

# RUPTURA UTERINA: FORCEPS EN CESAREA ANTERIOR

*Mauro Fernández Sandí \* Marta Cambroneró Hernández \*\* Francisco Fuster Alfaro \*\*\**

En la obstetricia contemporánea la utilidad del forceps en la paciente con cesárea anterior, para reducir la incidencia de ruptura uterina, sigue siendo tema de controversia. El objetivo de esta investigación es demostrar si existen diferencia en la incidencia de ruptura uterina, en dos centros hospitalarios donde el manejo del parto vaginal de la paciente con cesárea anterior es diferente. En el Instituto Materno Infantil Carit rutinariamente se utiliza el forceps, en contraposición con el Hospital Caderón Guardia, donde este recurso no es rutina. No encontramos diferencia en cuanto a edad, paridad y estado civil, entre los dos grupos estudiados. (p 0,10). El peso de los productos, la indicación de la cesárea anterior, así como la utilización de oxitócicos, no mostró diferencias significativas en ambos centros estudiados (p 0,10). La incidencia de ruptura uterina, las medidas terapéuticas requeridas y las complicaciones posteriores no variaron de un grupo a otro. Los traumas de canal de parto y del neonato fueron significativos más frecuentes en el primer centro. (p 0,005). Este reporte señala que la utilización del forceps en la paciente con cesárea anterior no modifica la incidencia de ruptura uterina, su manejo y sus complicaciones, aumentando los traumas del canal de parto y al neonato.

## INTRODUCCION

Los procedimientos quirúrgicos vinieron a dar un nuevo y revolucionario enfoque a la Obstetricia, la angustiada situación de un parto distósico fue sustituida por la cesárea; vía efi-

caz y segura, relativamente inocua y de utilidad capital para un porcentaje importante de la población obstétrica. Esta nueva visión trajo consigo una serie de cuestionamientos que en su mayor parte giran en torno a las implicaciones de la cicatriz uterina sobre el porvenir obstétrico, siendo el principal temor de la ruptura uterina. Continúa siendo controversial el manejo del parto vaginal en la paciente con cesárea anterior de causa no recurrente. Las temerosas posiciones de las escuelas clásicas que pregonaban: "una cesárea, siempre cesárea" (14), han quedado atrás para dar cabida a medidas menos intervencionistas (5,6,8). Así algunas autoridades recomiendan la utilización rutinaria del forceps en estas pacientes, con el fin de disminuir la intensidad de la maniobra de Valsalva en el período expulsivo y por ende la posibilidad de ruptura uterina (13). Otros grupos consideran que el forceps en ciertas condiciones, aumenta el riesgo de ruptura uterina, de manera que no lo utilizan en el parto de una paciente con cesárea anterior (5,6,11,10). Conocedores de la influencia que ambas posiciones ejercen sobre los diferentes centros de nuestro país, hemos decidido realizar la presente investigación.

## OBJETIVOS

Analizar el efecto del forceps, en el parto vaginal de las pacientes con una cesárea anterior de causa no recurrente, en relación a la incidencia, manejo, complicaciones de la ruptura uterina, traumas del neonato y del canal del parto.

\* Médico Ginecólogo Obstetra

\*\* Médico Cirujano

\*\*\* Médico Ginecólogo Obstetra y Oncólogo

## MATERIAL Y METODOS

### "Estudio Prospectivo Histórico"

En el Instituto Materno Infantil Carit rutinariamente se utiliza el forceps en el parto vaginal de la paciente con cesárea anterior de causa no recurrente, en contraposición con el HOSPITAL DR. RAFAEL ANGEL CALDERON GUARDIA, donde este recurso no es rutina. En el período comprendido entre el 1 de enero de 1979 al 31 de diciembre de 1988 se estudiaron todos los casos de ruptura uterina en pacientes con parto vaginal y el antecedente de cesárea anterior, en ambos centros ubicados en San José, Costa Rica. A través de la revisión del expediente clínico se obtuvo información sobre:

**VARIABLES GENERALES:** Edad, Paridad, Estado civil.

**VARIABLES OBSTETRICAS:** Peso del neonato, indicación de la cesárea anterior, uso de oxitócicos.

**VARIABLES ESPECIFICAS:** Frecuencia, manejo, complicaciones de la ruptura uterina traumas del canal de parto y al neonato.

Para el análisis estadístico se utilizó la prueba de Chicuadrado para variables categóricas y la prueba de T de students para variables paramétricas, discriminando como significativo valores de P (0,005).

## DISCUSION

Esta serie presenta el análisis de dos poblaciones obstétricas muy similares, provenientes de dos de los más importantes Centros Materno Infantiles de nuestro país. Pocas veces se pueden encontrar condiciones tan favorables para realizar un estudio, como en este caso, en donde los dos grupos estudiados son tan homogéneos, provenientes de una sociedad que no marca grandes diferencias en sus estratos sociales (7), y que durante más de una década han sido manejados con conductas diferentes, razones que hacen pertinentemente provechosa la comparación. En los últimos dos decenios el mundo científico fue testigo de un incremento marcado en los índices de cesárea (7, 15) even-

to que condicionó a que un mayor porcentaje de la población obstétrica ostentara el antecedente de una cesárea y por ende aumentó el riesgo de una ruptura uterina. Con las nuevas políticas en el sector de Salud tendientes a disminuir estos índices, es cada vez mayor el número de pacientes con cesárea anterior que experimentan un parto vaginal, indicando esto la vigencia del tema planteado en este reporte. La literatura obstétrica ha sido pródiga en señalar los grandes peligros que suscitan con la ruptura uterina, las complicaciones maternas acrecientan no solo las tasas de morbilidad sino también las de mortalidad. Situaciones similares ocurren con el pronóstico neonatal. (1,2,5,6,8,17,19). Los datos obtenidos en esta casuística indican que la utilización del forceps no modifica la frecuencia de ruptura uterina, con la desventaja que acrecientan los traumas del canal de parto y del neonato, hallazgos similares a los reportados por otros centros (5,4,18). Por otra parte la evolución, tratamiento y manejo de la ruptura no varió en los dos grupos estudiados, dato que sugiere que la disminución en la intensidad de la maniobra de Valsalva que se le atribuye al forceps, no logró repercutir teológicamente en la evolución de la ruptura. Acorde al concepto vigente de una obstetricia menos intervencionista (16,18) estos datos hablan en contra de la utilización del forceps en el parto vaginal de una paciente con cesárea anterior, de causa no recurrente. Creemos de importancia capital destacar la tasa de MORTALIDAD MATERNA que ostentan ambos centros, y que dista favorablemente de las reportadas en la mayoría de los informes. (3,5,6,8,9,12).

## RESUMEN Y CONCLUSIONES

Este reporte señala que la utilización del FORCEPS en la paciente con Cesárea anterior no modifica la incidencia de ruptura uterina, su manejo y sus complicaciones, aumentando los traumas del canal del parto y al neonato.

**RESULTADOS**

En la Tabla # 1 se aprecia la distribución de las pacientes según variables generales, no hay diferencias significativas en cuanto a edad, paridad y estado civil entre los dos grupos estudiados. La paciente representativa es una mujer casada de 30 años con dos o tres hijos. No hubo diferencias en cuanto al peso promedio de los recién nacidos en los dos centros sometidos al análisis, tal como se registra en la Tabla # 2. La incidencia de ruptura uterina así como la mortalidad materna y la morbilidad materna no mostró diferencias entre el Instituto Materno Infantil Carit y el Hospital Rafael Angel Calderón Guardia (Tabla # 3). El abordaje asumido durante la ruptura uterina fue similar en ambas instituciones tal como se nota en la Tabla # 4. El gráfico # 1 nos indica que en ambos centros el porcentaje de pacientes con una cesárea anterior es cercano al 30% de éstas sólo una quinta parte tuvieron un parto vaginal. Las causas de la cesárea anterior en las pacientes con parto vaginal se analizan en la Tabla # 5 donde cuatro entidades engloban el 70% de la serie de ambos centros. Los traumas al canal del parto y al neonato fueron significativamente superiores cuando se utilizó rutinariamente el forceps (gráfico # 2).

<b>TABLA # 1</b>		
<b>DISTRIBUCION DE LAS PACIENTES SEGUN VARIABLES GENERALES</b>		
San José, Costa Rica		1979-1988
	IMIC	HCG
Edad en años		
X	29	31
Paridad		
X	2.6	2.9
Casadas		
%	55	62

<b>TABLA # 2</b>		
<b>DISTRIBUCION DE LOS RECIEN NACIDOS SEGUN PESO PROMEDIO AL NACIMIENTO</b>		
San José, Costa Rica		1979-1988
	IMIC	HCG
PESO DEL NEONATO (Promedio)	2890 gr	2937 gr

<b>TABLA # 3</b>		
<b>DISTRIBUCION DE LAS PACIENTES SEGUN VARIABLES OBSTETRICAS</b>		
San José, Costa Rica		1979-1988
	IMIC	HCG
Incidencia de la Ruptura Uterina	1/720	1/815
Mortalidad Materna %	0	0
Morbilidad Materna %	17	21

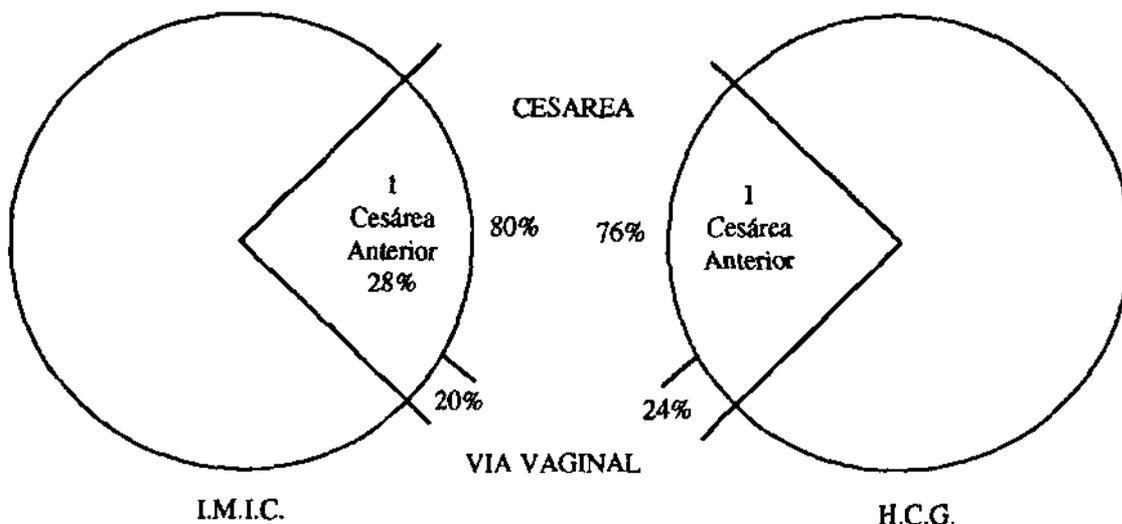
<b>TABLA # 4</b>		
<b>DISTRIBUCION DE LAS PACIENTES SEGUN MEDIDA TERAPEUTICA</b>		
San José, Costa Rica		1979-1988
	IMIC	HCG
Histerorrafia	53.2	57
Histerectomia	9	7.3
Tratamiento Expectante	37.8	35.7

<b>TABLA # 5</b>		
<b>DISTRIBUCION DE LAS PACIENTES SEGUN CAUSA DE LA CESAREA ANTERIOR Y CENTRO HOSPITALARIO</b>		
San José, Costa Rica		
	IMIC	HCG
656 Sufrimiento Fetal Agudo		
652 Alteración en la Presentación	68%	73%
642-8 Transtornos médicos		
641 Sangrados de la Segunda Mitad		

**GRAFICO #1**  
**DISTRIBUCION DE LAS PACIENTES SEGUN**  
**PORCENTAJE DE CESAREA ANTERIOR Y**  
**TIPO DE PARTO SUBSECUENTE SEGUN**  
**CENTRO HOSPITALARIO**

San José, Costa Rica

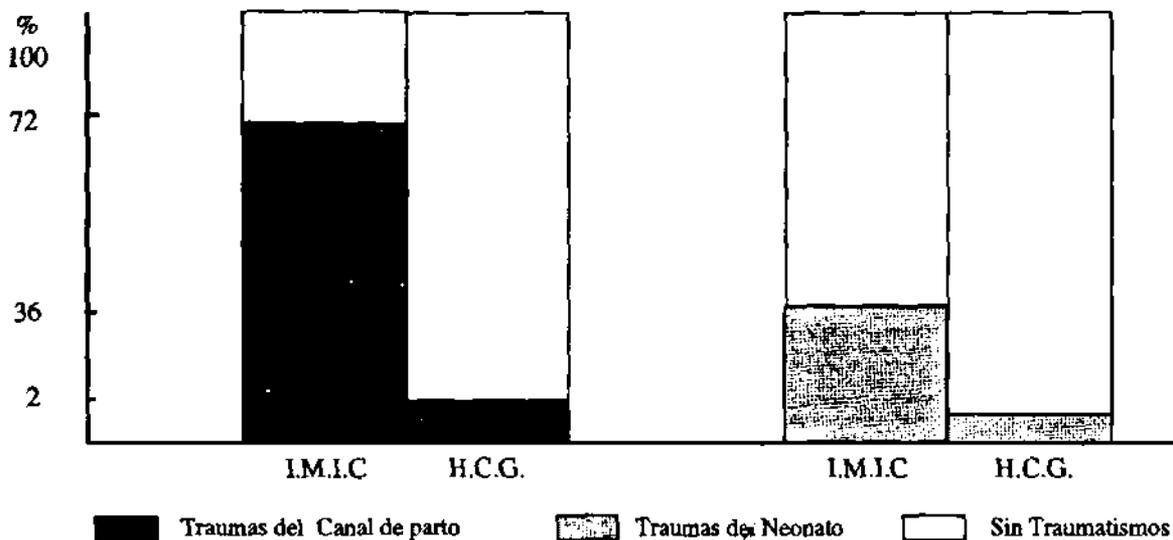
1979-1988



**GRAFICO #2**  
**DISTRIBUCION DE LAS PACIENTES SEGUN TRAUMAS**  
**AL NEONATO Y AL CANAL DE PARTO ACORDE AL**  
**CENTRO HOSPITALARIO**

San José, Costa Rica

1979-1988



**BIBLIOGRAFIA**

1. Agüero O. Obstetric prognosis of the repair of uterine rupture. *Surg Gynecol. Obstet.*, 127, 528, 1968.
2. Awars, G.M. Ruptured uterus obstet *Ginecol.* 36:465, 1970.
3. Crosby, W.M. Trauma during pregnancy obstet. *Gynecol. Survey* 29:683, 1971
4. Dierker L.R. jr et al: The midforceps: Maternals and neonatal outcomes *Am J. Obstet. Gynecol.* 1985, 152:176
5. Flamm BL et al: Vaginal delivery following Cesarean Section: Use of oxytocin augmentation and epidural anesthesia with internal focodynamic and internal fetal monitoring *Am. j. Obsbstet. Gynecol.* 1984, 148: 759.
6. Horenstein J.M. Phelan J.V., Previous Cesarean Section: The risk and benefits of oxytocin usage in a trial of labor. *Am J. obstet. Gynecol.* 1985. 151:564.
7. Jaramillo A.J. Los problemas de la salud en Costa Rica. 2da. Edición, 1984. Ministerio de Salud de Costa Rica.
8. Jarell M.A. Ashmead G.G. Mann LI: Vaginal delivery after cesarean section: A five year stud. *Am J. Obstet. Gynecol.* 1985. 65:628.
9. Lazarus A.H. Early rupture of the graud uterus. *Am J. Obstet. Gynecol.* 132:224, 1978.
10. Looks J.K. Rupture of the uterus. *Act. Obst. Gynecol. Scand* 22:234. 1987.
11. Martin J.N. jr. et al: Vaginal delivery following previous cesarean barth. *Am J. Obstet Gynecol.* 1983, 146:225.
12. Margulies D. Rupture of the intac-uterus *Obstet. Gynecol.* 27:863, 1966.
13. Merlo G.J. *Obstetricia Salvat* 2a. Edición. Madrid, España.
14. Morley G.W. Once Cesarean Always a Cesarean? *J. Amer Med. ASS.* 178 (1961) 1128. Zarou E.S. An Analysis of four
15. Houndred Consecutive Cesarean Sections *Am J. Obstet. Gynecol.* 63. (1962) 122.  
  
Naeye R.L. Causes of perinatal Mortality *JAMA* 1977. 238 (3):228.
16. Nielsen T.F., Hokegard K.H.: Postoperative Cesarean Section morbidity: A prospective study. *Am J. Obstet. Gynecol.* 1983.
17. Paul R.H., Phelon J.P., Yeh S.Y. Trial of labor in the patient with a prior cesaren birth. *Am J. Obstet. Gynecol.*
18. Pernell, J. , Benson, R. *Diagnóstico y tratamiento. Gineco-obstétrico. Editorial Manual Moderno.* 5ta. Edición 1987.
19. Seth, R.S. Results of treatment of rupture of the uterus by suturing. *J. Obstent.*, 127, 528.