

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN – TACNA**

**Facultad de Ciencias Médicas**

**Escuela Académico Profesional de Medicina Humana**

**“COMPLICACIONES MATERNOFETALES DE LAS PACIENTES CON  
CESÁREA PREVIA SOMETIDAS A LABOR DE PARTO,  
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE  
DE TACNA EN EL PERÍODO 2001- 2005”**

**TESIS**

**Presentada por:**

**Bach. Fredy Ramos Chana**

**Para optar el Título Profesional de:**

**MÉDICO CIRUJANO**

**TACNA – PERÚ  
2006**

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA**

**HUMANA**

**“COMPLICACIONES MATERNOFETALES DE LAS PACIENTES  
CON CESÁREA PREVIA SOMETIDAS A LABOR DE PARTO,  
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EN EL  
PERIODO 2001-2005”**

**Aprobado por el jurado integrado por :**

**BLGO. GUILLERMO BORNAZ ACOSTA:** \_\_\_\_\_

**PRESIDENTE**

**DR. CLAUDIO RAMÍREZ ATENCIO:** \_\_\_\_\_

**PRIMER MIEMBRO**

**MGR. OSCAR CÁCERES MOSCOSO:** \_\_\_\_\_

**SEGUNDO MIEMBRO**

**DR. JAVIER LANCHIPA PICOAGA:** \_\_\_\_\_

**DIRECTOR DE TESIS**

## **DEDICATORIA**

Con todo cariño y amor, dedico el presente trabajo de tesis a mi familia, en especial a mi madre, que durante mi formación profesional con su esfuerzo y comprensión, supieron apoyarme en todo momento.

A mis docentes que durante mi formación profesional evocaron sus conocimientos y sabiduría , perdurando mi eterno agradecimiento.

## CONTENIDO

Pág.

### RESUMEN

### SUMMARY

INTRODUCCIÓN .....	1
--------------------	---

### CAPITULO I

1. PROBLEMA .....	6
A. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....	6
B. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	6
2. HIPÓTESIS .....	8
3. OBJETIVOS .....	8
A. OBJETIVO GENERAL.....	8
B. OBJETIVOS ESPECIFICOS .....	8
4. ANTECEDENTES .....	9
5. JUSTIFICACIÓN .....	12
6. MARCO TEÓRICO.....	14
6.1. RESEÑA HISTORICA.....	14
6.2. INDICACION DE CESAREA.....	17

6.3.MORTALIDAD MATERNA POR CESAREA .....	18
6.4.MORBILIDAD MATERNA POR CESAREA.....	18
6.5. PARTO CON CESAREA PREVIA.....	19
6.6.REQUISITOS PARA EL PARTO VAGINAL CON CESAREA PREVIA .....	20
6.7.CONTRAINDICACIONES PARA PARTO VAGINAL CON CESAREA PREVIA.....	23
6.8.COMPLICACIONES MATERNAS DEL PARTO VAGINAL CON CESAREA PREVIA .....	26
6.9. OTROS BENEFICIOS DEL PARTO VAGINAL CON CESAREA PREVIA .....	41

## **CAPITULO II**

2. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN .....	44
2.1.DISEÑO DEL ESTUDIO.....	44
2.2.POBLACIÓN Y MUESTRA .....	44
2.3.OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES .....	45
2.4.RECOLECCION DE DATOS.....	47
2.5.ANALISIS DE DATOS Y PROCEDIMIENTO .....	47

**CAPITULO III**

RESULTADOS ..... 48

**CAPÍTULO IV**

DISCUSIÓN ..... 72

**CAPITULO V**

CONCLUSIONES ..... 81

**CAPITULO VI**

RECOMENDACIONES ..... 83

**BIBLIOGRAFÍA** ..... 84

**ANEXOS**

## RESUMEN

**OBJETIVO:** Identificar las principales complicaciones materno-fetales asociados a las pacientes que fueron sometidas a labor de parto con Cesárea Previa, atendidas en el Hospital Hipólito Unanue De Tacna en el Periodo 2001-2005

**MATERIAL Y METODOS:** Es un estudio descriptivo, retrospectivo, transversal. Se reviso las historias clínicas e historias perinatales a través del sistema informático perinatal de 394 pacientes que fueron sometidas a labor de parto con antecedente de cesárea previa, . Se realizo análisis estadístico para variables maternas y neonatales utilizando tablas de frecuencia y porcentaje. **RESULTADOS:** En nuestro estudio se encontró que del total de pacientes 329(83.5%) terminaron en parto vaginal y 65(16.5) en parto por cesárea de urgencia. Dentro de las complicaciones, se encontró que el 1.5%(1 caso)de las pacientes de parto por cesárea presentó dehiscencia de cicatriz uterina y el 3.1%(2 casos) con endometritis, de las pacientes con parto vaginal se encontró que 0.6%(2 casos), presentó endometritis. De las pacientes que tuvieron parto vaginal, se encontró que el 86.9% de las pacientes tenían edades

comprendidas entre 20 y 35 años, además de que el 53.5% de las pacientes no tuvieron ningún parto vaginal previo a la cesárea. Evidenciándose que el periodo intergenésico en el 39.5% fue de 2 a 4 años. Encontramos también que el 57.8% de las pacientes se realizaron de siete controles a más. En la distribución de las gestantes de acuerdo a la edad gestacional, se halló que las gestaciones a término (37 – 41 semanas) fueron en mayor frecuencia con el 78.4%. Con respecto a las pacientes de parto por cesárea se encontró que el 72,3 % presenta una edad entre 20 a 35 años, el 69,2% no tuvo parto vaginal previo a la cesárea, el 52,3% presenta un periodo intergenésico entre 2 a 4 años, el 55,4 % se controló por más de seis veces, la edad gestacional de 37 a 41 semanas es la más frecuente con el 87,7%.

Dentro de las indicaciones por las que se realizó la cesárea previa en ambos grupos de pacientes, la presentación podálica fue la primera con 42.6%, seguido de DCP (Macrosomía fetal) con 24.4%, sufrimiento fetal agudo 16.5%, y otras en menor porcentaje. Y las indicaciones de segunda cesárea, la primera causa fue la DCP por macrosomía fetal con un (43,1%), seguido de SFA(20%), presentación podálica(7,7%), Inminencia de rotura uterina(4,6%) y otras .



En lo que respecta a la puntuación del APGAR que presentó el recién nacido al minuto y a los cinco minutos de nacido del total de pacientes , fué en su gran mayoría puntajes de 7 a más en ambos grupos. El peso en los recién nacidos de ambos grupos, más frecuente fluctúa entre 3500 a 3999 con un 38.6% y 33.8%, respectivamente; seguido por pesos entre 3000 a 3499 con un 30.1% y 30,8% respectivamente, evidenciándose además que el 13.4% corresponde a macrosómicos de los nacidos de parto vaginal y 15.4% de los nacidos por cesárea son macrosómicos. **CONCLUSIONES:** En nuestro estudio dentro de las complicaciones, se encontró que existe mayor riesgo de complicaciones (RR.=7.5) en aquellas pacientes con labor de parto, que terminan en cesárea de urgencia. La frecuencia de partos vaginales en pacientes con cesárea previa fue de 1.6% del total de partos.

***Palabras clave:*** Cesárea, indicaciones, complicaciones, parto vaginal.

## SUMMARY

**OBJECTIVE:** To identify the main maternal-fetal complications associate to the patients who were put under work of Cesarean childbirth with Previous, taken care of in the Hospital Hipólito Unanue Of Tacna in the Period 2001-2005

**MATERIAL and METODOS:** It is a descriptive, retrospective, cross-sectional study. I review clinical histories and perinatales histories atraves of the perinatal computer science system, of 394 patients who were put under work of childbirth with Cesarean antecedent of previous. I am made statistical analysis for maternal and neonative variables using tables of frequency and percentage. **RESULTS:** In our study one was that of the total of patients 329(83.5%) they finished in vaginal childbirth and 65(16.5) in childbirth by Cesarean of urgency. Within the complications, one was that 1.5%(1 caso)de the patients of childbirth by Cesarean presented dehiscencia of uterine scar and 3.1%(2 cases) with endometritis, of the patients with vaginal childbirth was that 0.6%(2 cases), presented endometritis. Of the patients who had vaginal childbirth, one was that the 86,9% of the patients had ages between 20 and 35 years, in addition to

which the 53,5% of the patients did not have any previous vaginal childbirth to the Cesarean one. Demonstrating itself that the intergenésico period in the 39,5% went of 2 to 4 years. We also found that the 57,8% of the patients were made more than six controls. In the distribution of the gestantes according to the gestacional age, one was that the gestations upon maturity (37 - 41 weeks) were in greater frequency with the 78.4%. With respect to the patients of childbirth by Cesarean one was that 72.3 % present an age between 20 to 35 years, 69.2% did not have previous vaginal childbirth to the Cesarean one, 52.3% presents a intergenésico period between 2 to 4 years, 55.4 % was controlled by more than six times, the gestacional age of 37 to 41 weeks is most frequent with 87,7%. Within the indications by which the previous one was made Cesarean in both groups of patients, the podálica presentation was first with 42,6%, followed of DCP (fetal Macrosomía) with 24,4%, acute fetal suffering 16,5%, and others in smaller percentage. And the indications of second Cesarean one, the first cause was the DCP by fetal macrosomía with (43,1%), followed of SFA(20%), presentation podálica(7,7%), Imminence of breakage uterina(4,6%) and others. With regard to the score of the APGAR that presented/displayed new born to the minute and the five minutes of been born of the total of patients, fué in its great majority puntajes of 7 to more in both groups. The weight in new born of both

groups, more frequent fluctuates between 3500 to 3999 with 38,6% and 33,8%, respectively; followed by weights between 3000 3499 with 30,1% and 30.8% respectively, demonstrating in addition that the 13,4% correspond to macrosómicos of the been born ones of vaginal childbirth and 15,4% to the been born ones by Cesarean they are macrosómicos.

**CONCLUSIONS:** In our study within the complications, therefore greater risk of complications (RR.=7.5) in those patients with childbirth work exists, who finish in Cesarean of urgency. The frequency of vaginal childbirths in patients with Caesarean previous was of 1,6% of the total of childbirths.

**Key words:** Cesarean, indications, complications, vaginal childbirth.

## INTRODUCCIÓN

El manejo de la gestante con una cesárea previa es aún controversial, no existiendo hasta el momento un criterio universal y uniforme acerca de la mejor conducta a seguir en estos casos.

En 1916 Cragin escribe "una vez cesárea, siempre cesárea", considerándose en ese momento una ley. En esa época la cesárea era corporal, no existían los antibióticos ni las transfusiones, la morbimortalidad materno-fetal y los riesgos posteriores de una probable rotura uterina eran elevadas(1).

Es evidente que esto hoy en día no es aplicable, porque la cesárea es habitualmente segmentaria. Debemos insistir en la tendencia a disminuir la tasa de cesárea, pero sin sacrificar los criterios aceptados como seguros en la obstetricia moderna. Para lograr la posibilidad de un parto vaginal en pacientes con antecedentes de una cesárea, el obstetra tendrá que llevar a cabo un análisis individual de cada paciente. Esto deberá incluir el tipo de cesárea efectuada, el diagnóstico que motivó la cesárea y la evolución postoperatoria.

Durante la década de los 80 se efectuaron múltiples estudios que pretendían demostrar que el parto vaginal es posible después de cesárea, y la conclusión fue que efectivamente el riesgo era mínimo y el parto después de cesárea podía llevarse a cabo siempre y cuando la cicatriz uterina fuera transversa baja.

El riesgo más temido al someter a trabajo de parto a una paciente con antecedente de una cesárea es la rotura uterina. La cual se ha definido como un defecto que implica el grueso entero de la pared uterina, incluyendo el peritoneo sobrepuesto, con la salida del contenido intrauterino hacia la cavidad abdomino pelviana, que requiere intervención operatoria (2). Sin embargo, algunos hacen la diferencia con la rotura uterina incompleta, que ha sido definida como aquella en la que el peritoneo visceral permanece indemne (3).

En el año 2000 se publica un metaanálisis comparativo entre prueba de trabajo de parto (TOL) y cesárea electiva (ERC) de 15 estudios, con 45.244 pacientes, con antecedente de una cesárea. El 72,3% de las sometidas a prueba de trabajo de parto, obtenía con éxito un parto vaginal. El número de roturas uterinas fue pequeño: 0,4% (90 de

22.982) para las con prueba de trabajo de parto, *versus* 0,2% (26 de 16.134) en aquellas en que se realizaba cesárea electiva.

Respecto a mortalidad fetal y neonatal, de 23.286 TOL se produjeron 136 muertes fetales (0,6%). Y en 16.239 ERC, 56 muertes fetales (0,3%). Diferencia estadísticamente significativa (Odds Ratio 1,75; 95% IC; 1,30-2,34).

Apgar a 5 min menor a 7, más frecuente en prueba de trabajo de parto (Odds Ratio; 2,24; 95% intervalo confianza; 1,10-4,71).

Al comparar complicaciones: La morbilidad febril es menos frecuente en TOL (Odds Ratio 0,70; 95% IC; 0,64-0,77). Riesgo de transfusión sanguínea menos probable en TOL (Odds Ratio 0,57; 95% IC; 0,42-0,76). Histerectomía mayor riesgo en ERC (Odds Ratio 4,26; 95% IC; 0,006-295,19).

Para corroborar estos resultados se clasificaron los diferentes trabajos de acuerdo a calidad, otorgando puntaje de 1 a 7. Clasificaron 6 estudios con nota 6 ó 7, y en ellos se analizaron nuevamente las variables antes mencionadas, no obteniendo diferencia a lo ya expuesto.

Como conclusión debemos recordar que la rotura uterina como complicación es 2 veces más frecuente al someter a pacientes con antecedentes de una cesárea, a trabajo de parto, versus cesárea electiva a repetición. Sin embargo, el riesgo absoluto sigue siendo bajo. Si hacemos análisis numérico, entre 374 a 809 mujeres requieren cesárea repetida electiva (ERC) para prevenir 1 ruptura uterina. Al analizar muerte fetal y neonatal, 693 a 3.332 mujeres requieren ERC para prevenir 1 muerte fetal o neonatal atribuible a la prueba de trabajo de parto. El Apgar menor de 7 a los 5 min, es 2 veces más frecuentes en TOL. La mortalidad materna 3 de 27.504 mujeres en TOL. Y la transfusión, histerectomía y morbilidad febril materna más frecuente al repetir cesárea electiva. Es decir, una prueba de trabajo de parto es una opción para mujeres con una cesárea anterior (4).

El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) recomienda someter a todos los casos con cesárea previa a intento de parto vaginal, salvo que exista una de las siguientes circunstancias:

1. Que persista la indicación anterior.
2. Que la cesárea fuese clásica o desconocida.
3. Que el feto pese 4.000 gramos o más.
4. Que haya alguna contraindicación para el parto vaginal.



5. Que no se pueda monitorizar el parto y,

6. La falta de un anesthesiólogo y un neonatólogo (5)

Se justifica llevar a cabo el estudio de problema: El trabajo es pertinente porque se cuenta con el personal capacitado para la realización de la investigación; El parto vaginal en pacientes con antecedente de cesárea es una forma adecuada para disminuir las tasas en aumento de las cesáreas. Evidenciar las complicaciones que pueden presentar las pacientes sometidas a labor de parto.

# **CAPÍTULO I**

## **CAPITULO I**

### **1. PROBLEMA**

#### **A) FORMULACION DEL PROBLEMA**

¿Cuáles son las complicaciones materno-fetales asociados a las pacientes con Cesárea Previa que fueron sometidas a labor de parto, atendidas en el Hospital Hipólito Unanue De Tacna en el Periodo 2001-2005?

#### **B) DESCRIPCION DEL PROBLEMA**

En los últimos treinta años se ha producido una tendencia mundial al aumento de la operación cesárea. Antes de 1960, la frecuencia de cesárea era inferior al 5% (6); en la actualidad, la frecuencia oscila entre un 20 a 25% en los servicios públicos de salud y mayor al 50% en el sistema privado (7).

Diversas son las razones para explicar este aumento. Por un lado, el perfeccionamiento de las condiciones quirúrgicas y de anestesia; por otro, la influencia de razones ajenas al enfoque estrictamente médico, como problemas médico legales y presión de la paciente por un parto programado.

La cesárea tiene una mayor morbi-mortalidad materna, dada por las complicaciones infecciosas, hemorrágicas, anestésicas y tromboembólicas, además de un período de recuperación y un costo mayor que el parto vaginal.

La prueba de parto vaginal en pacientes con cesárea previa, es una medida aceptada en la práctica médica. Esto se basa en estudios que han demostrado que la frecuencia de partos vaginales después de una cesárea, fluctúa entre 60% a 80% (8). El entusiasmo por este enfoque se ha visto disminuido por la posibilidad de ruptura uterina y, en menor grado, por el aumento de la morbilidad en una cesárea de urgencia por prueba de parto fallida vs. una cesárea electiva.

## **2. HIPÓTESIS**

El antecedente de cesárea previa causa mayores complicaciones materno-fetales en las pacientes que fueron sometidas a labor de parto, atendidas en el Hospital Hipólito Unanue De Tacna en el Periodo 2001-2005.

## **3. OBJETIVOS**

### **A) OBJETIVO GENERAL**

Identificar las principales complicaciones materno-fetales de las pacientes con Cesárea Previa que fueron sometidas a labor de parto, atendidas en el Hospital Hipólito Unanue De Tacna en el Periodo 2001-2005.

### **B) OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Identificar los factores gineco-obstétricos, de las pacientes con Cesárea Previa que fueron sometidas a labor de parto, atendidas en el Hospital Hipólito Unanue De Tacna en el Periodo 2001-2005.

- Determinar la frecuencia de partos culminados por vía vaginal en pacientes con Cesárea Previa atendidas en el Hospital Hipólito Unanue De Tacna durante el periodo 2001-2005.
- Identificar las principales indicaciones materno-fetales de la Cesárea previa en las pacientes que fueron sometidas a labor de parto en el Hospital Hipólito Unanue De Tacna durante el periodo 2001-2005.
- Identificar la causa de la segunda cesárea, en las pacientes que fueron sometidas a labor de parto en el Hospital Hipólito Unanue De Tacna durante el periodo 2001-2005.

#### **4. ANTECEDENTES**

El curso del embarazo normal y su culminación natural fueron históricamente eventos sociales que incorporaban a la familia y a su comunidad, sin ninguna o con muy poca participación médica. Hoy, son sucesos más médicos que sociales, una mutación que ha transformado paulatinamente en pacientes a las mujeres embarazadas y a las parturientas normales.

En los últimos 30 años, la tasa de partos por cesárea se ha incrementado significativamente en casi todos los países occidentales. Sólo en los Estados Unidos de Norteamérica, la tasa de partos por cesárea fue 5,5% en el año 1970 y 22,8% en 1993. Los factores influyentes de este aumento incluyen una menor tolerancia a tomar riesgos, temor a los juicios por mala praxis, adelanto tecnológico que permite diagnósticos precoces de sufrimiento fetal, la cesárea en la presentación pelviana para mayor seguridad y el aumento de cesáreas electivas por incremento de cesáreas primarias (7). En Latinoamérica, las tasas de cesárea alcanzan valores que superan el 15% (valor límite superior sugerido por la Organización Mundial de la Salud en 1985)(8). Entre los años 1995 y 1997, Brasil, República Dominicana, Ecuador, Chile y Argentina encabezaban la lista con los más altos índices (por encima de 25 %). Actualmente, en el Perú, estas tasas muestran proporciones alarmantes, se conoce que en Lima las tasas de cesárea alcanzan, en algunos centros, cifras como 32,3% y 37,6% (9).

Mark B. Landon y cols., presenta un estudio prospectivo observacional de cuatro años, encontrando 17,898 mujeres con

antecedente de cesárea intentaron parto vaginal y 15,801 mujeres se realizó cesárea electiva de forma repetida. Presentando 124 mujeres del primer grupo ruptura uterina, asimismo 12 neonatos de aquellas mujeres que tuvieron parto vaginal, presentan encefalopatía hipóxica isquémica; Siete de estos casos de encefalopatía hipóxica isquémica se presentó en aquellas con ruptura uterina. La frecuencia de histerectomía y muertes maternas entre ambos grupos. Concluyendo, que aquellas que presentan parto vaginal después de cesárea anterior se asocia a un mayor riesgo perinatal, que la cesárea repetida de forma electiva, aunque los riesgos absolutos son bajos. Esta información es relevante para aconsejar a mujeres sobre sus opciones después de un parto por cesárea(10).

El principal argumento que se tenía para contraindicar esta conducta en las pacientes con cesárea previa, lo constituía el temor a la ruptura uterina; sin embargo los estudios epidemiológicos en otros países revelan que este riesgo no es mayor a los beneficios que puedan obtenerse con un parto por vía vaginal (9).



## 5. JUSTIFICACION

El parto vaginal en pacientes con cesárea previa es una condición ampliamente debatida desde hace muchos años, presentando controversias en su manejo como es la vía de terminación del embarazo y sus ventajas tanto para la madre como para el feto.

Actualmente se presenta el parto vaginal en pacientes con cesárea previa, como una alternativa segura que no presenta un incremento en la morbi-mortalidad materno-fetal y debe adoptarse siempre y cuando no existan contraindicaciones para el mismo.

El principal argumento que se tenía para contraindicar esta conducta en las pacientes con cesárea previa, lo constituía el temor a la ruptura uterina; sin embargo los estudios epidemiológicos en otros países revelan que este riesgo no es mayor a los beneficios que puedan obtenerse con un parto por vía vaginal.

En el mejor de los casos, los factores clínicos pueden usarse para distinguir las pacientes que tendrán parto vaginal y las que no lo tendrán. Esta información sería muy valiosa en la orientación sobre las

opciones de la paciente y así poder decidir un parto vaginal en aquellas con antecedente de cesárea previa que no tengan algún factor de riesgo.

El trabajo es trascendente ya que la escasez de literatura nacional y la no existencia de trabajos similares en nuestro hospital, me impulsa a realizar el presente estudio. Y su realización sería punto de partida para otros trabajos, para así llegar a un mejor manejo de la mujer cesareada anterior.

El presente trabajo pretende identificar las Complicaciones Materno Fetales y características asociadas de las Pacientes sometidas a labor de parto, con Cesárea Previa atendidas en el Hospital Hipólito Unanue De Tacna, esperando que los resultados obtenidos nos permita ajustar los protocolos de atención y unificar los criterios para decidir una segunda cesárea en gestantes con cesárea Previa, y de esta manera contribuir a disminuir la incidencia de operación cesárea en nuestra comunidad, evitando posibles complicaciones que esta implica.

## **6. MARCO TEORICO**

### **6.1. RESEÑA HISTORICA**

La operación cesárea corresponde a un procedimiento quirúrgico mayor, cuya definición original corresponde al obstetra francés Jean Louis Baudelocque: "Es una operación por la que se abre una vía para extraer al feto diferente de la natural" (6). El término cesárea puede ser debido a que Julio César pudo haber nacido de esta manera, sin embargo hay otras teorías de carácter histórico que puedan explicar el origen de la palabra como la "Lex Regia" o "Lex cesárea" impuesta en el año 715 a.C. cuando Pompilio rey de Roma impuso esta ley que se aplicaba a toda madre que fallecía embarazada, entonces tanto la madre como el feto debían enterrarse separadamente. También se cree que pueda derivarse del verbo latino "Caedere" que significa "Cortar", por lo que simplemente indicaría "Parto por corte". La primera cesárea realizada a una mujer viva de manera intencional fue el 21 de abril de 1.610 por Wittenberg, la paciente falleció a los 25 días del postoperatorio siendo lo más factible a causa de una

septicemia. Barlow en 1.793 hace la primera cesárea exitosa, sin embargo la mortalidad en esa época era muy alta, debido al desconocimiento de una técnica quirúrgica adecuada, al ausente desarrollo de la anestesia y al desconocimiento de los factores causales de infección (7). El principal problema de este procedimiento lo constituyó la hemorragia hasta que en 1.882 Max Sanguer introdujo la técnica de sutura uterina con hilos de plata para así lograr una hemostasia, teniendo presente que en la época aún no se realizaba cierre de la herida uterina (6). En 1.876 con el fin de lograr un control de la infección en las pacientes intervenidas, Porro De Pavia impone la cesárea seguida de anexo-histerectomía subtotal (7). Sin embargo esto sólo disminuyó parcialmente la mortalidad infecciosa post operatoria hasta que Frank en 1907 introduce la técnica de cesárea extraperitoneal que se mantuvo vigente hasta la década de los 40 del presente siglo, con esta técnica se pretendía evitar un abordaje intracavitario lo que limitaría la infección en caso de que se presentara y así disminuir la mortalidad por esta frecuente complicación (6). Esto demuestra que esta operación hasta finales del siglo pasado era poco realizada, pero con el advenimiento de la anestesia, el

desarrollo de la técnica quirúrgica y el uso de antibióticos eficaces para el control de la infección, este procedimiento logró tal popularidad, llegándose a constituir en el procedimiento quirúrgico mayor más realizado en todo el mundo. El problema actual de las pacientes con cesárea previa consiste en el temor de muchos obstetras en ofrecer trabajo de parto y parto vaginal con el argumento de que esta conducta constituye un riesgo elevado tanto para la madre como para el feto y que durante su transcurso se presente una ruptura uterina. Esta mentalidad fue propuesta inicialmente por Cragin en mayo 12 de 1916 en un artículo publicado en el New York Medical Journal titulado "Conservación en Obstetricia", en cual concluye que una vez se realice cesárea, en los partos siguientes siempre se debe realizar cesárea(7). Pocos pronunciamientos han sido universalmente aceptados en la comunidad obstétrica como este, llevando a una conducta generalizada para este tipo de pacientes. Sin embargo el aforismo de Cragin corresponde a una época en donde una mayor parte de las cesáreas incluía una incisión uterina clásica, además los antibióticos y las transfusiones eran prácticamente desconocidas. Es así como en la actualidad muchos obstetras e instituciones tratan este

aforismo viejo como si fuera la conclusión de un estudio reciente por lo que consideran que toda paciente con cesárea previa es una contraindicación para un parto por vía vaginal y que se debe hacer siempre una cesárea electiva una vez el embarazo alcance clínicamente el término (11) .

## **6.2. INDICACION DE CESAREA**

A finales de la década de los 70s y durante los 80s, la cesárea previa constituyó la principal indicación para este procedimiento, siendo el 31% del total de cesáreas realizadas; presentando igual tasa que la distocia y trabajos de parto estacionarios. Otras indicaciones de cesárea menos frecuentes la constituyeron la presentación podálica con 12% y el sufrimiento fetal agudo con 5%. Datos del National Natality Survey en EE.UU. (1.980) indican que cerca del 40% de todas las cesáreas fueron realizadas simplemente por la historia de cesárea previa (9). En 1.989 en EE.UU. el 10.5% a 11.7% de los ingresos de todas las pacientes obstétricas tenían como antecedente cesárea previa (17), por lo que constituye una población importante. Por lo tanto, un manejo adecuado para

este tipo de pacientes lograría disminuir la alta tasa de cesáreas aún vigente (14).

### **6.3. MORTALIDAD MATERNA POR CESAREA**

Toda paciente sometida a un acto quirúrgico mayor, no esta exenta de riesgos tanto quirúrgicos como anestésicos y la cesárea no es la excepción. La tasa de mortalidad por cesárea es de 0.8% siendo las enfermedades asociadas la principal causa de muerte con un 37% del total de fallecimientos directamente relacionados con este procedimiento y en segundo lugar, problemas relacionados con la anestesia con 21%, otras corresponden a trastornos hipertensivos durante el embarazo y sus complicaciones, hemorragia durante el procedimiento quirúrgico, sepsis y embolia pulmonar (7).

### **6.4. MORBILIDAD MATERNA POR CESAREA**

En el momento de definir una cesárea en un embarazo podemos estar ante una edad gestacional diferente a la que hemos calculado, por lo tanto uno de los riesgos bien

documentados de cesárea electiva corresponde a la prematuridad iatrogénica como causal de morbi-mortalidad fetal (9).

#### **6.5. PARTO CON CESAREA PREVIA**

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(16). Sin embargo esta conducta no se observa en todos los hospitales e incluso en los médicos de diferentes países(17). 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 (16).



## **6.6. REQUISITOS PARA EL PARTO VAGINAL CON CESAREA PREVIA**

La paciente debe ingresar al hospital solamente cuando presente inicio del trabajo de parto a no ser que alguna condición médica u obstétrica indique lo contrario. Existen algunos requisitos que hay que tener en cuenta a la hora de atender un parto vaginal en pacientes con cesárea previa y son:

- 1.- Paraclínicos como hemograma, y hemoglobina.
- 2.- El trabajo de parto y el parto deben ser monitorizados o con estrecha vigilancia clínica de la frecuencia cardiaca fetal.
- 3.- Sonda Foley para detectar precozmente la presencia de orina hematúrica.
- 4.- Disponibilidad permanente de quirófano para realizar en caso de que así se indique una cesárea de urgencia.
- 5.- Una vena permeable con un catéter adecuado para administrar grandes volúmenes de líquidos o soluciones (15).

Por lo tanto si se decide ofrecer parto vaginal a las pacientes con cesárea previa la institución debe contar con los elementos necesarios para realizar una cesárea de urgencia (16). El

partograma donde demuestra el progreso del trabajo de parto siempre se debe diligenciar y actuar acorde a los resultados del mismo, puesto que la incidencia de ruptura uterina es mayor cuando se ha pasado en tiempo la línea de acción según la curva de Friedman, esto puede llevar a un aceptable pero poco incremento de las tasas de cesárea pero con beneficios notorios como la disminución de la incidencia de ruptura uterina y la morbilidad materno-fetal (14).

Toda paciente debe tener pleno conocimiento de los procedimientos a realizar al igual que aceptar los riesgos y los beneficios. Es de anotar que además con una correcta explicación del procedimiento a las pacientes la mayoría (81%) acepta el trabajo de parto. El uso de la pelvimetría radiológica no es necesario para la evaluación de la paciente antes de dar inicio a la prueba de trabajo de parto, siendo un mal predictor e incrementando la tasa de cesáreas en general, su práctica se considera que debe ser abandonada(12). El monitoreo de la frecuencia cardíaca fetal es de las medidas mas importantes debido a que los cambios de la misma puede ser el signo más precoz de inminencia de ruptura uterina. Se ha planteado que el

uso de catéteres intrauterinos durante el trabajo de parto pudiese ayudar a diagnosticar precozmente una ruptura uterina debido a la pérdida de la presión intrauterina y así tomar una conducta rápida de evacuación, sin embargo Rodríguez y col. en una revisión de 76 casos de ruptura uterina con 39 monitorizados mediante catéter de presión intra-uterina, demostró que en la mayoría de los casos no se observa el patrón clásico de disminución de la presión dentro del útero y algunas pacientes (10%) presentan incluso incremento de la línea de base, sin observar diferencias en la morbi-mortalidad materno fetal de ambos grupos, por lo tanto no lo aconseja como método de vigilancia subrayando una vez más que el distress fetal es el hallazgo más común (78%) en caso de ruptura uterina. La revisión digital del segmento uterino a nivel de la cicatriz previa es recomendado por algunos con miras a detectar alguna solución de continuidad y revelar la integridad de la misma posterior al parto (15) o realizarla en caso de indicaciones específicas como dolor abdominal, sangrado vaginal excesivo o atonía uterina (12).

El uso de la ultrasonografía, evaluando el grosor del segmento uterino inferior ha mostrado cierta utilidad en estudios prospectivos recientes, encontrando que la incidencia de ruptura uterina es inversamente proporcional al grosor del segmento uterino mediante examen ecográfico, con un punto de corte de 3.5 mm, dando así valores predictivos positivos de 11.8% y valores predictivos negativos de 99.3%, sin embargo se considera que faltan mas estudios al respecto(17).

#### **6.7. CONTRAINDICACIONES PARA PARTO VAGINAL CON CESAREA PREVIA**

Solamente 15.6% de las pacientes con cesárea previa tienen contraindicaciones relativas o absolutas para realizar trabajo de parto y parto por vía vaginal (12). Son absolutas aquellos casos de cesárea corporal clásica o cesárea en "T" invertida, así mismo como una dehiscencia de una cicatriz uterina previa que requirió reparo de la misma (15) Contraindicaciones relativas como dos o más cesáreas previas, cicatriz uterina de tipo desconocido, embarazos gemelares o macrosomía fetal diagnosticada previamente por exámenes ultrasonográficos

(13). Dos o más cesáreas previas se presenta solo en el 2.3% de la población obstétrica, debido tal vez a que en un procedimiento quirúrgico inicial es probable que la paciente acepte la ligadura tubaria como método definitivo de planificación(20).

El tener dos cesáreas previas puede no considerarse como una contraindicación y puede ser una alternativa razonable para determinado grupo de pacientes con tasas de éxito similares a las pacientes con una sola cesárea previa (75.3%), otros no la recomiendan encontrando 3 veces más frecuencia de ruptura uterina (15). En estudios realizados con fetos macrosómicos son controvertidos y la presencia de un feto con un peso ecográfico estimado mayor de 4.000 gramos no aumenta la morbi-mortalidad perinatal, en pacientes con cesárea previa se observa en ciertos trabajos una disminución en la tasa de partos vaginales en fetos macrosómicos (43% vs. 58%) aunque otros autores no reportan diferencias en el resultado del embarazo con pesos estimados fetales de más de 4.000 g (73%) vs. menos de 4.000 g (76%)(12).

La sobre distensión uterina ocasionada por un embarazo gemelar o un polihidramnios puede no estar asociada a un mayor índice de rupturas uterinas. Presentaciones en podálica y embarazos gemelares puede no ser considerada como contraindicación absoluta y puede ofrecerse parto vaginal sin riesgo(20), sin embargo otros argumentan que al realizar la manipulación para lograr extraer el feto en podálica, puede llegar a convertir un pequeño defecto uterino o una ventana en una ruptura uterina completa, pero faltan más datos al respecto(21). La localización de la placenta no se sabe si pueda influenciar en el desarrollo de ruptura uterina cuando se encuentra implantada sobre la cicatriz uterina, trabajos pertinentes consideran que tal caso se pueda asociar a ruptura del útero y a pérdidas hemáticas mayores, pero no hay datos conclusivos actualmente(14). No se encontraron estudios donde el antecedente de una infección intra-amniótica o el desarrollo de una endometritis pos cesárea puedan influir de manera adversa la tasa de complicaciones maternas al ofrecer trabajo de parto en los embarazos siguientes. Cuando se trata de una cesárea previa de tipo segmentaria transversa baja el permitir un trabajo de parto es una alternativa más segura que una

cesárea automática subsiguiente y toda paciente con este tipo de incisiones uterinas previas deben considerarse aptas para un parto por vía vaginal, pues el riesgo de ruptura uterina es muy bajo y no está asociado con serias complicaciones(15).

#### **6.8. COMPLICACIONES MATERNAS DEL PARTO VAGINAL CON CESAREA PREVIA**

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

**DEHISCENCIA:** Corresponde a una "ventana", la solución de continuidad uterina no compromete el peritoneo y no hay vaciamiento de su contenido.

**RUPTURA INCOMPLETA:** Abertura de la cicatriz con expulsión del contenido uterino sin compromiso del peritoneo.

**RUPTURA COMPLETA:** Hay expulsión del producto y ruptura del peritoneo.

Hay que diferenciar entre los diferentes tipos de ruptura uterina pues en los casos de dehiscencias o "ventanas" por lo general tienen poca significancia clínica y no presenta resultados adversos fetales-neonatales, mientras que la ruptura completa se puede acompañar de alta morbi-mortalidad materno-fetal(14). Hay numerosos signos clínicos descritos en la literatura que puedan indicar ruptura uterina, algunos de manera precoz, como es el caso de cambios en la frecuencia cardiaca fetal principalmente desaceleraciones variables que se profundizan y se convierten en tardías, pudiéndose constituir en el único signo de inminencia de ruptura uterina; el segundo signo más precoz es el dolor entre las contracciones de manera persistente y progresivo en cuanto a severidad, no existe entonces periodo de dolor ausente durante los periodos de reposo uterino sobre todo a nivel de la parte inferior del abdomen, sin embargo este hallazgo puede generar confusión pues su interpretación es de carácter subjetivo y otros lo consideran como un pobre indicador; otros signos son la



hemorragia vaginal abundante, pero hay que tener en cuenta que este sangrado puede hacerse hacia los ligamentos o la cavidad abdominal haciéndose escaso externamente y presentar un cuadro progresivo de choque hipovolémico sin sangrado externo; el dolor que persiste a pesar de la analgesia peridural, hematuria macroscópica, pérdida de las contracciones, retroceso de la presentación, anillos de contracción a nivel segmentario y muerte fetal son otros hallazgos que pueden encontrarse en casos de ruptura del útero(12).

La incidencia de ruptura uterina en pacientes con cesárea previa oscila en 2.6%, incluyendo casos de dehiscencia. En un estudio multicéntrico realizado en EE.UU., se reportaron 8 casos de ruptura uterina con una incidencia muy baja del 0.7% con ninguna muerte materna atribuible y 3 complicaciones dadas por dos casos de sufrimiento fetal agudo y una histerectomía. Golan hace una extensa revisión de rupturas uterinas encontrando 93 rupturas de 126.713 partos analizados con una incidencia de uno por cada 1.362 (0.73%), dentro de las cuales se incluyen pacientes con y sin cesárea previa,

encontrando factores asociados como el uso inadecuado de oxitócicos (42%), desproporción cefalo-pélvica (40%), gran multiparidad (31%) y abruptio de placentae (18%) La ruptura más frecuentemente encontrada fue la transversa segmentaria(11).

La mortalidad materna fue de 9.7% con una mortalidad fetal de 22%. El manejo inicial abordado en todas las pacientes fue la resucitación y restauración de la volemia, posteriormente individualización de cada caso en la sala de operaciones de acuerdo al tipo de lesión, localización y extensión así como el deseo reproductivo de la paciente. En el estudio 75% de las pacientes requirió histerectomía de las cuales 36% fueron sub-totales; el resto se realizo reparo del desgarró uterino. En caso de presentarse una ruptura uterina esta puede corresponder a una dehiscencia que se encuentre asintomática por lo que no ameritaría manejos posteriores que cicatrizaría por segunda intención. En caso de presentarse una ruptura uterina de dimensiones mayores estaría abocada la histerectomía y o el reparo de la misma mediante laparotomía. Otro autor en una revisión de 162 casos de ruptura uterina encontró una

mortalidad materna de 13.5% con una mortalidad fetal muy elevada de 76.1%, encontrando además que en las pacientes sin cesárea previa cuando presentan ruptura uterina por lo general son multíparas (8) .

La ruptura uterina en pacientes con cesárea previa es un evento raro y los datos que se han registrado en la literatura corresponden a millares de partos ofrecidos por lo que en la mayoría de los artículos de revisión no se encontró algún tipo de muerte materna atribuible al parto vaginal con cesárea previa, como tampoco incrementos en la morbilidad materna fetal(17). No hay aumento en la incidencia de complicaciones maternas de las pacientes con cesárea previa que fueron sometidas a trabajo de parto en cuanto a pérdida sanguínea o hemorragia post parto (9). Es necesario entonces colocarnos en la balanza del riesgo-beneficio para la paciente llegando a la conclusión que una cesárea electiva presenta mayor riesgo de morbilidad y mortalidad materno-fetal que un parto vaginal, siendo la ruptura uterina en el ultimo de los casos un evento raro que en suma no sobrepasa los riesgos de realizar un procedimiento quirúrgico mayor como es la cesárea. Por lo

tanto podría constituirse un nuevo axioma: "Después de una cesárea puede ocurrir un parto vaginal" (11).

### **¿CUÁNDO DEBEMOS SOSPECHAR LA ROTURA UTERINA?**

La rotura uterina ocurre en 0,1% de todos los embarazos de término y se puede asociar a una dehiscencia de cicatriz uterina previa, un parto espontáneo rápido, estimulación excesiva con ocitocina, multiparidad, desproporción cefalopélvica o una presentación transversa no reconocida. Sin embargo al existir el antecedente de una cesárea, aumenta a un 1% (22).

Las manifestaciones pueden incluir: 1. Dolor abdominal severo, frecuentemente irradiado al hombro debido a irritación subdiafragmática por la sangre intra abdominal; dolor en la zona de la cicatriz; 2. Hipotensión materna hasta shock y muerte materna. 3. Bradicardia fetal hasta muerte fetal.

La analgesia continua puede ser utilizada en dosis bajas para no enmascarar el dolor de la rotura uterina o de la

dehiscencia de la cicatriz, realizando monitorización fetal continua y evitando la infusión ocitócica.

En la década de los 80 en EE.UU., el NICHD (Instituto Nacional de Salud Infantil y desarrollo humano) concluye que el VBAC es una opción apropiada para disminuir las cesáreas. Consecuentemente se observó un aumento desde 3,4% de partos vaginales después de una cesárea, hasta un 28,6%, alcanzado en 1993. Sin embargo, en los años recientes, se ha producido una controversia renovada sobre la seguridad relativa de una prueba de trabajo de parto en estas pacientes ("Vbac-to!"), llevando a una declinación rápida el número de las mujeres que experimentan la vía vaginal (VBAC). Bajando a 16,4% en el 2001 (disminución del 42%). La atención se ha centrado sobre todo en la rotura uterina, un acontecimiento potencialmente catastrófico, que puede tener consecuencias serias para la madre y el feto(23).

## **PERÍODO INTERGENÉSICO Y ROTURA UTERINA**

En el trabajo de Bujold y cols., en 1992, se analizaron 1527 mujeres sometidas a trabajo de parto, con antecedente de una cesárea, con 21 roturas uterinas finales (1086, 71,1% parto vaginal, 1,4% roturas uterinas). El período intergenésico menor o igual a 12 meses se asoció a 4,8% de roturas; 13 a 24 meses: 2,7%; 25 a 36 meses: 0,9%; mayor a 36 meses: 0,9%. Importante resulta comentar que un período intergenésico menor o igual a 24 meses se asoció a casi 3 veces la probabilidad de rotura uterina (2,65 OR; 95% IC; 1,08-6,46) (24).

## **RELACIÓN PESO FETAL Y ROTURA UTERINA**

Elkousy y cols., presentaron una revisión de 9.960 mujeres con antecedente de una cesárea, con prueba de trabajo de parto. Separaron en grupos: Grupo1 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 grupo1 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 de 4.000 g. Es decir se corrobora lo que ya conocíamos y es recomendado en las guías perinatales nacionales.

**IMPACTO DE UNA HISTERORRAFIA SIMPLE (EN UN PLANO) VERSUS DOS PLANOS: ¿EXISTE ALGUNA RELACIÓN DE ROTURA UTERINA Y TÉCNICA DE CIERRE EN LA CESÁREA ANTERIOR AL SOMETER A UNA PRUEBA DE TRABAJO DE PARTO A ESTAS PACIENTES?**

En general para cualquier cesárea, las publicaciones de varios estudios demuestran morbilidad materna a corto plazo comparable, al realizar cierres uterinos, ya sea en un plano o en dos planos. Por otro lado, el tiempo quirúrgico se reduce al efectuar un cierre en un plano. Por estas razones esta técnica ha ganado aceptabilidad (25).

Sin embargo, que sucede en aquellas pacientes que son sometidas posteriormente a prueba de trabajo de parto. Ha habido poco análisis del efecto de la técnica de cierre en el índice de una rotura uterina posterior (VBAC). Se publicaron en 1993 y 1997, dos estudios que no permitían sacar conclusión debido al tamaño pequeño de la muestra, y de roturas uterinas (26).

En el 2002, Bujold y cols., publican un estudio observacional de cohorte en 2142 mujeres con prueba trabajo de parto, con antecedente de una cesárea (transversa segmentaria baja). Encontrando una probabilidad de rotura uterina en mujeres con una cesárea anterior con histerorrafia simple de casi 4 veces (3,95 Odds Ratio, 95% IC, 1,35-11,49) comparado con cierre en dos planos(27).

**PERÍODO INTERGENÉSICO Y ANTECEDENTE DE HISTERORRAFIA: DESPUÉS DE CONOCER ESTOS FACTORES DE RIESGO, ¿EXISTE ALGUNA RELACIÓN DE MAYOR RIESGO AL CORRELACIONAR AMBOS FACTORES PARA ROTURA UTERINA (PERÍODO INTERGENÉSICO Y**



## **CIERRE EN UNO O DOS PLANOS), AL SOMETER A PRUEBA DE TRABAJO DE PARTO?**

Podemos responder al revisar el trabajo de Bujold. La combinación de un intervalo intergenésico de menos o igual a 24 meses y una histerorrafia en un plano previa, se asocia a rotura uterina en el 5,6% de las mujeres con antecedente de una cesárea sometidas a prueba de trabajo de parto. Un 0,4% de roturas uterinas se presenta al realizar una histerorrafia en dos planos, con un período intergenésico de más de 24 meses (24).

## **¿CUÁNDO DEBIERA OCURRIR LA ROTURA UTERINA? TEORÍA VERSUS REALIDAD**

La sospecha de ocurrencia de rotura uterina debe estar presente cuando hay un desequilibrio entre tensión en la cicatriz y su fuerza. Según esta observación la rotura uterina ocurre en la última parte de la fase activa o en la segunda etapa del trabajo de parto, cuando las presiones intrauterinas son mayores (28).

**COSTO VERSUS BENEFICIO DE VBAC VERSUS CESÁREA ELECTIVA A REPETICIÓN: ...¿ES REALMENTE MÁS BARATO SOMETER A PRUEBA DE TRABAJO DE PARTO A MUJERES CON ANTECEDENTE DE UNA CESÁREA. A PESAR DE LAS POSIBLES COMPLICACIONES?**

DiMaio y cols., en el 2002, realiza un estudio para evaluar esta situación. Para ello realiza un análisis histórico de cohorte de mujeres con antecedente de cesárea en el Hospital de Shands en la Universidad de la Florida. Ingresan al estudio embarazos con feto único-vivo, sin anomalías. Determina los costos directos diarios durante la estadía en la unidad, e indirectos. Costos derivados de complicaciones: muerte, dehiscencia de cicatriz uterina o de la rotura, transfusión de sangre, histerectomía, íleo, infección, complicaciones neonatales y estadía en unidad de cuidados intensivos.

Se analizaron 204 binomios madre-infante. Sesenta y cinco en el grupo de cesárea de repetición electiva y 139 en el grupo de prueba de trabajo de parto (resultado prueba trabajo parto: 104 vaginales y 35 falla, 74,8% éxito). El costo (Media) de

cuidado mayor en cesárea a repetición para las madres fue superior al de prueba de trabajo de parto (\$ 4.155 contra \$ 3.675;  $p < 0,001$ ). Para los recién nacidos se repitió el resultado a favor de la prueba de trabajo de parto (\$ 1.794 contra \$ 1.187;  $p = 0,03$ ). Entonces, la media de costo mayor en el binomio madre-hijo, se inclina hacia la cesárea electiva a repetición (\$ 5.949 contra \$ 4.863;  $p = 0,001$ ). Sin embargo, al analizar los costos de los casos de falla de la prueba de trabajo de parto, era muy superior a ambos grupos (Grupo éxito parto vaginal: \$4.411; Grupo fallido: \$ 6.272. Diferencia de costo medio entre cesárea a repetición y grupo con falla: \$ 323. Diferencia entre grupo de éxito de prueba trabajo de parto y cesárea electiva a repetición: \$ 1.538).

En estos cálculos de media de costo mayor para cada grupo no tomaron en cuenta gasto honorario médico. Por el alto éxito de la prueba de trabajo de parto, escaso número de casos fallidos, y menor número aún de casos con complicaciones, sigue siendo más rentable a la larga la prueba de trabajo de parto, versus cesárea electiva a repetición. Además debemos resaltar que la cesárea reiterativa condiciona mayor riesgo

materno y complicaciones futuras como el acretismo placentario(29).

**RELACIÓN: AUSENCIA PROGRESIÓN TRABAJO DE PARTO Y ROTURA UTERINA: ...¿HAY RELACIÓN, Y DÓNDE ESTÁ EL PUNTO DE CORTE PARA MAYOR RIESGO?...**

La progresión inusualmente lenta de la dilatación cervical es más común entre mujeres con rotura uterina. Al detener la prueba de trabajo de parto por una detención de dilatación de dos horas, se puede prevenir el 42,1% de las roturas uterinas .

En mujeres con una cesárea anterior, un útero marcado con una cicatriz puede tolerar menos la ausencia de progresión del trabajo de parto(30).

**RELACIÓN FIEBRE POST-CESÁREA Y ROTURA UTERINA EN PRUEBA DE TRABAJO DE PARTO EN EL SIGUIENTE EMBARAZO: ...¿EXISTIRÍA ALGUNA RELACIÓN, ENTRE POSIBLE ENDOMETRITIS O ENDOMIOMETRITIS EN EL PUERPERIO INMEDIATO, Y ROTURA UTERINA DURANTE**

## **LA PRUEBA DE TRABAJO DE PARTO EN EL SIGUIENTE EMBARAZO?**

Shipp y cols., en un estudio caso control de cohorte, de 4.393 mujeres sometidas a prueba trabajo de parto con antecedente de cesárea. Constituyendo 12 años de revisión con 21 roturas uterinas. El 38% había presentado fiebre en el puerperio del primer embarazo (8 de 21). Resultando un Odds Ratio de 4 (IC95%; 1,0-15,5). Ellos concluyeron que la fiebre en el postparto después de cesárea se asocia con aumento de riesgo de rotura uterina en el siguiente parto vaginal. Es difícil aceptar esta conclusión, al pretender acercarse al diagnóstico histórico de endometritis o endomiometritis sólo por el antecedente de fiebre. Sin embargo, puede ser una base para futuros trabajos, y así demostrar con más fuerza si existe esta asociación que teóricamente es pensable (31).

Finalmente después de este largo recorrido en que queda demostrada la validez de una prueba de trabajo de parto en aquellas pacientes con antecedente de una cesárea, debemos recordar que a pesar de la baja incidencia de complicaciones, como es la rotura uterina, debemos estar atentos y por sobre

todo sospecharla a la luz de los antecedentes expuestos. Ya que puede resultar una verdadera catástrofe tanto para el feto como para la madre.

Es bueno levantarse antes de que amanezca, porque esos hábitos contribuyen a la salud, la riqueza y la sabiduría (Aristóteles 384-322 a.C.).

#### **6.9. OTROS BENEFICIOS DEL PARTO VAGINAL CON CESAREA PREVIA**

El tiempo de estadía hospitalaria es substancialmente menor en pacientes que tienen parto por vía vaginal (Promedio de 2.1 días) que las intervenidas por cesárea (Promedio de 5.3 días)(13) Los costos institucionales son mucho menores cuando se adopta la política de ofrecer parto vaginal con cesárea previa; para 1.985 en EE.UU. los costos por realizar cesáreas electivas en pacientes con cesárea previa sobrepasaban los 500 millones de dólares(21). Comparando el grupo de pacientes con cesárea previa que tuvieron parto vaginal con aquellas pacientes llevadas a cesárea electiva se observó menor morbilidad en el primer grupo lo que disminuye costos y

estancia hospitalaria (16). En un estudio multicéntrico se tomaron 7.229 pacientes de los cuales al 70% se les ofreció trabajo de parto y al 30% restante se realizó cesárea electiva; la tasa de rupturas uterinas fue menor al 1% en el primer grupo sin asociarse a muertes maternas relacionadas a la ruptura, mientras que la estadía pos parto en el hospital, la incidencia de transfusiones sanguíneas y de fiebre pos parto fue significativamente menor en las pacientes llevadas a trabajo de parto con una tasa de éxito general en parto vaginal del 75%(9).

Tabla 1. Criterios de selección de parto vaginal tomados de American College of Obstetricians and Gynecologists Committee (14).

- Gestación única en presentación cefálica
- Peso fetal estimado inferior a 4000 g
- No se repite la indicación que motivó la anterior cesárea
- Cicatriz uterina previa segmentaria transversa
- Pelvis capaz.
- Ausencia de otras cicatrices uterinas o de antecedentes de rotura uterina

- Ausencia de contraindicación para el parto vaginal
- Consentimiento de la gestante
- Disponibilidad de asistencia obstétrica continua
- Posibilidad de realizar anestesia y cesárea urgente

Tabla 2. Criterios de exclusión de parto vaginal tomados de American College of Obstetricians and Gynecologists Committee (14).

- Cicatriz anterior previa distinta a la segmentaria transversa
- Dos o más cesáreas anteriores segmentarias
- Se repite la indicación que justificó la primera cesárea
- Pelvis estrecha. Feto macrosómico
- Patología médico-obstétrica que contraindique el parto vaginal
- Rechazo de la gestante
- Imposibilidad de vigilancia obstétrica continua durante el parto.
- Imposibilidad de realizar anestesia o cesárea urgente.



# **CAPÍTULO II**

## **CAPITULO II**

### **2. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **2.1. DISEÑO DEL ESTUDIO**

El presente proyecto de investigación es de Tipo Básico Descriptivo, Retrospectivo y Transversal.

#### **2.2. POBLACIÓN Y MUESTRA**

El marco poblacional estará conformado por todas las pacientes que fueron sometidas a labor de parto, con antecedente de cesárea previa, atendidas en el Hospital Hipólito Unanue De Tacna durante el Periodo 2001-2005.

Se incluyen dos grupos de pacientes:

El primer grupo conformado por aquellas pacientes con cesárea previa que fueron sometidas a labor de parto y que culminaron en parto vaginal. El segundo grupo por aquellas

pacientes con cesárea previa, que fueron sometidas a labor de parto y que culminaron en cesárea de urgencia.

### 2.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Se registrarán los datos de las pacientes y se analizarán las variables de la siguiente manera:

<b>A. CARACTERÍSTICAS MATERNAS GENERALES</b>			
<b>VARIABLE</b>	<b>TIPO</b>	<b>ESCALA</b>	<b>INDICADORES</b>
Edad	Cuantitativo	discontinuo	
<b>B. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS</b>			
<b>VARIABLE</b>	<b>TIPO</b>	<b>ESCALA</b>	<b>INDICADORES</b>
Periodo intergenésico	Cuantitativo	discontinuo	N° días o meses
Causa de la primera cesárea	cualitativo	Nominal	1. sufrimiento fetal 2. feto grande 3. pre-eclampsia 4. otro
<b>C. DE LA GESTACIÓN ACTUAL</b>			
<b>VARIABLE</b>	<b>TIPO</b>	<b>ESCALA</b>	<b>INDICADORES</b>
Sem. De amenorrea	Cuantitativo	Continuo	N° semanas
Controles prenatales previos	Cuantitativo	discontinuo	1. 0-3 2. 4-6 3. 7 ó más

<b>D. DEL PARTO</b>			
<b>VARIABLE</b>	<b>TIPO</b>	<b>ESCALA</b>	<b>INDICADORES</b>
via final del parto	cualitativo	nominal	1. vaginal 2. cesarea
Causa de cesárea	Cualitativo	nominal	1. sufrimiento fetal 2. feto grande 3. embarazo múltiple 4. preeclampsia 5. distocia funicular 6. otro
Complicaciones	Cualitativo	nominal	1. Ruptura U. completa 2. Ruptura U. incompleta 3. Dehiscencia
<b>E. DATOS DEL RECIEN NACIDO</b>			
<b>VARIABLE</b>	<b>TIPO</b>	<b>ESCALA</b>	<b>INDICADORES</b>
Apgar al 1° minuto	Cualitativo	Ordinal	1. 0-3 2. 4-6 3. 7-10
Apgar a los 5 minutos	Cualitativo	Ordinal	1. 0-3 2. 4-6 3. 7-10
Peso	Cuantitativo	Continuo	N° kilos

## **2.4. RECOLECCION DE DATOS**

Se recurrió a los libros de registros de alta del servicio de GINECO-OBSTETRICIA, de donde se extrajeron los números de historias clínicas de los pacientes, con este dato se acudió al servicio de archivo de estadística, y acto seguido se recolectó la información necesaria de las historias clínicas de acuerdo a los objetivos propuestos, utilizándose una ficha de datos que facilitó este procedimiento, además de tener acceso al Sistema Informático Perinatal del hospital, que me proporcionó información necesaria.

## **2.5. ANALISIS DE DATOS Y PROCEDIMIENTO**

Con la información obtenida y debidamente ordenada se construirá una base de datos, realizándose la revisión y análisis, procediéndose a la elaboración de tablas de frecuencia, una vez obtenido el resultado se harán las discusiones, conclusiones y recomendaciones.

# **CAPÍTULO III**

### CAPITULO III

### RESULTADOS

#### Nº DE PACIENTES QUE FUERON SOMETIDAS A LABOR DE PARTO

- PARTO VAGINAL	329	83.5 %
- CESÁREA	<u>65</u>	<u>16.5 %</u>
	394	100 %

#### DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES CON PARTO VAGINAL DE ACUERDO A LA EDAD

TABLA Nº 1

GRUPO ETAREO	Frecuencia	% de Validez
0-19 años	18	5.5
20-35 años	268	81.4
36 años a más	43	13.1
TOTAL	329	100.0

1er mín.: 15

1er máx.: 42

Media: 27.91

Desviación Estándar: 5.68

**DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES CON CESÁREA DE ACUERDO  
A LA EDAD**

**TABLA N° 2**

GRUPO ETAREO	Frecuencia	% de Validez
0-19 años	4	6.2
20-35 años	47	72.3
36 años a más	14	21.5
<b>TOTAL</b>	<b>65</b>	<b>100</b>

1er mín.: 17

1er máx.: 43

Media: 28.81

Desviación Estándar: 6.17

Fuente: Del Sistema Informático Perinatal Del Hospital Hipólito Unanue De Tacna Del 2001-2005

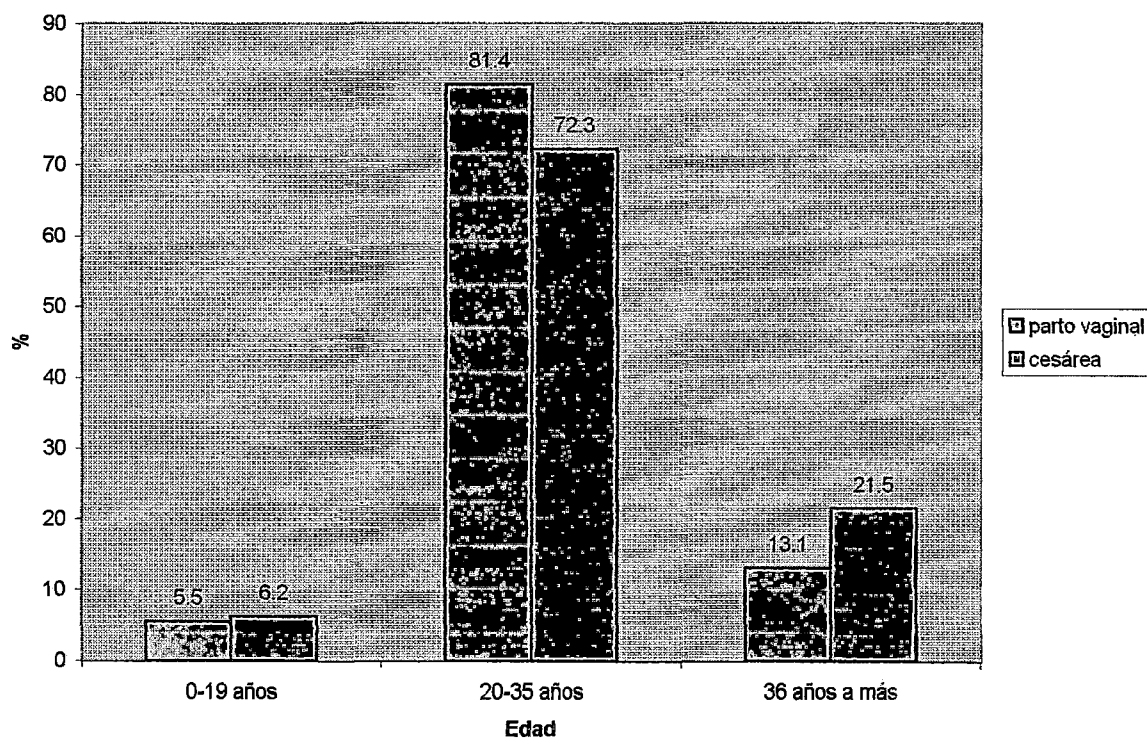
**INTERPRETACIÓN:** La Tabla 1 muestra que el 81.4% presentan una edad entre 20 a 35 años y por consiguiente la edad con mayor frecuencia, con promedio de 27.91 (rango de 15-42). Tabla 2 muestra que el 72,3 % presenta una edad entre 20 a 35 con un promedio de 28.81 (rango de 17-43).



**Complicaciones Materno-Fetales Asociados A Las Pacientes Que Fueron Sometidas A Labor De Parto Con Cesárea Previa, Atendidas En El Hospital Hipólito Unanue De Tacna En El Periodo 2001-2005.**

**GRÁFICA N°1**

**DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES DE ACUERDO A LA EDAD**



**TABLA N° 3**

**N° DE PARTOS VAGINALES ANTERIORES A LA CESÁREA PREVIA  
(PAC.PARTO VAG.)**

PARTOS VAGINALES	Frecuencia	% de Validez
Ninguno	176	53.5
1 - 2 partos	130	39.5
3 partos a más	23	7.0
TOTAL	329	100

**TABLA N°4**

**N° DE PARTOS VAGINALES ANTERIORES A LA CESÁREA PREVIA  
(PAC.CESÁREA)**

PARTOS VAGINALES	Frecuencia	% de Validez
Ninguno	45	69.2
1 - 2 partos	18	27.7
3 partos a más	2	3.1
TOTAL	65	100

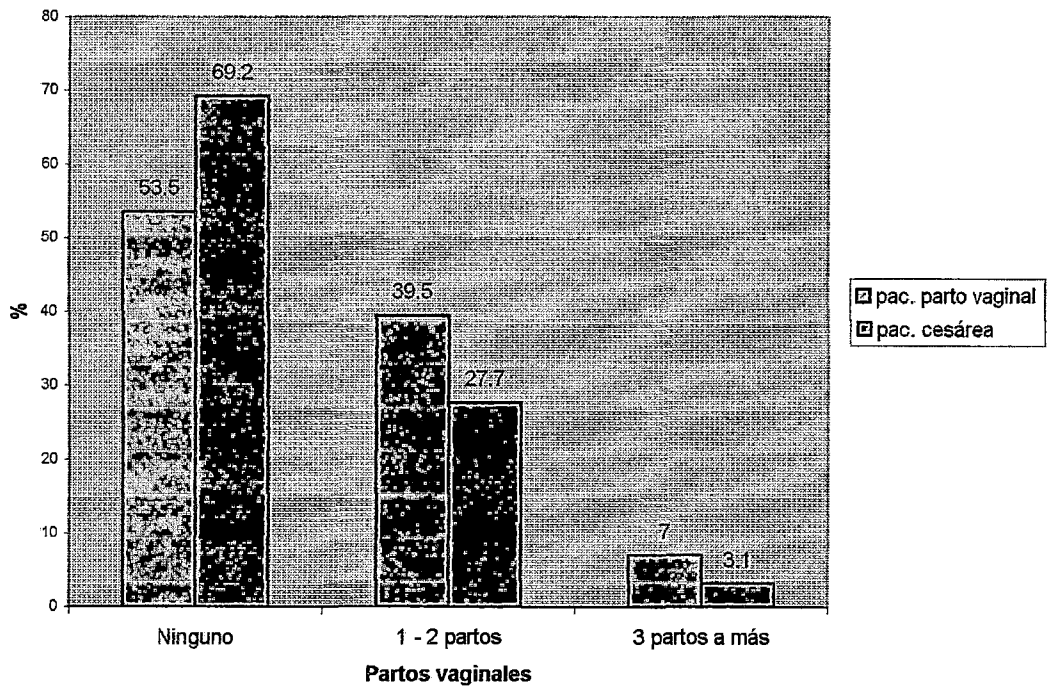
Fuente: Del Sistema Informático Perinatal Del Hospital Hipólito Unanue De Tacna Del 2001-2005

**INTERPRETACIÓN:** Tabla 3 se aprecia que el mayor porcentaje (53.5%) no tuvo parto vaginal previo a la cesárea. Al igual que en la tabla 4 donde el 69,2% no tuvo parto vaginal previo a la cesárea.

**Complicaciones Materno-Fetales Asociados A Las Pacientes Que Fueron Sometidas A Labor De Parto Con Cesárea Previa, Atendidas En El Hospital Hipólito Unanue De Tacna En El Periodo 2001-2005.**

**GRÁFICA N°2**

**N° DE PARTOS VAGINALES ANTERIORES A LA CESÁREA PREVIA**



**TABLA N°5**  
**INDICACIÓN DE CESÁREA PREVIA**

INDICACIÓN DE CESÁREA PREVIA	Frecuencia	% de Validez
Presentación podálica	168	42.6
DCP: Macrosomia fetal	96	24.4
Sufrimiento fetal agudo	65	16.5
Situación transversa	19	4.8
Embarazo Prolongado	11	2.8
Preeclampsia	9	2.3
Embarazo múltiple	6	1.5
Situación oblicua	5	1.3
Condiloma acuminado	4	1
Placenta previa	3	0.8
RPM	3	0.8
Presentación de Bregma	3	0.8
Distocia funicular	2	0.4
<b>TOTAL</b>	<b>394</b>	<b>100</b>

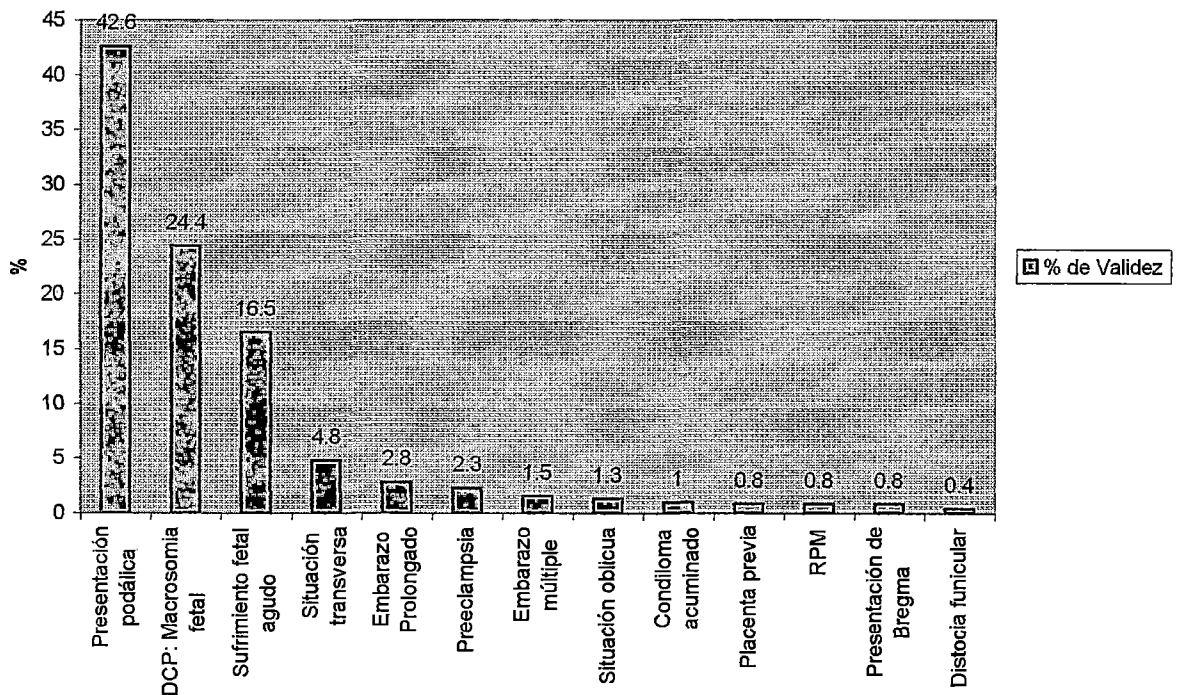
Fuente: Historias Clínicas Del Archivo Del Departamento De Estadística Del Hospital Hipólito Unanue De Tacna Del 2001-2005.

**INTERPRETACIÓN:** Del total de pacientes con cesárea previa, la principal causa fue la Presentación Podálica con el 42,6%, seguido por DCP( MACROSOMÍA FETAL) con el 24,4%, y el Sufrimiento Fetal Agudo con 16,5%, y otros menos frecuentes como: Situación transversa, Embarazo Prolongado, Preeclampsia, Situación oblicua, Condiloma acuminado, Embarazo múltiple, Presentación de Bregma, Distocia funicular.

**Complicaciones Materno-Fetales Asociados A Las Pacientes Que  
Fueron Sometidas A Labor De Parto Con Cesárea Previa, Atendidas  
En El Hospital Hipólito Unanue De Tacna En El Periodo 2001-2005.**

**GRÁFICA N° 3**

**INDICACIÓN DE CESÁREA PREVIA**



## INDICACIÓN DE SEGUNDA CESÁREA

TABLA N°6

INDICACIÓN DE SEGUNDA CESÁREA	Frecuencia	% de Validez
DCP: Macrosomia fetal	28	43.1
Sufrimiento fetal agudo	13	20
Presentación podálica	5	7.7
Inm. de Rotura Uterina	3	4.6
Deflexión de cabeza	3	4.6
Rotura P.de Membranas	3	4.6
parto prolongado	3	4.6
Situación Oblicua	3	4.6
Situación transversa	2	3.1
Preeclampsia	2	3.1
TOTAL	65	100

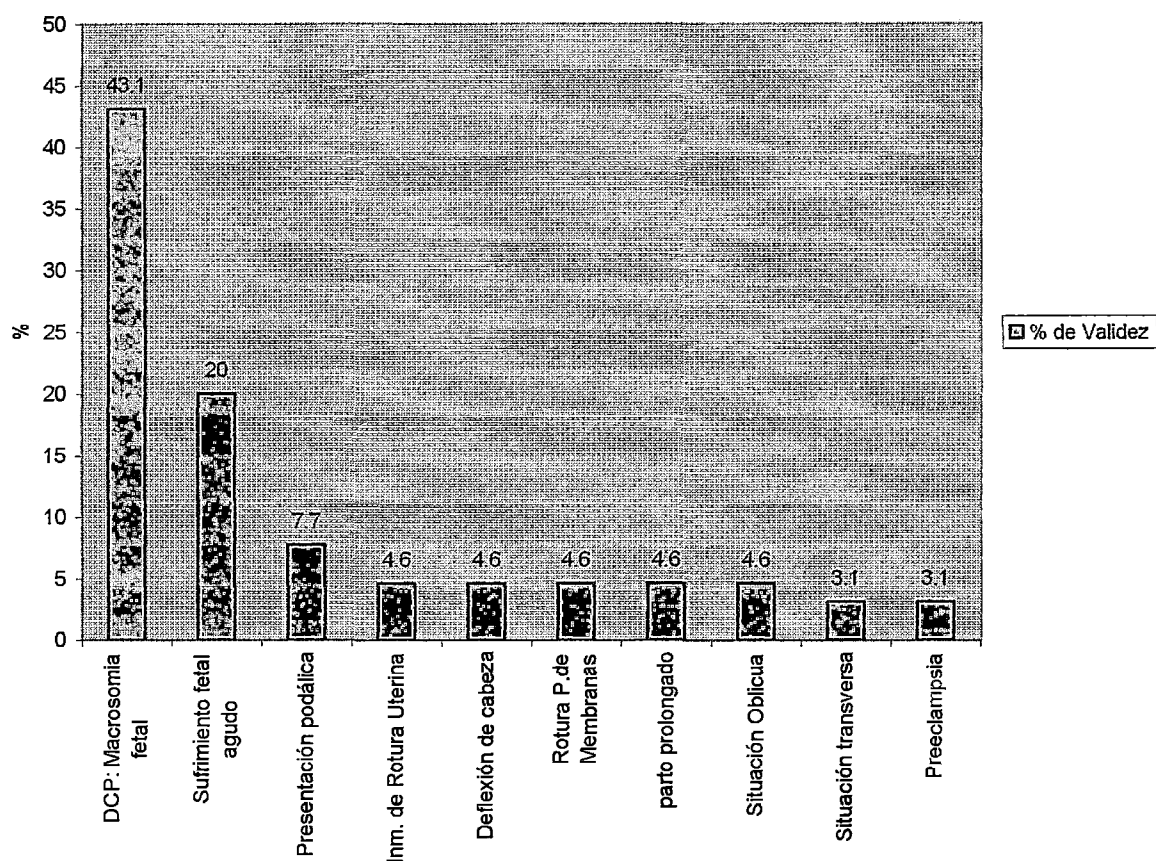
Fuente: Del Sistema Informático Perinatal Del Hospital Hipólito Unanue De Tacna Del 2001-2005.

**INTERPRETACIÓN:** Se evidencia que la primera causa de cesárea es DCP por macrosomía fetal con un (43,1%), seguido de SFA(20%), presentación podálica(7,7%), Inminencia de rotura uterina(4,6%) y otras.

**Complicaciones Materno-Fetales Asociados A Las Pacientes Que Fueron Sometidas A Labor De Parto Con Cesárea Previa, Atendidas En El Hospital Hipólito Unanue De Tacna En El Periodo 2001-2005.**

**GRÁFICA N°4**

**INDICACIÓN DE SEGUNDA CESÁREA**



## PERIODO INTERGENÉSICO DE PACIENTES CON PARTO VAGINAL

**TABLA N° 7**

TIEMPO	Frecuencia	% de Validez
0 -1año	91	27.6
2 - 4 años	130	39.5
5 años a más	108	32.9
TOTAL	329	100

## PERIODO INTERGENÉSICO DE PACIENTES CON CESÁREA

**TABLA N° 8**

TIEMPO	Frecuencia	% de Validez
0 -1año	13	20
2 - 4 años	34	52.3
5 años a más	18	27.7
TOTAL	65	100

Fuente: Del Sistema Informático Perinatal Del Hospital Hipólito Unanue De Tacna Del 2001-2005

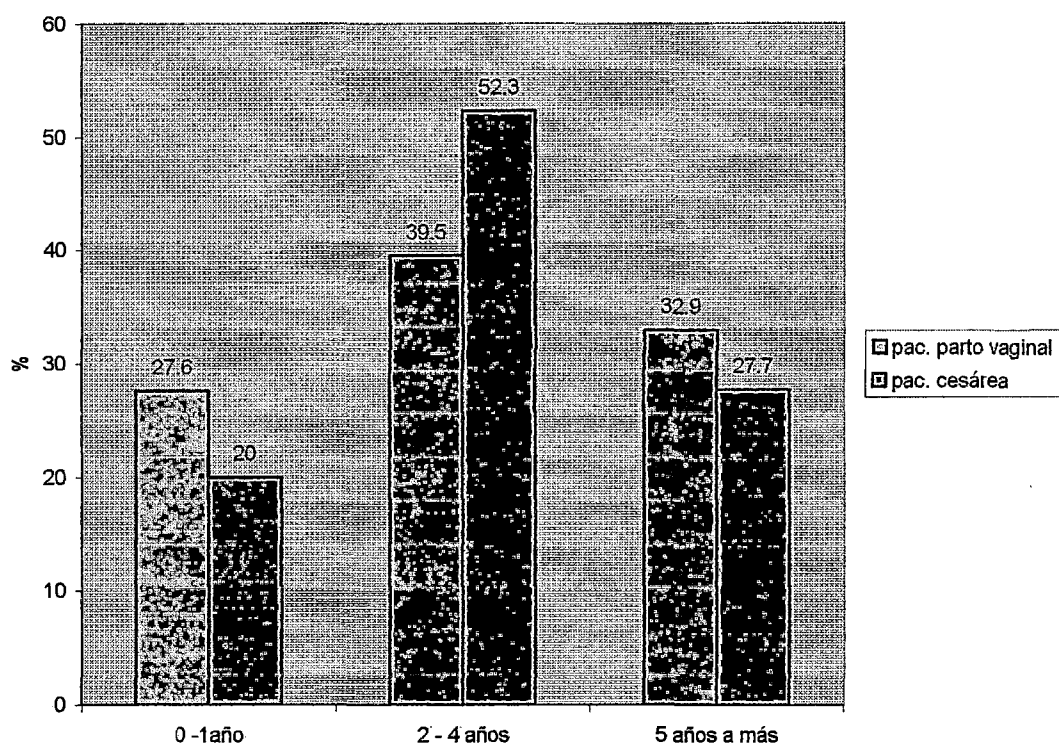
**INTERPRETACIÓN:** TABLA 7, muestra que el 39, 5% de pacientes que culminaron en parto vaginal, tuvieron un periodo intergenésico de 2 a 4 años siendo este el de mayor frecuencia. TABLA 8, muestra que el 52,3% presenta un periodo intergenésico entre 2 a 4 años, en mayor frecuencia.



**Complicaciones Materno-Fetales Asociados A Las Pacientes Que  
Fueron Sometidas A Labor De Parto Con Cesárea Previa, Atendidas  
En El Hospital Hipólito Unanue De Tacna En El Periodo 2001-2005.**

**GRÁFICA N°5**

**PERIODO INTERGENÉSICO**



**DISTRIBUCIÓN POR EL NÚMERO DE CONTROLES  
PRENATALES(PAC . PARTO VAGINAL)**

**TABLA N°9**

N° DE CONTROLES	Frecuencia	% de Validez
0 -3 controles	50	15.2
4 - 6 controles	89	27.0
7 controles a más	190	57.8
<b>TOTAL</b>	<b>329</b>	<b>100</b>

**DISTRIBUCIÓN POR EL NÚMERO DE CONTROLES  
PRENATALES(PAC . CESÁREA)**

**TABLA N°10**

N° DE CONTROLES	Frecuencia	% de Validez
0 -3 controles	8	12.3
4 - 6 controles	21	32.3
7 controles a más	36	55.4
<b>TOTAL</b>	<b>65</b>	<b>100</b>

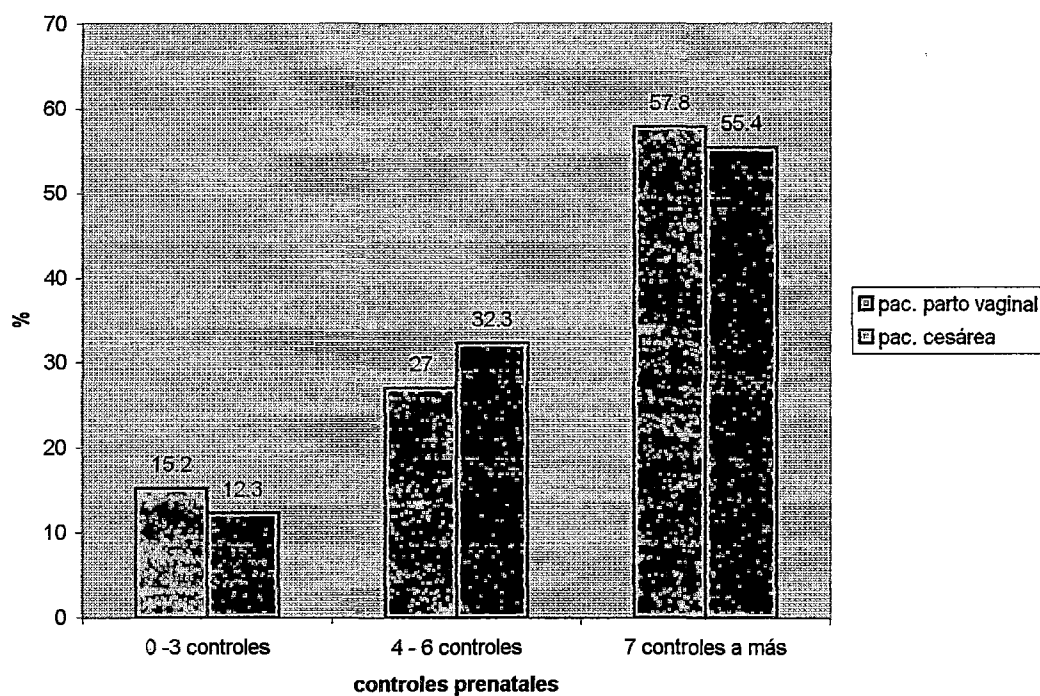
Fuente: Del Sistema Informático Perinatal Del Hospital Hipólito Unanue De Tacna Del 2001-2005

**INTERPRETACIÓN:** Tabla 9, muestra que el 57.8% de pacientes se controló de siete a más veces, seguido por el 27% que se controlaron entre 4 y 6 veces, por último el 15.2% de los pacientes que se controlaron en menos de cuatro oportunidades. Tabla 10, muestra que el 55,4 % se controló por más de seis veces.

**Complicaciones Materno-Fetales Asociados A Las Pacientes Que Fueron Sometidas A Labor De Parto Con Cesárea Previa, Atendidas En El Hospital Hipólito Unanue De Tacna En El Periodo 2001-2005.**

**GRAFICA N° 6**

**DISTRIBUCIÓN POR EL NÚMERO DE CONTROLES PRENATALES**



## EDAD GESTACIONAL (FUM) DE PAC. DE PARTO VAGINAL

TABLA N° 11

EDAD GESTACIONAL (FUM)	Frecuencia	% de Validez
PRETÉRMINO (< 37)	37	11.2
A TÉRMINO ( 37 - 41)	258	78.4
POSTÉRMINO (>=42)	34	10.4
TOTAL	329	100

## EDAD GESTACIONAL (FUM) DE PAC. CON CESÁREA

TABLA N° 12

EDAD GESTACIONAL (FUM)	Frecuencia	% de Validez
PRETÉRMINO (< 37)	9	13.8
A TÉRMINO ( 37 - 41)	48	73.9
POSTÉRMINO (>=42)	8	12.3
TOTAL	65	100

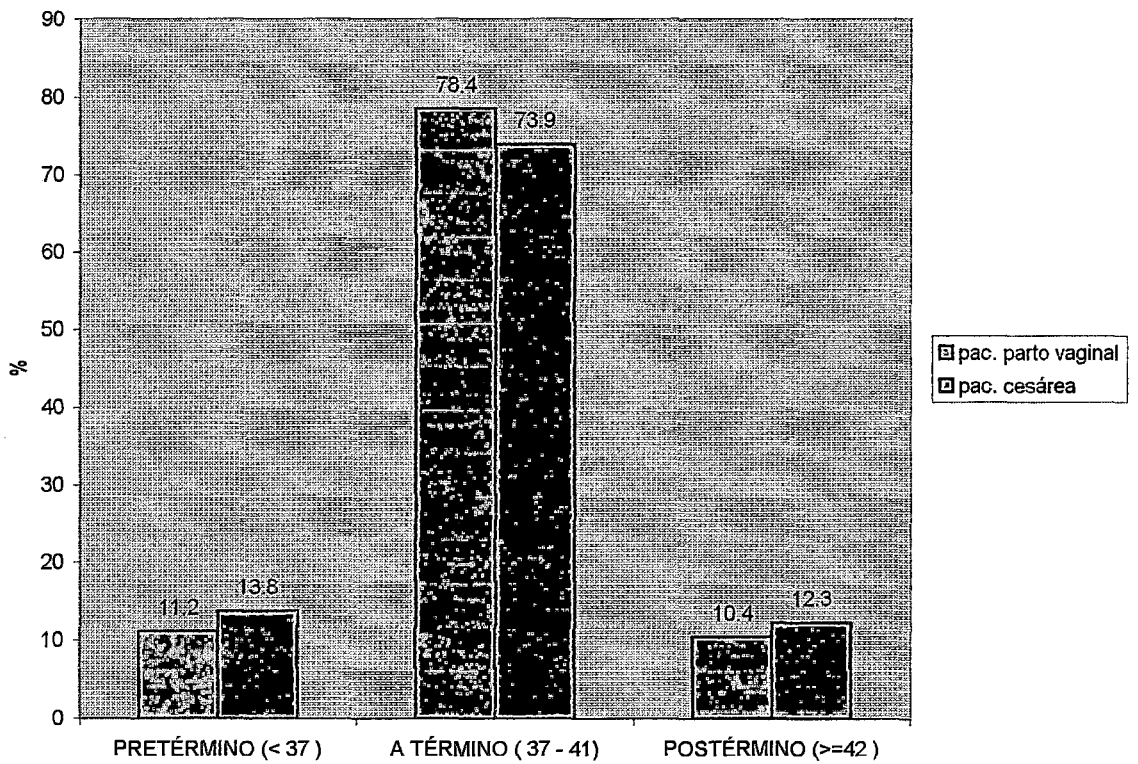
Fuente: Del Sistema Informático Perinatal Del Hospital Hipólito Unanue De Tacna Del 2001-2005

**INTERPRETACIÓN:** Tabla 11, la edad gestacional de mayor porcentaje es de 37 a 41 semanas con el 78.4%, seguido del 11.2% que corresponde a menor de 37 semanas, y el 10.4% que es de aquellos con edad gestacional mayor de 42 semanas. Tabla 12, la edad gestacional de 37 a 41 semanas es la más frecuente con el 87,7%.

**Complicaciones Materno-Fetales Asociados A Las Pacientes Que Fueron Sometidas A Labor De Parto Con Cesárea Previa, Atendidas En El Hospital Hipólito Unanue De Tacna En El Periodo 2001-2005.**

**GRAFICA N° 7**

**EDAD GESTACIONAL (FUM)**



## PUNTAJE DE APGAR DEL R.N. DE PARTO VAGINAL

TABLA N° 13

PUNTAJE DE APGAR	MINUTO		5 MINUTOS	
	Frecuencia	% de Validez	Frecuencia	% de Validez
7 -10 PUNTOS	310	94.2	320	97.3
4 - 6 PUNTOS	12	3.6	3	0.9
0 - 3 PUNTOS	7	2.2	6	1.8
TOTAL	329	100	329	100

## PUNTAJE DE APGAR DEL R.N. DE CESÁREA

TABLA N°14

PUNTAJE DE APGAR	MINUTO		5 MINUTOS	
	Frecuencia	% de Validez	Frecuencia	% de Validez
7 -10 PUNTOS	57	87.7	64	98.5
4 - 6 PUNTOS	6	9.2	0	0
0 - 3 PUNTOS	2	3.1	1	1.5
TOTAL	65	100	65	100

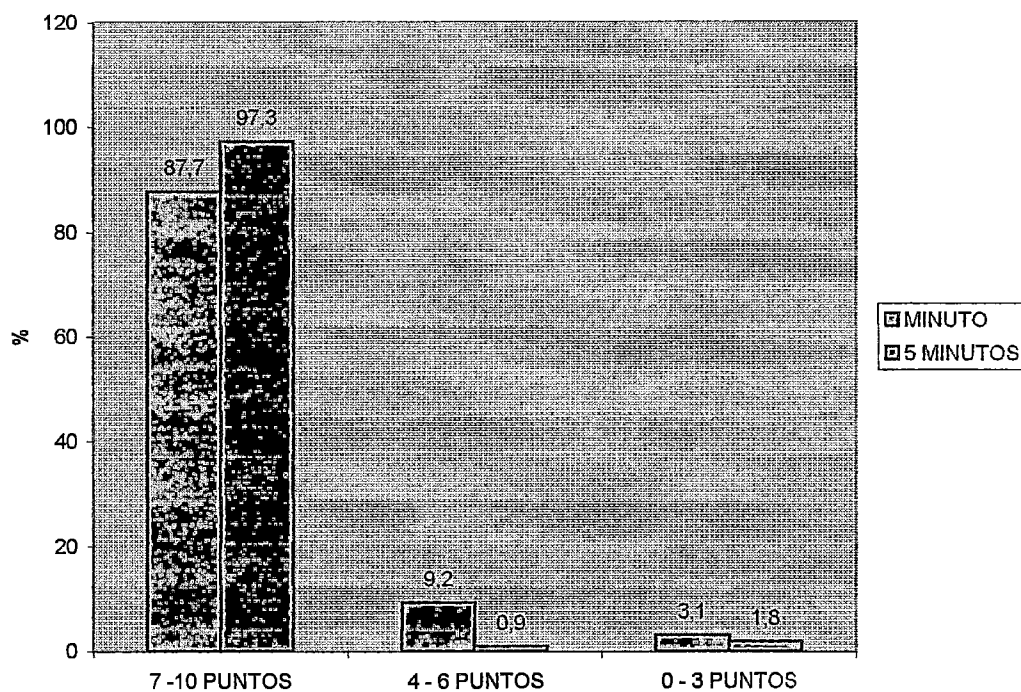
Fuente: Del Sistema Informático Perinatal Del Hospital Hipólito Unanue De Tacna Del 2001-2005

**INTERPRETACIÓN:** En ambas tablas la puntuación de APGAR que presentó el recién nacido al minuto y a los cinco minutos de nacido del total de pacientes , fué en su gran mayoría puntajes de 7 o más. Llama la atención la presencia de asfixia severa en ambas tablas con un porcentaje  $\geq$  a 1,5%.

**Complicaciones Materno-Fetales Asociados A Las Pacientes Que Fueron Sometidas A Labor De Parto Con Cesárea Previa, Atendidas En El Hospital Hipólito Unanue De Tacna En El Periodo 2001-2005.**

**GRAFICA N° 8**

**PUNTAJE DE APGAR DEL R.N. DE PARTO VAGINAL**

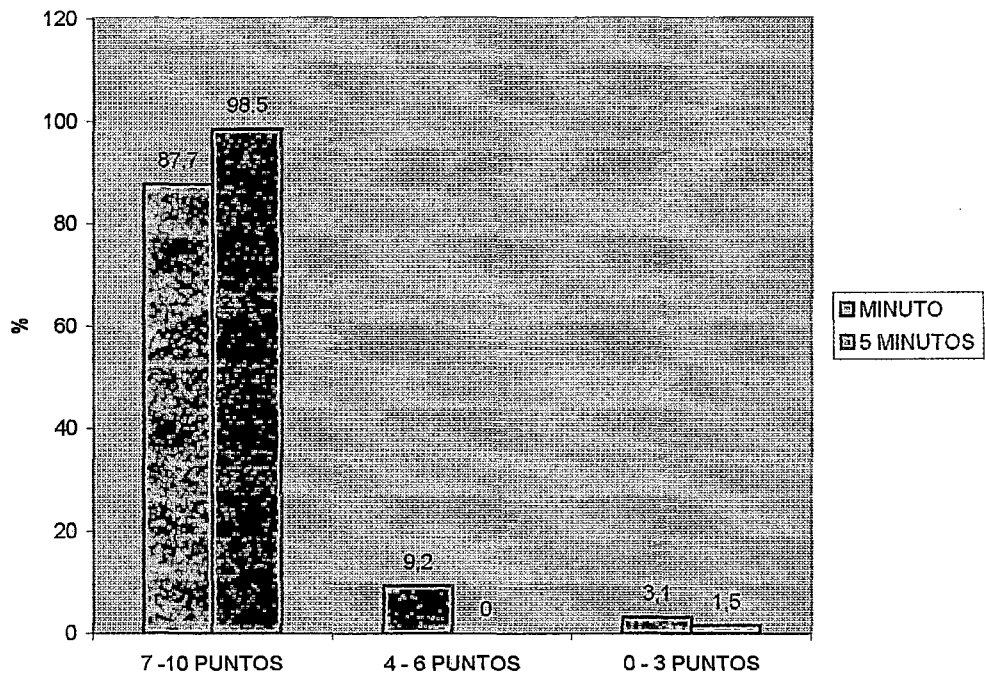




**Complicaciones Materno-Fetales Asociados A Las Pacientes Que Fueron Sometidas A Labor De Parto Con Cesárea Previa, Atendidas En El Hospital Hipólito Unanue De Tacna En El Periodo 2001-2005.**

**GRAFICA N° 9g**

**PUNTAJE DE APGAR DEL R.N. DE CESÁREA**



## PESO DEL RECIEN NACIDO DE PARTO VAGINAL

### TABLA N° 15

PESO DEL RECIEN NACIDO	Frecuencia	% de Validez
<1500	10	3.0
1500 - 1999	2	0.6
2000 - 2499	6	1.8
2500 - 2999	41	12.5
3000 - 3499	99	30.1
3500 - 3999	127	38.6
>= 4000	44	13.4
TOTAL	329	100

## PESO DEL RECIEN NACIDO DE CESAREA

**TABLA N° 16**

PESO DEL RECIEN NACIDO	Frecuencia	% de Validez
<1500	2	3.1
1500 - 1999	1	1.5
2000 - 2499	2	3.1
2500 - 2999	8	12.3
3000 - 3499	20	30.8
3500 - 3999	22	33.8
>= 4000	10	15.4
TOTAL	65	100

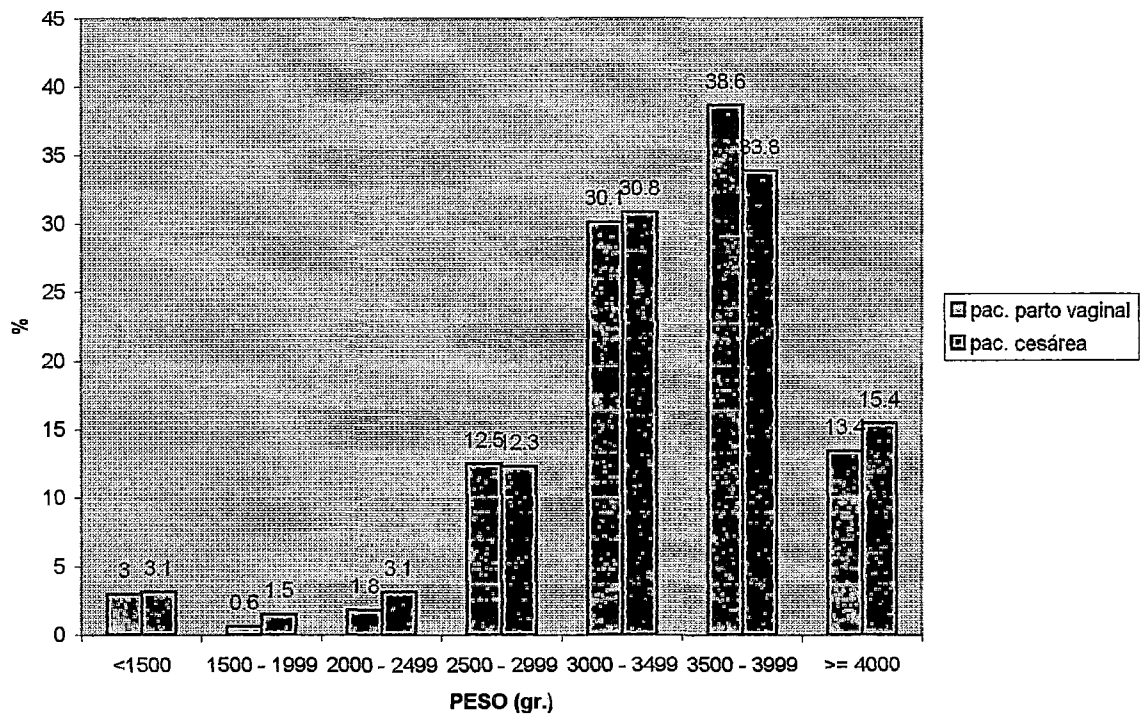
Fuente: Del Sistema Informático Perinatal Del Hospital Hipólito Unanue De Tacna Del 2001-2005

**INTERPRETACIÓN:** Se aprecia que en ambas tablas(15-16) que el peso más frecuente fluctúa entre 3500 a 3999 con un 38.6% y 33.8%, respectivamente; seguido por pesos entre 3000 a 3499 con un 30.1% y 30,8% respectivamente, evidenciándose además que el 13.4% corresponde a macrosómicos de los nacidos de parto vaginal y 15.4% de los nacidos por cesárea son macrosómicos.

**Complicaciones Materno-Fetales Asociados A Las Pacientes Que Fueron Sometidas A Labor De Parto Con Cesárea Previa, Atendidas En El Hospital Hipólito Unanue De Tacna En El Periodo 2001-2005.**

**GRÁFICA N° 10**

**PESO DEL RECIEN NACIDO**



## COMPLICACIONES

TABLA N° 17

COMPLICACIONES	PARTO VAGINAL	%	CESÁREA	%
DEHISCENCIA	0	0	1	1.5
RUPT. INCOMPLETA	0	0	0	0
RUPTURA COMPLETA	0	0	0	0
ENDOMETRITIS	2	0.6	2	3.1
NO	327	99.4	62	95.4
TOTAL	329	100	65	100

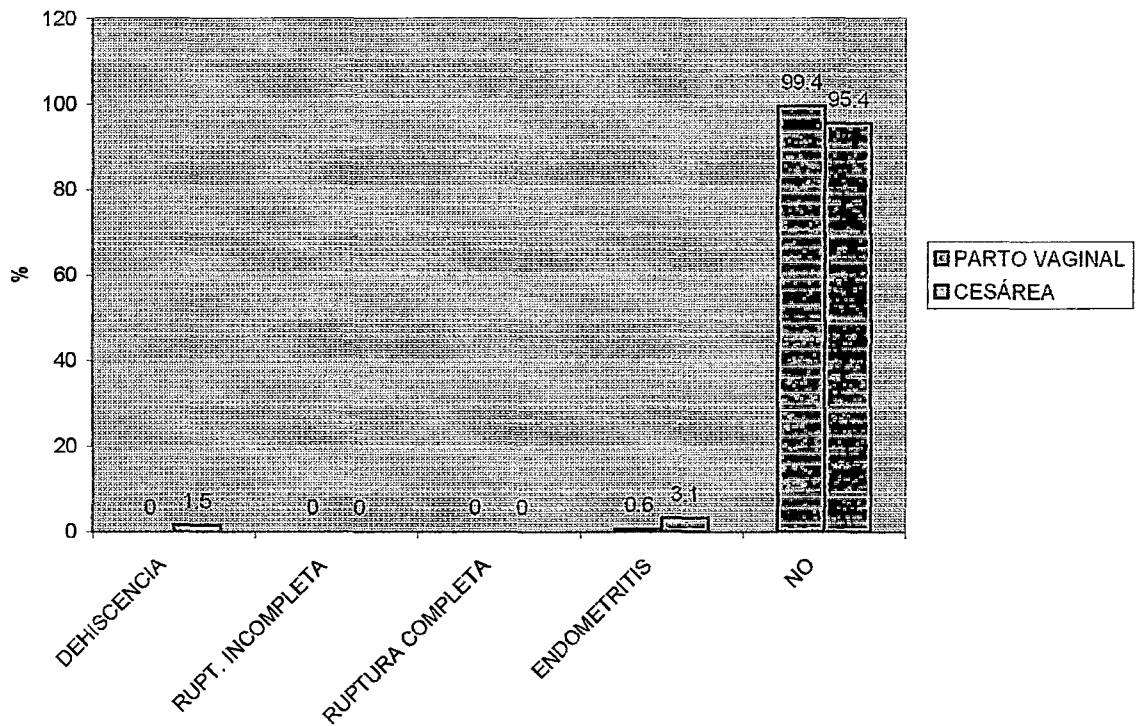
FUENTE: Del Sistema Informático Perinatal Del Hospital Hipólito Unanue De Tacna Del 2001-2005.

**INTERPRETACIÓN:** En la tabla se evidencia la presencia de una dehiscencia de cicatriz uterina, en el grupo de las pacientes que dieron parto por cesárea. Además de endometritis en dos casos de pacientes de parto vaginal y de parto por cesárea.

**Complicaciones Materno-Fetales Asociados A Las Pacientes Que  
Fueron Sometidas A Labor De Parto Con Cesárea Previa, Atendidas  
En El Hospital Hipólito Unanue De Tacna En El Periodo 2001-2005.**

**GRAFICA N°11**

**COMPLICACIONES MATERNAS**



# **CAPÍTULO IV**

## **CAPÍTULO IV**

### **DISCUSIÓN**

En el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue, se atendieron un total de 20764 partos, de los cuales 4346(20.9%)corresponde a cesáreas, y 394(1.9%) pacientes que fueron sometidas a trabajo de parto con antecedente de cesárea, de los cuales 329 culminaron en parto vaginal, y 65 en parto por cesárea, durante el periodo del 2001 a 2005.

Se encontró que el 86.9% de las pacientes de parto vaginal comprendidas entre 20 y 35 años (promedio de 27.91 con un rango de 15 a 42) (tabla N°1) . Estos resultados son muy similares a los encontrados por Mark B. Landon y cols. Quienes reportan que el 81.5% se encuentra comprendido dentro del grupo etáreo de 18 a 34 años (10). Según Víctor Rodríguez y cols., en su trabajo de "Utilidad de la clínica obstétrica para el manejo del antecedente de cesárea", encuentra que el 50% de pacientes se encuentran dentro de 21 y 23 años, el cual difiere del nuestro (33). Estos resultados son muy similares también, a los



encontrados en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, quienes reportan que el 80,4% se encuentran en el grupo etáreo entre 19 y 29 años (34) . De las pacientes con parto vaginal, según Palomino, el 68.5% tenía entre los 20 y 29 años (35). Con respecto a las pacientes de parto por cesárea la edad de mayor frecuencia ,fue entre 20 y 35 años con el 72,3%, cifra similar al del estudio de Mark B. Landon y cols, donde encuentran que el 77,2%, se encuentra dentro del grupo etáreo de 18 a 34 años(10).

Se encontró que el 53.5% de las pacientes con parto vaginal, no tuvieron ningún parto vaginal previo a la cesárea, el 39.5% tuvieron entre 1 y 2 partos vaginales previo y el 7% de 3 pártos a más de (tabla N° 2). Estos resultados son diferentes a los encontrados en el trabajo de Messa, quien reporta que las pacientes no tuvieron ningún parto vaginal. Previo a la cesárea en el 83.16% y tuvieron más de uno en el 16.8% del total (36). Y en el estudio realizado por Palomino en el hospital de chincha, nos muestra que un 42.9% no tenía ningún parto vaginal anterior (35). Asimismo estos resultados son diferentes a los que reporta la literatura que nos dice que un parto vaginal previo a una cesárea mejora la probabilidad de parto vaginal exitoso. Con respecto a los pacientes con parto por cesárea se encontró que el 69,2% no tenía ningún parto vaginal

previo a la cesárea, no encontrándose estudio para comparar dicha variable.

Dentro de las indicaciones por las que se realizó la cesárea previa la presentación, la presentación podálica fue la primera con 42.6%, seguido de DCP( Macrosomía fetal) con 24.4%, sufrimiento fetal agudo 16.5%, situación transversa 4.8%, embarazo prolongado 2.8%, preeclampsia 2.3%, situación oblicua 1.3%, condiloma acuminado 1%, embarazo múltiple 1.5%, presentación de bregma 0.8%, placenta previa 0.8%, ruptura prematura de membranas 0.8, distocia funicular 0.4% (tabla N° 5).

Los resultados son diferentes a los encontrados por Acosta, quien revisó, retrospectivamente las historias de los 21646 partos realizados en el Instituto Materno Perinatal ( IMAPE), ex hospital Maternidad de Lima, durante el año 1991. encontró que las indicaciones de cesárea previa fueron : sufrimiento fetal ( 17.7%), primigesta podálica (13.3%), feto en transversa( 11.7%), incompatibilidad feto/pelvis (9.7), placenta previa (7%), desprendimiento prematuro de placenta (4.3%), embarazo gemelar ( 4%), ruptura prematura de membranas (3.7%), eclampsia(2.7%), cesareada anterior ( 2.3%), preeclampsia (1.7%), embarazo prolongado (1%), prolapso de cordón (1%), en los restantes se ignoró la causa (13%)

(37). Como también lo describe Palomino, la cesárea anterior fue principalmente por presentación podálica y desproporción cefalopélvica (35). Así para Rodríguez, quien también describe las indicaciones de la cesárea anterior: indicación por cesárea previa ( 38.5%), desproporción céfalo-pélvica (26.1%), dilatación estacionaria (18.7%), sufrimiento fetal (6.1%), otras distocias de presentación (4.9%), placentación anormal (3.8%), distocia de cuello (1.8%), siendo también diferente a lo encontrado en nuestro estudio (33).

Se encontró que la causa de la segunda cesárea de aquellas pacientes sometidas a labor de parto, fue en primer lugar DCP por Macrosomía fetal con 43.1%, SFA con el 20%, presentación podálica 7.7%, Inminencia de Ruptura Uterina con el 4.6%, parto prolongado con 4.6%(tabla6).

Se encontró que el periodo intergenésico en las pacientes de parto vaginal en el 39.5% fue de 2 a 4 años, 32.9% de 5 a más años, 27.6% menor de 2 años.(tabla N° 7). Nuestros resultados son diferentes a los encontrados en el trabajo de Messa, quien encontró que el periodo intergenésico se realizó en un tiempo mayor de 3 años en el 53.1%, aquellos pacientes con periodo intergenésico de 2 a 3 años con el

22.76%, y aquellas realizadas entre 1 a 2 años con el 22.07% (33). En el caso de las pacientes de parto por cesárea se encontró que el periodo intergenésico entre 2 a 4 años fue de 52.3%, de 5 años a más el 27.7%, menor de 2 años el 20% (tabla 8).

Encontramos también que el 57.8% de las pacientes que tuvieron parto vaginal, se realizaron de siete controles a más, el 27% de 4 a 6 controles, y el 15.2% menos de 4 controles, siendo este último un factor de riesgo obstétrico importante (tabla N° 9). Con respecto a las pacientes con parto por cesárea se encontró que el mayor porcentaje tenía de siete controles a más con el 55.4%(tabla 10).

El Hospital Honorio Delgado de Arequipa reporta que el 16.1% no tenía ningún tipo de control durante su embarazo, un 31.25% tenían registrados de 1 a 2 controles, el 27.68% de 3 a 5 y las pacientes que tenían registrados más de 5 controles prenatales fueron el 25% (34). Como podemos observar estos resultados difieren del nuestro en donde la mayoría tiene más de 6 controles prenatales antes del parto.

En la distribución de las gestantes de acuerdo a la edad gestacional, encontramos que los prematuros (<37 semanas) fueron el 11.2%, las

gestaciones a término (37 – 41 semanas) fueron de 78.4%, y los postérmino (>42 semanas) con el 10.4% (tabla N° 11). Rodríguez, en el hospital San Ignacio de Colombia, encuentra que el 5.5%, son pretérmino, el 83.3% son a término y el 11.1 % son prolongados (33). Los datos encontrados en nuestro estudio y los reportados por Rodríguez, no difieren de la distribución de los partos según edad gestacional de la población en general. Con respecto a las pacientes con parto por cesárea, encontramos que la edad gestacional más frecuente fue entre 37 a 41 semanas (tabla 12). Similar al resultado encontrado por Mark B. Landon y cols., donde encuentran que el porcentaje mas frecuente se encuentra entre las 37 a 41 semanas con el 73.5% (10).

En lo que respecta a la puntuación de APGAR que presentó el recién nacido al minuto y a los cinco minutos de nacido del total de pacientes , fué en su gran mayoría puntajes de 7 o más. Los resultados al minuto fueron de 94.2% de recién nacidos con puntajes de 7 a 10, 3.6% con puntajes de 4 a 6 y 2.2% de recién nacido con puntaje de 0 a 3. A los cinco minutos fueron similares con 97.3% de recién nacidos con APGAR de 7 a 10, 0.9% con puntaje entre 4 a 6 y 1.8% de recién nacidos con puntaje 0 a 3 (tabla N° 13). Con respecto a los nacidos de parto por cesárea se encuentra que el mayor porcentaje se encuentra en aquellos

con apgar de 7 a 10 al minuto y a los 5 minutos de 87.7% y 98.5% respectivamente (tabla 14). Llama la atención la presencia de asfixia severa en ambas tablas con un porcentaje  $\geq$  a 1,5%.

Resultados similares se encontraron en el Hospital Honorio Delgado de Arequipa, el mayor porcentaje de recién nacidos de parto vaginal, presentaron a los 5 minutos un score de apgar  $\geq$  7 con el 92%.

Luego de proceder al registro del peso en los recién nacidos encontramos lo siguiente: que el peso más frecuente fluctúa entre 3500 a 3999gr. con un 38.6%, seguido por pesos entre 3000 a 3499gr. con un 30.1%, evidenciándose además que el 13.4% corresponde a macrosómicos, y que el 12.5% corresponde al peso que fluctúa entre 2500 a 2999gr., 2.4% corresponde aquellos entre 1500 a 2499 gramos, y el 3% corresponde aquellos con peso menor de 1500 gramos (tabla 15). Con respecto a los nacidos de parto por cesárea se encontró que el peso más frecuente fluctúa entre 3500 a 3999gr. con un 33.8%, seguido por pesos entre 3000 a 3499gr. con un 30.8%, evidenciándose además que el 15.4% corresponde a macrosómicos, y que el 12.3% corresponde al peso que fluctúa entre 2500 a 2999gr., 4.6% corresponde aquellos entre 1500 a 2499 gramos, y el 3.1% corresponde aquellos con peso menor de 1500

gramos (tabla 16).Rodríguez , describe que el 90% de los recién nacidos de parto vaginal en pacientes con antecedente de cesárea pesan entre 2500 y 3500 gramos (33). Acosta , en el instituto materno perinatal (IMAPE) en Lima, encontró que los que pesan menos de 2500 son el 9%, los que registran peso entre 2500 a 2999 gr. Son el 18.7%, el peso entre 3000 a 3499% gr. representan el 47.7%, los que tuvieron peso entre 3500 a 3999 gr.son el 23.3% y finalmente mayor de 4000 gr. Son el 1.3% (37). Datos similares encontró Mark B. Landon y cols., encontrando que los recién nacidos de parto vaginal con peso entre 2500 a 3999 gramos son el 80.3%, el peso mayor de 4000 gr. Son el 9%, seguido por aquellos con peso entre 1500 a 2499 son 7.4%, y menores de 1500 gr. con el 3.3% y con respecto a los nacidos de parto por cesárea que de 2500 a 3999 gramos son el 64.5%, el peso mayor de 4000 gr. Son el 12.6%, seguido por aquellos con peso entre 1500 a 2499 son 2.7%, y menores de 1500 gr. con el 0.2% (10).

En lo que corresponde a las complicaciones maternas como menciona la literatura y trabajos (33) no son tan frecuente, en este trabajo se encontró que dentro del grupo que presentó parto por cesárea se encontró una paciente con dehiscencia de cicatriz uterina que corresponde al 1.5% y endometritis en el 3.1%, encontrándose en las pacientes de

parto vaginal que el 0.6% presentó endometritis (tabla 17).en el estudio de Mark B. Landon y cols., hallaron que dehiscencia uterina en el 0.7%, y endometritis en el 2.9% de las pacientes de parto vaginal, en cambio en las pacientes de parto por cesárea, dehiscencia uterina en el 0.5%, y endometritis en el 1.8% (10).



# **CAPÍTULO V**

## **CAPITULO V**

### **CONCLUSIONES**

- Existe mayor riesgo de complicaciones (RR.=7.5) en aquellas pacientes con labor de parto, que terminaron en cesárea de urgencia.
- La frecuencia de partos vaginales en pacientes con cesárea previa fue de 1.6% del total de partos.
- La mayoría de las pacientes corresponde a una edad entre 20 a 35 años,(promedio 28.36 años, rango de 15 a 43 años), segundípara con un embarazo a termino, con más de 6 controles prenatales, el apgar en la mayoría de recién nacidos fue mayor de 7, el peso del recién nacido fluctúa entre 3000 a 3999 gramos.
- La principal causa de cesárea previa fue la presentación podálica, seguido por DCP(macrosomía fetal).

- La principal causa de segunda cesárea fue la DCP por Macrosomía fetal, seguido del sufrimiento fetal agudo, además de hallarse como causa en tres casos, la Inminencia de Ruptura Uterina.

# **CAPÍTULO VI**

## **CAPITULO VI**

### **RECOMENDACIONES**

- Se recomienda a toda paciente con cesárea previa de tipo segmentario bajo, que no presente contraindicaciones para un parto vaginal, ofrecer prueba de trabajo de parto siempre y cuando esta se realice en un nivel de atención adecuado y se cuente con disponibilidad inmediata de quirófano para realizar una cesárea de urgencia.
- Realizar programas de concientización y resaltar la importancia del control prenatal, para las mujeres con antecedente de cesárea.
- Se recomienda resaltar la importancia de establecer protocolos de atención de parto vaginal en pacientes con antecedente de cesárea previa.
- Considerar el riesgo beneficio, para la madre y el feto al momento de adoptar una conducta reiterativa o intentar un parto vaginal en las gestantes que tuvieron una cesárea previa.

## BIBLIOGRAFIA

1. Cragin B: Conservatism in obstetrics. New York: Med J 1916; 104: 1-3.
2. Pridjian G: Labor after prior cesarean section. Clin Obstet Gynecol 1992; 3: 445-56.
3. Turner Michael J: Classification. Best Practice & Res Clin Obstet Gynaecol 2002; 16(1): 69-79.1992; 3: 445-56.
4. Ellen L, Mozurkewich E, Hutton E: Elective repeat cesarean delivery versus trial of labor: A meta-analysis of the literature from 1989 to 1999. Am J Obstet Gynecol 2000; 183; 1187-97.
5. American College of Obstetrician and Gynecologist. Vaginal birth after two or more previous cesarean sections. Am J Obstet Gynecol 1992; 156: 565-66.
6. Jubiz A. Botero J. Texto Integrado De Obstetricia y Ginecología. 4ed. Colombia 1999 Disponible en Formato URL:  
<http://www.encolombia.com/>

7. Flamm B L. Parto Vaginal Después De Cesárea: Controversias Antiguas y Nuevas. Clin Obstet Ginecol. Colombia. 1997
8. Weinstein D, Et Al. Score Predictivo Para Parto Vaginal Despues De La Cesarea. Am Journal Obstet Gynecol. 1996
9. Jakobi P, Et Al. Evaluation Of Prognostic Factors For Vaginal Delivery After Cesarean Section. J Reprod Med. 1993
10. Mark B. Landon, y cols.: Maternal and Perinatal Outcomes Associated with a Trial of Labor after Prior Cesarean Delivery N. Engl. J. Med., Dec 2004; 351: 2581 - 2589.
11. Piridjian G. Trabajo De Parto Con Cesárea Previa. Clín Obstet Ginecol. Venezuela. 1992
12. Cobo C. Edgar. Tasas De Cesárea En La Fundación Clínica Valle Del Lili: ¿Es Posible Reducirlas?. Universidad Del Valle, Colombia. 2001. Disponible En Formato URL: <http://colombiamedica.univalle.edu.com/>

13. American College Of Obstetricians And Gynecologists. Evaluation Of Cesarean Delivery. Washington Dc; 2000.
14. American College Of Obstetricians And Gynecologists. Vaginal Birth After Previous Cesarean Delivery. American College Of Obstetricians And Gynecologists. USA. 1998.
15. Scott J. Parto Por Cesárea. En: Tratado De Obstetricia Y Ginecología 8ª Ed. Mcgraw-Hill Interamericana, México 1999.
16. Mastrobattista J. Parto Vaginal Después De Cesárea. Clínicas De Ginecología Y Obstetricia. Temas Actuales, Chile. 1999. Disponible En Formato URL: <http://escuela.med.puc.cl/>
17. Gonen Ron, Nisenblat Victoria, Barak Shlomi, Tamir Ada, and Gonen Ohel: Results of a Well-Defined Protocol for a Trial of Labor After Prior Cesarean Delivery Obstet. Gynecol., Feb 2006; 107: 240 - 245.
18. Foradada, Carlos. Parto Después De La Cesarea. XIX Congreso Español De Medicina Perinatal. Hospital Parc Taulí. España. 2003



19. Perez Sanchez, Alfredo. Tratado De Obstetricia. 2º Edicion. Editorial "El Mediterraneo". Chile 1992
  
20. American College Of Obstetricians: Rate Of Vaginal Births After Cesarean Delivery. Washington, Dc, American College Of Obstetricians And Gynecologists. USA. 1996.
  
21. Miller D A, Diaz F G, Paul R H. Vaginal Birth After Cesarean: A 10-Year Experience. Obstet Gynecol. USA. 1994
  
22. McMahon MJ, Luther ER, Bowes WA, Olshan AF: Comparison of a trial of labor with an elective second cesarean section. N Engl J Med 1996; 335: 689-95.
  
23. Lydon-Rochelle M, Holt VL, Easterling TR, Martin DP: Risk of uterine rupture during labor among women with prior cesarean delivery. N Engl J Med 2001; 345: 3-8.
  
24. Bujold E, Mehta S, Bujold C, Gauthier R: Interdelivery interval and uterine rupture. Am J Obstet Gynecol 2002; 187: 1199-1202.

25. Ferrari AG, Frigerio LG, Candotti G, Buscaglia M, Petrone M, Taglioretti A *et al*: Can Joel-Cohen incision and single layer reconstruction reduce cesarean morbidity? *Int J Gynaecol Obstet* 2001; 72: 135-43.
26. Tucker JM, Hauth JC, Hodgkins P, Owen J, Winkler CL: Trial of labor after a one or two layer closure of a low transverse uterine incision. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 168: 545-6.
27. Bujold E, Bujold C, Hamilton F, Harel F, Gauthier R: The impact of a single layer or double layer closure on uterine rupture. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186: 1326-30.
28. Hamilton EF, Bujold E, McNamara H, Gauthier R, Platt RW: Dystocia among women with symptomatic uterine rupture. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 184: 620-4.
29. DiMaio H, Edwards R, Euliano T, Treloar W, Cruz A: Vaginal birth after cesarean delivery: An historic cohort cost analysis. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186: 890-2.

30. Leung AS, Farmer RM, Leung EK, Medearis AL, Paul RH: Risk factors associated with uterine rupture during trial of labor after cesarean delivery: a case control study. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 168: 1358-63.
31. Shipp T, Zelop C, Cohen A, Repke J, Lieberman E: Postcesarean delivery fever and uterine rupture in subsequent trial of labor. *Ostet Gynecol* 2003; 101(1): 136-9.
32. Bujold E, Gauthier R: Neonatal morbidity associated with uterine rupture: What are the risk factors? *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186: 311-4.
33. Rodríguez Víctor; Ardila Javier; Luis F. Botero\*: Utilidad de la clínica obstétrica para el manejo del antecedente de cesárea \*Departamento de Ginecología y Obstetricia. Hospital San Ignacio. Universidad Javeriana. *Rev Colomb Obstet Ginecol* vol.50 no.4 Bogotá Oct./Dec. 1999.
34. Hospital Honorio Delgado – Arequipa , Estadísticas 2003.
35. Palomino M., Quispe Y., Martínez F., Jesús D., Cortez T., Rodríguez J., Hospital San José, Chincha, “Manejo de Gestantes con antecedente de cesárea en el hospital San José de Chincha –2003”.

36. Messa A. Jaime Alberto M.D.: Parto Vaginal con Cesárea Previa,  
Departamento de Ginecología y Obstetricia, hospital universitario San  
José de Popayán 1998,  
<http://www.geocities.com/Resort/4015/trabajo.html>

37. Acosta Bernal, Gerardo (IMAPE) 2003, octubre; Estadísticas del hospital  
Materno Perinatal de Lima.

## ANEXOS

### ANEXO 1

#### FORMULARIO DE REGISTRO

#### Historia Clinica

N°.....fecha.....

<b>I. CARACTERISTICAS MATERNAS</b>	
1.- Edad	(1)<19 (2)20-35 (3)>36
2.- Peso Materno	(1)<50 (2)50-75kg. (3)>75
3.-Talla Materna:	(1)<140cm. (2)>140cm.

4.-Gravidez:	(1)<2 (2)2-5 (3)>5
<b>II. ANTECEDENTES OBSTETRICOS</b>	
Partos vaginales antes de la cesárea:	(1)<1 (2)1-2 (3)>2
Periodo intergenésico	<2 años 2-4 años >4 años
Causa de la primera cesárea	5. sufrimiento fetal 6. feto grande 7. pre-eclampsia otro
<b>III. GESTACION ACTUAL</b>	
Edad gestacional	< 37 sem 37-41 sem > = 42 sem.

Controles prenatales previos	<p>4. 0-3</p> <p>5. 4-6</p> <p>6. 7 ó más</p>
<b>IV. DEL PARTO</b>	
via final del parto	<p>3. vaginal</p> <p>4. cesárea</p>
Causa de cesárea	<p>7. sufrimiento fetal</p> <p>8. feto grande</p> <p>9. embarazo múltiple</p> <p>10. preeclampsia</p> <p>11. distocia funicular</p> <p>12. otro</p>
Complicaciones	<p>4. Ruptura U. completa</p> <p>5. Ruptura U. incompleta</p> <p>6. Dehiscencia</p>
<b>V. DATOS NEONATALES</b>	
Apgar al 1° minuto	<p>3. 0-3</p> <p>4. 4-6</p> <p>5. 7-10</p>

Apgar a los 5 minutos	<p>1. 0-3</p> <p>5. 4-6</p> <p>3. 7-10</p>
Peso	<p>(1) &lt;1500</p> <p>(2) 1500 - 1999</p> <p>(3) 2000 - 2499</p> <p>(4) 2500 - 2999</p> <p>(5) 3000 - 3499</p> <p>(6) 3500 - 3999</p> <p>(7) &gt;= 4000</p>