicos sumamente aparatosos y de relativamente fácil diagnóstico. En cambio, a veces una pequeña rotura incompleta de la cicatriz de cesárea previa, conservando su cubierta peritoneal, puede evolucionar silenciosamente o con síntomas tan discretos que no orientan fácilmente el diagnóstico.

Debemos aceptar que el estado de cada cicatriz presenta su propia individualidad que hace que varíen entre sí en forma muy importante, y que desgraciadamente estamos incapacitados para poderla calificar con seguridad de antemano.

Desde una cicatrización perfecta, que deja una línea imperceptible y difícil de ver en una nueva cesárea, hasta aquella defectuosa constituida solamente de tejido decidual adosado a la serosa peritoneal, que expone casi de seguro a la rotura, podemos encontrar toda una serie de diferentes grados.

Para mejor comprobación de estas afirmaciones, tenemos los ejemplos de la práctica diaria. Unos casos en los cuales el útero con cesárea previa desempeña su fisiología del parto en forma completamente normal e inclusive alcanza a veces cifras de muchas horas en trabajo de parto activo.

La máxima duración de trabajo de parto señalado por SCHMITZ y RABA en su serie alcanza a 56 horas, y en la serie observada por nosotros una paciente presentó un trabajo de parto de 40 horas sin ningún incidente. En cambio en otros casos la dehiscencia de la cicatriz se verifica tan tempranamente como a los tres meses de embarazo, como en un caso relatado por SWIFT, consecutivo a una técnica clásica y que evolucionó hasta un embarazo abdominal. LA MARIANA señala 24 casos de rotura uterina antes del término: siete de ellos ocurrieron durante el séptimo mes del embarazo.

Un buen porcentaje de roturas se adelanta al trabajo de parto. Probablemente sucede por la simple distensión del órgano femenino por las contracciones indoloras. Este es un argumento esgrimido por quienes defienden el parto vaginal siguiendo a la cesárea. Si en forma profiláctica quisiéramos evitar todas las roturas, deberíamos de operar durante el séptimo mes a todas las pacientes para no llegar a ser sorprendidos. Un razonamiento que KARL WILLSON califica de absurdo, desde 1926.

Debe quedar señalado también que no por el antecedente de que una paciente ha dado a luz por vía vaginal después de

la cesárea, quede seguramente libre de presentar una rotura de la cicatriz en un parto subsiguiente. Ya existen varios casos reportados con este accidente después de uno o más partos vaginales consecutivos a una cesárea.

Para terminar este capítulo que se refiere a la cicatrización y sus accidentes, analizaremos otros factores que también podrían intervenir para la formación de una cicatriz débil y defectuosa.

- 1) Se ha culpado a la implantación placentaria sobre la cicatriz de interferir desfavorablemente en el curso del embarazo, por el poder invasor de las vellosidades coriales, que podrían disociar los elementos de tejido conectivo y muscular.
- 2) Es de interés mencionar la cesárea indicada por desprendimiento prematuro de la placenta normoinserta, porque si la infiltración sanguínea ha sido considerable dentro de los elementos musculares, la cicatrización resultante de la unión de estos tejidos será de calidad inferior.
- 3) Por último, también se ha señalado la sobredistensión de las paredes del útero predisponiendo a una separación de los bordes cicatrizados, como en los casos de hidramnios, embarazo múltiple y gigantismo fetal.

Estas tres últimas causas parecen no afectar seriamente a una cicatriz bien constituida.

ESTADÍSTICAS DE DISTINTOS AUTORES QUE SEÑALAN LA FRECUENCIA DE LA ROTURA CON CESÁREA PREVIA

SCHMITZ y BABA (Lewis Memorial Maternity Hospital, Chicago, 1949) 157 casos con cesárea anterior: 106 cesáreas; 51 partos vaginales; 3 roturas: 1.9%.

SCHMITZ y GAJEWSKI (LMMM, Chicago, 1951) 190 casos con cesárea anterior: 128 cesáreas; 62 partos vaginales; 6 roturas; 3.2%.

ROBERT COSGRAVE (Margaret Hague Maternity Hospital, Jersey City) 500 casos con cesárea anterior: 321 cesáreas; 179 partos vaginales; 12 roturas: 2.4%.

A. PAUWEN (Zentralbl F. Gynak, 69: 11 0-1947) 148 partos vaginales que hacen 56% del total de una serie con cesárea anterior. Solamente hubo un caso de rotura.

HINDMAN (Boston) 118 partos vaginales en su serie, con ocho roturas.

DUCKERING presenta 445 casos con un índice de 1.7% de roturas.

BEACHMAN-BEACHMAN (Charity Hospital Louisiana) presentan 127,522 partos, en los cuales hubo 25 casos de rotura uterina, siguiendo a la cesárea. Seis muertes maternas, hacen el 26.1 %, 15 muertes fetales; hacen el 65.2%. Estas cifras abarcan 37 años de trabajo.

J. E. FITZGERALD A. WEBSTER, J. E. FIELDS (Cook County Hospital) encontraron en 19 años 42 roturas. Nueve de las cuales se verificaron en pacientes cesareadas.

RUIZ SCHUBERT (Hospital Civil de Monterrey, NL) presenta 10 roturas verificadas de 1948 a 1950, tres de las cuales se realizaron en cesáreas previas.

En la serie presentada por nosotros, de 45 casos estudiados en el Hospital Civil de Monterrey de diciembre de 1950 a la fecha, se presentaron tres roturas uterinas.

En total 45 casos: 35 partos vaginales (6.8%), siete cesáreas (4.5%; corregida) y tres roturas.

A la luz de los conocimientos actuales, vemos que aceptar el manejo de una paciente embarazada previamente cesareada, es afrontar una situación delicada.

CONDUCTA A SEGUIR EN CASOS DE CESÁREA PREVIA

Los argumentos expuestos por los partidarios de repetir la cesárea en forma sistemática, así como los presentados por los que pretenden escoger la vía vaginal para casos debidamente seleccionados, no dejan de tener sus justificaciones para cada parte.

Los que repiten la cesárea alegan que la operación por los medios actuales resulta casi inocua y en cambio ofrece mayor seguridad para el pronóstico tanto de la madre como de su niño, y evita, además, el trance difícil, a veces angustioso, de la espera durante la vigilancia del trabajo de parto.

Los que defienden la vía vaginal en casos escogidos, afirman que la cesárea, por segura que parezca, siempre presenta cifras más altas de mortalidad y morbilidad, tanto maternas como infantiles, que las que se recogen siguiendo a un parto vaginal.

Por otra parte, si la paciente sufre la segunda cesárea, será excepcional que para un futuro parto se le conceda oportunidad por la vía vaginal. Pero en cambio, si se logra un parto vaginal, a la paciente se le ahorra todo el proceso de una intervención quirúrgica mayor, y además

se le deja con grandes esperanzas de repetir sus partos por vía vaginal.

Un hecho establecido y aceptado es que a mayor cantidad de cesáreas, menores probabilidades de un parto vaginal. La inversa también es cierta: mayor cantidad de partos vaginales después de la cesárea, menores probabilidades de repetir la operación.

Lo que mi modesto criterio puede decir es que resulta muy difícil poder establecer normas rígidas para ser seguidas de rutina. Creo que lo más conveniente es tratar de individualizar cada caso, estudiarlo concienzudamente, adoptar todos los recursos posibles para procurar acercarnos a un diagnóstico exacto y, con el pro y el contra de cada caso puestos en la balanza, decidir cuál es la conducta que mayor seguridad puede ofrecer a la madre y a su hijo.

En forma muy condensada expondré cómo debe ser dirigido el estudio.

Lo que debe hacerse durante el trabajo de parto

- 1) Indagar si la causa de la primer cesárea fue permanente o transitoria.
- 2) Técnica utilizada y cirujano que ejecutó la cesárea.
- 3) Evolución del puerperio (fiebre).
- 4) Antecedente de partos vaginales.
- 5) Exploración cuidadosa del feto (presentación, tamaño, anormalidades, radiografía fetal).
- 6) Exploración de la pelvis (pelvimetría clínica y radiológica).
- 7) Tacto vaginal (encajamiento, estado del cuello, maniobra de Hillis).
- 8) Exploración de la dinámica uterina (frecuencia, duración e intensidad de las contracciones).
- 9) Exploración de la cicatriz quirúrgica (paredes abdominal y uterina, entre y durante las contracciones).
- 10) Exploración del estado general de la paciente (pulso, tensión arterial, respiración, temperatura, síntomas alarmantes).
- 11) Buscar intencionalmente síntomas aun discretos de rotura uterina.

Al terminar este estudio, que debe ser detenido y minucioso, creo que se pueden separar las pacientes en dos grupos. Aquéllas en las cuales todos los datos se van eslabonando para conducirnos a pensar que una prueba de

trabajo de parto no tan sólo resulta inútil sino francamente peligrosa. Para ilustrarlo pongamos un ejemplo: la causa de la primer cesárea persiste; fue utilizada la técnica clásica; los estudios clínicos y radiológicos concuerdan en encontrar dificultades mecánicas para el parto, entre el feto y la pelvis; a pesar de buena calidad de las contracciones, no hay encajamiento de la presentación ni fenómenos progresivos en el cuello uterino. Me parece que ante un caso semejante no habrá quien se oponga a que debe ser sometido a una nueva operación cesárea.

Pero en otras ocasiones las pacientes analizadas caen en un segundo grupo, en donde los datos se acumulan para indicarnos que es posible utilizar la vía vaginal. Por ejemplo: el motivo de la primera intervención ha desaparecido; se utilizó una técnica segmentaria; al momento de examinar a la enferma ya se ha efectuado un franco encajamiento de la presentación y los datos recogidos en el cuello uterino de dilatación y resistencia, indican una progresión normal del parto. En un caso así, y en ausencia de otra indicación, creo que lo prudente es someterla a una vigilancia estrecha y permitirle un parto vaginal.

Naturalmente que se han escogido los extremos para ejemplificar. Si los casos son intermedios, será cuestión de criterio personal si se le concede o no una prueba de trabajo.

Para someter a una paciente cesareada a una prueba de trabajo, sin excepciones deberán ser llenados los siguientes requisitos:

- 1) Vigilancia hospitalaria.
- 2) Sala quirúrgica preparada.
- 3) Sangre para transfusión disponible en cantidad suficiente.
- 4) Vigilancia competente de un partero responsable.
- 5) Prueba de trabajo de parto no mayor de 12 horas.
- 6) Familiaridad del médico en reconocer con rapidez el cuadro clínico de la rotura.

Respetando estos principios, lo más probable es que no haya que lamentar muertes maternas. No se puede ser tan concreto para asegurar lo mismo respecto a la vida del feto.

Si se ha decidido permitir a la paciente debidamente seleccionada una prueba de trabajo, señalamos los siguientes recursos que nos han prestado alguna utilidad en el manejo del parto vaginal que sigue a una cesárea.

- 1) Rotura artificial de la bolsa de las aguas, cuando la dilatación alcance a 4 o 5 cm (por supuesto respetando las contraindicaciones).
- 2) Uso de antiespasmódicos del tipo del Demerol, para regular las contracciones.
- 3) Faja abdominal para colocar el eje uterino en la línea media y con la esperanza de prestar algún soporte a la cicatriz.
- 4) Vigilancia, repetida cada 15 minutos, de latidos fetales, contracciones uterinas, pulso, tensión arterial y respiración.
- 5) Aplicación de fórceps tan pronto se complete la dilatación.
- 6) Revisión intrauterina para explorar la cicatriz en forma bimanual.

Lo que no se debe hacer

- 1) Atender uno de esos casos en medio rural o no hospitalario.
- 2) Permitir el trabajo de parto, ignorando la presentación y su grado de descenso.
- 3) Abandonar a la enferma durante la prueba de trabajo.
- 4) Administrar oxitócicos.
- 5) Maniobras obstétricas que aumenten la presión intrauterina (versión, extracción o exploración intrauterina).

CASUÍSTICA

Para terminar presento una pequeña serie de 45 casos estudiados en el servicio de Maternidad del Hospital Civil Dr. José Eleuterio González de Monterrey, que abarca desde el mes de diciembre de 1950 hasta agosto de 1952.

Las cifras presentadas no pueden ser concluyentes de ninguna manera, debido a que por necesidad del funcionamiento interno del servicio se registra un grupo parcial de casos, quizá la mayoría, sin embargo, ignoramos algunos casos de esa misma naturaleza que fueron atendidos con otro criterio por otros médicos del servicio.

Hospital Civil Dr. José Eleuterio González, Monterrey, NL, diciembre de 1950 a agosto de 1952.

Se estudiaron 45 casos de pacientes con cesárea previa.

Forma en que resolvieron los casos: partos vaginales, 35; cesáreas, siete; roturas uterinas, tres; en total 45.

Los partos vaginales, se resolvieron de la siguiente forma: partos espontáneos, 25; aplicación de fórceps (seis bajo y cuatro medio), 10; en total, 35.

Indicaciones de la primera cesárea: desproporción fetopélvica, 12; placenta previa, seis; presentación de nalgas, cuatro; estenosis pélvica, cuatro; toxemia, cinco; presentación de cara, dos; feto gigante, dos; DPPNI, uno; prolapso de cordón, uno; presentación de hombro, una; asinergia funcional, una; falta de encajamiento, una; apendicitis aguda, uno; desconocida, cuatro; en total, 45.

Forma de resolverse los casos con indicación de estenosis de la pelvis en la primer cesárea: cesáreas, dos; fórceps, uno; espontáneo, uno.

Forma de resolverse los casos con indicación de desproporción fetopélvica en la primer cesárea: cesárea, dos; fórceps, cinco; espontáneo, cinco.

Duración del trabajo de parto. Tiempo mínimo: cuatro horas. Tiempo máximo: 40 horas. De una a seis horas, cinco; de seis a 12 horas, 16; de 12 a 24 horas, 15; más de 24 horas, cuatro; se desconoce, cinco. Edad mínima: 19 años; edad máxima: 44 años. Paridad: entre dos y dieciséis gestaciones.

Peso del niño: mínimo, 2,460 kg; máximo, 4,250 kg; seis niños pesaron más de cuatro kilos.

Se hizo revisión intrauterina solamente en 12 casos. En todos ellos el dato consignado fue haber encontrado "la cicatriz del útero en buenas condiciones".

Rotura de la bolsa de las aguas fue: artificial, 20; espontánea, 14; no hubo, cuatro; no se supo, siete; en total, 45.

Estancia en el hospital después del parto: solamente dos pacientes estuvieron más de ocho días.

En esta serie no hubo mortalidad materna.

Anestesia durante el parto: con anestesia, 24; sin anestesia, 21. Mortalidad infantil: hubo en total ocho muertes. Un porcentaje de 17%, que es muy elevado. Sin embargo, ya rectificadas, las causas de muerte son como sigue: rotura uterina, tres; gemelos de seis meses, dos; doble circular del cordón bien ligado, una; muerto macerado de siete meses, uno; hidramnios y macerado, uno; en total ocho.

ROTURAS UTERINAS

En 45 casos se presentaron tres roturas uterinas. Dos roturas se verificaron antes de internarse en el hospital y una ya internada, mientras se le vigilaba la prueba de trabajo.

Dos de ellas se observaron en técnica clásica con la completa dehiscencia de la cicatriz. En la otra, la rotura no comprendió la cicatriz anterior, sino que siguió un trazo oblicuo, en espiral, comprendiendo desde el cuello hasta el ligamento redondo izquierdo del útero.

Las tres pacientes estuvieron en trabajo de parto: la primera, cinco horas; la segunda, nueve horas; la tercera, 24 horas.

En dos, se administraron imprudentemente ocitócicos por comadronas. Las tres madres se pudieron salvar. Los tres niños perecieron. En dos se dejó conservado el útero. En una se practicó histerectomía subtotal.

En un caso de presentación de hombro, con administración de ocitócicos, en el cual la rotura uterina respetó la integridad de la cicatriz de la cesárea anterior, debe ser excluido como motivado por esta causa.

Consideremos dos casos de roturas como evitables, si se hubiesen tratado en medio hospitalario.

Los resúmenes de las historias clínicas de las 45 pacientes se encuentran a disposición de ser revisadas por quien lo solicite.

Pacientes en las que fue necesario repetir la cesárea.

Indicaciones para la cesárea actual:

- 1) Preeclampsia, presentación de pelvis. Feto grande. Cesárea previa.
- 2) Estenosis pélvica con tres cesáreas anteriores.
- 3) Desproporción fetopélvica.
- 4) Estenosis pélvica.
- 5) Estenosis pélvica con dos cesáreas anteriores.
- 6) Desproporción fetopélvica.
- 7) Estenosis pélvica con dos cesáreas anteriores.

No he pretendido con este trabajo querer establecer normas de conducta. Me parece que seguirán presentán-

dose grandes diferencias de opinión por muchos años más entre las escuelas de los distintos obstetras. Simplemente he querido tratar un tema que dentro de nuestro medio ha sido un poco despreciado en su estudio. Ojalá que en el futuro se multipliquen las publicaciones de nuestros colegas mexicanos hacia este interesante punto, y logremos extraer, para nuestro conocimiento, bases más firmes y más científicas para guiar nuestra conducta terapéutica, para bien y beneficio de la mujer mexicana.

BIBLIOGRAFÍA

1. GAUCHERMD, BURTHIAULT Y BOUCHET. Ruptura Espontánea Silenciosa de la Cicatriz, Segmentaria de Cesárea Previa, Boletín de la Federación de Sociedades de Ginecología y Obstetricia de Lengua Francesa. Julio, 1952.
2. RUIZ SCHUBERT, H. Ruptura uterina. Rev. Hosp. Universitario Dr. J.E. González. Vol. 1. Págs. 133-140, 1951.
3. DE LEE GREENHILL: Principios y Práctica de Obstetricia.
4. SCHMITZ Y BABA. Parto Vaginal Siguiendo a la Operación Cesárea. A. J. Gyn. y Obs. Abril, 1949.
5. SCHMITZ Y GAJEWSKI: Parto Vaginal Siguiendo a la Operación Cesárea. A. J. Gyn. y Obs. Junio, 1951.
6. FITZGERALD, JE, WEBSTER, A Y FIELDS, JE. Reporte de 42 Casos de Ruptura del Útero, Surg. Gyne. y Obsto No. 88, pág. 652-660. Mayo, 1949.
7. GORDON CH. A, ROSENTAL, AH Y OLEARY, JL. Ruptura del Útero, A. J. Surg. Vol. 80, pág. 259-269. Sept., 1950.
8. BEACHMAN, WD Y DW BEACHMAN: Ruptura de Útero, A. J. Gyn y Obsto Vol. 61, pág. 824-839. Abril, 1951.
9. DUCKERING, FA. Parto Después de la Cesárea, A. J. Gyn. y Obsto Vol. 5, pág. 621-634. Mayo, 1946.
10. HINDMAN, DH. Parto Pélvico siguiendo a la Operación Cesárea. A. J. Obsto y Gyn. Vol. 55, pág. 273-285. Feb. 1948.
11. COSGRAVE, RA. Conducta durante el embarazo y parto siguiendo a la Operación Cesárea, JAMA. Vol. 145, pág. 884-888, Marzo 1951.