

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Medicina Humana

PARTO VAGINAL EN GESTANTES CON CESÁREA PREVIA:
HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA DE ICA,
PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2014

TESIS

Presentada por:

Bach. Dayana Carolina Gil Clares

Para optar el Título Profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

TACNA - PERÚ

2015

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN – TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Medicina Humana

**“PARTO VAGINAL EN GESTANTES CON CESÁREA PREVIA:
HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA DE ICA,
PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2014”**

TESIS

Presentado por:

BACH. DAYANA CAROLINA GIL CLARES

Para optar el Título Profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

Aprobado por _____, ante el siguiente jurado:



Dr. Claudio Ramírez Atencio
Presidente



Mgr. Alberto Saúl Flor Chávez
Jurado



Dr. Jaime Miranda Benavente
Jurado



Mgr. Jaime Vargas Zeballos
Asesor

DEDICATORIA

A Dios quien guió mi camino, especialmente a mi madre quien siempre me apoyo incondicionalmente y a mis hermanos quienes me brindaron su comprensión y apoyo en todo el transcurso de mi carrera y de mi vida.

AGRADECIMIENTOS

A mis maestros, por sus ganas de enseñar, supieron inculcar en mí el deseo de ser mejor cada día.

A mi madre quien a lo largo de toda mi vida ha apoyado y motivado mi formación académica.

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTOS	
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCION	1
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1. Descripción del problema	4
1.2. Formulación del problema	10
1.3. Justificación	11
1.4. Objetivos	13
CAPITULO II: MARCO TEORICO	
2.1. Fundamentación	15
2.2. Antecedentes del estudio	59
2.3. Hipótesis	66
CAPITULO III: MARCO METOLOGICO	
3.1. Tipo y Diseño de la investigación	67
3.2. Población de estudio	67
3.3. Unidad de análisis	68
3.4. Variables y operacionalización de las variables	70
3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	73

CAPITULO IV: DE LOS RESULTADOS

4.1. Resultados	76
4.2. Discusión	105

CONCLUSIONES	139
---------------------	-----

RECOMENDACIONES	141
------------------------	-----

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	142
-----------------------------------	-----

ANEXOS	155
---------------	-----

RESUMEN

El objetivo del estudio es determinar los factores asociados al parto vaginal y determinar las principales complicaciones de las gestantes con antecedente de cesárea, sometidas a parto vaginal (PVDC) en el Hospital Augusto Hernández Mendoza de Ica-2014. Se hizo un estudio Analítico, observacional, retrospectivo y transversal, mediante revisión de historias clínicas de 156 gestantes con cesárea anterior. Se excluyó a las mujeres que tenían contraindicación absoluta para parto vaginal. Se llegó a las siguientes conclusiones: La frecuencia de parto vaginal en gestantes con cesárea previa representa el 80,1%. Los factores maternos asociados a parto vaginal son: control prenatal adecuado, periodo intergenésico entre 2-4 años, antecedente de parto vaginal tras cesárea anterior, edad gestacional menor de 40 semanas, no usar oxitócicos y no haber tenido como antecedente de su última cesárea trabajo de parto disfuncional. Los factores neonatales asociados a parto vaginal: peso menor a 4000g.

PALABRAS CLAVE: *Cesareada anterior, parto vaginal, factores asociados y complicación.*

ABSTRACT

The aim of the study is to determine the factors associated with vaginal delivery and identify major complications of pregnant women with previous cesarean section, subjected to vaginal delivery (VBAC) in the Augusto Mendoza Hernández Hospital of Ica-2014. An Analytical, observational, retrospective and cross-sectional study was done by reviewing medical records of 156 pregnant women with previous cesarean. We excluded women who had absolute contraindication to vaginal delivery. He reached the following conclusions: The frequency of vaginal delivery in pregnant women with previous cesarean represents 80.1%. Maternal factors associated with vaginal delivery are: adequate prenatal care, birth period between 2-4 years, history of vaginal birth after previous cesarean delivery, gestational age less than 40 weeks, do not use oxytocin and not having as background to his latest work cesarean of dysfunctional labor. The neonatal factors associated with vaginal delivery: weight less than 4000g.

KEYWORD: *Previous cesarean, vaginal duck, associated factors and complications.*

INTRODUCCIÓN

Desde la primera operación cesárea descrita en el año 1610, se ha ido perfeccionando la técnica y disminuyendo vertiginosamente las tasas de mortalidad materna, así como se ha ido incrementando la frecuencia con la que la cesárea se indica (1). En 1980, en la conferencia del Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano concluyeron que un 25% a 30% del incremento del índice de cesáreas podrían ser atribuidas a las cesáreas electivas a repetición, por lo que se planteó que el parto vaginal después de un parto por cesárea, sería una manera apropiada de disminuir el incremento de las mismas (2). En 1990 en respuesta a la preocupación creciente acerca de la alta tasa de cesárea en EEUU el departamento de Salud y Servicios Humanos estableció objetivos para el año 2000; disminuir la tasa de primera cesárea a 12% o menos y aumentar los partos naturales después de cesárea a 35% o más (3). La Encuesta Global de Salud Materna y Perinatal de la OMS entre 2004 y 2005 en 24 regiones de 8 países de América Latina, establecieron una tasa de partos por cesárea de 33% y porcentajes mayores (51%) en instituciones de salud privadas (4).

De acuerdo con estudios de investigación recientes, indican que el 75%-80% de las mujeres con una cesárea previa podrá dar un parto por vía vaginal sin problemas, siempre que se lleve a cabo una prueba de parto previa bajo condiciones controladas, logra un incremento en los nacimientos por vía vaginal sin complicaciones, y podía llevarse a cabo siempre y cuando la cicatriz uterina fuera transversa baja (5). Esta práctica obstétrica recobra actualmente su importancia como una de las estrategias para llegar a la tasa del 15.5% en cesáreas, propuesta para el año 2010 por ACOG (6,7). Sin embargo, otros autores, al comparar los resultados entre la prueba de parto y la cesárea electiva iterativa, encuentran una mayor tasa de complicaciones, como rotura uterina, histerectomías obstétricas y más lesiones operativas en las pacientes en que la prueba de parto resultó fallida. Por tanto, una vez que nos encontramos con el antecedente de una cesárea previa, la correcta selección de las pacientes para indicar un parto de prueba aumenta la probabilidad de éxito de la vía vaginal (8). Sin embargo persisten los temores a ver si es conveniente un trabajo de parto después de una cesárea para el binomio madre-hijo (8). El ACOG recomienda "someter a todos los casos con cesárea previa a intento de parto vaginal, salvo que exista alguna de las siguientes circunstancias: Que persista la indicación

anterior, Que la cesárea fuese clásica o desconocida, Que el feto pese 4,000 gramos o más, Que haya alguna contraindicación para el parto vaginal, que no se pueda monitorizar el parto y La falta de un anestesiólogo y un neonatólogo" (9,10). Las tasas de éxito se modifican en función de factores anteparto, intraparto y factores no médicos, los cuales influyen en la posibilidad de presentar complicaciones (10).

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:

El aumento de las tasas de cesárea en muchos países durante los últimos años ha constituido un problema de salud pública. Este procedimiento, aunque común, conlleva una elevada morbilidad, mortalidad materna y un mayor riesgo de tratamiento antibiótico puerperal (8), el coste también es alto, en comparación con el parto vaginal (5). De la misma manera el aumento en la tasa de nacimiento por cesárea está también asociado con un aumento en las tasas de mortalidad fetal y en la cantidad de recién nacidos que ingresan a la unidad de cuidados intensivos durante los primeros siete días de vida (11).

En el mundo, la incidencia de cesáreas puede oscilar entre el 15% y el 40%. África 3,5% en promedio, en Asia 15,9%, siendo la más alta en China 40,2%, Europa reporta un promedio del 19%,

el más alto en Italia con 36% (11). En Estados Unidos, entre 1970 y 2007, la tasa de cesárea tuvo un incremento dramático del 5 al 31% (12,13), y en el 2011 del 28,1%. En América Latina, 12 de 19 países estudiados tienen tasas de cesáreas mayores al 15% con rangos que varían de 16.8% a 40%, observándose los índices más elevados en México 39%, Brasil 36%, Chile 30,1%, Cuba 25%, Argentina entre 14 y 35%, Colombia 27%, pero llega al 67% en instituciones privadas, y Haití con menos de 15 % posee la tasa más baja. Sur América la tasa llegó a un 33% en el 2005 y en instituciones privadas alcanza más del 50% (13,14,15). En el Perú también se observa esta tendencia, y la tasa de cesárea varía entre 20,2 y 54,5% (3), y la frecuencia de cesárea varía según la institución evaluada; así, en Lima el Hospital María Auxiliadora registró 14,7% de cesáreas en 1991; la Maternidad de Lima, 17% en 1992; el Hospital G. Almenara de EsSalud 30% en el 1992 y el Hospital Rebagliati de EsSalud 35% en 1994. En el presente siglo, según la Oficina de Estadística e Informática, el Instituto Materno Perinatal registró 32,2% en el 2000, los años 2006 y 2007, registro fue 43,8% y 46,6% del total de partos; el Hospital Nacional Docente San Bartolomé, 24.8% en 2001(9), y en el Hospital

Rebagliati de EsSalud, 58% en el 2003 (16). El año 2013 la tasa de cesárea en el Hospital Belén de Trujillo fue del 55.1% (17), y en el Hospital Víctor Lazarte Echeagaray en la región La Libertad del 50.9% (18).

En el Perú, la tasa de cesáreas varía de acuerdo al establecimiento de Salud, existiendo hospitales de nivel IV, con tasas de cesárea de 54%, siendo la causa más frecuente el hecho de haberse sometido a cesárea en el parto anterior (16). El Hospital Augusto Hernández Mendoza de ICA nivel IV es la principal institución de referencia de patología obstétrica, y la operación cesárea es uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes realizados en la actualidad, con una incidencia que se ha incrementado en los últimos años, siendo una cifra de 41,12 % en el 2008 y 48,72% el 2013 del total de parto; muy por encima de los estándares aceptados para una institución de este nivel de resolución (14).

Según la OMS la tasa de cesáreas debería encontrarse idealmente entre 10 – 15%, sin embargo esta tasa en el mundo

generalmente no desciende de 20% (11). Hay que tener en cuenta que la cesárea es un procedimiento de cirugía mayor, implica conocer los antecedentes maternos, realizar estricta vigilancia del trabajo de parto, disponer de sangre suficiente, anestesiólogo, servicio de pabellón inmediato, atención neonatal especializada, por lo que una indicación inadecuada de ésta conlleva un aumento de la morbilidad maternofetal, un mayor gasto económico sanitario y problemas éticos (19). Por tanto, es fundamental el rigor y la exactitud a la hora de decidir una cesárea, ya que además de ser determinante para la futura vía de parto también se ha descrito una asociación entre las cesáreas anteriores y la placenta previa en los embarazos futuros, lo que aumentaría el número de complicaciones (8). El incremento ha sido atribuido a la menor frecuencia del parto instrumentado, a una menor frecuencia de atención del parto podálico por vía vaginal, al uso generalizado de la monitorización electrónica en la vigilancia fetal, aparente seguridad del procedimiento, la complacencia del médico y de la paciente, la presencia de enfermedades concomitantes, el abuso de indicaciones subjetivas, a la premisa de Cragin “una vez cesárea, siempre cesárea”, pero principalmente por la renuncia de

los gineco-obstetras de monitorizar obstéticamente el trabajo de parto en una cesárea anterior. (3)

El Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología declaró que “Una mujer con cesárea anterior debería ser aconsejada a intentar un parto vaginal”, a fin de disminuir las tasas elevadas de cesárea y evitar operaciones innecesarias. Estos cambios en el manejo favorecieron el incremento de la tasa de partos vaginales en cesáreas anteriores de 5% en 1985 a 28,3% en 1996 (20). Sin embargo, también incrementaron los reportes de complicaciones materno fetales y rotura uterina (21) y en el ambiente en el que predominan cuestiones legales en la atención médica, las tasas parto después de una cesárea han ido en descenso (22), y aumentó la tasa de cesáreas a 31,1% (21). Actualmente continúa la controversia en cuanto a la interrogante de la vía del nacimiento en embarazos de mujeres con antecedente de cesárea. Dicho debate se ha dirigido principalmente a la seguridad relativa del nacimiento por vía abdominal con respecto al vaginal en presencia de una cicatriz uterina (19). Los diversos estudios demuestran la tendencia al alza en el número de cesáreas, se debe al manejo controversial

de la gestante con cesárea previa, no existiendo hasta el momento un criterio uniforme acerca de la mejor conducta a seguir en estos casos, a pesar de que muchos estudios demuestran los beneficios del parto vaginal sobre la cesárea iterativa. Muchas son las variables que se manejan en la atención final de la gestación, por esto no existiendo una normativa al momento de indicar una operación cesárea (16,17,18). Así mismo en la práctica se constata que muchos gineco-obstetras temen someter a la paciente con cesárea previa al estrés uterino y perinatal de un parto vaginal; por lo que la importancia de este estudio también se radicó en la capacidad de poder identificar los resultados obstétricos y perinatales del parto vaginal con cesárea previa, a fin de contribuir a establecer los parámetros que permitan dar una probabilidad de parto vaginal en aquellas pacientes con el antecedente de una cesárea, sin aumentar los riesgos ni las complicaciones maternas ni fetales; y así mismo conocer las complicaciones maternas presentadas y el desenlace perinatal tanto en este grupo de paciente como en mujeres con antecedente de una cesárea y que finalizaron su embarazo por cesárea. Ya que actualmente en nuestro medio no se cuenta con uniformidad de criterios y/o

factores de riesgo que nos permitan dilucidar la vía de culminación de la presente gestación de pacientes con una cesárea previa.

En este contexto, el parto es uno de los momentos más importantes en la vida del ser humano, no solo para la madre que experimenta el mismo, sino también para toda la familia que espera con mucha expectativa al nuevo integrante. No obstante, todo el proceso por el que atraviesa la madre y el niño por nacer representa uno de los mayores riesgos de la vida, debido a sus complicaciones las cuales constituyen algunas de las principales causas de muerte en mujeres en edad fértil (15-49 años) de nuestro país (5,16). Actualmente la atención de la mujer embarazada con antecedente de cesárea es uno de los principales motivos de atención obstétrica (21).

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores asociados al parto vaginal en gestantes con cesárea previa del Hospital Augusto Hernández Mendoza de Ica, durante el periodo de enero a diciembre del 2014?

1.3 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

El HAHM no cuenta en la actualidad con estadísticas de PVDC, como practica obstétrica encaminada a la reducción de la tasa global de cesárea en relación a sus complicaciones e impacto en el binomio materno fetal, lo que nos orienta a la realización del análisis de los datos estadísticos con que se cuenta en el periodo comprendido entre enero y diciembre del 2014, con el fin de estadificar y determinar la frecuencia de PVDC. Revisar información actual basada en la evidencia con respecto a la paciente gestante cesareada anterior, dicho estudio permitirá mayor información para tomar medidas adecuadas para un correcto manejo de la paciente con antecedente de cesárea, y la capacidad para seleccionar las mujeres con mayor potencial de éxito de un trabajo de parto permitirá a la mujer y a su recién nacido disfrutar de muchos beneficios evitando resultados indeseables, haciendo que el parto vaginal sea una alternativa segura tanto para la madre como para el feto, así mismo favorecerá la reducción de la tasa de cesáreas con la consecuente

disminución de los costos en la atención de la mujer gestante. De este hecho deriva la importancia del tema y como finalidad tratar de disminuir el porcentaje de cesáreas en el principal hospital de la provincia. El trabajo es trascendente ya que la escasez de literatura nacional y la no existencia de trabajos similares en nuestro hospital; lo que generó interés y motivó esta investigación. Y su realización sería punto de partida para otros trabajos, para así llegar a un mejor manejo de la mujer cesareada. Una vez obtenidos los resultados se comunicara de estos al personal médico y principales autoridades de salud. Las beneficiarias serán todas las mujeres embarazadas que acuden a este hospital, en las cuales se intentara llevar a cabo el PVDC. No obstante, cabe señalar la contribución científica para la comunidad académica local, al realizar este proyecto; resultando útil como base de datos para ulteriores investigaciones.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Generales:

- Determinar los factores asociados a parto vaginal en gestantes con cesárea previa atendidas en el Hospital Augusto Hernández Mendoza de Ica, durante el periodo de enero a diciembre del 2014.

1.4.2 Específicos:

- Determinar la frecuencia de parto vaginal en gestantes con cesárea previa en el Hospital Augusto Hernández Mendoza de Ica, durante el periodo de enero a diciembre del 2014.
- Determinar las principales indicaciones para cesárea en gestantes con cesárea previa en el Hospital Augusto Hernández Mendoza de Ica, durante el periodo de enero a diciembre del 2014.
- Identificar los factores maternos asociados a parto vaginal en gestantes con cesárea previa en el Hospital

Augusto Hernández Mendoza de Ica, durante el periodo de enero a diciembre del 2014.

- Identificar los factores neonatales asociados a parto vaginal en gestantes con cesárea previa en el Hospital Augusto Hernández Mendoza de Ica, durante el periodo de enero a diciembre del 2014.
- Identificar las complicaciones materno neonatales asociados al parto vaginal en gestantes con cesárea previa en el Hospital Augusto Hernández Mendoza de Ica, durante el periodo de enero a diciembre del 2014.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 FUNDAMENTACIÓN

2.1.1 RESEÑA HISTORICA

La cesárea es la intervención quirúrgica mayor más antigua de la historia de la humanidad, en un inicio se practicaba sólo en cadáveres para extraer al feto del vientre de la madre muerta. La primera operación en madre viva que está documentada, data del siglo XVII, Jeremias Trautmann la realizó el 21 de abril del año 1610 en Wittenber, Sajonia; el feto vivió pero la madre murió por fiebre puerperal. (22) A fines del siglo XIX la cirugía va dando sucesivos cambios hacia el progreso y naturalmente los mismos favorecieron a este tipo de intervención. A lo largo del siglo XX la cesárea se convierte en la intervención quirúrgica por excelencia, mejoraron las técnicas, los medios diagnósticos y se perfecciona la anestesia, se realizan

transfusiones sanguíneas, por lo que disminuyen los riesgo de hemorragia puerperal y la fluidoterapia permite la recuperación inmediata (23). El incremento en la tasa de cesárea fue apoyado por la publicación histórica del Dr. Cragin en el New York Medical Journal en el año 1916(22), “Una vez cesárea, siempre cesárea”, principio que para la época era válido al correlacionar la técnica quirúrgica empleada en ese entonces de histerotomía corporal clásica, condición que en la actualidad contraindica la práctica de parto vaginal después de cesárea. Con el advenimiento de nuevas técnicas quirúrgicas, en 1912 Kröing en Alemania, postulo la incisión vertical uterina, pero advirtió sobre la ventaja de practicarla en el segmento uterino inferior y en 1926 Kehrcréosu clásica incisión segmentaria transversal, que se practica en nuestros días y que permite la instauración de la práctica de parto vaginal después de cesárea, llevándose a cabo los primeros estudios hacia la década de los sesenta, con tasas de éxito de hasta el 70%, lo que llevo a reconsiderar el paradigma del Dr. Cragin, y en

1970 se propone el PVDC en mujeres con antecedente de una cesárea previa (23).

2.1.2 ELECCIÓN DE LA VÍA DEL PARTO:

Durante la consulta prenatal, idealmente antes de la semana 36, se debe informar adecuadamente a la gestante de los riesgos y beneficios del parto vaginal tras una cesárea previa, así como de los riesgos y beneficios de realizar una nueva cesárea. El consentimiento informado, preferentemente con documento escrito, es muy importante en el plan de parto de la mujer con cesárea previa. (25) En la literatura encontramos el trabajo de Eden y col., acerca del rol de la mujer en la determinación del modo del parto. Aquellas mujeres quienes han tenido la experiencia de un parto vaginal previo se inclinan por un parto vaginal después de una cesárea; tal decisión está influenciada por la experiencia de la cesárea como la mejor recuperación de un parto vaginal. Es necesaria que estas pacientes sean informadas acerca de los beneficios y los riesgos, tanto de un parto vaginal, como aquellos de una cesárea electiva (26). Actualmente no hay suficiente evidencia para concluir que esta información incrementa la

proporción de mujeres que intenten un parto vaginal; sin embargo, esto no debe ser una razón para no proveer dicha información a nuestras pacientes.

2.1.2.1 Riesgos maternos:

Para mujeres con historia de una cesárea previa, el tipo de incisión uterina es el parámetro más importante para determinar si es una candidata para el parto vaginal, debido a que al realizarse una incisión transversal del segmento inferior se producen menos hemorragias, una fácil apertura y cierre de la pared uterina, formación de cicatriz uterina muy resistente con poca probabilidad de dehiscencia y ruptura en embarazos subsecuentes y así como pocas adherencias postoperatorias (27). La mayoría de incisiones desconocidas son transversas bajas (92%) y por lo tanto de bajo riesgo de rotura. (28)

No obstante, en mujeres con embarazo de término y antecedente de cesárea, que tienen la intención de optar por

una cesárea electiva se le debe informar que el riesgo de mortalidad materna es mayor que cuando se intenta una prueba de trabajo de parto, además de conllevar un costo sanitario mucho mayor. Además, la cesárea electiva en casos de cesárea anterior aumenta el riesgo de complicaciones serias en futuros embarazos. A medida que aumenta el número de cesáreas aumentan los riesgos de acretismo placentario y de lesiones quirúrgicas (NE=IIa) (29). Los riesgos de la cesárea electiva repetida, tales como placenta previa, acretismo placentario, daño de órganos intrapélvicos, procesos trombóticos, hemorragia obstétrica e histerectomía obstétrica, en embarazos subsecuentes es mayor, así como la estancia hospitalaria, pero que tienen menor riesgo de ruptura uterina (28). Así mismo debemos considerar también las potenciales complicaciones, aunque infrecuentes, asociadas a cirugía uterina previa, incluida la cesárea, en el intento de un parto vaginal después de esta, como son la ruptura uterina y la dehiscencia uterina. (29)

Las mujeres embarazadas en quienes se practicó una cesárea en su primer embarazo, cuando se comparan con mujeres en quienes su primer embarazo tuvo una resolución vía vaginal, presentan los siguientes riesgos en una gestación subsecuente: (21)

- Placenta previa OR 1,66 (IC 95%; 1,3-2,11)
- Hemorragia anteparto OR 1,23 (IC 95%; 1,08-1,41)
- Placenta acreta OR 18,79 (IC 95%; 2,28-864,6)
- Trabajo de parto prolongado OR 5,89 (IC 95%; 3,91-8,89)
- Cesárea de emergencia RR 9,37 (IC 95%; 8,98-9,76)
- Rotura uterina OR 84,42 (IC 95%; 14,64-infinito)
- Lesión vesical RR 3,82 (IC 95%; 1,62-8,97)

Desde mucho tiempo la complicación más temida por los obstetras al ofrecer parto vaginal con cesárea previa es la rotura uterina. Las definiciones de los diferentes tipos de ruptura uterina a saber son: (25)

- **DEHISCENCIA:** Es una discontinuidad incompleta del miometrio, con la capa serosa intacta, no compromete el peritoneo y no hay vaciamiento de su contenido. Es más probable que sea asintomática.
- **ROTURA INCOMPLETA:** Abertura de la cicatriz con expulsión del contenido uterino sin compromiso del peritoneo.
- **ROTURA COMPLETA:** defecto que implica el grueso entero de la pared uterina, incluyendo el peritoneo sobrepuesto, con la salida del contenido intrauterino hacia la cavidad abdomino-pélvica, que requiere intervención operatoria.

A. ROTURA UTERINA:

El riesgo más temido al someter a trabajo de parto a una paciente con cesárea previa es la rotura uterina, es la complicación más grave del parto vaginal después de cesárea, y puede comprometer la vida tanto de la madre como del feto. En general, la rotura uterina es un evento raro

que afecta a 1/ 200 mujeres y es la causante de muerte fetal en 1/2.000 mujeres. (30)

El riesgo real de ruptura uterina es confuso debido a descripciones incompletas en muchos informes publicados, pero se encuentra en el rango de 0.5–1.0% en mujeres con una cesárea previa. La gravedad de la ruptura uterina para la madre depende del tamaño y ubicación, y para el feto depende del grado de compresión del cordón umbilical. Durante el trabajo de parto, una ruptura por lo general abarca la cicatriz previa y el segmento uterino inferior, pero se puede extender en cualquier dirección y hacia el ligamento ancho (21).

Los factores asociados incluyen partos estimulados con oxitocina, cantidades excesivas de oxitocina, o tras una inducción en el embarazo actual, distocia, tres o más partos mediante cesárea, multiparidad, y cirugía uterina previa no relacionadas con embarazo, o perforación, además que con una incisión clásica o en T puede llegar al 9% de los casos,

pero con una histerotomía transversa baja no llega al 1% (30), y parece disminuir en aquellas gestantes que presentan trabajos de partos espontáneos o partos previos a la cesárea (7). Sin embargo, en la mayoría de los casos la razón por la que ocurre una ruptura no es clara, y se puede presentar aún en candidatas apropiadas para PVDC (21).

Los signos más comunes que se presentan son anomalías de la Frecuencia cardiaca fetal (FCF). Un patrón de FCF con desaceleraciones sutiles variables puede evolucionar rápidamente a desaceleraciones tardías, bradicardia y tonos cardiacos fetales no detectables. El dolor uterino o abdominal ocurre con más frecuencia en el área de la incisión previa y puede variar de moderado a “desgarrador” en naturaleza. Las contracciones uterinas pueden disminuir en intensidad y frecuencia, y la pérdida del descenso de la presentación es diagnóstica. El sangrado vaginal o intra-abdominal puede dar como resultado ansiedad, inquietud, debilidad, mareo, hematuria profusa, dolor en los hombros, y choque. Cualquiera de estos

hallazgos en una paciente que se esté sometiendo a una prueba de trabajo de parto post-cesárea justifica que se realice rápidamente una laparotomía. La condición del feto depende de la severidad de la ruptura y su relación con la placenta y el cordón umbilical. Si el feto ha sido expulsado de la matriz o hay una compresión completa del cordón, los resultados no son siempre favorables. En la mayoría de los casos, el útero puede repararse. En otros, la hemorragia por la extensión de la ruptura hacia el ligamento ancho o un daño uterino extenso requiere histerectomía (21).

2.1.2.2 Riesgos perinatales

Las mujeres con embarazo a término que tienen la intención de optar por una prueba de parto se debe informar sobre los riesgos para el feto lo siguiente: el riesgo de mortalidad perinatal/neonatal es mayor (19)de 0.13% vs 0.05%, $p=0.002$. Este riesgo está asociado al de rotura uterina, ya que las acidosis metabólicas neonatales severas (definidas como un $pH \leq 7$) están presentes en el 33% de las

roturas uterinas a término y el riesgo de que el neonato desarrolle taquipnea transitoria del recién nacido es menor, cuando se compara con la cesárea electiva. Por otra parte, actualmente no existe suficiente evidencia para valorar los efectos de la vía del parto tras cesárea anterior sobre la encefalopatía hipóxico-isquémica, sepsis, trauma o resultados neurológicos a largo plazo. Dado que la parálisis cerebral después del parto a término es un evento poco frecuente y que únicamente un pequeño porcentaje se deben a efectos del parto. (21)

Miller y col., en un estudio a 10 años en el que incluye 17.322 pacientes con cesárea previa de las que el 73% se les ofreció prueba de trabajo de parto con una tasa de éxito de 82% solo observó una incidencia de 0.7% en rupturas uterinas y solo 3 casos de muerte fetal atribuible a la ruptura uterina (0.24%) (31).

2.1.3 PARTO CON CESAREA PREVIA

Actualmente, muchas mujeres pueden tener partos vaginales después de haber tenido un parto por cesárea. A esto se le conoce como parto vaginal después de una cesárea (21).

El parto debe ocurrir en un centro en el que sea posible realizar una cesárea urgente y donde estén disponibles obstetra, anestesista, pediatra y personal de quirófano. El parto vaginal en pacientes con cesárea previa es más seguro que el quirúrgico tanto para la madre como para el feto, cuando se trata de una cesárea de tipo segmentaria transversa baja. Sin embargo esta conducta no se observa en todos los hospitales e incluso en los médicos de diferentes países. El ofrecer trabajo de parto a las pacientes con cesárea previa puede disminuir substancialmente la tasa total de cesáreas llegando en algunas instituciones a ser menor al 10%. La duración del trabajo de parto en pacientes con cesárea previa es similar a la población nulípara por lo tanto puede seguir las mismas tendencias según las curvas planteadas por Friedman, para el manejo del trabajo de parto durante la fase activa (28).

2.1.4 TASA DE ÉXITO DEL PARTO POR VÍA VAGINAL

La tasa de éxito del parto por vía vaginal después de una cesárea oscila entre el 72-76%(NE=IIa), llegando al 87-90% si ha habido un parto vaginal previo. Se debe ofrecer un intento de parto por vía vaginal a todas las mujeres con cesárea previa, una vez que se descarten las contraindicaciones y se informe a la gestante de los riesgos y beneficios del parto vaginal (21). La SEGO establece como valor adecuado o indicador de calidad asistencial una tasa superior al 40% de partos vaginales en mujeres con cesárea previa (29).

En el año 2000 se publicó un metaanálisis comparativo entre prueba de trabajo de parto con el antecedente de una cesárea previa y cesárea electiva, el 72.3 % de las pacientes sometidas a prueba de trabajo de parto, obtenía con éxito un parto. El número de roturas uterinas fue 0.4% para las mujeres con prueba de trabajo de parto en comparación con el 0.2% de aquellas en las que se realizaba cesárea electiva (32).

2.1.5 El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) 2004 (9), recomienda someter a todos los casos de cesárea previa e incisión de Kerr a un intento de parto vaginal, salvo las siguientes circunstancias:

1. Que persista la indicación de la cesárea anterior.
2. Que la incisión de la cesárea anterior sea clásica, desconocida o en T invertida.
3. Que el feto pese más de 4.000grs.
4. Que exista alguna contraindicación para el parto vaginal.
5. Que no sea posible monitorizar el trabajo de parto.
6. Ausencia de disponibilidad de quirófano, anestesiólogo, neonatólogo y otros elementos.
7. Incisiones transfúndicas por miomectomía.
8. Ruptura uterina previa
9. Complicaciones obstétricas o médicas que no permitan parto vaginal (placenta previa, RCIU, enfermedades cardiovasculares, etc).
10. Dos cicatrices uterinas previas sin parto vaginal.

La revisión del 2006 sobre parto vaginal después de cesárea insiste en que hay variables que no ayudan a modificar o cambiar el parto por cesárea repetido a parto vaginal después de cesárea, como son la obesidad materna, periodo intergenésico menor de 18 a 24 meses, gestaciones mayores de 40 semanas y pesos fetales mayores de 4.000grs (8).

De la misma manera reitera criterios de selección de pacientes candidatas para trabajo de parto con antecedente de cesárea previa, así: (9)

1. Una cesárea previa con incisión transversa baja (Kerr).
2. Pelvis clínica adecuada.
3. Ninguna otra cicatriz o ruptura uterina previa.
4. Médico capacitado para seguir el trabajo de parto.
5. Quirófano con todo el equipo materno y neonatal
6. disponible.
7. Parto vaginal previo y/o un parto vaginal después de
8. cesárea previo (tienen éxito de parto vaginal).

9. Índice de masa corporal menor de 29.
8. Pacientes menores de 40 años.
9. Pacientes caucásicas tienen mayor posibilidad si inician trabajo de parto espontáneo.

El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos 2004 (9), determina las contraindicaciones absolutas para inducción de parto y parto vaginal después de cesárea, así:

1. Cicatriz uterina clásica, con riesgo de rotura uterina de 4 a 8%, por lo que se recomienda realizar cesárea.
2. Incisiones uterinas múltiples o antecedente de rotura uterina.
3. Mala presentación fetal (podálica, variedad de posición distócica).
4. Pelvis inadecuada.
5. Falta de confianza o seguridad del estado del feto

De la misma manera, emite contraindicaciones relativas para el parto vaginal después de cesárea, decisión que deberá tomarse con base en las consideraciones del estado de la madre y el feto, la evaluación del cérvix y la necesidad de parto inmediato (9):

1. Hipertensión gestacional / Preeclampsia.
2. Restricción de crecimiento intrauterino.
3. Pelvis sospechosa clínicamente valorando previamente los antecedentes.
4. Más de una cesárea previa.
5. Desconocimiento del tipo de la cicatriz.

El embarazo múltiple, la diabetes gestacional, la macrosomía o la presentación podálica no son una contraindicación para el parto por vía vaginal después de una cesárea, aunque debido a la escasez de información se debe actuar con prudencia (21).

Los factores asociados a prueba con éxito de trabajo después de una cesárea anterior, según Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos2010: (6)

A.- Aumento de la probabilidad de éxito:

1. Parto vaginal anterior
2. Trabajo de parto espontáneo

B.- Disminución de la probabilidad de éxito:

1. La edad gestacional mayor a 40 semanas
2. El aumento de la edad materna
3. El aumento de peso al nacer neonatal
4. La obesidad materna
5. Etnia no blanca
6. Preeclampsia
7. Indicación recurrente de parto por cesárea
8. Periodo intergenésico corto

En mujeres con embarazo de término y antecedente de cesárea segmentaria transversa no complicada, las tasas de éxito de la prueba de parto disminuyen cuando está presente alguno de los siguientes factores, IMSS-México 2013; Evidencias y recomendaciones: (NE=IIa, IIb, III) (21)

1. Inducción de parto
2. Ausencia de antecedente de parto previo
3. IMC mayor a 30
4. Cesárea previa por distocia
5. Más de 41 semanas de gestación
6. Peso fetal más a 4000gr
7. Dilatación cervical al ingreso menor a 4cm
8. Edad materna avanzada
9. Intervalo entre gestaciones menor a 2 años

Los cuales al nacimiento indicarían un fracaso en el intento de parto vaginal y un aumento en las complicaciones.

2.1.6 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y OBSTÉTRICAS MATERNAS

2.1.6.1 EDAD MATERNA:

Dentro de los factores que influyen negativamente el éxito de un parto vaginal está la edad materna avanzada (27).

Así, dentro de la literatura revisada encontramos trabajos como los de Flamm BL, Geiger AM, los cuales en 1997 publican un estudio multicéntrico realizado en 2502 mujeres post-cesareadas donde encuentran un aumento significativo de partos vaginales después de un parto por cesárea para las mujeres menores de 40 años comparado con aquellas mayores de 40 años(33).

2.1.6.2 GRADO DE INSTRUCCIÓN:

El mayor grado de instrucción permitiera a las gestantes una mejor comprensión de los riesgos y beneficios de someterse al parto vaginal (3).

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 (34). Por otro lado, no se encontró evidencia

de que la escolaridad influyera en la vía de parto demostrado en la mayoría de los estudios (23,24,30).

2.1.6.3 PARIDAD:

Números de embarazos viables que completo la mujer. Clasificación de la madre según el número de partos anteriores a la gestación actual: nulípara (0 hijos), multípara (2-5 hijos) y gran multípara (= 6). 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 (35).

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 (36).

2.1.6.4 PARTO VAGINAL PREVIO:

El antecedente de un parto vaginal previo es un factor ampliamente repetido en la literatura, lo cual mejora la posibilidad del éxito de parto vaginal. (28) Se han establecido que los riesgos son menores cuando, antes de la primera cesárea, la paciente presento trabajo de parto, logra un incremento en los nacimientos por vía vaginal sin complicaciones. Así mismo la probabilidad de éxito es mayor si ya se tuvo un parto vaginal (anterior a la cesárea) (37).

ACOG refiere que el tener antecedente de parto vaginal antes de una cesárea son 9 a 28 veces más probables de tener una prueba de parto exitosa en comparación con aquellas que no poseen dicho antecedente. La probabilidad de fallo en la prueba se reduce en un 30 a 90 por ciento (6,9).

A. Partos vaginales previos o posteriores a la cesárea anterior:

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 (27).

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 (30).

2.1.6.5 EDAD GESTACIONAL:

La tasa de éxito de parto vaginal tras cesárea después de la 40 semana de gestación oscila entre el 65-73% y el riesgo de rotura uterina es del 3.2% (21).La edad

gestacional avanzada se ha asociado con fallo en la prueba de trabajo de parto y con aumento en la frecuencia de rotura uterina, debido al mayor peso fetal y a la necesidad en muchos casos de inducir el parto. (39)

Zelop CM, y col., en un estudio retrospectivo de cohorte en 2775 mujeres en el 2001, demostraron que la edad gestacional mayor de 40 semanas está asociada a una menor probabilidad de parto vaginal en pacientes con antecedente de cesárea comparado con aquellas con edad gestacional menor de 40 semanas, tanto en el trabajo de parto espontáneo como en el inducido. Sin embargo el riesgo de ruptura uterina no aumenta substancialmente después de las 40 semanas. Mientras que sí se observó un aumento en el riesgo de ruptura uterina en aquellas pacientes que tuvieron inducción del trabajo de parto sin importar la edad gestacional. Por último concluyeron que esperar el trabajo espontáneo después de las 40 semanas de edad gestacional no disminuye la probabilidad de un parto vaginal sin complicaciones (40).

Los estudios que evalúan la asociación de la edad gestacional con resultados PVDC han demostrado consistentemente disminución de las tasas de PVDC en las mujeres que emprenden prueba de trabajo de parto después de una cesárea, más allá de las 40 semanas de gestación. Aunque un estudio ha demostrado un aumento del riesgo de ruptura uterina más allá de las 40 semanas de gestación (7), otros estudios, incluyendo el mayor estudio que ha evaluado este factor, no han encontrado esta asociación. Aunque las posibilidades de éxito pueden ser inferiores en gestaciones más avanzadas, la edad gestacional superior a 40 semanas por sí sola no debería impedir una prueba de trabajo de parto después de una cesárea (30).

2.1.6.6 PERÍODO INTERGENÉSICO

El intervalo entre gestaciones es un factor que puede estar relacionado tanto con la tasa de éxito como con el

riesgo de complicaciones durante el parto, especialmente la rotura uterina. (21)

El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) no excluye del parto vaginal a las gestantes con período intergenésico corto. Sin embargo ha sido relacionado con mayor riesgo de rotura uterina. En el trabajo de Huertas y col., en el 2010, se analizó 266 pacientes con antecedentes de cesárea previa, determinando que un período intergenésico menor o igual a 24 meses se asoció a casi 3 veces la probabilidad de rotura uterina (OR: 2,65; IC95%: 1,08 - 5,46) (41).

Estudios retrospectivos indican que el intervalo de cesárea previa y parto vaginal menor de 19 meses estuvo asociado con disminución del éxito del parto vaginal después de una cesárea (38).

Un estudio de cohorte retrospectivo con 1.768 mujeres que se sometieron a una prueba de parto después de someterse a una cesárea anterior, analizó el riesgo de

rotura uterina en función de los diferentes intervalos de tiempo. Sus resultados señalan una tasa de rotura uterina que disminuye conforme aumenta el tiempo transcurrido desde la cesárea anterior: <18 meses: 4.8%; 18-23 meses: 1.9% y \geq 24 meses: 1.3% (NE=IIa). Hay por tanto, un mayor riesgo de rotura uterina durante el parto, si éste tiene lugar antes de 18 meses de la cesárea anterior. Este riesgo se debe comunicar también a la gestante tras una cesárea para planificar futuras gestaciones (42).

2.1.6.7 PESO DEL RECIEN NACIDO:

Un trabajo con 9.960 mujeres con cesárea anterior que estratifica los resultados en función del peso del recién nacido indica que a medida que aumenta éste, disminuye la probabilidad de parto vaginal y es menor en mujeres que nunca han tenido un parto vaginal anterior. La tasa de parto vaginal en gestantes con cesárea previa y macrosomía es de alrededor del 60-65%. Sospecha de macrosomía fetal no

es una contraindicación para Prueba de parto después de una cesárea anterior (NE II-2B) (21).

A. Relación peso fetal y rotura uterina:

Zelop CM y col., en el 2001 en un estudio conformado por 2749 mujeres post-cesareadas, encuentran que el índice de la ruptura uterina para las mujeres sometidas a trabajo de parto con RN que pesaban menos o igual a 4000 gr. era 1,0% contra un 1,6% para aquellas con RN que pesaban más de 4000 gr., aunque el análisis logístico de regresión reveló un índice algo más alto de ruptura uterina asociado a pesos al nacimiento mayores a 4000 gr. (IC al 95%, 0,7-4,1), esta diferencia no es estadísticamente significativa. Sin embargo, cuando se evaluó el índice de la ruptura uterina para las mujeres con RN que pesaban más de 4250 gr. el porcentaje se elevaba a 2,4%, por lo que concluyeron que las mujeres post-cesareadas con ponderado fetal sospechado mayor de 4000 gr. podrían ser sometidas a parto vaginal dado que el índice de ruptura uterina asociada

a estos pesos no parece aumentar substancialmente en comparación a pesos más bajos al nacimiento. Sin embargo, uno debe aplicar cierta precaución en mujeres con infantes que pesan más 4250 gr., es importante observar que estos resultados representan el peso real al nacimiento (43).

Durante el 2003, Elkousy y cols., presentaron una revisión de 9.960 mujeres con antecedente de una cesárea, con prueba de trabajo de parto. Separaron en grupos: Grupo 1 formado por mujeres con una sola cesárea anterior; 2: con parto vaginal después de una cesárea; 3: parto vaginal antes de cesárea; y 4: parto vaginal antes y después de cesárea. Obtuvieron un 74% nacimiento vaginal total (1:65%; 2:94%; 3:83%; 4:93%). La rotura uterina era más alta en las mujeres para el grupo 1 con los pesos de nacimiento de 4.000 g (riesgo relativo 2,3 $p < 0,001$). 3,6% de rotura uterina en el grupo 1 con un peso 4.000 g. (38).

2.1.6.8 INDICACIÓN PREVIA DE LA CESÁREA

Algunos autores refieren que los resultados varían en función de la indicación de la cesárea anterior. Así, cuando la indicación ha sido por presentación anormal, hay mayor probabilidad de éxito de parto vaginal que por otra indicación, observándose tasas de éxito en casos de sufrimiento fetal agudo de 71% a 92%, cesáreas previas por embarazo gemelar con tasas de 72%, presentación podálica con 84% a 91% y falta en el progreso del trabajo de parto con 33% a 78%, siendo esta última una causa de cesárea previa considerada como recurrente, lo que daría tasas más bajas que las demás que serían consideradas dentro de las no recurrentes (35).

Shipp TD y col., "Trabajo de parto después de una cesárea anterior: influencia de la indicación previa y la paridad" en el Hospital General de Massachusetts entre 1984 y 1996. De acuerdo a la indicación de cesárea previa (13,9%, 37,3%, 25. 4%, y 24,8% para los de presentación

podálica, falta de progreso, alteraciones en la frecuencia cardiaca fetal, y otra, respectivamente). Duración media del trabajo de parto en los embarazos para las mujeres que tuvieron una cesárea por falta de avance, fueron 13,9, 11,5, 13,4 y 15,1 horas en las de antecedente de presentación podálica, la falta de progreso, alteraciones en la frecuencia cardiaca fetal, y otra. En general las tasas de cesáreas fueron mayores para las mujeres con antecedente de alteración en la segunda fase del trabajo de parto. Concluyendo que uno de los factores que intervienen negativamente en el éxito de un parto vaginal después de una cesárea es la indicación de la cesárea. Las gestantes con antecedente de cesárea por alteración en la segunda fase del trabajo de parto tienen menor tasa de éxito de lograr un parto vaginal, comparadas con aquellas donde la indicación fue presentación podálica o alteraciones en la frecuencia cardiaca fetal (44). Siendo la probabilidad de una mujer de tener un parto normal luego de una cesárea está en directa relación con la indicación de la cesárea en base a los factores Obstétricos, ya que no es lo mismo un caso de

Desproporción Céfalo Pélvica, que un sufrimiento fetal donde en un segundo embarazo pueden cambiar las condiciones, siendo factible un nacimiento normal. (37)

Duff P. y col., compara pacientes con antecedente de cesárea por distocia encontrando tasas de éxito en parto por vía vaginal de 68%, comparativamente con las pacientes que no fueron llevadas a cesárea previamente por distocia con tasas de 81%. Sin embargo el excluir pacientes con cesárea previa por patología recurrente no se encuentra justificado, pues la eliminación de este grupo eliminaría un gran porcentaje de pacientes candidatas para parto vaginal, sabiendo que la distocia es de las principales indicaciones para realizar cesárea y que más de la mitad de este grupo tendrían éxito de parto por vía vaginal (45).

Bujold E. y col. : ¿Debemos permitir un intento de parto después de una cesárea anterior por distocia en la segunda etapa del trabajo de parto?; entre el año 1990 y 2000. Había 2.002 pacientes incluidos en el

estudio. Doscientos catorce (11%) tuvieron su cesárea por distocia en la segunda etapa del parto, 654 (33%) por distocia en la primera etapa del trabajo de parto, y 1.134 (57%) para otras indicaciones. El parto vaginal después de cesárea tasa de éxito fue del 75,2% ($p = 0,015$ vs otras indicaciones), 65,6% ($p < 0,001$ vs otras indicaciones), y 82,5%, respectivamente. La tasa de parto vaginal operatorio fue de 15%, 12% y 10% ($P = 0,109$). Concluyendo que Una prueba de parto es razonable en mujeres cuyos cesárea anterior fue por distocia en la segunda etapa del parto. En esta serie, los pacientes que se sometieron a una prueba de parto después de una cesárea anterior por distocia en la segunda etapa tuvieron 75,2% (95% intervalo de confianza del 69,5, 81,0) de probabilidades de lograr un parto vaginal (46).

2.1.6.9 OTROS FACTORES:

Con respecto a la obesidad materna, antecedentes de endometritis en el parto previo, tipos de material de sutura,

malformaciones mülleriana, no hay evidencia que permita conclusiones definitivas con relación a la vía de parto en las mujeres con el antecedente de una cesárea previa (47).

A. Parto pretérmino:

El parto pretérmino tras cesárea anterior tiene el mismo éxito que el parto a término aunque el riesgo de rotura de útero es algo menor. Un estudio retrospectivo de 2.338 partos pretérminos en cesárea anterior con intento de parto por vía vaginal comunica una tasa de éxito de parto vaginal del 72.8% (vs 73.3% en gestaciones a término, $p=0.64$), un riesgo de rotura uterina del 34/10.000 (vs 74/10.000, $p=0.3$) y de dehiscencia de la cicatriz del 26/10.000 (vs 67/10.000, $p=0.02$) (21).

2.1.7 MANEJO DE TRABAJO DE PARTO Y PARTO:

Para indicar una prueba de parto, una vez que se han rechazado las contraindicaciones, es fundamental individualizar

cada caso y sopesar múltiples factores para tratar de conseguir el mayor éxito y la menor morbimortalidad materno-fetal posible, se deben tener en cuenta las precauciones durante el proceso, así (9):

1. Obtener consentimiento informado de la paciente, previa explicación de riesgos y beneficios.
2. Disponibilidad de quirófano con todo el equipo humano y de materiales o elementos.
3. Valoración clínica previa de la pelvis y estimar peso fetal.
4. Uso cuidadoso de los agentes de inducción.
5. Monitoreo continuo de la frecuencia cardíaca fetal, progresión del trabajo de parto, actividad uterina, signos vitales y síntomas sospechosos de rotura uterina o inicio de esta (dolor persistente, sangrado, hipodinamia, pérdida de la estación fetal, cese del trabajo de parto).
6. Monitorización de actividad uterina.
7. Revisar cicatriz del segmento uterino inferior después del parto y seguimiento monitorizado del puerperio inmediato y mediato, buscando síntomas o signos de compromiso como dolor

persistente, sangrado, hematuria, alteración de signos vitales o irritación peritoneal.

2.1.8 INDUCCIÓN DEL PARTO

Son muchos los métodos que se utilizan para inducir el parto, entendiéndose éste como el estímulo de las contracciones uterinas antes del inicio espontáneo del trabajo del parto con la finalidad de terminar el embarazo, la inducción está indicada en los casos donde los beneficios maternos y/o fetales superan a los de la continuación del embarazo (48).

Dentro de ellos el más utilizado es el farmacológico por medio de oxitócicos (32). Sin embargo, el empleo de éstos puede incrementar el riesgo de ruptura uterina por lo tanto su uso en pacientes con cesárea previa debe de ser bajo estrecha vigilancia. Las prostaglandinas así como el uso del misoprostol están contraindicadas en la inducción y conducción del trabajo de parto en este grupo de pacientes (64,65). La administración de oxitocina no se considera una contraindicación en el parto de la mujer con cesárea previa, ya que no se ha encontrado asociación entre su

uso y el aumento de la frecuencia de rotura uterina (NE=IIb). Debido a que algunos estudios han mostrado que el uso de dosis más altas de oxitocina pone a la mujer en un mayor riesgo de ruptura uterina, debe utilizarse cautelosamente (6,48).

El excelente metaanálisis de Rosen y Dickinson, que cubre 10 centros y cerca de 4500 nacimientos en pacientes con cesárea previa, mostro de forma concluyente que la inducción o conducción con oxitocina con una tasa de infusión estándar no aumenta el riesgo para la madre o el neonato (35). El Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia afirma que se puede utilizar oxitocina de una manera segura sin aumentar el riesgo materno fetal (6).El mayor argumento contra el uso de la oxitocina en la inducción de parto, en casos de cesárea previa, es el posible riesgo de rotura uterina y sus consecuencias maternofetales. Sin embargo, en varias series se ha demostrado que la oxitocina puede ser segura con cicatrices uterinas y que la rotura del útero es más probable cuando se aplica en la fase latente del parto, pero no en la fase activa. Es decir, que el riesgo no aumentaría si el parto comienza de forma espontánea y se aplica cuando la dilatación cervical es

franca (49). La conducción del parto el uso de oxitocina fue muy bajo, tan solo de 16 (10,2%) del total; algunos investigadores hallan mayor éxito de parto vaginal usando medicamentos, aunque también aumenta la morbilidad sobre todo si se agrega prostaglandinas (50,51). Cuando el parto se inicia de forma espontánea existen mayores posibilidades de éxito que si se requiere inducción (el 80 frente al 68%) (49).

2.1.9 INDICACIONES DE CESÁREA EN CURSO DE PARTO O DE RECURSO:

La indicación debe constar claramente en la Historia Clínica, se debe informar a la paciente y firmar el Consentimiento informado. En el momento en el que se realice la indicación de cesárea, se informará al anesthesiólogo. El motivo para indicar una cesárea de recurso suele ser la distocia: (52)

1. **FRACASO DE INDUCCIÓN:** se considerará fracasada una inducción cuando, tras 12 horas de oxitocina EV, no se hayan alcanzado condiciones establecidas de parto (cérvix borrado un 50%, dilatado 2-3 cm, con dinámica uterina activa).

2. PARTO ESTACIONADO: se considerará que el parto está estacionado cuando, habiéndose establecido condiciones de trabajo activo de parto, hayan transcurrido más de 3 horas sin progresión de las condiciones obstétricas (dilatación o borramiento).
3. DESPROPORCIÓN PELVIFETAL: se diagnosticará cuando, en situación de dilatación completa, dinámica activa y pujos activos, el punto guía de la presentación no llegue al tercer plano tras un periodo de tiempo que dependerá de la paridad y la analgesia.
4. CESÁREAS ELECTIVAS QUE INICIAN TRABAJO DE PARTO ESPONTÁNEO: por ejemplo, presentación podálica o cesárea iterativa.
5. Igualmente, también son cesáreas de recurso las malposiciones detectadas durante el trabajo de parto: frente/bregma.

A.- MARCO CONCEPTUAL

1. PARTO VAGINAL: Entendemos por parto la expulsión del feto y sus anexos a través de la vagina. Se considera parto normal al que ha transcurrido dentro de unos límites de duración y evolución, que se consideran fisiológicos. Podemos decir que un parto ha sido normal o eutócico cuando ha terminado por completo. El parto marca el fin de la gestación (25).
2. CESÁREA: Es la intervención quirúrgica por la que se realiza la extracción de un feto a través de una incisión en la pared abdominal y otra en la pared uterina. Y parto por cesárea se define como el nacimiento de un feto a través de incisiones en la pared abdominal (29).
3. CESÁREA ELECTIVA: Cesárea programada durante la atención prenatal (29).
4. CESÀREA DE EMERGENCIA: Aquella que se decide de manera imprevista por la presencia de una complicación o patología de aparición súbita que obliga a la culminación del

embarazo en la brevedad posible, pero respetando los requisitos para su ingreso a sala de operaciones (25).

5. CESÁREA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO: La cesárea se realiza una vez iniciado el trabajo de parto, alcanzada una dilatación concreta con bolsa rota y al menos dos horas de contracciones uterinas adecuadas (25).

6. CESÁREA ITERATIVA:

Es la que se realiza en pacientes con antecedentes de una o más cesáreas (29).

7. CONTROL PRENATAL: Es la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto con acciones sistemáticas y periódicas, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal. CPN adecuado; Ministerio de Salud, coloca como mínimo 6 o más atenciones prenatales (25).

8. INDUCCIÓN:

Estimulación del útero para iniciar el trabajo de parto (48).

9. CONDUCCIÓN:

Estimulación del útero durante el trabajo de parto para aumentar la frecuencia, la duración y la intensidad de las contracciones hasta obtener un trabajo de parto adecuado (48).

10. HEMORRAGIA POSTPARTO: Sangrado vaginal de 500 ml o más en las primeras 24 horas después del parto vía vaginal o de 1000 ml o más después del parto por cesárea, documentado en la historia clínica (25).

11. MUERTE MATERNA: Muerte de una mujer resultado de complicaciones obstétricas del embarazo, parto y puerperio, de intervenciones, omisiones, tratamientos incorrectos o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas anteriormente, pero no por causas accidentales o incidentales (29).

12. OBITO FETAL: Muerte de un producto de la concepción, antes de su expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre. (29).

13. MUERTE NEONATAL: Aquella que ocurre dentro de los primeros siete días de vida (25).

2.2 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

Santisteban J. et al encontraron en su estudio un éxito del parto vaginal después de un parto por cesárea de 86.5% y fue mayor (69.7%) en los de inicio espontaneo (37).

Nuñez M et al determinó en su estudio que la prevalencia de parto vaginal en pacientes con cesárea previa fue 12% y el 88% culminaron en cesárea iterativa siendo la causa más frecuente la sospecha de alteración del bienestar fetal (23%) (19).

Huerta E et al., encontró en su estudio que la tasa de cesárea en el Instituto Materno Perinatal, en el año 2007 fue de 46.6% y no hubo diferencia estadísticamente significativa en los resultados materno-perinatales de las gestantes con antecedente de una cesárea previa a quienes se les indicó prueba de trabajo de parto, comparados con quienes se indicó cesárea electiva repetida. Además la tasa de éxito del grupo prueba de trabajo de parto fue de 65,3% (41).

Ramos, en un estudio descriptivo en el 2006, en el Hospital Hipólito Hunanue de Tacna en el periodo 2001–2005, determinó que la frecuencia de PVDC fue de 1,6% del total de partos, además existe mayor riesgo de complicaciones ($RR=7.5$) en aquellas pacientes con labor de parto, que terminaron en cesárea de urgencia, y la mayoría de las pacientes corresponde a una edad entre 20 a 35 años, secundípara con un embarazo a término, con más de 6 controles prenatales, el Apgar en la mayoría de los recién nacidos fue de 7, el peso del recién nacido fluctúa entre 3000 a 3999 gr y la principal causa de cesárea previa fue la presentación podálica, seguid por DCP (Macrosomia fetal) (53).

Flamm en 1997, publica en su estudio el score predictivo para parto vaginal, el cual mide cinco variables: edad materna menor de 40 años, presencia de parto vaginal previo, razón para la primera cesárea, borramiento y dilatación cervical al ingreso. Un aumento del puntaje se correlacionó con mayor probabilidad de parto vaginal posterior a cesárea. Es así como puntaje 0 a 2 significa 49% parto vaginal, y puntaje 8 a 10, 95% parto vaginal (33).

Un estudio realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2007, menciona la utilización, de forma implícita; ya que no figura en las Guías Clínicas y Procedimientos para la Atención Obstétrica, una serie de contraindicaciones para el parto vaginal después de una cesárea, como son: dos o más cesáreas previas, período internatal menor a 24 meses, sospecha de macrosomía fetal por altura uterina o ecografía, presentación podálica, antecedente de cesárea corporal clásica. (54)

Por otra parte, en la Guía de Práctica Clínica 2008 de la Clínica Santa María de Santiago de Chile, menciona como contraindicaciones para una prueba de trabajo de parto (PTP) una cesárea corporal previa, antecedente de histerotomía o miomectomía que comprometió la cavidad uterina, antecedentes de rotura uterina, contraindicación de trabajo de parto como: placenta previa o distocia de presentación; y negativa de la mujer a una prueba de trabajo de parto (55).

Landon MB et al, en un estudio multicéntrico de 4 años de estudio observacional prospectivo (1999-2002) con el propósito de determinar factores que afectan el éxito de la prueba de parto después de una cesárea anterior: Catorce mil quinientos veintinueve mujeres se sometieron a prueba de trabajo de parto, con 10.690 (73,6%) el logro de un PVDC exitoso. Las mujeres con parto vaginal anterior tuvieron una tasa de éxito del 86,6% en comparación con el 60,9% en las mujeres sin tales antecedentes (odds ratio [OR] 4,2; IC del 95%: 3.8 a 4.5, $p < 0.001$). El análisis multivariado de regresión logística identificó como predictor de éxito : parto vaginal anterior (OR 3,9; IC del 95% 3.6 a 4.3), previa indicación de no ser distocia (CPD / FTP) (OR 1,7; IC del 95% 01.05 a 01.08), trabajo de parto espontáneo (OR 1,6; IC del 95% 1.5 a 1.8), peso al nacer < 4000 g (OR 2,0; IC del 95% 1.8 a 2.3), y la raza caucásica (OR 1,8, IC 95%: 1.6 a 1.9) (todos $p < 0,001$) . Cuando se combina con la inducción y la falta de un parto vaginal anterior, PVDC exitoso ocurrido en sólo 44,2% de los casos. Concluyendo que el parto vaginal anterior incluyendo PVDC anterior es el mayor predictor de éxito. Indicar previamente como

distocia, necesidad de la inducción del parto, reduce significativamente las tasas de éxito. (5)

Taylor et al , en un estudio analítico de corte transversal encontraron que en comparación con las madres que habían tenido parto vaginales, las madres que habían sido operadas de cesárea y tuvieron una prueba de trabajo de parto en el segundo embarazo tuvieron riesgo incrementado de rotura uterina (OR: 12.3; 95% IC, 5.0-30.1; $P < 0.0001$), histerectomía (OR: 3.5; 1.5-8.4; $P < 0.01$), hemorragia postparto vaginal (OR: 1.6; 1.4-1.7; $P < 0.0001$), extracción manual de placenta (OR:1.3; 1.1-1.6; $P < 0.01$), infección (OR:6.2; 4.7-8.2; $P < 0.0001$) e ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos (OR: 3.1; 2.1-4.7; $P < 0.0001$); en las madres que no tuvieron trabajo de parto (Ej., tuvieron cesárea electiva), hubo un menor riesgo de hemorragia postparto (OR: 0.6; 0.5-0.7; $P < 0.0001$) e ingreso a UCI (0.4; 0.3-0.5; $P < 0.0001$). Para los neonatos hubo un incremento en el riesgo de parto pretérmino (OR:1.2; 1-11.3; $P < 0.0001$) e ingreso a la unidad de cuidados intensivos neonatal posterior al parto (OR:1.6; 1.4-1.9; $P < 0.0001$) en el nacimiento después de la cesárea primaria. Concluyeron que

la cesárea previa confiere riesgos adicionales a un segundo embarazo, principalmente asociado con el parto (56).

Vásquez et al , en un estudio realizado en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé , Investigación de tipo descriptivo analítico, que evalúa todos los casos (235) de pacientes con parto vaginal y antecedente de cesárea, durante enero a diciembre de 2001. Cuyos resultados fueron; 93,3% inició espontáneamente el trabajo de parto; 23,8% tuvo parto instrumentado; se usó oxitocina en 64,1%, con un máximo de 16 h; no hubo complicaciones en 80,8%; dentro de quienes presentaron complicaciones, 41% tuvo trabajo de parto disfuncional. Un 8% de los RN fue macrosómico y no se presentaron neonatimuertos ni ruptura uterina. Como muchos estudios lo refieren, se debe eliminar el aforismo "después de cesárea siempre cesárea". La mayoría no presenta complicaciones, y en el presente estudio no hubo neonatimuertos ni ruptura uterina (57).

Ramírez y Gatica, en un estudio observacional, retrospectivo de corte transversal realizado en el Hospital Nacional Docente

Madre Niño San Bartolomé con los objetivos de conocer la frecuencia de la vía de culminación del parto en pacientes con antecedente de cesárea, identificar el tipo de parto vaginal en gestante cesareada anterior e identificar las patologías más comunes de la indicación de cesárea previa, encontraron que el 63,1% culminó por cesárea, y el 36,8% por vía vaginal, siendo la forma de inicio de trabajo de parto más frecuente la espontánea. El 11,2% del grupo de término vía vaginal fue inducido con oxitocina. La principal indicación de cesárea fue el antecedente de cesárea anterior (67,9%). El tipo de parto más frecuente fue el eutócico (81,7%), seguido por fórceps (13,1%); y por último por vacum (5,2%) (58).

Palomino, en un estudio descriptivo realizado con el objetivo de conocer el manejo de la gestante con antecedente de cesárea en el Hospital San José de Chíncha entre marzo de 1999 – marzo 2000 observaron que de 79 casos, 35 se resolvieron vía vaginal y 44, vía abdominal. De las pacientes con parto vaginal, el 26,8% presentaron complicaciones puerperales (59).

2.3 HIPÓTESIS:

2.2.1. HIPÓTESIS GENERAL:

Los factores maternos y neonatales influyen en la vía final de parto de las gestantes con cesárea previa que fueron sometidas a parto vaginal en el Hospital Augusto Hernández Mendoza de Ica, durante el período de enero a diciembre del 2014.

2.2.2. HIPÓTESIS ALTERNATIVA:

Los factores maternos y neonatales no influyen en la vía final de parto de las gestantes con cesárea previa que fueron sometidas a parto vaginal en el Hospital Augusto Hernández Mendoza de Ica, durante el período de enero a diciembre del 2014.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACION

Analítico, observacional, retrospectivo y transversal.

3.2. POBLACIÓN

Gestantes con antecedente de cesárea anterior una vez, sin contraindicaciones para el parto vaginal durante su gestación actual y que tuvieron parto institucional por vía vaginal o cesárea en el Hospital Augusto Hernández Es Salud de Ica, en el periodo entre enero a diciembre del 2014.

- El primer grupo conformado por aquellas pacientes con cesárea previa que fueron sometidas a trabajo de parto y que culminaron en parto vaginal.
- El segundo grupo por aquellas pacientes con cesárea previa, que fueron sometidas a trabajo de parto y que culminó en cesárea iterativa.

Debido a que se trata de un estudio limitado a un periodo de tiempo, no se requiere cálculo del tamaño de la muestra.

3.3. UNIDAD DE ANÁLISIS

La población estudiada está conformada por el total de las gestantes(162) con antecedente de cesárea una vez hospitalizadas y registradas según información obtenida a partir de los libros de estadística del servicio de Emergencia de Gineco-Obstetricia, durante el período comprendido entre enero a diciembre del 2014. De las 162 pacientes, 4 historias clínicas no fueron encontradas y 2 no cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, establecidos previamente, diagnosticados como óbito fetal antes del inicio del trabajo de parto, por lo tanto un total de 6 historias clínicas fueron excluidas del estudio. Finalmente quedaron 156 pacientes gestantes con antecedente de cesárea, evaluadas en junta médica y sometida a parto vaginal, quienes ingresaron al estudio.

3.3.1 Criterios de Inclusión

- a) Pacientes gestantes sometidas a parto vaginal con antecedente de cesárea previa.
- b) Cesárea anterior una vez.
- c) Gestantes con cesárea previa de tipo segmentaria transversa baja sometidas a parto vaginal.
- d) Feto único en cefálico.
- e) Historia clínica accesible y con información requerida completa.

3.3.2 Criterios de Exclusión

- a) Gestantes con indicaciones absolutas de cesárea.
- b) Óbito fetal antes del inicio del trabajo de parto.
- c) Diagnóstico de distocia pélvica.
- d) Antecedente de cirugía uterina o rotura uterina previa (Histerotomía, miomectomía).

3.4 Variables y Operacionalización de las variables:

	VARIABLE	Definición	Tipo de variable	Nivel de medición	Indicador
Independiente	PARTO VAGINAL CON CESÁREA PREVIA	Partos vaginales después de haber tenido un parto por cesárea.	Cualitativa	nominal	Antecedente de haber tenido una cesárea y culminado su último parto por vía vaginal.
Dependiente	EDAD	Tiempo cronológico medido en años de una persona.	Cuantitativa continua	Intervalo	Edad en años cumplidos al momento del parto actual.
	GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE	Ultimo año escolar cursado por la persona donde puede demostrar capacidades cognitivas, aptitudinales, procedimentales.	cualitativa politómica	nominal	Nivel de instrucción de la madre
	ESTADO CIVIL	Situación de las persona determinadas por aspectos de su situación familiar desde el punto de vista del registro civil	cualitativa politómica	nominal	Condición social de la mujer con respecto a su pareja sexual
	OCUPACIÓN	Conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña una persona en su trabajo, determinados por la posición en el trabajo	cualitativa politómica	nominal	Tipo de ocupación
	PARIDAD	Números de embarazos viables que completo la mujer. Clasificación de la madre según el número de partos anteriores a la gestación actual: nulípara (0 hijos), múltipara (2-5 hijos) y gran múltipara (= 6).	cualitativa politómica	nominal	Paridad al momento del parto actual.

INDICACION DE LAS CESÁREA ANTERIOR	indicaciones de cesáreas basadas en la evidencia	cualitativa politómica	nominal	Causa de la cesárea anterior
EDAD GESTACIONAL	Semanas en que cursa el embarazo al ingreso.	cualitativa politómica	Numérica	Edad gestacional en que se presentó el trabajo de parto.
ANTECEDENTES MATERNOS (patología obstétrica)	Patologías maternas durante el embarazo.	cualitativa politómica	nominal	Enfermedad maternas
DINÁMICA UTERINA (dilatación)	Actividad uterina normal durante los diferentes periodos del parto. La dinámica uterina se mide por diferentes parámetros que son: - Frecuencia - Intensidad - Duración - Tono basal	cualitativa politómica	nominal	Actividad uterina normal durante los diferentes periodos del parto.
CONTROL PRENATAL	cantidad de consultas obstétricas durante el embarazo, necesarias para asegurar la salud de la gestante y un buen desarrollo de niño dentro de vientre materno	cualitativa politómica	nominal	Relación de efectuación de los controles prenatales con el desarrollo de la evolución del embarazo.
PERIODO INTERGENÉSICO	Tiempo o lapso entre el que se presentó un embarazo y otro.	cualitativa politómica	Numérica	Tiempo de la cesárea ultima en relación con el embarazo actual.
USO DE OXITOCICOS	La <i>oxitocina</i> es una hormona que provoca las contracciones del útero. Se puede usar para hacer que comience el trabajo de parto o acelerarlo si ya ha comenzado por su cuenta.	cualitativa dicotónica	nominal	Uso de oxitócicos

	APGAR A LOS 5 MINUTOS DE LOS RECIÉN NACIDOS	Clasificación del RN según sus condiciones vitales. Evalúa el nivel de adaptabilidad del Recién nacido al medio ambiente.	Cuantitativa continua	Numérica	Puntaje obtenido
	COMPLICACIONES MATERNAS	Tipo de patologías Presentados por la madre	cualitativa politómica	nominal	Complicaciones maternas presentadas durante la atención del parto actual.
	PESO AL NACER EN RECIÉN NACIDOS	Cantidad en gramos que pesa el RN	Cuantitativa continua	Intervalo	Número de gramos
	COMPLICACIÓN ES DEL RN	Presencia de alguna patología que afecta la salud del recién nacido dentro de las dos horas de vida extrauterina	Cuantitativa politómica	nominal	Complicaciones del RN diagnosticadas.
	INGRESO A UCI	Instalación especial dentro del área hospitalaria que proporciona medicina intensiva. Los pacientes son aquellos que tienen alguna condición grave de salud que pone en riesgo la vida y que por tal requieren de una monitorización constante de sus signos vitales y otros parámetros.	cualitativa dicotónica	nominal	

3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La información fue recolectada principalmente de las Historias Clínicas respectivas, del libro de cesáreas de sala de operaciones, así como del Libro de Registros que se encuentra en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Augusto Hernández Mendoza de Ica.

3.5.1 Procedimientos de la recolección de datos:

La recolección de datos estará a cargo del investigador. La relación de pacientes que ingresaron al estudio fue obtenida del Libro de Partos del Servicio de obstetricia del Hospital Augusto Hernández Mendoza (HAHM), Ica, durante el periodo de estudio, hubo 2498 Partos, de los cuales 1149 (46%) fueron por cesárea; 156 pacientes con antecedente de cesárea anterior cumplieron con los requisitos para prueba de trabajo de parto vaginal, de las cuales 125 tuvo parto vaginal y 31 Cesárea intraparto (durante trabajo de parto). Con la lista se acudió a Archivo de Historia Clínicas del HAHM y se solicitó la totalidad de las mismas, se descartaron para

el estudio las pacientes cuya historias clínicas estaban incompletas o no se encontraban durante el periodo de estudio. Las pacientes con historias clínicas completas ingresaran al estudio y se procederá a recoger la información necesaria para la elaboración del presente trabajo, en concordancia con las variables, mediante la aplicación de una ficha confeccionada especialmente para el estudio.

Edad materna, grado de instrucción, estado civil, tipo de parto previo, edad de gestación en el momento del parto, enfermedad obstétrica o médica asociada, número de gestaciones, número de partos vaginales previos o posteriores a la cesárea, Indicación previa de la cesárea , dilatación al ingreso, número de controles prenatales, periodo intergenésico, complicaciones maternas tales como: rotura uterina, desgarros vaginales y hemorragia posparto; también se registraron variables como peso, y puntuación en el test de Apgar del recién nacido, uso o no de oxitocina, y vía final de parto.

3.5.2 Plan de análisis

Análisis y procedimientos de los datos

Para todas las variables se determinará las frecuencias y porcentajes. El análisis estadístico incluirá la estimación de proporciones con intervalo de confianza, para lo cual se considerará una confiabilidad de 95%. El cálculo de asociación entre variables cualitativas se realizará a través de la prueba de Chi cuadrado, considerándose significativo si $P < 0.05$. La probabilidad de ocurrencia de un evento y mediante el cociente entre la probabilidad de que ocurra el evento y la probabilidad de que no ocurra se llevará a cabo a través del odds ratio.

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:

La población estudiada está conformada por el total de las gestantes(162) con antecedente de cesárea una vez hospitalizadas y registradas según información obtenida a partir de los libros de estadística del servicio de Emergencia de Gineco-Obstetricia, durante el período comprendido entre enero a diciembre del 2014. De las 162 pacientes, 4 historias clínicas no fueron encontradas y 2 no cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, establecidos previamente, diagnosticados como óbito fetal antes del inicio del trabajo de parto, por lo tanto un total de 6 historias clínicas fueron excluidas del estudio. Finalmente quedaron 156 pacientes gestantes con antecedente de cesárea, evaluadas en junta médica y sometida a parto vaginal, quienes ingresaron al estudio.

TABLA N°1

**PARTO VAGINAL EN GESTANTES CON CESÁREA PREVIA:
HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA DE ICA,
PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2014,
DISTRIBUCIÓN SEGÚN TIPO DE PARTO**

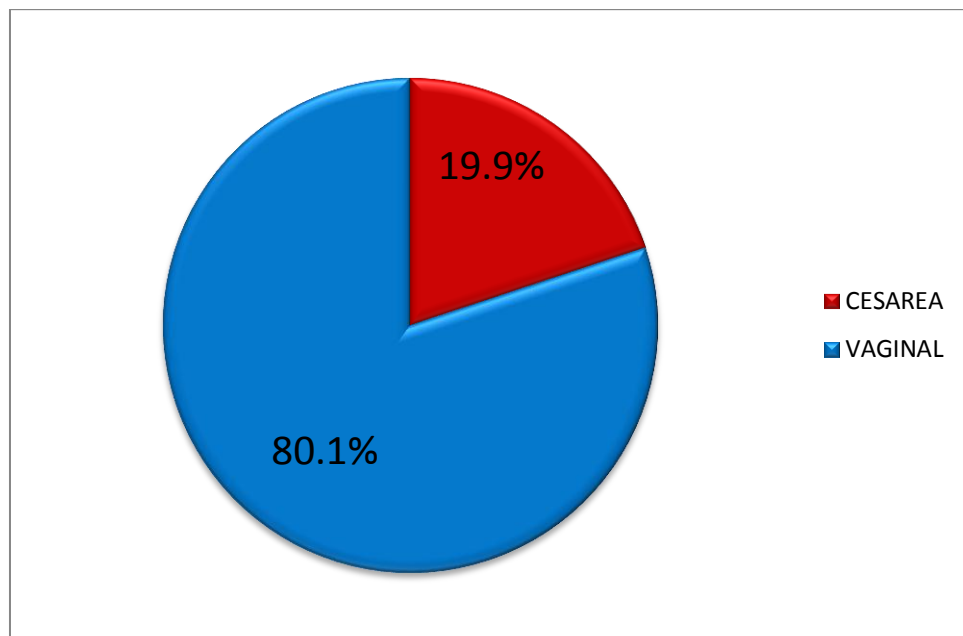
TIPO DE PARTO	FRECUENCIA	
	N	%
CESAREA	31	19,9
VAGINAL	125	80,1
<i>TOTAL</i>	<i>156</i>	<i>100%</i>

Fuente: Ficha propia de recolección de datos

En la tabla 1, se aprecia que 156 gestantes con antecedente de cesárea anterior fueron sometidos a prueba de trabajo de parto, con una tasa de éxito de parto vaginal de 80,1% (n=125) y reintervención en el 19,9% (n=31).

GRÁFICA N°1

**PARTO VAGINAL EN GESTANTES CON CESÁREA PREVIA:
HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA DE ICA, PERIODO
DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2014, DISTRIBUCIÓN SEGÚN
FORMA DE TERMINACIÓN DEL EMBARAZO**



Fuente: Ficha propia de recolección de datos

TABLA N°2

**PARTO VAGINAL EN GESTANTES CON CESÁREA PREVIA:
HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA DE ICA, PERIODO
DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2014, DISTRIBUCIÓN SEGÚN
INDICACIÓN DE LA CESÀREA ACTUAL**

INDICACIONES DE CESÁREA	FRECUENCIA	
	N	%
TRABAJO DE PARTO DISFUNCIONAL	13	41,9%
PRESENTACIÓN DE BREGMA	4	12,9%
SUFRIMIENTO FETAL	4	12,9%
¹ RPM	3	9,7%
INDUCCIÓN FALLIDA	2	6,5%
INMINENCIA DE ROTURA UTERINA	2	6,5%
² DCP: MACROSOMIA FETAL	2	6,5%
PREECLAMPSIA	1	3,2%
<i>TOTAL</i>	<i>31</i>	<i>100%</i>

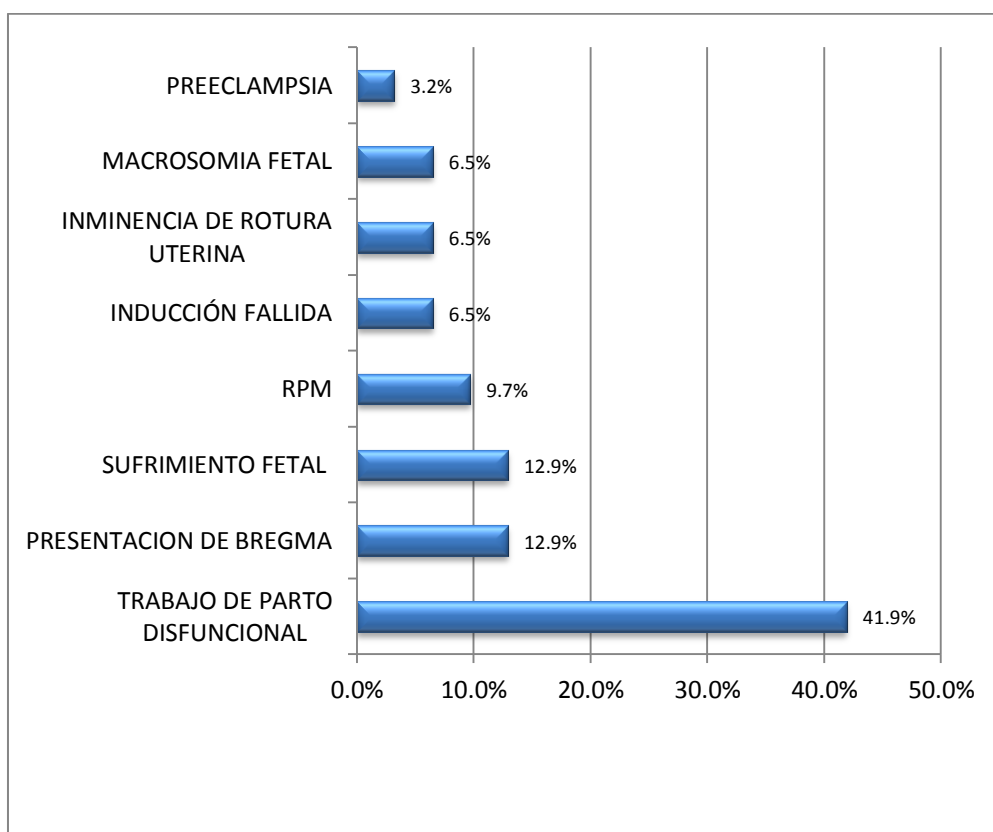
Fuente: Ficha propia de recolección de datos

¹RPM: Ruptura prematura de membrana, ²DCP: desproporción cefalo-pélvica

En la tabla 2; se observa que el motivo de la Cesárea iterativa en las gestantes que fracasaron en la prueba de trabajo de parto fue: Trabajo de parto disfuncional 41,9% (n=13), presentación de bregma 12,9% (n=4), sufrimiento fetal 12,9% (n=4).

GRÁFICA N°2

**PARTO VAGINAL EN GESTANTES CON CESÁREA PREVIA:
HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA DE ICA, PERIODO DE
ENERO A DICIEMBRE DEL 2014, DISTRIBUCIÓN SEGÚN
INDICACIÓN DE LA CESÁREA ACTUAL**



Fuente: Ficha propia de recolección de datos

TABLA N°3

**PARTO VAGINAL EN GESTANTES CON CESÁREA PREVIA:
HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA DE ICA,
PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2014,
DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A LA EDAD**

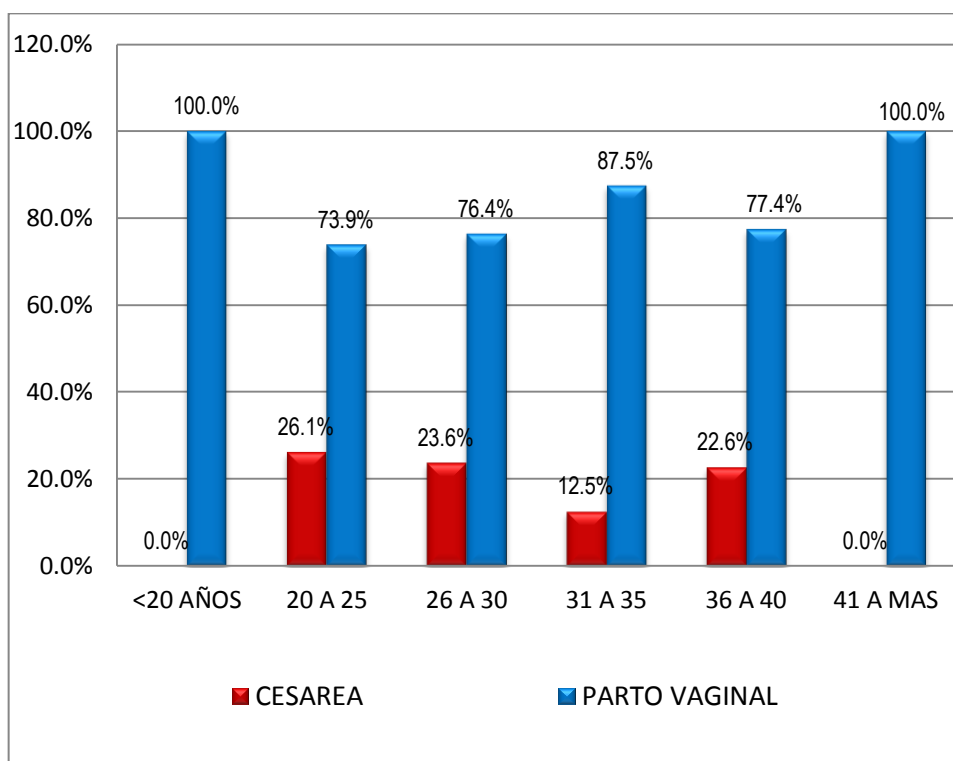
EDAD MATERNA	CESÁREA		VAGINAL		Chi2	p
	N	%	N	%		
<20 AÑOS	0	0,0%	5	100,0%	4,29	0,508
20 A 25	6	26,1%	17	73,9%		
26 A 30	13	23,6%	42	76,4%		
31 A 35	5	12,5%	35	87,5%		
36 A 40	7	22,6%	24	77,4%		
41 A MAS	0	0,0%	2	100,0%		
TOTAL	31	19,9%	125	80,1%		

Fuente: Ficha propia de recolección de datos

En la tabla3, Se aprecia que el mayor número de casos fue el grupo etario de 26 a 30 años con una tasa de éxito de parto vaginal del 76,4% (n=42); el grupo etario de 31 a 35 años con el 87,5% (n=35) y en el grupo de alto riesgo de 36 a más fue del 78,78% (n=26). Del grupo de pacientes en el que fracasó la prueba de trabajo de parto se halló el mayor número de casos entre las edades de 26 a 30 años siendo el 41,9% (n=13) de este grupo. No se estableció relación estadísticamente significativa entre la edad y el éxito del parto vaginal ($p=0,508$).

GRAFICA N°3

PARTO VAGINAL EN GESTANTES CON CESÁREA PREVIA: HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA DE ICA, PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2014, DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A LA EDAD



Fuente: Ficha propia de recolección de datos

TABLA N°4

**PARTO VAGINAL EN GESTANTES CON CESÁREA PREVIA:
HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA DE ICA,
PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2014,
DISTRIBUCIÓN SEGÚN NIVEL DE EDUCATIVO**

NIVEL EDUCATIVO	CESÁREA		VAGINAL		Chi2	p
	N	%	N	%		
PRIMARIA	2	16,7%	10	83,3%		
SECUNDARIA	13	15,1%	73	84,9%	3,46	0,177
SUPERIOR	16	27,6%	42	72,4%		
<i>TOTAL</i>	<i>31</i>	<i>19,9%</i>	<i>125</i>	<i>80,1%</i>		

Fuente: Ficha propia de recolección de datos

En la tabla 4; se observa en cuanto al grado de instrucción la mayor parte de la población de estudio se encuentra distribuida en el grupo de secundaria con el 55,12% (n=86) del total, con una tasa de éxito del 84,9% (n=73) para el parto vaginal. El otro gran grupo está compuesto por las pacientes que cuentan con superior 37,17% (n=58) con una tasa de éxito del 72,4% (n=42) para el parto vaginal. No se estableció relación estadísticamente significativa entre el grado de instrucción y el éxito del parto vaginal (p=0,177).

TABLA N°5

**PARTO VAGINAL EN GESTANTES CON CESÁREA PREVIA:
HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA DE ICA,
PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2014,
DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL ESTADO CIVIL**

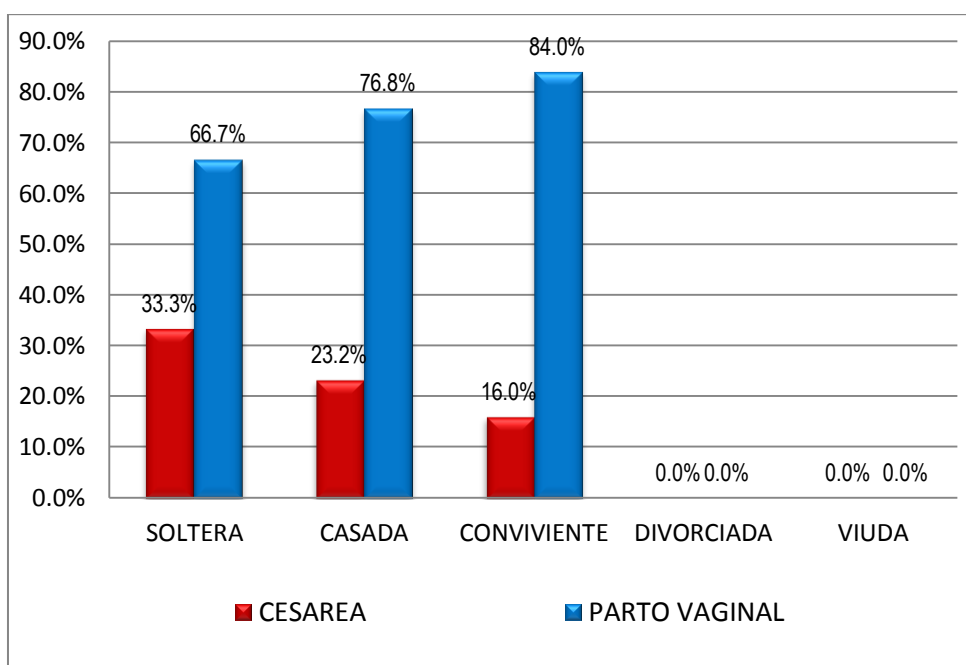
ESTADO CIVIL	CESÁREA		VAGINAL		Chi2	p
	N	%	N	%		
SOLTERA	2	33,3%	4	66,7%		
CASADA	16	23,2%	53	76,8%		
CONVIVIENTE	13	16,0%	68	84,0%	1,90	0,386
DIVORCIADA	0	0,0%	0	0,0%		
VIUDA	0	0,0%	0	0,0%		
TOTAL	31	19,9%	125	80,1%		

Fuente: Ficha propia de recolección de datos

En la tabla 5; se observa que la población dominante con el 51,92% (n=81) del total corresponde al grupo de las convivientes, que además cuenta con una tasa de éxito del 84,0% (n=68) para el parto vaginal, en segundo lugar se encuentra el grupo de las casadas con el 44,23% (n=69) con una tasa de éxito para el parto vaginal del 76,8% (n=53). No se estableció relación estadísticamente significativa entre el estado civil y el éxito del parto vaginal (p=0,386).

GRÁFICA N°4

**PARTO VAGINAL EN GESTANTES CON CESÁREA PREVIA:
HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA DE ICA,
PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2014,
DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL ESTADO CIVIL**



Fuente: Ficha propia de recolección de datos

TABLA N°6

**PARTO VAGINAL EN GESTANTES CON CESÁREA PREVIA:
HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA DE ICA,
PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2014,
DISTRIBUCIÓN SEGÚN OCUPACION MATERNA**

OCUPACION MATERNA	CESÁREA		VAGINAL		Chi2	p
	N	%	N	%		
AMA DE CASA	21	22,8%	71	77,2%	1,94	0,746
EMPLEADA	2	18,2%	9	81,8%		
PROFESIONAL	2	11,1%	16	88,9%		
INDEPENDIENTE	6	18,2%	27	81,8%		
ESTUDIANTE	0	0,0%	2	100,0%		
<i>TOTAL</i>	<i>31</i>	<i>19,9%</i>	<i>125</i>	<i>80,1%</i>		

Fuente: Ficha propia de recolección de datos

En la tabla 6; se aprecia que la más alta frecuencia de PVDC se encuentra en aquellas madres cuya ocupación es la de ama de casa en un 58,97% (n=92) del total, frente a un 22,8% (n=21) de fracaso del parto vaginal posterior a una cesárea. No se estableció relación estadísticamente significativa entre el ocupación materna y el éxito del parto vaginal (p=0,386).

TABLA N°7

**PARTO VAGINAL EN GESTANTES CON CESÁREA PREVIA:
HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA DE ICA,
PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2014,
DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA PARIDAD**

PARIDAD	CESÁREA		VAGINAL		Chi2	p
	N	%	N	%		
PRIMIPARA	18	21,4%	66	78,6%	0,01	0,909
MULTIPARA	13	18,1%	59	81,9%		
<i>TOTAL</i>	<i>31</i>	<i>19,9%</i>	<i>125</i>	<i>80,1%</i>		

Fuente: Ficha propia de recolección de datos

En la tabla 7; se observa que el 53,8% (n=84) de cesareadas anteriores sometidas a trabajo de parto eran primípara, con una tasa de éxito del 78,6% (n=66), mientras que las multíparas en conjunto era el 46,2% (n=72) con una tasa de éxito del 81,9% (n=59). No se logró establecer relación estadísticamente significativa entre la tasa de éxito para el parto vaginal y paridad (p=0,909).

TABLA N°8

**PARTO VAGINAL EN GESTANTES CON CESÁREA PREVIA:
HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA DE ICA, PERIODO
DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2014, DISTRIBUCIÓN
SEGÚN ANTECEDENTE DE PARTO VAGINAL**

Antecedente de parto vaginal	CESAREA		VAGINAL		OR	IC95%		P
	N	%	N	%				
Antecedente de cesárea	18	21,4%	66	78,6%	1,24	0,56	2,74	
Antecedente de parto vaginal previo a la cesárea anterior	9	40,9%	13	59,1%	0,40	0,13	1,22	
Antecedente de parto vaginal posterior a la cesárea anterior	4	10,5%	34	89,5%	3,52	1,34	9,25	0,001
Antecedente de parto vaginal anterior y posterior a la cesárea	0	0,0%	12	100%	0,40	0,13	1,22	
TOTAL	31	19,9%	125	80,1%				

Fuente: Ficha propia de recolección de datos

En la tabla 8; se aprecia que el 53,84% (n=84) no tenían antecedente de parto vaginal del total, con una tasa de éxito de este grupo del 78,57% (n=66). Seguido de las pacientes que tuvieron como antecedente de parto vaginal en su último parto, con una tasa de éxito del 89,47 (n=34)(OR 3,52; 95% CI 1,34-9,25). Del grupo de pacientes en que fracasó la prueba de trabajo de parto el 58,06% (n=18) tenían solo como antecedente cesárea.

TABLA N°9

**PARTO VAGINAL EN GESTANTES CON CESÁREA PREVIA:
HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA DE ICA, PERIODO
DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2014, DISTRIBUCIÓN
SEGÚN LOS CONTROLES PRENATALES**

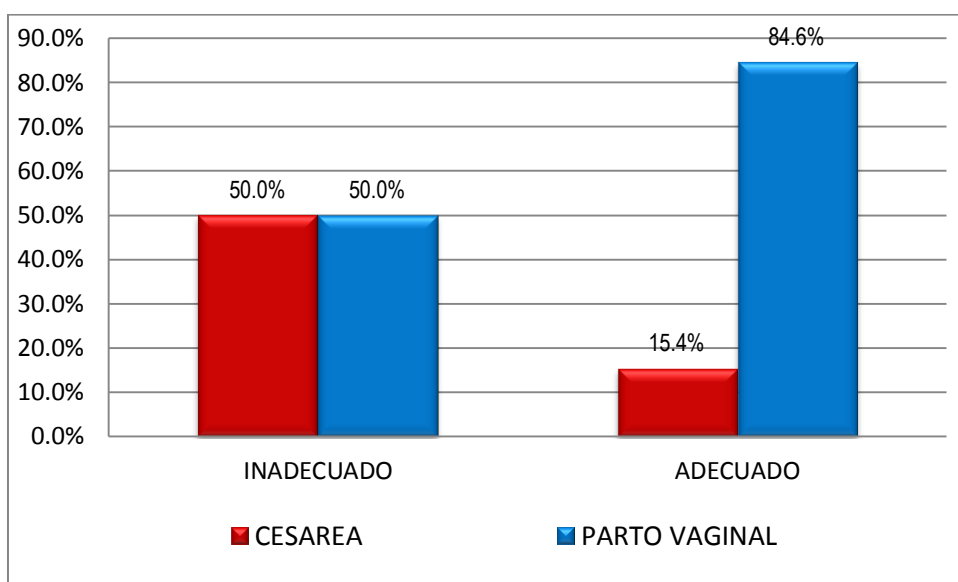
CONTROLES PRENATALES	CESÁREA		VAGINAL		Chi2	p
	N	%	N	%		
INADECUADO	10	50,0%	10	50,0%	13,07	0.000
ADECUADO	21	15,4%	115	84,6%		
<i>TOTAL</i>	<i>31</i>	<i>19,9%</i>	<i>125</i>	<i>80,1%</i>		

Fuente: Ficha propia de recolección de datos

En la tabla 9; se aprecia que las gestantes con menores controles prenatales (0-5) tuvieron igual posibilidad de éxito de parto vaginal en comparación con las que terminaron en cesárea 50% (n=10), además se observa que las pacientes que presentaron 6 controles o más, fue el 87,17% (n=136) con una tasa de éxito de parto vaginal del 84,6% (n=115), y un nivel de significancia muy alta respaldado por p: 0.000.

GRÁFICO N°5

**PARTO VAGINAL EN GESTANTES CON CESÁREA PREVIA:
HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA DE ICA, PERIODO
DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2014, DISTRIBUCIÓN
SEGÚN LOS CONTROLES PRENATALES**



Fuente: Ficha propia de recolección de datos

TABLA N° 10

**PARTO VAGINAL EN GESTANTES CON CESÁREA PREVIA :
HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA DE ICA, PERIODO DE
ENERO A DICIEMBRE DEL 2014, DISTRIBUCIÓN
SEGÚN PERIODO INTERGENÈSICO**

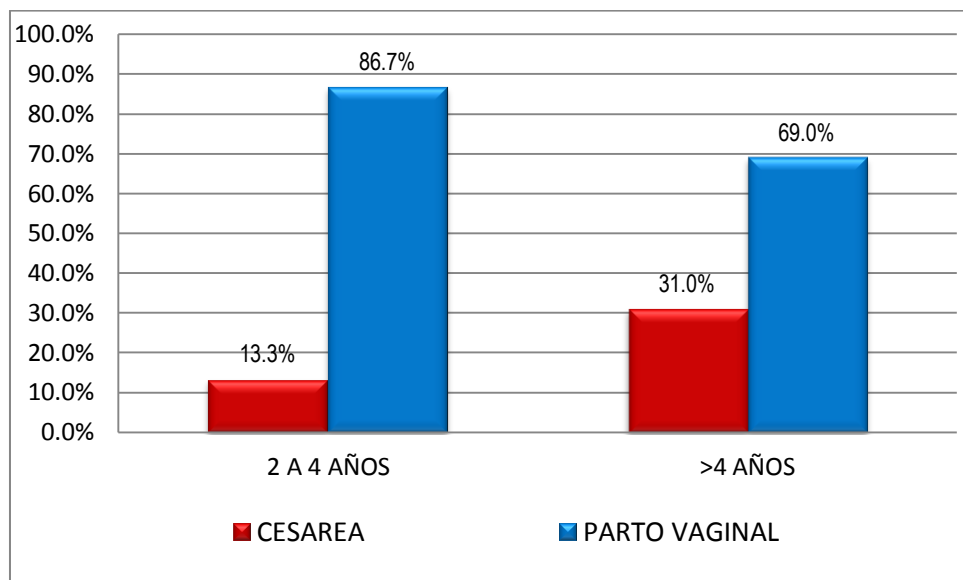
PERIODO INTERGENÈSICO	CESÁREA		VAGINAL		Chi2	p
	N	%	N	%		
2 A 4 AÑOS	13	13,3%	85	86,7%	7,22	0,007
>4 AÑOS	18	31,0%	40	69,0%		
<i>TOTAL</i>	31	19,9%	125	80,1%		

Fuente: Ficha propia de recolección de datos

Tabla 10; El periodo intergenésico con mayor frecuencia presentado fue de 2 a 4 años 62,8% (n=98) y dentro de ellos el grupo de pacientes que terminaron en parto vaginal tuvo una tasa de éxito del 86,7% (n=85), mientras que las pacientes con periodo intergenésico mayor de 4 años fue solo el 68,96% (n=40), con un nivel de significancia p: 0,007.

GRÁFICO N° 6

PARTO VAGINAL EN GESTANTES CON CESÁREA PREVIA: HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA DE ICA, PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2014, DISTRIBUCIÓN SEGÚN PERIODO INTERGENESICO



Fuente: Ficha propia de recolección de datos

TABLA N°11

**PARTO VAGINAL EN GESTANTES CON CESÁREA PREVIA:
HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA DE ICA, PERIODO DE
ENERO A DICIEMBRE DEL 2014, DISTRIBUCIÓN
SEGÚN CAUSA DE LA CESÁREA PREVIA**

CAUSA CESAREA ANTERIOR	CESÁREA		VAGINAL		Chi2	p
	N	%	N	%		
TRABAJO DE PARTO DISFUNCIONAL	14	66,6%	7	33,3%	26,9	0,000
¹ SFA	6	14,6%	41	87,2%	1,21	0,271
PRECLAMPSIA	3	21,4%	11	78,6%	0,56	0,453
PODALICO	2	8,7%	21	91,3%	1,15	0,282
² RPM	2	14,3%	12	85,7%	0,02	0,878
PRESENTACION DE BREGMA	2	30,0%	7	70,0%	0,68	0,407
DCP MACROSOMIA	2	15,4%	11	84,6%	0,17	0,672
GEMELAR	0	0,0%	5	100%	NA	
DIST FUNICA	0	0,0%	5	100%	NA	
SITUACIÓN TRANSVERSA	0	0,0%	5	100,0%	NA	
TOTAL	31	19,9	125	80,1%		

Fuente: Ficha propia de recolección de datos

¹SFA Sufrimiento fetal agudo, ²RPM: Ruptura prematura de membrana

Tabla 11: La indicación de la cesárea previa más frecuente fue sufrimiento fetal en 32,8% de las pacientes que terminaron en parto vaginal, seguida de presentación podálica 21% (n=21), y de las pacientes que terminaron su embarazo por cesárea fue el trabajo de parto disfuncional en un 41,9% (n=14) con una p=0,000.

TABLA N°12

**PARTO VAGINAL EN GESTANTES CON CESÁREA PREVIA:
HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA DE ICA,
PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2014,
DISTRIBUCIÓN SEGÚN PATOLOGÍA ASOCIADA**

PATOLOGIA ASOCIADA	CESÁREA		VAGINAL		Chi2	p
	N	%	N	%		
INFECCION URINARIA	6	27,3%	16	72,7%	0,97	0,418
RPM	3	15,0%	17	85,0%	0,01	1,000
ANEMIA	4	36,4%	7	63,6%	0,48	0,501
HIPERTENSIÓN GESTACIONAL	1	20,0%	4	80,0%	2,43	0,141
HIPERTENSIÓN CRÓNICA	1	100,0%	0	0,0%	0,02	2,323
VAGINOSIS	1	25,0%	3	75,0%	0,76	1,000
NINGUNO	15	14,3%	79	85,7%	3,61	0,069

Fuente: Ficha propia de recolección de datos

Tabla 12; se observa que el 60,3% de las pacientes (n = 94) no presentó ningún tipo de patología materna asociada. En la comparación del tipo de parto con la presencia de patología en el embarazo actual, observamos que el 51,6% (n=16) de las cesáreas repetidas padecían una afección frente al 36,8% (n=46) de las que dieron parto por vía vaginal, sin diferencias estadísticamente significativas. La tasa de éxito para el parto vaginal fue del 84.0% (n=79) en el caso de ausencia de patología obstétrica asociada(p=0,069).

TABLA N°13

**PARTO VAGINAL EN GESTANTES CON CESÁREA PREVIA:
HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA DE ICA, PERIODO DE
ENERO A DICIEMBRE DEL 2014, DISTRIBUCIÓN
SEGÚN LA DINAMICA UTERINA AL INGRESO**

DINAMICA UTERINA AL INGRESO	CESÁREA		VAGINAL		Chi2	p
	N	%	N	%		
SIN DINAMICA	0	0,0%	1	100,0%	0,25	1,000
PRODROMOS	15	26,3%	42	73,7%	2,34	0,147
FASE LATENTE	12	19,7%	49	80,3%	0,01	1,000
FASE ACTIVA	4	10,8%	33	89,2%	2,52	0,115
<i>TOTAL</i>	<i>31</i>	<i>19,9%</i>	<i>125</i>	<i>80,1%</i>		

Fuente: Ficha propia de recolección de datos

Tabla 13; Se observa que las pacientes que llegaron en fase activa de trabajo de parto 37 (23,71%) tuvieron una tasa de éxito del 89,2% (n=33) para el parto vaginal; disminuyendo al 80,3% (n=49), 73,68% (n=42), conforme lo hacían en fase latente de trabajo de parto, pródromos de trabajo de parto. No se encontró asociación entre la dinámica uterina al ingreso y la tasa de éxito para el parto vaginal ($p > 0.05$).

TABLA N°14

**PARTO VAGINAL EN GESTANTES CON CESÁREA PREVIA:
HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA DE ICA,
PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2014,
DISTRIBUCIÓN SEGÚN USO DE OXITOCINA**

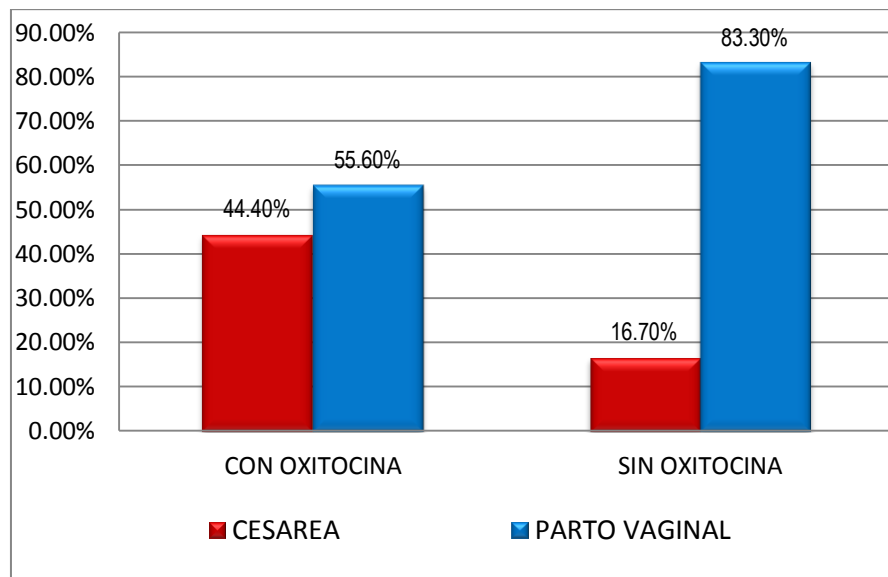
USO DE OXITOCINA	CESÁREA		VAGINAL		Chi2	p
	N	%	N	%		
SI	8	44,4%	10	55,6%	7,716	0,005
NO	23	16,7%	115	83,3%		
<i>TOTAL</i>	<i>31</i>	<i>19,9%</i>	<i>125</i>	<i>80,1%</i>		

Fuente: Ficha propia de recolección de datos

Tabla 14; Se aprecia, que se requirió oxitocina para la estimulación de trabajo de parto en 18 casos (11,5%), con una tasa de éxito de parto vaginal del 55,6%(n=10), y el resto 138 casos (88,5%), no fue necesaria el uso de oxitócicos, con una tasa de éxito del 83,33%. Se encontró asociación entre el uso de oxitocina y la tasa de éxito para el parto vaginal ($p < 0.005$).

GRÁFICO N° 7

PARTO VAGINAL EN GESTANTES CON CESÁREA PREVIA: HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA DE ICA, PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2014, DISTRIBUCIÓN SEGÚN USO DE OXITOCINA



Fuente: Ficha propia de recolección de datos

TABLA N°15

**PARTO VAGINAL EN GESTANTES CON CESÁREA PREVIA:
HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA DE ICA,
PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2014,
DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD GESTACIONAL**

EDAD GESTACIONAL	CESÁREA		VAGINAL		Chi2	p
	N	%	N	%		
<40	25	17,1%	121	82,9%	8,88	0,003
>40	6	60,0%	4	40,0%	8,88	0,003
<i>TOTAL</i>	<i>31</i>	<i>19,9%</i>	<i>125</i>	<i>80,1%</i>		

Fuente: Ficha propia de recolección de datos

Tabla 15; Se observa que las pacientes con edad gestacional menor de 40 semanas fueron del 93,6% (n=146) del total con una tasa de éxito de parto vaginal del 82,9% (n=121). Se encontró significación estadística con un p=0,003.

TABLA N°16

**PARTO VAGINAL EN GESTANTES CON CESÁREA PREVIA:
HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA DE ICA, PERIODO DE
ENERO A DICIEMBRE DEL 2014, DISTRIBUCIÓN
SEGÚN PESO DEL RECIEN NACIDO**

PESO AL NACER	CESÁREA		VAGINAL		Chi2	p
	N	%	N	%		
<2500	0	0,0%	3	100,0%	0,76	
2500 - 3999g	26	18,3%	116	81,7%	2,42	0,027
≥ 4000g	5	45,5%	6	54,5%	4,86	
TOTAL	31	19,9%	125	80,1%		

Fuente: Ficha propia de recolección de datos

En la tabla 16, se observa que el mayor número de casos 91,02% (n=142) estuvo entre 2500 y 3999; con una tasa de éxito de parto vaginal del 81,7% (n=116). RN con un peso ≥ 4000 g tuvo un fracaso de parto vaginal del 45,5% (n=5) con un nivel de significación estadística de $p=0,027$.

TABLA N°17

**PARTO VAGINAL EN GESTANTES CON CESÁREA PREVIA:
HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA DE ICA, PERIODO DE
ENERO A DICIEMBRE DEL 2014, DISTRIBUCIÓN
SEGÚN APGAR DE RECIEN NACIDO**

APGAR	CESÁREA		VAGINAL		Chi2	p
	N	%	N	%		
≤3	0	0,0%	0	0,0%	NA	
4 A 6	0	0,0%	1	100,0%	0,25	1,000
≥7	31	20,0%	124	80,0%	0,25	1,000
<i>TOTAL</i>	31	19,9%	125	80,1%		

Fuente: Ficha propia de recolección de datos

Tabla 17: Se aprecia en cuanto al puntaje Apgar del RN encontramos que el 99,35% (n=155) de los RN tuvieron un APGAR mayor o igual a 7 a los 5 minutos con una tasa de éxito del 80% (n=124). No se encontraron diferencias significativas en cuanto a la mortalidad.

TABLA N°18

**PARTO VAGINAL EN GESTANTES CON CESÁREA PREVIA:
HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA DE ICA, PERIODO DE
ENERO A DICIEMBRE DEL 2014, DISTRIBUCIÓN SEGÚN
COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS**

COMPLICACIONES DEL PARTO	CESÁREA		VAGINAL		Chi2	p
	N	%	N	%		
HEMORRAGIA POSPARTO	4	50,0%	4	50,0%	6,09	0,014
EDEMA VULVAR	1	25,0%	3	75,0%	0,68	0,417
ATONIA UTERINA	3	75,0%	1	25,0%	4,21	0,101
DESGARRO	1	7,7%	12	92,3%	5,96	0,015
RUPTURA UTERINA	1	100,0%	0	0,0%	4,06	0,199
INFECCION DE HERIDA OPERATO	1	100,0%	0	0,0%	4,06	0,199
OTROS	1	50,0%	1	50,0%	1,15	0,359
MUERTE MATERNA	0	0,0%	0	0,0%	NA	
HISTERECTOMIA	0	0,0%	0	0,0%	NA	
HEMATOMA	0	0,0%	0	0,0%	NA	
NINGUNO	21	16,3%	108	83,7%	0,233	0,649

Fuente: Ficha propia de recolección de datos

Tabla 18; se aprecia que las complicaciones en forma global estuvieron presentes en el 17,3% (n=27), dentro del grupo de pacientes que terminaron en parto vaginal se presentaron en el 13,6% (n=17) y 32,2% (n=10) del grupo de las que terminaron en cesárea intraparto. Al evaluar las complicaciones mayores como la ruptura uterina 0,8% (n=1) , la atonía y/o hipotonía 2,56% (n=4) y la hemorragia posparto 5,1%(n=8)

en las gestantes cesareadas anteriores, encontramos que representan el 5,1% (n=8) del total, y las complicaciones más frecuentes fueron; los desgarros vaginales presentes en 13 casos (8,3%) con una $p=0,015$, de los cuales 12 se presentaron en las pacientes que terminaron en parto vaginal y solo un caso de desgarro vaginal en una paciente que termino en cesárea iterativa, en segundo lugar la complicación más frecuente fue hemorragia uterina con una $p=0,014$. No hubo complicaciones en 129 casos (82,69%).

TABLA N°19

**PARTO VAGINAL EN GESTANTES CON CESÁREA PREVIA:
HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA DE ICA, PERIODO DE
ENERO A DICIEMBRE DEL 2014, DISTRIBUCIÓN
SEGÚN COMPLICACIONES PERINATALES**

COMPLICACIONES NEONATALES	CESÁREA		VAGINAL		Chi2	p
	N	%	N	%		
¹ SDR	5	83,3%	1	16,7%	15,78	0,001
TRAUMA OBSTETRICO	6	30,0%	14	70,0%	1,48	0,236
² UCI SI	4	80,0%	1	20,0%	11,73	0,006
MUERTE	0	0,0%	0	0,0%	NA	
NINGUNO	21	16,0%	110	84,0%	7,58	0,012
<i>TOTAL</i>	<i>31</i>	<i>19,9%</i>	<i>125</i>	<i>80,1%</i>		

Fuente: Ficha propia de recolección de datos

¹SDR Síndrome de dificultad respiratoria, ²UCI unidad de cuidados intensivos

Tabla 19; se observa en cuanto la morbilidad perinatal se presentó en un 16,7% (n=26) del total, se encontraron dentro del grupo que termino en parto vaginal, 14 casos de trauma obstétrico y solo un caso de SDR. Dentro del grupo de pacientes que terminaron en cesárea iterativa se presentaron 5 casos de SDR.

FACTORES ASOCIADOS A PARTO VAGINAL:

FACTOR	OR	IC95%	
¹ P.I de 2 a 4 años	2,94	1,31	6,59
Control prenatal adecuado	5,47	1,69	15,82
² E.G <40 semanas	4,81	1,59	14,57
No usar oxitócico	4,00	1,43	11,23
Antecedente de parto vaginal tras la cesárea anterior	3,52	1,34	9,25
Peso del ³ RN 2500-3999gr	3,01	1,28	7,06

¹ PI: Periodo intergenésico, ²E.G: Edad gestacional, ³RN recién nacido

- Las gestantes con 2-4 años de periodo intergenésico tienen 2,9 veces más probabilidad de parto vaginal.
- Las gestantes que llevaron un control prenatal adecuado tienen 5,47 veces más probabilidad de parto vaginal.
- Las gestantes con edad gestacional menor de 40 semanas tienen 4,8 veces más probabilidad de parto vaginal.
- Las pacientes en que no se usaron oxitócico: tienen 4 veces más probabilidad de parto vaginal.
- Las pacientes con antecedente de parto vaginal tras la cesárea anterior tienen 3,5 más probabilidad de parto vaginal.
- Recién nacidos con un peso de 2500-3999 gr; Tienen 3 veces más probabilidad de parto vaginal.

4.2 DISCUSIÓN

Desde la recomendación de 1981 del ACOG de fomentar la prueba de parto vaginal en gestantes con cesárea anterior, se han publicado numerosos trabajos que indican que del 60 al 80% de todas ellas culminan en un parto vaginal (60) y con amplio margen de seguridad; estos estudios coinciden con lo encontrado en este trabajo, (Tabla 1) siendo la tasa de éxito de parto vaginal del 80,1% (n=125) y el fracaso del parto vaginal del 19,9% (n=31). Resultado similar a estudios reportados en América Latina; Romero y col., (2004) en su estudio en Argentina hallan un 78% (61); y estudios en Haití por Vergara R. y col., (2003) reportan tasas de parto del 73% (62). Por otra parte, en el 2004 un metaanálisis conducido por Guise JM et al, mostró que las tasas de parto alcanzan promedios del 60-82% (63), Ellen L. et al., en el año 2000 publicó un metaanálisis comparativo de 15 estudios entre la prueba de trabajo de parto y la cesárea electiva, con 45244 pacientes con antecedentes de una cesárea, el 72,3% (27504) de las sometidas a prueba de trabajo de parto obtuvo con éxito un parto vaginal (64). Esta tasa de éxito hallado es similar a lo encontrado en la literatura,

aunque con un mayor porcentaje de partos vaginales después de cesárea comparado con otros estudios como lo reportado en Estados Unidos, que presentó 8,5% en el 2007 (26), en México presentando un 49% en el 2003 (65), en la revisión de las publicaciones españolas, León et al., refieren un 39,3% de partos vaginales tras cesárea anterior (66), Nuñez M et al., Paraguay en el 2010 del 12% (19) y Cuero O et al (2011) en Colombia encontró en su estudio, el 20,3% (15).

En comparación a estudios reportados a nivel nacional, estos resultados de éxito van desde 62.5% hasta 98.58% (68,69) este último resultado nos sorprende porque habría que diferenciar éxito de parto vaginal y morbilidad materna, como lo reportado por Miranda F. en el HNERM-ESSALUD entre el 2001 y el 2004 donde la tasa de éxito para el PVDC fue del 91.99%(67). En otras latitudes el éxito alcanza al 84,9% (70) como se reportó en un estudio realizado en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa en 1992, similar al encontrado en este estudio (71). Pero es una cifra alta comparada con los estudios de Romero k. y col., en Trujillo (2002) donde reportaron solo el 46,4% de éxito de parto

vaginal (17). Huerta E. et al., encontró en su estudio en el Instituto Materno Perinatal, en el año 2007 la tasa de éxito del grupo prueba de trabajo de parto del 65,3%. (41). Pedro P. en un estudio de parto vaginal en la cesareada anterior una vez en el hospital nacional docente Madre – Niño San Bartolomé durante el 2000 al 2002” fue del 66.77% (72), Misale J. y col., (2004) en un estudio de PVDC, experiencia de 4 años en el Hospital Uldarico Rocca la tasa de éxito fue 54,7% (3).

Estos resultados nos permiten establecer que existe una real posibilidad de éxito en todas aquellas madres gestantes con una cesárea previa de acuerdo a un nivel de determinación obstétrica y clínica. Estos datos establecen concordancia con las recomendaciones que la OMS indica se debería 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 (9), situación que seguramente ocurrió en el Hospital donde se han tomado las previsiones médicas y obstétricas para la atención de

todas las pacientes del estudio, ya que los resultados nos muestran esta interesante realidad.

Esta tasa elevada de éxito se debe a las características de las pacientes, pues 66 pacientes (52,8%) no habían tenido parto vaginal previo, y la tasa de éxito de este grupo fue 78,57% (Tabla 7), es de suponer que si aplicamos las recomendaciones de la ACOG el éxito sería menor (9,6). En nuestro estudio este factor no se constituyó en un factor que incrementara el éxito en la prueba, ya que tanto la población con el antecedente como la que carece de él, en su mayoría tuvieron una prueba de trabajo de parto exitosa. 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. (21)

En 31 pacientes (19,9%) del estudio, falló la prueba de trabajo de parto y tuvieron que ser reintervenidas (cesárea iterativa). La primera causa de fallo fue; trabajo de parto disfuncional 41,9% (n=13), presentación bregma 12,9% (n=4) y sufrimiento fetal 12,9% (n=4) (Tabla 2), resultados parecido con lo informado por Puig I et al., (11) en un estudio retrospectivo, en el 2012, donde se seleccionaron las pacientes con antecedentes de cesárea, siendo los motivos más frecuentes de indicación de cesárea urgente: trabajo de parto disfuncional (21.1%, 89) y riesgo de pérdida de bienestar fetal (13.5%, 57).

La indicación de la cesárea previa más frecuente fue sufrimiento fetal en 32,8% (n=41), seguida de presentación podálica 21% (n=21), de las pacientes que terminaron en parto vaginal (Tabla 11). Es decir que, entre las pacientes de parto vaginal, hubo mayor frecuencia de indicaciones fortuitas de cesárea, lo que no necesariamente se debía repetir en los embarazos subsiguientes. Así mismo algunos autores refieren que los resultados varían en función de la indicación de la cesárea anterior, cuando se realiza la cesárea por indicaciones no recurrentes, tales como sufrimiento fetal, presentación anormal o de nalgas, la probabilidad de PVDC es aproximadamente 75% (35,45,46). Nuestro estudio lo apoya y cuando la indicación fue por SFA la tasa de éxito fue del 87,2% y cuando fue por podálico se alcanzaron tasas de parto vaginal de 91,3%. Un estudio retrospectivo informó que previa cesárea atribuible a la mala presentación como una indicación aumentó significativamente la probabilidad de PVDC (OR 7,4; IC del 95%: 2,8 a 19,2) (94). Otro estudio retrospectivo también informó de una asociación similar de PVDC atribuible a presentación de nalgas, aunque las OR fue menor (OR 1,9; IC del 95%: 1,0- 3.7) (73).

Cuando la causa fue: Trabajo de parto disfuncional, el fracaso de parto vaginal es del 66.6% (n=14), con significancia estadística, con una $p=0.000$, siendo esta la indicación de la cesárea previa más frecuente dentro del grupo de pacientes que termino en cesárea. En los casos reportados por Rozenberg P. (2005); y Mc Mahon M. (1998), de cesárea previa indicada por distocia, ya sea desproporción céfalo pélvica o falta de progresión en el trabajo de parto, la tasa de éxito en parto vaginal disminuye. (74,75)

Bujold et al., publicaron que en mujeres de 35 años o más el porcentaje de parto vaginal fue del 65,1% frente al 70,7% en mujeres de 30–34 años y el 71,9% en mujeres menores de 30 años, disminuyendo las tasas de éxito mientras aumentaba la edad (76), similar a lo encontrado por Acosta (77). Así mismo estos resultados nos permiten establecer diferencia de distribución con los datos encontrados en nuestro estudio, (Tabla 3) del grupo de pacientes que terminaron parto vaginal; el mayor número de casos fue el grupo etario de 26 a 30 años con una tasa de éxito de parto

vaginal del 76,36% (n=42); el grupo etario de 31 a 35 años con el 87,5% (n=35) y en el grupo de alto riesgo de 36 a más fue del 78,78% (n=26), se observó que la tasa de éxito aumentaba o se mantenía mientras avanza la edad. Flamm BL, estudió 2502 mujeres post-cesareadas y reporta un aumento significativo en la tasa de éxito para los partos vaginales después de un parto por cesárea, para las mujeres menores de 40 años comparado con aquellas mayores de 40 años (33). En un meta-análisis, en comparación con las mujeres de 40 años o más jóvenes, las mujeres mayores de 40 años tenían casi la mitad la probabilidad de PVDC (OR 0,53; IC del 95% 0,32-0,86). Cuando la edad se examinó como una variable continua, por cada aumento incremental de 5 años en la edad de la madre, las probabilidades de PVDC también disminuyó (OR 0,83; IC del 95% 0,79 a 0,87) (59). Cuando la edad materna fue examinada como un factor de riesgo de necesitar una cesárea de emergencia en el marco de prueba de parto post-cesárea, una asociación positiva fue visto de nuevo (OR 1,22 por aumento incremental 5 años en la edad; IC del 95% 1.16 a 1.28) (76). En nuestro estudio solo hubo 2 casos de pacientes mayores de 40 años las cuales ambas terminaron en

parto vaginal. Encontrando así mismo una relación inversa entre el porcentaje de éxito de parto vaginal tras una cesárea anterior y la edad mayor de 40 años. Probablemente por tratarse de una muestra pequeña, sin embargo los datos no son significativos porque al establecer la prueba de Chi cuadrado hallamos un $p:0.508$, que nos ayuda a establecer la ausencia de la relación etárea como un factor obstétrico del parto vaginal posteriormente a una cesárea.

Algert y col., (2008), determino que el grupo etario predominante fue de 20 a 34 años con 79,0% de éxito del PVDC (78). En nuestro estudio se observa que la edad materna predominante fue de 26 a 35 años ($n=95$), conteniendo a más de la mitad de la población estudiada, con una tasa de éxito 81,05% ($n=77$). Porcentajes aplicados por el tipo de población joven atendida en el HAHM, además las pacientes se encuentran en el grupo de edad reproductiva más sobresaliente y probablemente las condiciones fisiológicas propias de la edad promedio tengan algún tipo de efecto favorable en el mecanismo del trabajo de parto tal

como se puede establecer una revisión de las bases teóricas y científicas siendo mucho más favorable en las mujeres jóvenes.

Grado de Instrucción y el PVDC (Tabla 4), en nuestro estudio la mayor parte se encuentra distribuida en el grupo de educación secundaria con el 55,12% (n=86) del total, con una tasa de éxito del 84,9% (n=73) para el parto vaginal. El otro gran grupo está compuesto por las pacientes que cuentan con grado superior 37,17% (n=58) con una tasa de éxito del 72,4% (n=42). Proporcionalmente se podría establecer que al tener un grado de conocimiento respecto al cuidado de su salud, la incidencia de éxito del PVDC es alta; se esperaría 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. Sin embargo podríamos mencionar que es

probable que exista poca educación sobre los factores de riesgo obstétrico y la fisiología del embarazo, situación que sería importante estudiar posteriormente. Grado de Instrucción y el PVDC según algunos estudios como el de Santisteban J. y col.; (8) en el Hospital “Laura E. Rodríguez D.” 2004-2008. Nos muestra que el parto vaginal después de una cesárea previa se presentó en aquellas mujeres gestantes que tienen educación secundaria en un 60.7%, y un 30.3% son de educación primaria, sin embargo no fue significativa con una p: 0.4480.

El 96.15% (n=150) de las madres gestantes provienen de una relación estable, donde el 80,66% presenta parto vaginal posterior a una cesárea, sin presentar un grado de significancia porque al someter a la prueba de Chi cuadrado se halló p: 0.386, que manifiesta una probabilidad muy lejana de relación etiológica obstétrica de la presencia del PVDC (Tabla 5). Incidencia encontrada también guarda semejanza de distribución con el estudio presentado por Echáis J. (2004) quien encuentra que el estado civil “conviviente” la afecta el 54,1% de los casos de parto vaginal posterior a una cesárea (79). Sin embargo es importante

señalar que el estado civil de la madre y la relación existente entre otras variables y el PVDC, tengan algún tipo de asociación, aunque sería muy conveniente realizar otros estudios para poder estar mucho más seguros de tal sospecha, ya que se encontró escasa literatura al respecto.

Se demostró que la más alta frecuencia de PVDC se encuentra en aquellas madres cuya ocupación es la de ama de casa en un 58,97% (n=92), frente a un 22,8% de fracaso del parto vaginal posterior a una cesárea, difiriendo de las demás ocupaciones (Tabla 6). Esto nos da nociones para establecer que algunas mujeres al efectuar actividades laborales propias del hogar de nuestra zona, muchas veces el embarazo se vuelve de alto riesgo obstétrico. Al respecto podemos establecer una comparación con las bases teóricas y la bibliografía, donde la mayoría del éxito del PVDC se da en amas de casa; sin embargo en nuestro estudio no logra tener un nivel de significancia con una prueba de Chi cuadrado hallamos un p: 0,746.

El 53,84% (n=84) de cesareadas anteriores sometidas a trabajo de parto eran primípara, con una tasa de éxito del 78,6% (n=66), mientras que las multíparas en conjunto era el 46,2% (n=72) con una tasa de éxito del 81,9% (n=59) (Tabla 7). Por tanto existió una mayor tendencia al parto vaginal después de cesárea, si existía la experiencia de un parto vaginal previo, el que es considerado por Flamm y col, en 1997, (33) como una variable importante en su puntaje para la probabilidad de parto vaginal. Esto va acorde con lo revisado, que menciona que el factor más importante en pacientes con una cesárea previa para optar por chance vaginal es el antecedente de un parto vaginal previo (37).

En el estudio de Mercer, 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 (36). No se logró establecer relación estadísticamente significativa entre la tasa de éxito para el parto vaginal y paridad ($p > 0.05$), debido a que el 53,84% (n=84) de la población de estudio pertenece a las gestantes con antecedente solo de cesárea el cual

corresponde 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 la población con el antecedente como la que carece de él, en su mayoría tuvieron una prueba de trabajo de parto exitosa.

Flamm BL, quien reporta que las pacientes post-cesareadas que han tenido un parto vaginal antes del parto por cesárea tienen 1,5 a 1,8 veces más probabilidades de tener un nuevo parto vaginal después del parto por cesárea comparado con las mujeres sin una historia previa de parto vaginal, asimismo las gestantes con un parto vaginal posterior a la cesárea tienen 9 veces más probabilidades de tener un nuevo parto vaginal en la siguiente gestación, en comparación con aquellas que no tuvieron un parto vaginal tras la cesárea (33).

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% (25), afirmándose que el mejor

predictor de parto vaginal tras cesárea es el antecedente de parto vaginal tras la cesárea anterior (26). Se encontró que en relación al tipo de parto previo (Tabla 8), el 53,8% (n=84) de la población de estudio pertenece a las gestantes con antecedente solo de cesárea, con una tasa de éxito para el parto vaginal del 78,6% (n=66) OR de 1,24 (IC 95% 0,56 – 2,74), si el antecedente de parto vaginal fue previo a la cesárea el éxito de parto vaginal fue 59,09% (n=13) OR de 0,40 (IC 95% 0,13 – 1,22) y del 77,7% (n=14), si el antecedente de parto vaginal era tras la cesárea anterior con un OR de 3.52 (IC 95% 1.34 – 9.25), teniendo 3 veces más probabilidad de terminar en parto vaginal, (p=0,001). Existiendo una mayor tendencia al parto vaginal después de cesárea, si existía la experiencia de un parto vaginal previo (n=72) con una tasa de éxito del 81,94% (n=59). Esto va acorde con lo revisado, que menciona que el factor más importante en pacientes con una cesárea previa para optar por chance vaginal es el antecedente de un parto vaginal previo (4,5). En 1997, Flamm y col. (33) presentaron un estudio de 5 022 pacientes con antecedente de cesárea sometidas a prueba de trabajo de parto, en el cual el antecedente de parto vaginal (previo o posterior a la cesárea)

aumentaba la probabilidad de parto vaginal exitoso. Esto mismo se corrobora el año 2005, cuando Landon (5) publica su serie de 14 529 pacientes, en las cuales observa que el mejor predictor de éxito de la prueba de trabajo de parto en cesareadas anteriores era el antecedente de parto vaginal previo.

Hendler I et al., (80) en el 2004 en el Hospital Sainte-Justine, Canadá: Un estudio observacional de los pacientes que se sometieron a una prueba de parto después de una sola cesárea transversal baja. Los pacientes con un parto por cesárea anterior y ningún parto vaginal fueron comparados con los pacientes con un solo parto vaginal antes o después del parto por cesárea anterior. De 2.204 pacientes, 1.685 (76,4%) tuvieron un parto por cesárea anterior y ningún parto vaginal, 198 (9,0%) tuvieron un parto vaginal antes del parto por cesárea, y 321 (14,6%) tuvieron un parto vaginal anterior. La tasa de prueba exitosa del trabajo fue del 70,1%, 81,8% y 93,1%, respectivamente ($p < 0,001$). Concluyendo que un parto vaginal anterior se asocia con una mayor tasa de éxito en la prueba de trabajo de parto en comparación con los pacientes sin parto vaginal anterior.

Flamm BL, quien reporta que las pacientes post-cesareadas que han tenido un parto vaginal antes del parto por cesárea tienen 1,5 a 1,8 veces más probabilidades de tener un nuevo parto vaginal después del parto por cesárea comparado con las mujeres sin una historia previa de parto vaginal, asimismo las gestantes con un parto vaginal posterior a la cesárea tienen 9 veces más probabilidades de tener un nuevo parto vaginal en la siguiente gestación, en comparación con aquellas que no tuvieron un parto vaginal tras la cesárea (33). Por otro lado Elkousy y col., en el 2003 reafirma los hallazgos de Flamm, reportando que las gestantes con antecedente de cesárea que tuvieron un parto vaginal previo y/o posterior a la misma cuentan con una tasa de éxito para el parto vaginal mayor a las que sólo tienen antecedente de cesárea (38).

Un reciente meta-análisis que examinaron los predictores de PVDC informó igualmente que el parto vaginal previo aumenta las probabilidades de PVDC en más del triple (odds ratio [OR] 3,41; 95% intervalo de confianza [IC] 2,56-4,54). (79) Más concretamente, a pesar de tener la experiencia de un parto vaginal

es un predictor pronóstico favorable de PVDC (parto por cesárea anterior al parto vaginal aumentó las probabilidades de lograr un PVDC [OR 1,60; IC del 95%: 1,22 -2,09]), las mujeres que tenían antes PVDC tenían más de cuatro veces las probabilidades de tener un PVDC nuevo (OR 4,39;. 95% CI 2,87-6,72) (79).

Con respecto a los controles prenatales (Tabla 9) , un hallazgo que llama la atención es que las gestantes con menores controles prenatales (0-5) tuvieron igual posibilidad de éxito de parto vaginal en comparación con las que terminaron en cesárea 50% (n=10), siendo este hecho difícil de explicar, pero se vio que la mayor parte de gestantes que tuvieron pocos controles prenatales también eran gestantes con parto vaginal previo al parto por cesárea anterior lo que favorece el éxito de parto vaginal. Además se observa que las pacientes que presentaron 6 controles o más, representa el 87,17% (n=136) del total, con una tasa de éxito de parto vaginal del 84,6% (n=115), con un nivel de significancia muy alta respaldado por p: 0.000. Esta afirmación guarda relación con la gran mayoría de los antecedentes, la literatura y los protocolos y guías de atención de la gestante en general, principalmente en

aquellas gestantes con calificación de alto riesgo, como son las gestantes con antecedentes de una cesárea anterior. Estos datos nos permiten afirmar que la labor obstétrica educativa y preventiva promocional es importantísima.

El periodo intergenésico con mayor frecuencia (62,82%) presentado fue de 2 a 4 años (n=98) y dentro de ellos el grupo de pacientes que terminaron en parto vaginal tuvo una tasa de éxito del 86,73% (n=85) (Tabla 10), (OR 2,94;. 95% CI 1,31-6,59) las gestantes con 2-4 años de periodo intergenésico tienen 2.9 veces más probabilidad de tener un parto vaginal, mientras que las pacientes con periodo intergenésico mayor de 4 años fue solo el 68,96% (n=40) con una tasa de fracaso de parto vaginal del 31.03% (n=18). Además se observó que en el HAHM se prefirió indicar cesárea en pacientes con periodo intergenésico corto y no dar chance a parto vaginal.

Landon MB y col.,(12) (2004) en su estudio demostró que en mujeres con intervalo intergenésico menor de 24 meses, a quienes se les otorga una prueba de parto, se incrementa el riesgo

de fracaso, cuando se compara con mujeres con un intervalo mayor a 24 meses (32% vs 25% $p < 0.05$).

En el trabajo de Bujold y col., (81) (2010) en mujeres que cursan con embarazo de término, con antecedente de cesárea, cuando el intervalo intergenésico es menor a 18 meses, el riesgo de ruptura uterina es mayor que cuando el intervalo es mayor a 18 meses, con una OR de 3.0 (IC 95% 1.3 – 7.2). En nuestro estudio, solo se reportó un caso (0,64%) de ruptura uterina paciente que presento como periodo intergenésico más de 8 años.

En el presente trabajo se evaluó la variable patología asociada, la tasa de éxito para el parto vaginal fue del 84.0% (n=79) en el caso de ausencia de patología obstétrica asociada, no siendo estadísticamente significativa con un $p = 0,069$. Además la patología más frecuente que se presentó fueron las infecciones urinarias seguida de RPM. Esto contrasta con otros estudios nacionales de otros autores, quienes señalan como primer tipo de patología asociada materna a la ruptura prematura de membrana. Miranda F., un estudio observacional, descriptivo, transversal, se

evaluó 512 historias clínicas, en el HNERM-ESSALUD entre el 2001 y el 2004, se hallaron 59 gestantes con patología obstétrica asociada, donde la RPM se encontró presente en el 54.24%, la hipertensión gestacional en el 45.76% y la diabetes gestacional con cero casos. La tasa de éxito para el parto vaginal fue del 92.93% (421) en el caso de ausencia de patología obstétrica asociada, siendo estadísticamente significativa con un $p < 0.05$. Se determinó que la ausencia de patología obstétrica asociada favorece en 2.3 veces (OR = 2.38, IC 95% = 1.07 – 5.34) el éxito del parto vaginal. (67) Esto concuerda con otros estudios nacionales como lo hallado en un estudio retrospectivo de 1045 pacientes gestantes que tuvieron una cesárea previa en 1992, en el Instituto Materno Perinatal. Se dividió a las pacientes en dos grupos, según que lograron un parto vaginal o fueron sometidas a cesárea de repetición. La complicación más frecuente en el momento del ingreso fue la ruptura de membranas mayor de seis horas, que se encontró en 11,99% de las pacientes que tuvieron cesárea de repetición y en 8,99% de las que tuvieron parto vaginal. (82)

Debido a que muchas condiciones médicas que complican el embarazo se asocia con un mayor riesgo de parto por cesárea, 3 estudios de cohortes grandes reportaron que las mujeres con enfermedades médicas tenían menos probabilidades de tener un PVDC, en un 17% a 58%, con las siguientes ORs: hipertensión crónica (OR 0,70; 95% CI desde 0,56 hasta 0,86); diabetes / diabetes gestacional (OR 0,42; IC del 95% 0,28 a 0,62); y la presencia de cualquier hipertensión, diabetes, asma, convulsiones, enfermedad renal, enfermedad de la tiroides, o enfermedad del colágeno vascular (OR 0,83; IC del 95% 0,71 a 0,91). (35 , 37 , 42) En nuestro estudio el fracaso de parto vaginal en las pacientes que presentaron alguna patología materna fue del 27,69% (n=65), no hubieron casos de diabetes gestacional.

Al evaluarse la dilatación al ingreso, (Tabla 13) se encontró que el 62,82% (n=98) de la población fue admitida al hospital en fase latente y fase activa de trabajo de parto, obteniéndose una tasa de éxito para el parto vaginal de 80,32% (n=49) y 89,18% (n=33) para el TP fase latente y TP fase activa respectivamente. No

se encontró asociación entre la dilatación al ingreso y la tasa de éxito para el parto vaginal ($p > 0.05$).

En nuestro trabajo, Se requirió oxitocina para la estimulación de trabajo de parto en 18 casos (11.5%) (Tabla 14), se evaluó la inducción del trabajo de parto en 3 casos 2 de ellos terminaron en cesárea, la acentuación del trabajo de parto en 15 casos, y con una tasa de éxito de parto vaginal del 55,55%(n=10). Encontrándose una tasa de éxito para el parto vaginal mayor en las pacientes que no fueron estimuladas con oxitocina con el 83,33% (n=115) frente a las que sí fueron estimuladas del grupo de pacientes que terminaron en parto vaginal, las que no usan oxitócico: tienen 4 veces más probabilidad de parto vaginal (Odds Ratio 4,00; 95% IC; 1,43-11,23). Así mismo la población predominantemente multípara desencadenó el parto espontáneamente con mayor frecuencia entre las 39 y 40 semanas, lo que favoreció el parto transpelviano. El motivo más frecuente para la inducción de parto fue la rotura prematura de membranas en los 3 casos.

También debemos señalar que, en nuestro hospital, no se acostumbra el uso de solución de oxitocina para estimular el trabajo de parto en las pacientes con antecedente de cesárea previa, a pesar que muchos autores han descrito que su uso en condiciones adecuadas es inocuo tanto para madre como para el feto (83,84).

Cuando el parto se inicia de forma espontánea existen mayores posibilidades de éxito que si se requiere inducción con oxitocina el 80 frente al 68% (7). Al comparar la variable en uso de oxitócicos con la forma de finalizar la vía de parto, se obtuvo que el inicio espontáneo de éste (n=154) se asociaba con más frecuencia con partos por vía vaginal 81,16% (n=125), frente a aquellas pacientes en quienes se indujo las cuales todas terminaron en cesárea (n=2). Estudios que examinaron el uso de la oxitocina como agente de inducción estima la probabilidad de PVDC ser del 62% (IC del 95%: 53% -70%); como un agente de conducción, la oxitocina se asocia de manera similar con una disminución de la probabilidad de parto vaginal (68%; IC del 95%: 64% -72%). (80) Un meta-análisis donde informa que las mujeres cuyo trabajo

requirió conducción con oxitocina ha tenido casi la mitad la probabilidad de parto vaginal en comparación con aquellos que no lo hicieron (OR 0,52; IC del 95%,33-,82) (26), similar a lo encontrado en nuestro estudio, siendo la tasa de éxito de parto vaginal de las pacientes que usaron oxitocina del 55,5%(n=10).

La edad gestacional media en el momento del parto fue de $39,2 \pm 4,6$ semanas, con un rango entre 32-42 semanas. Pacientes con edad gestacional menor de 40 semanas fueron del 93,6% (n=146) del total con una tasa de éxito de parto vaginal del 82,9% (n=121) (Tabla 15). Se encontró significación estadística con un $p=0,003$, coincidiendo con lo informado por Scott y col., donde reportan que la tasa de éxito de parto vaginal tras cesárea antes de las 40 semana de gestación oscila entre el 83% (85)

Coassolo KM y col., en un estudio de cohorte, retrospectivo a 5 años en 17 hospitales universitarios y comunitarios, de mujeres con, por lo menos, una cesárea anterior. La cohorte que intentó tener un PVPC consistió en 11.587 mujeres, que se dividieron en dos grupos: uno con menos de 40 semanas y el otro con más de

40 semanas, observándose que aquellas con más de 40 semanas tenían más probabilidades de tener un fallo del PVPC. Después de hacer el control de los factores de confusión, el aumento del riesgo de PVPC fallido después de las 40 semanas siguió siendo significativo (31.3% comparado con 22.2%, or 1.36, IC95% 1.24 a 1.50) El riesgo de ruptura uterina (1.1% comparado con el 1.0%) o la morbilidad general (2.7% comparado con 2.1%) no estuvo aumentado en forma significativa en las mujeres que intentaron tener un PVPC después de la FPP. Cuando se identificó la cohorte a las 41 semanas de gestación o más, el riesgo de un PVPC fallido, se mostró otra vez aumentado en forma significativa (35.4% comparado con 24.3%, or 1.35, IC95% 1.20–1.53), pero el riesgo de ruptura uterina o la morbilidad general no estaban aumentados. Los autores expresan que las mujeres que intentan un PVPC más allá de la FPP, tienen 36% más probabilidades de tener un fallo en el intento, pero, lo que es importante, no tienen más probabilidades de experimentar morbilidades relacionadas con el parto, que las que lo hacen antes de la FPP, lo cual persiste en las que hacen el intento después de las 41 semanas de gestación. (86)

Se indica las características de los neonatos (RN), el peso promedio de los RN fue 3406,7 g, el mayor número de casos 91,02% (n=142) estuvo entre 2500 y 3999; con una tasa de éxito de parto vaginal del 81,7% (n=116) (tabla 16). Esto implica que en las mujeres gestantes tras haber seguido un control prenatal favorable, el ponderado fetal ha sido controlado con éxito por el equipo profesional del Hospital, lo cual ha permitido concluir en éxito el PVDC. RN con un peso >3999 g tuvo un fracaso de parto vaginal del 35.48% (n=5) con una $p=0,027$, disminuyendo la tasa de éxito, corroborando lo informado por Zelop CM (2001) donde reportan que las mujeres cuyos RN pesaron más de 4.000 g, la probabilidad de PVDC se redujo en un 39% a un 51% con respecto al de las mujeres que tenían RN más pequeños. (40)

Por lo tanto un peso menor de 4000 gr. favorece el éxito del parto vaginal con una tasa de éxito del 92. 8% (n=116) en comparación a pesos mayores o iguales a 4000 gr. en donde el éxito del parto vaginal disminuye, siendo estadísticamente significativo con un $p < 0.05$. Coincidiendo con lo encontrado en la literatura que reporta, que factores como mujeres con un número

creciente de cesáreas anteriores, una edad gestacional mayor de 40 semanas y un peso mayor de 4000 gr. al nacimiento indicarían un fracaso en el intento de parto vaginal y un aumento en las complicaciones.

En cuanto al estado de los RN, no hubo fallecidos y en cuanto al puntaje Apgar del RN encontramos que el 99,35% (n=155) de los RN tuvieron un APGAR mayor o igual a 7 a los 5 minutos, dato óptimo ya que al haber presentado esta calificación el pronóstico del Bienestar Neonatal ha sido próspero. (Tabla 17) Aunque algunos estudios han informado una mayor incidencia de Apgar bajo a los 5 min en los recién nacidos por vía vaginal (80), en nuestro estudio solo se presentó 1 caso.

Lo que ratifica la seguridad para los RN del parto vaginal en pacientes con cesarea previa. Lindo Pérez M y col., en el 2005 realizan un estudio retrospectivo y descriptivo en el Hospital Uldarico Rocca Fernandez, en 298 gestantes a término con antecedente de cesárea entre los años 2000-2004 obteniendo una tasa de éxito del 54.7% en parto vaginal de donde el 99.4% de los

RN tuvieron un APGAR mayor o igual a 7 a los 5 minutos, concluyendo que el parto vaginal en una gestante con antecedente de cesárea se considera seguro, con altas probabilidades de éxito y mínimo riesgo de ruptura uterina. (88)

En el presente trabajo las complicaciones en forma global estuvieron presentes en el 17,3% (n=27), (Tabla 18) dentro del grupo de pacientes que terminaron en parto vaginal se presentaron en el 13,6% (n=17) y 32,2% (n=10) del grupo de las que terminaron en cesárea intraparto. Al evaluar las complicaciones mayores como la ruptura uterina 0,8% (n=1) , la atonía y/o hipotonía 2,56% (n=4) y la hemorragia posparto 5,1%(n=8) en las gestantes cesareadas anteriores, encontramos que representan el 5,1% (n=8) del total, y las complicaciones más frecuentes fueron; los desgarros vaginales presentes en 13 casos (8,3%) de los cuales 12 se presentaron en las pacientes que terminaron en parto vaginal: desgarro vaginal de grado I con el 4,8% (n=6), grado II 2,4% (n=3) , grado III 0,8% (n=1), I y II 1,6% (n=2) y solo un caso de desgarro vaginal de II grado en una paciente que termino en cesárea iterativa con el diagnostico de expulsivo prolongado, en segundo lugar la

complicación más frecuente fue hemorragia uterina. Es decir fueron más frecuentes las complicaciones asociadas a la atención del parto.

Al respecto, estos resultados difieren con los encontrados por Manrique y col. (89) en su estudio del 2009, donde reportan a la hemorragia posparto como la tercera complicación en frecuencia con el 1,6%. Por otra parte, Leal y col.(90) en su estudio del 2010 reportan que el porcentaje de complicaciones maternas fue significativamente mayor en el grupo de pacientes a las que se les sometió a prueba de trabajo de parto; y necesitaron una cesárea intraparto, con un 18%, además encontró que la rotura uterina se presentó en el 1.3% de las gestantes sometidas a prueba de trabajo de parto, datos que difieren de los encontrados en nuestro estudio. Cabe señalar que los resultados reportados en los diversos estudios, respecto a las complicaciones maternas no son uniformes y en algunos se evidencia un mayor porcentaje y riesgo de complicaciones en las gestantes sometidas a prueba de trabajo de parto lo cual dificulta la unificación de criterios para el manejo de estos casos.

De las pacientes que presentaron Hemorragia uterina (8 casos), 3 de ellas requirieron transfusión sanguínea con mayor frecuencia del grupo de las cesáreas intraparto en 2 casos; hubieron además 4 casos de atonía uterina controlada con oxitócicos y misoprostol intrarrectal, uno de ellos requirió transfusión sanguínea por anemia aguda; del grupo de pacientes que terminaron en parto vaginal solo se presentó 1 solo caso y 2 casos en el grupo de cesárea intraparto en esta última se requirió de transfusión sanguínea, además ambas eran pacientes añosas con periodo intergésico de más de 8 años, y con cesárea anterior en su último parto, con antecedente de anemia en una de ellas , la última transfusión sanguínea en la paciente que presento como complicación desgarro de I y II grado, 2 casos de endometritis puerperal, que recibieron antibiótico EV y legrado uterino. Por lo cual podemos afirmar que, el presente trabajo, no se encontró una relación directa entre las complicaciones, a excepción de la hemorragia uterina y los desgarros, y parece disminuir en aquellas gestantes que presentan trabajos de partos espontáneos o partos previos a la cesárea, como lo informado por Algert CS et al (2008) (78).

Las complicaciones más graves del estudio fue la ruptura uterina que se presentó en un solo caso entre las pacientes en que falló la prueba de trabajo de parto (0,64%), teniendo como antecedente la causa de su primera cesárea feto en presentación podàlica, ningún antecedente de parto vaginal , siendo la indicación de la nueva cesárea; expulsivo prolongado, y un peso fetal del recién nacido de 4170gr, Siendo estos valores menores con lo informado por por Yui-Bazul (82) del mismo IMAPE, que tuvieron 1,56% de roturas uterinas en su estudio de 1045 gestantes con cesárea previa y 449 pacientes que concluyeron por vía vaginal. Se ha informado (6,24) que la tasa de rotura uterina varía entre 0,4 y 0,6%.

Las pacientes que terminaron en cesárea presentaron complicaciones durante el puerperio como; la infección de herida operatoria en un solo caso (0,64%), menor a lo descrito en la literatura. La infección de herida operatoria es una complicación propia del acto quirúrgico, y se la encuentra en 2,5% a 16% de pacientes (10). La incidencia de endometritis es baja 1,28% (n=2) presentándose un caso (0,64%) en cada vía final del parto, y no hubo diferencia en ambos grupos. Se informa tasas de endometritis

postcesárea entre 6 y 18% en otros estudios (59). Pero varía de acuerdo a otros estudios donde depende significativamente de la vía de parto, siendo de 1 a 3% en el parto vaginal y 13 a 90% en el parto por cesárea (9). En nuestro estudio no hubo ningún caso de muerte materna, resultado que coincide con la bibliografía revisada (8), donde se evidencia muy pocos casos, pero en contraste a lo señalado por otros autores que señalan que la mortalidad materna por cesárea es 3 a 8 veces mayor que la relacionada con el parto vaginal, señalándose de 1 por 500-1000 en cesáreas de repetición y de 1 por 2000-4000 en parto vaginal (58).

Pero en cuanto la morbilidad perinatal donde se encontraron dentro del grupo que termino en parto vaginal, 14 casos de trauma obstétrico y solo un caso de SDR. Dentro del grupo de pacientes que terminaron en cesárea iterativa se presentaron 6 casos de trauma obstétrico, gestantes quienes ingresaron con diagnostico preoperatorio de expulsivo prolongado y 5 casos de SDR, de estos últimos 3 fueron llevados a UCI por taquipnea transitoria del recién nacido y 1 solo caso por Síndrome de aspiración meconial (SALAM). (Tabla 19)De los recién nacido que terminaron en parto

vaginal, solo el 0,8% (n=1) ingresaron a UCI, siendo la causa la baja de peso (<2500), problema respiratorio y la prematuridad.

El mayor riesgo de la prueba de trabajo de parto en estos casos es la rotura uterina, que según se reporta en diversos estudios internacionales (19) es poco frecuente, entre 0,5% y 1%. En nuestro estudio observamos una rotura uterina incompleta, en el grupo asignado a cesárea intraparto. A diferencia de lo reportado en la mayoría de estudios (3,4,15,17,18), pero concordando con Landon et al (5) se demostró que el parto vaginal después de una cesárea previa se asocia con mayor riesgo de complicaciones obstétricas, aunque los riesgos son bajos.

Se confirmó que existe mayor riesgo de trauma perineal en aquellas pacientes con cesárea previa y parto vaginal. Aunque no se confirmó la presencia de complicaciones descrita por algunos Autores (3,18,32) como: dehiscencia uterina, histerectomía e incluso muerte materna; esto no desmerece que se tengan en consideración.

CONCLUSIONES

PRIMERA

La frecuencia de parto vaginal en gestantes con cesárea previa representa el 80,1%.

SEGUNDA

Las principales indicaciones para cesárea en gestantes con cesárea previa son: Trabajo de Parto Disfuncional, presentación de bregma Sufrimiento Fetal.

TERCERA

Los factores maternos asociados a parto vaginal son: control prenatal adecuado con 5,47 veces más probabilidad de parto vaginal, periodo intergenésico entre 2-4 años con 2,9 veces más probabilidad de parto vaginal, antecedente de parto vaginal tras cesárea anterior tienen 3,5 más probabilidad de parto vaginal, edad gestacional menor de 40 semanas con 4,8 veces más probabilidad de parto vaginal, no usar oxitócicos tienen 4 veces más probabilidad de parto vaginal y no haber tenido como antecedente de su última cesárea trabajo de parto disfuncional con 3,5 más probabilidad de parto vaginal.

CUARTA

Los factores neonatales asociados a parto vaginal son: peso de 2500 a 3999 gr tienen 3 veces más probabilidad de parto vaginal.

QUINTA

Las complicaciones maternas neonatales asociadas a la cesárea en gestantes con cesárea previa: Hemorragia Uterina, SDR e Ingreso a UCI.

RECOMENDACIONES

1. Mejorar la cobertura de gestantes en los Controles prenatales.
2. No usar oxitócicos porque se ha relacionado a tener más riesgo de culminar el parto en cesárea en este grupo de pacientes.
3. Control estricto y monitoreo desde el inicio del trabajo de parto y el puerperio, evitando complicaciones como la hemorragia postparto.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Bretelle F, Cravello L, Shojai R, Roger V, D'ercole C, Blanc B. PARTO VAGINAL DESPUÉS DE DOS CESÁREAS PREVIAS. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2001; 1: 360-363
2. Ellen L, Mozurkewich E, Hutton K. Elective repeat cesarean delivery versus trial of labor: a prospective multicenter study. *Am J Obstetrics and Gynecology* 2000; 183(5): 1187-1197.
3. 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.
4. 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.
5. Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ, Spong CY, Leindecker S, Varner MW. Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. *N Engl J Med.* 2004; 351(25): 2581-9.

6. ACOG Practice Bulletin Number 115: Vaginal birth after previous cesarean delivery. *ObstetGynecol* 2010; 116(2): 450-463.
7. Rodríguez E, Escudero A, Gaité M, Suárez MT. Vía de parto tras cesárea anterior: factores asociados. *Prog ObstetGinecol* 2003;46(6):250-6
8. Santisteban J, Sánchez M, Leyva L. Parto vaginal después de un parto por cesárea en el hospital “Laura Esther Rodríguez Dulanto” de Supe. 2004-2008. *Rev. Aporte Santiaguino* 2010; 3(2): 222-230
9. ACOG Vaginal birth after previous cesarean delivery. Washington DC: ACOG; Bulletin N54, July 2004.
10. Pacheco JR. *Obstetricia*. Editorial MadCorp SA, Manual 1° edición; Lima. 1993; 134-35
11. Puig I, Corbalan S, Oliva R. Parto Vaginal Tras Cesárea Anterior. Congreso Nacional de la Sociedad Española de Obst. y Ginec. 2013.
12. Coleman TL, Randall H, Graves W, Lindsay M. Vaginal birth after cesarean among women with gestacional diabetes. *Am J Obstet Gynecol*. 2001; 184: 1104-7.
13. Instituto Nacional Materno Perinatal. Oficina de Estadística e Informática. Unidad de Procesamiento de Datos. Disponible en: <http://www.imp.org.pe>.

14. Análisis de la Situación de Salud, 2008 y 2013. Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental del Hospital Augusto Hernández Mendoza. Ica 2014
15. Cuero O, Clavijo C. Parto vaginal después de una cesárea previa, Hospital San Juan de Dios, Cali (Colombia). Estudio de cohorte. Rev Colomb Obstet Ginecol 2011; 62(2): 148-154.
16. Miranda C. Parto vaginal en cesareada anterior: Libro de resúmenes de los lunes científicos del departamento de ginecología y obstetricia del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martis del 2004; pag. 84-88
17. Romero K y col. Parto vaginal pos-cesárea. Experiencia en Trujillo Ginecol Obstet Peru 2002; 48: 34-41
18. Parto Vaginal en la Cesareada Anterior una vez en el Hospital Nacional Docente Madre – Niño San Bartolomé Durante el 2000 al 2002. Tesis para optar el grado de Gineco-obstetra. 2005.
19. Núñez M, Orquiola L, Aparicio C. Prevalencia de Parto Vaginal en Pacientes con Cesárea Previa. Rev. Nac. (Itauguá) 2010; 2(2): 30-34.
20. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee on Practice Bulletins. Obstetrics and Gynecology. Vaginal birth after previous cesarean delivery. ACOG. Practice Bulletin n.º 2. Washington: American College of Obstetricians and Gynecologists, 1998.

21. PARTO DESPUES DE UNA CESÁREA. Evidencias y recomendaciones, catalogo maestro de guías de práctica clínica IMSS-605-13. México 2013.
22. Cragin B: Conservatism in obstetrics. New York: Med J 1916; 104: 1-3.
23. Lavin et al. Vaginal delivery in patients with it prior cesarean section. Obstet Gynecol 1982; 59: 135-9.
24. Guise JM, Denman MA, Emeis C. Vaginal birth after cesarean. New insights on maternal and neonatal outcomes. Obstet Gynecol 2010;115(6):1267-78
25. Hospital Clínica de Barcelona. Servicio de Medicina Materno fetal. Protocolos Medicina Fetal Perinatal. Asistencia a la gestante en sala de partos. 2012.
26. 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.
27. 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
28. Rodríguez G, León I, Segura A, Atienza A. Parto vaginal en pacientes con cesárea anterior. Rev Cub Med Mil 2011; 40(3-4) 218-26.

29. Protocolos Asistenciales en Obstetricia. Parto vaginal tras cesárea. Protocolo actualizado en junio de 2010. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Madrid; 2010.
30. 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
31. Miller D, Diaz F. Vaginal birth after cesarean: A 10-year experience. Obstet Gynecol. 1994;84:255-8
32. Honduras. Secretaria de Salud. Embarazo más Cesárea Previa y Trabajo de Parto EN Normas Nacionales de Atención. Capítulo 9. Tegucigalpa:Secretaría De salud; 2006. P. 89-92
33. Famm BL, Geiger AM. Vaginal birth after cesarean delivery: an admission scoring system. Obstet Gynecol 1997; 90: 907-10.
34. Sáenz C, Santana S, Torres L. Cesárea electiva y parto vaginal en cesareadas previas: comparación de complicaciones maternoneonatales. Rev Per GinecolObstet. 2010;56:232-237.
35. Rosen MG, Dickinson JC, Westhoff CL. Vaginal birth after cesarean: A meta-analysis of morbidity and mortality. Obstet Gynecol. 1991;77:465–7

36. Mercer BM, Gilbert S, Landon MB, et al. Resultados laborales con el aumento de número de partos vaginales después de una cesárea. *Obstet Gynecol* 2008; 111: 285-291
37. Santisteban J, Sánchez M, Leyva L. Parto vaginal después de un parto por cesárea en el hospital "Laura Esther Rodríguez Dulanto" de Supe. 2004-2008. *Rev. Aporte Santiaguino* 2010; 3(2): 222-230
38. Elkousy M, Sammel M, Stevens E, Peipert JF, Macones G. The effect of birth weight on vaginal birth after cesarean delivery success rates, *J ObstetGynecol* 2003; 188: 824-30.
39. Hammoud A, Hendler I, Gauthier RJ, Berman S, Sansregret A, Bujold E. The effect of gestational age on trial of labor after cesarean section. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2004; 15(3):202-6.
40. Zelop CM, Shipp TD, Cohen A, Repke JT, Lieberman E. Trial of labor after 40 weeks' gestation in women with prior cesarean. *Obstet Gynecol* 2001; 97: 391-3.
41. Huertas E, Pocco D. Prueba de trabajo de parto en cesareada anterior. *Rev Per GinecolObstet.* 2010; 56 (4): 284-288
42. Bujold E, Gauthier RJ. Risk of uterine rupture associated with an interdelivery interval between 18 and 24 months. *Obstet Gynecol.* 2010; 115: 1000-6.

43. Zelop CM, Shipp TD, Repke JT, Cohen A, Lieberman E. Outcomes of trial of labor following previous cesarean delivery among women with fetuses weighing >4000 g. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 185: 903-5
44. Shipp TD, Zelop CM, Repke JT, Cohen A, Caughey AB, Lieberman E. Trabajo después de una cesárea anterior: influencia de la indicación previa y la paridad. *Obstet Gynecol* 2000; 95: 913-6.
45. Duff P, Southmayd K, Read JA. Outcome of trial of labor in patients with a single previous low transverse cesarean section for dystocia. *Obstet Gynecol*. 1988; 71: 380-
46. Bujold E, Gauthier RJ. Should we allow a trial of labor after a previous cesarean for dystocia in the second stage of labor?. *Obstet Gynecol* 2001 Oct; 98(4):652-5.
47. Coleman TL, Randall H, Graves W, Lindsay M. Vaginal birth after cesarean among women with gestacional diabetes. *Am J Obstet Gynecol*. 2001; 184: 1104-7.
48. Fundación Científica de la salud Femenina Inducción del Parto. *Gine-web: Newsletter* [en línea], 1997. [Consulta en: 30 de Marzo, 2007]. No.5.
49. Cano R, Covarrubias M, Ríos A. *Guía de Práctica Clínica: Parto después de una cesárea*. México 2013.

50. Cunningham G, Grant N, Leveno K, Gilstrap L. Williams Obstetricia: 21^a edición. Argentina: Editorial Medica Panamericana. 2002
51. Nielsen TF, Hökegård KH. Postoperative cesarean section morbidity: a prospective Study. Am J Obstet Gynecol 1983; 146: 911-6.
52. Cesarean childbirth: report of a consensus development conference sponsored by the NICHD in conjunction with the National Center for Health Care Technology and assisted by the Office for Medical Applications of Research. Bethesda: National Institutes of Health; 1981. NIH publication No.: 82-2067.
53. Complicaciones materno-fetales de las pacientes con cesárea previa sometidas a labor de parto, atendidas en el hospital Hipólito Hunanue de Tacna en el periodo 2001-2005. Tesis para optar el grado de Médico Cirujano. 2006
54. Ministerio de Salud. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive. 2007. Lima: Ministerio de Salud; 2007.
55. Ricci P, Perucca E, Altamirano R. Nacimiento por parto vaginal después de una cesárea. Prueba de trabajo de parto versus cesárea electiva a repetición. Rotura uterina, una complicación posible. Rev Chil Obstet Ginecol 2003; 68(6): 523-528

56. Taylor LK, Simpson JM, Roberts C, Olive EC, Henderson-Smart DJ. Risk of complications in a second pregnancy following caesarean section in the first pregnancy: a population-based study. *Med J Aust* 2005; 183(10): 515 – 9.
57. Vásquez G, Bautista F, Ramírez D, Angulo D, Bautista F, Fuentes C Y, Quispe A. Estudio de parto vaginal en pacientes cesareada anterior en HNDMNSHB. Enero – diciembre 2001. XIV Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología. Julio – 2002, Lima – Perú.
58. Ramírez J, Gatica H. Vía de culminación de la gestación de la paciente con el parto vaginal en pacientes cesareada anterior en HNDMNSHB. Enero – diciembre 2001. XIV Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología. Julio – 2002, Lima –Perú.
59. Janser-Reynaud M, Ochoa-Alcántara R. Manejo de la paciente con una cesárea anterior. *RevMed Post UNAH*. 1999; 4(2): 153-6
60. Romero K y Herrera C, Rojas N, Romero L, Iribarren C. Parto vaginal pos-cesarea. Experiencia en Trujillo. *Ginecol Obstet Peru* 2002; 48: 34-41
61. 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.

62. Vergara R, Acosta M. Experiencias en el parto vaginal poscesárea en un hospital haitiano. *Rev Cubana ObstetGinecol* 2003;29(1).
63. Guise JM, Berlin M, McDonagh M, Osteweil P, Chan B, Helfand M. Safety of vaginal birth after cesarean: a systematic review. *ObstetGynecol* 2004;103:420-9
64. Ellen L, Mozurkewich E, Hutton K. Elective repeat cesarean delivery versus trial of labor: a prospective multicenter study. *Am J Obstetrics and Gynecology* 2000; 183(5): 1187-1197.
65. Sánchez R, Ortiz HI, Chávez A. Parto vaginal en pacientes con antecedente de cesárea previa. *RevFacMed UNAM* 2003; 46: 28-31.
66. León C, Duyos JA. Estudio estadístico del parto vaginal post-cesárea anterior. *Toko-Gin Pract* 1973; 171-8.
67. Miranda F. Parto vaginal en cesareada anterior: Libro de resúmenes de los lunes científicos del departamento de ginecología y obstetricia del Hospital Nacional Edgardo RebagliatiMartis del 2004; pag. 84-88
68. Calderón LL, Beteta CA, Calderón AG. Parto vaginal en cesareada anterior. XII Congreso peruano de Obstetricia y Ginecología. Lima – Perú. 2000.

69. Palacios JT, Peña RW. Incidencia de parto vaginal en cesareadas anteriores. XII Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología. Lima – Perú. 1996.
70. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Birth After Previous Caesarean Birth: Green-Top Guideline No. 45. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2007. Accedido 10 junio 2010.
71. Pérez MA. Porvenir obstétrico de la cesareada anterior en el Hospital Honorio Delgado de Arequipa. [Tesis especialidad]. Arequipa 1995.
72. Perez M. Parto Vaginal en la Cesareada Anterior una vez en el Hospital Nacional Docente Madre – Niño San Bartolomé Durante el 2000 al 2002. Tesis para optar el grado de Gineco-obstetra. Lima: Unidad de Post Grado, Facultad de Medicina Humana, UNMSM; 2005.
73. Weinstein D, Benshushan A, Tanos V, et al. Score predictivo para el parto vaginal después de una cesárea Am J ObstetGynecol 1996; 174: 192-198.
74. Rozenberg P. The counselling of patient with prior C-section. GynecolObstetFertil 2005; 33(12):1003 – 8.
75. McMahon M. Vaginal birth after cesarean. Clinical Obstetrics and Gynecology 1998; 41: 369 – 81

76. Bujold E, Hammoud AO, Hendler I, Berman S, Blackwell SC, Duperron L, et al., Trial of labor in patients with a previous cesarean section: Does maternal age influence the outcome?. *Am J Obstet Gynecol.* 2004; 190: 1113-1118.
77. Acosta M, Cruz V, Calero A. Parto vaginal posterior a cesárea. *GinecolObstet Peru* 1995, 41:70-5
78. Algert CS, Morris JM, Simpson JM, Ford JB, Roberts C.L. Labor before a primary cesarean delivery: Reduced risk of uterine rupture in a subsequent trial of labor for vaginal birth after cesarean. *Obstet Gynecol.* 2008; 112: 1061-1066.
79. Echáis J. Cesárea Hospital general de Oxapampa. *Ginecología y Obstetricia. Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología.* 2004 50:106-110.
80. Hendler I, Bujold E. Effect of prior vaginal delivery or prior vaginal birth alter cesarean delivery on obstetric outcomes in women undergoing trial of labor. *Obstet Gynecol.* 2004; 104(2): 273-7.
81. Bujold E, Mehta S, Bujold C, Gauthier R. Interdelivery interval and uterine rupture. *Am J ObstetGynecol.* 2002; 187: 1199-202.
82. Yui L, Bazul V. Manejo de la gestante con una cesárea previa. *GinecolObstet Peru* 1995; 41: 76-82

83. Flamm et al. Oxitocin during labor after previous cesarean section: results of a multicenter study. *Obstet Gynecol* 1987; 70: 709-12.
84. Silver RK, Gibbs RS. Predictors of vaginal delivery in patients with it previous cesarean section who require oxitocin. *Am J Obstet Gynecol* 1987; 156(1): 57-60
85. Scott J. Parto Vaginal Después de Cesárea. *Obstet Gynecol* 2011;118:342–50
86. 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
87. Finley et al. Cesárea de emergencia en pacientes que tuvieron prueba de trabajo de parto con cicatriz uterina transversa baja. *Am J Obstet Gynecol* 1986; 155: 936-9
88. 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 Ginecol Obstet* 2004; 50: 217-222.

ANEXO Nº 1

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“PARTO VAGINAL EN GESTANTES CON CESÁREA PREVIA: HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA DE ICA, PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2014”

H.C. Nº.....

1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DEL PACIENTE

A: Edad Materna de pacientes con antecedente de cesárea sometidas a parto vaginal:

- a) menor a 20 años
- b) de 20 a 25 años
- c) de 26 a 30 años
- d) de 31 a 35 años
- e) de 36 a 40 años
- f) mayor a 40 años

B: Grado de Instrucción por Término de la gestación en pacientes con antecedente de cesárea sometidas a parto vaginal:

- a) Analfabeta
- b) Primaria
- d) Secundaria
- f) Superior

C: Estado Civil por Término de la gestación en pacientes con antecedente de cesárea sometidas a parto vaginal:

- a) Soltera
- b) Casada
- c) Conviviente
- d) Divorciada
- e) Viuda

D: Ocupación:

- a) Ama de casa

- b) Empleada
- c) Profesional
- d) independiente
- e) estudiante

E: Paridad:

- a) Primípara ()
- b) Multípara ()
- c) Gran multípara ()

2.- TIPO DE PARTO EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESÁREA SOMETIDAS A PARTO VAGINAL

- a) Vaginal ()
- b) Cesárea ()

3.- INDICACIONES DE LAS CESÁREAS ANTERIORES DE LAS MUJERES QUE SE SOMETIERON AL TRABAJO DEL PARTO

- a) TRABAJO DE PARTO DISFUNCIONAL
- b) SFA
- c) PRECLAMPSIA
- d) PODALICO
- e) RPM
- f) PRESENTACION BREGMA
- g) DCP MACROSOMIA
- h) GEMELAR
- i) DISTOCIA FUNICULAR
- j) HEMORRAGIA
- k) SITUACIÓN TRANSVERSA

4. 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.

5. EDAD GESTACIONAL POR TÉRMINO DE LA GESTACIÓN EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESÁREA SOMETIDAS A PARTO VAGINAL:

- a) <40 semanas
- b) >40 semanas

6. PATOLOGÍA OBSTÉTRICA ASOCIADA POR TÉRMINO DE LA GESTACIÓN EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESÁREA SOMETIDAS A PARTO VAGINAL

- a) Tiene b) No tiene

7. FRECUENCIA DE PATOLOGÍA OBSTÉTRICA ASOCIADA POR TÉRMINO DE LA GESTACIÓN EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESÁREA SOMETIDAS A PARTO VAGINAL

- a) Hipertensión gestacional
- b) Ruptura Prematura de membranas
- c) ITU
- d) Diabetes mellitus
- e) anemia
- e) Otro:.....

8. ESTADO DE DINÁMICA UTERINA (DILATACIÓN) AL MOMENTO DEL INGRESO DEL PACIENTE AL HOSPITAL DE MADRES CON ANTECEDENTE DE CESÁREA SOMETIDAS A PARTO VAGINAL:

- a) No trabajo de parto
- b) Pródromos de trabajo de parto
- c) Trabajo de parto en fase latente
- d) Trabajo de parto en fase activa.

9. NÚMERO DE CONTROL PRENATAL (CPN):

- a) CPN inadecuado C) CPN adecuado

10. PERIODO INTERGENÉSICO:

- a) <2 años b) 2-4 años c) > 4años

11. USO DE OXITOCINA:

- a) Si
b) No

12. INDICACION DE LA CESAREA DE LAS MUJERES QUE SE SOMETIERON A TRABAJO DE PARTO VAGINAL:

.....

13. APGAR A LOS 5 MINUTOS DE LOS RECIÉN NACIDOS (RN) DE MADRES CON ANTECEDENTE DE CESÁREA SOMETIDAS A PARTO VAGINAL:

- a) Apgar 1- 3 b) Apgar de 4 a 6 c) Apgar mayor o igual a 7

14. COMPLICACIONES DE MADRES CON ANTECEDENTE DE CESÁREA SOMETIDAS A PARTO VAGINAL:

- a) Tiene b) No tiene

15. COMPLICACIONES MATERNAS EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESÁREA SOMETIDAS A PARTO VAGINAL:

- a) Ruptura uterina
- b) Atonía / Hipotonía uterina
- c) Hemorragia uterina
- d) Desgarro de I grado
- e) Desgarro de II grado
- f) Desgarro de III grado
- g) Desgarro de IV grado
- h) Hematoma en zona de la episiorrafia
- i) Edema vulvar
- j) muerte materna
- k) histerectomía
- l) infección de herida operatoria

16. PESO AL NACER EN RECIÉN NACIDOS DE MADRES CON ANTECEDENTE DE CESÁREA SOMETIDAS A PARTO VAGINAL:

- a) < 2500 gr.
- b) 2500-3999 gr.
- c) > 3999 gr.

17. COMPLICACIONES DEL RN:

- a) Muerte neonatal
- b) Distres respiratorio
- c) Trauma obstétrico
- d) Otras
- e) Ninguno

18. RN PASO A UCI:

- a) SI
- b) NO