



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA

**“RESULTADO MATERNO Y NEONATAL EN MUJERES
QUE INTENTARON PARTO VAGINAL DESPUÉS DE
CESÁREA EN EL HOSPITAL INTEGRAL DE LA MUJER
DEL ESTADO DE SONORA EN EL PERIODO ENERO A
DICIEMBRE DEL 2010”**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA
ESPECIALIDAD DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

DRA. JULIA LIBERTAD NAVARRO TAPIA



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.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA

**“RESULTADO MATERNO Y NEONATAL EN MUJERES QUE
INTENTARON PARTO VAGINAL DESPUÉS DE CESÁREA EN EL
HOSPITAL INTEGRAL DE LA MUJER DEL ESTADO DE
SONORA EN EL PERIODO ENERO A DICIEMBRE DEL 2010”**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA
ESPECIALIDAD DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA:

DRA. JULIA LIBERTAD NAVARRO TAPIA

DR. LUIS ANTONIO GONZALEZ RAMOS
DIRECTOR DE LA DIVISIÓN DE ENSEÑANZA
INVESTIGACIÓN Y CALIDAD DEL HOSPITAL
INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA

DR. VICTOR MANUEL CERVANTES VELAZQUEZ
DIRECTOR GENERAL DEL HOSPITAL INFANTIL
DEL ESTADO DE SONORA

DR. FELIPE ARTURO MENDEZ VELARDE
PROFESOR TITULAR CURSO UNIVERSITARIO

DIRECTOR DE TESIS
DR. CARLOS ARMANDO FÉLIX BÁEZ
JEFE DEL SERVICIO DE LABOR DEL HOSPITAL INTEGRAL
DE LA MUJER DEL ESTADO DE SONORA

HERMOSILLO, SONORA

AGOSTO 2011

DEDICATORIA

A mis padres

Mi gran ejemplo, motor e inspiración

A quienes debo todo lo que soy

AGRADECIMIENTOS

Gracias a todas y cada una de las personas que participaron en la investigación realizada, ya que invirtieron su tiempo y conocimientos para ayudarme a completar mi proyecto

A mis maestros que compartieron su tiempo, conocimientos y enseñanza durante estos años

A mis compañeros, con quienes compartí aprendizajes, risas, llantos. No hubiera sido lo mismo sin ustedes

ÍNDICE

	Página
DEDICATORIA	3
AGRADECIMIENTOS	4
RESÚMEN	7
INTRODUCCIÓN	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
MARCO TEÓRICO	15
OBJETIVOS	29
HIPÓTESIS	30
JUSTIFICACIÓN	31
MATERIAL Y MÉTODOS	33
RESULTADOS	34
Edad materna	34
Paridad	35
Semanas de gestación	37
Período intergenésico	38

Parto vaginal previo	39
Sexo del Producto	40
Peso al nacer	41
Analgesia obstétrica	42
Indicación de cesárea anterior	43
Complicaciones maternas en parto vaginal después de cesárea	45
Complicaciones maternas en cesárea de repetición	49
Resultado perineal en parto vaginal después de cesárea	50
Perdida sanguínea en evento obstétrico	51
Complicaciones neonatales en parto vaginal después de cesárea	52
Complicaciones neonatales en cesárea de repetición	53
Apgar	54
CONCLUSIONES	56
RECOMENDACIONES	58
BIBLIOGRAFÍA	59
ANEXOS	63

RESUMEN

INTRODUCCION. ¿Cuál es el resultado materno y neonatal de las mujeres que elijen parto vaginal después de cesárea en el Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora?

OBJETIVO. Conocer y analizar el resultado materno y neonatal de las pacientes que intentaron parto vaginal después de cesárea en el Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora en el periodo de enero a diciembre del 2010.

MATERIAL Y METODOS. Estudio retrospectivo comparativo. Se revisaron 45 expedientes de pacientes que tuvieron parto vaginal después de cesárea y se compararon con 45 expedientes de mujeres que tuvieron cesárea de repetición. Se requirió de la colaboración del departamento de Bioestadística del Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora. Se uso la hoja de datos de Excel y el análisis de datos de hará mediante estadística descriptiva.

RESULTADOS. De las 45 pacientes que tuvieron parto vaginal, solo una de ellas tuvo que ser sometida a histerectomía obstétrica por acretismo placentario. 5 tuvieron desgarro perineal, dos presentaron hipotonía uterina, dos desgarros cervicales, una con anemia severa, dos hemorragia posparto y una paciente con infección en vías urinarias.

En las 45 pacientes con cesárea de repetición, dos presentaron dehiscencia de histerorrafia, ocho pacientes con infección en herida quirúrgica, dos requirieron hemotransfusión, tres presentaron infección en vías urinarias y dos pacientes presentaron deciduoendometritis.

Los neonatos obtenidos por parto vaginal solo el 7% (3) presento alguna complicación, dos de los neonatos ingresaron a UCIN por presentar datos de dificultad respiratoria, un paciente ingreso debido a que la madre tenía el antecedente de sífilis durante el embarazo. Respecto a los productos obtenidos por cesárea, el 27% de ellos (12) presento complicaciones. Nueve neonatos presentaron dificultad respiratoria, solo tres se ingresaron a UCIN. Un neonato fue diagnosticado con neumonía, por lo cual también ingreso a la unidad de cuidados intensivos neonatales. Otro paciente presento hiperbilirrubinemia, también fue ingresado a la unidad de cuidados intensivos neonatales.

DISCUSION Y CONCLUSIONES: En las pacientes que cumplan los criterios de elegibilidad, que tenga una cesárea previa, que ingresen con trabajo de parto espontaneo y deseen tener prueba de trabajo de parto en nuestro hospital, podrían someterse a dicha prueba y tratar de tener una resolución de embarazo vía vaginal, con lo cual disminuye la morbilidad maternofoetal y aunado a esto, nos ayudaría a reducir la tasa de cesáreas ya que del total de cesáreas en el año, en el 39.7% la indicación fue la de cesárea previa.

PALABRAS CLAVE. Cesárea de repetición, parto vaginal después de cesárea

INTRODUCCION

La cesárea ha tenido una gran importancia dentro de las culturas del hombre siendo mencionada en múltiples escritos antiguos. Hoy en día existe gran controversia tanto por su incidencia como por sus indicaciones ya que en las últimas cuatro décadas, de ser una cirugía obstétrica de urgencia paso a ser la segunda cirugía que se efectúa en frecuencia en la mayoría de las naciones.

Es evidente que la preocupación del hombre por el nacimiento en las mejores condiciones y preservación de la especie siempre han sido de gran importancia. Los avances tecnológicos de la era industrializada trajeron consigo un elevado índice de cesárea y múltiples indicaciones, además de hacer segura la cirugía y con ello abatir la morbimortalidad materno-fetal a cifras muy bajas.

La operación cesárea ha sido parte de la cultura humana desde la antigüedad. De acuerdo a la mitología griega, Apolo, fundador del culto religioso de la medicina extrajo a Esculapio del abdomen de su madre.

A la cesárea se le han dado diferentes definiciones en el tiempo, como la del francés Jean Louis Baudelocque (1746-1810), gran medico obstetra que decía: “Que en la operación llamada cesárea cualquier vía es abierta para la salida del niño que la destinada para ello por la naturaleza”. Un siglo después los autores se expresaron para reconocer que solo se podría llamar cesárea cuando se efectuara una incisión a través de la pared del útero sin quedar incluidos la ruptura uterina o el embarazo abdominal.

Hoy en día se puede definir a la operación cesárea como la intervención quirúrgica que tiene por objeto extraer el producto de la concepción vivo o muerto a través de una laparotomía e incisión en la pared uterina después de que el embarazo ha llegado a las 27 semanas.

Una de las consideraciones a futuro realizadas en Estados Unidos en el afán de disminuir el índice es considerar que la tasa ha llegado a su límite mayor de 25% y se lograra ir disminuyendo en forma progresiva hasta tener solo 15%. Se menciona que la principal disminución deberá ocurrir en la distocia y en la cesárea previa.

La cesárea es una operación que se realiza frecuentemente, en países europeos como Gran Bretaña se reporta una incidencia de 21%, Estados Unidos 26% y en Australia 23%. En algunos países latinoamericanos como México, Chile, Argentina, Brasil y Paraguay se rebasa el 50%.

La OMS menciona que en ninguna región del mundo se justifica una incidencia de cesárea mayor al 10-15%, sin embargo se ha incrementado su frecuencia en las dos últimas décadas. El alto porcentaje de cesáreas ya se considera un problema de salud pública y se sospecha que este problema se va a agravar durante los siguientes años.

La razón para este incremento es compleja y parece estar relacionada con la seguridad que ofrece la operación cesárea, que ocasiona complacencia del médico y la paciente.

Uno de los grandes conflictos obstétricos es sin lugar a dudas poder someter a trabajo de parto a una paciente que tiene una cesárea; esto ha sido tema de análisis de controversia médica, sociocultural y médico legal.

Este problema nace del aforismo de Craign en 1916 que dice: “Once a section, always a section” (una vez cesárea, siempre cesárea). Cuando este dio ese aforismo se considero una ley ya que en esa época la cesárea era corporal, no existían los antibióticos ni las transfusiones, con la morbilidad elevada materno-fetal y los riesgos posteriores de probable rotura uterina. Es evidente que hoy en día esto no es verdad porque la cesárea es segmentaria en su mayoría, si existe un 25% de nacimientos por vía abdominal y una de las indicaciones principales es la de la cesárea previa.

Dado que hoy existe una gran tendencia para disminuir la tasa de cesáreas esto es uno de los puntos de discusión sin sacrificar los criterios aceptados como seguros en obstetricia.

Actualmente no hay ensayos clínicos aleatorizados que comparen el resultado materno y neonatal entre mujeres que eligieron parto vaginal después de cesárea y las que optaron por cesárea de repetición

Para lograr tener las posibilidades de parto el obstetra tendrá que llevar a cabo un análisis individual de cada caso para dar una prueba de trabajo de parto, esto deberá incluir el tipo de cesárea efectuada, el diagnóstico que motivo la cesárea y la evaluación postoperatoria.

La prueba de trabajo de parto después de cesárea provee a las mujeres que desean parto vaginal la posibilidad de alcanzar su meta (parto vaginal después de cesárea). Además del cumplimiento del deseo de la paciente de tener un parto vaginal, el parto vaginal después de cesárea está asociado con disminución de la morbilidad materna y menor riesgo de complicaciones en futuros embarazos. A nivel de población, el parto vaginal después de cesárea está asociado con una disminución del índice de cesáreas.

El parto vaginal después de cesárea ofrece distintas ventajas sobre la cesárea de repetición ya que la morbilidad y la mortalidad se eliminan por completo, la estancia hospitalaria es más corta y los gastos involucrados son mucho menores. La tasa de cesáreas tiene que ser reducida y esto puede ser logrado en menor medida por evitar la primera cesárea realizada sin indicación explícita y lo más importante, al recurrir a una prueba de parto vaginal después de cesárea, que es seguro para la madre y el feto.

Definiremos los conceptos más utilizados en este estudio:

Prueba de trabajo de parto después de cesárea: se refiere al proceso en el que una mujer, que tiene una cesárea previa, intente un parto vaginal en lugar de una cesárea electiva.

Parto vaginal después de cesárea: se refiere al intento exitoso de una mujer de tener un parto vaginal después de una cesárea.

Cesárea: es el procedimiento en el cual el neonato, placenta y membranas son obtenidos a través de una incisión quirúrgica en abdomen y útero y en el cual se obtiene un producto considerado viable.

Resultado materno: se refiere a los datos clínicos relacionados con el proceso de nacimiento y de las complicaciones maternas en las mujeres que intentaron un parto vaginal después de cesárea.

Resultado neonatal: son los datos relacionados con el nacimiento, como son sexo, peso al nacer, además de la incidencia de morbilidad y mortalidad asociado con el evento obstétrico, principalmente APGAR y admisión a unidad de cuidados intensivos neonatales.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el resultado materno y neonatal en mujeres que intentaron parto vaginal después de cesárea en el Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora en el periodo de enero a diciembre del 2010?

MARCO TEORICO

“Once a section, always a section” (Craigin in Enkin et al. 2000:359-360). El doctor Edward Craigin hizo esta declaración en 1916, cuando menos del 2% de los nacimientos en los Estados Unidos eran por cesárea. En aquel tiempo la principal indicación para una cesárea era la desproporción cefalopélvica y la incisión uterina era vertical en el fondo uterino. Esto incrementaba el riesgo de ruptura uterina durante un proceso de trabajo de parto subsecuente, lo que posiblemente causaría severas complicaciones para la madre y el neonato.

Entre 1970 y 1988, la tasa de cesáreas incremento dramáticamente en Estados Unidos pasando del 5% al 25%. El rápido incremento fue el resultado de la presión ejercida sobre los médicos para no atender partos pélvicos o aplicar fórceps altos. Al mismo tiempo, la creciente dependencia en el monitoreo fetal electrónico continuo y en los patrones de contracción uterina llevo a un incremento en el numero de cesáreas realizadas por presunto sufrimiento fetal y distocia. (ACOG Practice Bulletin 2004).

En el 2010 en una conferencia consensual el National Institutes of Health examino la seguridad y resultado de la prueba de trabajo de parto y el parto vaginal después de cesárea y factores asociados con el decremento de las tasas. Dicho instituto reconoció que la prueba de trabajo de parto vaginal después de cesárea es una opción razonable para mujeres con una cesárea previa e hizo un llamado a las instituciones para facilitar el acceso a la prueba de trabajo de parto en mujeres con una cesárea previa.

Comparar resultados entre parto vaginal después de cesárea y cesárea electiva de repetición es inapropiado ya que a ninguna paciente se le puede garantizar que tendrá parto vaginal y los riesgos y beneficios pueden ser desproporcionados asociados con prueba de trabajo de parto fallido.

Ni la cesárea electiva de repetición ni la prueba de trabajo de parto en pacientes con cesárea previa son procedimientos que no tengan riesgo materno o neonatal. Los riesgos de cualquier acercamiento incluyen hemorragia materna, infección, lesión durante la cirugía a otros órganos, tromboembolismo, histerectomía y muerte. La mayoría de la morbilidad materna ocurre durante la prueba de trabajo de parto fallida y se requiere cesárea de repetición de urgencia.

Así, el parto vaginal después de cesárea se asocia a menores complicaciones, y una prueba de trabajo de parto fallida se asocia con mayor complicación que la cesárea electiva de repetición. Consecuentemente, el riesgo de morbilidad materna está íntegramente relacionado a la posibilidad de una mujer de tener parto vaginal después de cesárea.

La ruptura uterina o dehiscencia es el resultado asociado con prueba de trabajo de parto después de cesárea que mayormente incrementa la morbimortalidad materna y neonatal. El factor que mayormente influencia la posibilidad de ruptura uterina es la localización de la incisión previa en el útero. Con una incisión transversa, se ha reportado una incidencia de ruptura uterina del 0.5-0.9% después de prueba de trabajo de parto. El riesgo es mayor en pacientes con otro tipo de histerotomías.

Además de proveer la opción para aquellas pacientes que deseen un parto vaginal, el parto vaginal después de cesárea tiene muchas ventajas en la salud de las mujeres; evitan cirugía abdominal mayor, menor hemorragia, infección y menor tiempo de recuperación comparado con la cesárea electiva de repetición. Además para aquellas que deseen una familia numerosa, el parto vaginal después de cesárea evita futuras complicaciones maternas a causa de múltiples cesáreas como son la histerectomía, lesión vesical o intestinal, transfusión, infección o placentación anormal.

Aproximadamente hace 30 años, a medida que hubo mejoras en el control prenatal, la prueba de trabajo de parto después de cesárea fue segura para la madre y el feto. Basados en los resultados de varios estudios extensos que documentaron la relativa seguridad de la prueba de trabajo de parto después de cesárea y del parto vaginal después de cesárea, organizaciones tales como el National Institutes of Health y el American College of Obstetricians and Gynecologists reconocieron el parto vaginal como una forma de disminuir la tasa de cesáreas en Estados Unidos.

El entusiasmo por el parto vaginal después de cesárea llevo a un decremento en la tasa de cesáreas. Durante el periodo 1989-1996, el parto vaginal después de cesárea incremento del 18% al 28%. Algunas organizaciones sometieron a parto vaginal a candidatas no aptas por lo cual también incrementaron los reportes de ruptura uterina y otras complicaciones durante la prueba de trabajo de parto después de cesárea. Con estos resultados, en muchos hospitales se discontinuó la práctica, lo cual incremento abruptamente la tasa de

cesáreas en Estados Unidos, alcanzando un nivel de hasta 26% en el 2002, mientras que el parto vaginal después de cesárea disminuyó de 55% a un 12.6%.

A pesar de las miles de cifras en la literatura mundial, actualmente no hay ensayos clínicos randomizados comparando resultado materno y neonatal para parto vaginal después de cesárea y cesárea de repetición. En cambio, las recomendaciones para el parto vaginal se han basado en datos de estudios que sugieren que los beneficios del parto vaginal después de cesárea sobrepasan los riesgos en la mayoría de las pacientes con cesárea previa con incisión uterina transversa. Aparentemente las mujeres que fallan en la prueba de trabajo de parto presentan mayor riesgo de complicaciones maternas incluyendo ruptura uterina, histerectomía, necesidad de transfusión y endometritis, además de un incremento en la morbilidad perinatal.

En un metaanálisis realizado en el 2008 se revisó la morbilidad materna después de prueba de trabajo de parto después de cesárea, comparado con cesárea electiva de repetición. Se seleccionaron artículos para comparar a mujeres que planearon parto vaginal con aquellas que eligieron cesárea, con respecto a la morbilidad materna, ruptura uterina o dehiscencia, hemotransfusión o histerectomía.

El grupo fue subdividido en parto vaginal después de cesárea exitoso y parto vaginal después de cesárea fallido. El parto vaginal fue exitoso en 17905 de 24349 pacientes (73%). Las complicaciones fueron similares en parto vaginal y

cesárea de repetición, excepto la ruptura uterina/ dehiscencia (1.3% y 0.4% respectivamente).

Estas complicaciones fueron más comunes después de una prueba fallida de trabajo de parto, con un 4.4% de ruptura, 3% transfusión y 0.5% histerectomía.

En el parto vaginal exitoso hubo un porcentaje de ruptura uterina de 0.2%, transfusión 1.1% e histerectomía 0.1%. En la cesárea de repetición el porcentaje de ruptura uterina fue de 0.4%, transfusión 1% e histerectomía 0.3%. El resultado fue más favorable en parto vaginal que en cesárea.

Estos hallazgos muestran un mayor riesgo de ruptura uterina o dehiscencia en mujeres con prueba de trabajo de parto fallida que en cesárea electiva de repetición, y hay una reducción de la morbilidad materna cuando el parto vaginal es exitoso.

Otro estudio realizado por Gregory, Kost LM, Friedman M, et al, se identificaron las tasas de éxito de un parto vaginal después de cesárea y las complicaciones maternas y neonatales con condiciones antenatales selectas.

Fue un estudio de cohorte usando expedientes clínicos de mujeres que fueron atendidas en hospitales de California en el año 2002. Entre 41450 mujeres, el 29.72% tenían complicaciones maternas, fetales o placentarias.

La tasa de éxito en estas pacientes vario ampliamente debido a dichas complicaciones, en rangos del 10% al 73%. El éxito de parto vaginal después de cesárea en mujeres de bajo riesgo fue del 73.76%. Las complicaciones maternas y

neonatales fueron menores (menos del 1-2%) y la tasa de eventos adversos fue más alta en mujeres con alto riesgo comparado con las de bajo riesgo. En conclusión, las variaciones en el éxito o en la morbilidad en el nacimiento pueden ser parcialmente atribuidas a factores clínicos o complicaciones del embarazo. Las mujeres sin factores de riesgo mostraron incremento en el éxito de parto vaginal después de cesárea y menores complicaciones maternas y neonatales.

En otro estudio realizado en el año 2009 se trato de determinar si un modelo para predecir parto vaginal después de cesárea puede también predecir la probabilidad de mortalidad asociada a la prueba de trabajo de parto.

Usando un modelo de predicción previamente publicado, se categorizo a mujeres con una cesárea previa. La morbilidad fue más frecuente a medida que la predicción de parto vaginal después de cesárea aumento entre mujeres que tuvieron prueba de trabajo de parto pero no en cesárea de repetición.

Cuando el valor predictor fue menor de 70% las mujeres en prueba de trabajo de parto eran más probables que tuvieran morbilidad materna que aquellas que eligieron cesárea. Cuando el valor predictivo era mayor del 70% la morbilidad materna total es igual en ambas con una probabilidad de parto vaginal del 70%. En conclusión se sugiere que la morbilidad materna no es mayor en la prueba de trabajo de parto que en la cesárea de repetición si la posibilidad de parto vaginal es mínimo de 70%.

En un estudio realizado en México en el 2004 se describe el resultado de las cesáreas en los 10 años previos y su relación con distintas variables. Se

revisaron los nacimientos atendidos en instituciones de salud pública y privada que concentra la Secretaría de Salud de México.

La variable dependiente fue el tipo de atención del parto. Las variables independientes fueron el producto interno bruto per cápita, el índice de desarrollo humano, el porcentaje de analfabetismo de las mujeres, el nivel de marginación y el porcentaje de médicos especialistas, entre otras. La relación entre las variables en estudio se midió con las pruebas de correlación de Pearson y de Spearman.

Con los datos de 1999 se realizó un análisis de regresión lineal múltiple para identificar las principales variables asociadas con el porcentaje de cesáreas por entidad federativa.

Resultados. El porcentaje de nacimientos por cesárea en el ámbito nacional se incrementó en los últimos 10 años a un ritmo ligeramente superior a 1% anual. El ritmo de crecimiento fue considerablemente mayor en la seguridad social y el sector privado. El porcentaje de cesáreas a escala nacional en 1999 fue ligeramente superior a 35%. Los valores más altos correspondieron al sector privado con 53%. Las instituciones de seguridad social presentaron un porcentaje de cesáreas de 38.2%. Las variables con valores de asociación más intensa con el porcentaje de cesáreas fueron el porcentaje de médicos que son especialistas en el estado y el producto interno bruto per cápita. Los resultados presentados respaldan las opiniones que defienden la implantación de políticas correctivas específicas, con el fin de impulsar un descenso en la frecuencia de cesáreas. En

otros contextos se han producido descensos importantes con requisitos como la solicitud de una segunda opinión antes de realizar una cesárea, la definición precisa de las razones para llevarla a cabo y el monitoreo de los porcentajes individuales de cesáreas entre los obstetras de los hospitales.

Los 15 estudios principales del 2006: Mortalidad infantil y neonatal en cesáreas y partos vaginales en mujeres primíparas sin indicadores de riesgo. *(Infant and Neonatal Mortality for Primary Cesarean and Vaginal Births to Women with "No Indicated Risk"*

Los investigadores compararon los resultados de las cesáreas frente a los partos vaginales en las mujeres que no tenían ningún factor de riesgo previo de complicaciones médicas.

Conclusión: El riesgo de la muerte para los bebés nacidos por cesárea fue casi tres veces mayor que el de los bebés nacidos vaginalmente.

Complicaciones maternas asociadas a las cesáreas múltiples *(Maternal Complications Associated With Multiple Cesarean Deliveries)*.

Los autores examinaron las consecuencias para la salud materna de tener múltiples cesáreas.

Conclusión: Las cesáreas múltiples se asocian a una cirugía más difícil y con una mayor pérdida de sangre comparadas con una segunda cesárea programada. El riesgo de complicaciones importantes aumenta con el número de cesáreas.

Cesárea anterior y riesgo de placenta previa y desprendimiento de placenta (*Previous Cesarean Delivery and Risks of Placenta Previa and Placental Abruption*).

Los autores examinaron el riesgo de placenta previa y de la abrupción placentaria en mujeres con antecedentes de cesárea. Tanto la cesárea previa como el desprendimiento son causas importantes de lesiones y muertes en el parto.

Conclusión: Tener antecedentes de cesárea incrementa las posibilidades de que una mujer tenga placenta previa y desprendimiento de placenta, y cada cesárea adicional incrementa el riesgo aún más. Las mujeres que sólo han tenido partos vaginales o que sólo tienen una cesárea casi no tienen ese riesgo.

Tasas de cesáreas y resultados de los embarazos: el estudio global de la OMS sobre la salud materna y perinatal en América Latina (*Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America*).

Los autores analizaron 97,095 partos en ocho países de Latinoamérica buscando las asociaciones entre el parto por cesárea y el resultado del embarazo.

Conclusiones: las tasas de cesáreas se asociaron positivamente con lesiones graves y muerte de las madres, incluso después de corregir los factores de riesgo, y de muerte para los bebés.

Riesgo de rotura uterina durante la prueba de parto en mujeres con una o varias cesáreas anteriores. (*Risk of uterine rupture with a trial of labor in women with multiple and single prior cesarean delivery*).

Los autores analizaron si el riesgo de rotura uterina es mayor en mujeres con varias cesáreas.

Conclusión: el tener múltiples cesáreas no incrementa el riesgo de rotura uterina y los autores señalan que el parto vaginal después de cesárea debería ser una opción para estas mujeres.

Parto vaginal después de cesárea versus cesárea programada electiva: evaluación de la salud materna global (*Vaginal birth after caesarean section versus elective repeat caesarean section: assessment of maternal downstream health outcomes*).

Los investigadores compararon las tasas de histerectomía en las mujeres que tenían un parto después de una cesárea anterior y estaban planeando tener más hijos.

Conclusiones: una política de cesáreas electivas repetidas se asoció con una tasa acumulada mayor de histerectomías, casi el doble.

Prueba de parto o cesárea electiva en mujeres con obesidad mórbida y cesárea anterior (*Trial of Labor or Repeat Cesarean Delivery in Women With Morbid Obesity and Previous Cesarean Delivery*).

Los investigadores compararon los partos de mujeres con una cesárea anterior en relación con el índice de masa corporal materno.

Conclusión: Las mujeres con obesidad mórbida y sus bebés tenían un riesgo mayor de lesiones cuando su hijo nace por cesárea de repetición.

Parto vaginal después de cesárea en California. Antes y después del cambio de los protocolos clínicos. (*Vaginal Birth After Cesarean in California: Before and After a Change in Guidelines*)

Los investigadores analizaron si los protocolos más restrictivos con el parto vaginal después de cesárea elaborados por la ACOG e implementado por los profesionales y los hospitales han mejorado la salud de madres y bebés.

Conclusión: los investigadores encontraron que los protocolos más estrictos impuestos en las mujeres con una cesárea anterior y en aquellas que buscaban un parto vaginal después de cesárea no se han traducido en una mejora de salud de madres o de niños.

Rotura uterina y parto con una cesárea anterior inferior transversa (*Uterine rupture and labor after a previous low transverse caesarean section*).

Los autores revisaron los partos de 4,021 mujeres que tenían una cesárea anterior previa y los 9 casos de rotura uterina completa que sucedieron en el parto.

Conclusión: la prueba de parto en mujeres con una cesárea anterior transversal inferior se asocia con una alta tasa de partos vaginales (78%) y una tasa baja de rotura uterina (0,22%).

Variaciones geográficas en el uso adecuado del parto por cesárea (*Geographic Variation in the Appropriate Use of Cesarean Delivery*)

Los autores examinan si el incremento del uso de cesáreas refleja un uso médico inadecuado de esta cirugía.

Conclusión: los autores hallaron que las tasas de cesáreas variaban ampliamente y que las tasas altas de cesáreas solo eran parcialmente debidas a necesidad médica y estaban muy influidas por factores no médicos como el miedo a las demandas. Las tasas altas de cesáreas se correlacionan con un detrimento del valor médico para los pacientes y no significan una mejoría en absoluto de la salud de madres y niños.

Perfiles de riesgo materno y la tasa de cesáreas primarias en los Estados Unidos. (*Maternal Risk Profiles and the Primary Cesarean Rate in the United States*).

Los investigadores examinaron los factores de riesgo médico de las madres y los compararon con las tasas de cesáreas.

Conclusión: la creciente tasa de cesáreas no está siendo debida a un incremento en los factores de riesgo de las madres.

Factores que influyen la composición microbiótica intestinal en la infancia temprana (*Factors Influencing the Composition of the Intestinal Microbiota in Early Infancy Penders*).

Los investigadores examinaron la cantidad de bacterias sanas y patológicas en los intestinos de recién nacidos y lo compararon con el tipo de parto.

Conclusión: Las bacterias en el intestino afectan la salud total y el sistema inmune de los bebés. Los bebés nacidos por cesárea tenían recuentos mayores de bacterias patógenas y recuentos más bajos de bacterias beneficiosas, y los bebés

nacidos vaginalmente en casa tenían los recuentos más altos de bacterias sanas y recuentos más bajos de bacterias patógenas.

También en 2006 se realizó un estudio en el Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora titulado Tendencia de Cesáreas de 1995 a Agosto del 2006 en el Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora y su Comparación con el Índice a Nivel Nacional.

El objetivo de este estudio es conocer la incidencia de cesárea en el Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora (HIMES), su tendencia en los últimos años y su comparación con el índice de cesáreas a nivel Nacional, Secretaría de Salud (SSA) y en el Estado de Sonora. Determinar cuáles fueron las indicaciones médicas de las cesáreas. Aplicar un gráfico de control para monitorear los índices de cesáreas del HIMES.

Método: Estudio de colección retrospectiva de datos, de eventos obstétricos registrados en el archivo clínico y bioestadístico del HIMES del año 1995 al 2005. Se observó el índice de cesáreas, su impacto y las indicaciones por las que se realizaron estas cesáreas en el 2005.

Resultados: De 1995 a agosto del 2006 se atendieron 64,008 eventos obstétricos en el HIMES, de los cuales 44,932 fueron partos vaginales y 19,076 fueron cesáreas. El índice de cesárea en 1995 fue de 24.93% y el reportado hasta el mes de agosto en el 2006 fue de 32.30%. En el año 2005 se registraron 6927 nacimientos, de los cuales se reportaron 4833 partos vaginales y 2094 por

operación cesárea. Las indicaciones por las que se realizó operación cesárea fueron, cesárea previa en el 43%, preeclampsia 7%, presentación pélvica 5%, desproporción cefalopélvica (DCP) 5%. El índice de cesáreas reportado en el año 2005 a nivel Nacional fue de 35.71%, en la Secretaria de Salud (SSA) fue de 30.92% y el reportado en el estado de Sonora fue de 27.79%.

Conclusiones: La tendencia del índice de cesáreas del HIMES ha ido en aumento. El índice de cesárea del HIMES se encuentra por debajo de índice Nacional, sin embargo se encuentra por arriba del índice de Sonora y al doble del índice de cesárea que propone la OMS (15%).

OBJETIVOS

Conocer y analizar el resultado materno y neonatal de las pacientes que intentaron parto vaginal después de cesárea en el Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora en el periodo de enero a diciembre del 2010.

Establecer una guía para la atención y manejo de prueba de trabajo de parto y atención de parto en pacientes con cesárea previa en el Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora.

Disminuir la tasa de cesáreas en el Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora.

HIPOTESIS

Para las mujeres que cumplen con los criterios de inclusión y elegibilidad para un parto vaginal después de cesárea, no hay diferencia en el riesgo de muerte o resultado adverso hasta el momento de alta hospitalaria, para la madre o el neonato, comprado con las mujeres que fueron sometidas a cesárea de repetición.

JUSTIFICACION

El presente trabajo se realizo debido a que existe un incremento anual en la tasa de cesáreas en el Hospital integral de la mujer del estado de sonora. Revisando las estadísticas en el año 2010 el total de eventos obstétricos fue 8063 nacimientos, de los cuales 5419 fueron parto vaginal y 2644 cesárea.

Lo anterior equivale al 32.7%, recordando lo que dice la OMS que en ninguna región del mundo se justifica una incidencia de cesárea mayor al 10-15%.

De las 2644 cesáreas, en 1051 pacientes la indicación fue cesárea previa, lo que equivale al 39.7%. Si se permitiera a todas las pacientes con una cesárea previa, que cumplan los criterios de elegibilidad, someterse a prueba de trabajo de parto para lograr un parto vaginal, el total de cesáreas se disminuiría notablemente.

Con este motivo, las pacientes que cumplan con los criterios de inclusión y elegibilidad y que deseen un parto vaginal después de cesárea, pueden someterse a la prueba de trabajo de parto y de esta manera se podrán disminuir la tasa de cesáreas del Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora.

Revisaremos el resultado materno y neonatal de las pacientes que optaron por parto vaginal después de cesárea y lo compararemos con las pacientes que eligieron cesárea de repetición, para de esta manera evaluar si en nuestro medio hospitalario es una medida adecuada para la reducción la tasa de cesáreas, siempre y cuando los resultados sean favorables y no se encuentre diferencia en

el riesgo de muerte o resultado adverso entre las pacientes que eligieron parto vaginal y las que eligieron cesárea de repetición.

MATERIALES Y METODOS

El presente es un estudio retrospectivo, descriptivo, comparativo. Se estudiaron 45 expedientes de mujeres que tuvieron parto vaginal después de cesárea en el periodo de tiempo de enero a diciembre del 2010, y 45 expedientes de pacientes que eligieron cesárea de repetición en el mismo periodo de tiempo.

Se incluyó a todas las pacientes que ingresaron al área de toco cirugía con trabajo de parto espontaneo y que lograron parto vaginal después de cesárea, que en total fueron 45 en todo el año.

Se compararon con 45 expedientes de pacientes que ingresaron a urgencias con trabajo de parto y cesárea previa y que se les realizo cesárea de repetición.

Se requirió de la colaboración del departamento de Bioestadística del Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora.

Se usara la hoja de datos de Excel y el análisis de datos de hará mediante estadística descriptiva.

RESULTADOS

Edad materna. Los expedientes muestran que la mayoría de las pacientes se encuentra en el rango de edad de 26 a 30 años (33.3%), considerada la edad de menor riesgo de complicaciones obstétricas.

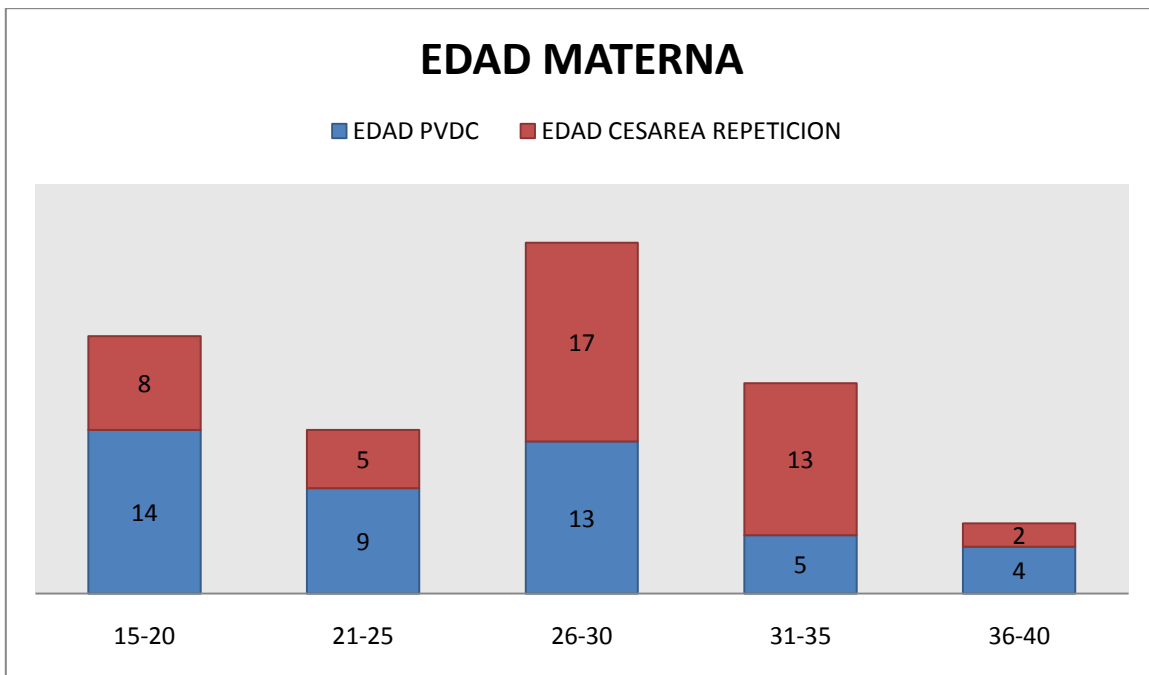


Tabla 1. Edad materna.

Paridad. La paridad de la mujer se refiere al número de hijos que tiene la madre al momento del evento obstétrico.

En la muestra de las pacientes que eligieron cesárea de repetición (n=45), para el 61% es su segunda gesta, 12% tercera gesta y en el 27% era su cuarta gesta.

Respecto a las mujeres que tuvieron parto vaginal después de cesárea, 64% en su segunda gesta, 20% tercera gesta y 16% cuatro o más gestas.

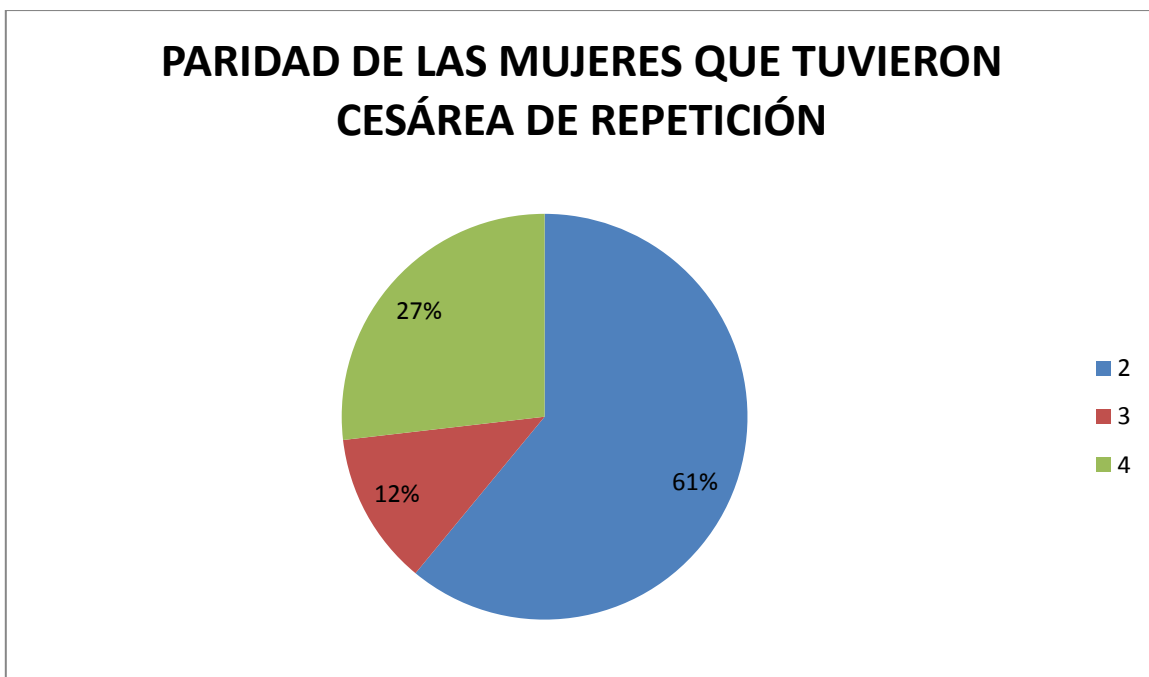


Tabla 2. Paridad de las mujeres que tuvieron cesárea de repetición.

PARIDAD DE LAS MUJERES QUE TUVIERON PARTO VAGINAL DESPUES DE CESAREA

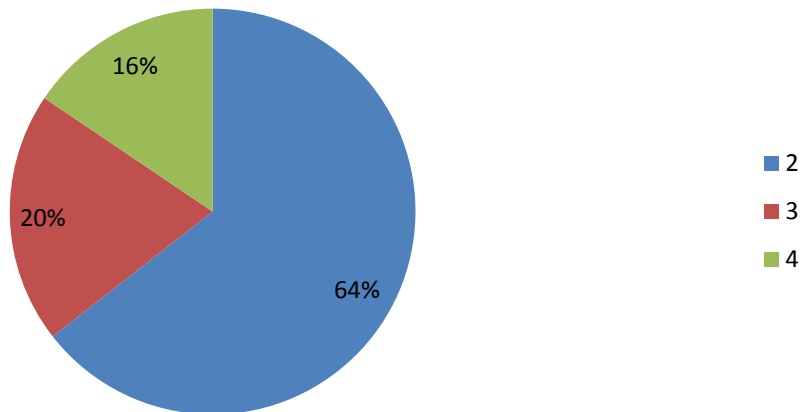


Tabla 3. Paridad de las mujeres que tuvieron parto vaginal después de cesárea.

Semanas de gestación. Los neonatos entre 37 y 40 semanas tienen menor riesgo de presentar complicaciones que uno que nace antes o después de dicha edad gestacional. Hay diferentes opiniones con respecto a que las mujeres tengan parto vaginal después de las 40 semanas. Sin embargo, la American Academy of Family Physicians recomienda se les advierta a las pacientes que una edad gestacional mayor a 40 semanas tiene menor probabilidad de lograr un parto vaginal después de cesárea.

En nuestro estudio, el 70% de las pacientes se encontraban entre las 37 a las 40 semanas. El 23.3% de las pacientes tenían embarazo mayor a 40 semanas y solo el 6.6% menor a 37 semanas. El 75.5% de las pacientes que tuvieron parto vaginal después de cesárea (n=45) estaba entre las 37 a 40 semanas.

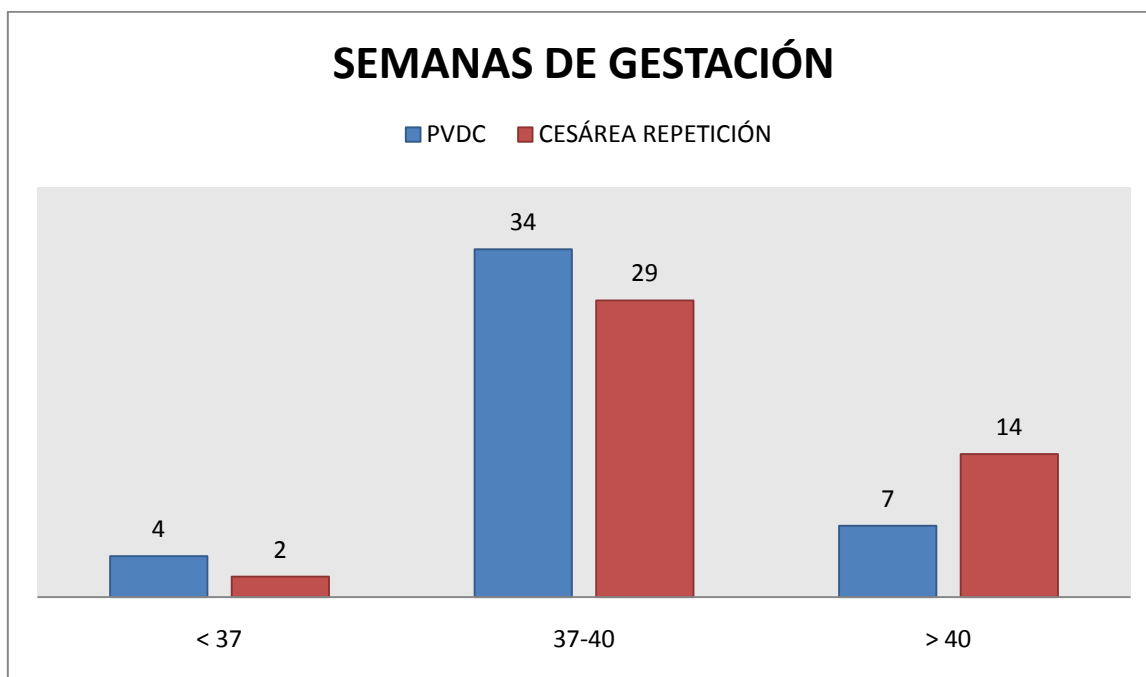


Tabla 4. Semanas de gestación.

Periodo intergenésico. El periodo de tiempo entre la cesárea previa y el embarazo actual indica el periodo intergenésico y este es un dato importante que contribuye a conocer el riesgo que puede tener una paciente que intente parto vaginal después de cesárea.

La literatura difiere en cuanto debe ser el periodo intergenésico mínimo. Un periodo menor a 24 meses tiene el doble de riesgo de presentar una ruptura uterina.

En nuestro estudio, de los 90 expedientes analizados, el 58.8% de las pacientes tenían un periodo intergenésico mayor a 25 meses, un 27.7% con un periodo de 18 a 24 meses y un 13.3% con 17 meses o menos.

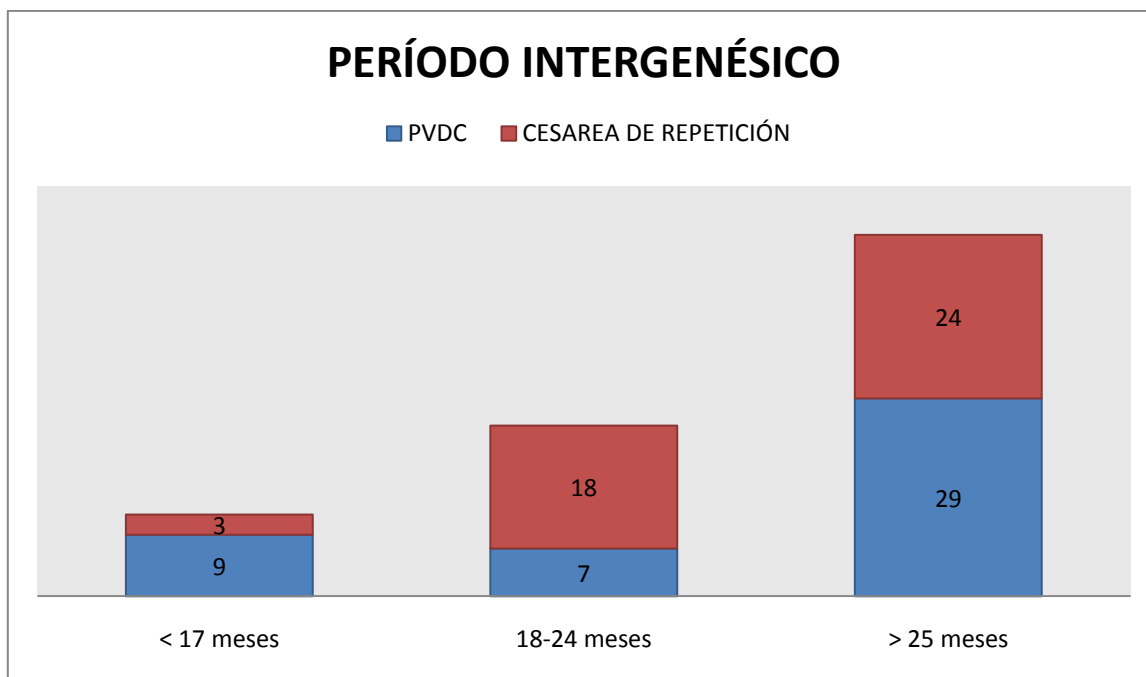


Tabla 5. Período intergenésico.

Parto vaginal previo. De acuerdo a la literatura, una mujer con historia de un parto vaginal previo a su cesárea, tiene mayor probabilidad de lograr parto vaginal después de cesárea que una mujer que solo ha tenido la cesárea.

Dentro de los expedientes estudiados de las pacientes con parto vaginal después de cesárea (n=45), se encontró un total de 27% de mujeres con antecedente de parto vaginal previo a la cesárea, contra un 73% de pacientes que únicamente tuvieron cesárea.

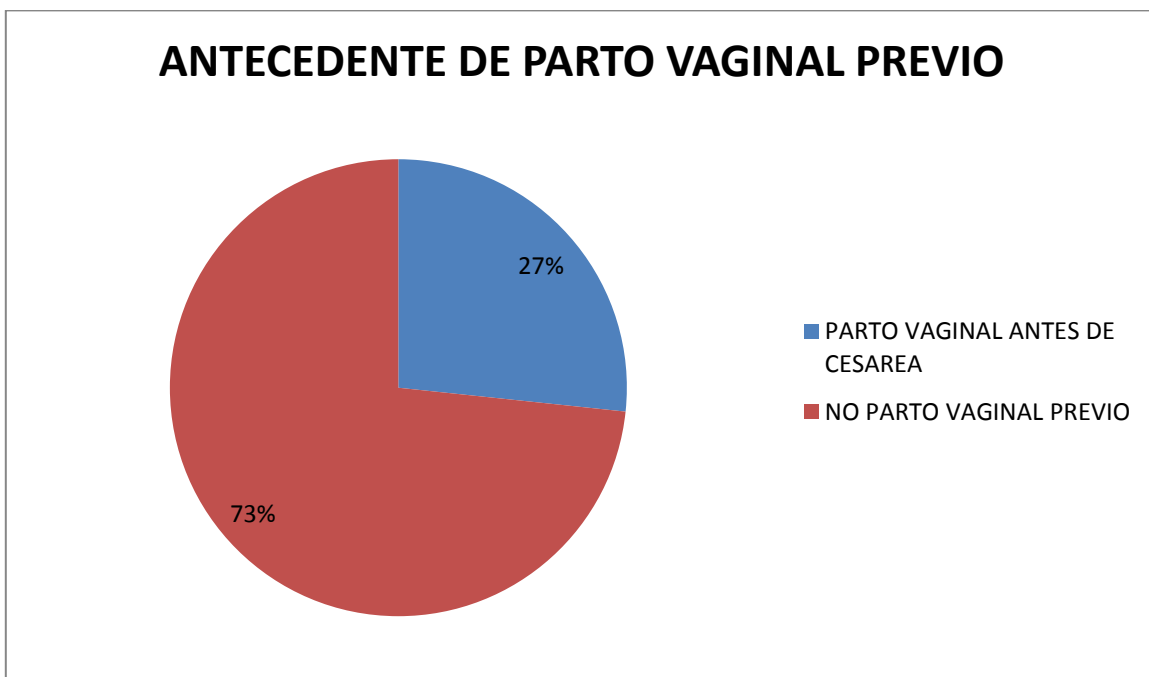


Tabla 6. Antecedente de parto vaginal previo.

Sexo del producto. En los 45 expedientes, se encontró que en las pacientes que tuvieron parto vaginal después de cesárea el 53.3% fueron productos de sexo femenino y 46.6% sexo masculino.

En las 45 pacientes que tuvieron cesárea de repetición, el 55.5% de los fetos fue sexo masculino y 44.4% sexo femenino.

En un estudio, Hashima y Guise en el 2007 hicieron un modelo predictivo de éxito para tener parto vaginal después de cesárea en donde el sexo fetal se incluye como factor predictivo. Los neonatos masculinos se asocian con disminución en la tasa de éxito de parto vaginal después de cesárea.

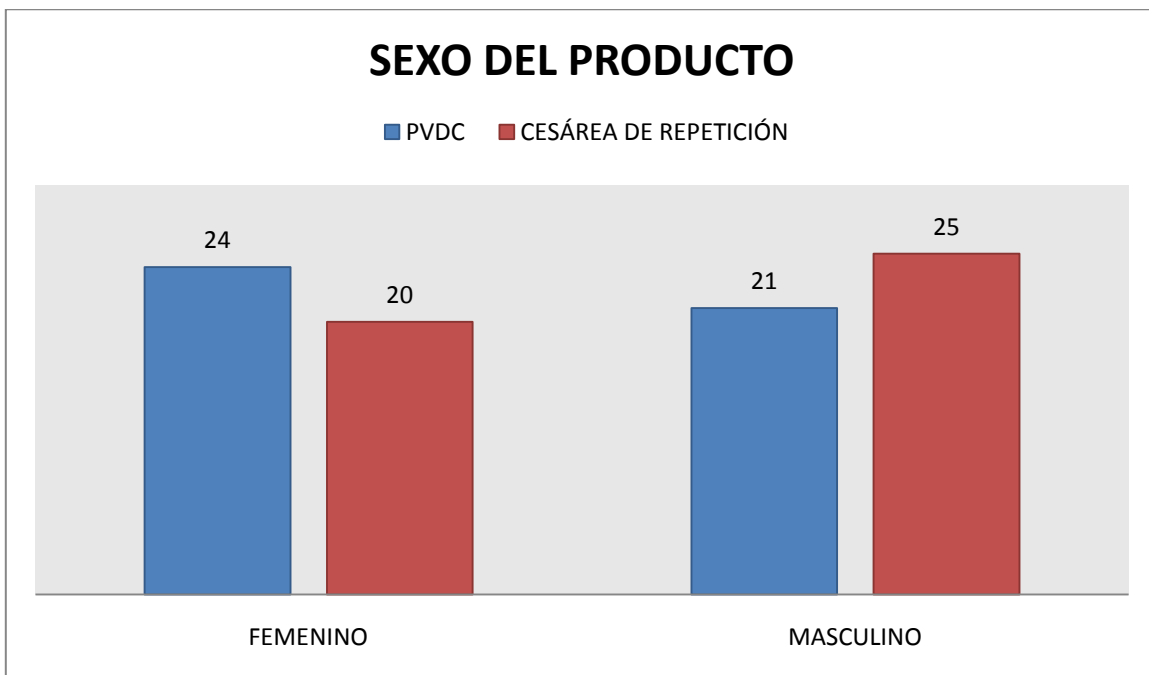


Tabla 7. Sexo del producto.

Peso al nacer. En una revisión de estudios que investigaban factores de riesgo negativos y positivos asociados al parto vaginal después de cesárea (Guise 2005) se determinó que el peso al nacer mayor de 4 kg está asociado a disminución de la probabilidad de tener parto vaginal después de cesárea, pero los investigadores determinaron que no hay diferencia estadística entre la incidencia de morbilidad, especialmente respecto a dehiscencia o ruptura uterina.

En este estudio, de las 45 pacientes que tuvieron parto vaginal después de cesárea se encontró que el 73.3% de los productos peso de 3 a 4 kg, el 24.4% menos de 3 kg y el 2.2% más de 4 kg.

En las pacientes con cesárea de repetición, el 75.5% estuvo entre 3 a 4 kg, el 17.7% menor de 3 kg y el 6.6% mayores de 4kg.

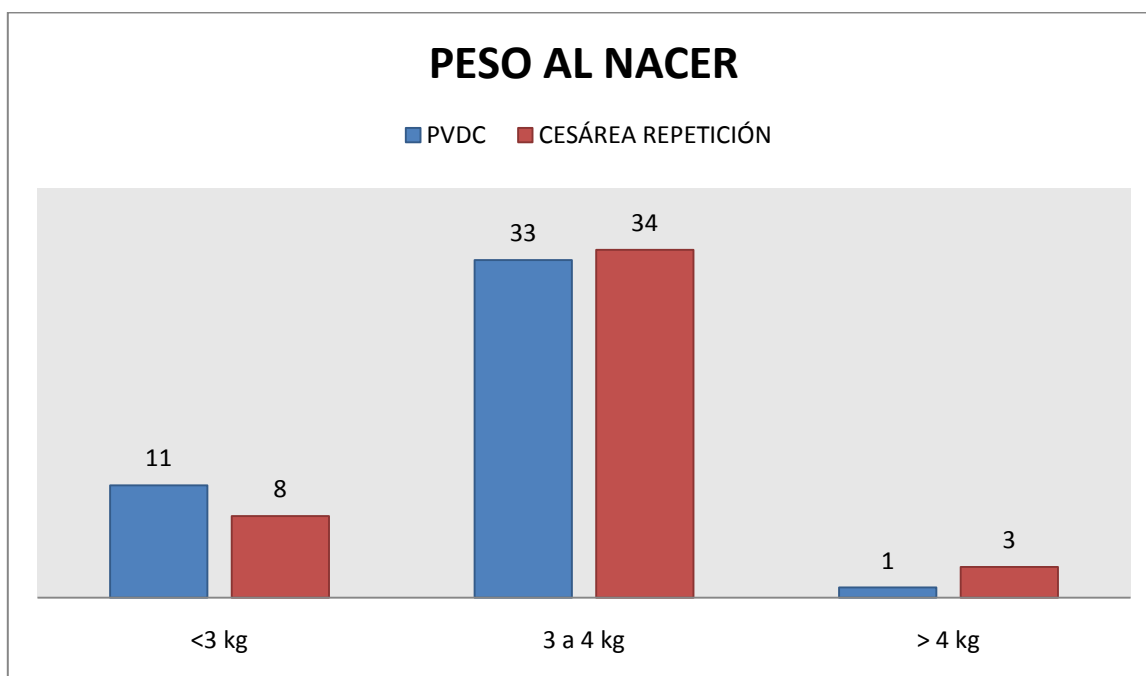


Tabla 8. Peso al nacer.

Analgesia obstétrica. La analgesia epidural puede ser usada en las pacientes con cesárea previa en prueba de trabajo de parto. Un adecuado alivio del dolor puede impulsar a más pacientes a intentar un parto vaginal después de cesárea. No hay evidencia que sustente que la analgesia sea factor de riesgo para una prueba fallida de trabajo de parto.

Además, una adecuada analgesia obstétrica no enmascara signos o síntomas de ruptura uterina, particularmente porque el signo más común de ruptura uterina es alguna variación en la frecuencia cardíaca fetal.

En nuestro estudio, del total de pacientes que tuvieron parto vaginal después de cesárea (n=45), solo a 13% (6) se les administro analgesia, mientras que al 87% (39) no se les administro.

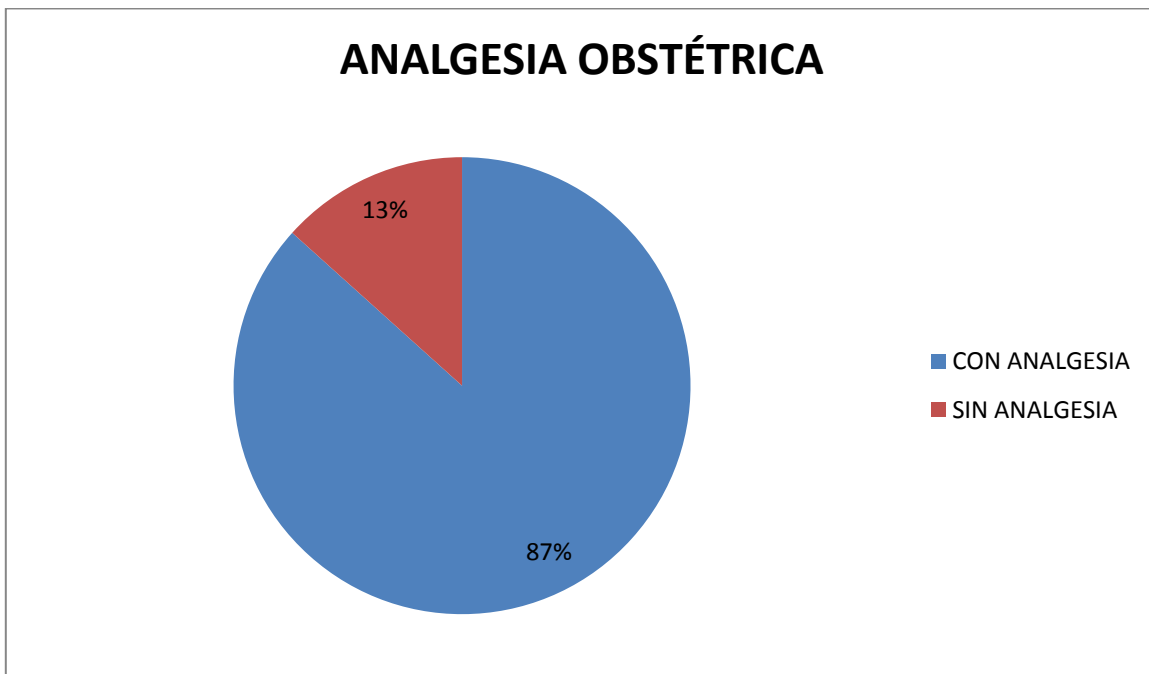


Tabla 9. Analgesia obstétrica.

Indicación de cesárea previa. Se reviso la historia clínica ginecoobstetrica en los expedientes de las 45 mujeres que tuvieron parto vaginal después de cesárea y en 45 mujeres que tuvieron cesárea de repetición.

Las investigaciones indican que si la indicación de la cesárea previa fue algún tipo de distocia, hay un mayor riesgo de fallar en el intento de tener un parto vaginal después de cesárea. En cambio si la indicación previa fue por algún motivo no recurrente (ej. Presentación pélvica), las probabilidades de lograr un parto vaginal son mayores.

Dentro de los expedientes estudiados (n=90) encontramos que el 24% se debió a producto en presentación pélvica, siguiendo en un 18% preeclampsia-eclampsia, 17% por distocia de contracción, 9% por estado fetal incierto, 7% Oligohidramnios, 6% por producto pretérmino, 6% por circular de cordón, 4% corioamnioitis, 4% embarazo gemelar, 3% por prolapso de cordón y 2% por situación fetal anormal.

INDICACION DE CESÁREA ANTERIOR

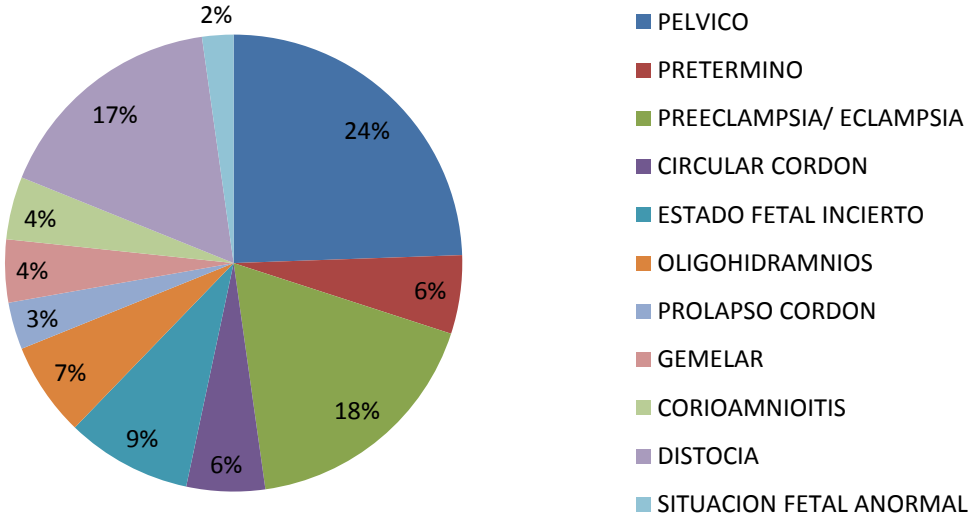


Tabla 10. Indicación de cesárea anterior.

Complicaciones maternas en pacientes que tuvieron parto vaginal después de cesárea. En un total de 45 pacientes que se estudiaron, el 69% tuvo un parto vaginal después de cesárea sin presentar complicación alguna. El 31% presento complicaciones como son desgarro perineal, hipotonía uterina, desgarro cervical, ruptura uterina, anemia, hemorragia e infección en vías urinarias.

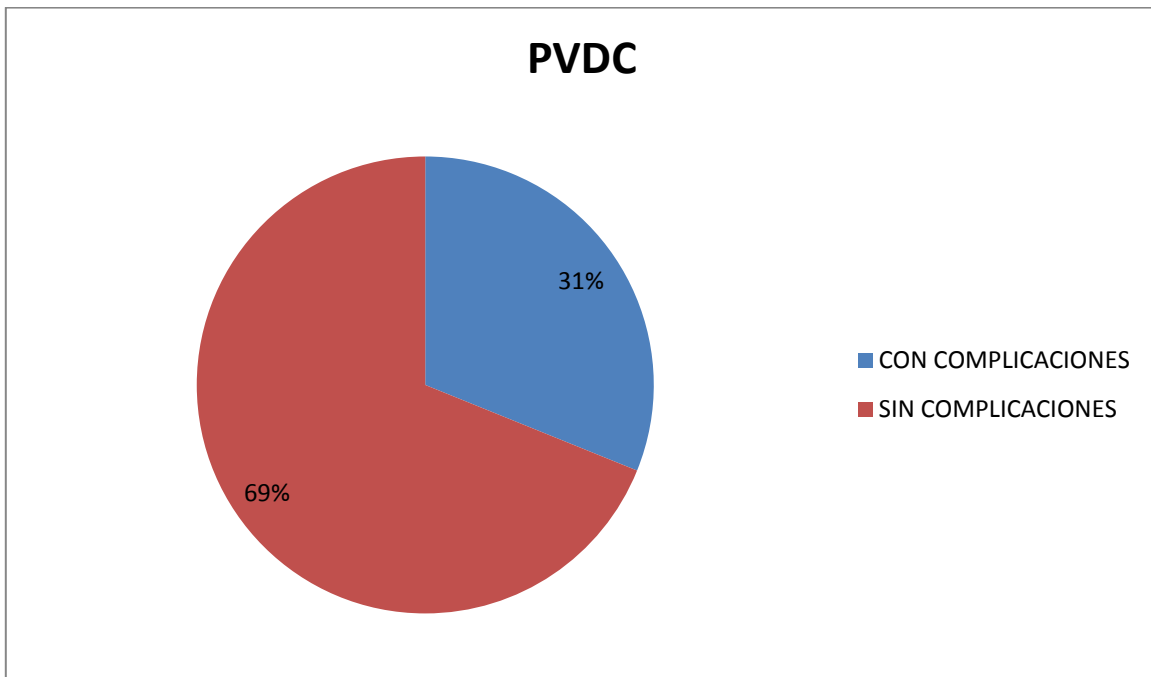


Tabla 11. Porcentaje de pacientes que presentaron complicaciones después de parto vaginal después de cesárea (n=45).

Complicaciones maternas en pacientes que tuvieron cesárea de repetición. El 62% de las pacientes estudiadas que tuvieron cesárea de repetición (n=45) cursaron sin complicaciones, mientras que el 38% presento complicaciones tales como ruptura uterina/ dehiscencia, infección de herida quirúrgica, anemia que requirió hemotransfusión, infección en vías urinarias y deciduoendometritis.

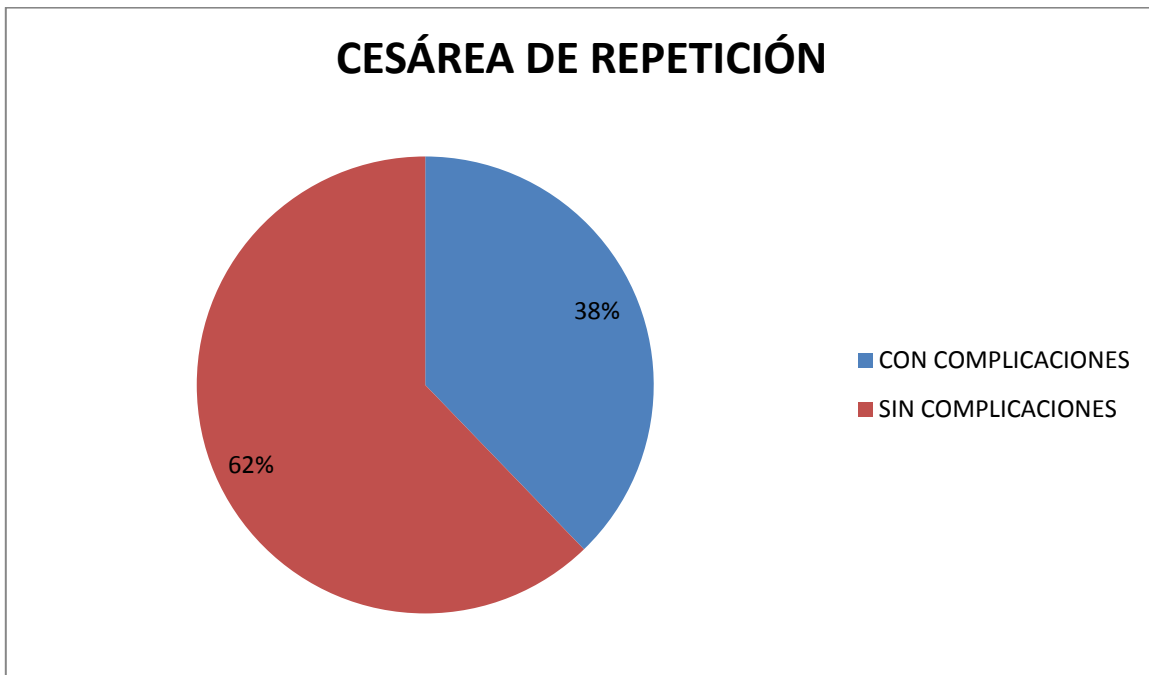


Tabla 12. Porcentaje de pacientes que presentaron complicaciones en cesárea de repetición (n=45).

De las 45 pacientes que tuvieron parto vaginal después de cesárea, las complicaciones que se presentaron fueron las siguientes:

Cuatro pacientes presentaron desgarro perineal de IV grado.

Una paciente con desgarro perineal de III grado.

Dos pacientes presentaron desgarro cervical.

Dos pacientes tuvieron hipotonía uterina la cual revirtió a manejo con masaje y oxitócicos.

Una paciente presentó anemia severa (menor de 7 gr. de hemoglobina) que requirió hemotransfusión.

Dos pacientes presentaron hemorragia posparto (mayor de 500 ml).

Una paciente con infección en vías urinarias.

Una paciente con Ruptura uterina, la cual requirió la realización de histerectomía obstétrica.

COMPLICACIONES MATERNAS EN PVDC

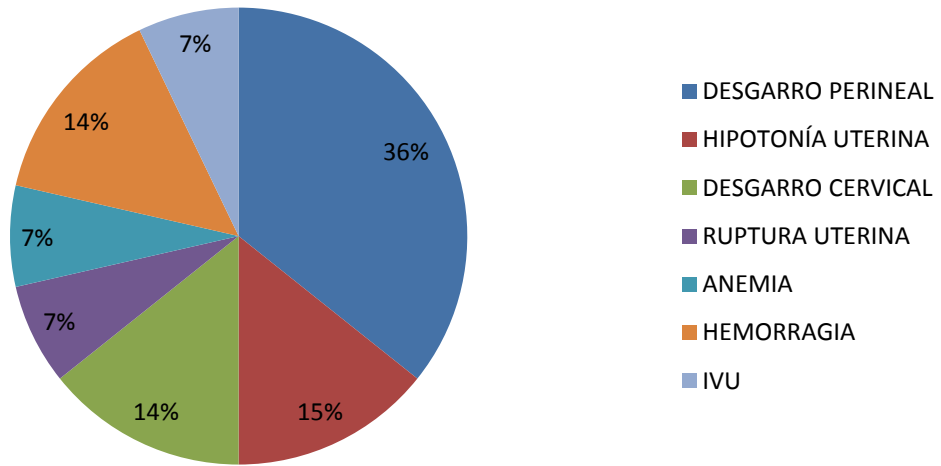


Tabla 13. Complicaciones maternas en pacientes que tuvieron parto vaginal después de cesárea (n=45).

De las 45 pacientes que eligieron cesárea de repetición, las complicaciones fueron las siguientes:

Dos pacientes presentaron dehiscencia de histerorrafia.

Ocho pacientes tuvieron infección en la herida quirúrgica.

Dos pacientes requirieron hemotransfusión por presenta hemoglobina menor a 7 mg/dl.

Tres pacientes fueron tratadas por infección en vías urinarias.

Dos pacientes tuvieron deciduoendometritis.

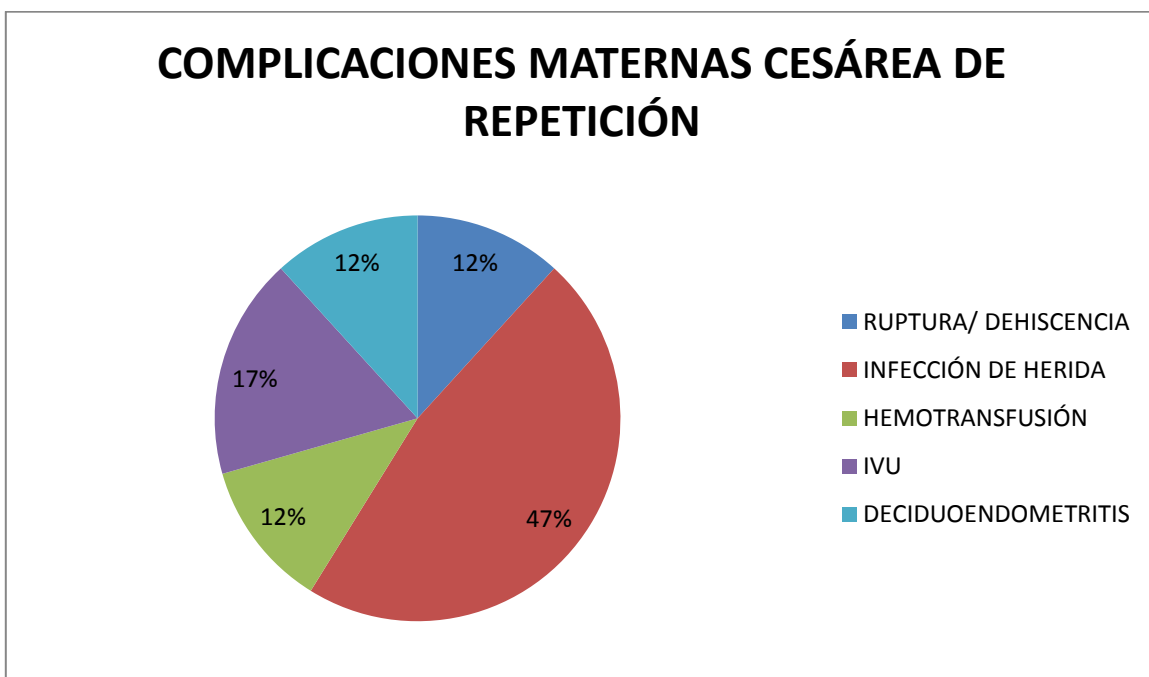


Tabla 14. Complicaciones maternas en pacientes que tuvieron cesárea de repetición (n=45).

Resultado perineal en pacientes que tuvieron parto vaginal después de cesárea (n=45). El 87% se realizó episiotomía, 11% de las pacientes tuvieron desgarro perineal de IV grado y un 2% desgarro perineal de III grado.

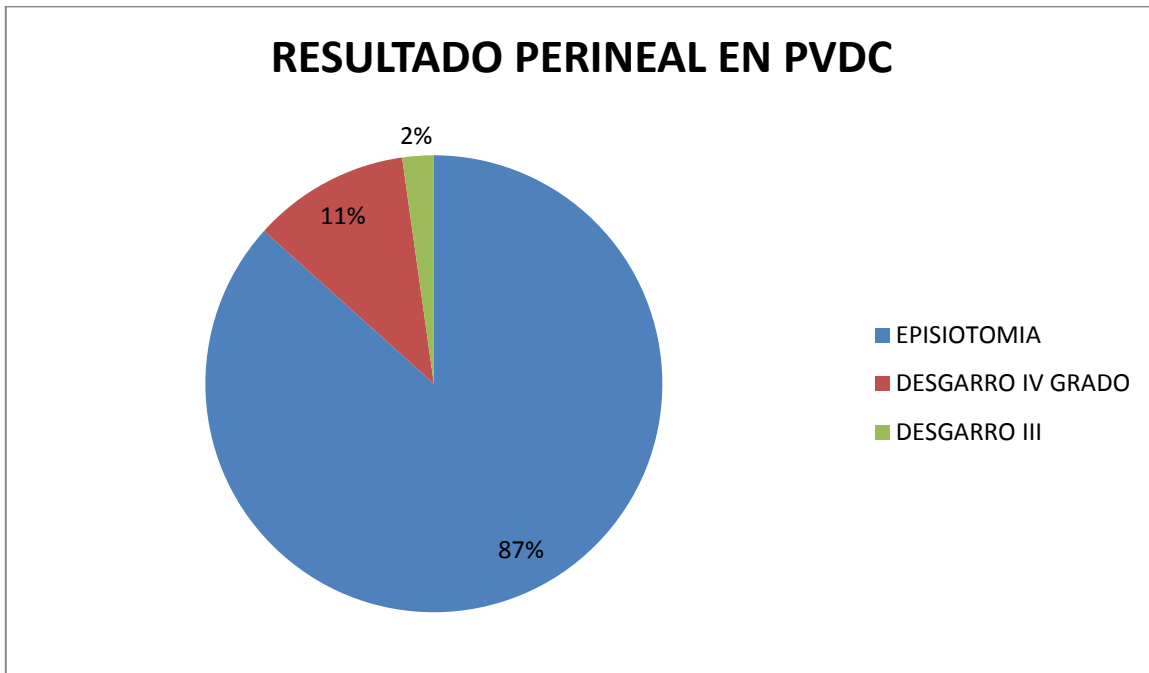


Tabla 15. Resultado perineal en pacientes que tuvieron parto vaginal después de cesárea (n=45).

Perdida sanguínea en evento obstétrico. La hemorragia posparto se define como una pérdida sanguínea estimada en las primeras 24 hrs mayor de 500 ml. después de un parto vaginal y mayor de 1000 ml. después de una cesárea.

Encontramos que el 77.7% tuvo una pérdida sanguínea normal de 500 ml o menos, el 30% se mantuvo entre 500ml a 1000 ml y solo el 3.3% presentó pérdida hemática de más de 1000 ml.

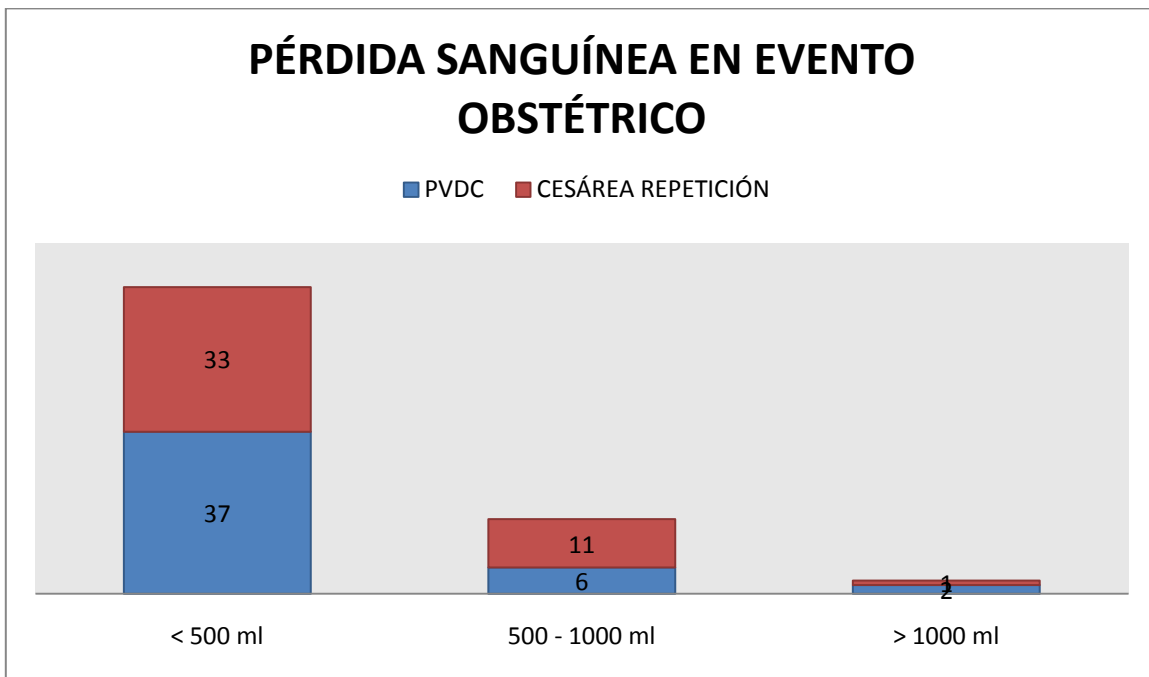


Tabla 16. Pérdida sanguínea en pacientes que tuvieron parto vaginal (n=45) y en pacientes que tuvieron cesárea de repetición (n=45).

Complicación neonatal en parto vaginal después de cesárea. De los productos obtenidos por parto vaginal (n=45), solo el 7% (3) presento alguna complicación. A continuación se describen:

Dos de los neonatos ingresaron a UCIN por presentar datos de dificultad respiratoria.

Un paciente ingreso debido a que la madre tenía el antecedente de sífilis durante el embarazo, aunque al momento del parto, la titulación resulto negativa.

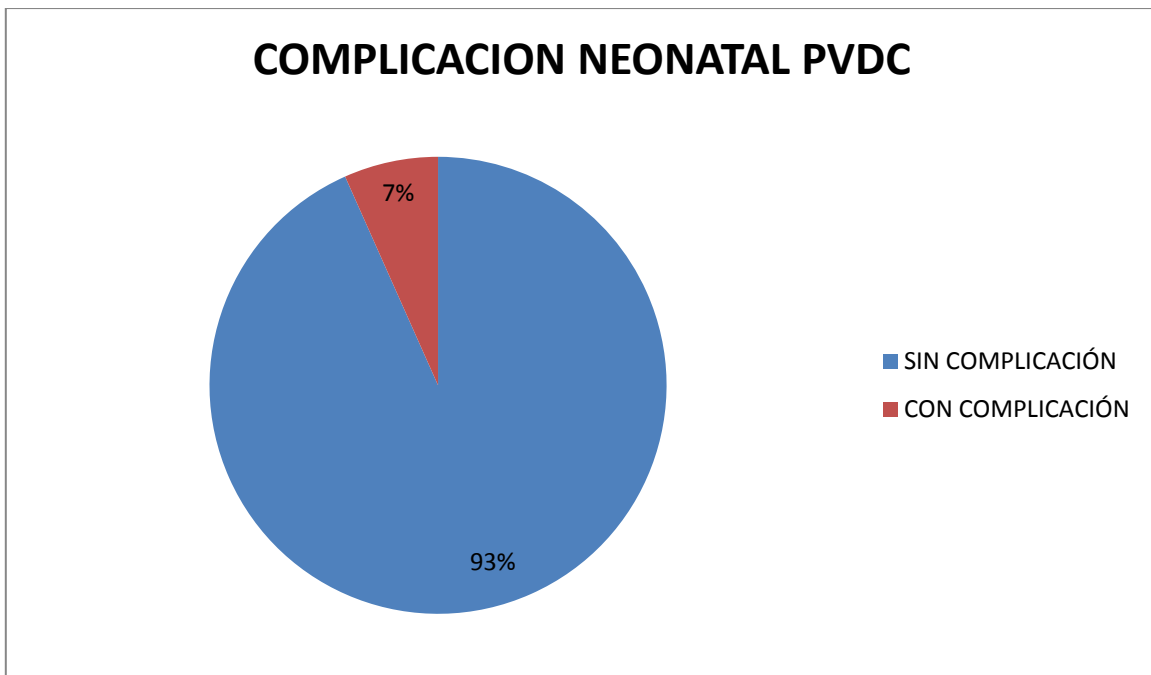


Tabla 17. Porcentaje de neonatos obtenidos por parto vaginal que presentaron complicaciones.

Respecto a los productos obtenidos por cesárea (n=45), el 27% de ellos (12) presento complicaciones. Las describimos a continuación:

Nueve neonatos presentaron dificultad respiratoria, solo tres se ingresaron a UCIN.

Un neonato fue diagnosticado con neumonía neonatal, por lo cual también ingresó a la unidad de cuidados intensivos neonatales.

Un neonato presento hiperbilirrubinemia, también fue ingresado a la unidad de cuidados intensivos neonatales.

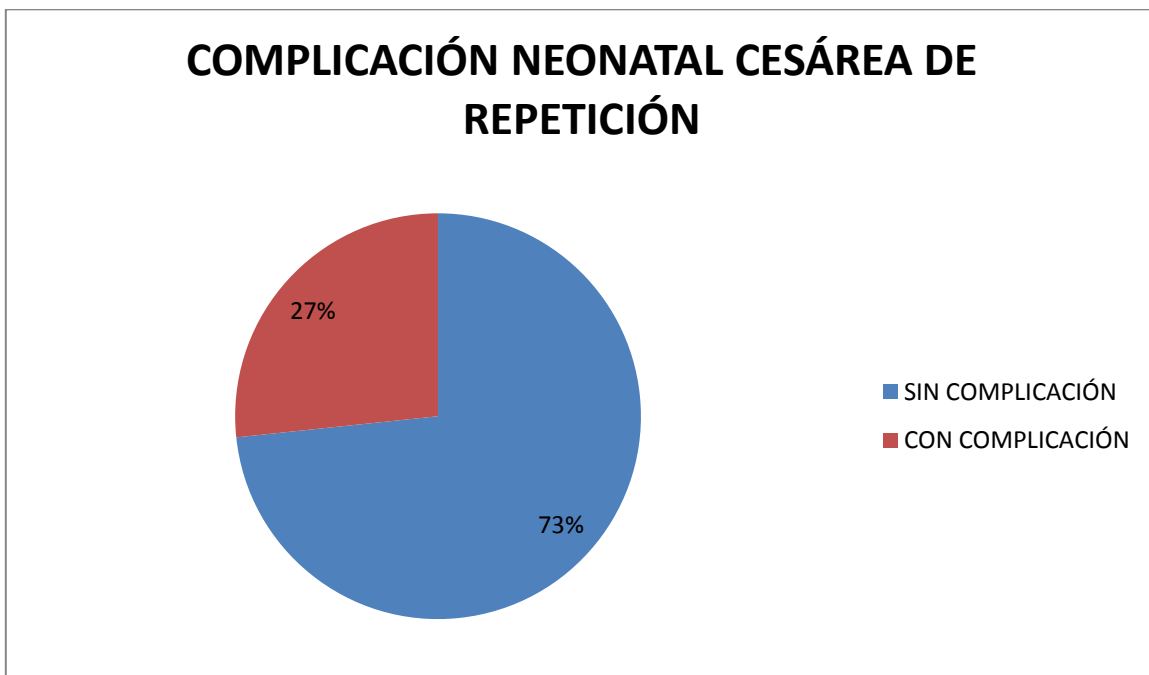


Tabla 18. Porcentaje de neonatos obtenidos por cesárea de repetición que presentaron complicaciones.

El APGAR es una calificación de cero a diez que evalúa la condición del neonato y determina su necesidad de resucitación. Una calificación de APGAR normal va del 7 al 10. Un neonato con moderada depresión neurológica y cardiorrespiratoria tendrá una calificación de APGAR del 4 al 6 y un neonato severamente deprimido tendrá una calificación de 0 a 3.

APGAR al minuto. Una calificación menor de 4 al minuto de nacimiento indica una necesidad de resucitación, pero no se correlaciona con el resultado futuro del infante. El APGAR al 5to. minuto es un predictor válido de mortalidad neonatal, pero es inapropiado usarlo para predecir resultados a largo plazo.

En nuestro estudio, el 52.2% tuvo APGAR de 4 a 6 al minuto de nacimiento, el 45.5% de 7 a 10 y un 2.2% de 0 a 3.

Al 5to. minuto, el 100% de los neonatos tuvo una calificación de APGAR de 7 a 10.

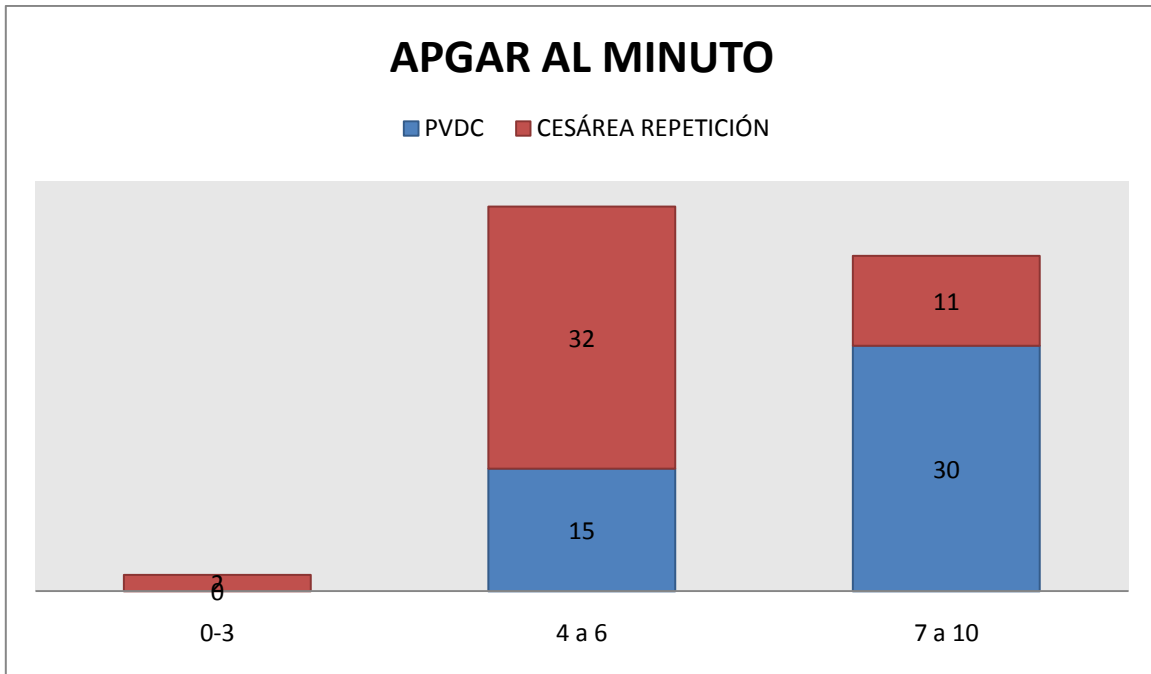


Tabla 19. Calificación de APGAR al minuto de nacimiento.

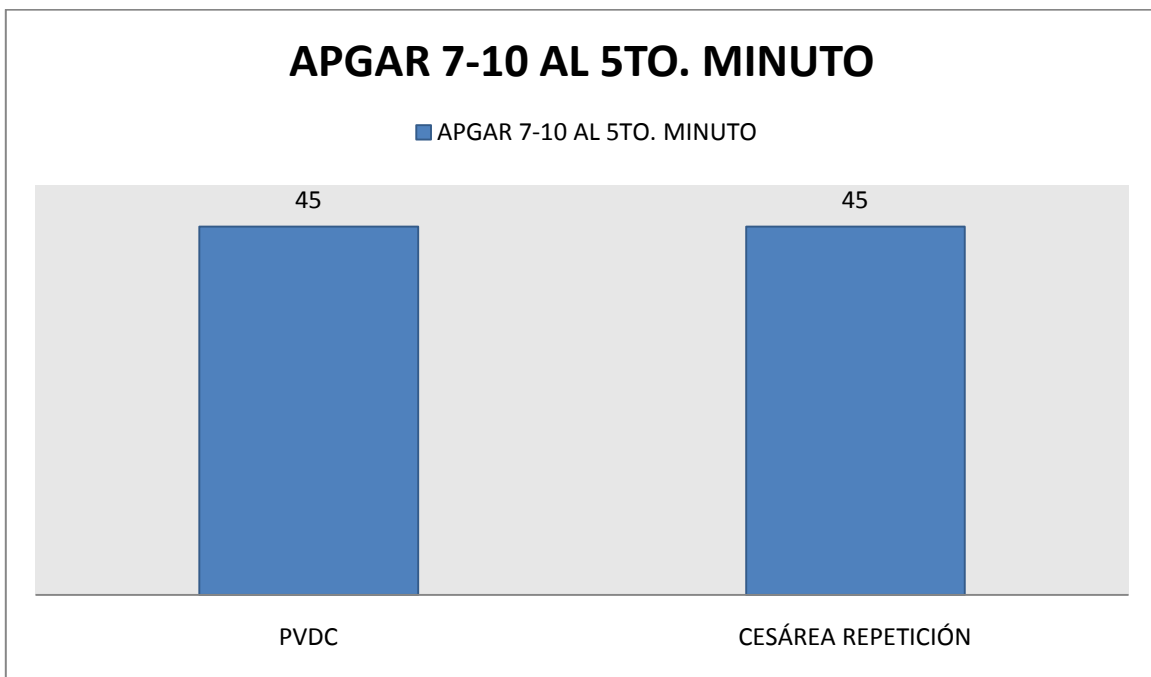


Tabla 20. Calificación de APGAR al 5to. minuto de nacimiento.

CONCLUSIONES

Se estudiaron 45 pacientes que tuvieron parto vaginal después de cesárea en el Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora en el periodo de enero a diciembre del 2010. Dichas pacientes acudieron al servicio de urgencias con trabajo de parto espontaneo.

De estas 45 pacientes, las complicaciones que presentaron fueron mínimas que incluyen desgarros perineales o infecciones urinarias. La complicación más severa se presento en una paciente que presento acretismo placentario y fue sometida a histerectomía obstétrica.

Respecto a los neonatos obtenidos por parto vaginal después de cesárea, notamos que la morbilidad fue menor comparada con los neonatos obtenidos por cesárea de repetición, sobre todo presentaron morbilidad respiratoria, y un pequeño porcentaje se ingreso a UCIN.

Se compararon las 45 pacientes de parto vaginal con 45 pacientes que ingresaron al servicio de urgencias con cesárea previa y trabajo de parto y que eligieron cesárea de repetición.

En este grupo de pacientes, las complicaciones fueron infecciones de herida principalmente, dos de ellas se encontró dehiscencia de histerorrafia al momento de la cesárea, la cual no tuvo mayor complicación. Dos pacientes cursaron con deciduoendometritis, requirieron mayor estancia intrahospitalaria pero en ambos casos se logro contener la infección con antibioticoterapia.

Como se comento anteriormente, respecto a los resultados neonatales, los pacientes obtenidos por cesárea tuvieron un mayor índice de dificultad respiratoria e ingreso a UCIN.

RECOMENDACIONES

En las pacientes que cumplan los criterios de elegibilidad, que tenga una cesárea previa, que ingresen con trabajo de parto espontáneo y deseen tener prueba de trabajo de parto en nuestro hospital, podrían someterse a dicha prueba y tratar de tener una resolución de embarazo vía vaginal, con lo cual disminuye la morbilidad materno-fetal y aunado a esto, nos ayudaría a reducir la tasa de cesáreas ya que del total de cesáreas en el año, en el 39.7% la indicación fue la de cesárea previa.

Se recomienda realizar un formato de consentimiento informado específicamente para pacientes con cesárea previa que intentaran prueba de trabajo de parto.

Únicamente el médico adscrito deberá decidir a qué pacientes se les someterá a prueba de trabajo de parto después de cesárea.

BIBLIOGRAFIA

1. Ahued, J. R. (2008). Parto y cesárea. En C. M. Obstetricia, *PAC GO-3* (págs. 773-801). México: Inter Sistemas Editores.
2. Ball, E., & Hinshaw, K. (2007). The Current Management of Vaginal Birth After Previous Cesarean Delivery. *The Obstetricina and Gynaecologist* , 77-82.
3. Bulletin, A. P. (2004). Vaginal birth after previous cesarean delivery. *Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists* , 1-10.
4. Cahill, A. G., Waterman, B. M., Stamilio, D. M., Odibo, A. O., Allsworth, J. E., Evanoff, B., y otros. (2008). Higher maximum doses of oxytocin are associated with an unacceptably high risk of uterine rupture in patients attempting vaginal birth after cesarean delivery. *American Journal Of Obstetrics and Gynecology* , 32.e1-32.e5.
5. Campero, L., Hernández, B., Leyva, A., Estrada, F., Osborne, J., & Morales, S. (2007). Tendencias de cesáreas en relación con factores no clínicos en un centro de educación para el parto en la ciudad de México. *Salud Pública de México* , 118-125.
6. Denk, C. E., & Aveni, K. P. (2009). Surveillance of Maternal Peripartum Complications Following Cesarean Section. *Maternal & Child Health Epidemiology* , 1-16.
7. Diaz, R. H., Mendez Velarde, F. A., Fonseca Chon, I., & Valenzuela Galván, M. (2007). Tendencia de Cesáreas de 1995 a Agosto del 2006 en el Hospital Integral

de la Mujer del Estado de Sonora y su comparación con el índice a nivel nacional. *Boletín clínico del Hospital Infantil del Estado de Sonora* , 24, 50-55.

8. Dodd, J. M., Crowther, C. A., Hiller, J. E., Haslam, R. R., & Robinson, J. S. (2007). Birth after cesarean study - planned vaginal birth or planned elective repeat cesarean birth: protocol for a patient preference study and randomised trial. *BMC Pregnancy and Childbirth* , 1-9.

9. GA, M., Hausman, N., Edelstein, R., Stamilio, D., & Marder, S. (2001). Predicting outcomes of trials of labor in women attempting vaginal birth after cesarean delivery: a comparison of multivariate methods with neural networks. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* , 184, 409-413.

10. Goldman, G., Pineault, R., Potvin, L., Blais, R., & Biolodeau, H. (1993). Factors influencing the practice of vaginal birth after cesarean section. *American Journal of Public Health* , 83, 1104-1108.

11. Gregory, K. D., Korst, L. M., Fridman, M., Shihady, I., Broussard, P., Fink, A., y otros. (2008). Vaginal birth after cesarean: clinical risk. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* , 198, 452.e1-452.e12.

12. Grobman, W. A., Lai, Y., & Landon, M. B. (2009). Can a prediction model of vaginal birth after cesarean also predict the probability of morbidity related to a trial of labor. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* , 56.e1-56.e6.

13. Gynecologists, A. C. (2010). Vaginal birth after previous cesarean delivery. *Practice Bulletin* , 116 (2), 450-461.

14. Landon, M. B. (2008). Vaginal Birth after Cesarean Delivery. *Clinics of Perinatology* , 491-504.
15. Lynch, J., & Pardy, J. (1996). Uterine rupture and scar dehiscence. A five year survey. *Anaesth Intensive Care* , 24, 669-704.
16. Mateos, M. L., Giacomini Carmiol, L., & Moya Sibaja, R. A. (2010). Resultados Obstetricos y Neonatales de Pacientes Secundigestas con Antecedente de Cesárea, Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia 2006-2007. *Acta Médica Costarricense* , 52 (1), 30-34.
17. Nielsen, T., & Klas, H. (1983). Postoperative cesarean section morbidity: A prospective study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* , 911-916.
18. Rosas, E. P., Gómez Dantes, O., & Garrido Latorre, F. (2004). Las cesareas en México: tendencias, niveles y factores asociados. *Salud Publica de México* , 46, 16-22.
19. Rossi, C. A., & D'Addario, V. (2008). Maternal morbidity following a trial of labor after cesarean section vs elective repeat cesarean delivery: a systematic review with metaanalysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* , 224-231.
20. Shakti, V., Behera, R., Shandu, G., Singh, A., & Bandhu, H. (2006). Vaginal Birth After Cesarean Delivery. *The Journal of Obstetrics and Gynecology of India* , 56 (4), 320-323.
21. Smith, J. G., Mertz, H. L., & Merrill, D. C. (2008). Identifying Risk Factors for Uterine Rupture. *Clinics in Perinatology* , 85-99.

22. Srinivasa, S. K., Stamilioa, D. M., Sammelb, M. D., Stevensa, E. J., Peipertc, J. F., Odiboa, A. O., y otros. (2007). Vaginal birth after caesarean delivery: does maternal age affect. *Paediatric and Perinatal Epidemiology* , 21, 114-120.

23. U., O. U. (2008). Estado Actual de la Cesárea. *Gaceta Médica de Caracas* , 114 (4), 280-286.

24. Pediatrics, A. A. (2006). The Apgar score. *American Academy of Pediatrics* , 117 (4), 1444-1447.

ANEXOS

1. TABLA DE RECOLECCION DE DATOS

EDAD
GESTAS
P. INTERGENESICO (MESES)
PESO PRODUCTO ANTERIOR
SEMANAS GESTACION
DILATACION
SEXO PRODUCTO
HORA NACIMIENTO
PESO PRODUCTO
TALLA PRODUCTO
APGAR 1ER Y 5TO MINUTO
CAPURRO
COMPLICACION MATERNA
COMPLICACION FETAL