

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**COMPORTAMIENTO DE PARTO VAGINAL EN PACIENTES
CON CESÁREA PREVIA**

ERIKA PATRICIA COTÍ SAJQUIM

**Tesis
Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia
Para obtener el grado de
Maestra en Ciencias Médicas con especialidad en Ginecología y Obstetricia**

Abril 2016



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

La Doctora: Erika Patricia Cotí Sajquim

Carné Universitario No.: 100019952

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestra en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia, el trabajo de tesis **"COMPORTAMIENTO DE PARTO VAGINAL EN PACIENTES CON CESÁREA PREVIA"**


Que fue asesorado: Dr. Luis Augusto Quintanilla Pérez

Y revisado por: Dr. Nivea Sofía Ninoshka Vela Quiñonez MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para abril 2016.

Guatemala, 04 de abril de 2016


Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.
Director
Escuela de Estudios de Postgrado


Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.
Coordinador General
Programa de Maestrías y Especialidades

/mdvs

Cuilapa, 02 de octubre de 2013.

Doctor
Miguel Eduardo García
Coordinador Específico Programa de Postgrados
Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa
Presente.

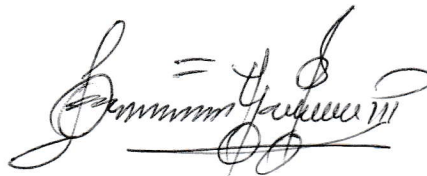
Estimado Doctor García:

Por este medio le informo que he sido ASESOR del trabajo de investigación titulado **“Comportamiento de parto vaginal en pacientes con cesárea previa en el Hospital de Cuilapa Santa Rosa”** en el período de enero 2009 a diciembre 2011, correspondiente a la estudiante Erika Patricia Cotí Sajquim carné número 100019952 de la Maestría de Ginecología y Obstetricia.

Por lo que apruebo el trabajo anteriormente mencionado para que proceda con los trámites correspondientes.

Sin otro particular me suscribo de usted.

Atentamente:



Dr. Luis Augusto Quintanilla Pérez
Ginecólogo y Obstetra
Hospital Cuilapa, Santa Rosa.
Asesor

DR. LUIS AUGUSTO Quintanilla P.
MEDICO Y CIRUJANO
Colegiado 6464

Cuilapa, 02 de octubre de 2013.

Doctor
Miguel Eduardo García
Coordinador Específico Programa de Postgrados
Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa
Presente.

Estimado Doctor García:

Por este medio le informo que he sido REVISORA del trabajo de investigación titulado **"Comportamiento de parto vaginal en pacientes con cesárea previa en el Hospital de Cuilapa Santa Rosa"** en el período de enero 2009 a diciembre 2011, correspondiente a la estudiante Erika Patricia Cotí Sajquim carné número 100019952 de la Maestría de Ginecología y Obstetricia.

Por lo que apruebo el trabajo anteriormente mencionado para que proceda con los trámites correspondientes.

Sin otro particular me suscribo de usted.

Atentamente:

Dra. Sofía Vela Q.
MAESTRIA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
C.P.C. 13,344

Dra. Nivea Sofía Ninoshka Vela Quiñonez
Ginecóloga y Obstetra
Hospital de Cuilapa, Santa Rosa
Revisora

AGRADECIMIENTOS

A DIOS:

Por su infinita sabiduría y múltiples bendiciones recibidas, así como permitirme llegar a culminar una etapa más de mi carrera.

A LA VIRGENCITA MARIA:

Madre espiritual que me ha acompañado y bendecido durante toda mi vida.

A MI ESPOSO SAMUEL:

Por su apoyo incondicional, pero sobre todo, su amor fuente de mi inspiración.

A MIS HIJAS:

Diana & Isabella; por la paciencia que me han tenido y por ser la razón de mi vida.

A MI FAMILIA:

Papá Herman, Mamá Diana y a cada uno de mis hermanos y hermanas por el apoyo, el amor que me han brindado y ser ejemplo de lucha y perseverancia.

A MIS JEFES DE ESPECIALIDAD

Dr. Hernández, Dr. Castro, Dra. Fuentes, Dr. Quintanilla, Dra. Bolaños, Dra. Vela, por su entrega y dedicación, así como por sus conocimientos brindados a lo largo de mi formación.

A MIS COMPAÑEROS DE PROMOCION:

Por los años de lucha y amistad que convivimos. Éxitos en su carrera profesional.

INDICE

CONTENIDO	NUMERO DE PAGINA
Índice	i
Índice de tablas	ii
Índice de Graficas	iii
Resumen	iv
I. Introducción	1
II. Antecedentes	3
III. Objetivos	20
IV. Material y Método	21
V. Resultados	26
VI. Discusión y análisis	30
VI.1. Conclusiones	32
VI.2. Recomendaciones	33
VII. Referencias Bibliográficas	34
VIII. Anexos	37

INDICE DE TABLAS

CONTENIDO	PAGINA
TABLA No. 1: GRUPO ETARIO	30
TABLA No. 2: ANTECEDENTES OBSTETRICOS	30
TABLA No. 3; CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS	31
TABLA NO. 4: CARACTERISTICAS AL INGRESO	32
TABLA NO. 5: RESULTADOS MATERNOS	32
TABLA NO. 6: RESULTADOS FETALES	33

INDICE DE GRAFICAS

CONTENIDO	PAGINA
GRAFICA 1 GRUPO ETARIO	42
GRAFICA 2 ANTECEDENTES OBSTETRICOS	42
GRAFICA 3 CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS	43
GRAFICA 4 CARACTERISTICAS AL INGRESO	44
GRAFICA 5 RESULTADOS MATERNOS	44
GRAFICA 6 RESULTADOS FETALES	45

RESUMEN

El objetivo del estudio fue caracterizar a las pacientes a quien se le atendió parto vaginal después de cesárea. (PVDC)

Material y Métodos: El estudio fue realizado en el hospital de Cuilapa, Santa Rosa, entre las fechas de 01 de Enero del 2009 al 31 de diciembre del 2011, un estudio descriptivo-prospectivo, en el cual se incluyeron a todas las pacientes a quienes se les atendió parto vaginal con el antecedente de cesárea anterior(PVDC). Se recogieron datos en una hoja diseñada para la recolección de información el cual posteriormente fue analizado para esta investigación mediante sistema operativo Windows 7, Excel 97-2003.

Resultado: El total de pacientes a quienes se les atendió PVDC fue de 55. El 30.9 % estaban en la tercera década de la vida, la mayoría originarias de Barberena, en el 23.63 % de los casos. El 81.82 % tenían antecedentes de 1 cesárea previa, la complicación que predominó fue ruptura uterina en un 3,63% de los casos. El 96 % de los recién nacidos tuvo un Apgar de 8-9.

Conclusiones: La cesárea ha ido en aumento en los últimos años, por lo que se ve en la necesidad de crear normas que ayuden a atender más partos vaginales en pacientes con cesárea anterior, siendo la complicación de ruptura uterina la más frecuente, pero en menor incidencia.

Palabra clave: parto vaginal, cesárea anterior, PVDC, prueba de trabajo de parto.

SUMMARY

The study aimed to characterize patients who was assisted vaginal birth after cesarean. (PVDC)

Material and Methods: The study was conducted at Santa Rosa Hospital Cuilapa, between the dates of January 1, 2009 to December 31, 2011, a descriptive-prospective study, in which all patients were included who vaginal delivery were served with a history of previous cesarean. Data were collected on a sheet designed to collect information which was subsequently analyzed for this research by Windows 7, OS Excel 97-2003.

Result: The total number of patients who were attended PVDC was 55. 30.9% were in the third decade of life, most Barberena originating in 23.63% of cases. The 81.82% had a history of one previous cesarean, the predominant complication was uterine rupture in 3.63% of cases. 96% of newborns had an Apgar 8-9.

Conclusions: Cesarean section has been increasing in recent years, so is the need to create standards help meet more vaginal deliveries in patients with previous cesarean section, being the most common complication of uterine rupture, but less incidence.

Keyword: vaginal delivery, previous cesarean, PVDC, labor test

Conclusions: Cesarean section has been increasing in recent years, so is the need to create standards help meet more vaginal deliveries in patients with previous cesarean section, being the most common complication of uterine rupture, but less incidence.

Keyword: vaginal delivery, previous cesarean, PVDC, labor test

I. INTRODUCCIÓN

La resolución quirúrgica de los eventos obstétricos a través de la operación cesárea constituye uno de los avances más importantes de la medicina perinatal contemporánea y ha tenido indiscutiblemente un impacto extraordinario en la disminución de la mortalidad materna y perinatal. (1) Sin embargo su uso desmedido y a veces injustificado ha hecho que este procedimiento pierda cierto valor como técnica quirúrgica. El incremento de este procedimiento en varios países ha ocasionado que se convierta en un problema de salud pública. (2)

Sin embargo, 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 los últimos años ha sido contradictorio la atención del parto vaginal en mujeres con antecedentes de cesárea previa. La sentencia hecha por Cragin en 1916, de que "después de cesárea, siempre cesárea", actualmente permanece vigente sólo para un grupo pequeño de gestantes, ya que fue promulgada en una etapa de la medicina en la que no se realizaba en forma rutinaria incisiones en el segmento inferior y tampoco se contaba con el arsenal terapéutico actual. Por lo tanto, se hace necesaria una reevaluación de esta doctrina, ya que los riesgos de una cicatriz uterina, como son la mortalidad materna o fetal por rotura uterina, han disminuido drásticamente. (3)

En la actualidad, los Obstetras saben que toda gestante que ha tenido un parto por cesárea puede tener partos vaginales. Este proceso se conoce como parto vaginal después de un parto por cesárea (**PVDC**). El gran impulso para los favorecedores del parto vaginal después de cesárea previa provino de la introducción de la incisión transversa baja por Kerr en 1926, esta incisión uterina una vez cicatrizada, permitía un trabajo de parto seguro en embarazos posteriores. El índice de éxito varía según el factor o motivo del parto. El PVDC conlleva ciertos riesgos pero ofrece ventajas. (4)

La mayoría de las series publicadas de casos de pruebas de parto luego de una cesárea previa indican que de 60-80% de estas madres logran un parto vaginal exitoso.

La inquietud de este estudio es describir las características, antecedentes y resultados maternos y perinatales en el Hospital Regional de Cuilapa, de pacientes a quienes se les

atendió parto vía vaginal después de una cesárea. Siendo el objetivo principal caracterizar a las pacientes a quienes se les atendió parto vaginal después de cesárea, esperando que este trabajo brinde un aporte para poder normar y protocolizar el parto vaginal en pacientes con cesárea anterior.

II. ANTECEDENTES

2. CESÁREA

2.1. DEFINICIÓN

Es el acto quirúrgico mediante el cual se extrae el feto, la placenta y los anexos a través de una incisión en el útero y pared abdominal. Se excluye de esta definición a la extracción del feto libre en la cavidad abdominal como consecuencia de la rotura uterina o de un embarazo ectópico.

2.2. HISTORIA

Para explicar el origen del término CESÁREA se han considerado varias teorías. La primera trata del modo en que nació Julio César y como su madre sobrevivió durante varios años tras la cirugía, cuando en esa época, todas las mujeres sucumbían en la operación. Otra teoría proviene de la antigüedad, de una ley romana llamada **lex Caesarea** la cual indicaba este procedimiento a mujeres moribundas para salvar la vida del bebe al final del embarazo. La última explicación y probablemente la más acertada es que la palabra cesárea proviene del verbo latino *caedere* que significa realizar un corte. El concepto de parto abdominal fue utilizado por muchas civilizaciones antiguas como la romana, hindú y hebrea. Pero no es hasta el año 1500 cuando se documenta el primer dato de una mujer que sobrevivió a una cesárea en Alemania. Se cree que fue su marido Jacob Nufer el que le hizo la operación tras un parto largo y complicado (24).

El 12 de mayo de 1916, Edwin B. Cragin declaró en su discurso ante la sociedad médica del este de la ciudad de Nueva York. *“Una cesárea, siempre una cesárea”* el cual se convirtió en un dogma ampliamente citado y utilizado por toda la obstetricia mundial durante casi los siguientes 60 años. A principios del año 1960 la cesárea iterativa se había aceptado como una práctica habitual en los Estados Unidos aumentando exponencialmente del 5 % en el año 1970 a casi el 25 % en el año 1988. Este rápido aumento en el número de cesáreas hizo aumentar la morbilidad y mortalidad materna, el tiempo de hospitalización y el costo de cada procedimiento, consecuencias que fueron aumentando a medida que pasaba el tiempo (24). En la década de los 80 se pusieron en marcha una serie de esfuerzos para tratar de

solucionar el problema y en 1981, los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos (NIH) convocaron una reunión para examinar cada problema, creando un informe en que se fomentaba el trabajo de parto después de cesárea (TPDC) para de esta manera aumentar la tasa de parto vaginal después de cesárea (PVDC). Hasta ese momento la cesárea repetida constituía el tercio de todos los nacimientos por cesárea, por lo que aumentando el PVDC se reduciría también la tasa general de cesáreas (25).

2.3. EPIDEMIOLOGÍA

Con los años se ha visto una tendencia mundial en aumento. En EEUU el porcentaje de partos resueltos por vía alta aumentó de 5,5% en 1970 a 23,5% en 1991 y un tercio de ellas eran cesáreas repetidas. En Chile la frecuencia total ha aumentado de un 28% en 1986 a 37% en 1994. Existe diferencia al evaluar el sector privado donde alcanza hasta un 60% versus el sector público donde la frecuencia es menor al 30%. En el hospital JJ Aguirre (Chile) la cifra es de alrededor de 45%. En España, al igual que en el resto de países la tasa de cesáreas ha ido en aumento, en el año 2004 la tasa de cesáreas fue del 22%. (09) En Puerto Rico La tasa de partos por cesárea ha aumentado desde la década de 1970, cuando era alrededor de 5%, a 47.7% en 2004. Esta tasa es probablemente la más alta del mundo. (10).

La tasa de cesárea es variable entre países y entre instituciones. Actualmente en Estados Unidos la incidencia de cesárea es del 26,1%, en América Latina del 29% en promedio, observándose los índices más elevados en México, Brasil, República Dominicana y Chile, los cuales oscilan entre 30% y 39% (13). En Colombia la tasa de cesárea reportada es de 27% pero llega hasta un 67% en instituciones privadas (14).

Dentro de las causas que podrían explicar la mayor frecuencia de la indicación de cesárea podríamos encontrar: desarrollo de mejor técnica operatoria y anestésica, mayor cantidad de profesionales con buena formación y destreza en la técnica quirúrgica, mayor conocimiento de patologías que condicionan un embarazo de alto riesgo, mejor vigilancia y monitorización del trabajo de parto, práctica de una medicina defensiva desde el punto de vista médico-legal, mayor número de cesáreas electivas solicitadas por las pacientes.

La mortalidad materna y perinatal ha presentado una notoria disminución con los años lo cual no se explica necesariamente por el mayor número de cesáreas ya que en algunos países ha disminuido la mortalidad sin aumentar el número de cesáreas (Ej.: Holanda,

Japón). La mortalidad materna por cesárea se encuentra entre 0,1 a 2% lo cual es 3 a 5 veces más frecuente que para el parto vaginal. (7,8)

2.4. INDICACIONES (7,8)

La indicación de la operación cesárea se debe realizar cuando el parto vaginal no es posible o cuando este conlleva mayor riesgo materno-perinatal.

Según el origen de la causa:

1) Maternas:

- a. cicatriz uterina: mioma, malformación uterina, reparación de rotura uterina.
- b. dos o más Cesáreas segmentaria: mayor riesgo de rotura uterina al someter a trabajo de parto.
- c. Cesárea corporal previa
- d. Plastia Vaginal: pérdida de anatomía lograda con cirugía al someter a trabajo de parto.
- e. Estrechez Pélvica: por pelvimetría interna,
- f. Tumor previo: mioma cervical o ístmico, placenta previa,
- g. Ca cervical: riesgo de propagación, rotura, etc.
- h. Patologías sistémicas graves: insuficiencia respiratoria, insuficiencia cardiaca, HTA, glaucoma.
- i. Hernias abdominales, inguinales grandes.
- j. Herpes simple genital activo: por el alto riesgo de infección herpética neonatal

2) Fetales:

- a. Distocias de presentación (tronco, podálica) o de variedad de presentación (cara con mentón posterior, frente).
- b. Aumento de volumen fetal total (macrosomía) o parcial (hidrocefalia, mielomeningocele, onfalocele, ascitis fetal, etc)
- c. Restricción en el Crecimiento intrauterino (RCIU).
- d. Sufrimiento fetal Agudo (SFA) del periodo de dilatación o sin trabajo de parto.
- e. Enfermedad hemolítica grave Púrpura trombocitopénico autoinmune

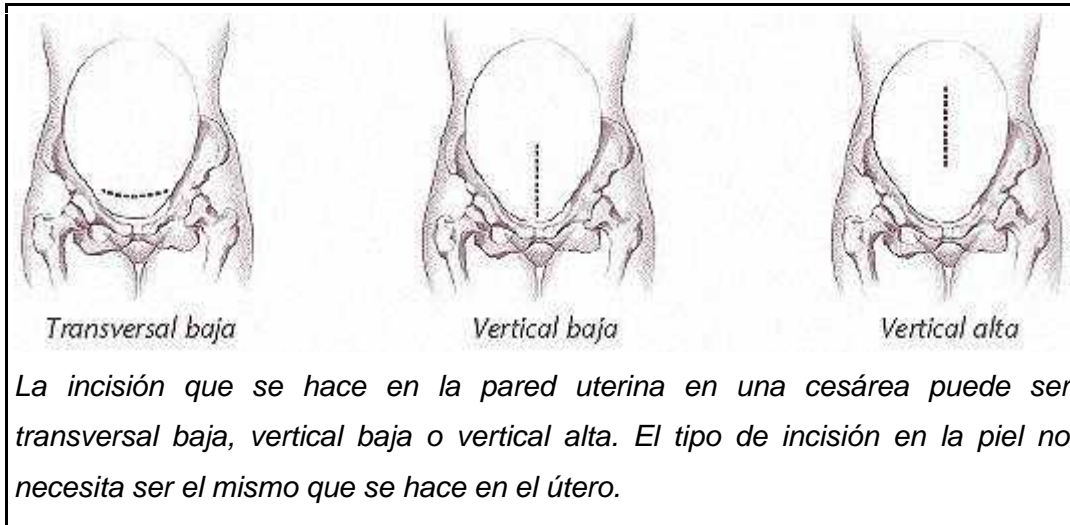
3) Ovulares:

- a. Placenta Previa Oclusiva Total
- b. Desprendimiento Prematuro de la Placenta Normo inserta (DPPNI)

- c. Procidencia de Cordón Umbilical
- d. Infección Ovular con malas condiciones obstétricas.

Algunos tipos de incisiones uterinas tienen una mayor tendencia a desgarrarse que otras (vertical baja, vertical alta). En el parto por cesárea, se hace una incisión en el abdomen y otra en el útero. Hay tres tipos de incisiones uterinas, la (Figura 1)

Figura 1: INCISIONES UTERINAS



COMPLICACIONES: (12)

- 1. Complicaciones anestésicas,
- 2. Complicaciones quirúrgicas:
 - 2.1. Desgarro de la histerotomía
 - 2.2. Lesiones vasculares
 - 2.3. Lesiones en el tracto urinario
 - 2.4. Lesión del intestino
 - 2.5. Lesiones nerviosas
- 3. Complicaciones infecciosas
- 4. Complicaciones hemorrágicas posparto
- 5. Complicaciones tromboembólicas

La cesárea es un procedimiento de cirugía mayor que conlleva unas tasas de morbimortalidad superior a las del parto vaginal.

En 1985 la Organización Mundial de la Salud (OMS) consideró que “no existe justificación para que más del 10 al 15 % de los partos sean por cesárea”. Tras esta reflexión, la tasa general de cesáreas de Europa se sitúa muy por encima de esta recomendación, siendo del 20,8 %(26). En América Latina y el Caribe el promedio de cesáreas se encuentra en torno al 29,2 %, siendo la tasa más alta de cualquier zona del mundo (27). Después de todas estas estadísticas podemos concluir que son pocos los países que cumplan esta recomendación a nivel mundial.

Debido a los altos índices de cesárea que se observan en los últimos años, más de un tercio de las indicaciones actuales de parto abdominal son resultado directo de la cesárea anterior y junto con la distocia representan el 50% del incremento en las citadas tasas. (11)

En conclusión, en nuestro país al igual que en el resto de países de América Latina y Europa la tasa de cesáreas en general queda muy por encima de la propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual considera que no existe justificación para que más del 10 al 15 % de los partos sean por cesárea.

2.5. PARTO VAGINAL DESPUES DE CESAREA

Los partos vaginales posterior a cesárea (VBAC, por sus siglas en inglés) no son infrecuentes hoy en día. Como se expuso anteriormente en el pasado se usaba una incisión vertical para la cesárea que cortaba las fibras musculares del útero. Las cesáreas modernas generalmente se practican con una incisión horizontal siguiendo el recorrido de las fibras musculares. El útero mantiene entonces mejor su integridad y puede tolerar las fuertes contracciones del alumbramiento futuro.

Actualmente, se considera el parto vaginal en pacientes con cesárea previa como una alternativa segura, que no presenta un incremento en la morbilidad materno-fetal.

Los estudios reportan que hasta un 82% de las pacientes con antecedente de cesárea podrían tener un parto vaginal. (15)

En 1997, Flamm propuso un puntaje con el objetivo de predecir la probabilidad de parto vaginal después de una cesárea. El puntaje es obtenido a partir de un modelo de regresión logística que determina 5 variables a tener en cuenta: la edad materna menor a 40 años, el antecedente de parto vaginal previo, la causa de la primera cesárea, el borramiento y la dilatación al momento de la admisión (**Tabla 1**). (16)

Un aumento del puntaje se correlacionó con mayor probabilidad de parto vaginal posterior o cesárea. Es así como puntaje 0 a 2 significa 49% parto vaginal, y puntaje 8 a 10, 95% parto vaginal

Tabla 1. SCORE PREDICTOR DE EXITO DE PARTO VAGINAL AL SOMETER A PRUEBA DE TRABAJO DE PARTO A PACIENTE CON ANTECEDENTE DE CESÁREA.

a)	Edad menor de 40 años:	2 puntos
b)	Parto vaginal previo: <ul style="list-style-type: none"> ✓ antes y después de cesárea ✓ luego de primera cesárea ✓ antes de primera cesárea ✓ ninguno 	4 puntos 2 puntos 1 punto 0 puntos
c)	Razón para primera cesárea:	
	diferente a falla de progresión del parto:	1 punto
d)	Borramiento al ingreso:	
	>75%	1 puntos
	25-75%	1 punto
	<25%	0 punto
e)	Dilatación al ingreso de 4 cm o más	1 punto
Puntaje total 0 a 2: 49% parto vaginal, y puntaje 8 a 10: 95% parto vaginal.		
Flamm B., Geiger A: Vaginal birth after cesarean delivery: an admission scoring system. Obstet Gynecol 1997; 90: 907-10.		

Las mujeres que intentan PVDC tienen una tasa de éxito entre el 60 % y el 80 % aproximadamente. La tasa varía entre las instituciones y los profesionales sanitarios encargados de proporcionar la información a las mujeres. También se ve afectada por diversos factores preparto, intraparto y por factores no médicos.

Las mayores tasas de éxito, más del 80 %, se encuentran entre las mujeres que han tenido un parto vaginal exitoso antes o después de su cesárea, que se presentan en la fase activa del trabajo de parto y aquellas mujeres que la indicación para la primera cesárea se realizó por una mala presentación fetal.

Entre los factores que determinan la tasa de éxito se menciona:

1. Factores prenatales:

- a. Indicación de la cesárea previa (podálico y transeversa 75%, sfa 60% dcp 54 % tasa de éxito)
- b. Historia de parto vaginal previo
- c. Factores demográficos (edad, estado civil, escolaridad)
- d. Periodo intergenésico corto
- e. Enfermedades maternas (hipertensión, diabetes, asma, enfermedad renal)

2. Factores intraparto

- a. Bishop favorable
- b. Macrosomía fetal peso mayor 4000grs.
- c. Tipo de hospital (público y privado)

Otros factores que pueden reducir la probabilidad de lograr hacer una prueba de trabajo de parto y un PVDC con buenos resultados son:

- ✓ Mayor edad de la madre
- ✓ Peso alto del bebé al nacer
- ✓ Índice de masa corporal alto de la madre
- ✓ Embarazo que supere las 40 semanas de *gestación*
- ✓ *Pre eclampsia*
- ✓ Período breve entre los embarazos (período intergenésico corto)

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. Además las pacientes post-cesareadas que han tenido un parto vaginal 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. Asimismo las mujeres 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. (32)

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.

Pérez Alcántara, Lima Perú 2005, realizó estudio sobre “parto vaginal en la cesareada anterior en el hospital nacional docente Madre-Niño san Bartolomé durante el 2000 al 2002” el cual reportó 66.77% de éxito en parto vaginal después de cesárea, (31)

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 13 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.

Zelop CM, Shipp TD, Repke JT, Cohen A, Lieberman E., 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.

Mohammed A. Elkousy 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.

Hammoud A, Hendler I, Gauthier RJ, Berman S, Sansregret A y Bujold E. en el 2004 realizan un estudio de cohorte en pacientes mujeres con antecedente de cesárea, sometidas a parto vaginal entre 1988 y 2002. Dividieron a las pacientes en tres grupos según edad gestacional: 24-36 semanas 6 días, 37-40 semanas 6 días y mayor o igual a 41 semanas, encontraron que conforme avanza la edad gestacional se asocia a índices más altos de ruptura uterina y la tasa de éxito de parto vaginal era perceptiblemente más baja (el 83%, 76,9% y el 62,6% respectivamente)

Lindo Pérez M y col., en el 2005 realizan un estudio retrospectivo y descriptivo en el Hospital Uldarico Rocca Fernández, 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. (32)

En un estudio realizado por Mezt TD en 2012 se estima esta proporción entre el 60% y el 80 % de éxito. En una revisión de la literatura publicada en Uptodate y actualizada en septiembre del 2013 por Cunningham FG, se considera que el 60%-80% de las mujeres que intentan un trabajo de parto después de una cesárea tendrán un parto vaginal exitoso. Crowther CA escribe en su artículo publicado en marzo del 2012 que para las mujeres que intentan un parto vaginal, la posibilidad de lograr el parto vaginal se ha informado de forma variable entre el 56% y 80%.

Uno de los objetivos más destacado de cualquier investigación de la morbilidad de un PVDC, es determinar la frecuencia de rotura uterina, ya que se desconoce la frecuencia exacta de esta patología después del parto por cesárea. En estudios y revisiones consultadas, la tasa de rotura uterina durante el trabajo de parto después de una cesárea se establece en torno a

un 1 % aproximadamente. En un metanálisis realizado en la base de datos Uptodate en septiembre del 2013 por Lang CT, se estable la incidencia global de rotura uterina en mujeres con un parto por cesárea previo entre un 0,3 % a 1 %. En un estudio prospectivo observacional realizado por Rozenberg et al., realizado en 1996, la frecuencia de rotura uterina después del parto por cesárea fue de 2,3 % y la de dehiscencia uterina del 1,6 %, con una frecuencia total de “defecto uterino” del 3,9%.

Con respecto al Recién nacido, una revisión realizada en 2008 se afirma que no existen datos suficientes sobre los que basar conclusiones en relación con las tasas de morbilidad neonatal entre cesárea electiva planificada y el parto vaginal planificado.

En cuatro estudios de cohortes realizados en 1997, 2002, 2003 y 2005, encontrados en la bibliografía consultada, no se informó diferencias significativas en las puntuaciones de Apgar de 5 minutos entre el PVDC y la cesárea de repetición. (32)

CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS

- i. Incisión uterina clásica previa o en “T”.
- ii. Complicaciones quirúrgicas en la cesárea previa tales como desgarros cervicales extensos.
- iii. Cirugía uterina transfúndica.
- iv. Cirugía uterina previa con acceso a cavidad.
- v. Rotura uterina previa.
- vi. Complicaciones médicas u obstétricas que impidan el parto vaginal.
- vii. Estrechez pélvica.
- viii. ***Imposibilidad de realizar una cesárea urgente por falta de medios o personal.***

Las inquietudes por el incremento en la tasa de cesárea por cesárea iterativa han dado lugar a la declaración, por parte de diversos organismos oficiales, que el parto vaginal después de la cesárea es una opción segura y aceptable. El éxito de las tasas de parto vaginal después de una cesárea (PVDC) se cita variablemente entre el 56% y el 80%, aunque la proporción de mujeres que intentan un parto vaginal varía considerablemente (24). Para hacer frente a

la seguridad y resultados de un PVDC las sociedades obstétricas y ginecológicas de todo el mundo han creado una serie de guías de práctica clínica que ayudan y sirven de referencia a los diferentes profesionales en la toma de decisiones sobre la acción sanitaria más apropiada en cada caso.

En EEUU las recomendaciones de **“The American College of Obstetricians and Gynecologists” (ACOG)**. En 2010 este colegio publicó un boletín sobre el tema y las directrices actualizadas del PVDC. ACOG recomienda:

- ✓ que la mayoría de mujeres con el antecedente de cesárea anterior con incisión transversal baja son candidatas para realizar un PVDC y deben ser aconsejadas para ello. Incluso las mujeres con dos cesáreas anteriores con incisión transversal baja pueden ser consideradas para la realización de un PVDC.
- ✓ El PVDC debe llevarse a cabo en las instalaciones con personal inmediatamente disponible para la realización de una cesárea urgente.
- ✓ uso de monitorización cardiotocográfica continua del feto durante el trabajo de parto.
- ✓ que en caso de emergencia obstétrica la unidad debe ser capaz de realizar una cesárea urgente dentro de los primeros 30 minutos del inicio de la emergencia.
- ✓ Reconoce la rotura uterina como el riesgo más significativo asociado con el PVDC y lo define como una separación completa del Miometrio con o sin extrusión de partes fetales en la cavidad peritoneal materna.

A pesar de esta complicación este colegio opina que el éxito del PVDC se asocia con menos complicaciones maternas y fetales. ACOG no recomienda el intento de PVDC en las mujeres con cesárea anterior con una incisión clásica o en “T”, rotura uterina previa, cirugía uterina transfundal ampliada, contraindicaciones para el parto vaginal como una placenta previa y tres o más cesáreas anteriores(28).

En Canadá nos encontramos con el **“The Society of Obstetricians and Gynecology” (SOGC)**.

- ✓ el PVDC se debe ofrecer a todas las mujeres con el antecedente de incisión transversal baja.

- ✓ SOGC recomienda que en caso de compromiso materno-fetal, la cesárea urgente pueda realizarse en cualquier hospital siempre y cuando se realice antes de los 30 minutos desde su indicación.

Al igual que el americano, este colegio define que el PVDC se asocia con menos complicaciones que la cesárea iterativa y han publicado un estudio en el que demuestran que la histerectomía, la morbilidad febril y la enfermedad tromboembólica son menos frecuentes en el grupo de PVDC en comparación con la cesárea repetida. Este colegio marca la rotura uterina como la complicación más importante del PVDC. SOGC aconseja la monitorización cardiotocográfica continua durante el parto. En cuanto a las contraindicaciones del PVDC, define una serie de situaciones similares a los que marca el ACOG (28).

En el Reino Unido nos encontramos con el “The Royal College of Obstetricians and Gynecologists” (RCOG). Este colegio afirma que las mujeres con una cesárea anterior cuya incisión sea transversa baja se les pueden aconsejar la opción del PVDC como una elección segura y que la decisión final debe ser tomada entre la mujer y el médico. Como parte de la orientación, RCOG recomienda informar a las mujeres de que el PVDC planificado tiene un 8/10.000 riesgo de encefalopatía isquémica hipóxica en el recién nacido y que los efectos a largo plazo son desconocidos. Además de este riesgo las mujeres también deben ser informadas de que el PVDC reduce el riesgo de morbilidad respiratoria neonatal en comparación con una cesárea electiva (2 % a 3 % frente al 3 % a 4 %). Por último, RCOG recomienda informar a las mujeres que otra cesárea puede aumentar el riesgo de complicaciones graves, como la placenta adherida, lesiones intraoperatorias, la necesidad de transfusiones sanguíneas y la histerectomía, en futuros embarazos. El Royal College recomienda que el PVDC se debe planificar en un hospital con personal y equipo adecuado, con la posibilidad de realizar una cesárea urgente y reanimación neonatal avanzada. En su guía no da detalles sobre cuál es el personal adecuado y el tiempo para la realización de la cesárea urgente. Las contraindicaciones del PVDC coinciden con las marcadas por el colegio americano y el canadiense, la única diferencia es que el colegio inglés no hace mención sobre las mujeres con el antecedente de tres o más cesáreas (28).

La Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetricia (FIGO), considera que la cesárea se debe realizar únicamente para mejorar el bienestar de las madres y de los recién nacidos, mientras que las cesáreas sin evidencia médica deben desaparecer porque

éticamente no está justificada. Además aconseja que el PVDC debe ser realizado en hospitales adecuados y con personal cualificado (29). En cuanto a las directrices nacionales, **la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO)** en su protocolo actualizado en Junio del 2010 dictamina que aunque el útero tiene un mayor riesgo de rotura uterina en una mujer que ha tenido una cesárea anterior, la mayoría de las veces el parto vaginal es posible, siendo seguro tanto para la madre como para el feto. Por otro lado, la cesárea electiva de rutina para el segundo parto de una mujer con una cesárea previa transversa baja genera un exceso de morbilidad y mortalidad materna y un alto coste para el sistema sanitario. La SEGO recomienda que el PVDC debe realizarse en un hospital en el que sea posible realizar una cesárea urgente y donde estén disponibles obstetra, anestesista, pediatra y personal de quirófano. Los riesgos y beneficios de la cesárea programada en comparación con el intento de parto vaginal se recogen en la tabla (30).

Tabla 2 riesgos y beneficios PVDC. SEGO

	Parto vaginal	Cesárea programada
Ventajas	Mortalidad materna: 0.004%	Rotura uterina: 0.03% Mortalidad perinatal: 0.002%
Inconvenientes	Rotura uterina: 0.32-0.47% Mortalidad perinatal: 0.13%	Mortalidad materna: 0.013% Mayor tasa de anomalías de la placentación y de lesiones quirúrgicas en futuros embarazos.
Datos insuficientes	Histerectomía, hemorragia, transfusión, infecciones maternas Encefalopatía hipóxico-iscémica, sepsis, trauma por el parto, resultados neurológicos a largo plazo.	

El examen digital de la cicatriz uterina posparto no es necesario. Sólo se recomienda cuando tras el alumbramiento el sangrado sea persistente o haya clínica sugestiva de rotura uterina. No hay datos que sugieran que el resultado en una posterior gestación sea mejor si se repara quirúrgicamente la dehiscencia. (17,18)

FACTORES DE RIESGO DE ROTURA UTERINA.

Es la complicación más grave resultante de una prueba de trabajo de parto. Su frecuencia global se estima en un 1% para la incisión segmentaria transversa. (17,18)

Es preciso distinguirla de la dehiscencia de la cicatriz uterina, asintomática y descubierta la mayor parte de las veces en el momento de la laparotomía o por examen digital tras el parto vaginal.

1. HISTORIA OBSTÉTRICA PREVIA.

- a. **Tipo de cicatriz uterina previa.** El riesgo de rotura uterina depende del tipo y localización de la incisión previa. Se estima que el riesgo con incisión vertical baja es del 0.8%. En las incisiones clásicas, el riesgo de rotura es del 12%. En casos en que se desconoce el tipo de incisión, dado que la mayoría de ellas son segmentarias transversas, el riesgo de rotura es de alrededor del 1%.
- b. **Tipo de sutura de la cicatriz uterina.** La sutura monocapa no aumenta el riesgo de rotura uterina en comparación con el cierre del útero en dos planos.
- c. **Número de cesáreas previas.** En general, se admite que cuantas más incisiones, mayor es el riesgo de rotura.
- d. **Partos vaginales previos.** El antecedente de un parto vaginal previo (tanto sea antes como después de la cesárea) es un factor que parece disminuir el riesgo de rotura uterina, así como mejorar las posibilidades de éxito de parto vaginal. En algunas series se han descrito índices de rotura uterina de tan sólo el 0.2%.
- e. **Intervalo entre partos.** Con intervalos de menos de 18 meses, el riesgo de rotura uterina se incrementa al 2.3%, independientemente de otras variables.
- f. **Fiebre posparto tras la cesárea.** Se asocia a cicatrices más anchas y en estudios retrospectivos se ha visto que se asociaba a un incremento de 3 veces el riesgo de rotura uterina.

RIESGOS MATERNOS:

Se relacionan sobre todo con grado variable de separación de cicatriz uterina y hemorragia vinculada. Hay innumerables informes sobre los beneficios y seguridad de tales partos vaginales. En una prospectiva reciente, en un ensayo metacéntrico que incluyó más de 5000 mujeres con intento de trabajo de parto se observó rotura uterina en menos del 1%. Aunque existen comunicaciones ocasionales acerca de catastróficas dehiscencias de cicatrices, los datos disponibles no apoyan la conclusión de que la dehiscencia de la cicatriz sea más frecuente en mujeres que son sometidas a intento de trabajo de parto con antecedente de cesárea.

El predictor más firme de la seguridad del trabajo de parto con antecedente de cesárea es la localización de la cicatriz de esta. Las mujeres que sufrieron una incisión vertical en el segmento uterino, así como las que tuvieron incisión en T o clásica, tienen mayor riesgo de rotura del órgano antes y durante el trabajo de parto. Así también los riesgos aumentan en las mujeres multíparas a las que se le da prueba de parto vaginal y tienen antecedente de una cesárea.

La implantación de la placenta en una cicatriz de incisión uterina puede predisponer a anomalías de inserción placentaria. Sin embargo se trata de un trastorno que pudiera complicar la prueba de trabajo de parto o la cesárea electiva.

RIESGOS FETALES:

El riesgo adicional para el feto de una mujer con incisión uterina previa, se vincula con rotura del útero y hemorragia. En dos estudios acerca de mujeres con ruptura uterina, sin grupo control se informó de mala evolución neonatal y muerte.

El parto mediante cesárea es cada vez más frecuente. Aunque el útero tiene un mayor riesgo de rotura en una mujer que ha tenido una cesárea, la mayoría de las veces el parto vaginal es posible, siendo seguro tanto para la madre como para el feto.

Por otro lado, la cesárea electiva rutinaria para el segundo parto de una mujer con una cesárea previa transversa baja genera un exceso de morbilidad y mortalidad materna y un alto coste para el sistema sanitario. (19)

La tasa de éxito del parto por vía vaginal después de una cesárea oscila entre el 72-76%, llegando al 87-90% si ha habido un parto vaginal previo (20)

Algunos estudios reportan la eficacia de la prueba de trabajo de parto, con resultados que concuerdan con descritos en otros estudios. Siendo estos 78 % Hospital "Perrando-Castelán" de Resistencia (chaco). Complicación posparto vaginal; ruptura uterina 2 casos (0.40%). (21) otros datos no concuerdan con los de la mayoría, tal es el caso del Hospital "Dr. Darío Fernández Fierro" en México donde la tasa de cesáreas se incremento al 45 % reportando en un estudio la eficacia del parto vaginal después de cesárea únicamente el 49.1 % de partos en paciente con cesárea previa que se le dio prueba de trabajo de parto. (22).

El incremento de la operación cesárea ha estimulado la búsqueda de alternativas, para intentar reducir su frecuencia, entre ellas el parto vaginal pos cesárea. Todos los países intentan hacer algo con esto, que se está convirtiendo en un problema de salud. En Cuba por primera vez, se trabaja sobre este tema y desde 1995 funciona en el Hospital Ginecoobstetrico Docente “Clodomira Acosta Ferrales” una consulta Especializada de cesárea, en la cual se seleccionan los casos con el antecedente de haberse realizado una operación cesárea, que reúnan las condiciones requeridas para intentar el parto transpelviano.

Como conclusión a esta revisión presentamos las recomendaciones de la Sociedad Española de Ginecología y obstetricia al respecto del parto vaginal después de cesárea.

RECOMENDACIONES DE LA SEGO (20)

- a) Si no existen contraindicaciones para el parto vaginal, es razonable el intento de parto por vía vaginal en las mujeres con cesárea previa.
- b) Si la cesárea anterior fue transversa baja o, en caso que se desconozca, existe una alta probabilidad que la histerotomía haya sido transversa baja, se puede intentar una prueba de parto por vía vaginal.
- c) Las mujeres candidatas a parto vaginal tras cesárea deben de ser informadas del aumento de los riesgos y de los beneficios maternos que genera el parto vaginal.
- d) Tras una buena información, una mujer con dos cesáreas segmentarias transversas previas sin complicaciones, con una gestación a término no complicada y sin contraindicaciones para el parto por vía vaginal, puede considerarse candidata al parto por vía vaginal, aunque está asociado con un riesgo de rotura uterina más elevado.
- e) Se debe comunicar a la paciente que hay un mayor riesgo de rotura uterina durante el parto, si éste tiene lugar antes de 18 meses de la cesárea anterior.
- f) 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.
- g) La versión cefálica externa no está contraindicada en gestantes con cesárea previa.
- h) La cesárea electiva no debe realizarse antes de las 39 semanas de gestación.

- i) Tanto el uso de oxitocina como de prostaglandinas E se asocian a un mayor riesgo de rotura uterina. Por ello, la inducción del parto en la mujer con una cesárea anterior debe estar indicada.
- j) El misoprostol se asocia con una elevada tasa de rotura uterina. Por ello, su uso está contraindicado en mujeres con cesárea anterior.
- k) 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.
- l) El intento de parto por vía vaginal en una mujer con cesárea previa debe tener un control adecuado, preferentemente con atención profesional continua.
- m) Durante el intento de parto por vía vaginal se recomienda la monitorización fetal electrónica continua.
- n) No es necesario el uso rutinario de un catéter de presión interna en todas las mujeres con cesárea anterior.
- o) La estimulación con oxitocina no está contraindicada en el parto de la mujer con cesárea previa.
- p) La analgesia epidural no está contraindicada en el parto de la mujer con cesárea previa.
- q) Después de un parto vaginal en una mujer con cesárea previa no es necesario el examen digital de la cicatriz uterina de forma rutinaria.

III. OBJETIVOS

III.1. OBEJTIVO GENERAL:

Caracterizar a la paciente a quien se le atendió parto vaginal después de cesárea, en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital de Cuilapa, Santa Rosa de Enero 2009 a Diciembre del año 2011.

III.2. OBJETIVOS ESPECIFICO:

- III.2.1. Establecer el grupo etario más frecuente de pacientes a quienes se les atendió parto vaginal después de cesárea (PVDC).
- III.2.2. Describir las características sociodemográficas de las pacientes a quien se les atendió PVDC
- III.2.3. Describir los antecedentes obstétricos de las pacientes a quien se les atendió PVDC.
- III.2.4. Describir las complicaciones que presentaron las pacientes a quienes se les atendió PVDC.
- III.2.5. Describir los resultados maternos de pacientes a quienes se le atendió PVDC.
- III.2.6. Describir los resultados perinatales de pacientes a quienes se les atendió PVDC.

IV. MATERIAL Y MÉTODOS

IV.1. TIPO DE ESTUDIO:

De tipo descriptivo, prospectivo, ya que se describieron las características de las pacientes a quienes se les atendió parto vaginal con antecedentes de cesárea anterior, en el Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa, durante el periodo de enero del 2009 a diciembre del 2011.

IV.2. POBLACION:

El grupo de estudio lo constituyeron todas las pacientes que ingresaron con embarazo a término, trabajo de parto activo y antecedente quirúrgicos de cesárea de la cuales se le resolvió el parto por vía vaginal, en el departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Nacional de Cuilapa de enero 2009 a diciembre del 2011.

IV.3. SUJETO DE ESTUDIO:

Pacientes con historia de cesárea anterior a las cuales se les atendió parto vía vaginal.

IV.4. MUESTRA:

Se incluyó el total todas las pacientes con cesárea anterior a quienes se les atendió parto vaginal y que se presentaron en el periodo de estudio.

IV.5. CRITERIO DE INCLUSION:

Pacientes con historia de cesárea anterior

Pacientes con historia de embarazo mayor de 28 semanas

IV.6. CRITERIOS DE EXCLUSION:

- ✓ Paciente con embarazo menor de 28 semanas
- ✓ Paciente con historia de 2-3 partos vaginales pos cesárea.
- ✓ Pacientes que no cuenten con expediente clínico.

IV.7. PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN:

- ✓ Solicitud al Director del Hospital Nacional de Cuilapa para ingreso y registro de archivo.
- ✓ Revisión por parte del investigador de las fichas clínicas de pacientes que tuvieron parto por vía vaginal con antecedente de cesares en el periodo comprendido de Enero 2009 a diciembre 2011.
- ✓ Llenar la boleta de recolección de datos.
- ✓ Tabulación de datos e ingreso de los mismos en una base de datos Excel y en el programa estadístico IBM SPSS statistics 19. Que posteriormente fue resumido en cuadros y gráficos.

IV.8. INSTRUMENTOS PARA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN:

Publicaciones y textos de obstetricia relacionados con el tema, instalaciones y archivo de departamento de obstetricia, boletas de recolección de datos, Historia clínica de cada una de las pacientes en estudio, libro de ingresos y egresos del servicio, equipo de oficina (material humano).

IV.9 CUADRO DE OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO	ESCALA DE VARIABLE	MEDICION
EDAD	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha.	Edad en años referido por la paciente en la ficha clínica.	Cuantitativa	Ordinal	Rangos de edad: 15- 19 años 20- 24 años 25- 29 años 30-34 años 35-39 años
ESTADO CIVIL	La condición que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo.	Estado conyugal de la paciente registrado en expediente clínico.	Cualitativa	Nominal	Soltera Casada Unida
PROCEDENCIA	Lugar donde radica una persona	Lugar de procedencia que menciona en expediente clínico.	Cualitativa	Nominal	El nombre del municipio de procedencia
INSTRUCCIÓN	Nivel de conocimiento adquiridos en educación formal	Nivel educativo o si puede leer y escribir o no, registrados en expediente clínico.	Cualitativa	Nominal	Analfabeta Alfabeta

IV.9 CUADRO DE OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

<p>CONTROL PRENATAL</p>	<p>Conjunto de actividades de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento planificadas con el fin de lograr una adecuada gestación.</p>	<p>Registrado en la historia clínica haciendo referencia: SI: pacientes con 2 o más controles y NO: pacientes con menos de 2 controles</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p>	<p>Si No</p>
<p>GESTACIONES</p>	<p>Número de embarazos con un alumbramiento más allá de la semana 20 o con un producto de peso mayor de 500g.</p>	<p>Número de gestas referidos por la paciente en la historia clínica al ingreso</p>	<p>Cuantitativo</p>	<p>Ordinal</p>	<p>Un embarazo Dos embarazos Tres y más embarazos</p>
<p>CESAREA ANTERIOR</p>	<p>Antecedente obstétrico en el cual el parto anterior de la mujer fue a través de una incisión quirúrgica en la piel.</p>	<p>Antecedente del número de cesáreas que ha tenido la paciente antes del actual embarazo, que se constata en el expediente clínico</p>	<p>cuantitativo</p>	<p>Ordinal</p>	<p>1 2 3</p>

EDAD GESTACIONAL	Tiempo medido en semanas desde el primer día del último ciclo menstrual de la mujer hasta la fecha actual.	Semanas establecidas en la ficha clínica de acuerdo al examen de la paciente, al momento del ingreso, haciendo referencia si aún estaba embarazada o si estaba en su puerperio	Cuantitativo	Ordinal	Menor de 28 s. De 28 a 33,6 s. 34 a 36,6 s. 37 al 40 s Mayor de 40 s
PERIODO INTERGENESICO	Es el tiempo que transcurre desde el nacimiento de un hijo hasta el embarazo siguiente.	Años transcurridos desde el nacimiento anterior hasta la fecha de ingreso registrados en la ficha clínica.	cuantitativo	Ordinal	Un año Dos años Tres años y mas
COMPLICACIONES MATERNAS	Estado mórbido relacionado al parto vaginal con cesárea previa	Se realizó una revisión de los registros clínicos determinando la ausencia o presencia de hemorragia secundaria a trauma en el canal del parto, rotura o dehiscencia de cicatriz uterina, retención de restos placentarios, atonía o inversión uterina, infecciones puerperales, muerte materna	Cualitativo	Nominal	Ruptura uterina Hemorragia posparto ninguna
COMPLICACIONES PERINATALES	Estado mórbido en el producto relacionado con el trabajo de parto por PVDC	Del registro clínico se determinó presencia o ausencia de asfisia perinatal, sufrimiento fetal, presencia de meconio, necesidad intensivo neonatal.	cualitativo	Nominal	Prematurez Ninguna

V. RESULTADOS

Tabla 1.

Distribución por grupo etario de pacientes a quienes se les atendió parto vaginal después de cesárea, en el Hospital de Cuilapa, Santa Rosa, de Enero 2009 a Diciembre 2011.

<i>EDAD</i>	<i>RECuento</i>	<i>PORCENTAJE</i>
13-17 AÑOS	2	3.6%
18-22 AÑOS	17	30.9%
23-27 AÑOS	15	27.3%
28-32 AÑOS	16	29.1%
33-37 AÑOS	4	7.3%
38-42 AÑOS	1	1.8%
Total	55	100.0%

TABLA 2.

Antecedentes obstétricos de control prenatal, gestas y número de cesáreas anteriores de pacientes a quien se le atendió parto vaginal después de cesárea, en el Hospital Cuilapa, Santa Rosa, de Enero 2009 a diciembre 2011.

<i>ANTECEDENTES OBSTETRICOS</i>	<i>frecuencia</i>	<i>porcentaje</i>
GESTAS	TRES Y MAS	21 38.2%
	DOS	34 61.8%
CONTROL PRENATAL	NO	7 12.7%
	SI	48 87.3%
CESAREAS ANTERIORES	UNO	46 83.6%
	DOS	8 14.5%
	TRES	1 1.8%

TABLA 3.

Características sociodemográficas de pacientes a quienes se les atendió parto vaginal después de cesárea, en el Hospital de Cuilapa, Santa Rosa, de Enero 2009 a diciembre 2011.

CARACTERISTICAS		FRECUENCIA	PORCENTAJE
INTRUCCION	ALFABETA	45	81.8%
	ANALFABETA	10	18.2%
ESTADO CIVIL	CASADA	19	34.5%
	SOLTERA	5	9.1%
	UNIDA	31	56.4%
PROCEDENCIA	CUILAPA	8	14.5%
	SAN RAFAEL LAS FLORES	7	12.7%
	NUEVA SANTA ROSA	9	16.4%
	PUEBLO NUEVO VIÑAS	5	9.1%
	BARBERENA	13	23.6%
	CHIQUMULILLA	2	3.6%
	ORATORIO	2	3.6%
	CASILLAS	3	5.5%
	SANTA CRUZ NARANJO	2	3.6%
	VILLA CANALES	2	3.6%
	SAN RAFAEL LAS FLORES	1	1.8%
	SANTA ROSA DE LIMA	1	1.8%

Tabla 4.

Características al ingreso de las pacientes a quienes se les atendió parto vaginal después de cesárea, en el Hospital de Cuilapa, Santa Rosa, de Enero 2009 a diciembre 2011.

CARACTERISTICAS AL INGRESO		Recuento	PORCENTAJE
PERIODO INTERGENESICO	UN AÑO	5	9.1%
	DOS AÑOS	16	29.1%
	TRES Y MAS AÑOS	29	52.7%
	SIN DATOS	5	9.1%
ESTADO AL INGRESO	TRABAJO DE PARTO ACTIVO	55	100.0%
EDAD GESTACIONAL	28 A 33,6 SEMANAS	1	1.8%
	37 A 39,6 SEMANAS	51	92.7%
	MAYOR DE 40 SEMANAS	3	5.5%

Tabla 5.

Resultados maternos con base a Complicación obstétrica y necesidad de transfusión de pacientes a quienes se les atendió parto vaginal después de cesárea, en el Hospital de Cuilapa, Santa Rosa, de Enero 2009 a diciembre 2011.

COMPLICACIÓN OBSTÉTRICA	TRANSFUSIÓN			
	SI		NO	
	Recuento	%	Recuento	%
ATONIA UTERINA	0	0.0%	1	1.8%
RUPTURA UTERINA	0	0.0%	1	1.8%
LACERACION CERVICAL	1	1.8%	0	0.0%
NINGUNA	0	0.0%	52	94.5%
Subtotal	1	1,8%	54	98,2%
TOTAL	55			

TABLA 6.

Resultados perinatales con base a APGAR al nacer y necesidad de UCIN de RN productos de parto vaginal después de cesárea, en el Hospital de Cuilapa, Santa Rosa, de Enero 2009 a diciembre 2011.

APGAR DEL RN	NECESIDAD INTENSIVO RN			
	SI		NO	
	Recuento	%	Recuento	%
2-TOT	1	1.8%	0	0.0%
0-0	0	0.0%	1	1.8%
7-9	0	0.0%	3	5.5%
8-9	0	0.0%	50	90.9%
SUBTOTAL	1	1.8%	54	98.2%
TOTAL	55			

VI. DISCUSIÓN Y ANALISIS

Se realizó el estudio descriptivo, retrospectivo sobre parto vaginal después de cesárea (PVDC), practicada a pacientes, en el Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa en el periodo comprendido entre el 01 de Enero de 2009 al 31 de Diciembre de 2011, teniendo como objetivo principal caracterizar a las pacientes a quienes se les atendió PVDC. Durante este periodo de tiempo que se analizó, se contó con un número de 62 casos, de los cuales 55 reunieron los criterios de inclusión, sobre los cuales se realizó el estudio.

La incidencia de partos vaginales atendidos en pacientes con antecedentes de cesárea previa, para el periodo de enero 2009 a diciembre 2011 fue de 4.53 por cada 1000 nacimientos, siendo muy bajo, teniendo en cuenta que hasta el momento en el Hospital de Cuilapa no está normado la prueba de trabajo de parto y el parto vaginal después de cesárea. (En este periodo con información de MINSAP; SIGSA se reportaron 12140 nacimientos en el Hospital de Santa Rosa)

Los resultados que se obtuvieron demostraron que el grupo mayoritario fue el de las edades comprendidas entre 18 a 32 años, con el 87,3 %, población Alfabeta 81,8%, unida 56,4% y en su mayoría originaria de Santa Rosa, predominando las pacientes originarias de Barberena con 23,6 %, Nueva Santa Rosa con 16,4% y Cuilapa 14,5% respectivamente.

Dentro de los antecedentes Obstétricos de las pacientes del estudio el 61,8% tenía como historia 2 gestas, el 83,7% llevaban control prenatal y que el 83,6% tenía una cesárea anterior, el 14,5% 2 cesáreas anteriores y una paciente con 3 cesáreas anteriores, se menciona esto porque en base a ese antecedente es que vamos a profundizar un poco más.

El periodo intergenésico que predominó es el de 3 años y más con 52,7%, seguido de 2 años con 29,1%, además mencionamos que en los expedientes clínicos no aparecieron los datos de 5 pacientes. Otro dato importante a mencionar es que el 100% de las pacientes ingreso en fase activa del trabajo de parto, que es uno de los criterios que condicionan una atención de parto vaginal después de cesárea de manera satisfactoria.

En cuanto a las complicaciones que presentaron las pacientes, mencionamos que 95,4% no presentó ninguna complicación, pero tres pacientes presentaron complicaciones que generalmente pueden ocurrir en pacientes con antecedentes de cesárea anterior quienes tienen parto por vía vaginal. Una paciente presentó ruptura uterina, 1,8%, a quien solamente

se le practico histerorrafia como tratamiento, una presento Atonía Uterina, además de que a la única que hubo necesidad de transfundir hemoderivados fue una paciente que tuvo su parto vaginal en podálica que estaba obitado y tuvo como complicación laceraciones cervicales. En cuanto a la complicación de ruptura uterina, cabe mencionar que la paciente que la presento, ya había estado en trabajo de parto en su domicilio, desconociendo totalmente cuanto tiempo estuvo pujando y si se le administro algún medicamento y no se recogía el antecedente del tipo de incisión uterina que se le había realizado en cesárea anterior.

Dentro de las condiciones fetales, se menciona a un RN que tuvo problemas respiratorios y hubo necesidad de intubarlo, por prematurez, ya que solo contaba con 33 semanas de gestación, y hubo necesidad de llevarlo a UCIN. Uno de los productos nació obitado, sin actividad cardiaca. Y el 90,9% tuvo un apgar de 8 al nacimiento y 9 a los 5 minutos, destacamos que el pronóstico fetal en este grupo de paciente, es similar a lo que reportan otros estudios ya que complicaciones maternas y fetales son bajas en estas pacientes que reúnan los criterios para poder dar parto vaginal.

Actualmente la Cesárea a nivel mundial paso de ser una técnica quirúrgica efectiva para resolver problemas maternos fetales a un problema de salud, debido a su uso excesivo en algunos centros a nivel mundial. Por lo que en muchos países se ha intentado reducir su uso a través de darle prueba de trabajo de parto a pacientes con historia de cesárea previa y lograr así un Parto vaginal después de cesárea sin ninguna complicación. En el hospital de Cuilapa actualmente no existe una norma o protocolo para dar oportunidad de parto a pacientes con cesárea previa, el cual se demuestra con una incidencia de partos vaginales de 4.53 por cada 1000 nacimiento en el período estudiado.

6.1. CONCLUSIONES

- 6.1.1. La proporción de pacientes a quienes se le atendió parto vaginal después de cesárea pertenecían al grupo de edad 18 a 32 años, 87,3%.
- 6.1.2. La población estudiada, era alfabeta 81,8%, unidas 56,4% y procedentes de Santa Rosa.
- 6.1.3. El 61,8% de las pacientes tenían 2 gestas. Y el 83,6% tenían una cesárea anterior en sus antecedentes obstétricos.
- 6.1.4. El 83,7 % de las pacientes tuvo control prenatal.
- 6.1.5. Dentro de las complicaciones, se menciona una paciente que tuvo una ruptura uterina 1,8 %.
- 6.1.6. El 100% de las pacientes ingreso en fase activa de trabajo de parto, el 92,7% con embarazo a término, y 52,7% con antecedentes de último parto más de tres años.
- 6.1.7. El 90,9% de los RN productos de PVDC tuvieron buen APGAR, además de que hubo un solo ingreso a UCIN por prematuridad.

6.1 RECOMENDACIONES

- 6.1.1 Se debe crear las normas o protocolos de parto vaginal después de cesárea y las de prueba de trabajo de parto.
- 6.1.2 La mayoría de las pacientes con una cesárea anterior deben intentar un parto por vía vaginal, siendo muy importante una adecuada información de riesgos y beneficios tanto a la paciente como a los familiares.
- 6.1.3 Se debe tratar de registrar en los expedientes la mayor información posible para poder dar mejor atención a las pacientes.
- 6.1.4 Antes de poner en práctica o institucionalizar la prueba de trabajo de parto o parto vaginal después de cesárea, se debe contar con disponibilidad de sala de operaciones siempre.
- 6.1.5 Plan educacional a las pacientes que tienen antecedentes de cesárea, sobre control prenatal y complicaciones obstétricas además de la importancia de que parto debe ser institucional y atendido por personal capacitado y adiestrado para realizar cirugía de urgencia.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Secretaria de Salud. Dirección General de Salud Reproductiva. "Cesárea. Lineamiento Técnico". México 2002. P.8
2. F. Bretelle, L. Cravello, R. Shojai, V. Roger, C. D'ercole, B. Blanc. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. "Parto vaginal después de dos cesáreas previas".(Ed. Española) 2001; 1: 360-363
3. Dr. Alberto Gonzalo Romero, Dra. Ramona Verónica Arce, Dra. Stella Maris Lind, Dra. Claudia Roxana Bazán. "Prueba de trabajo de parto en pacientes con antecedentes de cesárea previa". Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina - N° 135 – Febrero 2004.
4. Judá Eriko Santisteban Aquino, María Del Carmen Sánchez Pérez, Lourdes Leyva Minaya. "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. ISSN 2070-836X.
5. Cohen B, Atkins M. "Breve historia del parto vaginal después de cesárea". Clin Obstet Gynecol. 2001; 44:563- 566.
6. Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap III LC, Hauth JC, Wenstrom KD. Williams "Obstetricia". 21ª edición. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2002.
7. Arias Fernando, "Guía práctica para el embarazo y el parto de alto riesgo". Segunda edición. Mosby/Doyma Libros pg. 395-421.
8. ICGON. Hospital Clínico de Barcelona. Servicio de Medicina Materno Fetal. "Protocolo de Cesárea". España 2012
9. Francisco Javier malde Conde, María Teresa Aguilar Romero, Alberto Puertas Prieto. "Manejo Intraparto de las gestantes con Cesárea Previa". 2011.
10. PROMANI. Fundación Puertorriqueña Para la Protección de la Maternidad y la Niñez. "El parto vaginal después de una cesárea." Declaración de Política Oficial. Puerto Rico 2007.
11. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. "Protocolos de procedimientos diagnósticos y terapéuticos en obstetricia". Parto vaginal tras cesárea. España junio 2002.

12. Ma. Gador Manrique Fuentes. "complicaciones de la cesárea" clases de residentes. Granada 2009.
13. Tasas de cesáreas: análisis de los estimados regionales y nacionales. Rev. Panam Salud Pública 2007; 21:251.
14. Cobo E. Tasa de cesárea Fundación Clínica Valle del Lili. ¿Es posible reducirla? Colombia. Med 1998; 29:53-61.
15. Ortiz Lee C, de Marcos López N. ¿Estamos preparados para enfrentar el parto vaginal posterior a cesárea? Rev. Cubana Obstet Ginecol 1998; 24:65-8.
16. Olga Lucía Cuero-Vidal, M.D., Carlos Andrés Clavijo-Prado, M.D. "Parto vaginal después de una cesárea previa", Hospital San Juan de Dios, Cali (Colombia). Estudio de cohorte. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 62 No. 2 • Abril-Junio 2011 • (148-154)
17. Farmer RM.Kirschbaum T. Potter D. Strong TH. Uterine rupture during trial of labor after previous cesarean section. Am J. Obstet Gynecol 1991. 165: 996.1001
18. 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. Chile Obstet ginecol 2003: 68(6) 523-8.
19. Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada (SOGC). Guidelines for vaginal birth after previous cesarean birth: No. 155. J Obstet Gynecol Can. 2005; 27: 164-74.
20. proSEGO. Protocolos Asistenciales en Obstetricia. Parto vaginal tras cesárea. Protocolo actualizado en junio 2010.
21. Dr. Alberto Gonzalo Romero, Dra. Ramona Verónica Arce, Dra. Stella Maris Lind, Dra. Claudia Roxana Bazán. Prueba de trabajo de parto en pacientes con antecedentes de cesárea previa. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina - N° 135 – Febrero 2004.
22. Rodrigo Sánchez G, Hantz I Ortiz O, Alberto Chávez M. Parto vaginal en pacientes con antecedente de una cesárea previa. Rev. Fac Med UNAM Vol.46 No.1 Enero-Febrero, 2003.
23. Dr. Carlos Ortiz Lee y Dra. Nayra de Marcos López. Parto vaginal pos cesárea. Primeros casos en cuba. Rev Cubana Obstet Ginecol 1998; 24(3):117-21.
24. Mozo Valdivieso E. Morbilidad diferencial en las cesáreas anteriores: elegir entre un parto vaginal y una cesarea iterativa. Madrid 2014.

25. Carr CA, Burkhardt P, Avery M. Vaginal birth after cesarean birth: a national survey of U.S. Midwifery practice. *J Midwifery Womens Health* 2002 Sep-Oct; 47(5):347-52.
26. Fruscalzo A, Salmeri MG, Cendron A, Londero AP, Zanni G. Introducing routine trial of labour after caesarean section in a second level hospital setting. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2012 Aug; 25(8):1442-6.
27. Paleari L, Gibbons L, Chacon S, Ramil V, Belizan JM. Rates of caesarean sections in two types of private hospitals: restricted-access and open-access. *Ginecol Obstet Mex* 2012 Apr; 80(4):263-9.
28. Hill JB, Ammons A, Chauhan SP. Vaginal birth after cesarean delivery: comparison of ACOG practice bulletin with other national guidelines. *Clin Obstet Gynecol* 2012 Dec; 55(4):969-77.
29. Niino Y. The increasing cesarean rate globally and what we can do about it. *Biosci Trends* 2011 Aug; 5(4):139-50.
30. Sociedad española de ginecología y obstetricia. Protocolos asistenciales en obstetricia. Parto vaginal tras cesárea. Informe de un grupo científico de la SEGO. *SEGO* 2010 Junio 2010:534-44.
31. Perez Alcantara. P. "Parto vaginal en la cesareada anterior una vez en el hospital nacional docente Madre – Niño san Bartolomé durante el 2000 al 2002" Lima Perú. 2005.
32. Zegarra S. parto vaginal en cesareada anterior. Lima, Perú. 2005

VIII ANEXOS

Universidad De San Carlos De Guatemala

Facultad De Ciencias Médicas

Departamento De Ginecoobstetricia Hospital Cuilapa

Dra. Erika Patricia Cotí

Boleta De Recolección De Datos

No. De Registro: _____ Boleta No: _____

Edad: _____ Alfabeta: _____ Estado Civil: _____

Procedencia: _____

Antecedentes Ginecoobstetricos:

Gestas: _____ Partos: _____ número de Cesáreas anteriores: _____

ESTADO DE LA PACIENTE AL INGRESO:

Trabajo de Parto: SI: _____ no: _____ fase activa: _____

Complicaciones: Hemorragia: _____ infecciones: _____ ruptura uterina: _____ atonía _____

Traumáticas: _____

Necesidad de transfusión: SI: _____ NO: _____

Necesidad de Cuidados Intensivos para la madre: SI: _____ NO _____

Necesidad de Cuidados Intensivos para el feto: SI: _____ NO: _____

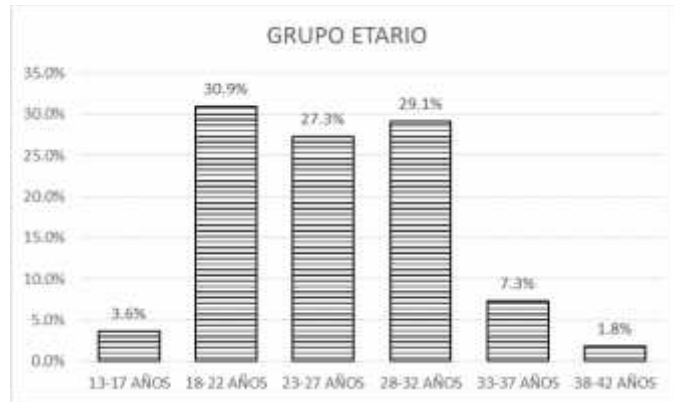
Otras Complicaciones Maternas: _____

Otras complicaciones Fetales: _____

APGAR: _____

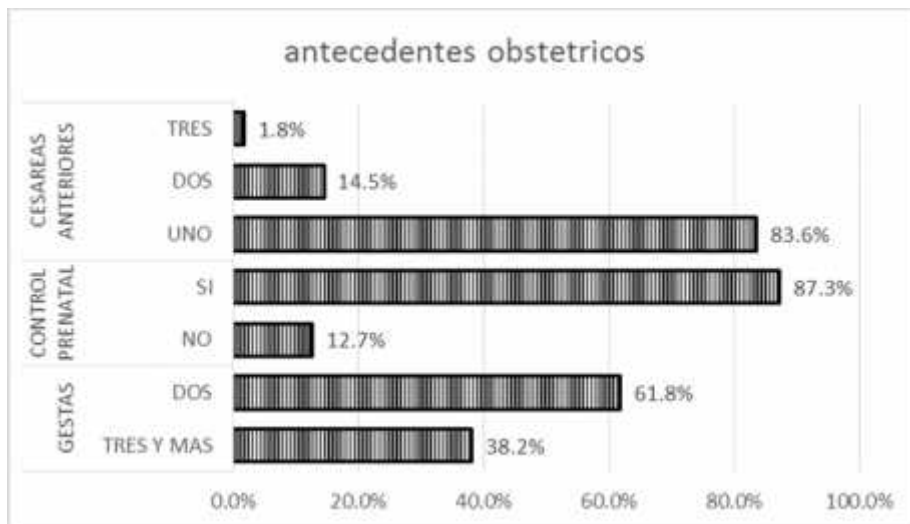
GRAFICA 1.

Distribución por grupo etario de pacientes a quienes se les atendió parto vaginal después de cesárea, en el Hospital de Cuilapa, Santa Rosa, de Enero 2009 a Diciembre 2011.



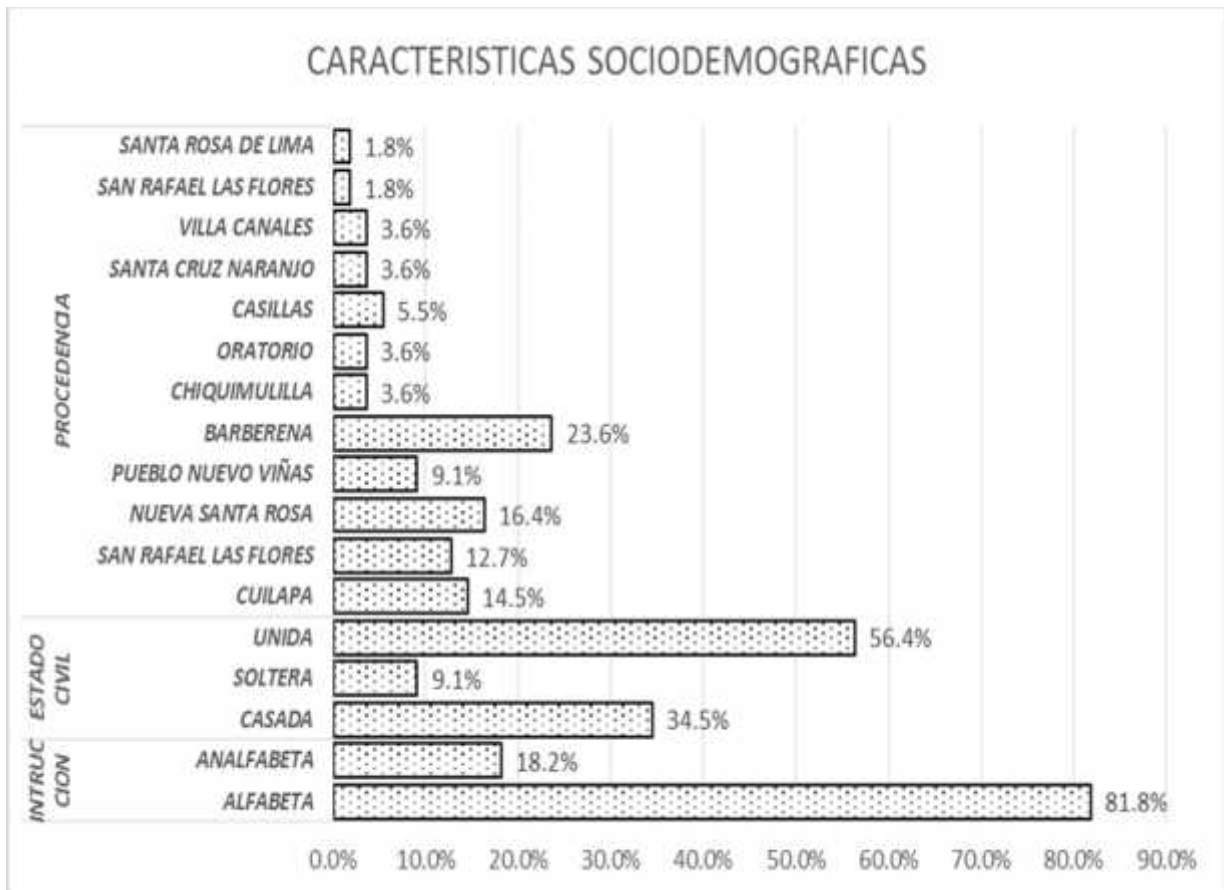
GRAFICA 2.

Antecedentes obstétricos de control prenatal, gestas y número de cesáreas anteriores de pacientes a quien se le atendió parto vaginal después de cesárea, en el Hospital Cuilapa, Santa Rosa, de Enero 2009 a diciembre 2011.



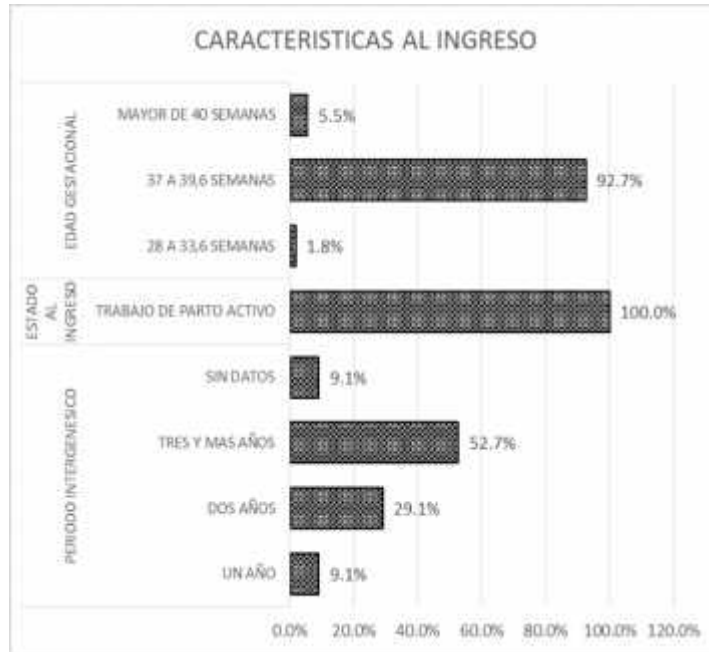
GRAFICA 3

Características sociodemográficas de pacientes a quienes se les atendió parto vaginal después de cesárea, en el Hospital de Cuilapa, Santa Rosa, de Enero 2009 a diciembre 2011.



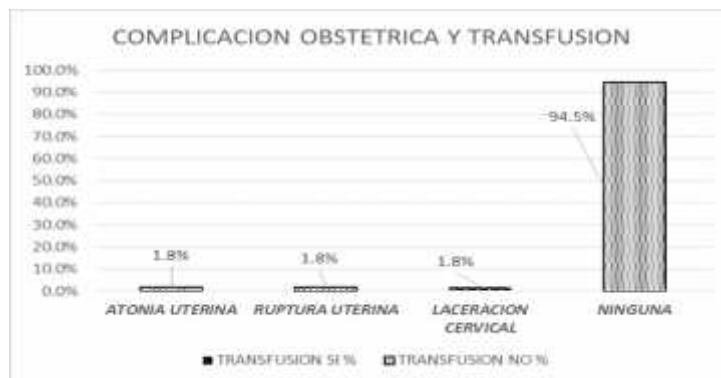
GRAFICA 4.

Características al ingreso de las pacientes a quienes se les atendió parto vaginal después de cesárea, en el Hospital de Cuilapa, Santa Rosa, de Enero 2009 a diciembre 2011.



GRAFICA 5.

Resultados maternos con base a Complicación obstétrica y necesidad de transfusión de pacientes a quienes se les atendió parto vaginal después de cesárea, en el Hospital de Cuilapa, Santa Rosa, de Enero 2009 a diciembre 2011.



GRAFICA 6.

Resultados perinatales con base a APGAR al nacer y necesidad de UCIN de RN productos de parto vaginal después de cesárea, en el Hospital de Cuilapa, Santa Rosa, de Enero 2009 a diciembre 2011.



PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada “COMPORTAMIENTO DE PARTO VAGINAL EN PACIENTES CON CESAREA PREVIA” para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial