

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

Parto vaginal después de cesárea en el periodo de diciembre de 2011 a junio de
2012 en el Hospital Juárez de México.

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

DRA. NOEMI CRUZ RIVERA

ASESOR DE TESIS: DR. LUIS EDMUNDO HERNÁNDEZ VIVAR

MÉXICO D.F.

AGOSTO 2012



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AUTORIZACIÓN DE TESIS

FIRMA

DR. CARLOS VIVEROS CONTRERAS
JEFE DE LA DIVISIÓN DE ENSEÑANZA

FIRMA

DR. JUAN JIMENEZ HUERTA
JEFE DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE POSGRADO DE GINECOLOGIA Y
OBSTETRICIA

FIRMA

DR. LUIS EDMUNDO HERNÁNDEZ VIVAR
JEFE DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA
ASESOR DE TESIS

FIRMA

DR. JOSE MARIA TOVAR RODRIGUEZ
ASESOR ESTADISTICO

NUMERO DE REGISTRO: HJM 2081/12-R

AGRADECIMIENTOS

A las pacientes que fueron parte de este estudio

A mis maestros

Gracias por su paciencia, su tiempo y por compartir conmigo sus experiencias y conocimientos.

Dr. José María Tovar Rodríguez

Gracias por su asesoría, tiempo y por el apoyo durante la realización de este proyecto.

DEDICATORIAS

A Dios

Por darme salud, fuerza, energía, por haber puesto los medios para cumplir uno de mis sueños. Gracias por ser mi mejor guía y por estar siempre conmigo.

A mis padres

Alicia Rivera del Ángel

Erasmus Cruz Rosas

Son mi mejor ejemplo de vida, las personas que más admiro y respeto, gracias por sus consejos, su amor, su apoyo, todo lo que soy se los debo a ustedes. Este logro también es suyo.

A mi esposo

José Higinio Pérez Gordillo

Porque en todo tiempo has estado conmigo, en los días difíciles me has escuchado, me has dado ánimo para seguir sin parar, gracias por tu amor, ternura y comprensión. A tu lado todo es más fácil y posible.

A mis hermanas

Sandra Cruz Rivera y Yesenia Cruz Rivera

Gracias a Dios por darme las mejores hermanas. por

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	6
MARCO TEORICO.....	8
JUSTIFICACIÓN.....	16
OBJETIVO.....	18
HIPOTESIS.....	18
MATERIAL Y METODOS.....	20
RESULTADOS.....	27
DISCUSIÓN.....	38
CONCLUSIONES.....	41
BIBLIOGRAFÍA.....	42
ANEXOS.....	45

INTRODUCCIÓN

La cesárea previa es la segunda indicación en frecuencia de cesárea, en nuestro hospital, siendo que esta puede evitarse en la mayoría de los casos, con una prueba de trabajo de parto, ofreciendo a las pacientes los siguientes beneficios: menor estancia hospitalaria, menor riesgo de hemorragia obstétrica, menor probabilidad de infección y menos eventos tromboembólicos.

La mayoría de las pacientes con cesárea previa con una incisión transversa baja y un período intergenésico mayor a 18 meses son candidatas para una prueba de trabajo de parto. Esta prueba debe realizarse en hospitales donde se cuente con el personal y equipo necesarios para atender cualquier urgencia obstétrica.

La complicación más temida en un parto después de cesárea es sin duda la rotura uterina, sin embargo la literatura nacional e internacional reporta que la incidencia es de entre 1 y 3%, lo que hace que la práctica de una prueba de trabajo de parto sea la mejor opción en estas pacientes antes de una cesárea

Para poder comprobarlo, se realizó en este grupo de pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión una prueba de trabajo de parto y se analizaron los resultados comparando cuantas pacientes finalizaron en un parto y cuantas en cesárea.

Las pacientes con embarazo de término en trabajo de parto sin patología asociada o condición materna y/o fetal que contraindique la resolución del embarazo por vía

vaginal, ésta será la indicada, para disminuir la morbilidad asociada a la práctica de la cesárea.

MARCO TEORICO

En 1985 la organización mundial de la salud estableció en 15% la cifra más alta aceptable de cesáreas, mientras que en nuestro país, la Norma Oficial Mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido, emitida en 1993, propone que toda unidad médica con atención obstétrica debe contar con lineamientos para la indicación de cesárea, cuyo índice idealmente se recomienda de 15% en los hospitales de segundo nivel y del 20% en los del tercer nivel en relación con el total de nacimientos, por lo que las unidades de atención médica deben aproximarse a estos valores (1).

La tasa de cesárea es variable entre países y entre instituciones. 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%. Actualmente se sabe que el parto vaginal en pacientes con cesárea previa como una alternativa segura, que no presenta un incremento en la morbilidad materno-fetal, donde el riesgo de rotura uterina es la principal preocupación; sin embargo, ésta se presenta en menos del 1% de los casos. Los estudios reportan que hasta un 82% de las pacientes con antecedente de cesárea podrían tener un parto vaginal (2).

Durante el 2000-2008 la Organización Mundial de la Salud reportó cifras cercanas a lo establecido (16-18%) en Suecia, Finlandia, Croacia, Francia, Noruega y

Eslovenia; en el otro extremo cifras de 36 a 42% en México, Italia, Corea, China, Brasil y República Dominicana (2).

En la actualidad, algunos reportes en nuestro país muestran tasas mayores a 40%, incremento que tiene como base múltiples factores: avance tecnológico, cambios en los patrones socio-culturales, aspectos profesionales, económicos y la práctica de una medicina defensiva (3)

La cesárea no es inocua, y no todas las indicaciones con las que se practica son absolutas, por lo que se puede reducir el número de cesáreas, a razón de las indicaciones relativas, una de ellas es la cesárea previa, que es la segunda indicación en frecuencia en el Hospital Juárez de México, según datos del servicio.

Una complicación temida, en pacientes con cesárea previa, es la rotura uterina durante el trabajo de parto pero esta complicación tiene una incidencia menor de 1%, este riesgo se incrementa a 2-3% si se induce y conduce el trabajo de parto. También es importante la dilatación con la que ingresan las pacientes a la sala de labor, ya que el riesgo se incrementa si se induce el trabajo de parto, en comparación con las pacientes que se ingresan con más de 4 cm de dilatación (6).

La indicación de la cesárea previa, influye en el éxito de la prueba de trabajo de parto, cuando la causa fue: sufrimiento fetal agudo, el éxito de parto vaginal es de 71 a 92%; por embarazo gemelar de 72%; si fue por presentación pélvica de 84 a 91%; por falta de progresión en el trabajo de parto de 33 a 78%. En los casos

reportados de cesárea previa indicada por desproporción cefalopélvica o falta de progresión en el trabajo de parto, la tasa de éxito en parto vaginal disminuye (7).

Existen contraindicaciones absolutas para que se lleve a cabo el parto vaginal en pacientes con cesárea previa, tales como: incisión clásica o corporal uterina, dehiscencia de cicatriz uterina previa, y contraindicaciones relativas que incluye sufrimiento fetal, falta de progreso en el trabajo de parto, retardo en el crecimiento intrauterino, productos pretérmino, macrosomía fetal, embarazo múltiple, desconocimiento del sitio de incisión uterina previa. (7)

Esto condiciona que la tasa de cesáreas de repetición sea alta, pudiéndose evitar muchas de ellas con una prueba de trabajo de parto, que en la mayoría de casos lleva a un parto vaginal exitoso. Una historia de cesárea previa no constituye una indicación automática para una cesárea de repetición. La sentencia hecha por Craigin en 1916, de que "después de cesárea, siempre cesárea"(3).

En 1916 Craigin 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.

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 pélvica, que requiere intervención quirúrgica de manera urgente. 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 (13).

En el año 2000 se publica un metaanálisis comparativo entre prueba de trabajo de parto y cesárea electiva 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 de: 0,4% (90 de 22.982 pacientes) en las que se realizó prueba de trabajo de parto, *versus* 0,2% (26 de 16.134 pacientes) en quienes se les realizó cesárea electiva (12).

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 para prevenir 1 rotura uterina. Al analizar muerte fetal y neonatal, 693 a 3.332 mujeres requieren cesárea repetida electiva 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 pruebas de trabajo de parto. La mortalidad materna 3 de 27.504 mujeres en trabajo de parto. 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 (13).

Se recomienda un parto vaginal después de una cesárea en aquellas pacientes que tengan una incisión transversa y que sean atendidas en medio hospitalario. Se deberá solicitar consentimiento bajo información, como todo procedimiento invasivo.

Todas las pacientes con cesárea previa en trabajo de parto, deberán contar con monitorización electrónica continua fetal. La sospecha de una rotura uterina requiere de una atención urgente y laparotomía para disminuir la morbimortalidad materna y perinatal. Se deberá contar con un quirófano en un tiempo mínimo de 30 minutos para realizar una cesárea de urgencia, las pacientes que son candidatas para parto después de cesárea no deberán tener antecedentes de rotura uterina ni otras cicatrices uterinas previas (8).

La analgesia peridural puede recomendarse en mujeres que van a intentar un parto después de una cesárea previa.

Se debe contraindicar el parto después de la cesárea en los siguientes casos: cesárea previa clásica, rotura uterina previa, complicación médica u obstétrica que contraindique un parto vaginal, incapacidad de efectuar una cesárea de emergencia, debido a falta de cirujano, anestesiólogo o quirófano o antecedente de dos o más cesáreas previas.

Los factores que se asocian a baja probabilidad de parto exitoso son: inducción de trabajo de parto, obesidad materna, edad materna mayor de 40 años, peso fetal mayor de 4000g

Los beneficios de un parto vaginal después de cesárea son: menor estancia hospitalaria, menor sangrado, menor probabilidad de infección y menos eventos tromboembólicos.

La prueba de trabajo fallida, se asocia a mayor incidencia de rotura uterina, histerectomía, trauma quirúrgico, transfusiones e infección.

Las cesáreas múltiples se asocian a placenta previa y adherencia anormal de la placenta.

No son candidatas a trabajo de parto aquellas pacientes con antecedente de miomectomía, la cual fue indicada por miomas múltiples, voluminosos o que penetraban la cavidad uterina.

Con esta prueba se busca que las pacientes que tengan una cesárea previa, con las condiciones ya mencionadas tengan un parto, el éxito de la prueba es de 60% a 85% (8).

En pacientes con embarazo de término en trabajo de parto sin patología asociada o condición materna y/o fetal que contraindique la resolución por vía vaginal, ésta será la indicada, para disminuir la morbilidad asociada a la práctica de la cesárea.

La mayoría de las pacientes con cesárea previa con una incisión transversa baja y un período intergenésico mayor a 18 meses son candidatas para una prueba de trabajo de parto.

La rotura uterina presencia de cualquier desgarro del útero, no se consideran como tales la perforación translegrado, la rotura por embarazo intersticial o la prolongación de la incisión en el momento de la operación cesárea (14).

Hay que diferenciar la rotura uterina de la dehiscencia, en la que se produce una separación de las fibras miométriales en la zona de la cirugía previa pero con preservación de la serosa. La rotura afecta a todo el espesor de la pared, incluida la serosa, y deja en comunicación la cavidad uterina con la abdominal (15).

Entre los factores de riesgo de rotura uterina destacan: cesárea previa, metroplastias, oxitócicos, prostaglandinas, gran multiparidad, desproporción cefalopelvica instrumentaciones altas, versión uterina y gran extracción podálica.

El diagnóstico de sospecha se basa fundamentalmente en un intenso dolor suprapúbico acompañado de hemorragia genital y el deterioro brusco del bienestar fetal, así como la pérdida de presentación en el tacto vaginal (16).

JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Entre las indicaciones de cesárea en nuestro hospital, la cesárea previa es la segunda indicación, en este estudio se busca aumentar el número de partos en el grupo de pacientes con antecedente de cesárea previa, ya que no se cuentan con datos en el servicio de Ginecología y Obstetricia sobre la experiencia de ofrecer una prueba de trabajo de parto en estas pacientes.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el Hospital Juárez de México la frecuencia con la que se práctica la operación cesárea es de 46% con respecto al total de nacimientos, entre las primeras indicaciones están la desproporción cefalopélvica y cesárea previa, siendo esta última, una indicación relativa ya que se puede realizar prueba de trabajo de parto, según la literatura durante el parto el riesgo de rotura uterina es menor de 1%, el riesgo se incrementa a 2-3% si se induce el trabajo de parto, que está relacionado con el tipo de fármaco que se use.

Con el parto vaginal se da la oportunidad a las pacientes los siguientes beneficios: menor estancia hospitalaria, menor riesgo de hemorragia obstétrica, menor probabilidad de infección y menos eventos tromboembólicos.

Pregunta de investigación

¿Se puede tener un parto vaginal después de una cesárea sin complicaciones?

OBJETIVO GENERAL

Determinar la frecuencia de partos vaginales obtenidos mediante una prueba de trabajo de parto para disminuir el número de cesáreas por indicación de cesárea previa.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Determinar la relación de la dilatación cervical al ingreso con el resultado de la prueba de trabajo de parto.
2. Identificar la causa de la segunda cesárea en esta cohorte de mujeres
3. Conocer la indicación de la cesárea previa
4. Conocer el APGAR de los productos
5. Determinar el porcentaje de rotura uterina

HIPOTESIS

HIPOTESIS ALTERNATIVA

Las pacientes con antecedente de cesárea previa pueden tener un parto vaginal sin complicaciones.

HIPOTESIS NULA

.Las pacientes con antecedente de cesárea previa no pueden tener un parto vaginal sin complicaciones

Tamaño de muestra

Universo: 1153 pacientes con resolución del embarazo en el Hospital Juárez de México en el periodo de diciembre de de 2011 a junio de 2012

El tamaño de la muestra se calculo con base a una población finita de 1153, con un valor de confianza del 90%, con una precisión de 10% y tamaño muestra al final fue de 64.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Se trata de un estudio descriptivo, prospectivo, no experimental, transversal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Criterios de inclusión

Las pacientes con antecedente de cesárea previa que se ingresen al servicio de tococirugía con los siguientes criterios

- Cesárea previa tipo Kerr con embarazo de término.
- Embarazo actual de término.
- Pacientes de cualquier edad.
- Pacientes en trabajo de parto espontaneo con dilatación mayor de 3 cm.
- Periodo intergenésico mayor de 18 meses
- Peso del producto calculado por formula Dexeus menor de 3500g
- Presentación cefálica.

Criterios de exclusión

- Dos o más cesáreas previas.
- Cesárea previa con embarazo menor de 28 semanas.

- Presentación pélvica.
- Embarazo múltiple.
- Complicación materna o fetal que contraindique el parto vaginal
- Desproporción cefalopélvica.
- Distocia de partes blandas.

Variables independientes

- Parto
- Cesárea

Variables dependientes

- Rotura uterina
- Apgar
- Dehiscencia uterina

Definición de variables

Apgar: es un examen clínico, empleado al momento del nacimiento. El recién nacido es evaluado de acuerdo a cinco parámetros fisiológicos y anatómicos simples, que son: color de la piel, frecuencia cardíaca, reflejos, tono muscular y respiración. A cada parámetro se le asigna una puntuación de 0 y 2, sumando cinco puntuaciones se obtiene el resultado de la prueba.

El test se realiza al minuto, a los cinco y en ocasiones a los 10 minutos. La puntuación al minuto evalúa el nivel de tolerancia del recién nacido al proceso del nacimiento, a los 5 minutos evalúa la adaptabilidad del recién nacido al medio ambiente y su capacidad de recuperación (8).

Parto: conjunto de fenómenos que llevan a la expulsión del feto y los anexos (placenta, líquido amniótico y membranas) al cabo de un embarazo de término (9).

Parto eutócico: parto que concluye con la expulsión del producto por vía vaginal, únicamente por efecto de fenómenos naturales.

Cesárea: es un procedimiento quirúrgico que tiene por objeto extraer el feto, vivo o muerto, a través de laparotomía e incisión de la pared uterina, después de que el embarazo ha llegado a la viabilidad fetal (8)

Rotura uterina: La rotura afecta todo el espesor de la pared, incluida la serosa, y deja en comunicación la cavidad uterina con la abdominal, no se consideran como tales la perforación translegrado, la rotura por embarazo intersticial o la prolongación de la incisión en el momento de la operación cesárea.

Dehiscencia uterina: Es la separación de las fibras miométriales en la zona de la cirugía previa pero con preservación de la serosa (15).

Descripción operativa del estudio

Población en estudio

Pacientes hospitalizada en la unidad de tococirugía con antecedente de cesárea previa tipo Kerr con embarazo de término, de cualquier edad, con dilatación mayor de 3 cm, periodo intergenésico mayor de 18 meses (desde el termino del último evento obstétrico a la fecha de ultima menstruación del evento obstétrico actual), peso del producto calculado por Dexeus menor de 3500g, presentación cefálica. Se informo sobre el protocolo de investigación, así como los beneficios y posibles complicaciones, firmaron el consentimiento informado.

Se lleno el partograma, se inicio la prueba de trabajo bajo las siguientes condiciones:

Pelvis con diámetro biciático mayor de 10 cm, diámetro biisquiatico mayor de 8 cm.

Presentación cefálica encajada

Dilatación mayor de 4 cm

Actividad uterina regular

Membranas rotas

Buen estado materno y fetal

Evacuación de vejiga

La presencia de meconio fluido no contraindica la prueba

Analgesia obstétrica (si se cuenta con tiempo en base a la dilatación, resultados de Biometría Hemática y tiempos de coagulación).

Cuidados durante la prueba

Mantener actividad uterina regular, se emplearan oxitócicos si es necesario

Auscultación cardiaca fetal cada 15 a 30 min, antes durante y después de la contracción.

Toma de registro tococardiografico basal, y durante la prueba de trabajo de parto si se encuentran alteraciones de la frecuencia cardiaca fetal.

Empleo de apósito vulvar para vigilar pérdidas transvaginales

La frecuencia del tacto vaginal dependerá de la dilatación.

La prueba de trabajo de parto es una herramienta útil que se puede utilizar en pacientes con cesárea previa que cumplan con los siguientes requisitos:

Embarazo a término

Pelvis útil

Presentación cefálica abocada

Dilatación mayor de 4 cm

Actividad uterina regular

Membranas rotas

Buen estado materno y fetal

Evacuación de vejiga y recto

La presencia de meconio fluido no contraindica la prueba

Analgesia obstétrica (queda a criterio de médico) (8).

Cuidados durante la prueba

Mantener una adecuada actividad uterina, se emplearan oxitócicos si es necesario

Auscultación cardiaca fetal cada 15 a 30 min, antes durante y después de la contracción.

Monitorización electrónica siempre que sea posible

Empleo de apósito vulvar para vigilar pérdidas transvaginales

Tacto vaginal cada 2 horas

La prueba se suspenderá en caso que exista falta de progresión de trabajo de parto en un periodo mayor de 4 horas, signos de sufrimiento fetal o alguna otra indicación de cesárea que se presente en el transcurso de la prueba.

Se atendió el parto, realizando episiotomía media lateral en todos los casos, después del alumbramiento, se hizo revisión de cavidad a todas las pacientes, buscando intencionadamente el estado de la histerorrafía. Posteriormente se documentó en la nota de atención de parto, se registró el peso y Apgar de los recién nacidos.

En el caso de las pacientes que se indicó cesárea, se hizo mediante anestesia general, ya que se les había retirado el catéter del bloqueo peridural. Se realizó cesárea Kerr. Se documentó en la nota quirúrgica el estado de la histerorrafía anterior. Al igual se registró el peso y Apgar de los productos.

Método estadístico

El análisis estadístico se realizó a través de datos expresados en medidas de tendencia central, moda, mediana y desviación estándar, así como valores expresados en porcentajes. Todo el análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 10.

Resultados

Del total de 64 pacientes estudiadas a quienes se les realizó una prueba de trabajo de parto, 47 (73.4%) finalizaron en parto y 17(26.6%) en cesárea (gráfica 1).



Gráfica 1. Resolución del embarazo

La dilatación al ingreso de 5 cm o más es un predictor positivo para la resolución del embarazo por vía vaginal (Tabla 1).

ANÁLISIS ESTADÍSTICO					
	MINIMO	MAXIMO	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	
EDAD (años)	16	40	13	6.23	
DILATACIÓN AL INGRESO (cm)	3	7	4	1.16	
TIEMPO DE TRABAJO DE PARTO(hrs)	3	16	7.30	2.7	
OXITOCINA (mμ)	2	16	6	6	
PESO DEL R.N.(g)	2210	4000	3205	346.19	

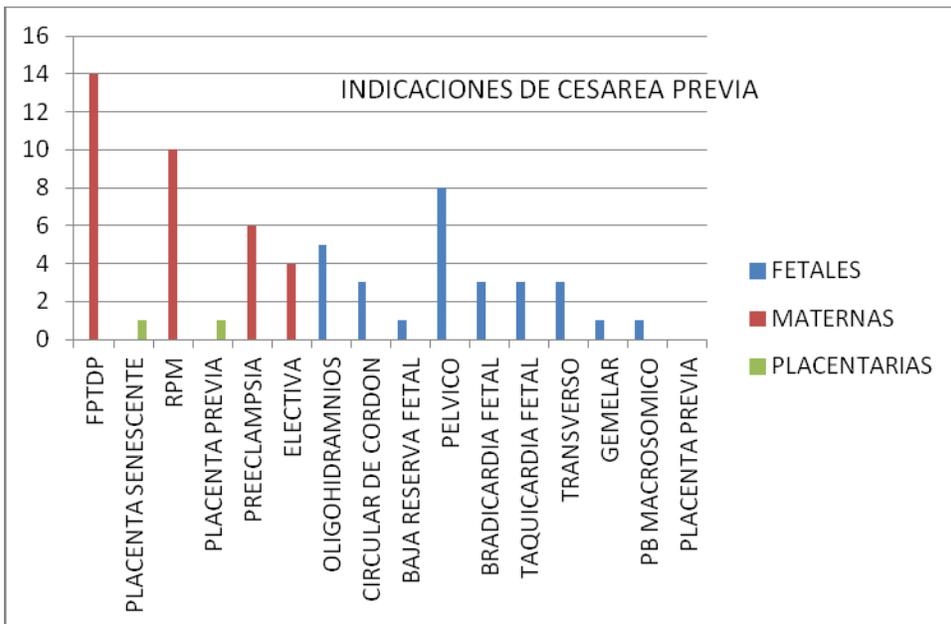
Tabla 1. Características de pacientes estudiadas.

La dilatación de ingreso a la unidad de tococirugía influye en los resultados de la vía de finalización del embarazo (Tabla 2).

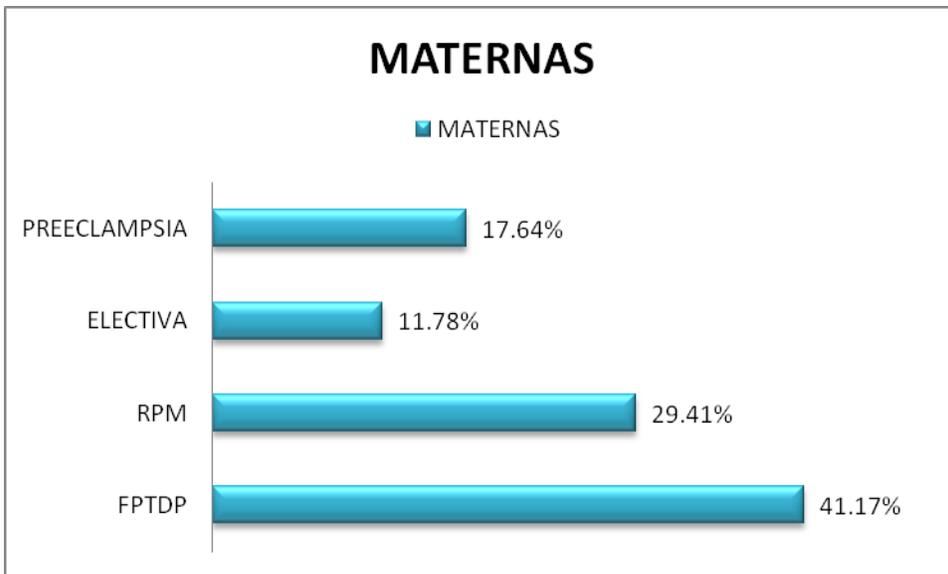
DILATACIÓN			
	NO. PACIENTES	MEDIA	P
PARTO	47	5	0.002
CESAREA	17	3	0.001

Tabla 2. Dilatación media al ingreso

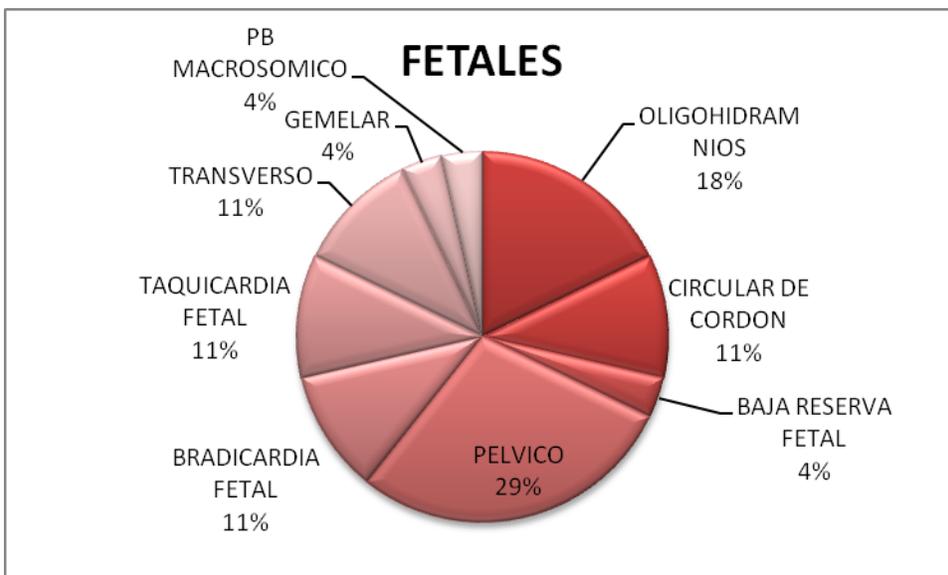
La indicación más frecuente de la cesárea previa fue por causas maternas: por falta de progresión de trabajo de parto en 14 pacientes (41.17%), seguida por rotura prematura de membranas en 10 pacientes (29.41%). (Gráfica 2)



Gráfica 2. Indicaciones de cesárea previa.

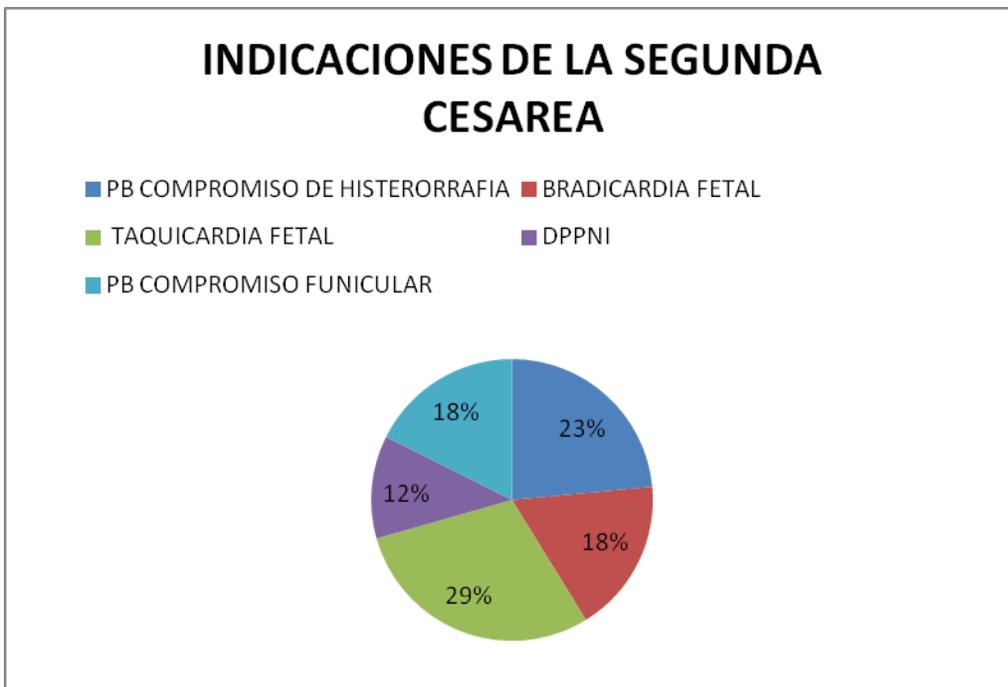


Gráfica 3. Indicaciones de cesárea previa por causas maternas.



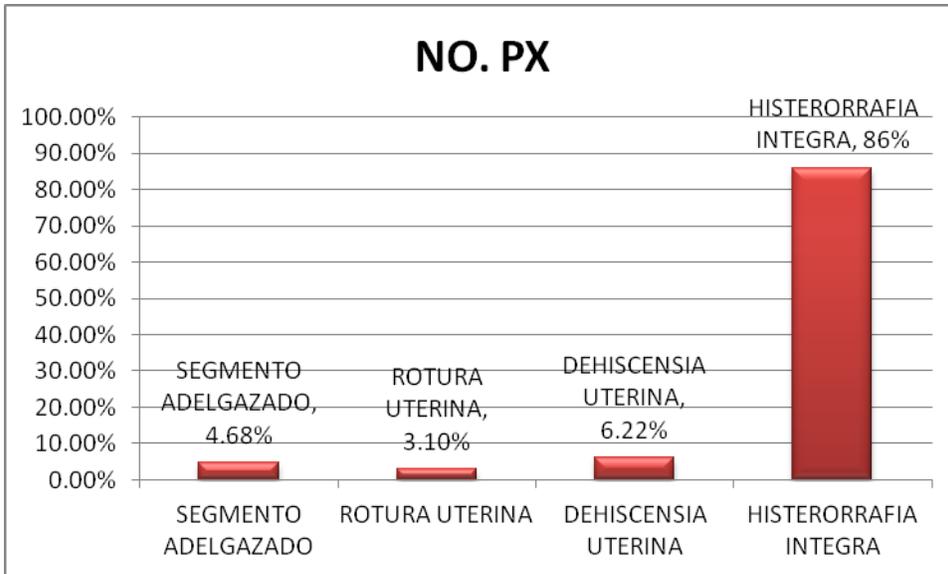
Gráfica 4. Indicaciones de cesárea previa por causas fetales.

La indicación de la segunda cesárea fue por taquicardia fetal persistente en 5 pacientes (29%).



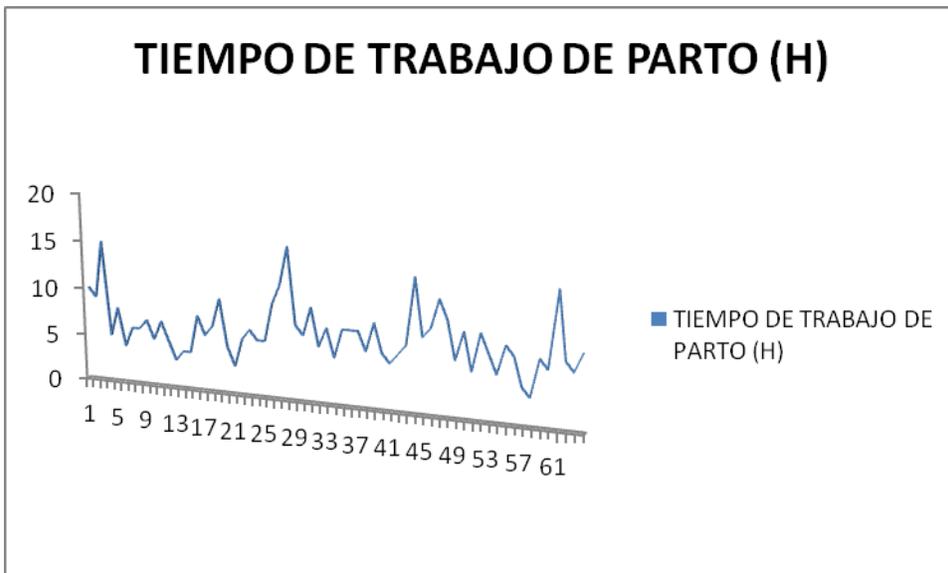
Gráfica 5. Indicaciones de la cesárea actual.

La rotura uterina se presentó en 2 pacientes (3.1%), la cual fue sobre la histerorráfia anterior y dehiscencia uterina en 4 pacientes (6.2%) al igual sobre la histerorráfia anterior estas complicaciones solo se presentaron en las pacientes a quienes se les realizó nuevamente cesárea, en las pacientes que tuvieron parto, no se presentó ningún caso de rotura uterina. (Gráfica 6)



Gráfica 6. Estado de histerorrafia anterior

El tiempo de trabajo de parto promedio fue de 7 horas. (Gráfica 7)



Gráfica 7. Tiempo de trabajo de parto

Indicaciones de cesárea previa y vía de finalización del último embarazo (tabla 3).

CAUSAS	PARTO	CESAREA
FPTDP	11	3
PLACENTA SENESCENTE	1	
RPM	6	4
PLACENTA PREVIA		1
PREECLAMPSIA	5	1
ELECTIVA	3	1
OLIGOHIDRAMNIOS	4	1
CIRCULAR DE CORDON	3	
BAJA RESERVA FETAL		1
PELVICO	7	1
BRADICARDIA FETAL	2	1
TAQUICARDIA FETAL	3	
TRANSVERSO	3	
GEMELAR	1	
PB MACROSOMICO	1	
TOTAL	50	14

Tabla 3. Vía de finalización del embarazo.

ANALISIS DE RESULTADOS

Con la prueba de trabajo de parto, se obtuvo parto vaginal en el 73.4% de los casos, las pacientes que tuvieron un parto vaginal, no presentaron complicaciones, se reviso manualmente la cavidad uterina en busca intencionada de rotura uterina, la cual fue negativa en este grupo de pacientes. El Apgar de los productos tradujo buena tolerancia al proceso del parto asi como adecuada adptación al medio ambiente.

Las pacientes que finalizaron en parto vaginal, no presentaron ninguna complicación, no hubo ningun caso de hemorragía obstetrica, tampoco ninguna rotura uterina.

Del total de las pacientes a 5 no se aplico bloqueo peridural, por no tener los resultados de laboratorio con tiempo.

A todas las pacientes que finalizaron en parto se realizo episiotomia medio lateral derecha sin compliaciones.

La edad promedio de las pacientes fue de 23 años, la edad minima de 16, la máxima de 40 años. La dilatación media de ingreso fue de 4 cm, dilatación minima de 3 cm, y máxima de 7 cm. La cantidad de oxitocina promedio fue de 6 mU, la minima de 2 mU, la máxima de 16 mU. El tiempo promedio del trabajo de parto fue de 7 horas, el minimo de 3 horas, el máximo de 16 horas. El peso

promedio de los recién nacidos fue de 3202 g, el mínimo de 2210 g y el máximo de 4000 g.

El apgar mínimo al minuto fue de 6, en una paciente de 18 años, que ingresó con 3 cm de dilatación, se administró oxitocina hasta 6 mU, después de 6 horas de trabajo de parto se indicó cesárea por desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, la indicación de la cesárea previa fue por baja reserva fetal, entre los hallazgos fue un producto de 3100 g, Apgar 6/9, desprendimiento placentario de 30%, sangrado de 700 cc, histerorrafia íntegra.

El 3.1% presentó rotura uterina este porcentaje representa a 2 pacientes en las que la indicación de la cesárea anterior fue por placenta previa total sangrante y por presentación pélvica, la indicación actual fue por probable compromiso funicular y por bradicardia fetal, siendo la rotura un hallazgo durante la cesárea, en los dictados quirúrgicos, se describen las roturas de 2 cm, y de 3 cm, sobre el sitio de la histerorrafia anterior.

De las dos pacientes que presentaron rotura uterina

1. 20 años, G2, C1 (La indicación de la cesárea anterior fue por placenta previa). Con diagnóstico de ingreso de embarazo de 40.1 semanas por FUM/trabajo de parto fase activa/ ruptura prematura de membranas. Ingreso con 4 cm de dilatación, se condujo el trabajo de parto con oxitocina a 8 mU como máximo, y después de 6 horas, con dilatación de 8 cm, se indicó interrupción del embarazo por vía cesárea por bradicardia fetal. peso del producto de 3020g,

Apgar 8/9. Sangrado de 500 cc. Rotura uterina de 3 cm sobre el sitio de histerorráfía.

2. 39 años, G2, C1 (cesárea anterior fue por presentación pélvica) con diagnóstico de ingreso de embarazo de 39 semanas/trabajo de parto fase activa, ingreso con 4 cm de dilatación, durante 8 horas estuvo en trabajo de parto con 2 mU de oxitocina, después de 8 horas de trabajo de parto y con 7 cm de dilatación, se indica interrupción por vía cesárea por probable compromiso funicular, el peso del producto fue de 3600g, apgar 7/9, sangrado 600 cc, Rotura uterina de 2 cm sobre el sitio de la histerorráfía.

En ambas pacientes se aplicó analgesia obstétrica con bloqueo peridural, se retiró el catéter, para la cesárea se utilizó anestesia general.

Las indicaciones de la cesárea previa fueron: por causas fetales 28 pacientes, por causas maternas 34 pacientes y por causas placentarias 2 pacientes. (Tabla 4)

CAUSAS	FETALES	MATERNAS	PLACENTARIAS	Columna1
FPTDP		14		
PLACENTA SENESCENTE			1	
RPM		10		
PLACENTA PREVIA			1	
PREECLAMPSIA		6		
ELECTIVA		4		

OLIGOHIDRAMNIOS	5			
CIRCULAR DE CORDON	3			
BAJA RESERVA FETAL	1			
PELVICO	8			
BRADICARDIA FETAL	3			
TAQUICARDIA FETAL	3			
TRANSVERSO	3			
GEMELAR	1			
PB MACROSOMICO	1			
PLACENTA PREVIA				
TOTAL	28	34	2	64

Tabla 4. Indicaciones de cesárea anterior

Las indicaciones de cesárea actual fueron las siguientes: la indicación más frecuente por taquicardia fetal con 5 pacientes, seguida por probable compromiso de histerrofia en 4 pacientes; de estas pacientes como hallazgos encunto a la histerrofia: en una presento segmento adelgazado, otra dehiscencia de histerorrafia, y las otras dos con sin alteraciones (tabla 5).

INDICACIONES	PB	BRADICARDIA FETAL	TAQUICARDIA FETAL	DPPNI	PB	TOTAL
	COMPROMISO DE HISTERO				COMPROMISO FUNICULAR	
NO. PX	4	3	5	2	3	17

Tabla 5. Estado de la histerorrafía

De las que la indicación de cesárea fue por desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.

1. 18 años, G2, C1 (la indicación de la cesárea previa fue por baja reserva fetal) que ingreso con 3 cm de dilatación, se administro oxitocina hasta 6 mU, después de 6 horas de trabajo de parto se indico cesárea por desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, entre los hallazgos fue un producto de 3100 g, Apgar 6/9, desprendimiento placentario de 30%, sangrado de 700 cc, histerorrafia integra.

2. 20 años, G2, C1 (indicada por preeclampsia) ingreso con 4 cm de dilatación, se administro oxitocina hasta 6 mU, después de 6 horas se indica cesárea por desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, entre los hallazgos: producto de 3200 g, Apgar 6/8, desprendimiento del 30%, sangrado de 800 cc, histerofia integra.

De las pacientes que se interrumpio el embarazo por cesárea el 6.22% presento dehiscencia uterina.

DISCUSIÓN

Con los resultados obtenidos de este estudio, podemos responder a la pregunta de investigación:

¿Se puede tener un parto vaginal después de una cesárea sin complicaciones?

La respuesta es que sí, teniendo en cuenta que las pacientes deben tener una vigilancia continua durante el trabajo de parto, se debe llenar correctamente el partograma, debemos identificar a las pacientes que cursen con desaceleraciones prolongadas o bradicardia, que en ocasiones son los primeros signos que se presentan ante una rotura uterina, además de pérdida de la tonicidad uterina, dolor abdominal, hemorragia y por último estado de choque (15).

En la bibliografía se citan tasas de éxito de parto vaginal después de cesárea entre 60-82% de los casos (19). En esta investigación, el resultado estuvo dentro de este rango.

En caso de presentarse el diagnóstico de rotura uterina, la extracción inmediata del feto debe ser entre 10 a 37 minutos después de la rotura para evitar la muerte fetal o complicaciones secundarias a hipoxia y acidosis (15).

La incidencia de rotura uterina varía entre un 0,0075 a un 1%, según distintas publicaciones en pacientes en sala de labor sin ninguna cicatriz previa en útero. Es más frecuente ante la presencia de una cicatriz uterina previa, con una incidencia del 0,5 al 0,8% cuando se intenta un parto vaginal después de cesárea,

y es de un 1,5% si se incluyen dehiscencias (17). El porcentaje de roturas uterinas aumenta a 1-3% si se utiliza oxitocina (5).

La rotura uterina constituye un accidente obstétrico con una elevada morbimortalidad materno-fetal, que asciende a un 9,7% de la mortalidad materna y hasta a un 56% de la fetal. Si la extensión precisa de la incisión uterina por cesárea previa no se conoce o está mal documentada, se debe interrogar sobre la indicación de la cesárea previa para inferir sobre el tipo de incisión previa (18).

En este estudio se encontró una frecuencia de 3.1% de roturas uterinas, porcentaje alto con respecto a la literatura, sin embargo en las pacientes que se presento, no cursaron con ninguna complicación tanto trasoperatoria ni en el posoperatorio, no aumento la mortalidad tanto materna como fetal, como los casos descritos en la literatura.

La indicación de la cesárea previa no influyo en la vía de finalización de la cesárea, está documentado, que cuando la indicación fue por falta de progresión de trabajo de parto el éxito de la prueba de trabajo de parto era de 45% (13).

CONCLUSIONES

Los resultados de este trabajo, sustentan el ofrecer el parto vaginal después de una cesárea, con pocas complicaciones. Esta es la vía de elección cuando no se contraindique el parto vaginal.

Muchas pacientes piensan que si tiene una cesárea previa, la vía de finalización del siguiente embarazo será otra cesárea, de lo contrario sienten que arriesgamos su vida y la de su feto, la labor de ofrecer un parto vaginal inicia desde la primera consulta prenatal, desechando sus temores con información.

Una estrategia para disminuir la incidencia de cesáreas, es actuando en evitar la primera cesárea y solo realizarlas en indicaciones absolutas.

El número de cesáreas por indicación de cesárea previa no se modifico, tampoco se modifico el porcentaje de cesáreas que es de 46.4% en el Hospital Juárez de México.

Bibliografía

1. Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993. Diario Oficial de la Federación. México, D.F., a 31 de octubre de 1994
2. Olga Lucía Cuero-Vidal; Carlos Andrés Clavijo-Prado. Parto vaginal después de una cesárea previa, Hospital San Juan de Dios, Cali (Colombia estudio de cohorte). Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Abril-Junio 2011. Vol. No. 2. pp (148-154)
3. José Manuel Muñoz-Enciso; Enrique Rosales-Aujang; Guillermo Domínguez-Ponce. Operación cesárea: ¿indicación justificante o preocupación justificada?. Ginecología y Obstetricia de México. 2011. Vol. 79. No. 2. pp 67-74.
4. Lorie M; Harpe; Alison G; Cahill; Sarah Boslaugh. PhD; Association of induction of labor and uterine rupture in women attempting vaginal birth after cesarean: a survival analysis. American Journal of Obstetrics and Gynecology. Sept. 20, 2011. Vol 65, No. 5, pp 15-19.
5. David M; Stamili; Kimberly A; Roehl. Association of induction of labor and uterine rupture in women attempting vaginal birth after cesarean: a survival analysis. American Journal of Obstetrics and Gynecology. Mayo 2011, Vol 65, No. 3, pp 30-38.

6. Luchin Wong; James Byrne; Andrea Jelks; Anita Sit; Laura McClellan; Carolyn Cruz. Vaginal birth after cesarean: access and safety following quality improvement initiatives. American Journal of Obstetrics and Gynecology. Junio 2011. Vol 65, No. 4, pp 50-57.
7. Rodrigo Sánchez; Hantz I Ortiz O; Alberto Chávez M. Parto vaginal en pacientes con antecedente de una cesárea previa. Revista de la Facultad de Medicina. Enero-Febrero, 2003. Vol.46 No.1. 28-32.
8. Romero Arauz Juan; Birueta Correa Benjamin; Borrego Gullete María; et. al. Guía de la práctica clínica para la realización de la operación cesárea. México; Secretaria de Salud, 2008. www.cenetec.salud.gob.mx. Fecha de consulta: 10-10-11.
9. Colón Lucach, franco laguna Reyna, Herrerías Alfaro Edgar, Médico Consuelo Agustina. Para la vigilancia y el manejo del Parto. México: Secretaria de Salud; 2009. [www. Cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html](http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html). Fecha de consulta: 10-10-2011.
10. Pattison N, McCowan L. Cardiotocografía para la evaluación fetal anteparto. Inglaterra. La Biblioteca Cochrane Plus, 2008, Número 2. <http://www.update-software.com>. Fecha de consulta 20-11-11.
11. Anaya-Prado; Madrigal-Flores; Reveles-Vázquez. Morbilidad materna asociada a operación cesárea. Cirugía y cirujanos. Noviembre-Diciembre 2008. Volumen 76, No. 6. 467-472.
12. Ellen L, Mozurkewich E, Hutton E: Elective repeat cesarean delivery versus trial of labor: A meta-analysis of the literature from 1989 to 1999. American Journal of Obstetrics and Gynecology. febrero 2000; 183; 1187-97.

13. Paolo Ricci A., Ernesto Perucca P., Roberto Altamirano A. NACIMIENTO POR PARTO VAGINAL DESPUES DE UNA CESAREA. PRUEBA DE TRABAJO DE PARTO VERSUS CESAREA ELECTIVA A REPETICION. ROTURA UTERINA, UNA COMPLICACION POSIBLE. REV CHIL OBSTET GINECOL 2003; 68(6): 523-528
14. Prevención, diagnóstico y manejo oportuno **DE LA RUPTURA UTERINA** en el primero, segundo y tercer niveles de atención. Catálogo maestro de guías de práctica clínica SSA-296-10. www.cenetec.salud.gob.mx.
15. Agustí` Castella` Domenech a,* , Pau Carabias Meseguer a, Francesc Tresserra Casas b y Pere Barri Soldevila. Rotura uterina. Diagnóstico y consecuencias en una gestante de 30 semanas. *Progresos de Ginecología y Obstetricia.* 2010;53(2):69—70
16. A. Bodega Frias, I. Alario. Rotura uterina secundaria a oxitocina en asociación con analgesia epidural. *Prog Obstet Ginecol.* 2005;48(7):349-52
17. A. Guntiñas, O. Armijo, E. Labarta, ET, AL. Rotura uterina y cesárea anterior. Revisión y casuística durante el período de 1999 a 2002 en el Hospital Universitario La Paz. *Prog Obstet Ginecol* 2004;47(2):69-76
18. Bodega, I. Alario, V. Díaz, L. González-Mañaricua, et. Al. Rotura uterina secundaria a oxitocina en asociación con analgesia epidural. *Prog Obstet Ginecol.* 2005;48(7):349-52.
19. M. Castillo Nuñez, J. Arenas Ramírez, P. Muñz Oreña, et.al. Factores relacionados con la vía de parto tras cesa´rea anterior. *Clin InvestGinObst.*2009;36(4):122–126



Hospital Juárez de México



Dirección de Investigación

Área de Registro de Protocolos y Seguimiento

División Investigación Biomédica

División Investigación Clínica

Carta de Consentimiento bajo Información de protocolos de Investigación

Nombre del proyecto de Investigación:

Yo _____ (Nombre del participante o apoderado legal)

Declaro libremente que estoy de acuerdo en participar en esta investigación cuyos objetivos, procedimientos, beneficios y riesgos me han sido explicados.

Entiendo que el proyecto de investigación servirá _____.

Entiendo que esto es importante debido a que _____.

Los procedimientos de la investigación consistirán en: _____

_____.

Se me ha explicado que _____ (no) implica riesgo para la salud _____.



Hospital Juárez de México



Dirección de Investigación

Área de Registro de Protocolos y Seguimiento

División Investigación Biomédica

División Investigación Clínica

Entiendo que el estudio no tiene costo adicional para mí y que la atención médica que se me proporciona no se verá afectada por mi participación en el estudio. Los investigadores me han ofrecido aclarar cualquier duda o contestar cualquier pregunta que al momento de firmar la presente no hubiese expresado o que surja durante el desarrollo de la investigación. El Doctor (a) _____ se ofreció a responder cualquier duda al respecto en _____ con teléfono _____ extensión _____ de las _____ a las _____ horas. Además me ha ofrecido confidencialidad con la información obtenida.

Se me ha garantizado que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento, sin que ello signifique que la atención médica que se me proporciona se vea afectada por este hecho. Estoy de acuerdo en participar en este estudio, por lo que firmo la presente junto al investigador que me informó y dos testigos, uno de mi confianza.

En caso que el proyecto sea de la industria Farmacéutica, los gastos de los estudios de laboratorio, deberán ser cubiertos por la industria respectiva.

Efectos Adversos: El Investigador responsable deberá notificar al Comité de Investigación y Ética,

las reacciones adversas ocurridas durante toda la investigación.



Hospital Juárez de México



Dirección de Investigación

Área de Registro de Protocolos y Seguimiento

División Investigación Biomédica

División Investigación Clínica

En base a la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental en sus artículos 1º, 2º, 4º, 5º, 6º, 10º, 18º, 19º, 20º, 21º y 22º fracción V, autorizo a las partes contratantes a utilizar la información obtenida de mi participación en el estudio para su inclusión en los informes científicos correspondientes así como para presentarla en reuniones científicas o publicarla.

México, D.F., a _____ de _____ del 200 ____.

NOMBRE Y FIRMA

Investigador

Participante, Esposo/Padre/Apoderado Legal



Hospital Juárez de México



Dirección de Investigación

Área de Registro de Protocolos y Seguimiento

División Investigación Biomédica

División Investigación Clínica

Testigo 1

Testigo 2

División Investigación Clínica

RETIRO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Manifiesto mi voluntad de interrumpir mi participación en el estudio y por este medio retiro mi consentimiento a continuar en él.

Nombre y firma del paciente

Testigo1

Testigo 2

Nota: También se firmará el consentimiento informado e instructivo que proporciona la empresa farmacéutica. Se debe firmar original y dos copias