

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Medicina Humana

FACTORES ASOCIADOS CON EL ÉXITO DE PRUEBA DE
TRABAJO DE PARTO EN MUJERES CON CESÁREA
PREVIA EN EL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO
REBAGLIATI MARTINS EN EL AÑO 2017

TESIS

Presentada por:

Bach. Diego Felipe Marca Ticona

Para optar el Título Profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

TACNA - PERÚ

2019

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN-TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Medicina Humana

FACTORES ASOCIADOS CON EL ÉXITO DE PRUEBA DE TRABAJO DE
PARTO EN MUJERES CON CESÁREA PREVIA EN EL
HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI
MARTINS EN EL AÑO 2017

TESIS

Presentada por:

BACH. DIEGO FELIPE MARCA TICONA

Para optar el Título Profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

Aprobado por; UNANIMIDAD ante el siguiente jurado



Dr. Jaime Edgar Miranda Benavente
PRESIDENTE



Dr. José Luis Pedro Gómez Molina
MIEMBRO



Mgr. Javier Lanchipa Picoaga
MIEMBRO



Mgr. Alberto Flor Chavez
ASESOR

DEDICATORIA

A mis padres, por su incondicional amor, apoyo y comprensión durante toda mi vida y mi hermano por ser además guía en el transcurso de mi carrera.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mis padres por su enorme esfuerzo e ímpetu, porque sin ellos no estaría encomendado a la ciencia.

A mis maestros, quienes imparten el conocimiento y se comprometen con la difícil labor de formar al estudiante de medicina.

A todos los pacientes, porque de ellos aprendemos a valorar la vida.

CONTENIDO

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I	
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1. Descripción del problema	3
1.2. Formulación del problema	5
1.3. Justificación del problema	6
1.4. Objetivos	9
1.4.1. Objetivo general	9
1.4.2. Objetivos específicos	9

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO	10
2.1. Bases teóricas	10
2.2. Antecedentes	52
2.2.1. Internacionales	52
2.2.2. Nacionales	55
2.3. Hipótesis	58

CAPITULO III

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	59
3.1. Diseño de la investigación	59
3.2. Ámbito de estudio	59
3.3. Población y muestra	59
3.4. Criterio de inclusión	61
3.5. Criterios de exclusión	61
3.6. Variables y operacionalización de variables	62

3.7. Técnicas e instrumentos para recolección de datos	65
3.8. Procesamiento de recolección de datos	65
3.9. Procesamiento y análisis de datos	66
3.10. Consideraciones éticas	67
CAPITULO IV	
4. DE LOS RESULTADOS	68
4.1. RESULTADOS	68
4.2. DISCUSION	90
CONCLUSIONES	104
RECOMENDACIONES	105
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	106
ANEXOS	124

RESUMEN

El manejo de una paciente con antecedente de cesárea frente a una nueva gestación, es tema de controversia. Debido al aumento del riesgo de complicaciones maternas con la cesárea repetida y la seguridad del parto vaginal después de cesárea, la prueba de trabajo de parto se ha convertido en una estrategia de elección. Identificar los factores asociados al éxito del parto vaginal en gestantes sometidas a prueba de trabajo de parto con antecedente de cesárea en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante el período de Enero a Diciembre del año 2017. El diseño del presente estudio es de tipo observacional, descriptivo y de corte transversal. Se incluyó a 825 pacientes con antecedente de una cesárea y sin contraindicaciones para parto vaginal. La frecuencia de parto vaginal en gestantes con cesárea previa representa el 76,1%. Los factores asociados a parto vaginal son: índice de masa corporal menor a 30 Kg/m², antecedente de parto vaginal después cesárea anterior, periodo intergenésico entre 2-4 años, número de controles prenatales mayor a 6, dilatación cervical de 4cm o más al ingreso, no usar oxitócicos

Palabras clave: Parto vaginal después de cesárea (PVDC), prueba de trabajo de parto vaginal después de cesárea (TOLAC), factores asociados.

ABSTRACT

Management of a pregnant with history of cesarean section, is controversial. Due to the increased risk of maternal complications with repeated cesarean delivery and the safety of vaginal birth after cesarean, trial of labor has become a strategy of choice. To identify the factors associated with success of vaginal birth in pregnant women undergoing trial of labor after cesarean in National Hospital Edgardo Rebagliati Martins during the period from January to December 2017. The design of the present study is observational, descriptive and cross-sectional. We included 825 patients with a history of a cesarean section and without contraindications for vaginal delivery. The frequency of vaginal delivery in pregnant women with a previous caesarean section represents 76.1%. The factors associated with vaginal birth were: body mass index less than 30 Kg / m², vaginal birth after previous cesarean section, intergenesic period between 2-4 years, number of prenatal controls mor than 6, cervical dilatation of 4cm or more, do not use oxytocics.

Key words: Vaginal Brith After Caesarean section (VBAC), Trial of labor After Caesarean section (TOLAC), factors associated.

INTRODUCCIÓN

El parto por cesárea es uno de los procedimientos quirúrgicos más comunes realizados en todo el mundo, el número de mujeres que culminan su gestación por cesárea ha aumentado en las últimas décadas hasta llegar a ser una preocupación internacional.

Uno de los principales temas de controversia en Obstetricia ha sido el manejo de una paciente con antecedente de cesárea frente a una nueva gestación. Debido al aumento del riesgo de complicaciones maternas con la cesárea repetida y la seguridad del parto vaginal después de cesárea (PVDC), la prueba de trabajo de parto para un grupo seleccionado de pacientes con cicatriz uterina previa se ha convertido en una estrategia de elección.

Sin embargo, existe variabilidad en el logro de un parto vaginal después del parto por cesárea, aconsejar a las mujeres con este antecedente con respecto a la futura vía de parto es un tema complejo. Predecir los resultados después de una prueba de trabajo de parto es vital porque el mayor riesgo de morbilidad en las mujeres que intentan PVDC se encuentra principalmente en aquellas que no logran el éxito.

Por lo tanto, se ha realizado un gran esfuerzo para establecer un predictor confiable de parto vaginal exitoso en pacientes con cicatrices de cesárea anterior. Las preguntas cruciales son cómo predecir de manera confiable el parto vaginal exitoso y cómo determinar un riesgo de fracaso de manera aceptable. Muchos estudios han abordado métodos para identificar a mujeres con bajo y alto riesgo de fracaso de una prueba de parto vaginal después de cesárea, pero ninguno de ellos ha dado un resultado validado.

El propósito del presente estudio fue identificar los determinantes demográficos y obstétricos que tienen importancia frente al parto vaginal exitoso en gestantes con antecedente de cesárea en un hospital nacional del Perú.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El parto por cesárea es el nacimiento de un feto a través de una laparotomía seguida de una histerotomía, (1) un procedimiento quirúrgico indicado inicialmente en situaciones excepcionales con el fin de reducir la morbimortalidad materna, neonatal y perinatal. Sin embargo a pesar de no estar libre de complicaciones, la cesárea es una de las operaciones con tasas que siguen subiendo a tal punto que lo que en un principio surgió como una solución, actualmente podría mostrarse como un problema.

En 1985, las organizaciones internacionales consideran que la tasa ideal de cesáreas debe estar entre 10% y 15%, ya que por encima de estos niveles no disminuye la mortalidad materna y neonatal. En nuestro país, hasta el año 2017 la tasa de cesáreas ha sido de 34.2%. Barrena Neyra, en Lima, Perú, en el 2017, en un estudio descriptivo sobre indicaciones de cesáreas, encontró una

frecuencia de cesáreas de 50.2% en un hospital público, siendo la indicación más frecuente el antecedente de una cesárea previa (2).

Vela y Sánchez en Tacna, Perú, en el 2017, en otro estudio descriptivo sobre principales indicaciones de cesáreas realizadas en el Hospital Daniel Alcides Carrión III EsSalud en el año 2012 y 2016, señalan la incidencia de cesáreas de 37% (2012) y 46%(2016), así como la tercera indicación más frecuente que justificaron el procedimiento, cesárea anterior con 11.2%(2012) y 9.0%(2016) (3).

El manejo de una gestante con parto previo por cesárea ha sido, por notables razones un tema controversial en la obstetricia moderna durante más de 100 años, y los paradigmas sobre esta situación han cambiado con el tiempo. Debido al aumento desmesurado de las cesáreas, el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología manifestó que una mujer con cesárea anterior debería ser aconsejada sobre una prueba de trabajo de parto, además, la Organización Mundial de la Salud en 1985 manifestó que no existen pruebas específicas que demuestren la necesidad de realizar una nueva cesárea tras una cesárea previa, por ende es recomendable un parto vaginal, ya que no hay evidencia de obtener

mejores resultados perinatales al realizar cesárea por indicación de cesárea previa (4) .

La selección de finalización del embarazo por vía vaginal en una paciente con parto previo por cesárea, debe tomar en consideración diversos factores que influyen en el éxito del trabajo de parto además de los riesgos y beneficios. Se han propuesto diferentes herramientas para predecir la probabilidad de éxito de la prueba de trabajo de parto, sin embargo aún existen pocos datos de calidad para guiar a la selección de las candidatas en nuestra población.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores asociados con el éxito de prueba de trabajo de parto en mujeres con cesárea previa atendidas en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante el periodo de Enero a Diciembre del 2017?

1.3. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La cesárea es el principal procedimiento para finalizar el embarazo y actualmente a pesar de los esfuerzos de las sociedades internacionales de salud para disminuir su tasa, esta sigue en constante aumento a nivel mundial, nacional y local, por lo que representa un problema de salud pública y además, un indicador de la calidad de gestión hospitalaria.

En el ámbito obstétrico se sabe que la existencia de una cicatriz uterina aumenta el riesgo de rotura uterina a la hora de intentar un parto vaginal, también que una segunda cesárea electiva no está exenta de riesgos quirúrgicos, aumentando la morbimortalidad materno-perinatal y la posibilidad de complicaciones en gestaciones futuras, incrementando además el costo o gasto en salud. ⁽¹⁾ No existe hasta el momento un criterio universal y uniforme acerca de la mejor conducta a seguir en el manejo de un parto vaginal en gestantes con cesárea previa. Se manejan diversas variables en la atención del final de la gestación, por esto no existe una normativa al momento de indicar una operación cesárea, los criterios van a depender tanto del servicio donde se maneje como de las causas que se consideren para indicarla. Esto condiciona que la tasa de cesáreas de repetición sea

alta, pudiéndose evitar muchas de ellas con una prueba de trabajo de parto, que en la mayoría de casos lleva a un parto vaginal exitoso,

Con esta investigación se pretende identificar los factores asociados al éxito de parto vaginal en pacientes con antecedente de cesárea, para poder seleccionar a los candidatos ideales para una prueba de trabajo de parto (TOLAC por sus siglas en inglés), evitando así el alto costo social y económico que conlleva el efectuar una nueva cesárea, disminuyendo los días de hospitalización y la morbilidad puerperal o complicaciones tanto para la madre como para el recién nacido.

No se dispone de datos actualizados en el HNERM con estadísticas sobre la tasa de éxito de prueba de trabajo de parto después de una cesárea, como práctica obstétrica guiada a la reducción de la incidencia de este procedimiento institucional en relación a sus complicaciones y determinantes asociados, lo que nos impulsa a la ejecución del análisis de los datos encontrados en el periodo comprendido entre Enero y Diciembre del 2017.

El presente trabajo es trascendente por la escasez de literatura nacional y de trabajos similares en nuestro hospital, hecho

que generó interés y motivó la realización de esta investigación. Este estudio sería punto de referencia para futuros trabajos, con el fin de lograr un adecuado manejo de la gestante con antecedente de cesárea. Los resultados obtenidos estarán al alcance del personal médico y las principales beneficiarias serán todas las mujeres embarazadas que acuden a este nosocomio, en quienes se decidirá si son candidatas a una prueba de trabajo de parto.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

- Determinar los factores asociados al éxito de prueba de trabajo de parto en mujeres con cesárea previa en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el año 2017.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los factores maternos sociodemográficos que se asocian con el éxito de prueba de trabajo de parto en mujeres con cesárea previa en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el año 2017.
- Identificar los factores maternos obstétricos que se asocian con el éxito de prueba de trabajo de parto en mujeres con cesárea previa en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el año 2017.
- Determinar la frecuencia de prueba de trabajo de parto exitoso en mujeres con cesárea previa en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el año 2017.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. BASES TEÓRICAS

2.1.1. DEFINICIÓN

La cesárea es un procedimiento que permite el nacimiento del feto a través de la pared abdominal (laparotomía) y del útero (histerotomía), cuando este se dificulta por vía vaginal. Etimológicamente, proviene del latín *secare*, que significa cortar. Anteriormente se consideraba una intervención temible porque producía elevadas tasas de morbimortalidad materno-fetal, mismas que han disminuido con el uso de antibióticos, mejores técnicas quirúrgicas, anestesia-analgésia y creación de bancos de sangre, por lo que es una cirugía útil y muy apreciada. De este modo se ha propiciado su abuso y estadísticamente es considerada la cirugía mayor más practicada en la actualidad. (5)

2.1.2. HISTORIA

Entre 1970 y 2016, la tasa de partos por cesárea en los Estados Unidos aumentó del 5% al 31,9%. Este aumento dramático fue el resultado de varios cambios en torno a la práctica, incluida la introducción del monitoreo fetal electrónico, disminución en los partos vaginales instrumentados y los intentos de partos vaginales de nalgas (6).

Las recomendaciones a favor de TOLAC se reflejaron en mayores tasas de PVDC (PVDC por cada 100 mujeres con cesárea previa) de 5% en 1985 a 28.3% en 1996. Concomitantemente, la tasa de cesárea general disminuyó de 22.8% en 1989 a aproximadamente 20 % en 1996 (7). Sin embargo, a medida que el número de mujeres que buscaban TOLAC aumentó, también lo hizo el número de rupturas uterinas y otras complicaciones relacionadas con TOLAC. Estos reportes, y la responsabilidad legal que originaron, contribuyeron en parte a una reversión de la tendencia de partos PVDC, y para el 2006, la tasa PVDC disminuyó a 8.5% y la tasa total de cesáreas aumentó a 31.1% (8).

En 2010, los Institutos Nacionales de Salud convocaron una conferencia de consenso para examinar la seguridad y los resultados de TOLAC y PVDC, así como los factores asociados con sus tasas decrecientes. El panel de Institutos Nacionales de Salud reconoció que TOLAC era una opción razonable para muchas mujeres con cesárea previa y pidió a las organizaciones que facilitaran el acceso a TOLAC. Además, el panel reconoció que "las preocupaciones sobre la responsabilidad tienen un gran impacto en la disposición de los médicos y las instituciones de salud para ofrecer pruebas de trabajo" (9).

Desde 1985, la comunidad internacional ha considerado que la "tasa ideal" para las cesáreas debe oscilar entre 10% y 15%. Estudios nuevos revelan que cuando la tasa de cesárea se acerca al 10% a nivel de población, disminuye el número de defunciones maternas y de los recién nacidos. Pero cuando la frecuencia va por encima del 10%, no hay indicios de que mejoran las tasas de mortalidad (10).

Se estima que a nivel mundial, la tasa de cesárea supera el ideal. En las Américas, es del 38,9% en promedio,

según los últimos datos disponibles de 25 países. Esta cifra, sin embargo, podría ser mayor ya que en muchos casos no se tiene en cuenta las cesáreas que se realizan en el sector privado (10).

2.1.3. SITUACIÓN NACIONAL

En el Perú la tasa de cesáreas continúa aumentando. Durante el 2015, el 64% de las parturientas, es decir 267 mil 283 partos se desarrollaron de manera espontánea, por vía vaginal sin ninguna complicación; en el mismo período el 35.4% de las gestantes tuvieron partos por cesárea. El porcentaje de nacimientos por cesárea se incrementó de 25,3% a 34,2% entre los años 2012 y 2017, aumentó 8,9 puntos porcentuales. Por área de residencia, el área urbana presenta mayor porcentaje. En comparación con el año 1996, el área rural pasó de 2,5% a 15,7%. Asimismo, según características de la mujer se presenta mayor porcentaje en las mujeres entre 35 y 49 años de edad (44,1%) frente a 24,0% en mujeres menores de 20 años, mientras que, según el orden de nacimiento, en el primer nacimiento 39,6% corresponde a partos por cesárea en comparación con el sexto o más (13,0%). Los diferenciales fueron notorios con la educación y/o la capacidad económica de

la madre. El porcentaje de nacimientos por cesárea fue más alto si la madre tiene educación superior que si no tiene educación (49,9% frente a 7,9%) y fue aún mayor si pertenece al quintil superior (58,6%) con relación a las madres del quintil inferior de riqueza (13,9%).(11)

2.1.4. FISIOPATOLOGÍA DE LA CICATRIZ UTERINA

El músculo uterino tiene tres planos de fibras musculares lisas:

- Plano interno: constituido por fibras longitudinales internas y fibras circulares periféricas.
- Plano medio: el más grueso, está ricamente vascularizado y constituido por fibras musculares de disposición plexiforme
- Plano externo: delgado, constituido por fibras longitudinales.

Estas fibras musculares están integradas en un tejido conjuntivo formado por fibras de colágeno, reticulina y elastina, organizadas dentro de una sustancia fundamental; cada fibra

muscular está compuesta por miofibrillas. La sección de esas fibras provoca fenómenos de cicatrización tisular y la proliferación de tejido conjuntivo, con infiltración fibroblástica y depósitos de fibrina. La cicatriz está formada por tejido fibroso, con vasos neoformados y haces musculares lisos, cortos y variables en cuanto a la cantidad que definen su calidad. A mayor número de cicatrices, mayor proporción de fibrosis. Cuando los fenómenos de inflamación, hialinización, proliferación fibroblástica y fragmentación muscular abundan, la cicatriz es de mala calidad. La resistencia o firmeza de la cicatriz es comparable o, incluso, superior a la del músculo uterino; independientemente de su calidad, no tiene las mismas propiedades de extensibilidad y contractilidad por la pérdida importante de fibras musculares. La existencia de una cicatriz reduce la calidad de la extensibilidad y contractilidad de las fibras musculares intactas, y la incisión constituye una zona de fragilización, sensible a las hipercinesias de frecuencia o intensidad (12).

2.1.5. TIPO DE INCISIÓN

2.1.5.1. SEGMENTARIA

- **Transversal baja (Kerr):** Es la más frecuente. Se inscribe en la porción no contráctil del útero, lo que disminuye 0.7% la posibilidad de ruptura uterina o dehiscencia en embarazos posteriores, y la cicatriz es más fuerte y segura (13). Por esto habitualmente se acepta la prueba de trabajo de parto.
- **Vertical baja (Sellheim o Kröning):** Limitada a la porción más baja, inactiva y no contráctil del útero. Tiene un riesgo de rotura uterina de 0.5 a 6.5%. No es una contraindicación para parto, pero tiene el riesgo de desgarrarse hacia arriba, con ruptura corporal secundaria, o hacia abajo con ruptura cervical o vesical durante la primera intervención. Esta opción es motivo de controversia porque

la mayoría de los autores excluye a estas pacientes de las series.

2.1.5.2. CORPORAL

Clásica (Sanger): Es un corte longitudinal, en la cara anterior del útero, cerca del fondo, en la porción activa y contráctil del útero, que interferirá en su extensibilidad y contractilidad, en consecuencia tornándolo más frágil. Su riesgo de rotura uterina es de 12%, donde en un tercio ocurrirá antes del trabajo de parto, es una contraindicación absoluta para la prueba de trabajo de parto.

A todas las pacientes con este tipo de incisión se les propone la cesárea luego de alcanzar la madurez fetal, antes de que inicie el trabajo de parto. Deben advertírseles los riesgos de un parto no controlado y de los signos de ruptura uterina (14). Por fortuna, son poco frecuentes y, por tanto, la necesidad de repetir una cesárea en tales pacientes supone solo una pequeña contribución a la tasa global de cesáreas iterativas.

2.1.5.3. INCISIÓN DESCONOCIDA

En una era en la que en el mejor de los casos las historias clínicas no están disponibles o no existen es importante saber que el riesgo de dehiscencia o ruptura es bajo, incluso en pacientes en las que no se conoce la incisión previa; esto explica porqué 90 a 95% de las cicatrices de tipo desconocido son transversales bajas.

2.1.6. INDICACIONES DE CESÁREA

Las diferencias en las actitudes de los obstetras no están fundadas en pruebas médicas concretas sino en factores culturales, responsabilidad legal y las variables relacionadas con la organización específica de atención perinatal. Habría que poner más énfasis en la comprensión de la motivación, los valores y el temor subyacente a la solicitud de una mujer para la resolución del embarazo por cesárea electiva.

Muñoz y col., en el 2011, en su análisis acerca de la indicación de cesárea muestra una enorme lista con 45 diagnósticos, que resumidos por orden de frecuencia y tratando

de integrar grupos de acuerdo con las indicaciones más frecuentemente reportadas.

- a) Monitoreo fetal alterado
- b) Cesárea previa
- c) Cuello uterino desfavorable,
- d) Desprendimiento prematuro de placenta.
- e) Desproporción céfalo-pélvica
- f) Dilatación estacionaria y distocias.

Esta gran gama de diagnósticos muestra una forma muy sencilla de inclinarnos a cualquiera de ellos para justificar la intervención quirúrgica que, aunado a lo benévolo de la técnica quirúrgica, la disminución en el riesgo anestésico, el mejor tratamiento médico que incluye una menor estancia hospitalaria y la administración rutinaria de antibióticos, vuelve muy atractivo elegir la cirugía y olvidar o ignorar conceptos básicos de responsabilidad profesional y éticos. Inclusive, al interrogar a las pacientes sobre antecedentes quirúrgicos, frecuentemente indican otras cirugías, pero no la operación cesárea, es decir, no se le da la importancia tal como es, un evento quirúrgico real, no exento de riesgos y complicaciones. (6)

2.1.7. PRUEBA DE TRABAJO DE PARTO DESPUÉS DE UNA CESÁREA (TOLAC)

Es un intento de parto vaginal realizado por una mujer que tuvo un parto previo por cesárea, independientemente del resultado. Este método proporciona a las gestantes la posibilidad de lograr ese objetivo: un parto vaginal después de cesárea (PVDC). El PVDC se asocia con una disminución de la morbilidad materna y un menor riesgo de complicaciones en embarazos futuros, así como una disminución de la tasa de cesáreas en la población. Sin embargo, aunque TOLAC es adecuado para muchas gestantes, varios factores aumentan la probabilidad de fracaso de la prueba de parto, que se asocia con mayor morbilidad materna y perinatal en comparación a una prueba de parto exitosa (es decir PVDC) y cesárea electiva de repetición (8).

2.1.8. BENEFICIOS DE PVDC

Las mujeres que han elegido PVDC en comparación con cesárea electiva regularmente tienen un tiempo de recuperación más rápido ya que no hay herida quirúrgica.

También hay una tasa más baja de morbilidad y mortalidad materna asociada con PVDC, aunque son raras incluso con cesárea. Un PVDC exitoso también significa que es más probable que la mujer pueda tener otro parto vaginal en el futuro (14). Todos los partos vaginales se asocian de forma anecdótica con menos depresión materna (8). Además, es más probable que la lactancia materna tenga éxito con PVDC porque es más fácil para las madres al no tener dolor de herida operatoria y puede ocurrir en la sala de parto inmediatamente después del parto. No hace falta decir que VBAC también evitaría inherentemente los riesgos que son exclusivos de una cesárea (15).

2.1.9. BENEFICIOS DE CESÁREA ELECTIVA

Incluyen elegir el momento más conveniente, la certeza del resultado y un parto menos doloroso. Programar los partos por cesárea, pueden permitir a las familias planificar mejor la llegada del bebé. Si un miembro de la familia extendida está planeando ayudar con el nuevo niño pero vive lejos, una fecha y hora de entrega conocidas hacen que la planificación de su

llegada sea mucho más fácil. También les permite a los padres programar días libres en el trabajo (8). Con PVDC, siempre existe la posibilidad del 30-50% de que se requiera una cesárea repetida si falla la prueba de parto. Muchas mujeres embarazadas y obstetras prefieren simplemente tener cesárea electiva en lugar de arriesgarse a una cesárea de emergencia, ya que son más peligrosas que las cesáreas planeadas. Además, con una cesárea electiva no hay necesidad de sufrir el dolor de las contracciones, ya que el procedimiento en sí se realiza bajo anestesia, por lo que es relativamente indoloro durante el parto real (15).

Está teorizado que una cesárea electiva podría proteger el suelo pélvico. Sin embargo, esto es controvertido, ya que parte del riesgo de debilidad del suelo pélvico se debe al embarazo en sí y no al método de parto. Se ha encontrado que es un poco más seguro para los bebés, aunque el riesgo absoluto para el feto en el PVDC también es bastante pequeño. Pero la ventaja más importante de ERCD es que evita el riesgo de rotura de cicatrices. No está claro cuál es el verdadero riesgo de rotura de cicatriz con PVDC, ya que hay muchos factores que afectan este riesgo. Se han realizado varios estudios para

examinar los factores de riesgo y los factores predictivos de la rotura de la cicatriz uterina en embarazos después de partos por cesárea, sin embargo, las correlaciones claras han demostrado ser esquivas (16).

2.1.10. RIESGOS DE PVDC PARA EL FETO

La tasa de muerte perinatal es 11 veces mayor en PVDC que para cesárea electiva, pero este riesgo se muestra como equivalente al de un feto de una madre primigesta (17). También existe un riesgo igual de resultados neonatales adversos para los recién nacidos pequeños para la edad gestacional, ya sea por PVDC o cesárea electiva (18). El riesgo absoluto es de solo 4.5 por 10,000 nacimientos y los límites de confianza son amplios. Otras fuentes encontraron que el riesgo de muerte perinatal fue de 0.2% para PVDC y 0.1% para cesárea electiva. Estas estadísticas sugieren que la cesárea electiva disminuye el riesgo de muerte perinatal, pero no se ha demostrado que el PVDC sea más peligroso para el feto que el primer parto de una mujer (17). Existe un mayor riesgo de

traumatismo neonatal y hemorragia posparto si se requiere parto vaginal quirúrgico, como el parto con aspiración o con fórceps.

2.1.11. RIESGO MATERNO POR PVDC

Un metanálisis publicado en *American Family Physician* encontró que el ensayo de parto después de una cesárea es relativamente seguro. Smith y col. (19) encontraron que, aunque su modelo no podía predecir definitivamente los resultados del paciente, los datos recopilados mientras estudiaban su efectividad respaldaban la seguridad relativa de TOLAC si el parto espontáneo se produce antes de las 40 semanas. Descubrieron que el riesgo de muerte era de 2.8 por 10.000 con TOLAC y de 2.4 por 10.000 con cesárea electiva. Significativamente, no se atribuyeron muertes maternas en su estudio a la ruptura de la cicatriz (20, 21). Existe confusión en la literatura sobre la definición de ruptura de cicatriz uterina, lo que contribuye a la dificultad de determinar su riesgo durante el PVDC. La tasa de rotura asintomática de cicatrices ha demostrado ser la misma para PVDC o cesárea electiva en algunos estudios. En general, la tasa de ruptura de cicatriz uterina es de aproximadamente el 0,5% o 1 en 200, aunque

algunas fuentes han informado que es tan baja como el 0,3% o tan alta como el 1,5% (21). El estudio combinado más grande informó un 0,35% de riesgo de rotura de cicatriz uterina.

Ocasionalmente, se requiere una histerectomía después del ensayo de trabajo de parto, con un riesgo informado de 3.4 por 10,000. Estadísticamente, esto significa que habría que realizar 2941 ERCD para prevenir una histerectomía después del ensayo de parto (20). Un parto nunca es exento riesgo de posibles complicaciones. A través de un análisis cuidadoso de los registros de estos riesgos, los obstetras y las madres pueden tomar decisiones inteligentes con respecto a los métodos de prestación y los estándares de atención. La tasa de mortalidad materna con todos los partos vaginales es de 1 por 10,000, en comparación con 4 por 10,000 para la cesárea. La tasa de mortalidad materna con cesárea electiva es de 2 por 10.000, en comparación con la tasa de mortalidad materna con un parto vaginal normal de 0,5 por 10.000 (22). Esto significa que los nacimientos vaginales normales están asociados con la menor cantidad de muertes maternas, y la cesárea en general está asociada con la mayoría. Sin embargo, esto no tiene en

cuenta la indicación de la cesárea e incluye las realizadas debido a emergencias obstétricas.

2.1.12. PACIENTES ADECUADAS PARA PVDC

El VBAC planificado es apropiado y puede ofrecerse a la mayoría de las mujeres con un embarazo único de presentación cefálica a las 37 semanas o más que hayan tenido una cesárea transversal baja, con o sin antecedentes de parto vaginal previo.

Existe un consenso, respaldado por las revisiones sistemáticas basadas en la evidencia (23, 24) y guías clínicas, (25-28) de que el PVDC planificado es un modo de parto seguro y apropiado para la mayoría de las mujeres embarazadas con un único parto por cesárea segmentaria inferior.

Sin embargo, se recomienda una revisión de los registros previos de cesárea y el embarazo actual para identificar contraindicaciones de VBAC.

2.1.13. CONTRAINDICACIONES PARA PVDC

El PVDC planificado está contraindicado en mujeres con ruptura uterina previa o cicatriz de cesárea corporal y en mujeres que tienen otras contraindicaciones absolutas para el parto vaginal que se aplican independientemente de la presencia o ausencia de una cicatriz (por ejemplo, placenta senescente). En mujeres con cicatrices uterinas complicadas, se debe tener precaución y las decisiones deben tomarse caso por caso por un obstetra principal con acceso a los detalles de la cirugía previa.

Se considera que las mujeres con los siguientes factores de tienen un mayor riesgo de resultados adversos maternos y / o perinatales como consecuencia de un PVDC.

2.1.13.1. RUPTURA UTERINA PREVIA

Según los datos de observación limitados, se reporta que mujeres que han experimentado una ruptura uterina previa tienen un mayor riesgo (5% o más) de ruptura uterina recurrente con trabajo de parto. Por lo tanto, la ruptura uterina

previa se considera una contraindicación para VBAC (29, 30).

2.1.13.2. TIPO DE INCISIÓN UTERINA PREVIA.

Según los datos de observación limitados, no hay pruebas suficientes para apoyar la seguridad de VBAC en mujeres con incisiones en T o J invertidas anteriores, incisiones uterinas verticales bajas o extensión uterina inadvertida significativa en el momento de la cesárea primaria; por lo tanto, se debe tener precaución con estas mujeres y las decisiones deben ser tomadas por un obstetra principal, caso por caso. El VBAC está contraindicado en mujeres con un parto previo por cesárea clásico debido al alto riesgo de rotura uterina (31, 32).

2.1.13.3. CIRUGÍA UTERINA PREVIA

Existe incertidumbre acerca de si las mujeres que se han sometido a una miomectomía laparoscópica o abdominal, en particular donde se ha

roto la cavidad uterina, tienen un mayor riesgo de ruptura uterina. Dada esta incertidumbre, se debe considerar que las mujeres que se han sometido a dicha cirugía uterina tienen riesgos de parto al menos equivalentes a los de PVDC y se manejan de manera similar durante el parto (33, 34).

2.1.13.4. PLACENTA PREVIA

Un grado importante de placenta previa es una contraindicación para el parto vaginal, incluido el PVDCC. Una revisión sistemática informó que las mujeres con uno, dos o tres o más partos anteriores por cesárea experimentan un 1%, 1,7% o 2,8% de riesgo respectivamente de placenta previa en embarazos subsiguientes, coincidiendo con los hallazgos de un estudio reciente de población en el Reino Unido y un metanálisis. La placenta accreta ocurre en 11–14 % de mujeres con placenta previa y un parto por cesárea anterior y en 23 a 40% de mujeres con placenta previa y dos partos por cesárea anteriores. En las mujeres con placenta previa y cinco

o más partos por cesárea anteriores, la incidencia de placenta accreta es de hasta el 67% (35).

2.1.14. ELECCIÓN DE PACIENTES PARA PVDC

2.1.14.1. EDAD MATERNA

Uno de los factores que influyen negativamente el éxito de un parto vaginal es la edad materna avanzada.

Hay evidencia de una disminución del rendimiento uterino con el aumento de la edad en el primer parto. (36) En un estudio de 1.750 mujeres sin parto vaginal previo, Bujold y col. encontraron que los pacientes de 35 años o más son más propensos a tener un TOLAC fallido después de un parto por cesárea anterior, sugiere que la influencia de la edad materna sobre el riesgo de cesárea de emergencia después de TOLAC puede ser superada por el beneficio protector del parto vaginal previo. Un metaanálisis que evalúa este factor mostró que mujeres mayores de 40 años tenían menos éxito de

lograr un parto vaginal. En la población general, las mujeres mayores son más proclives a terminar en una cesárea; quizás la edad per se podría influir en este hallazgo, más que los antecedentes obstétricos (37).

2.1.14.2. GRADO DE INSTRUCCIÓN

Las gestantes con mayor educación tienen una mejor comprensión de los riesgos y beneficios de someterse al parto vaginal.

En un estudio descriptivo tipo serie de casos, del Servicio de Obstetricia, Hospital Nacional Cayetano Heredia. Donde se comparó pacientes con Cesárea electiva y parto vaginal en cesareadas previas y seleccionó algunas variables demográficas que podrían influir en la decisión materna de la vía de parto. Se incluyó en el estudio 1 591 pacientes con antecedente de cesárea atendidas entre el 1 de enero de 2001 y el 31 de diciembre de 2009. Así, se obtuvo únicamente diferencia significativa entre ambos grupos en lo que respecta a paridad y escolaridad. Con lo que respecta al grado de instrucción, con primaria

completa se halló 13,6% en los partos vaginales y 8,5% en las cesáreas y con educación superior, 7,3% y 13,2%, respectivamente (38). Por otro lado, no se encontró evidencia de que la escolaridad influyera en la vía de parto demostrado en la mayoría de los estudios (39).

2.1.14.3. OBESIDAD MATERNA

Se ha demostrado que el aumento constante del IMC tiene una asociación inversa con la probabilidad de lograr PVDC (15). Por ejemplo, en un gran estudio de cohortes, el 85% de las mujeres de peso normal (IMC de 18.5-24.9) lograron el PVDC mientras que solo el 61% de las mujeres con obesidad mórbida (IMC de 40 o más) lograron PVDC (40). Sin embargo, un IMC alto solo no debe considerarse una contraindicación absoluta para TOLAC porque este es solo un factor para determinar la probabilidad de PVDC y la morbilidad obstétrica en el contexto de TOLAC. Las mujeres que tienen un IMC de 30 o más pueden ser candidatas para TOLAC, dependiendo de sus otras

características (por ejemplo, haber tenido un parto vaginal previo), y su cuidado debe ser individualizado.

2.1.14.4. PARIDAD

Números de embarazos viables que completó la mujer. Clasificación de la madre según el número de partos anteriores a la gestación actual: nulípara (0 hijos), multípara (2-4 hijos) y gran multípara (5 o más). Al evaluar la paridad en relación a la vía de finalización del embarazo actual, la literatura menciona que el factor más importante en pacientes con una cesárea previa para optar por intento de parto vaginal pos cesárea es el antecedente de un parto vaginal previo (41).

En el estudio de Mercer y col., publicado en febrero del 2008, con 13.532 pacientes que cumplieron los criterios de elegibilidad, observamos que a mayor número de partos luego de una cesárea aumenta la tasa de éxito, llegando hasta un 92.4% en el cuarto parto. Otros hallazgos del mismo estudio

muestran que el riesgo de ruptura uterina, uno de los aspectos controversiales en este tópico, disminuye progresivamente con el número de partos vaginales, con un 0.87% en el primer intento, 0.45% en el segundo y 0.43% después del tercer parto; al igual que otras complicaciones, como dehiscencia uterina, necesidad de histerectomía, transfusiones sanguíneas, endometritis e incluso complicaciones neonatales, tienen igual tendencia de disminuir a mayor número de intentos (42).

2.1.14.5. ANTECEDENTE DE PARTO VAGINAL

El parto vaginal anterior, particularmente el PVDC exitoso, es el mejor predictor para el éxito del PVDC y se asocia con una tasa de éxito planificada de 85 a 90% (43). El parto vaginal anterior también se asocia de forma independiente con un riesgo reducido de rotura uterina (44).

Cuando existe el antecedente de parto vaginal tras la cesárea anterior, las posibilidades de parto vaginal alcanzan el 90% y si el antecedente de

parto vaginal es anterior a la cesárea, las posibilidades alcanzan el 86,6%, afirmándose que el mejor predictor de parto vaginal tras cesárea es el antecedente de parto vaginal tras la cesárea anterior (45).

Elkousy M. y col., en el 2003 realizan una investigación que cuenta con 9960 mujeres gestantes con antecedente de cesárea, sometidas a parto vaginal entre los años 1995 a 1999 donde encuentran que el parto vaginal tuvo un porcentaje de éxito del 74% en total. El parto vaginal total después del parto por cesárea tuvo una tasa de éxito del 65%, 94%, 83%, y 93%, para los grupos 1 (mujeres gestantes con antecedente de cesárea sin partos vaginales anteriores), 2 (mujeres gestantes con antecedente de cesárea con historia de un parto vaginal posterior a la cesárea), 3 (mujeres gestantes con historia de parto vaginal antes del parto por cesárea) y 4 (mujeres gestantes con historia de partos vaginales, antes y después del parto por cesárea), respectivamente. Concluyendo un parto vaginal anterior se asocia con

una mayor tasa de prueba con éxito en comparación con los pacientes sin parto vaginal anterior (39).

2.1.14.6. INDICACION DE CESÁREA PREVIA

La tasa de éxito de un PVDC dependerá, directamente, del antecedente de parto, indicación de la cesárea por una causa no persistente y los elementos del embarazo en curso. Como factor pronóstico, dependerá de si persiste la causa que provocó la cesárea anterior. Es más probable que tengan éxito las pacientes sin una indicación persistente (presentación pélvica, alteración de bienestar fetal, embarazo múltiple o anomalías en la inserción de la placenta) que las que tienen una indicación recurrente, como las distocias en la dinámica uterina. Estas últimas se aproximan a las tasas de éxito de las pacientes nulíparas, explicado por los fenómenos dinámicos que intervienen a lo largo del trabajo de parto, que son muy variables de un caso a

otro, por lo que resulta imposible predecir su evolución (46).

La probabilidad de éxito se incrementa, independientemente de la indicación de la cesárea previa, cuando no coexisten factores que hagan sospechar distocia, como: el peso fetal estimado menor a 4,000 g, o menor al de la gestación previa.

Si el antecedente obstétrico refiere que la cesárea previa se debió a falta de progresión del trabajo de parto después de un fracaso en la inducción, o en una paciente que no llegó al segundo periodo del trabajo de parto, puede predecirse que la tasa de éxito será similar a la de la población general. Por el contrario, si la historia clínica indica que la paciente llegó al segundo periodo del trabajo de parto y a pesar de una adecuada actividad contráctil fue incapaz de progresar, es razonable pensar que esa paciente tiene menos probabilidades de alcanzar el éxito.

Los sesgos inherentes a la clínica hacen pensar que las pacientes con cesárea previa, por distocia, no solo serán menos propensas a lograr un

parto, sino que no lo intentan. Cuando la prueba se efectúa, a pesar de una causa persistente, el porcentaje de complicaciones no se incrementa significativamente (36).

2.1.14.7. PERIODO INTERGENÉSICO

Es el lapso entre dos eventos obstétricos que tiene un efecto directo en la morbilidad materna y fetal. Una paciente con un periodo intergenésico menor de dos años no tiene una adecuada vascularidad útero-placentaria, debido a la poca adaptabilidad vascular y, en caso de antecedente de cesárea, se verá directamente reflejado en las propiedades de extensibilidad y contractilidad uterina, por las pérdidas importantes de fibras musculares e hipoperfusión uteroplacentaria, por lo que cuanto más corto es el periodo, más débil será la cicatriz.

En periodos intergenésicos menores de 6 meses aumenta el riesgo de aborto, en periodos menores de 18 meses se incrementa tres veces más el riesgo de rupturas y dehiscencias uterinas, y en

periodos menores de 2 años aumenta el riesgo de nacimiento pretérmino.

En lapsos mayores de cuatro años también existe un problema en la vascularidad, producido por rigidez y arterosis de las arterias espirales que produce hipoperfusión placentaria y que finalmente desencadena daño endotelial. El periodo intergenésico óptimo para prevenir complicaciones maternas y fetales es de 2 a 4 años; en los menores de 18 meses está indicada la cesárea (47).

2.1.14.8. INICIO DE TRABAJO DE PARTO

Hay que considerar a todas las pacientes con antecedente de cesárea, como: embarazo de alto riesgo, por lo que la conducta del obstetra debe diferir un poco con respecto a la de cualquier otra mujer, especialmente en el inicio del trabajo de parto.

2.1.14.8.1. ESPONTÁNEO

Cuando no existe una afección que requiera el nacimiento inmediato, es preferible esperar a que el parto se inicie espontáneamente porque no implica riesgo de ruptura uterina ni es un elemento de pronóstico desfavorable para la prueba del trabajo de parto (48).

2.1.14.8.2. INDUCCIÓN

- **OXITOCINA:** En el año 1985 Paul describió la inducción del trabajo de parto en un útero cicatricial; el porcentaje de éxito fue elevado y no se encontraron complicaciones materno-fetales complementarias.

Los estudios recomiendan la oxitocina para inducción y conducción en cuellos uterinos con características favorables (con dilatación cervical mayor de 4 cm o

con índice de Bishop mayor de 6 puntos al momento del ingreso), en cuyo caso el porcentaje de éxito de parto es de alrededor de 80%. Si la respuesta a la oxitocina es temprana puede esperarse mayor tasa de éxito; por el contrario, si la paciente no evoluciona en las siguientes dos horas, la probabilidad de requerir cesárea aumenta. A pesar de que el número de rupturas uterinas es algo más elevado en las pacientes con antecedente de cesárea con partos inducidos con oxitocina, sigue siendo bastante bajo y no existe incremento en la mortalidad perinatal (48).

Esto debe interpretarse en un contexto clínico global en donde se incluyan otros factores, también relacionados con la ruptura (prolongación de la fase latente del

trabajo de parto o parto distócico). Es más prudente reservar este tipo de indicaciones para inducciones motivadas por razones médicas, que serán las mismas que para pacientes sin antecedente de cesárea, porque de no emplearse un número significativo terminará de nuevo en cesárea. Si se comparan las pacientes que reciben oxitocina de manera no selectiva, con las que no reciben, las tasas de fracasos son significativamente mayores en el grupo de oxitocina de manera no selectiva (49).

- PROSTAGLANDINAS: Los primeros estudios publicados acerca de la indicación de las prostaglandinas E2 (PGE2) en úteros cicatriciales mostraron buenos resultados en

cuanto a éxito de la inducción, sin aumento de la morbilidad materno-fetal, por lo que se concluía que su empleo era razonable. Sin embargo, los estudios más recientes recomiendan una actitud de prudencia, la cantidad de rupturas uterinas es significativamente elevada en pacientes a quienes se administra un gel de prostaglandinas E2 (con un riesgo relativo de 1.80 a 15.6). Por lo tanto, en la actualidad, en caso de útero cicatricial no existe una posición unánime para la inducción con PG-E2 (50).

Por lo que se refiere al análogo sintético de las prostaglandinas E1 (PG-E1), varios estudios han demostrado su eficacia como agente de maduración e inducción; sin embargo, su indicación

en caso de útero cicatricial es muy controvertida; por la cantidad de rupturas que se producen, el útero cicatricial debe considerarse una contraindicación absoluta para inducción del trabajo de parto (51).

2.1.14.9. EDAD GESTACIONAL

Los estudios que evaluaron la asociación de la edad gestacional con los resultados de PVDC han demostrado consistentemente tasas de PVDC disminuidas en las mujeres que realizan TOLAC más allá de las 40 semanas de gestación (52).

Aunque un estudio ha demostrado un mayor riesgo de ruptura uterina más allá de las 40 semanas de gestación, otros estudios, incluido el estudio más grande que evalúa este factor, no han encontrado esta asociación (53). Por lo tanto, aunque la probabilidad de éxito puede ser menor en las gestaciones más avanzadas, la edad gestacional

superior a 40 semanas por sí sola no debería excluir el TOLAC.

2.1.14.10. PESO DEL RECIÉN NACIDO

Las mujeres que intentan TOLAC que tienen fetos macrosómicos (definidas como un peso al nacer superior a 4,000g) tienen una probabilidad menor de PVDC que las mujeres que intentan TOLAC con fetos no macrosómicos. Del mismo modo, las mujeres con antecedentes de parto por cesárea debido a distocia tienen una menor probabilidad de PVDC si el peso al nacer actual es mayor que el del embarazo inicial con distocia. Sin embargo, los estudios que examinaron la incidencia de ruptura uterina durante TOLAC con pesos neonatales superiores a 4,000 g han mostrado resultados mixtos. Tres estudios no informaron asociación (54), mientras que un cuarto sugirió un mayor riesgo de ruptura uterina en mujeres sometidas a TOLAC que no habían tenido un parto vaginal previo (riesgo relativo [RR], 2,3; $p < 0,0001$). (55) Sin embargo, estos estudios utilizaron el peso real

al nacer en comparación con el peso fetal estimado, lo que limita la aplicabilidad de estos datos para la toma de decisiones prenatales con respecto al modo de parto (56). No obstante, sigue siendo apropiado que los obstetras u otros proveedores de atención obstétrica y pacientes consideren el peso al nacer pasado y el peso fetal estimado al momento de tomar decisiones con respecto al TOLAC. La sospecha de macrosomía solo no debería impedir ofrecer TOLAC.

2.1.15. RUPTURA UTERINA COMO COMPLICACIÓN DE TOLAC

Se define como la pérdida de continuidad que afecta a todo el espesor de la pared (mucosa y muscular). Su incidencia está directamente relacionada con el tipo de incisión que se realizó en la cesárea previa. Varía de 0.5% en la transversa baja hasta 10% en la corporal vertical, motivo por el cual en esta última está contraindicado el trabajo de parto. Desde el punto de vista anatómico existen diferentes tipos, con secuelas materno-fetales y tratamiento muy diferentes (57).

2.1.15.1. RUPTURA UTERINA COMPLETA

Se trata de una forma poco frecuente, el desgarro afecta al músculo y peritoneo y comunica la cavidad uterina con la abdominal. Cuando la ruptura ocurre antes de la expulsión, las membranas también se rompen y el feto pasa al abdomen; sin embargo, se han descrito algunos casos de ruptura con membranas intactas (57).

2.1.15.2. RUPTURA UTERINA INCOMPLETA

También se conoce como dehiscencia, y a diferencia de la ruptura completa, ésta sólo afecta al miometrio, ya que el peritoneo visceral permanece intacto. Generalmente es asintomática y se detecta de manera fortuita durante la revisión uterina sistemática; al realizar la laparotomía se observa la bolsa amniótica bajo el peritoneo visceral, en donde es posible observar la bolsa amniótica y el feto (57).

Existe otra clasificación de ruptura uterina, en desuso, independientemente que sea completa o incompleta.

- **TOTAL:** Se trata de una forma poco frecuente; en este caso el desgarro muscular no está limitado al segmento, y suele tener una extensión vertical hacia el cuerpo uterino. Es más frecuente en pacientes con antecedente de incisión transversal alta.
- **PARCIAL:** En este caso el desgarro muscular está limitado al segmento, sin afectar el cuerpo uterino. Generalmente suele aparecer en las pacientes con antecedente de incisión transversal baja.

Estas clasificaciones, que son estrictamente anatómicas, no consideran el tamaño de la ruptura ni su extensión en estructuras vecinas (vagina, vejiga, pedículos vasculares), elementos que definen su gravedad.

El cuadro clínico de la ruptura uterina se caracteriza por la siguiente tríada: (58)

- Dolores suprapúbicos continuos, diferentes e independientes de las contracciones uterinas
- Disminución de la intensidad de las contracciones uterinas
- Hemorragia escasa

Otros signos mayores son:

- Estado de choque de la madre
- Anomalías de la frecuencia cardiaca fetal
- Ascenso de la presentación
- Interrupción de la dilatación, a pesar de la actividad uterina normal
- Ausencia de desprendimiento de la placenta

En la práctica, el cuadro clínico suele ser menos llamativo que la descripción clásica. En la mayoría de los casos, los primeros signos son: alteraciones secundarias de la frecuencia cardiaca fetal, en forma de bradicardias o de desaceleraciones variables graves. Los otros signos son más tardíos y la cesárea debe realizarse rápidamente para minimizar las secuelas materno-fetales. (58)

El pronóstico materno es muy distinto según se trate de una ruptura completa o de una incompleta. Generalmente en la ruptura uterina completa el cuadro es grave y requiere laparotomía de urgencia, si la ruptura ocurre antes de la expulsión, el feto suele estar muerto, la placenta desprendida y el útero retraído.

2.1.16. MANEJO INTRAPARTO DE PVDC

Se debe informar a las mujeres que el PVDC planificado debe realizarse en una sala de parto con el personal adecuado y equipado, con atención intraparto continua y monitoreo con recursos disponibles para la cesárea inmediata y la reanimación neonatal avanzada. Las mujeres con un parto no planificado y un historial de cesáreas previas deben tener una conversación con un obstetra con experiencia para determinar la viabilidad de PVDC.

Se debe recomendar a las mujeres que realicen un monitoreo fetal electrónico continuo durante el PVDC planificado, a partir del inicio de las contracciones uterinas regulares.

Debe haber un monitoreo continuo del trabajo de parto para asegurar una identificación rápida del compromiso materno o fetal, distocia del trabajo o ruptura de la cicatriz uterina. En consecuencia, todas las mujeres en trabajo establecido deben recibir: (59)

- Apoyo de atención individualizada
- Acceso intravenoso con hemograma completo y grupo sanguíneo
- Monitorización electrónica fetal continua.
- Monitorización regular de síntomas y signos maternos.
- Evaluación regular (no menos de 4 horas) de su progreso cervicométrico en el trabajo de parto.

2.2. ANTECEDENTES

2.2.1. INTERNACIONALES

Cervantes Ortega, realizó un estudio de casos y controles para Identificar los factores asociados con el éxito o fracaso del parto vaginal en pacientes con labor de parto y antecedente de cesárea en un hospital de Quito, Ecuador durante el 2017. Se incluyeron 163 pacientes, de las cuales 99 fueron el grupo casos y 64 el grupo control, obteniéndose una tasa de 60.74% para el parto vaginal después de una cesárea, los factores que se asociaron con el éxito de parto vaginal fueron, antecedente de parto vaginal, dilatación cervical mayor o igual a 4 cm en el momento del ingreso, los factores que se asociaron con fracaso de parto vaginal fueron, edad materna mayor de 35 años, índice de masa corporal mayor a 30 Kg/m² , edad gestacional mayor a 41 semanas (60).

Sepúlveda Mendoza, realizó un estudio de casos y controles con el objetivo de identificar los factores asociados con el éxito del parto en pacientes con antecedente de cesárea en un hospital regional de Nuevo León, Méjico, durante el año 2013. Se identificaron como factores de éxito de parto en pacientes con

antecedente de cesárea: edad materna (25.1 ± 5.4 vs 24.7 ± 5.5 años, RM 0.967, $p < 0.05$), peso del neonato ($3,253 \pm 389$ vs $3,383 \pm 452$ g, RM 0.99, $p < 0.05$), antecedente de parto (49 vs 18.4%, RM 2.97, $p < 0.05$) e inicio espontáneo del trabajo de parto (90.8 vs 74.1% , RM 3.68, $p < 0.05$). (61)

Madhavi N, y col. en India, 2013; desarrollaron una investigación con la finalidad de precisar las condiciones asociadas a éxito en la prueba de parto vaginal en gestantes con historia reciente de cesárea previa a través de un estudio retrospectivo de casos y controles en 40 gestantes con cesárea anterior en las cuales en 20 se alcanzó culminar el trabajo de parto vaginal en la gestación actual y en 20 no; siendo los factores asociados la menor edad materna ($p < 0.05$); la edad gestacional a término ($p < 0.05$) de la mayoría de las pacientes se encontraba entre 37 y 41 semanas y el antecedente de haber culminado alguna gestación a través de parto vaginal ($p < 0.05$); no se encontró diferencia significativa entre uno y otro grupo en relación a morbilidad neonatal. (62)

Haresh D, y col. en Arabia del 2010; llevaron a cabo un estudio para precisar los factores asociados a éxito en la prueba

de parto vaginal en gestantes con cesárea previa por medio de un diseño de casos y controles en 162 pacientes observando que las características relacionadas con este desenlace favorable fueron: edad materna ($p < 0.05$); control prenatal adecuado ($p < 0.05$); la historia de parto vaginal previo ($p < 0.05$); el peso del neonato ($p < 0.05$) y el periodo intergenésico en meses ($p < 0.05$); por otro lado no se observaron diferencias significativas en relación a los desenlaces neonatales entre los grupos con prueba de parto vaginal exitoso y no exitoso. El éxito de la prueba de trabajo de parto vaginal fue del 75%, con una significancia de $p < 0.001$. (63)

Cuero Vidal y Clavijo Prado, realizaron un estudio de cohorte retrospectivo de mujeres con antecedente de cesárea y embarazo de al menos 37 semanas, que consultaron al Hospital San Juan de Dios de Cali entre (2007 – 2008), con el objetivo de determinar la incidencia y evaluar la capacidad predictiva del puntaje predictor de parto vaginal descrito por Flamm en 1997. Se registró la proporción de parto vaginal en este grupo fue del 20,3%. En conclusión las gestantes con puntajes menores de 4 tuvieron una baja probabilidad de tener un parto vaginal. (64)

2.2.2. NACIONALES

Castillo Oliva realizó una investigación de tipo observacional, analítico, longitudinal, de cohorte retrospectivo para determinar los factores asociados que favorecen el parto vaginal en 853 gestantes a término con cesárea previa, atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Marino Molina Scippa – ESSALUD en el periodo julio 2014 – junio 2016. Concluyó que el antecedente de 3 o más partos vaginales es el factor más importante de parto vaginal en cesárea previa, seguido de antecedente de 2 partos vaginales, antecedente de 1 parto vaginal, peso fetal menor 4000gr al momento del parto, edad gestacional menor de 41 semanas, psicoprofilaxis y membranas íntegras al inicio del trabajo de parto. (65)

Arrunátegui Quispe, en Trujillo del 2015, llevó a cabo un estudio de tipo analítico, observacional, retrospectivo, de casos y controles para determinar los factores predictores para prueba de parto vaginal exitosa en gestantes con cesárea previa en el Hospital de Especialidades Básicas La Noria. La población de estudio estuvo constituida por 90 gestantes con cesárea

anterior los cuales fueron distribuidos en dos grupos: prueba de parto exitosa (30 casos) o fallida (60 controles). El análisis estadístico sobre las variables en estudio como factores asociados fue: 1) antecedente de parto vaginal (OR: 6.41; $p < 0.05$), 2) multiparidad (OR: 2.66; $p < 0.05$), 3) periodo intergenésico óptimo (OR: 2.69; $p < 0.05$), 4) edad materna adecuada (OR: 3; $p < 0.05$). (66)

Vargas A. y col. en el 2013; publicaron un estudio en el cual determinaron si los puntajes de Flamm y Grobman son útiles para predecir el éxito de un parto vaginal en pacientes con cesárea anterior en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Fue un estudio retrospectivo, comparativo. Se comparó el área bajo la curva de ROC, la cual fue 0,79 (IC95% 0,74 a 0,82) para la escala de Flamm y 0,74 (IC95% 0,70 a 0,79) para la escala de Grobman, con diferencia estadística ($p = 0,03$). En la comparación de ambos puntajes, el de Flamm fue mejor predictor aunque ambos puntajes demostraron ser útiles para predecir el éxito de un parto vaginal en pacientes con cesárea anterior. (67)

.Liberato Ramon y Melchor Acevedo, en un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal, identificaron los factores pronóstico y tasa de éxito para un parto vaginal en gestantes con cesárea previa y compararon los factores asociados en relación al parto actual en el Hospital Nacional Docente Madre – Niño “San Bartolomé” en el periodo 2013. Se evaluaron 188 pacientes con cesárea previa. La tasa de éxito fue 68,6 %. Los factores de pronóstico identificados para el parto vaginal fueron: a) contracciones uterinas normales, b) membranas rotas al ingreso, c) trabajo de parto espontáneo, d) Bishop > 6, e) gestaciones > 3, f) peso del recién nacido, g) edad materna. No encontramos complicaciones maternas como ruptura uterina. En el recién nacido se encontró Apgar > 7 al 1´ y 5´. Los periodos intergenesicos > 7 años terminaron en cesárea.

(68)

2.3. HIPÓTESIS GENERAL

Los factores maternos están relacionados a la prueba de parto vaginal exitosa en gestantes con antecedente de cesárea en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante el año 2017.

2.3.1. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

- Los factores sociodemográficos maternos están asociados a la prueba de parto vaginal exitosa en gestantes con antecedente de cesárea en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante el año 2017.
- Los factores clínico obstétricos maternos están asociados a la prueba de parto vaginal exitosa en gestantes con antecedente de cesárea en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante el año 2017.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño del presente estudio es de tipo observacional, descriptivo y de corte transversal.

3.2. ÁMBITO DE ESTUDIO

El estudio se realizó en los servicios de Obstetricia del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati, centro hospitalario público peruano situado en Lima y administrado por EsSalud, uno de los más importantes complejos hospitalarios de la seguridad social del Perú, acreditado en el nivel de Complejidad IV (Categoría III-1).

3.3. POBLACIÓN

Todas las gestantes con una cesárea previa, atendidas en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el año 2017, siendo 1630 pacientes, de las cuales 876 fueron sometidas a prueba de trabajo de parto con autorización mediante firma de

consentimiento informado. De las 876 pacientes, 18 historias clínicas no se encontraban disponibles, 25 historias clínicas estaban incompletas, y 8 no cumplieron con los criterios de inclusión establecidos, como diagnóstico de óbito fetal, por lo tanto 51 historias clínicas fueron excluidas del estudio. Finalmente quedaron 825 pacientes gestantes con antecedente de cesárea sometidas a prueba de parto vaginal.

El primer grupo conformado por 628 pacientes con antecedente de una cesárea que fueron sometidas a trabajo de parto y que culminaron en parto vaginal.

El segundo grupo conformado por 197 pacientes con antecedente de una cesárea que fueron sometidas a trabajo de parto y que culminaron en cesárea repetida.

3.4. Criterios de inclusión

- Paciente con gestación a término.
- Presentación cefálica de vértex.
- Paciente con gestación con feto único confirmado por ecografía.
- Paciente con antecedente de cesárea segmentaria baja.

3.5. Criterios de Exclusión

- Paciente gestante con contraindicaciones para parto vaginal
- Paciente gestante con antecedente de cirugía uterina o ruptura uterina.
- Paciente gestante con embarazo múltiple.
- Paciente gestante diagnosticada con óbito fetal antes del inicio de trabajo de parto
- Paciente gestante cuya historia clínica esté incompleta o no disponible

3.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	TIPO	ESCALA
Prueba de parto vaginal	Corresponde a la continuidad del inicio del trabajo de parto con intención de que este culmine por la vía vaginal en una gestante con cesárea previa.	Prueba Exitosa Prueba Fallida	Culminación de parto por vía vaginal o cesárea	Cualitativa	Nominal
Edad Materna	Tiempo cronológico en años que ha vivido una persona.	Madre adolescente Edad adecuada Madre añosa	Años cumplidos al momento del parto	Cuantitativa	Intervalo
Grado de instrucción de la madre	Ultimo año escolar cursado por la persona donde puede demostrar capacidades cognitivas, aptitudinales, procedimentales.	Analfabeta Primaria Secundaria Superior	Nivel de instrucción de la madre	Cualitativa	Nominal
Estado civil	Situación de las persona determinadas por aspectos de su situación familiar desde el punto de vista del registro civil	Soltera Casada Conviviente Divorciada	Condición social de la mujer con respecto a su pareja sexual	Cualitativa	Nominal
Estado nutricional materno	Resultado entre el aporte nutricional que recibe y sus demandas nutritivas, debiendo permitir la utilización de nutrientes mantener las	Insuficiencia ponderal Normopeso Sobrepeso Obesidad	Indice de Masa corporal	Cuantitativa	Intervalo

	reservas y compensar las pérdidas.				
Paridad	Número de embarazos viables que completo la mujer.	Primípara Múltipara Gran múltipara	Paridad al momento del parto actual.	Cualitativa	Nominal
Controles prenatales	Acciones y procedimientos, sistemáticos o periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la Morbilidad y Mortalidad materna y perinatal.	Adecuados Inadecuados	Número de controles prenatales	Cuantitativa	Intervalo
Periodo intergenésico	Tiempo entre la fecha del último evento obstétrico y el inicio de la siguiente gestación	Corto Adecuado Largo	Tiempo entre el último parto y el actual	Cuantitativa	Numérico
Periodo de dilatación del parto	Momento en el que se dan los cambios cervicales, inicia con las contracciones uterinas efectivas y termina cuando la paciente se encuentra con una dilatación de 10cm	Fase Latente Fase Activa	Dilatación cervical al ingreso	Cuantitativa	Numérico

Uso de oxitócicos	La oxitocina es una hormona que provoca las contracciones del útero. Se puede usar para hacer que comience el trabajo de parto o acelerarlo comenzó de manera espontánea	Sí No	Uso de oxitócicos durante el trabajo de parto actual	Cualitativa	Nominal
Edad Gestacional	Es el período de tiempo comprendido entre la concepción y culminación de la gestación.	Pretérmino A término Postérmino	Edad gestacional en que se presentó el trabajo de parto.	Cuantitativa	Intervalo

3.7. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se tomó información de la base de datos del Sistema de Vigilancia Perinatal del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins y de las historias clínicas de aquellas pacientes que cumplieron los criterios de selección, dicha información se recopiló mediante una ficha de recolección de datos (Ver anexo 1).

Dicha base de datos recopila los datos más importantes de la estancia hospitalaria del paciente. Dentro de ellos datos de la madre, datos de control perinatal, antecedentes obstétricos, enfermedades o condiciones durante el embarazo, entidades obstétricas, estado del feto al ingreso, datos del parto, datos del puerperio, datos del recién nacido, diagnóstico definitivo al egreso y si lo hubiese datos de la defunción

3.8. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La información fue recolectada a partir de la revisión de la base de datos del Sistema de Vigilancia Perinatal identificando a la unidad de análisis poblacional que cumplan con los criterios de selección mencionados, posteriormente se capta las historias clínicas correspondientes al periodo de estudio para recoger los datos

pertinentes correspondientes a las variables en estudio que se consignaron en la ficha de recolección de datos. Se recogió la información de todas las fichas de recolección de datos con la finalidad de elaborar la base de datos respectiva para el presente estudio, con lo cual se procedió a realizar el análisis estadístico.

3.9. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Para todas las variables se determinó las frecuencias y porcentajes. El análisis estadístico incluyó la estimación de proporciones con intervalo de confianza, para lo cual se consideró una confiabilidad de 95%. El cálculo de asociación entre variables cualitativas se realizó a través de la prueba de Chi cuadrado, considerándose significativo si $P < 0.05$. La probabilidad de que ocurra el evento y la probabilidad de que no ocurra se llevó a cabo a través del odds ratio.

3.10. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Durante la aplicación de los instrumentos se respetaran y cumplirán los principios de ética. Sólo fueron tomados de las Historias Clínicas de las pacientes que ingresaron al estudio los datos referentes al objetivo del trabajo y al contenido de la ficha de recolección de datos, manteniendo en reserva cualquier otra información adicional contenida dentro de la historia clínica, protegiendo así, la confidencialidad de las pacientes.

CAPÍTULO IV

DE LOS RESULTADOS

4.1. RESULTADOS

En el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de Lima, durante el año 2017 fueron atendidas 1630 gestantes con antecedente de una cesárea, de las cuales 876 fueron sometidas a prueba de trabajo de parto. Para fines del estudio, se decidió incluir a la población total de gestantes hospitalizadas y registradas según información obtenida a partir de la base de datos del Sistema de Vigilancia Perinatal del HNERM. Finalmente quedaron 825 pacientes gestantes con antecedente de cesárea sometidas a prueba de parto vaginal que cumplieron los criterios de selección.

TABLA N°1
DISTRIBUCIÓN DE GESTANTES CON CESÁREA PREVIA
SEGÚN TIPO DE PARTO EN EL HOSPITAL NACIONAL
EDGARDO REBAGLIATI MARTINS EN EL AÑO 2017

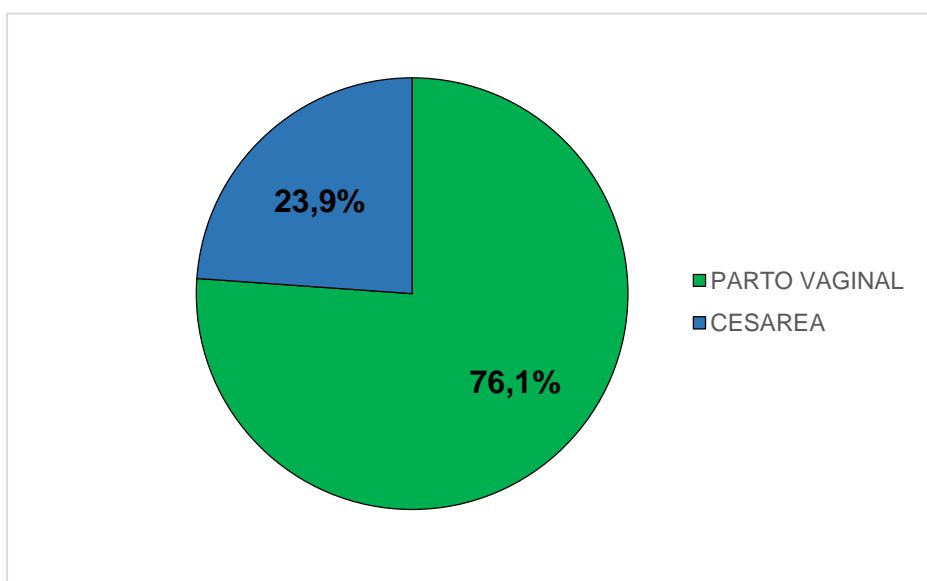
TIPO DE PARTO	FRECUENCIA	
	N°	%
VAGINAL	628	76,1%
CESÁREA	197	23,9%
TOTAL	825	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Descripción: En la tabla 1 se aprecia que 825 gestantes con antecedente de cesárea fueron sometidas a prueba de trabajo de parto, con una tasa de éxito de parto vaginal de 73,1% (n=628) y reintervención en el 26,9% (n=197).

GRÁFICA N°01

**DISTRIBUCIÓN DE GESTANTES CON CESÁREA PREVIA
SEGÚN VÍA FINAL DE PARTO EN EL HOSPITAL NACIONAL
EDGARDO REBAGLIATI MARTINS EN EL AÑO 2017.**



Fuente: Ficha de recolección de datos.

TABLA N°02

DISTRIBUCIÓN SEGÚN GRUPO ETARIO DE GESTANTES CON CESÁREA PREVIA EN EL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS EN EL AÑO 2017

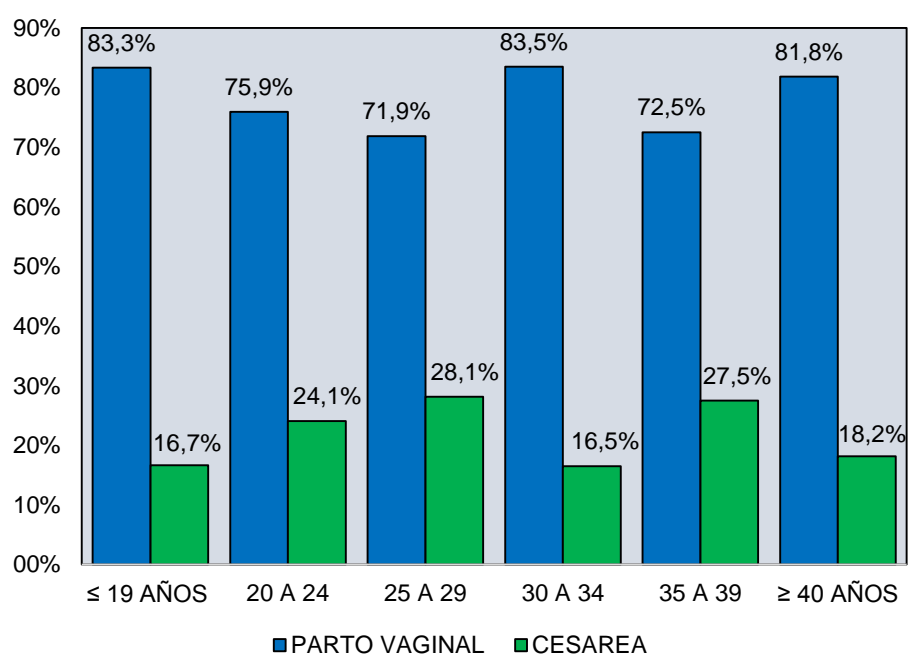
EDAD MATERNA	PARTO VAGINAL		CESÁREA		Chi ²	p
	N°	%	N°	%		
<20 AÑOS	10	83,3%	2	16,7%		
20 A 24	82	75,9%	26	24,1%		
25 A 29	212	71,9%	83	28,1%		
30 A 34	172	83,5%	34	16,5%	11,39	0,054
35 A 39	116	72,5%	44	27,5%		
≥40 AÑOS	36	81,8%	8	18,2%		
TOTAL	628	76,1%	197	23,9%		

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Descripción: En la tabla 2 se aprecia que de los casos estudiados pertenecen en su mayoría al grupo etario de 26 a 30 años con una tasa de éxito de parto vaginal de 71,9% (n=172); el grupo etario de 31 a 35 años con el 83,5% y en el grupo de alto riesgo de 36 a más fue del 72,5% (n=116). No se estableció relación estadísticamente significativa entre la edad y el éxito del trabajo de parto vaginal (p=0,054).

GRÁFICA N°03

DISTRIBUCIÓN SEGÚN GRUPO ETARIO DE GESTANTES CON CESÁREA PREVIA EN EL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS EN EL AÑO 2017



Fuente: Ficha de recolección de datos.

TABLA N°03
DISTRIBUCIÓN SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN DE
GESTANTES CON CESÁREA PREVIA EN EL HOSPITAL
NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS EN EL
AÑO 2017

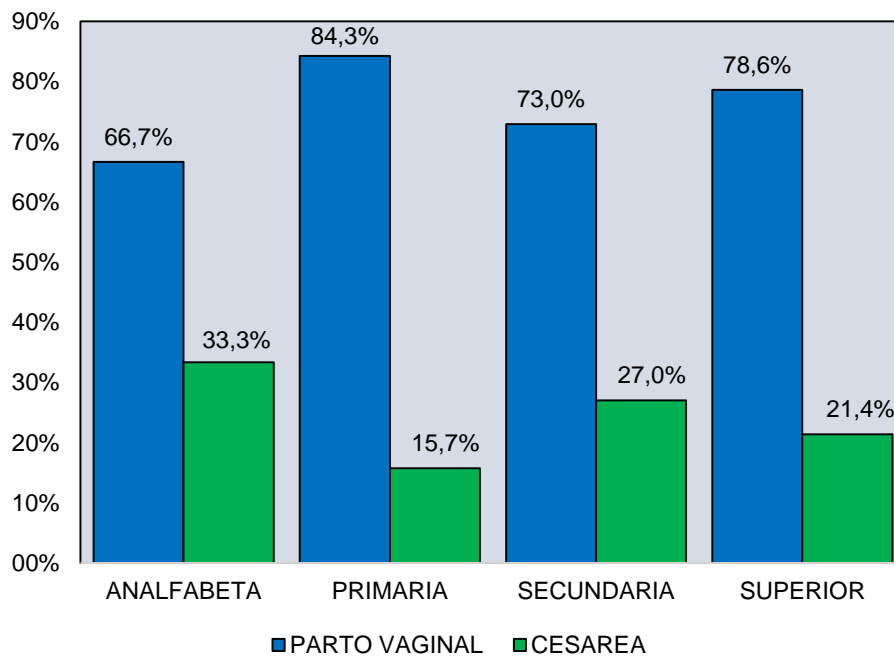
GRADO DE INSTRUCCIÓN	PARTO VAGINAL		CESÁREA		Chi ²	p
	N°	%	N°	%		
ANALFABETA	4	66,7%	2	33,3%		
PRIMARIA	75	84,3%	14	15,7%		
SECUNDARIA	321	73,0%	119	27,0%	6,97	0,072
SUPERIOR	228	78,6%	62	21,4%		
TOTAL	628	76,1%	197	23,9%		

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Descripción: En la tabla 3; se observa en cuanto al grado de instrucción de la población de estudio que mayor proporción se encuentra en el grupo de estudios secundarios con 53,3% (n=440) del total, con una tasa de éxito del 73,0% (n=321) para el parto vaginal. El otro gran grupo está compuesto por las pacientes que cuentan con nivel de educación superior 35,1% (n=290) con una tasa de éxito del 78,6% para el parto vaginal. No se estableció relación estadísticamente significativa entre el grado de instrucción y el éxito del parto vaginal (p=0,072).

GRÁFICA N°03

DISTRIBUCIÓN SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN DE GESTANTES CON CESÁREA PREVIA EN EL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS EN EL AÑO 2017



Fuente: Ficha de recolección de datos

TABLA N°04
DISTRIBUCIÓN SEGÚN ESTADO CIVIL DE GESTANTES
CON CESÁREA PREVIA EN EL HOSPITAL NACIONAL
EDGARDO REBAGLIATI MARTINS EN EL AÑO 2017

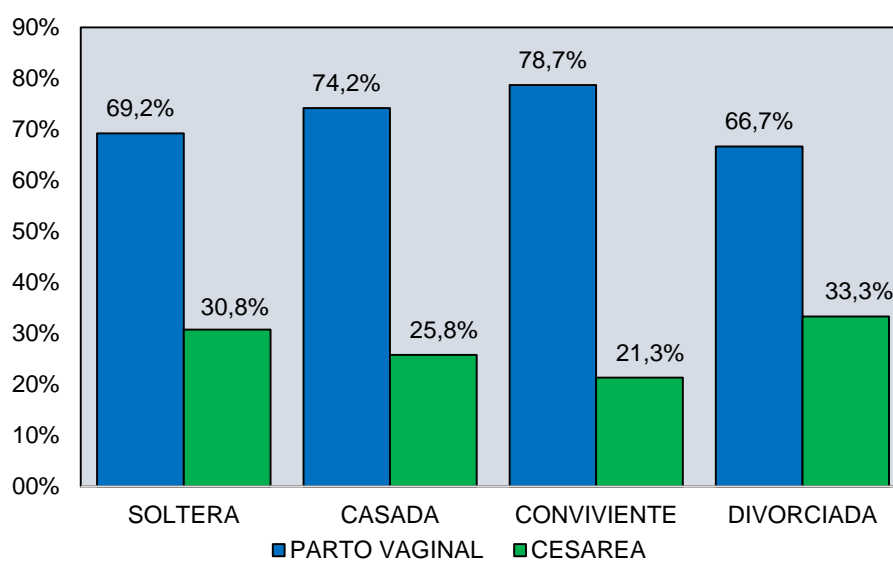
ESTADO CIVIL	PARTO VAGINAL		CESÁREA		Chi ²	P
	N°	%	N°	%		
SOLTERA	27	69,2%	12	30,8%		
CASADA	276	74,2%	96	25,8%		
CONVIVIENTE	321	78,7%	87	21,3%	3,54	0,315
DIVORCIADA	4	66,7%	2	33,3%		
TOTAL	628	76,1%	197	23,9%		

Fuente: Ficha de recolección de datos

Descripción: En la tabla 4, se observa que mayor proporción de la población con un 49,4% (n=408) del total corresponde al estado civil conviviente, y cuenta con una tasa de éxito de 78,7% (n=321) para el parto vaginal, en segundo lugar se encuentra el grupo de las casadas con el 45,1% (n=372) con una tasa de éxito para el parto vaginal del 74,2% (n=276). No se estableció relación estadísticamente significativa entre el estado civil y el éxito del parto vaginal (p=0,315).

GRÁFICA N°04

DISTRIBUCIÓN SEGÚN ESTADO CIVIL DE GESTANTES CON CESÁREA PREVIA EN EL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS EN EL AÑO 2017



Fuente: Ficha de recolección de datos

TABLA N°05
DISTRIBUCIÓN SEGÚN ÍNDICE DE MASA CORPORAL
DE GESTANTES CON CESÁREA PREVIA EN EL
HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI
MARTINS EN EL AÑO 2017

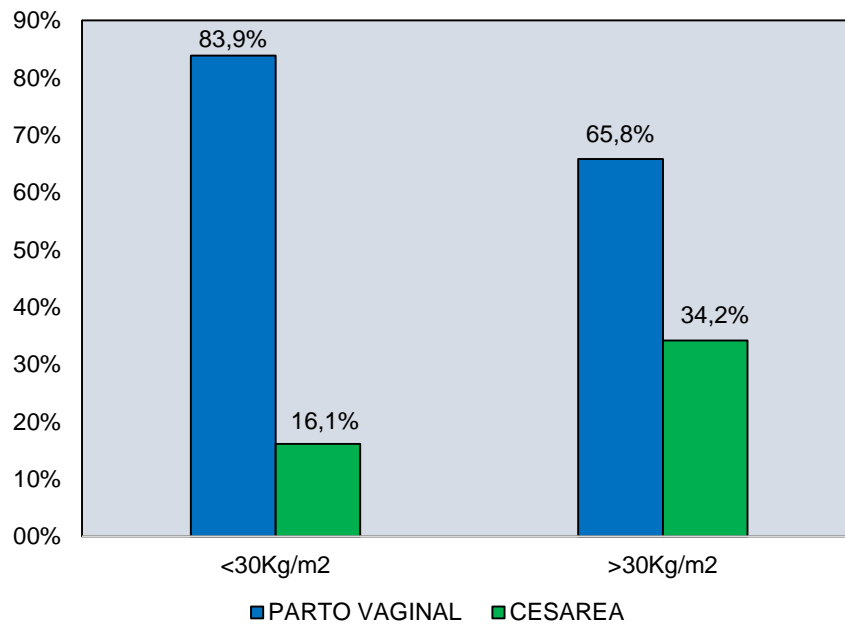
IMC	PARTO VAGINAL		CESÁREA		OR	IC95%	p
	N°	%	N°	%			
<30Kg/m ²	395	83,9%	76	16,1%	2,69	1,94 - 3,75	<0,01
>30Kg/m ²	233	65,8%	111	34,2%	0,49	0,35 - 0,67	
TOTAL	628	76,1%	197	23,9%			

Fuente: Ficha de recolección de datos

Descripción: En la tabla 5 se observa que de los 825 pacientes incluidos en el estudio, el 41,6% (n=344) presentó obesidad, y además en este grupo el 65,8% (n=233) de las pacientes terminó su gestación por vía vaginal. Tener un índice de masa corporal menor a 30Kg/m² presentó una tasa de éxito del 83,9% (n=395) y 2,69 veces más probabilidades de éxito para el parto vaginal (OR 2,69; IC95% 1,94 - 3,75).

GRÁFICA N°05

DISTRIBUCIÓN SEGÚN ÍNDICE DE MASA CORPORAL DE GESTANTES CON CESÁREA PREVIA EN EL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS EN EL AÑO 2017



Fuente: Ficha de recolección de datos

TABLA N°06
DISTRIBUCIÓN SEGÚN PARIDAD DE GESTANTES CON
CESÁREA PREVIA EN EL HOSPITAL NACIONAL
EDGARDO REBAGLIATI MARTINS EN EL AÑO 2017

PARIDAD	PARTO VAGINAL		CESÁREA		Chi ²	p
	N°	%	N°	%		
PRIMÍPARA	332	74,8%	112	25,2%	1,78	0,409
MULTÍPARA	293	77,5%	85	22,5%		
GRAN MULTÍPARA	3	100,0%	0	0,0%		
TOTAL	628	76,1%	197	23,9%		

Fuente: Ficha de recolección de datos

Descripción: En la tabla 6, se observa que el 53,8% (n=444) de gestantes con antecedente de cesárea sometidas a trabajo de parto eran primíparas, con una tasa de éxito del 74,8% (n=332) mientras que la proporción de multíparas fue del 45,8% (n=378) con una tasa de éxito del 77,5% (n=293). No se estableció relación estadísticamente significativa entre la tasa de éxito de parto vaginal y paridad (p=0,409).

TABLA N°07

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN CONTROLES PRENATALES EN
GESTANTES CON CESÁREA PREVIA DEL HOSPITAL NACIONAL
EDGARDO REBAGLIATI MARTINS EN EL AÑO 2017**

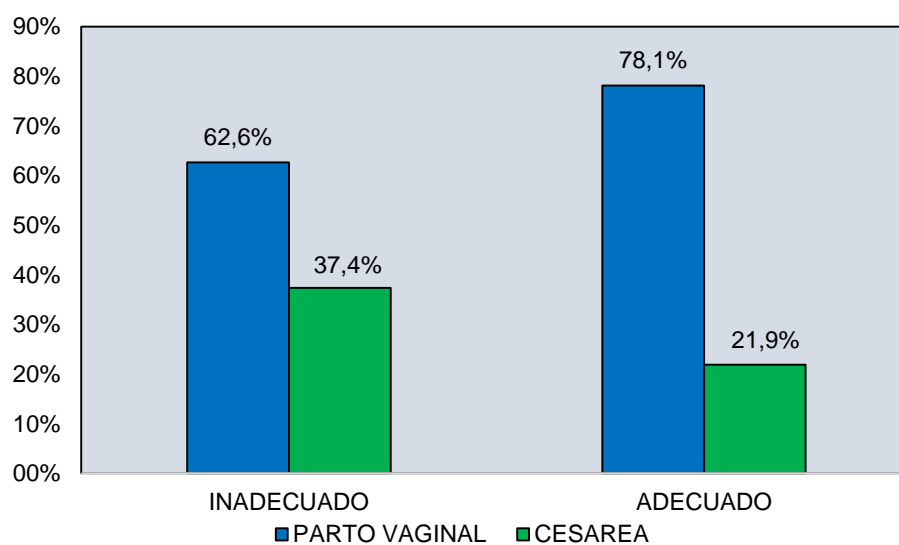
CONTROLES PRENATALES	PARTO VAGINAL		CESÁREA		Chi ²	p
	N°	%	N°	%		
INADECUADO	67	62,6%	40	37,4%		
ADECUADO	561	78,1%	157	21,9%	12,33	<0.01
TOTAL	628	76,1%	197	23,9%		

Fuente: Ficha de recolección de datos

Descripción: En la tabla 7, se aprecia que las gestantes con número de controles prenatales adecuados (6 a más) fueron mayor parte de la población con el 87,0% (n=718) con una tasa de éxito de parto vaginal de 78,1% (n=561), además las pacientes con menos de 6 controles prenatales tuvieron una tasa de éxito del 62,6% (n=67). Se encontró asociación estadísticamente significativa entre ambas variables con un $p < 0,005$.

GRÁFICA N°06

DISTRIBUCIÓN SEGÚN CONTROLES PRENATALES EN GESTANTES CON CESÁREA PREVIA DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS EN EL AÑO 2017



Fuente: Ficha de recolección de datos

TABLA N°08
DISTRIBUCIÓN SEGÚN PERÍODO INTERGENÉSICO EN
GESTANTES CON CESÁREA PREVIA DEL HOSPITAL NACIONAL
EDGARDO REBAGLIATI MARTINS EN EL AÑO 2017

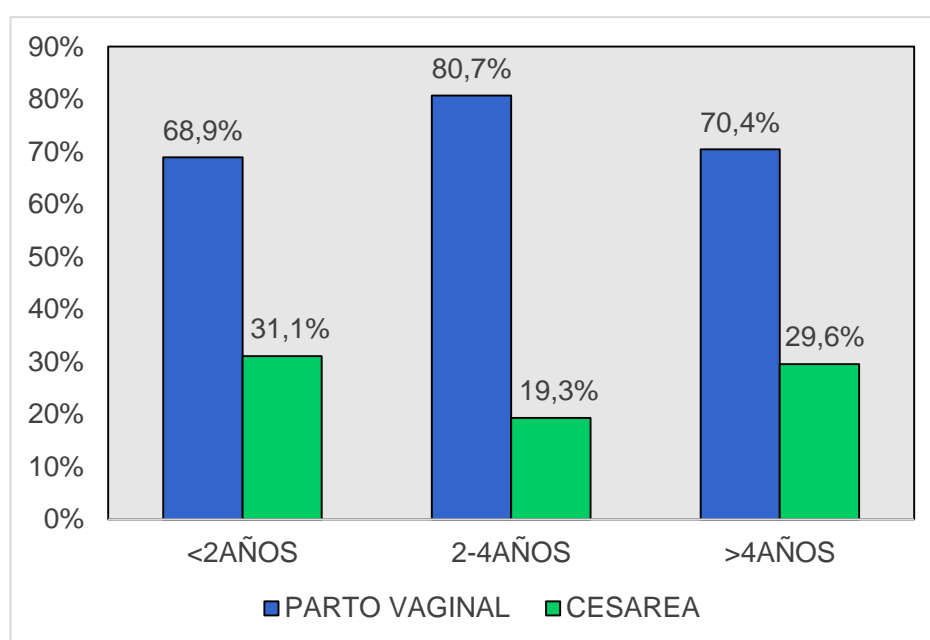
PERIODO INTER GENÉSICO	PARTO VAGINAL		CESÁREA		OR	IC95%	p
	N°	%	N°	%			
<2AÑOS	82	68,9%	37	31,1%	0,53	0,33	0,83
2-4AÑOS	384	80,7%	92	19,3%	1,79	1,30	2,48
>4AÑOS	162	70,4%	68	29,6%	0,57	0,39	0,82
TOTAL	628	76,1%	197	23,9%			

Fuente: Ficha de recolección de datos

Descripción: observamos en la tabla 08, que el periodo intergenésico de 2 a 4 años cuenta con el 57,6% (n=476) de la población, el 27,8% (n=230) pertenece al grupo de periodo intergenésico largo (>4 años) y el 14,4% (n=119) pertenece a menor de 2 años de periodo intergenésico; con tasas de éxito para el parto vaginal de 80,7% (n=384), 70,4% (n=162) y 68,9% (n=82). Además se encontró que las gestantes con periodo intergenésico de 2 a 4 años tienen 1,79 veces más probabilidad de éxito de parto vaginal con un nivel de significancia de $p < 0,01$.

GRÁFICA N°07

DISTRIBUCIÓN SEGÚN PERÍODO INTERGENÉSICO EN GESTANTES CON CESÁREA PREVIA DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS EN EL AÑO 2017



Fuente: Ficha de recolección de datos

TABLA N°09
DISTRIBUCIÓN SEGÚN DILATACIÓN CERVICAL EN GESTANTES
CON CESÁREA PREVIA DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO
REBAGLIATI MARTINS EN EL AÑO 2017

DILATACIÓN CERVICAL DE INGRESO	PARTO VAGINAL		CESÁREA		OR	IC 95%	p	
	N°	%	N°	%				
< 4 cm	185	59,5%	126	40,5%	0,23	0,16	0,32	
≥4 cm	443	86,2%	71	13,8%	4,24	3,03	5,95	<0,01
TOTAL	628	76,1%	197	23,9%				

Fuente: Ficha de recolección de datos

Descripción: En la tabla 9, se observa que las pacientes que llegaron con dilatación cervical de 4 centímetros o más al ingreso fueron el 62,3% (n=514) del total y tuvieron una tasa de éxito del 86,2% (n=443) para el parto vaginal, disminuyendo al 59,5% (n=185) en el grupo de las gestantes que ingresaron con dilatación cervical menor a 4 centímetros. Se encontró que una dilatación cervical al ingreso igual o mayor a 4 centímetros tiene 4 veces más probabilidad de éxito para el parto vaginal (OR; 4.24; IC 95% 3.03-5.95).

TABLA N°10

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN USO DE OXITÓCICOS EN GESTANTES CON
CESÁREA PREVIA EN EL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO
REBAGLIATI MARTINS EN EL AÑO 2017**

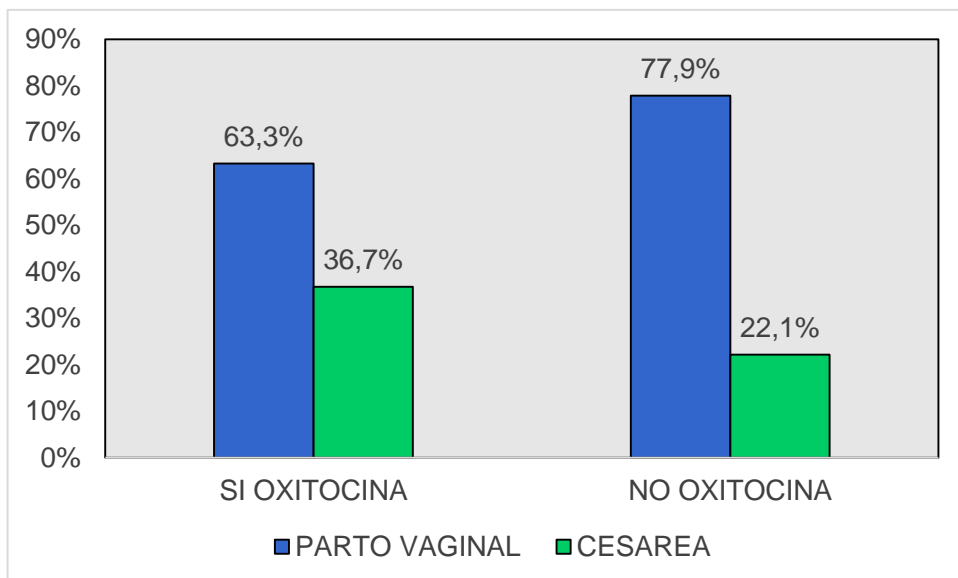
USO DE OXITÓCICOS	PARTO VAGINAL		CESÁREA		Chi ²	p
	N°	%	N°	%		
SI	62	57,4%	46	42,6%	10,11	<0,01
NO	566	78,9%	151	21,1%		
TOTAL	628	76,1%	197	23,9%		

Fuente: Ficha de recolección de datos

Descripción: En la tabla 10, se aprecia que el 13,0% (n=108) de los casos requirieron de oxitocina para inducir o acentuar el trabajo de parto, con una tasa de éxito de parto vaginal del 57,4% (n=62) y el grupo que no recibió oxitócicos con el 78,9% (n=717) tuvo una tasa de éxito del 78,9% (n=566). Se encontró asociación estadísticamente significativa entre el uso de oxitocina y la tasa de éxito para el parto vaginal (p<0,01).

GRAFICA N°09

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN USO DE OXITÓCICOS EN GESTANTES CON
CESÁREA PREVIA EN EL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO
REBAGLIATI MARTINS EN EL AÑO 2017**



Fuente: Ficha de recolección de datos

TABLA N°11

DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD GESTACIONAL EN PACIENTES CON CESÁREA PREVIA EN EL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS EN EL AÑO 2017

EDAD GESTACIONAL	PARTO VAGINAL		CESÁREA		Chi ²	P
	N°	%	N°	%		
40 SEM O MENOS	426	76,3%	132	23,7%	0,047	0,82
>40 SEM	202	75,7%	65	24,3%		
TOTAL	628	76,1%	197	23,9%		

Fuente: Ficha de recolección de datos

Descripción: En la tabla 11, se observa que las pacientes con edad gestacional de menor o igual a 40 semanas fueron el 67,6% (n=558) del total de la población con una tasa de éxito de parto vaginal del 76,3% (n=426), mientras que para los pacientes con edad gestacional mayor a 40 semanas fue 75,7% (n=202). No se encontró asociación significativa entre las variables de estudio (p=0,82).

TABLA N°12

**FACTORES ASOCIADOS A PARTO VAGINAL EXITOSO
GESTANTES CON CESÁREA PREVIA EN EL HOSPITAL NACIONAL
EDGARDO REBAGLIATI MARTINS EN EL AÑO 2017**

FACTOR	PARTO VAGINAL		CESÁREA		OR	IC 95%	p	
	N°	%	N°	%				
IMC <30Kg/m ²	395	62,8%	76	38,5%	2,69	1,94	3,75	<0,01
> 6 CPN	561	89,3%	157	79,7%	2,13	1,38	3,27	<0,01
P.I. DE 2 A 4 AÑOS	384	61,1%	92	46,7%	1,79	1,30	2,48	<0,01
DILATACIÓN CERVICAL ≥4CM	443	70,5%	71	36,0%	4,24	3,03	5,95	<0,01
NO USO DE OXITOCICOS	566	90,1%	151	76,6%	2,78	1,82	4,23	<0,01

Fuente: Ficha de recolección de datos

- Las gestantes con IMC <30Kg/m² tienen 2,69 veces más probabilidad de parto vaginal.
- Las gestantes con número de controles prenatales adecuados tienen 2,13 veces más probabilidad de parto vaginal.
- Las gestantes con periodo intergenésico entre 2 a 4 años tienen 1,79 veces más probabilidad de parto vaginal.
- Las pacientes con dilatación cervical mayor o igual a 4cm al ingreso tienen 4,24 veces más probabilidad de parto vaginal.

- Las pacientes que no recibieron oxitócicos durante el trabajo de parto tienen 2,78 veces más probabilidad de parto vaginal.

4.2. DISCUSIÓN

El número de pruebas de trabajo de parto, ya sea exitosas o fallidas, aumentó significativamente desde que organizaciones internacionales recomendaron fuertemente el parto vaginal después de una cesárea (PVDC), de esta forma se logró una progresiva disminución de la tasa general de cesáreas. Sin embargo, recientemente, se formularon algunas precauciones relacionadas a las complicaciones que pueden ocurrir con el PVDC, como la rotura uterina, y en consecuencia las tasas de PVDC han disminuido. El PVDC se está convirtiendo en una práctica estándar en todos los servicios obstétricos del mundo, estudios previos encontraron que hay mucha variabilidad en el éxito de PVDC, la mayoría estuvieron en un rango de 56% a 80% (29) En este estudio, la tasa de éxito de PVDC fue de 76,1%, lo que es comparable con la mayoría de trabajos consultados y que además, coincide con lo recomendado por la SEGO y RCOG que aconsejan valores en torno al 75% (69).

Nuestro resultado es similar al de Hernandez y col., (2017) en su estudio en España donde reporta una tasa de éxito de PVDC de 72,4%, (70) y al de Rodriguez y col. (2011) en Cuba con una tasa de éxito de

72,9%. (71) Además comparada con los trabajos en América Latina. Romero y colaboradores en su estudio en Argentina hallan un 78%; (72) y estudios en Haití reportan tasas de parto del 73%. (73) Por otra parte, en una revisión sistemática conducida por Guise JM y col., (2010) donde 203 artículos que cumplieron los criterios de inclusión fueron calificados de calidad, mostró un amplio rango para la tasa de PVDC que va de 49 a 87%. (74)

Aunque la tasa de éxito de PVDC del presente estudio concuerda con lo referido en la literatura, es mayor que lo reportado en otros estudios, como en Estados Unidos, que presentó 8,3% en el año 2007 (75) , en México, Sepúlveda y col., (2015) presentan una tasa de 42% (76). En Ecuador, Cervantes DH refiere un 60% de PVDC en el 2017 (77), Nuñez M y col., Paraguay en el 2010 del 12% (78) y Cuero O y col., (2011) en Colombia encontró en su estudio, el 20,3% (64).

A nivel nacional, Zegarra ML en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – Essalud entre el 2001 y 2004 encuentra una tasa de éxito para PVDC de 91,99% (79), en base a los datos obtenidos en este trabajo, como primer punto a destacar que fue realizado en el mismo nosocomio del estudio antes mencionado, observamos que el

parto vaginal poscesárea ha disminuido hasta 76,1% en el año 2017. Esta disminución se puede explicar probablemente por temor de los médicos a las complicaciones, temor a los problemas médico-legales y a la decisión de las pacientes de ir a cesárea de repetición por comodidad o miedo. En otras zonas del Perú el éxito alcanza el 80,1% como se reportó en una tesis realizada en el Hospital agosto Hernández Mendoza de Ica en 2014. (80)

En un trabajo de investigación publicado el 2013 y realizado en el Hospital Nacional Cayetano Heredia de Lima con el objetivo de determinar si los puntajes de Flamm y Grobman son útiles para predecir el éxito de un parto vaginal en pacientes con cesárea anterior, encontraron 46,5% de éxito para parto vaginal (81) en otro trabajo realizado en el Instituto Nacional Materno perinatal de Lima el 2010, con el objetivo de determinar los resultados materno-perinatales de las gestantes con antecedente de una cesárea previa, a quienes se les indicó prueba de trabajo de parto encontraron la tasa de éxito de 65,3% que terminaron en parto vaginal (82), en una tesis publicada el 2015 por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos realizada en el Hospital Nacional Docente Madre – Niño “San Bartolomé” en el periodo 2013, encontraron que la tasa de éxito fue 68,6%. (68).

Estos resultados nos permiten sugerir que es posible el parto vaginal en todas aquellas gestantes con una cesárea previa de acuerdo a un nivel de determinación de riesgo obstétrico y clínico. Estos datos concuerdan con las directrices de la ACOG para intentar según sus estimaciones hasta en un 80% siempre y cuando se siga las instrucciones adecuadas de un riguroso control prenatal y un seguimiento adecuado de calificación del Riesgo Obstétrico (29), situación que probablemente ocurrió en nuestro hospital donde se han tomado las previsiones médicas y obstétricas para la atención de todas las pacientes del estudio.

Lógicamente el éxito del parto vaginal depende de los criterios de inclusión y discriminar quienes son candidatas para parto vaginal además de otros factores dentro de ellos por ejemplo para algunos médicos no tiene mayor importancia la forma en que se incentiva el parto vaginal.

Al encontrar una alta probabilidad de éxito en la prueba, trae consigo ventajas tanto para la paciente como para la institución en donde se realiza el procedimiento; en lo que respecta a la paciente, hay menos probabilidad de complicaciones, es decir, menor riesgo de sufrir

una infección de la herida, dehiscencia de la misma, cuidados de curación, entre otros, para la institución, implica utilización de menos recursos, como anestesia, material quirúrgico, quirófanos, para mencionar algunos, los cuales pueden ser utilizados en aquellas pacientes que tengan indicación absoluta de cesárea.

La mayor parte de las gestantes incluidas en esta investigación tenían entre 25 a 34 años, con tasas de éxito que van de 71,9% a 83,5%, en el grupo de alto riesgo de 35 a 30 años la tasa fue 72,5%. Bujold y col., también informó en su estudio de 14 años, que cubrió a 2493 mujeres, que la edad materna igual o mayor a 35 años en el momento de la prueba de trabajo de parto se asoció con una tasa más baja de parto vaginal exitoso (OR: 0.73,95% IC: 0.56-0.94). (83)

En nuestro estudio sin embargo las gestantes mayores de 40 años tuvieron una tasa de éxito de 81,8%, resultados distintos a los datos de Wing DA que informaron que, las mujeres mayores de 40 años que tuvieron un parto por cesárea anterior tienen un riesgo casi 3 veces mayor de una prueba fallida de trabajo de parto en comparación con las mujeres más jóvenes de 40 años. (84). Algunos autores como Castillo Núñez M y Micek M no encuentran asociación entre edad

materna y éxito de parto vaginal (85, 86), similar al presente estudio que al ejecutar la prueba de Chi cuadrado hallamos un nivel de significancia mayor a 0,05, que nos ayuda a establecer ausencia de relación significativa entre ambas variables. Sería necesaria una muestra más amplia en todos los grupos etarios para poder obtener conclusiones al respecto, lo que es posible en estos tiempos donde las mujeres peruanas han retrasado la edad de su primera y siguientes maternidades desde la última década.

Acerca del grado de Instrucción, en nuestro estudio la mayor parte se encuentra distribuida en el grupo de educación secundaria con el 53,3% del total, con una tasa de éxito del 73,0% para el parto vaginal. El otro gran grupo está compuesto por las pacientes que cuentan con nivel de educación superior 35,1% (n=290) con una tasa de éxito del 78,6% para el parto vaginal. Según estudios como el de Espino EJ, (87) las pacientes atendidas en el Hospital María Auxiliadora en el 2016 que culminaron su gestación con parto vaginal y cesárea previa, el 75% de ellas estudiaron secundaria siendo el mayor porcentaje, similar al estudio de Flores J. (88)

Podríamos sugerir que al tener mayor grado de conocimiento acerca de cuidados de la salud, la incidencia de éxito del PVDC es alta; es decir que un mayor grado de instrucción permitiera a las gestantes una mejor comprensión de los riesgos y beneficios de someterse al parto vaginal, de tal modo que la escolaridad influyera en la toma de decisión de la paciente en la vía final de parto. Sin embargo no se estableció relación estadísticamente significativa entre el grado de instrucción y el éxito del parto vaginal ($p > 0.05$), siendo un factor favorable en la prevención de las patologías y el riesgo de la salud, no es influyente en el PVDC.

El 94.5% (n=780) de las madres gestantes con antecedente de cesárea provienen de una relación estable, donde el 76,5% presenta parto vaginal exitoso. Estos datos guardan semejanza de distribución con el estudio de Zegarra, quien encuentra que los estados civiles conviviente y casado representan el 93,4% de los casos de éxito parto vaginal, y con el de Gil D, donde la unión estable estuvo presente en el 93,5% de PVDC. (80) Sin embargo ninguno de estos trabajos, incluyendo el nuestro, presentaron un grado de significancia estadísticamente válido al someter a la prueba de Chi cuadrado

($p > 0,05$), que manifiesta ausencia de relación etiológica obstétrica de la presencia del PVDC.

Nuestro estudio encontró tasas bajas de éxito PVDC con aumento del IMC materno.. En nuestro estudio el 41,6% ($n=344$) de las gestantes presentó obesidad ($IMC > 30$) al momento del parto, y además en este grupo el 65,8% ($n=233$) tuvo éxito en el parto vaginal, demostrando así tasas menores de PVDC con aumento del IMC materno ajustada a probabilidades altamente significativas ($p < 0,01$). Juhasz y col., también informó de menores posibilidades de éxito de PVDC al aumentar el IMC. Los pacientes obesos tenían casi un 50% menos de probabilidades de tener un PVDC exitoso en comparación con los pacientes con bajo peso, OR: 0.53, intervalo de confianza del 95% 0.29-0.98, $p = .043$ (90). Landon y col., también informaron una tasa de éxito significativamente menor (68,4%) en obesos ($IMC \geq 30$) que no obesos (76,9%) ($p < 0,001$) (43). Esta relación podría explicarse por las complicaciones durante el parto en las gestantes con obesidad, estudios previos demuestran que el riesgo de inducción del parto fue aumentando conforme lo hacía el IMC. Los factores que controlan el retraso en el inicio de las contracciones del parto en las pacientes obesas, no son aún bien conocidos. Algunos autores describen una

dificultad de contracción uterina en las gestantes obesas y otros lo atribuyen a niveles plasmáticos bajos de cortisol en estas gestantes respecto a las de peso normal, lo que reduce la producción de hormona liberadora de corticotropina placentaria, prolongando así el inicio de las contracciones. Además, las mujeres obesas presentan en el tejido adiposo un aumento de estrógenos que produce una disminución de sus niveles plasmáticos y altera la relación estrógeno/progesterona en el plasma materno, enlenteciendo la aparición de la dinámica uterina) (89).

El 53,8% (n=444) de gestantes con antecedente de cesárea sometidas a trabajo de parto eran primíparas, con una tasa de éxito del 74,8% (n=332) mientras que la proporción de múltiparas fue del 45,8% (n=378) con una tasa de éxito del 77,5% (n=293). Entre los factores que favorecen la probabilidad de parto después de una cesárea está el antecedente de parto (87.8% de éxito con parto previo vs 75.6% sin éste) (90). Shanks y col., reportaron una estrecha relación de éxito en pacientes con antecedente de parto, que aumenta proporcionalmente según el número de partos previos (63.3, 87.6, 90.9, 90.6 y 91.6% para 0, 1, 2, 3 y 4 partos, respectivamente) (93). Sin embargo en nuestro estudio no se logró establecer relación estadísticamente significativa

entre la tasa de éxito para el parto vaginal y paridad ($p > 0.05$), debido a que las gestantes con antecedente solo de cesárea corresponden a casi la mitad de la población estudiada, así este factor no se constituyó en un factor que incrementara el éxito en la prueba, ya que tanto las gestantes primíparas y multíparas, en su mayoría tuvieron una prueba de trabajo de parto exitosa. El presente estudio reveló una mayor probabilidad de éxito PVDC entre las mujeres que han tenido al menos un parto vaginal anterior. Nuevamente, un metaanálisis realizado por Guise y col., concluyó que las mujeres con PVDC anteriores tenían de tres a siete veces más probabilidades de tener un PVDC para su parto actual, en comparación con las mujeres que que no habían tenido un parto vaginal anterior (92). Cuando existe el antecedente de parto vaginal tras la cesárea anterior, las posibilidades de parto vaginal alcanzan el 90% y si el antecedente de parto vaginal es anterior a la cesárea, las posibilidades alcanzan el 86,6% (94), afirmándose que el mejor predictor de parto vaginal tras cesárea es el antecedente de parto vaginal tras la cesárea anterior (18). Esto concuerda a lo encontrado en nuestro estudio, donde el 24,4% de la población pertenece al grupo de gestantes con parto vaginal posterior a cesárea, con una tasa de éxito de 85,9%. Se encontró asociación significativa entre el tipo de parto previo y el éxito de parto vaginal ($p < 0,005$). Donde

la gestante con parto vaginal posterior a cesárea tienen 2,06 veces más probabilidades de éxito para el parto vaginal (OR=2,06; IC 95% 1,31-3,24) que aquellas que sólo cuentan con el antecedente de cesárea.

Con respecto a los controles prenatales, aquellas gestantes con un número adecuado de visitas antenatales tuvieron mayor probabilidad de éxito de parto vaginal en comparación con aquellas con menos de 6 controles. Estos resultados son comparables a los de de Seffah JD (100). La alta tasa de éxito registrada en nuestro estudio podría en parte atribuirse asesoramiento prenatal y el suministro de información suficiente. Esta observación basada en criterios de inclusión y la tasa de éxito posterior son muy importantes en la práctica de PVDC en países en vías de desarrollo, donde el monitoreo continuo y adecuado por parte de los profesionales de la salud y específicamente en la población de alto riesgo no es fácilmente alcanzable.

Huang y col., encontraron que un periodo intergenésico menor de 19 meses se asoció con una tasa reducida de éxito de VBAC, pero no un aumento en la ruptura del útero (47). Bujold y col., encontraron que en un intervalo de 24 meses o menos no hubo diferencias en las

tasas de éxito de PVDC (83). En el estudio del Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano (NICHD, por sus siglas en inglés), las mujeres que se sometieron a un PVDC planificado con periodo intergenésico menor de 2 años tuvieron un mayor riesgo de parto por cesárea en comparación con las mujeres de más de 2 años (32% comparado con 25%, respectivamente) (43). Nuestros resultados son comparables a estos estudios ya que encontramos que un intervalo adecuado de 2 a 4 años se asocia con una tasa mayor de éxito de parto vaginal de 80,7%, comparada con 68,9% en intervalos menores de 2 años.

Entre los factores obstétricos, nuestros resultados de probabilidades fueron significativamente altas ($P < 0,01$) para prueba de parto vaginal exitosa con ≥ 4 cm de dilatación cervical en el ingreso, esto han sido consistente con hallazgos obtenidos de los informes publicados por RCOG (Royal College of Obstetricians & Gynaecologists) (27)

La tasa de éxito de PVDC en casos que requirieron el uso oxitocina fue del 78,9%, comparado al 57,4% en los que sí. Esto concuerda con los trabajos de Landon MB (2005) y Edwards MO (2013)

que informaron que la inducción del parto se asoció con una reducción en el parto vaginal exitoso (43, 100).

La RCOG en el año 2015 afirma que el parto inducido aumentó el riesgo de rotura uterina en dos a tres veces y aumentó la tasa de cesárea en aproximadamente 1.5 veces en comparación con los trabajos de parto de inicio espontáneos (29). Guise JM y col., reportan que el 63% de gestantes sometidas a inducción de trabajo de parto terminan en parto vaginal exitoso. (63% con prostaglandinas E2, 62% con oxitocina, 61% con misoprostol. Sólo el 54% de las mujeres inducidas con un catéter de Foley tenían un VBAC (74).

Aziz S y col., (2013) notificó asociación significativa (OR 5.39, 1.61, 18.09 P = .006) para prueba de parto vaginal sin éxito en gestaciones ≥ 40 semanas (101). Otros estudios internacionales como el de Coassolo informó una falla del 31,3% de prueba de parto a las 40 semanas o más, contra el 22% en < 40 semanas (OR 1,36 IC 1,24,1.50) (102). A pesar de que estos autores mantienen la edad gestacional inferior a 40 semanas como un factor positivo para tener un PVDC (103), en el pre-sente trabajo no se ha podido encontrar asociación

estadísticamente significativa entre ambas variables, al igual que en el estudio de Micek et al. (86).

CONCLUSIONES

1. Los factores maternos clínico obstétricos asociados al éxito de prueba de trabajo de parto son: índice de masa corporal menor a 30 Kg/m², periodo intergenésico entre 2-4 años, número de controles prenatales adecuados, dilatación cervical de 4cm o más al ingreso y no usar oxitócicos.
2. La frecuencia de éxito de prueba de trabajo de parto en mujeres con cesárea previa representa el 76,1%.

RECOMENDACIONES

- Realizar investigaciones multicéntricos con mayor población y finalidad analítica para obtener una mayor validez en la determinación de asociaciones y conocer el comportamiento de la tendencia del riesgo expresado por las variables de nuestro estudio en el tiempo con mayor precisión.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Cunningham F, Rivera B. Williams. Obstetricia de Williams (24 ed). México D. F. McGraw-Hill Interamericana; 2017
- 2) Barrena M, Quispe I. Frecuencia e indicaciones del parto por cesárea en un hospital público de Lima en el período Enero 2013 - Diciembre 2017. Tesis para optar por el Título Profesional de Médico Cirujano. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú. 2018
- 3) Sanchez M. Criterios epidemiológicos e indicaciones de cesáreas realizadas en el Hospital Daniel Alcides Carrión III Essalud-Tacna en el año 2012 y 2016. Tesis para optar por el Título Profesional de Médico Cirujano. Universidad Privada de Tacna. Tacna, Perú. 2017
- 4) Little M, Lyerly A, Mitchell L, Armstrong E, Harris L, Kukla R, et al. Mode of delivery: toward responsible inclusion of patient preferences. *Obstet Gynecol* 2008;112:913–8.
- 5) Martínez G, et al. Operación cesárea. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2015;53(5):608-15
- 6) Curtin S, Gregory K, Korst L, Uddin S. Maternal morbidity for vaginal and cesarean deliveries, according to previous cesarean

history: new data from the birth certificate, 2013. Natl Vital Stat Rep. 2015;64(4):1–13.

- 7) Muñoz J, Rosales E, Domínguez G, Serrano C. Operación cesárea: ¿Indicación justificante o preocupación justificada? Ginecol Obstet Mex. 2011;79(2):67-74.
- 8) Macones G, Peipert J, Nelson D, et al. Maternal complications with vaginal birth after cesarean delivery: a multicenter study. Am J Obstet Gynecol 2005;193:1656–62.
- 9) Hamilton B, Martin J, Osterman M. Births: provisional data for 2016. Vital Statistics Rapid Release No 2. Hyattsville (MD): National Center for Health Statistics; 2017.
- 10) Menacker F, Declercq E, Macdorman M. Cesarean delivery: background, trends, and epidemiology. Semin Perinatol 2006;30:235–41.
- 11) Instituto Nacional de Estadísticas e Informática, Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2016 [Sede Web]. Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2017 [acceso 15 de Agosto del 2018]. Disponible en: http://proyectos.inei.gob.pe/endes/images/PPR_2016-I.pdf
- 12) Sachs B, Kobelin C, Castro M. The risks of lowering the cesarean-delivery rate. N Engl J Med 1999;340:54–7.

- 13) Rezai S. Trial of Labor after Cesarean (TOLAC) for Vaginal Birth after Previous Cesarean Section (VBAC) Versus Repeat Cesarean Section; A Review. *Obstetrics & Gynecology International Journal*. 2016;4(6).
- 14) Lydon-Rochelle M, Holt V, Easterling T. Risk of uterine rupture during labor among women with a prior cesarean delivery. *N Engl J Med* 2001;345:3-8
- 15) Gyamfi C, Gabor J, Gyamfi P. Increased Success of Trial of Labor after Previous Vaginal Birth after Cesarean. *Obstet Gynecol* 2004; 104 (4): 715-719.
- 16) Cox KJ (2014) Counseling women with a previous cesarean birth: toward a shared decision-making partnership. *J Midwifery Womens Health*59(3): 237-245.
- 17) Hibbard J, Gilbert S, Landon M, et al. Trial of labor or repeat cesarean delivery in women with morbid obesity and previous cesarean delivery. National Institute of Child Health and Human Development Maternal–Fetal Medicine Units Network. *Obstet Gynecol* 2006;108:125–33.
- 18) Eden KB, McDonagh M, Denman MA, Marshall N, Emeis C, Fu R et al. New insights on vaginal birth after cesarean: can it be predicted? *Obstet Gynecol*. 2010; 116 :967–981.

- 19) Smith GC, Pell JP, Cameron AD, Dobbie R (2002) Risk of perinatal death associated with labor after previous cesarean delivery in uncomplicated term pregnancies. *JAMA* 287(20): 2684-2690.
- 20) Turitz AL, Friedman AM, Gyamfi-Bannerman C (2016) Trial of labor after cesarean versus repeat cesarean in women with small-for-gestational age neonates: a secondary analysis. *J Maternity Fetal Neonatal Med* 29(18): 3051-3055.
- 21) Smith GC, White IR, Pell JP, Dobbie R (2005) Predicting cesarean section and uterine rupture among women attempting vaginal birth after prior cesarean section. *PLoS Med* 2(9): e252.
- 22) French L (2004) Trial of Labor After Cesarean Section Is Relatively Safe. *Am Fam Physician* 70(9): 1761-1762.
- 23) Studsgaard A, Skorstengaard M, Glavind J, Hvidman L, Uldbjerg N (2013) Trial of labor compared to repeat cesarean section in women with no other risk factors than a prior cesarean delivery. *Acta Obstet Gynecolgy Scand* 92(11): 1256-1263.
- 24) Wells CE, Cunningham FG (2015) Choosing The Route of Delivery After Cesarean Birth. *Up to Date*.

- 25) Dodd JM, Crowther CA, Huertas E, Guise JM, Horey D. Planned elective repeat caesarean section versus planned vaginal birth for women with a previous caesarean birth. Cochrane Database Syst Rev 2004;(4):CD004224.
- 26) Dodd JM, Crowther CA. Elective repeat caesarean section versus induction of labour for women with a previous caesarean birth. Cochrane Database Syst Rev 2012;(5):CD004906.
- 27) Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Birth after previous caesarean birth: Green-Top Guideline No. 45. London (UK): RCOG; 2015 [Citado 2017 Feb 10]. Disponible en:

https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg_45.pdf
- 28) National Institute for Health and Clinical Excellence. Caesarean section. NICE clinical guideline 132. Manchester: NICE; 2011.
- 29) American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice bulletin no. 115: Vaginal birth after previous cesarean delivery. Obstet Gynecol 2010;116:450–63.
- 30) Cunningham FG, Bangdiwala SI, Brown SS, Dean TM, Frederiksen M, Rowland Hogue CJ, et al. NIH consensus development conference draft statement on vaginal birth after

cesarean: new insights. NIH Consens State Sci Statements 2010;27(3).

- 31) Al Qahtani NH, Al Hajeri F. Pregnancy outcome and fertility after complete uterine rupture: a report of 20 pregnancies and a review of literature. Arch Gynecol Obstet 2011;284:1123–6.
- 32) Chibber R, El-Saleh E, Al Fadhli R, Al Jassar W, Al Harmi J. Uterine rupture and subsequent pregnancy outcome – how safe is it? A 25-year study. J Matern Fetal Neonatal Med 2010;23:421–4.
- 33) Reyes-Ceja L, Cabrera R, Insfran E, Herrera-Lasso F. Pregnancy following previous uterine rupture. Study of 19 patients. Obstet Gynecol 1969;34:387–9.
- 34) Naef RW 3rd, Ray MA, Chauhan SP, Roach H, Blake PG, Martin JN Jr. Trial of labor after cesarean delivery with a lower-segment, vertical uterine incision: is it safe? Am J Obstet Gynecol 1995;172:1666–73; discussion 1673–4.
- 35) Rovio PH, Heinonen PK. Pregnancy outcomes after transvaginal myomectomy by colpotomy. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2012;161:130–3.

- 36) Srinivas SK, Stamilio DM, Stevens EJ, Odibo AO, Peipert JF, Macones GA. Predicting failure of a vaginal birth attempt after cesarean delivery. *Obstet Gynecol.* 2007;109:800–5.
- 37) Gurol-Urganci I, Cromwell DA, Edozien LC, Smith GC, Onwere C, Mahmood TA. Risk of placenta previa in second birth after first birth cesarean section: a populationbased study and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth* 2011;11:95.
- 38) Lindo M, Paredes A, Zea C, Cienfuegos H. Parto vaginal en cesareada anterior: Experiencia de 4 años en un hospital del Seguro Social. *Rev Per GinecolObstet* 2004; 50: 217-222.
- 39) Lavin A. Vaginal delivery in patients with it prior cesarean section. *Obstet Gynecol* 1982; 59: 135-9.
- 40) Castillo M, Arenas J, Muñoz P, Santos M, López P, Castaño L. Factores relacionados con la vía de parto tras cesárea anterior. *ClinInvest GinObst.* 2009;36(4):122–126
- 41) Bujold E, Hammoud A, Schild C. The role of maternal body mass index in outcomes of vaginal births after cesarean. *Am J Obstet Gynecol* 2005;193:1517–21.
- 42) Mercer BM, Gilbert S, Landon MB. Resultados laborales con el aumento de número de partos vaginales después de una cesárea. *Obstet Gynecol* 2008; 111: 285-291.

- 43) Landon MB, Leindecker S, Spong CY, Hauth JC, Bloom S, Varner MW. National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. The MFMU Cesarean Registry: factors affecting the success of trial of labor after previous cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2005;193:1016–23.
- 44) Grivell RM, Barreto MP, Dodd JM. The influence of intrapartum factors on risk of uterine rupture and successful vaginal birth after cesarean delivery. *Clin Perinatol* 2011;38:265–75.
- 45) Vargas A, Lévano J, Lazo M. Parto vaginal después de una cesárea, aplicando un puntaje al momento del ingreso en un hospital. *Revperu ginecolobstet.* 2013;59: 261-266.
- 46) Welischar J, Quirk J. Trial of labor after cesarean delivery. In: UpToDate, Lockwood, C (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2014.
- 47) Huang W, Nakashima D, Rumney P, et al. Interdelivery interval and the success of vaginal birth after cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2002;99:41-44.
- 48) Mc Donagh M, Osterweil P, Guise J. The benefits and risks of inducing labour in patients with prior caesarean delivery: a systematic review. *BJOG* 2005;112:1007-1015.

- 49) Landon M, Hauth J, Leveno K. Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. *N Engl J Med* 2004;351:2581-2589.
- 50) Goetzl L, Shipp T, Cohen A. Oxytocin dose and the risk of uterine rupture in trial of labor after cesarean. *Obstet Gynecol* 2001;97:381-384.
- 51) American College of Obstetricians and Gynecologists. Induction of labor with misoprostol. ACOG Committee Opinion #228, American College of Obstetricians and Gynecologists, Washington, DC 1999.
- 52) Kiran T, Chui Y, Bethel J, Bhal PS. Is gestational age an independent variable affecting uterine scar rupture rates? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2006;126: 68–71.
- 53) Coassolo K, Stamilio D, Pare E. Safety and efficacy of vaginal birth after cesarean attempts at or beyond 40 weeks of gestation. *Obstet Gynecol* 2005;106:700–6.
- 54) Zelop C, Shipp T, Cohen A. Trial of labor after 40 weeks' gestation in women with prior cesarean. *Obstet Gynecol* 2001;97:391–3.

- 55) Elkousy M, Sammel M, Stevens E. The effect of birth weight on vaginal birth after cesarean delivery success rates. *Am J Obstet Gynecol* 2003;188:824–30.
- 56) Chauhan S, Grobman W, Gherman R, Chauhan VB, Chang G, Magann EF, et al. Suspicion and treatment of the macrosomic fetus: a review. *Am J Obstet Gynecol* 2005;193:332–46.
- 57) Shipp T, Zelop C, Repke J. Intrapartum uterine rupture and dehiscence in patients with prior lower uterine segment vertical and transverse incisions. *Obstet Gynecol* 1999;94:735-740.
- 58) Leung A, Leung E, Paul R. Uterine rupture after previous cesarean delivery: maternal and fetal consequences. *Am J Obstet Gynecol* 1993;169:945-950.
- 59) Durnwald C, Rouse D, Leveno K. The Maternal-Fetal Medicine Units Cesarean Registry: safety and efficacy of a trial of labor in preterm pregnancy after a prior cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2006;195:1119-1126.
- 60) Cervantes Ortega D. Factores asociados con el éxito o fracaso del parto cefalovaginal posterior a una cesárea, en el Hospital Gíneco Obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi, durante el período Junio 2016 – Junio 2017. Tesis para optar por

el Título Profesional de Médico Cirujano. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Quito, Ecuador. 2017.

- 61) Sepúlveda Mendoza DL, Galván Caudillo M, Soto Fuenzalida G, Méndez-Lozano D. Factores asociados con éxito en el parto de mujeres con antecedente de cesárea. *Ginecol Obstet Mex* 2015;83:743-749.
- 62) Madhavi N, Venkata V, Sapna M. Factors Associated with Successful Vaginal Birth after Caeserean. *Global Journal of Medical research Gynecology*. 2013; 13(2): 21-28.
- 63) Hareesh D, Rohit J, Aarti V. Prognostic factors for successful vaginal birth after cesarean section - Analysis of 162 cases. *J Obstet Gynecol India*. 2010; 60 (6):498 – 502.
- 64) Cuero Vidal O, Clavijo Prado C. Parto vaginal después de una cesárea previa, Hospital San Juan de Dios, Cali (Colombia). Estudio de cohorte. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 2011;62:148-154
- 65) Castillo Oliva L. Factores predictores de parto vaginal en cesárea previa. Tesis para optar el grado de maestro en medicina con mención en Ginecología y Obstetricia. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú. 2017

- 66) Arrunátegui Quispe G. Factores predictores para prueba de parto vaginal exitosa en gestantes con cesárea previa en el Hospital de Especialidades Básicas la Noria. Tesis para optar el Título de Médico Cirujano. Universidad Privada Antenor Orrego. Trujillo, Perú. 2015.
- 67) Vargas Juscamaita A, Lévano Castro J, Lazo Porra M. Parto vaginal después de una cesárea, aplicando un puntaje al momento del ingreso en un hospital. Rev peru ginecol obstet. 2013;59: 261-266
- 68) Liberato CS, Melchor JC. Parto vaginal después de una cesárea previa en el Hospital San Bartolomé en el periodo 2013. Tesis para optar el grado de Médico Cirujano. 2015.
- 69) Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Protocolos Asistenciales en Obstetricia. Parto vaginal tras cesárea [Internet]. 2010 [citado 2018 Jun 10]. Disponible en: <http://www.prosego.com>.
- 70) Hernandez J. Factores asociados con éxito de parto vaginal en mujeres con cesárea previa. Estudio trasnversal descriptivo. Nure Inv. 2017;14(89)

- 71) Rodríguez G, León I, Segura A, Atienza AM. Parto vaginal en pacientes con cesárea anterior. Rev Cub Med Mil 2011, vol.40 no.3-4
- 72) Romero A, Arce R, Lind S, Bazan C. prueba de trabado de parto en pacientes con antecedente de cesárea previa. Revista de Posgrado de Vía Cátedra de Medicina 2004:12-6.
- 73) Vergara Reina R, Acosta Pérez M. Experiencias en el parto vaginal poscesárea en un hospital haitiano. Rev Cubana Obstet Ginecol 2003;29(1).
- 74) Guise JM, Eden K, Emeis C, Denman MA, Marshall N, Fu R, et al. Vaginal Birth After Cesarean: New Insights. Evidence Reports/ Technology Assessments, No. 191. Rockville, Maryland, USA: Agency for Healthcare Research and Quality; 2010.
- 75) Macdorman M, Declercq E, Menacker F. Recent Trends and Patterns in Cesarean and Vaginal Birth After Cesarean (VBAC) Deliveries in the United States. Clin Perinatol 38 (2011) 179–192
- 76) Albino SF. Factores asociados con éxito en el parto de mujeres con antecedente de cesárea. Ginecol Obstet Mex 2015;83:743-749.

- 77) Factores asociados con el éxito o fracaso del parto cefalovaginal posterior a una cesárea, en el Hospital Gineco Obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi, durante el período Junio 2016 – Junio 2017.
- 78) Nuñez M, Orquiola L, Aparicio C. Prevalencia de Parto Vaginal en Pacientes con Cesárea Previa. Rev. Nac. (Itauguá) 2010; 2(2): 30-34.
- 79) Zegarra ML. Parto vaginal en cesareada anterior en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el periodo 2001-2004. Tesis para optar el grado de Médico Cirujano. 2005
- 80) Gil DC. Parto vaginal en gestantes con cesárea previa en el Hospital Augusto Hernández Mendoza de Ica en el periodo de Enero a Diciembre del 2004. Tesis para optar el grado de Médico Cirujano. 2015
- 81) Anny VJ, José LC, MaríaLP. Parto vaginal después de una cesarea, aplicando un puntaje al momento de ingreso en un Hospital. Rev peru ginecol obstet. 2013;59: 261-266.
- 82) Erasmo HT, Diana PH. Prueba de trabajo de parto en cesareada anterior. Rev Per Ginecol Obstet. 2010; 56: 284-288
- 83) Bujold E, Hammoud AO, Hendler I, Berman S, Blackwell SC, et al. (2004) Trial of labor in patients with previous cesarean

section: does maternal age influence outcome? Am J Obstet Gynecol 190: 1113-1118.

- 84) Wing DA, Lovett K, Paul RH (1998) Disruption of prior uterine incision following misoprostol for labor induction in women with previous cesarean delivery. Obstet Gynecol 91(5 Pt 2): 828-830.
- 85) Castillo Núñez M, Arenas Ramírez J, Muñoz Oreña P, Santos Santos M, López Cañal P, Castaño Montón L. Factores relacionados con la vía de parto tras cesárea anterior. Clin Invest Gin Obstet. 2009;36(4):122-126. doi: 10.1016/j.gine.2009.01.002.
- 86) Micek M, Kosinska-Kaczynska K, Godek B, Krowicka M, Szymusik I, Wielgos M. Birth after a previous cesarean section – what is most important in making a decision? Neuro Endocrinol Lett. 2014;35(8):718-23. PMID:25702301 [PubMed – indexed for MEDLINE]
- 87) Espino EJ. Complicaciones materno – neonatales en pacientes con Parto vaginal luego de cesárea previa en el Hospital María Auxiliadora en el año 2016. Tesis para optar el grado de Obstetra 2015
- 88) Flores JF. Efectos maternos perinatales del parto vaginal en cesareada anterior con periodo intergenesico corto en el

Hospital regional de Loreto en el periodo Enero 2013 a Diciembre 2014. Tesis para optar el grado de Médico Cirujano. 2015

- 89) Obando JA. Complicaciones materno neonatales de la cesárea electiva versus parto vaginal en pacientes con cesárea previa atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2015. Tesis para optar el grado de Obstetra. 2016
- 90) Juhasz G, Gyamfi C, Gyamfi P, Tocce K, Stone JL. Effect of body mass index and excessive weight gain on success of vaginal birth after cesarean delivery. *Obstet Gynecol.* 2005;106(4):741–6. [PubMed]
- 91) De la Calle M, Armijo O, Martin E, Sancha M, Magdaleno F, Omeñaca F. Sobrepeso y obesidad pregestacional como factor de riesgo de cesárea y complicaciones perinatales. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2009; 74(4): 233 – 238.
- 92) Guise J, Berlin M, Mcdonagh M, Osterweil P, Chan B, Helfand M. Safety of vaginal birth after cesarean : a systematic review. *Obstet Gynecol* 2002;103:420-9.
- 93) Shanks AL, Cahill AG. Delivery after prior cesarean: success rate and factors. *Clin Perinatol* 2011;38:233-45

- 94) Hospital Clínica de Barcelona. Servicio de Medicina Materno fetal. Protocolos Medicina Fetal Perinatal. Asistencia a la gestante en sala de partos. 2012
- 95) Bangal VB, Giri PA, Shinde KK, Gayhane SP. vaginal Birth after Cesarean Section. N Am J Med Sci. 2013 Feb; 5(2): 140–144.
- 96) Hoskins IA, Gomez JL. Correlation between maximum cervical dilatation at cesarean delivery and subsequent vaginal birth after cesarean delivery. Obstet Gynecol. 1997 Apr;89(4):591-3.
- 97) Rosen MG, Dickinson JC, Westhoff CL (1991) Vaginal birth after cesarean: a meta-analysis of morbidity and mortality. Obstet Gynecol 77(3): 465- 70.
- 98) Seffa JD, Adu-Bonsaffoh K. Vaginal birth after a previous caesarean section: current trends and outlook in Ghana. J West Afr Coll Surg. 2014 Apr-Jun; 4(2): 1–25.
- 99) Bujold E, Mehta SH, Bujold C, et al. Interdelivery Interval and Uterine Rupture. Am J Obstet Gynecol 2002; 187(5):1199-202.
- 100) Edwards MO, Kotecha SJ, Kotecha S. Respiratory Distress of the Term Newborn Infant. Paediatr Respir Rev 2013; 14(1):29-36..

- 101) Aziz S. Obstetric factors for unsuccessful trial of labor in second-order birth following previous cesarean. *Ann Saudi Med.* 2013 Jul-Aug; 33(4): 356–362.
- 102) Coassolo KM, Macones G. Seguridad y eficacia del parto vaginal después de una cesárea a las 40 o más semanas de gestación. Universidad de Pensilvania en Filadelfia, EEUU. *Obstet Gynecol* 2003; 156(1): 57-60.
- 103) Crispín Milart P, Frías Aldeguer L, Adiego Burgos B, Gozalo Marcos N, Cerdeira San Miguel D, Albi González M. Parto vaginal tras cesárea. Tasas de éxito y factores relacionados [Internet]. Sevilla: Congreso Nacional Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO); 2011 [Citado el 17 de Febrero de 2018]. Disponible en: http://www.sego.es/Content/pdf/CONGRESO_SEVILLA_2011/POSTERS/1307.pdf.

ANEXOS

ANEXO N° 01

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

“FACTORES ASOCIADOS CON EL ÉXITO DE PRUEBA DE TRABAJO DE PARTO EN MUJERES CON CESÁREA PREVIA EN EL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS EN EL AÑO 2017”

N° DE HISTORIA CLÍNICA:

AUTOGENERADO:

1. **Prueba para parto vaginal:** a) Exitosa b) Fallida

2. **Edad Materna de pacientes con antecedente de cesárea sometidas a parto vaginal:**
 - a. Menor a 20 años
 - b. De 20 a 24 años
 - c. De 25 a 29 años
 - d. De 30 a 24 años
 - e. De 35 a 39 años
 - f. 40 años o más

3. **Peso de pacientes con antecedente de cesárea sometidas a parto vaginal:**

4. **Talla de pacientes con antecedente de cesárea sometidas a parto vaginal:**

5. **Grado de instrucción de pacientes con antecedente de cesárea sometidas a parto vaginal:**
 - a. Analfabeta
 - b. Primaria
 - c. Secundaria
 - d. Superior

6. Estado Civil de pacientes con antecedente de cesárea sometidas a parto vaginal:

- a. Soltera
- b. Casada
- c. Conviviente
- d. Divorcionada
- e. Viuda

7. Paridad de pacientes con antecedente de cesárea sometidas a parto vaginal:

- a. Primípara
- b. Multípara
- c. Gran Multípara

8. Indicaciones de cesárea anterior de pacientes sometidas a parto vaginal:

- a. Trabajo de parto disfuncional
- b. Sufrimiento fetal
- c. Presentación Podálica
- d. Macrosomía fetal
- e. Ruptura Prematura de Membranas
- f. Distocia funicular
- g. Situación transversa
- h. Otro:.....

9. Indicación de cesárea actual en pacientes sometidas a parto vaginal:

.....

10. Tipo de parto previo en pacientes con antecedente de cesárea sometidas a parto vaginal:

- a. Gestante con antecedente de cesárea
- b. Gestante con antecedente de cesárea y parto vaginal previo a la cesárea;
- c. Gestante con antecedente de cesárea y parto vaginal posterior a la cesárea
- d. Gestante con antecedente de cesárea y parto vaginal anterior y posterior a la cesárea.

11. Número de Controles Prenatales

- a. Inadecuado (<6)
- b. Adecuado (6 o más)

12. Periodo intergenésico

- a. <2 años
- b. 2-4 años
- c. ≥ 4 años

13. Dilatación cervical al ingreso en pacientes con antecedente de cesárea sometidas a parto vaginal:

- a. < 4 cm
- b. ≥ 4 cm

14. Uso de oxitócicos durante el parto en pacientes con antecedente de cesárea sometidas a parto vaginal:

- a. Sí
- b. NO

15. Edad Gestacional en pacientes con antecedente de cesárea sometidas a parto vaginal:

- a. ≤ 40 semanas
- b. > 40 semanas

16. Peso del Recién Nacido de pacientes con antecedente de cesárea sometidas a parto vaginal:

- a. < 2500 gramos
- b. 2500 a 3999 gramos
- c. ≥ 4000 gramos

17. Puntaje APGAR a los 5 minutos de los recién nacidos de pacientes con antecedente de cesárea sometidas a parto vaginal:

- a. Apgar 1-3 puntos
- b. Apgar 4-6 puntos
- c. Apgar ≥7 puntos

18. Complicaciones maternas en pacientes con antecedente de cesárea sometidas a parto vaginal:

.....