



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCION DE EDUCACION E INVESTIGACION
SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Conducta obstétrica en pacientes con cesárea previa y su resultado materno y perinatal

TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICA

PRESENTADO POR: **JULIA MARGARITA ANAYA DOMINGUEZ**

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN:
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

DIRECTORES DE TESIS:

Dr. Antonio Pérez Alvarado

Dr. Alfonso Carrera Riva Palacios



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

Conducta obstétrica en pacientes con cesárea previa y su resultado materno y perinatal

Autor: Dra. Julia Margarita Anaya Domínguez

Vo. Bo.

Dr. José Antonio Memije Neri.

Titular del Curso de Especialización

Ginecología y Obstetricia.

Vo. Bo.

Dr. Antonio Fraga Mouret

Director de Educación e Investigación.

Conducta obstétrica en pacientes con cesárea previa y su resultado materno y perinatal

Autor: Dra. Julia Margarita Anaya Domínguez

Vo. Bo.

Dr. Antonio Pérez Alvarado

Director de tesis.

Jefe del servicio de Ginecología y Obstetricia

Hospital Regional Iztapapa

Vo. Bo.

Dr. Alfonso Carrera Riva Palacios

Director de Tesis.

Agradecimientos

A mis padres Pedro y Oralia por el amor y el apoyo que siempre me han brindado.

A mis hermanos Rosa María y Rodolfo por hacer los momentos más interesantes.

A mis maestros que durante estos años de aprendizaje me inculcaron el amor al arte.

Al Dr. Alfonso Carrera por brindarnos su tiempo y sus conocimientos.

A mis compañeros y amigos, por ellos supe lo que es el trabajo en equipo y la camaradería.

Índice

❖ Resumen	.....	7
❖ Glosario	.....	8
❖ Introducción	.....	9
❖ Marco teórico	.....	10
❖ Planteamiento del problema, Hipótesis, objetivos	.....	12
❖ Material y Métodos	.....	13
❖ Diseño estadístico	.....	14
❖ Resultados	.....	16
❖ Discusión	.....	27
❖ Conclusiones	.....	27
❖ Bibliografía	.....	28
❖ Anexos	.....	32

Resumen

Antecedentes; Indicar o no una cesárea es una responsabilidad importante en la práctica diaria del obstetra, hoy en día la incidencia de cesárea es cada vez mayor, con indicaciones que parecieran no justificables: el temor a una demanda legal o por solicitud de la paciente. En 1985 la Organización Mundial de la Salud estableció en 15% la cifra más alta aceptable de cesáreas.

La principal indicación de cesárea es el antecedente de cesárea previa.

Objetivos; Comparar en mujeres con cesárea previa los resultados maternos y perinatales en el la terminación del embarazo actual de parto contra cesárea de repetición.

Material y métodos; se realizó un estudio retrospectivo, longitudinal observacional descriptivo realizado en México D.F. en el Hospital Regional de Iztapalapa de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, en el periodo de 1 de Enero del 2012 al 31 de Diciembre del 2012. En el análisis estadístico se obtuvieron medias y porcentajes mediante el programa SPSS. El estudio se dividió en dos grupos, pacientes con cesárea previa y terminación del embarazo por parto y terminación del embarazo por cesárea de repetición.

Resultados; con un total de 142 casos con antecedente de cesárea previa, 58 casos fueron parto y 84 casos con cesárea de repetición, se estudiaron variables como la edad, peso del feto previo, periodo intergenésico, indicación de la cesárea previa, horas de estancia en unidad tocoquirurgica, prueba de trabajo de parto, analgesia obstétrica, apgar al minuto y a los 5 minutos, medidas de reanimación avanzada, complicaciones maternas como: hemorragia obstétrica, transfusión, histerectomía, uso de método anticonceptivo y días de estancia intrahospitalaria. De todas las variables estudiadas, solamente se encontraron diferencias estadísticas en las rubros de: horas de estancia en unidad de tococirugía (p .000), prueba de trabajo de parto (p .000), complicación (p .024), y días de estancia intrahospitalaria (p .000).

Conclusiones; la principal indicación de cesárea de repetición es el antecedente de cesárea, pero no se cuenta con evidencia que la realización de una cesárea de repetición, disminuye las complicaciones maternas y perinatales valoradas en la puntuación de apgar, medidas de reanimación neonatal, hemorragia obstétrica, transfusión. La indicación de cesárea de repetición por periodo intergenésico corto (menor de 18 meses), no se asocia a aumento de dehiscencia o ruptura uterina secundario a trabajo de parto espontaneo.

Conducta obstétrica en pacientes con cesárea previa y su resultado materno y perinatal.

Glosario:

Cesárea: Intervención quirúrgica practicada a través de la pared anterior del útero por medio de una laparotomía para la extracción del feto y sus anexos.

Cesárea previa: Intervención quirúrgica practicada a través de la pared anterior del útero por medio de una laparotomía para la extracción del feto y sus anexos, en una paciente con antecedente de la realización de una intervención igual.

Parto: Expulsión o extracción del feto y sus anexos por vía vaginal a partir de la semana 20 de gestación.

Periodo intergenésico : tiempo transcurrido desde el último evento obstétrico hasta el actual.

Periodo intergenésico corto (PIC): tiempo transcurrido desde el último evento obstétrico hasta el actual en un lapso igual o menor de 18 meses.

Prueba de trabajo de parto: observación cuidadosa del trabajo de parto durante cierto periodo, con el fin de determinar la posibilidad de un nacimiento por vía vaginal.

Duración del trabajo de parto: Tiempo trascurrido entre la presencia de contracciones uterinas regulares y la terminación del embarazo vía vaginal o cesárea.

Presentación pélvica: relación directa del polo pelviano fetal, en situación longitudinal con el estrecho superior materno.

Oligohidramnios: Índice de líquido amniótico igual o menor de 5cm, cuantitativo por USG.

Baja Reserva Fetal (BRF): Situación de riesgo para el feto que puede conducir a lesiones más o menos graves e incluso la muerte, clínicamente hipoxia y acidosis. En este concepto; en el presente trabajo, se incluyen; bradicardia fetal, taquicardia fetal y sufrimiento fetal agudo.

Enfermedad Hipertensiva Inducida por el Embarazo (EHIE): Tensión arterial igual o mayor de 140/90mmHg en 2 tomas, de acuerdo a las características clínicas y bioquímicas clasificada como preeclampsia leve, severa o eclampsia.

Ruptura prematura de membranas (RPM): pérdida de la solución de continuidad de las membranas corioamnióticas, con la subsiguiente salida del líquido amniótico; antes del inicio del trabajo de parto.

Apgar: Escala de valoración del recién nacido al minuto y a los cinco minutos en relación a la oxigenación.

Método de planificación familiar: Elemento de los servicios de salud reproductiva integral, reconociendo el derecho de las personas a decidir cuantos hijos tener y cuando tenerlos.

Introducción

Una cesárea realizada en la terminación del primer embarazo, predispone a repetirla en los siguientes.

En las pacientes con cesárea previa se recomienda intentar un parto, el riesgo principal es la dehiscencia de la cicatriz

Si se realiza una prueba de trabajo de parto, es importante la vigilancia cuidadosa de esta. La morbilidad materna en la cesárea es un problema difícil de evaluar, por que en la mayoría de los casos de complicaciones obstétricas graves es difícil achacarla a la intervención o a la causa que la motivo. La cesárea tiene un riesgo superior de complicaciones al que tiene un parto. En general el posoperatorio de la cesárea es más molesto que las secuelas de un parto.

Desde el punto de vista económico los costos de una cesárea son más altos.

El obstetra y las mujeres dan cada vez menos importancia a la cesárea, los avances en la técnica, anestesia y medicamentos han hecho que la cesárea sea una intervención de poca morbilidad y casi nula mortalidad, pero el riesgo relativo es dos o tres veces mayor que el parto.

De acuerdo al departamento de estadística del Hospital Regional de Iztapalapa, en el año 2012 fueron atendidos 4595 nacimientos, de los cuales 989 fueron cesáreas y el resto partos.

De acuerdo a este resultado cuentan con un índice de cesárea de 21.5%. En ese mismo año no se registraron en esta unidad hospitalaria muertes maternas o muertes perinatales.

Marco teórico

En 1916 Craig hizo su pronunciamiento: “una vez cesárea, siempre cesárea”. Aunque este enfoque prevaleció por más de cinco décadas, el promedio de índice de cesáreas, así como cesáreas de repetición se mantuvo bajo. El rango de cesáreas en Estados Unidos en 1965 era de 4.5%. desde entonces los avances quirúrgicos, anestésicos, antibióticos y transfusionales la volvieron más segura.¹

En 1990 las organizaciones de salud promovieron el parto vaginal después de una cesárea, así como prueba de trabajo de parto en cesárea previa, para disminuir la cesárea electiva de repetición, por lo que se incrementaron los partos vaginales de 19.9% en 1990 a 28.3% en 1996; las cesáreas disminuyeron de 22.7 a 20.7%, pero esto decayó hasta 8.5% en el 2006 y el índice de cesáreas continuo elevándose hasta el 32.3% en el 2008.²

En 1985 la Organización Mundial de la Salud estableció en 15% la cifra más alta aceptable de cesáreas, en nuestro país la Norma Oficial Mexicana para la atención del embarazo, parto, puerperio y del recién nacido, emitida en 1995, propone el 20% en los hospitales de tercer nivel y 15% en los de segundo nivel.³

Existe la discusión generalmente aceptada que los índices de cesárea de mas del 15- 20% no implica mejores resultados maternos y perinatales.

Indicar o no una cesárea es una responsabilidad importante en la práctica diaria del obstetra, hoy en día la incidencia de cesárea es cada vez mayor, con indicaciones que parecieran no justificables: el temor a una demanda legal o por solicitud de la paciente, o bien por una actitud deficiente por parte del médico que prefiere la facilidad de la cirugía a la vigilancia del trabajo de parto. Por estas razones es la cirugía que más se realiza en todos los hospitales de segundo nivel de atención médica en el sector salud y aun más en hospitales privados.⁴

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 las llamadas 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 entre otras.¹⁴

Si consideramos que la salud pública está a cargo de los gobiernos, el costo de la operación cesárea viene a ser una carga económica alta en diversos rubros como son: el médico, el hospitalario y el social, debido a la recuperación más lenta.⁶

En Estados Unidos se ha incrementado el número de mujeres que deciden cesárea electiva sin indicación médica basadas en el miedo al dolor de un parto vaginal, disfunción del piso pélvico y la conveniencia. La morbilidad y la mortalidad de la cesárea debe ser discutido con las mujeres. Algunos estudios muestran el incremento de infección puerperal, hemorragia que requiera histerectomía, paro cardíaco, tromboembolismo y complicaciones de la anestesia, además de incrementar el riesgo de morbilidad respiratoria en el neonato así como prematuridad iatrogénica. Los beneficios potenciales de una cesárea electiva incluyen prevención de la elongación del plexo braquial causado por distocia de hombros, encefalopatía hipoxico-isquémico por asfixia neonatal, hemorragia intracraneal e infección neonatal.^{8,1}

Las mujeres que han tenido una cesárea previa se les debe de dar una orientación más amplia sobre la probabilidad de éxito del trabajo de parto después de una cesárea (TOLAC), los riesgos de ruptura uterina y disponibilidad de un TOLAC en su comunidad.

Un estudio del 2011 extrapola los efectos de la tendencia actual al futuro encontrando que “ Si los índices de cesárea primaria y de repetición continua elevándose como en los años recientes, para el 2020 los nacimientos por cesárea tendrán un índice de hasta 56.2% y habrá adicionalmente 6236 placentas previas, 4504 acretismo placentarios y 130 muertes maternas anualmente”.¹⁴

Un estudio realizado en 19 hospitales de Estados Unidos del 2002 al 2008 reveló que le 47% de los cesáreas intraparto de debió a distocias, 27.1% por alteraciones en la frecuencia cardiaca fetal. El 45% de las cesárea que ocurrieron antes del trabajo de parto fueron por cicatrices uterinas y 17.1 % fueron por presentaciones no cefálicas.¹⁸

De acuerdo al Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (ACOG) estableció que se debe intentar un parto después de una cesárea (VBAC) en instituciones que cuenten con equipo y médicos disponibles en caso de emergencia, para ofrecer una prueba de trabajo de parto (TOLAC). En un estudio de 975 mujeres con múltiples cesáreas previas y 16 915 mujeres con una cesárea previa con prueba de trabajo de parto, no se asocio al incremento de ruptura uterina en las mujeres con múltiples cesáreas previas; pero, si se incrementó el riesgo de histerectomía y transfusión. El intervalo de tiempo estándar para indicar el nacimiento por cesárea es de 30 minutos.¹⁷

En México, el aumento en la tasa de cesáreas, particularmente en las instituciones del sector salud, es un problema importante, ya que su frecuencia no se ha justificado medicamente. Tampoco se ha demostrado un efecto positivo para reducir la mortalidad y morbilidad materna e infantil. En contraste eleva el costo de los servicios de atención médica y el costo social en las mujeres operadas y sus familias.¹¹

La principal indicación de cesárea es el antecedente de cesárea previa.⁴

Planteamiento del problema

¿Cuál es la conducta obstétrica en pacientes con antecedente de cesárea previa y su resultado materno y perinatal?

Justificación

La cesárea es la cirugía que más se realiza a nivel mundial. De acuerdo a las indicaciones; la principal causa, es el antecedente de cesárea previa; siendo la indicación de la primer cesárea no justificable en la mayoría de los casos (realizada por elección materna en medios particulares).

En el siguiente evento obstétrico la paciente acude a diferente unidad hospitalaria en donde de acuerdo a los diagnósticos se inicia vigilancia y posterior decisión de vía de terminación del embarazo.

No se realiza de manera sistematizada una prueba de trabajo de parto en las pacientes con antecedente de cesárea previa y se decide repetición de la misma como vía de resolución del embarazo.

De acuerdo a la literatura reportada, la cesárea de repetición no disminuye los resultados adversos maternos y perinatales en comparación con el parto, pero si incrementa el costo de los servicios médicos (recursos en el personal hospitalario y días de estancia hospitalaria).

No se disminuyen los resultados adversos maternos y perinatales si la incidencia de las cesáreas aumenta más allá del 20%; recomendado en centros hospitalarios de tercer nivel, y 15% en unidades de segundo nivel de acuerdo a la OMS.

En las pacientes con cesárea previa y cesárea de repetición se condena a la repetición de cesárea como vía de terminación de los embarazos posteriores, siendo población adolescentes en su mayoría las que cuentan con esta característica y que no tienen en definitivo el uso de un método de planificación familiar.

Si continúa en aumento la incidencia de cesáreas en un futuro (8 a 10 años) también se incrementará la morbilidad por esta causa; placenta previa, acretismo placentario y la mortalidad materna.

Hipótesis

La realización de la primer cesárea en su mayoría fue realizada en centros hospitalarios particulares sin una indicación sustentable.

El incremento de las cesáreas de repetición no disminuye la morbilidad y mortalidad materna.

La cesárea de repetición disminuye la morbilidad pero no la mortalidad neonatal.

La aceptación de un método de planificación definitivo tiene una aceptación baja, no importa el método de terminación del embarazo o la edad de la paciente.

Objetivos:

General

Específicos

Comparación de cesárea de repetición vs parto y su resultado materno y perinatal, medir variables maternas: hemorragia, transfusión e hysterectomía. Y la medición de variables perinatales: peso, apgar, reanimación avanzada, y su presentación en cada uno de los grupos.

Estimar la prevalencia de cesárea de repetición en pacientes con cesárea previa.

Estimar el riesgo beneficio de la realización de la cesárea en comparación con parto vaginal en pacientes con cesárea previa.

Comparación de resultados maternos y perinatales de acuerdo a la vía de terminación del embarazo.

Indicación de la cesárea previa y repetición por la misma indicación

Material y métodos

1.- Tipo de estudio

Observacional

Analítico

Transversal

Retrospectivo

2.- Análisis del universo

Lugar de estudio. Secretaria de Salud del Distrito Federal

Hospital Regional Iztapalapa

3.- universo de trabajo

Expedientes de pacientes con antecedente de cesárea previa que solicitaron atención obstétrica en el periodo de 01- Enero- 2012 al 31- Diciembre -2012.

4.- Muestra

Censo

5.- criterios de inclusión

Expedientes de mujeres con cesárea previa atendidos en el Hospital Regional Iztapalapa en el 2012.

Expedientes de mujeres con cesárea previa y embarazo igual o mayor de 34 semanas de gestación

6.- Criterios de no inclusión

Expedientes de mujeres con cesárea previa que al momento de la atención cuenten con embarazo menor de 34 semanas de gestación.

Expedientes de mujeres con antecedente de 2 cesáreas previas

Expedientes de mujeres con 1 o mas partos además de 1 cesárea previa

7.- Criterios de eliminación.

Pacientes que no se encuentren registradas en el censo y pacientes a las que no se tenga acceso al expediente clínico.

6.- variables

Ver tabla anexa

Diseño estadístico

Se seleccionara en base a la revisión de expedientes clínicos de mujeres con antecedente de cesárea previa, embarazos en el momento de su atención iguales o mayores de 34 semanas de gestación que solicitaron atención médica obstétrica en el Hospital Regional de Iztapalapa en el año 2012.

Se recabaran datos de tipo de terminación del embarazo: parto o cesárea, indicación de cesárea y resultado de acuerdo a la presentación o no de hemorragia, transfusión e histerectomía en la madre, el peso, apgar y medidas de reanimación avanzada en el neonato. Así como el uso de servicios auxiliares tales como terapia intensiva de adultos y neonatal.

Se obtuvieron frecuencias y porcentajes, mediante la ayuda del programa SPSS. Se obtuvo significancia estadística mediante chi cuadrada.

Aspectos éticos

Este estudio se apega a los lineamientos de la Ley General de Salud para la investigación de los seres humanos, donde prevalece el respeto a su dignidad y la protección a sus derechos así como su bienestar. También se protegerá la privacidad del individuo sujeto de estudio, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran, manteniendo confidencialidad respecto a sus datos personales.

De acuerdo a la misma ley este estudio de investigación se considera sin riesgo, ya que solo se emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivo, en las que no se realiza ninguna intervención o modificación en las variables fisiológicas, psicológicas o sociales del individuo que se incluyó en el estudio.

Todos los datos obtenidos fueron por medio de una hoja de recolección de datos, previamente revisada y autorizada por el comité de ética del hospital donde se realizó el estudio.

RESULTADOS

Se recabaron 142 casos con antecedente de cesárea previa que cumplían con los criterios de inclusión con edades entre 16 y 41 años con una media de 24.10 años, se dividieron por grupos de edad entre 15 a 20 años, 21 a 30 años, 31 a 35 años y mayores de 35 años, en donde no se encontró diferencia estadística significativa, con un tiempo de cesárea previa de 6 meses a 20 años, no se encontró significancia estadística. Se sometieron a trabajo de parto 65 casos un porcentaje de 47.18%, el resto (54.22%) no se realizó prueba de trabajo de parto con diferencia estadística ($p < .000$). a los que se sometió a prueba de trabajo de parto 54 casos fueron parto (83.07%) y 11 la vía de terminación fue cesárea (16.92 %) con una significancia estadística de $p < .000$. Todos los embarazos fueron de 34 a 41 semanas de gestación, de los cuales 58 casos la vía de terminación fue parto y 84 casos cesárea.

Las causas de cesárea previa fueron: No trabajo de parto 23 casos, baja reserva fetal en 21 casos y desproporción cefalopélvica en 18 casos, de los que se ignora el motivo de cesárea previa fueron 12 casos.

En las pacientes que fueron sometidas a una cesárea de repetición las indicaciones fueron: cesárea previa 20 casos, periodo intergésico corto 16 casos y desproporción cefalopélvica en 10 casos como principales causas, con una significancia estadística de $p < .000$.

De acuerdo a las variables las pacientes las cuales la vía de terminación fue parto, las que al ingreso tenían actividad uterina regular con dilatación de 4 cm o más.

Las que ingresaron sin trabajo de parto en su mayoría la terminación fue cesárea de repetición.

Edad materna

	Terminación		Total
	Parto	Cesárea	
15-20	20	17	37
21-30	30	56	86
31-35	6	8	14
Mas 35	2	3	5
Total	58	84	142

La significancia de la prueba de chi cuadrada para la edad en los 2 grupos no cuenta con significancia estadística ($p < .266$). en el grupo de edad de 15 a 20 años, fueron 37 casos un porcentaje de 26.05%, en el grupo de 21 a 30 años 86 casos un porcentaje de 60.56% , en el grupo de 31 a 35 años 14 casos con un porcentaje de 9.85%. en mayores de 35 años 5 casos con un porcentaje de 3.52 %.

Periodo intergenésico

	Terminación		Total
	Parto	Cesárea	
-12	2	0	2
Meses 12-18	4	14	18
+18	52	70	122
Total	58	84	142

La significancia de la prueba de chi cuadrada para el periodo intergenésico en los 2 grupos no se tiene significancia estadística ($p .060$). En el grupo en el cual la cesárea previa se realizó en un lapso de menos de 12 meses fue de 2 casos, un porcentaje de 1.40%, en el grupo de 12 a 18 meses fue de 18 casos con un porcentaje de 12.67%, de estos el 22.22% fueron parto y el 77.77% fue cesárea de repetición. y en el grupo en donde la cesárea previa había sido en un intervalo de tiempo mayor a 18 meses fueron 122 casos con un porcentaje de 85.91%, de estos 42.62% fueron parto y 57.37% fueron cesárea de repetición.

Cabe resaltar que como segunda causa de cesárea de repetición en el presente trabajo fue periodo intergenésico corto y que los 2 casos en el que este periodo fue menor a 12 meses la terminación del embarazo fue de parto, en uno de ellos se utilizaron fórceps, sin ninguna complicación materna o fetal.

La mayoría de los casos contaba con periodo intergenésico mayor de 18 meses.

Indicación de cesárea previa

	Terminación		Total
	Parto	Cesárea	
No trabajo de parto	9	14	23
Circular de cordón	7	9	16
DCP*	6	12	18
Pélvico	2	4	6
Oligohidramnios	1	8	9
BRF**	12	9	21
EHIE***	6	9	15
RPM****	2	6	8
Prematurez	4	1	5
Embarazo prolongado	1	4	5
No Sabe	7	5	12
Distocia	1	2	3
Implantación anómala de placenta	0	1	1
Total	58	84	142

*Desproporción céfalopelvica

** Baja Reserva Fetal

*** Enfermedad Hipertensiva inducida por el embarazo

**** Ruptura Prematura de Membranas

La significancia de la prueba de chi cuadrada para la indicación de la cesárea previa en los 2 grupos no cuenta con significancia estadística (p .338).

La principal causa de la primer cesárea fue de no trabajo de parto en 23 casos con un porcentaje de 16.19%, la segunda fue baja reserva fetal, en donde se engloban causas referidas como sufrimiento fetal, taquicardia y bradicardia, con 21 casos y un porcentaje de 14.78%, la tercera causa fue desproporción cefalopélvica en 18 casos con un porcentaje de 12.67%, la enfermedad hipertensiva en 15 casos con un porcentaje de 10.56%, el número de casos en el que la paciente no sabía el motivo de la cesárea previa fue de 12 casos con un porcentaje de 8.45%.

Con menor porcentaje se encuentra implantación anormal de la placenta en 1 caso (0.70%).

Lugar de la cesárea previa

	Terminación		Total
	Parto	Cesárea	
Institucional	10	17	27
Privado	4	4	8
No registrado	44	63	107
Total	58	84	142

La significancia de la prueba de chi cuadrada para el lugar de realización de cesárea previa en los 2 grupos no cuenta con significancia estadística (p .801).

En la mayoría de los casos no se encuentra registrado el lugar en donde se practicó la primer cesárea (75.35%) y en los casos referidos como institucionales fueron en SSADF, IMSS, ISSSTE fueron 27 casos (19.01%) y el resto en instituciones privadas (8 casos, 5.63%).

Peso de feto previo

	Terminación		Total
	Parto	Cesárea	
Menos de 2500 g	1	6	7
Entre 2500-3500 g	44	64	108
Más de 3500 g	7	8	15
Desconocidos	6	6	12
Total	58	84	142

La significancia de la prueba de chi cuadrada para el peso del feto previo en los 2 grupos no cuenta significancia estadística (p .445).

En su mayoría con peso adecuado; grupo de 2500 a 3500 gramos, en 108 casos con un porcentaje de 76.05%, en los casos en los que se desconoce el peso del feto previo fueron 12, con un porcentaje de 8.45%.

Semanas de gestación

	Terminación		Total
	Parto	Cesárea	
34-37	10	17	27
semanas 38-41	47	66	113
+41	1	1	2
Total	58	84	142

La significancia de la prueba de chi cuadrada para las semanas de gestación en los 2 grupos no cuenta con significancia estadística (p .879).

En el presente trabajo no se incluyeron pacientes con embarazos menores de 34 semanas de gestación, ya que otra indicación de cesárea es esta edad del embarazo.

En embarazos de 34 semanas o más, no se encuentran diferencias en el modo de terminación en el embarazo de acuerdo a trabajos ya establecidos.

En los casos con embarazos de 34 a 37 semanas de gestación 10 fueron parto con un porcentaje de 37.03% y 17 casos fueron cesárea de repetición con un porcentaje de 62.96%, de un total de 27 casos para este intervalo de semanas de gestación.

En los casos de embarazos de 38 a 41 semanas de gestación fueron 113 casos con un porcentaje de 79.57%, de los cuales 47 casos (41.59%) terminaron en parto y 66 casos (58.40%) fueron cesárea de repetición. Solamente se documentó 2 casos de más de 41 semanas de gestación (43 semanas por fecha de ultima regla y 42 semanas de gestación dada por la valoración del pediatra).

Horas de estancia en unidad tocoquirurgica

	Terminación		Total
	Parto	Cesárea	
-4	47	34	81
4-12	9	31	40
12-24	2	15	17
+24	0	4	4
Total	58	84	142

La significancia de la prueba de chi cuadrada para las horas de estancia en unidad tocoquirurgica hasta la resolución del embarazo en los 2 grupos es de $p < .000$.

De los casos en los que estuvieron en la unidad tocoquirurgica menos de 4 horas fueron 81 casos, 47 fueron parto (58.02%) y 34 fueron cesárea de repetición (41.97%).

De los que estuvieron de 4 a 12 horas fueron 40 casos, de los cuales 9 fueron parto (22.5%) y 31 fueron cesárea (77.5%).

Los que estuvieron en el servicio de 12 a 24 horas fueron 17 casos, los cuales 2 terminaron en parto (11.76%) y 15 casos terminaron en cesárea (88.23%).

Solamente se tiene 4 casos que permanecieron en la unidad tocoquirurgica por más de 24 horas, de los cuales todos fueron cesárea.

De los casos en los que la cesárea se realizó antes de 4 horas se podrían catalogar como de urgencia, posterior a este transcurso de tiempo solamente estaban en espera de tiempo quirúrgico, lo que agrega más días de estancia intrahospitalaria.

Prueba de trabajo de parto

	Terminación		Total
	Parto	Cesárea	
SI	54	11	65
NO	4	73	77
Total	58	84	142

La significancia de la prueba de chi cuadrada para la prueba de trabajo de parto en los 2 grupos cuenta con una significancia estadística de $p < .000$.

De todos los casos solamente a 65 de ellos se realizó prueba de trabajo de parto, 54 de los casos terminaron en parto con un porcentaje de 83.07% y 11 casos con un porcentaje de 16.92% terminaron en cesárea de repetición.

77 de los casos solamente 4 no se indicó prueba de trabajo de parto y la terminación fue parto, con un porcentaje de 5.19%, de estos 3 casos se hospitalizaron en periodo expulsivo y 1 caso fue fortuito. El resto de los 73 casos no se les inicio prueba de trabajo de parto y la terminación del embarazo fue cesárea de repetición.

Indicación de cesárea de repetición

	Terminación		Total
	Parto	Cesárea	
No aplica	58	0	58
PIC*	0	16	16
Cesárea previa	0	20	20
Sin trabajo de parto	0	2	2
Circular de cordón	0	1	1
DCP**	0	10	10
Pélvico	0	7	7
Oligohidramnios	0	6	6
BRF***	0	7	8
EHIE****	0	3	3
RPM ⁺	0	5	5
Distocia	0	2	2
Hipomotilidad	0	2	2
Tabique vaginal	0	1	1
Placenta previa	0	1	1
gemelar	0	1	1
Total	58	84	142

*Periodo intergénésico corto

**Desproporción céfalopélvica

***Baja reserva fetal

**** Enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo

+ Ruptura prematura de membranas

La significancia de la prueba de chi cuadrada para la indicación de cesárea de repetición en los 2 grupos cuenta con p .000.

La principal indicación de cesárea de repetición fue el antecedente de cesárea previa en 20 casos con un porcentaje de 23.80%, la segunda indicación fue periodo intergenésico corto con 16 casos con un porcentaje de 19.04%, la tercera causa fue desproporción cefalopélvica en 10 casos con un porcentaje de 11.90%, como cuarta causa se encuentra baja reserva fetal con 8 casos, un porcentaje de 9.52%, como quinta causa oligohidramnios con 6 casos con un porcentaje de 7.14%. 7 casos por presentación pélvica con un porcentaje de 7.14%, el resto la indicación de cesárea de repetición fueron: embarazo gemelar, placenta previa, hipomotilidad. Y en 3 casos (3.57%), enfermedad hipertensiva del embarazo.

Uso de analgesia obstétrica

		Terminación		Total
		Parto	Cesárea	
analgesia	SI	3	0	3
	NO	55	84	139
Total		58	84	142

La significancia de la prueba de chi cuadrada para el uso de analgesia obstétrica en los 2 grupos no se tiene significancia estadística (p .066).

No se indica analgesia obstétrica de manera rutinaria, solamente en 3 casos (2.11%) se solicitó la analgesia de las cuales todas fueron parto.

Peso Fetal

		Terminación		Total
		Parto	Cesárea	
gramos	-2500	5	7	12
	2500-3500	45	63	108
	+3500	8	14	22
Total		58	84	142

La significancia de la prueba de chi cuadrada para el peso del feto en los 2 grupos no tiene significancia estadística (p .897).

En su mayoría con peso adecuado; grupo de 2500 a 3500 gramos, en 108 casos con un porcentaje de 76.05%, con peso menor de 2500 gramos en 12 casos (8.45%), y mayores de 3500 gramos 22 casos (15.49%).

Sexo del recién nacido

	Terminación		Total
	Parto	Cesárea	
sexo femenino	20	47	67
masculino	38	37	75
Total	58	84	142

La significancia de la prueba de chi cuadrada para el sexo del feto en los 2 grupos no tiene significancia estadística.

El 47.18% fueron recién nacidos femeninos y 52.81% fueron recién nacidos masculinos.

Apgar al minuto

	Terminación		Total
	Parto	Cesárea	
-5	0	2	2
Apgar 5-7	6	8	14
8-10	52	74	126
Total	58	84	142

La significancia de la prueba de chi cuadrada para el apgar al primer minuto en los 2 grupos no tiene significancia estadística (p .344).

De los 2 casos en los cuales se cuenta con apgar menor de 5 puntos, la terminación fue cesárea con un porcentaje de 2.38%.

En los casos con apgar al minuto de 5 a 7 puntos fueron 14 (9.85%), 6 fueron parto (42.85%), y 8 fueron cesárea (57.14%).

En los casos en que el apgar al minuto fue de 8 a 10 puntos fueron 126 casos, de los cuales 52 (41.26%) fueron parto y 74 casos fueron cesárea (58.73%).

El tamaño de la muestra puede ser pequeño o no ser suficiente para encontrar diferencias estadísticamente significativas.

Apgar a los 5 minutos

		Terminación		Total
		Parto	Cesárea	
Apgar	5-7	1	2	3
	8-10	57	82	139
Total		58	84	142

La significancia de la prueba de chi cuadrada para el apgar a los 5 minutos en los 2 grupos no tiene significancia estadística (p .637).

En los casos con apgar a los 5 minutos fue de 5 a 7 puntos fueron 3 (2.11%), 1 fue parto (33.33%), y 2 fueron cesárea (66.66%).

En los casos en que el apgar a los 5 minutos fue de 8 a 10 puntos fueron 139 casos, de los cuales 57 (41.66%) fueron parto y 82 casos fueron cesárea (58.99%).

El tamaño de la muestra puede ser pequeño o no ser suficiente para encontrar diferencias estadísticamente significativas.

Medidas de Reanimación Neonatal Avanzada

		Terminación		Total
		Parto	Cesárea	
SI		4	6	10
NO		54	78	132
Total		58	84	142

La significancia de la prueba de chi cuadrada para la reanimación fetal avanzada en los 2 grupos no tiene significancia estadística (p .615).

En el grupo de parto, 4 casos requirieron medidas de reanimación avanzada (6.89%) y 54 casos no la requirieron (93.10%).

En el grupo de cesárea 6 casos requirieron medidas de reanimación avanzada (7.14%), 78 (92.85%), no requirieron medidas.

El tamaño de la muestra puede ser pequeño o no ser suficiente para encontrar diferencias estadísticamente significativas.

Método de planificación familiar

	Terminación		Total
	Parto	Cesárea	
No acepta	29	17	46
DIU*	27	4	31
OTB**	2	63	65
Total	58	84	142

*Dispositivo intrauterino

** Oclusión tubaria bilateral

La significancia de chi cuadrada para el método de planificación familiar es de p. 000.

De los 142 casos, 46 (32.39%), no acepto método de planificación.

Del dispositivo en su mayoría se colocó en el postparto y la oclusión tubaria bilateral se le ofreció a las pacientes en las cuales la terminación fue cesárea.

Complicación materna

		Terminación		Total
		Parto	Cesárea	
Complicación	SI	7	2	9
	NO	51	82	133
Total		58	84	142

La significancia estadística de chi cuadrada es de p .024.

Las complicaciones en la cesárea fueron: hemorragia obstétrica con indicación de transfusión en 1 caso, y en las complicaciones en los casos de parto fueron el uso de fórceps, en 4 casos, 1 hemorragia obstétrica, 1 dehiscencia de cicatriz uterina con tratamiento conservador.

Días de estancia intrahospitalaria

		Terminación		Total
		Parto	Cesárea	
Días	1	47	0	47
	2	9	35	44
	3 ó +	2	49	51
Total		58	84	142

La significancia estadística de chi cuadrada es de p .000.

Los casos en los que fueron parto la estancia intrahospitalarios fue menor en comparación con las pacientes que fueron sometidas a cesárea de repetición.

Discusión

El estudio retrospectivo, transversal, observacional; se realizó con un grupo de embarazadas con antecedente de cesárea y la realización de cesárea de repetición o parto como vía de terminación en su segundo embarazo, estudiando variables como; edad, periodo intergenésico, motivo de la cesárea previa, prueba de trabajo de parto, apgar al minuto y a los 5 minutos, medidas de reanimación neonatal, hemorragia obstétrica, transfusión, en los dos grupos.

En este estudio se recabaron 142 casos con antecedente de cesárea previa que cumplían con los criterios de inclusión con edades entre 16 y 41 años con una media de 24.10 años, se dividieron por grupos de edad entre 15 a 20 años, 21 a 30 años, 31 a 35 años y mayores de 35 años, en donde no se encontró diferencia estadística significativa. Todos los embarazos fueron de 34 a 41 semanas de gestación, de los cuales 58 casos la vía de terminación fue parto y 84 casos cesárea. Con un tiempo de cesárea previa de 6 meses a 20 años, no se encontró significancia estadística. De los casos que se sometieron a trabajo de parto, 65 casos un porcentaje de 47.18%, el resto (54.22%) no se realizó prueba de trabajo de parto con diferencia estadística (p .000). a los que se sometió a prueba de trabajo de parto 54 casos fueron parto (83.07%) y 11 la vía de terminación fue cesárea (16.92 %) con una significancia estadística de p .000.

Conclusiones

Los datos obtenidos muestran que es mejor para las pacientes ingresar a la unidad tocoquirúrgica con actividad uterina regular y modificaciones cervicales, para tener mayor posibilidad de un parto. En pacientes que tienen el antecedente de cesárea es recomendable dejar avanzar el trabajo de parto hasta obtener modificaciones cervicales, siempre y cuando no se encuentre alguna indicación para apresurar el nacimiento.

La indicación de cesárea de repetición por periodo intergenésico corto, no debe considerarse, ya que no se encontró relación con el tiempo de cesárea previa y la evolución a parto.

No se encontraron significancia estadística en el apgar al minuto y a los 5 minutos en los 2 grupos.

No se encontró significancia estadística en las complicaciones maternas estudiadas en los dos grupos, parto y cesárea.

La comunicación con las pacientes en la consulta prenatal es muy importante para explicar las ventajas o desventajas del parto y de la cesárea en la madre y en el producto.

“Es necesaria una campaña de información dirigida a las embarazadas de forma específica, a la sociedad en general y a las autoridades judiciales en particular, para desarraigar la idea de que la obstetricia es una ciencia exacta, con un final necesariamente feliz, y que la cesárea es la solución a todos los problemas obstétricos”. Dr. Pedro de la Fuente

Bibliografía

- 1.- Flores P, González P, et al. Factores de riesgo en la operación cesárea. *Ginecol Obstet Mex* 2008; 76(7): 392-7.
- 2.-Shanks A, Cahill A. Delivery After Prior Cesarean: success Rate and Factors. *Clin Perinatol* 38 (2011) 233-245.
- 3.-MacDorman M, Menacker F, et al. Cesarean birth in the United States: Epidemiology, Trends, and Outcomes. *Clin Perinatol* 35(2008) 293-307.
- 4.-Muñoz JM, Rosales E, Dominguez G. Operación cesárea: ¿ indicación justificante o preocupación justificada? *Ginecol Obstet Mex* 2011; 79(2): 67-74.
- 5.-Bonanno C, Clausing M, VBAC: A Medicolegal Perspective. *Clin Perinatol* 38 (2011) 217-225.
- 6.-Leeman LM. Prenatal Counseling Regarding Cesarean Delivery. *Obstet Gynecol Clin N Am* 35 (2008) 473-495.
- 7.-Dresang LT, Leeman L. Cesarean Delivery. *Prim Care Clin Office Pract* 39 (2012) 145-165.
- 8.-Gibbons L, Belizan JM, et al. Inequities in the use of cesarean section deliveries in the world. *Am J Obstet Gynecol*, 2012; 206:331.
- 9.-Korst LM, Gregory KD, et al. Nonclinical Factors Affecting Women's Access to Trial of Labor After Cesarean Delivery. *Clin Perinatol* 38 (2011) 193-216.
- 10.-Mancuso MS, Rouse DJ. Cesarean Delivery for Abnormal Labor. *Clin Perinatol* 35(2008) 479-490.
- 11.-Zupanic JA. The Economics of Elective Cesarean Section. *Clin Perinatol* 35 (2008) 591-599.
- 12.-Williams HO. The Ethical Debate of Maternal Choice and Autonomy in Cesarean Delivery. *Clin Perinatol* 35 (2008) 455-462.
- 13.-Lee YM, Dalton ME. Cesarean Delivery on Maternal Request: the impact on Mother and Newborn. *Clin Perinatol* 35(2008) 505-518.
- 14.-Cheng YW, Eden KB, et al. Delivery After Prior Cesarean: Maternal Morbidity and Mortality. *Clin Perinatol* 38 (2011) 297-309.
- 15.-Zhang J, Troendle J, et al. Contemporary cesarean delivery practice in the United States. *Am J Obstet Gynecol* 2010; 203:326.
- 16.-Wilmink FA, Hukkelhoven CW, et al. Neonatal outcome following elective cesarean section beyond 37 weeks of gestation: a 7-year retrospective analysis of a national registry. *Am J Obstet Gynecol* 2010; 202:250.
- 17.-Zelop CM. Uterine Rupture During a Trial of Labor After Previous Cesarean Delivery. *Clin Perinatol* 38 (2011) 277-284.

18.-MacDorman M, Declercq E, et al. Recent Trends and Patterns in Cesarean and Vaginal Birth After Cesarean (VBAC) Deliveries in the United States. Clin Perinatol 38 (2011) 179-192.

ANEXOS

Tabla de variables

	Definición operacional	Tipo de Variable	Unidad de medida
Cesárea	Intervención quirúrgica practicada a través de la pared anterior del útero por medio de una laparotomía para la extracción del feto y sus anexos.	Dependiente Cualitativa nominal	Presente- ausente
Parto	Expulsión o extracción del feto y sus anexos por vía vaginal a partir de la semana 20 de gestación	Dependiente Cualitativa nominal	Ausente- presente
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	Continua Cuantitativa de control	Años cumplidos
Paridad	Numero de embarazos y su resultado obstétrico	Discontinua Cuantitativa continua	Número de partos
Semanas de gestación	Numero de semanas desde la fecha de ultima regla hasta el momento de atención hospitalaria	Independiente Cuantitativa discontinua	Numero de semanas
Indicación de la primer cesárea	Motivo de la realización de cesárea en la terminación del embarazo anterior.	Dependiente Cualitativa nominal	motivos
Duración de trabajo de parto	Tiempo transcurrido entre la presencia de contracciones uterinas regulares y la terminación del embarazo vía vaginal o cesárea	Independiente Cuantitativa discontinua	Número de horas
Peso fetal	Medida de peso al momento de	Cuantitativa continua	Gramos
Apgar a los 5	Escala de valoración del	Discontinua	puntos

minutos	recién nacido a los 5 minutos en relación a la oxigenación	Cuantitativa de control	
Uso de oxitocina	Fármaco oxiótico para regularizar la actividad uterina en el trabajo de parto.	Independiente Cuantitativa nominal	Miliunidades
Uso de analgesia obstétrica	Procedimiento que se realiza con el fin de disminuir el discomfort materno durante el trabajo de parto	Independiente Cualitativa nominal	Presente o ausente
Morbilidad materna	Riesgo de que suceda un evento adverso en la madre durante el trabajo de parto, parto, cesárea o puerperio.	Independiente cualitativa	%
Morbilidad perinatal	Riesgo de que suceda un evento adverso en el feto/neonato durante el trabajo de parto, parto o cesárea.	Independiente cualitativa	%
Método de planificación familiar	Elemento de los servicios de salud reproductiva integral, reconociendo el derecho de las personas a decidir cuantos hijos tener y cuando tenerlos.	Independiente Cualitativa nominal	Presente-ausente

Hoja de recolección de datos

Conducta obstétrica en pacientes con cesárea previa y su resultado materno y perinatal

Nombre del paciente:

Expediente:

Edad:

Numero de Gestas:

Fecha de cesárea anterior:

Motivo de cesárea anterior:

Lugar de cesárea anterior:

Peso de feto anterior:

Fecha y Hora de ingreso a unidad tocoquirurgica:

Diagnóstico de ingreso a unidad tocoquirurgica:

Semanas de gestación:

Prueba de trabajo de parto:

Duración:

Uso de oxitocina

Analgesia obstétrica:

Terminación del embarazo.

Fecha:

Parto:

Cesárea:

Hora de nacimiento:

Indicación:

Datos del feto:

Peso:

Apgar a los 5 minutos:

Requirió medidas de reanimación avanzadas:

Requirió ingreso a unidad de cuidados intensivos neonatales: Diagnóstico de ingreso a UCIN:

Horas de estancia en UCIN:

Diagnóstico de egreso de UCIN:

Resultados maternos posteriores al evento obstétrico:

Complicaciones en el evento obstétrico:
histerectomía:

Hemorragia:

Transfusión:

Días de estancia intrahospitalaria:

requirió estancia en UCI:

Diagnóstico de ingreso a Unidad de Cuidados intensivos:

Horas de estancia en UCI:

Diagnóstico de egreso de UCI:

Método de planificación familiar:

Reingreso a Hospitalización en el puerperio:

Motivo:

