



*El porvenir obstétrico de las primíparas cesareanizadas**

Dr. Augusto DÍAZ INFANTE
San Luis Potosí, SLP, México.

Es evidente que una operación cesárea constituye, como antecedente, una anotación roja y notable en la historia de una embarazada. Seguramente que siempre será motivo de preocupación para el tocólogo el porvenir obstétrico de estas operadas y esta inquietud será mayor cuando se trate de pacientes intervenidas por cesárea en su primer parto, ya que es natural suponer la repetición, no sólo de una sino de más gestaciones, pues en nuestro país, y más aún en el medio provinciano, no son excesivamente frecuentes, afortunadamente, las familias con un solo vástago.

A medida que se ha extendido el uso de la operación cesárea, ampliando y fijando mejor sus indicaciones, mejorando la técnica hasta hacerla relativamente benigna, y sobre todo substituyendo, ahora sí definitivamente, la clásica o corporal por la baja segmentaria, y cuando la indicación no es permanente, nos plantea, con bastante frecuencia ya, la necesidad de afrontar el problema de admitir el parto posible por las vías naturales en embarazos subsiguientes.

Está ya bien establecido que no es real la apreciación de que una vez practicada la primera operación cesárea, los partos siguientes deberán ser indispensablemente por vía abdominal, y ya WATERS, HINDMAN, SCHMITZ y otros han admitido, modificando la fórmula original, que esta repetición no es invariablemente necesaria. Admitiendo pues que la cesárea no es operación obligadamente iterativa, es

indispensable pensar que las posibilidades de partos por la vía vaginal deben ser mayores.

El riesgo principal, o tal vez el único, del parto vaginal poscesárea es la ruptura de la cicatriz uterina; sin embargo, la correcta cicatrización del músculo es tan sólida y eficiente que tanto los hechos experimentales como la observación clínica demuestran que la ruptura se hace casi siempre fuera de la cicatriz y en pleno tejido muscular; además, en estas condiciones es difícil evidenciar microscópicamente la zona cicatricial con una técnica de coloración común, siendo necesarios métodos más delicados.

Una técnica quirúrgica meticulosa y eficientemente realizada, y la correcta selección del material de sutura, son factores que necesariamente influyen en la buena cicatrización de la incisión del segmento uterino y, por tanto, dan seguridad en cuanto a su comportamiento futuro. Siendo esto cierto, también lo es que existen cicatrices viciosas, defectos en la reparación de la herida uterina, para lo que influyen algunos factores como los errores de técnica, laceraciones o desgarros del músculo uterino producidos al extraer inadecuadamente el producto, infecciones, principalmente locales, que alteran el proceso natural de cicatrización. Cuando esto ocurre es natural que la zona cicatricial quede adelgazada, débil y por lo tanto el riesgo de ruptura en ese sitio sea grande.

Como quiera que hemos tenido la oportunidad de atender ya un buen número de partos vaginales en pacientes a quienes habíamos practicado una operación cesárea, hemos hecho un estudio a este respecto que comprende 48 casos de cesárea baja transperitoneal practicadas a primigrávidas en nuestro servicio particular y en un periodo que comprende del 10 de junio de 1940 al 31 de diciembre de 1952.

* Reproducido de Ginecología y Obstetricia de México 1953;VIII:79-90.

En el cuadro 1 se expresa la estadística general y el porcentaje de operaciones cesáreas en el total de los casos y en las primigestas solamente. Para nuestro estudio vamos a utilizar exclusivamente el grupo de las primigrávidas. En el cuadro 2 se muestran las edades de las pacientes.

Cuadro 1. Estadística general del 1 de junio de 1940 al 31 de diciembre de 1952

Número total de partos		1,832
Primíparas	674	
Múltiparas	1,158	
Número total de operaciones cesárea		69
En primíparas	48	
En múltiparas	21	
% general de cesáreas		3.7
% general en primíparas		7.1

Cuadro 2. Edad de las pacientes

Edad (años)	Número de casos
20-24	2
25-29	7
30-34	15
35-39	18
40 o más	6
Total	48

En el cuadro 3 aparecen las indicaciones. Hemos reunido en el grupo de la inercia uterina los casos de trabajo de parto prolongado y de distocia de cuello, pues tenemos la impresión que en el fondo es la inercia la causa real y constante en todas estas distocias; por esto parece ser el grupo más numeroso, ya que representa el 45.8% de todas las indicaciones. Es importante enfatizar que se planteó y realizó la intervención ante la evidencia de un real agotamiento materno o sufrimiento fetal y con el convencimiento de no poder emplear otro método de terapéutica obstétrica que resolviera el caso en mejor forma. Sin embargo, en el momento actual creemos en la posibilidad de resolver un buen número de casos de inercia uterina por el empleo de soluciones de extracto hipofisiario por vía endovenosa, evitando muy posiblemente algunas operaciones cesáreas.

El cuadro 4 resume la mortalidad materno-fetal. Las muertes maternas han sido dos, que representan el 4.2%, y los productos perdidos han sido cinco, o sea el 10.4% de mortalidad. De los cinco fetos perdidos ya fueron

Cuadro 3. Indicaciones de la operación cesárea

Inercia uterina	22	45.8%
Posición occipito-posterior persistente	1	} 54.2%
Presentación de pelvis incompleta	5	
Presentación transversa	2	
Placenta previa	6	
Desproporción feto-pélvica	4	
Preeclampsia	7	
Toxemia e inserción baja de placenta	1	
Total	48	

Cuadro 4. Mortalidad materno-fetal

Muertes maternas	2	4.2%
Productos muertos	5	10.4%
Productos nacidos muertos	3	
Muertos horas después	2	

extraídos muertos o no se pudieron reanimar, pero la intervención fue práctica con feto vivo aunque con evidente sufrimiento fetal.

Como lo muestra el cuadro 5, en 19 casos no ha habido parto vaginal poscesárea; dos son las defunciones reportadas y de los 17 restantes seis no se han embarazado nuevamente y los 11 restantes han sido perdidos de control. Las 29 pacientes que han tenido nuevos embarazos totalizan 52 partos por las vías naturales. Notemos además que de 48 primíparas cesareanizadas, 29 (o sea el 60.4%) han tenido partos vaginales.

Cuadro 5. Paridad después de la operación cesárea y número de partos vaginales

Paridad vaginal	Núm. de casos	Partos vaginales
0	19	0
I	13	13
II	10	20
III	5	15
IV	1	4
Totales	48	52

En el cuadro 6 podemos apreciar el tipo de cada uno de los partos vaginales. Treinta y siete del total, o sea el 71.1%, fueron espontáneos. Como única intervención obstétrica hay catorce fórceps, de los cuales dos son medios y doce bajos. Los fórceps fueron hechos no sólo en primeros partos vaginales sino en los segundos y aun en el tercero. En un caso empleamos el pitocín en solución por

Cuadro 6. Tipo de los partos vaginales

	I	II	III	IV	Total	%
Espontáneos	18	13	5	1	37	71.1%
Fórceps medios	2	0	0	0	2	
Fórceps bajos	9	2	1	0	12	
Venoclisia con solución de pitocín (inercia)	0	1	0	0	1	
Totales	29	16	6	1	52	28.8%

vía endovenosa en inercia uterina y debidamente vigilado, siendo el resultado satisfactorio para el tratamiento de la inercia y la realización normal del parto. Entre los partos espontáneos hubo tres presentaciones de pelvis, dos completas y una incompleta en parto prematuro de 6 meses. No hemos tenido mortalidad materna; un producto prematuro de 6 meses muerto a los pocos minutos. Todos los partos fueron a término excepto el anotado antes. No se presentó accidente importante en los partos, específicamente no lamentamos ninguna ruptura del útero.

Por su importancia, en relación con los antecedentes que favorecen la reparación defectuosa y por ende las posibilidades de ruptura de la cicatriz, quiero particularizar un caso, incluido en nuestra casuística, que habiendo sufrido infección seria en el posoperatorio de la cesárea, ha realizado, años después, dos partos felices por las vías naturales; el primero prematuro a los seis meses y el segundo a término.

El caso extractado es el siguiente: Ma. J. V. de P. de 32 años. En diciembre de 1944 se le practica cesárea baja transperitoneal con la indicación de presentación transversa. En la primer semana del puerperio se instala proceso séptico que se localiza en tromboflebitis pélvica y se extiende posteriormente a femoral, primero de un lado y luego del otro. Tras un largo periodo de evolución (3 meses) termina en curación. En abril de 1948 tuvo un parto vaginal prematuro a los seis meses, espontáneo y normal. En noviembre de 1949 realiza un segundo parto vaginal a término, espontáneo en presentación de pelvis completa con trabajo de 4 horas de duración.

La infección influye seguramente en forma desfavorable para el proceso natural de cicatrización, pero no puede asentarse definitivamente que constituya una indicación formal para repetir la operación, este antecedente. El presente caso nos ilustra objetivamente en este sentido.

La revisión y estudio de nuestra no amplia casuística nos revela lo siguiente: de un total de 48 pacientes primi-

gestas a quienes se les practicó operación cesárea, siempre baja longitudinal y transperitoneal; 29, o sea el 60.4%, han tenido partos vaginales felices que llegan a un total de 52. No observamos ruptura de la cicatriz uterina ni mortalidad materna. Hubo un producto prematuro muerto.

El estudio comparativo de nuestra estadística con otras revisadas en la literatura médica nos informa que algunos como McLANE en una serie de 43 casos no reporta ruptura uterina ni mortalidad, pero la mayoría manifiesta este accidente con más o menos frecuencia.

SCHMITZ y GAJEWSKI reportan 6 rupturas uterinas en 106 partos vaginales obtenidos en 62 pacientes con operación cesárea previa, o sea el 5.6%.

BURKONS marca una incidencia de 4% de rupturas uterinas para la cesárea clásica. Ahora bien, todas las estadísticas de ruptura uterina poscesárea marcan una incidencia incomparablemente mayor para la cesárea clásica: WATT en su estudio sobre rupturas uterinas reporta que todos los casos por él observados fueron de cesárea clásica.

BEACHAM y BEACHAM, de 23 casos de ruptura 19 son en cesárea clásica, o sea el 82.6%; 3 del segmento inferior: 13% y uno con una primera operación clásica y dos segmentarias, 4.3%; pero como al ocurrir la ruptura se hizo en zona cicatricial del cuerpo debe sumarse este caso al primer grupo dando una incidencia de 87%.

Así planteados los hechos, es evidente que la cesárea clásica constituye el factor más importante como causa de ruptura del útero y que su exclusión como procedimiento para el parto abdominal disminuirá notablemente la frecuencia de esta complicación seria del parto vaginal poscesárea, aliviando las cifras estadísticas y mejorando apreciablemente el futuro de nuestras pacientes cesareanizadas.

Todas estas consideraciones nos permitirán también comprender mejor lo afortunado de nuestra estadística, ya que en ninguno de nuestros casos hemos empleado la cesárea corporal.

¿Quiere esto expresar que la cicatriz del segmento inferior no tiene posibilidades de ceder? ¿y que la técnica de cesárea segmentaria evita las rupturas del útero? Evidentemente que no. Esta ruptura, aun en los casos más puros de cesárea segmentaria, es un hecho perfectamente comprobado y plenamente demostrado en numerosos casos. Este peligro es real y es un riesgo siempre presente en toda paciente operada que haga nuevos embarazos y realice partos por las vías naturales; es más, el haber ya tenido uno o varios partos vaginales no evita la posibilidad de este accidente.

A pesar de ello y aceptando los riesgos, creemos que en las primíparas cesareanizadas por indicación no permanente, son grandes las posibilidades del parto vaginal y que debe ser ensayada siempre su posible realización. Justifica esta conducta los resultados de nuestra casuística, ya que si bien es cierto que la estadística es corta para aceptar los datos como definitivos, resulta comparable a la de otros autores, McLANE entre ellos. Es más, si revisamos otras estadísticas con casos reportados de ruptura de útero encontramos los siguientes: SCHMITZ y GAJEWSKI reportan 6 casos de ruptura sin mortalidad materna. DUCKERING comunica 8 casos también sin mortalidad. BUROKNS asienta que la incidencia de ruptura uterina es del 4%, y la de muerte por esta misma causa es del 11%, cifras perfectamente aceptables, por lo tanto el porcentaje de defunciones relacionado al número de partos posibles será de 0.44%. Comparando esta incidencia de mortalidad materna por ruptura con las mejores en la operación cesárea, el resultado aparece apreciablemente favorable para la primera.

No parece pues atentatoria ni indebida la conducta de esperar el parto vaginal poscesárea, pues creemos que en la mayoría de las veces será afortunado. Claro está que la atención y vigilancia que se debe impartir a estas pacientes será de lo más eficiente y cuidadosa, para poder reconocer a tiempo la inminencia de ruptura o su producción, y obrar con la diligencia y capacidad necesarias. Creemos también que el obstetra que decide esperar el parto vaginal hace correr a sus pacientes un riesgo, si no menor, igual al menos que quien opta por la cesárea.

CONCLUSIONES

1. La operación cesárea clásica o corporal debe ser definitivamente substituida por la baja segmentaria, ya que la

primera representa el mayor número en la incidencia de rupturas del útero.

2. La cesárea baja correcta y eficientemente practicada no excluye la posibilidad de ruptura pero sí disminuye considerablemente su frecuencia.

3. La conducta de esperar y permitir el parto vaginal después de una operación cesárea de indicación no permanente es de aceptarse debiéndose obtener una apreciable mayoría de partos afortunados, desde luego con una correcta actuación obstétrica.

4. El riesgo que se corre obrando en esta forma ante la contingencia de ruptura del útero, no es mayor que el riesgo que representa la operación cesárea misma, de acuerdo con la incidencia de defunciones en uno y otro casos.

REFERENCIAS

- BEACHAM WD, BEACHAM DW. Am J Obst Gynec 1951;61:824.
BURKONS. Citado por Schmitz and Gajewski.
COLVIN ED. Am J Obst Gynec 1952;64:473.
DUCKERING. Citado por Schmitz and Gajewski.
McLANE. Citado por Schmitz and Gajewski.
SCHMITZ HE, GAJEWSKI CH. Am J Obst Gynec 1951;61:1232.
WATT G LESLIE. Am J Obst Gynec 1951;59:824.

COMENTARIO OFICIAL

al presente trabajo, representando a la "Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia"

Por el Dr. Manuel Mateos Fournier¹

Llega a mis manos el trabajo del Dr. Don AUGUSTO DÍAZ INFANTE de San Luis Potosí, con la recomendación de nuestra mesa directiva de formular un comentario, lo que significa para mí marcada distinción, por tratarse de asunto de extremada importancia, que por demás requiere la experiencia y observación de muchos años de trabajo, para poder aconsejar el camino más conveniente en el futuro de las primíparas cesareadas.

Por otra parte, es para mí también un verdadero placer comentar el trabajo de un estimado amigo de muchos años hace, cuyo talento y laboriosidad me son conocidos y quien apunta sobre un ángulo importantísimo de la especialidad, dando sugerencias prácticas, con la base de su estadística personal.

En verdad, estamos viviendo la era quirúrgica de la obstetricia. Los partos a domicilio se van convirtiendo en excepción y todo el mundo considera que el hospital o sanatorio es una necesidad, en pos de la seguridad de la enferma. El uso de salas de operaciones, la técnica quirúrgica aplicada a los partos con todos sus recursos, asepsia, antisepsia, mesa de operaciones, sueros, transfusiones, cuna, etc. y personal especializado, vienen formando parte del proceso normal de cuidados necesarios e indispensables para la mujer que da a luz. Y aunque en provincia se es más conservador, en las ciudades de importancia el público va aceptando cada vez más el sanatorio u hospital como factores de seguridad para la parturienta.

Sin embargo, mucho se dice que esto ha traído como consecuencia que el médico, rodeado de elementos que le dan amplia seguridad a su trabajo, resuelve sus problemas obstétricos con criterio quirúrgico fácil y rápido, y practica cesáreas en forma abusiva más allá de sus indicaciones reales. Esto tiene mucho de verdad y es un hecho que la operación se practica demasiado, tanto por su sencillez y brillantes resultados con las técnicas actuales tan perfeccionadas, cuanto que es operación de reclamo y éxito, pues aún causa expectación entre el vulgo.

Por otra parte, precisamente la seguridad en sus resultados, tanto para la vida de la madre como para la del producto, significa que en muchas circunstancias en las cuales no pueda garantizarse principalmente la vida del producto, como son por ejemplo las presentaciones de pelvis, en el parto vaginal, sobre todo las incompletas, con producto grande en primípara estrecha, presentaciones de cara o frente irreductibles y sobre todo las posteriores, etc., que la cesárea ha encontrado nueva indicación. También en algunos casos de madres RH negativo con cifras elevadas de aglutininas circulantes.

El problema se resuelve en la mujer hospitalizada en forma fácil, muchas veces con menor sufrimiento y riesgo, y con un enorme margen de seguridad para el producto, el que queda substraído a todo traumatismo. En los actuales tiempos en los que se sigue ya casi rutinariamente la conducta de levantar precozmente a operadas y puerperas, vemos a estas mujeres caminar desde las 48 o 72 horas y, en muy breves días más, estar completamente recuperadas. Sin embargo, aquí no ha acabado todo: un número determinado de mujeres a quienes se les ha hecho una cesárea y que han pasado felizmente el trance, en el siguiente o siguientes embarazos o partos, han sufrido

de rupturas espontáneas del útero. Unas han muerto y otras han sobrevivido, después de angustiosas y urgentes intervenciones, de las cuales muchas han tenido que ser mutiladas, gravando, en estos buenos casos, de una invalidez irremediable a la mujer.

Por esto es precisamente por lo que los obstetras han llegado a considerar que en cuanto se ha cesareado la primera vez, será indicación formal y prudente en el futuro de la enferma, seguirle practicando cesáreas, aunque la ruptura uterina sea en verdad complicación poco frecuente, pero siempre posible y grave.

Las estadísticas norteamericanas nos hacen ver que dentro de las indicaciones de las cesáreas practicadas está una cesárea anterior, ocupando el 19 o 29 lugar en importancia sobre las demás.

En el Year Book de Grenhill de 1952 vienen referidos 51 casos de partos vaginales después de cesáreas en el Women's Hospital, de Melbourne, Australia. Cuatro mujeres sufrieron ruptura uterina en cicatriz, necesitando laparotomía inmediata, con muerte de los 4 niños. Menciona 142 madres a quienes se les repitió la cesárea, de las cuales murieron 3, pero por causas ajenas a la misma (2 por eclampsia y 1 por transfusión equivocada de sangre incompatible) y 4 muertos fetales. Consideran, analizando estos resultados, que el parto vaginal es un riesgo que no conviene correr.

ARTHUR L. WILSON (de Cornell University) estudiando 498 cesáreas practicadas de 1944 a 1950, se resolvió por otra cesárea en 331 casos (66.4%) y dejó el parto vaginal en 167 casos restantes o sea el 33.6%, contando con 7 rupturas uterinas en todos estos casos al nivel de la cicatriz. Considera condiciones favorables para no recesarear y preferir parto vaginal, cuando no hay muy favorables condiciones para practicar la cesárea.

En un estudio de las cesáreas practicadas en el Jefferson Dowis Hospital de 1941 a 1950, encontramos de 231 cesáreas, en 74 casos la indicación de cesárea previa, igual proporción por distocia, 28 por placenta previa y en mucho menor proporción las demás causas.

En una comunicación publicada en el *American Journal of Obstetrics and Gynecology* de Octubre de 1952 del St. Elizabeth Hospital de Boston, Massachussets, dentro de las indicaciones para 144 cesáreas extraperitoneales, está en 25 casos la cesárea previa y de 129 casos de cesárea segmentaria transperitoneal, 75 casos operados por previa cesárea como indicación.

El Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Ohio marca un 31.2% de cesáreas practicadas con la indicación de cesárea anterior y el East Tennessee Baptist Hospital 28% de cesáreas con la misma indicación, incluyendo 12 rupturas uterinas sobre la herida antigua con 1 muerte materna por esta causa.

No es el caso transcribir más estadísticas norteamericanas sobre el particular, pues en todas ellas se ve lo mismo, variando sólo en corto margen los porcentajes.

El Dr. Díaz Infante nos presenta la estadística de su trabajo privado que comprende los 12 últimos años y en donde de 48 primigestas a quienes se practicó cesárea abdominal baja transperitoneal, 29 de ellas, o sea el 60.4%, han tenido posteriormente partos vaginales felices, muchos de ellos de repetición, llegando a un total de 52. En ningún caso se rompió la matriz y las 2 muertes maternas señaladas en uno de sus cuadros fueron por otras causas no aclaradas por el ponente. Además considera que la complicación temible, o sea la ruptura uterina, no es tan excesivamente grave como se dice, señalando la estadística de BURKON que apunta una incidencia de 4% y de 11% de mortalidad en las rupturas, o sea en relación con el número de partos un porcentaje de defunciones de 0.44%, cifras muy inferiores a las de mortalidad por cesárea.

Por tal concepto, concluyendo, y en relación con los resultados obtenidos en sus casos que es prudente esperar el parto vaginal poscesárea, con muchas probabilidades de que el resultado sea bueno. Desde luego aconseja una correcta vigilancia del trabajo, sin olvidar la complicación posible. Este concepto limita el uso abusivo del procedimiento quirúrgico aplicado a la obstetricia.

He tratado de conseguir datos estadísticos referentes a este importante asunto en nuestros hospitales Juárez y General, siendo del primero absolutamente imposible obtener datos y del segundo el Dr. ALFARO DE LA VEGA, adscrito al Servicio de Maternidad, nos facilita amablemente los datos recopilados por él en 1948, para su trabajo de ingreso a la Academia Mexicana de Cirugía. En 11 años (1936 a 1947) fueron atendidas en su parto 46,087 mujeres, de las que 77 fueron tratadas por ruptura uterina, o sea 0.16%, que equivale aproximadamente a 1 ruptura por cada 600 partos, cifra muy elevada en relación con las presentadas por varios autores norteamericanos que señalan más o menos 1 ruptura por cada 1500 partos.

La forma de ser tratadas nuestras mujeres del pueblo, el abandono, consecuencia de la miseria y de la incultura y el

desgraciado uso del terrible Zoapatle, explican la incidencia tan elevada de esta complicación. El Dr. ALFARO DE LA VEGA cita como factor etiológico importante a la cesárea anterior, pero no aclara el número de rupturas en mujeres cesareadas y sólo hace notar su especial cuidado en estos casos, dejando evolucionar el parto para que se efectúe por las vías naturales sólo cuando la indicación de la cesárea anterior fue otra causa que le desproporcione y siempre bajo la vigilancia estrecha del caso. En los casos de ruptura uterina tratados en ese Hospital, presenta una mortalidad aterradora de 49.3%, muy diferente de la que apunta el Dr. DÍAZ INFANTE del Dr. BURKON de 11%. Sin embargo, hay que tener en cuenta las deplorables condiciones en que llegan las enfermas a ese hospital, el tiempo generalmente largo transcurrido entre la ruptura y la operación, y los escasísimos elementos de socorro, cruces, comisarías y maternidades. Las brillantes estadísticas son de hospitales bien dotados con toda clase de elementos, sangre, sueros, plasma, antibióticos y aun medios de transporte de las enfermas, rápidos y adecuados y personal hospitalario responsable y suficiente.

El Dr. JOSÉ RÁBAGO nos hace mención de 4 casos de ruptura uterina tratados por él, a consecuencia de cesáreas anteriores, sin tener la cifra del porcentaje. Las cuatro fueron tratadas primitivamente por cesárea corporal por diversas causas. Laparotomizadas para tratamiento de la ruptura, curaron 2 y murió una de hemorragia y choque en la sala de operaciones, y otra de peritonitis unos días después.

En unos seis años de trabajo durante mi residencia en el Hospital Juárez, recuerdo 4 casos, tres de los cuales fueron por cesárea clásica anterior y de tres casos más de ruptura uterina relatados por el Dr. RAMÍREZ LÓPEZ en la III Asamblea Nacional de Cirujanos, uno de ellos por la misma causa. Indudablemente que ha habido muchos más, desgraciadamente perdidos los datos por falta de estadística.

Muy importante ha de ser tomar los datos de las diferentes maternidades del Seguro Social, en donde se trabaja con mucho mejores elementos materiales. Con más tiempo y oportunidad añadiremos los datos correspondientes sobre este asunto.

La estadística de casos privados del suscrito de algunos años de trabajo y hasta donde fue posible revisar y en relación al tema que trata el Dr. DÍAZ INFANTE, es como sigue:

De 99 cesáreas 61 corresponden a primíparas.

De estas 61 operadas, 22 han tenido partos vaginales, con un total de 50 en la proporción que sigue:

Un solo parto	8 enfermas
Dos partos	3 enfermas
Dos partos y otra cesárea	2 enfermas
Tres partos	6 enfermas
Cuatro partos	3 enfermas

El número es un poco menor que el que presenta el Dr. DÍAZ INFANTE, pues de 58 primíparas, cesáreas - 29 partos vaginales con 52 partos en total.

Rupturas uterinas, dos. Una en parto vaginal y otra en recesareada. La primera fue descubierta después de extracción podálica en parto vaginal. Tenía un año y medio de que le fue practicada una cesárea baja con incisión transversal del segmento. Se trató la ruptura en forma inmediata, por histerectomía subtotal, curando perfectamente sin ningún otro incidente.

La otra ruptura se encontró en mujer cesareada en Estados Unidos cuatro años antes con la técnica de KRONING. En el momento de practicar la segunda cesárea encontramos los bordes separados de la herida segmentaria antigua, en una extensión como de 6 cm, no sangrantes los bordes y observándose, a trasluz de las membranas, la cabeza fetal. Más que ruptura en realidad se trataba de inercia uterina no cicatrizada totalmente, o dehiscencia de la misma a consecuencia de la distensión del órgano por el nuevo embarazo, pero silenciosa y asintomática.

Es indudable que con el transcurso de los años los conceptos así como las estadísticas han venido variando.

Las cesáreas actualmente en los medios en los que más se utiliza (me refiero al plan honorable), se practican en una proporción de un 5 a 6% y de estos casos el número de rupturas uterinas, como se ve por los datos referidos antes, es bastante bajo. Para juntar unos cuantos casos de esta complicación es necesario referirse a muchos años de trabajo. Pero esas cifras del 5 o 6%, ya consideradas altas, son sólo para los últimos años, pues antes las cesáreas eran verdaderamente raras.

Hace 25 años, cuando estaba adscrito al Servicio de Maternidad del Hospital Morelos, a cargo del Dr. Don ADRIÁN QUIROZ RODILES, en pleno auge profesional, se contaron en un año dos cesáreas clásicas y 1 con histerectomía, y de eso se habló varios años y sirvió de tema en muchas cátedras.

Teniendo en cuenta el corto número de cesáreas que se practicaban, cuando dominaba el uso de la clásica o corporal en relación con el número de rupturas uterinas observadas, se considera que en realidad este tipo de operación es un real peligro en el porvenir obstétrico de la mujer. Las técnicas segmentarias ofrecen un porcentaje proporcional muchísimo menos de rupturas, incluyendo además de la elección de la técnica, la evolución feliz o no de la cesárea anterior, pues los casos complicados de infección indudablemente que son más propensos a la ruptura, cuando eso se localizó al sitio de sutura. Esto quiere decir que el antecedente sí puede determinar que se elija otra cesárea, y el caso que el Dr. DÍAZ INFANTE mencionaba de M. J. de P. de 32 años que sufrió infección en su cesárea y a pesar de eso tuvo dos partos más por vía vaginal, sin incidente, no es bien demostrativo, pues él mismo apunta que el proceso séptico fue venoso (tromboflebitis pélvica y femoral bilateral).

Ahora y desde hace algunos años con el uso local y parenteral de bacteriostáticos y antibióticos, las infecciones son cada vez menos importantes y las evoluciones posoperatorias más felices, lo que significa mejor cicatrización y por lo tanto menos riesgo de ruptura. Tiene además importancia la técnica elegida y muchas veces se considera a la persona que la hizo. La referencia de operación practicada por buen cirujano, cuidadoso y experimentado, es garantía para abstenerse de otra cesárea y viceversa.

En resumidas cuentas, estoy de acuerdo con el Dr. DÍAZ INFANTE y está claramente expuesto en la casuística personal presentada, que demuestra una línea de conducta muy semejante con casi iguales resultados y observaciones.

Podría puntualizar más o menos las circunstancias en las que es prudente la espera de un parto vaginal, y siempre bajo estrecha vigilancia:

1. Enferma en medio hospitalario, sala operaciones y buenos elementos.
2. Cesárea anterior practicada por causa ocasional (placenta previa, vicio de presentación o posición, etc.)
3. Producto maduro, no grande.
4. Mujer bien conformada, sin desproporción manifiesta feto pélvica.
5. Antecedentes de cesárea, con técnica segmentaria con posoperatorio normal, sin infección de útero.
6. Embarazo único.
7. Buena situación, presentación y posición.
8. Proscribir ocitócicos durante el parto y hasta que la placenta haya sido expulsada. Proscribir Kristeller. Proscribir inducción.